



**PRISMA-France Volume II:  
Projet pilote sur l'intégration  
et la gestion de cas**



Fondation Nationale de Gérontologie

**Sous la direction de :**

Dominique Somme, Ph.D.  
Olivier Saint-Jean, Ph.D

**Auteurs (ordre alphabétique) :**

Frédéric Balard, Ph.D.  
Ingénieur de Recherche, Docteur en ethnologie  
Fondation Nationale de Gérontologie (FNG) & INSERM

Yves Couturier, Ph.D.  
Professeur d'Université, Docteur en sciences humaines appliquées  
Université de Sherbrooke, Canada

Dominique Gagnon, Ph.D(c).  
Doctorant en gérontologie  
Université de Sherbrooke, Canada

Dominique Somme, Ph.D.  
Médecin Gériatre, Docteur en santé publique  
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) & Université Paris Descartes

Olivier Saint-Jean, Ph.D.  
Professeur d'Université, Docteur en médecine interne  
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) & Université Paris Descartes

Hélène Trouvé, Ph.D.  
Ingénieur de Recherche, Docteur en économie  
Fondation Nationale de Gérontologie (FNG) & Université Paris Panthéon-Sorbonne

**Décembre 2010**

Fondation Nationale de Gérontologie

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



## **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 services pour les personnes âgées.*

*Les auteurs souhaitent, bien entendu, remercier la DGS, de la CNSA et du RSI pour le financement du projet sans lequel, rien n'aurait été possible, mais au-delà de cette participation financière les auteurs souhaitent remercier les personnes de ces organismes qui se sont mobilisées de façon forte pour accompagner le projet tout au long de sa mise en œuvre. Pour autant, les résultats présentés ici reflètent l'avis des auteurs et n'engagent pas les responsabilités des financeurs.*

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

*L'équipe projet, dont Catherine Périsset a été responsable de 2006 à 2008, est, dans l'esprit des auteurs, pleinement associée à la publication de ce rapport. C'est en grande partie grâce à leur travail de grande valeur que la recherche a trouvé du sens.*

*L'équipe projet comportait :*

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

*Laurence Leneveut Médecin, Pilote de projet. Atout Sens*

*Sylvie Lemonnier, Pilote local Paris 20ème arrondissement. Fondation Nationale de Gérontologie*

*Les auteurs remercient également les personnes suivantes qui ont participé à leurs travaux :*

*Anne Veil, Université de Sherbrooke*

*Sébastien Carrier, Université de Sherbrooke*

*Virginie Taprest, Unité de Recherche Clinique Assistance Publique Hôpitaux de Paris*

*Francis Etheridge, Université de Sherbrooke*

*Louise Belzile, Université de Sherbrooke*

*Émilie Rousseau-Tremblay, Université de Sherbrooke*

*Mathilde Nugue, Fondation Nationale de Gérontologie*

*Mylène Salles, Université de Sherbrooke*

*Les auteurs remercient également pour leur soutien, leur expertise et leurs critiques :*

*Réjean Hébert, Université de Sherbrooke, principal investigateur au Québec du programme PRISMA*

*Gilles Chatellier, Unité de Recherche Clinique Assistance Publique Hôpitaux de Paris*

*Pierre Durieux, Unité de Recherche Clinique Assistance Publique Hôpitaux de Paris*

*Noël Lucas, Unité de Recherche Clinique Assistance Publique Hôpitaux de Paris*

*Les auteurs remercient également pour leur soutien et leur aide logistique dans l'organisation pratique du travail*

*Généviève Laroque, Présidente, Jean-Michel Hôte, Secrétaire Général et tout le personnel de la Fondation Nationale de Gérontologie*

*Bien sûr, rien n'aurait été fait sans la participation très active et très intense de tous les partenaires et professionnels 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'enseignements. Que tous soient remerciés de leur accueil et de leur participation à des entretiens de recherche dont nous rapportons ici l'analyse.*

*L'équipe de recherche PRISMA tient également à remercier les usagers de la gestion de cas et leurs proches qui ont accepté de participer aux entretiens de recherche*

## TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION ET DÉFINITIONS .....	9
1.1. L'intégration .....	10
1.2. La méthodologie PRISMA .....	10
1.3. Six outils et mécanismes d'intégration .....	11
2. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'EXPÉRIMENTATION PRISMA France .....	14
2.1. Expérimentation PRISMA France : plusieurs financeurs .....	14
2.2. Expérimentation PRISMA France : temporalité .....	14
2.3. Questions de recherche .....	15
2.4. Méthodologie générale de la recherche .....	15
2.5. Déploiement après le 1er janvier 2008 .....	20
2.6. Présentation du plan du rapport .....	22
2.7. Comment lire ce rapport ? .....	23
3. MESURE DU NIVEAU D'INTEGRATION .....	28
3.1. Introduction .....	28
3.2. Précisions sur la grille d'évaluation de l'implantation .....	29
3.3. Résultats des mesures de l'implantation de l'intégration .....	31
3.4. Mesurer le niveau d'intégration d'un système : opportunités, limites et défis .....	47
3.5. Discussion et Conclusion .....	56
3.6. Frises chronologiques .....	58
4. ANALYSE CONTRASTÉE DES TROIS SITES .....	65
4.1. Introduction .....	65
4.2. Site méga-urbain : à la recherche d'un sens commun aux territoires d'action et territoire d'orientation .....	70
4.3. Site Urbain - Concertation stratégique et portage Conseil Général : allant-de-soit et controverses .....	98
4.4. Site Essonne : La difficile convergence entre territoire d'action et territoires institutionnels .....	136
4.5. Discussion et Conclusion .....	159
5. LEÇONS DE L'ÉVOLUTION DANS LE SITE NON RETENU DANS L'EXPÉRIMENTATION MAIA .....	162
5.1. Introduction .....	162
5.2. Les conditions de l'arrêt de l'implantation .....	163

5.3. Les différentes composantes de Prisma.....	174
5.4. Conclusion : PRISMA, un échec ou un demi-succès dans le site rural ?.....	183
6. DE L'EXPERIMENTATION PRISMA-FRANCE A LA PHASE EXPERIMENTALE D'UN PLAN NATIONAL.....	186
6.1. Introduction.....	186
6.2. Passage de l'expérimentation PRISMA-France à l'expérimentation MAIA : visibilité d'un projet-pilote ?.....	188
6.3. Influence de l'apparition de la problématique Alzheimer.....	208
6.4. Discussion et Conclusion.....	220
7. AGENCES RÉGIONALES DE SANTE (ARS) ET INTÉGRATION : UN CALENDRIER IDÉAL ?.....	223
7.1. Introduction.....	223
7.2. Impacts opérationnels de la construction des ARS dans la conduite du projet PRISMA- France.....	226
7.3. Impacts symboliques et théoriques de la construction des ARS dans la conduite du projet PRISMA-France.....	234
7.4. Discussion et Conclusion.....	249
8. LE GESTIONNAIRE DE CAS : UNE NOUVELLE PROFESSION ?.....	254
8.1. Pratiques professionnelles.....	274
8.2. Identité professionnelle.....	279
8.3. Problématique propre aux gestionnaires de cas par profession antérieure.....	280
8.4. Conclusion.....	283
Équipe de gestionnaires de cas du Site Paris 20 <sup>ème</sup> arrondissement.....	285
Équipe de gestionnaires de cas du Site Mulhouse et Zone d'Illzach.....	287
9. VECU ET REPRESENTATIONS DES PERSONNES AGEES EN SITUATION COMPLEXE.....	290
9.1. De la possibilité de faire une recherche anthropologique de qualité avec les personnes en situation complexes : Leçons de l'expérimentation PRISMA France.....	290
9.2. La complexité des situations des usagers dans PRISMA.....	317
9.3. Vivre « chez soi » : l'expression d'un choix mis en péril par la complexité.....	330
9.4. Attentes, besoins exprimés et représentations de la situation par les usagers.....	343
9.5. Absences de solutions et échec du système.....	353
9.6. La gestion de cas : une solution ?.....	360
9.7. Le gestionnaire de cas, un acteur interstitiel avec ses forces et ses faiblesses :.....	372

9.8. Conclusion.....	376
10. BILAN ET PERSPECTIVES.....	384
10.1. Bilan des recherches PRISMA France .....	384
10.2. Autres retombées du projet PRISMA France.....	392
10.3. PRISMA France et la poursuite du plan national Alzheimer : Apports et limites ....	395
10.4. Témoignage : expérimentation PRISMA .....	397
10.5. Pistes de recherches futures, liens aux autres programmes de recherche.....	399
11. CONCLUSION .....	403
ANNEXE 1. Productions scientifiques dans le cadre du projet PRISMA-France.....	406
ANNEXE 2. Glossaire .....	411
ANNEXE 3. Mémoire enjeux éthiques de la gestion de cas.....	413
ANNEXE 4. Grille d'évaluation de l'implantation du modèle PRISMA France. ....	415
PRÉSENTATION DES AUTEURS .....	431





## 1. INTRODUCTION ET DÉFINITIONS

Au moment de débiter ce second livre PRISMA, la situation semble avoir bien évolué depuis le dépôt du projet en 2005. Le propos n'est plus tant aujourd'hui de savoir s'il faut ou non intégrer les services mais de savoir comment le faire. Cependant, il semble que les résultats que nous nous apprêtons à fournir ici répondent de façon extrêmement opportune aux défis actuels. La méthodologie proposée lors de l'expérimentation PRISMA France - dont ce rapport illustre les résultats sur 3 sites - a été adaptée pour l'expérimentation des « maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer » (MAIA) dans le cadre du plan national Alzheimer. Cette méthodologie est-elle applicable en France ? A quelle condition éventuelle ? Quel type de résultat peut-on en attendre ? Ce sont ces questions qui ont guidé tout notre travail d'équipe depuis décembre 2005 et dont nous allons à présent rapporter le résultat.

L'organisation des services doit évoluer d'un modèle hospitalo-centrique dédié aux soins aigus vers un modèle domicilo-centrique voué aux soins chroniques (Hebert, Durand, Dubuc, & Tourigny, 2003; Nies, 2006). 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 (Munday, 2007). Ces dispositifs d'intégration sont d'autant plus nécessaires qu'ils concernent des personnes recevant des services complexes et prestés sur une longue durée (Kodner, 2006). 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.

## **1.1. L'intégration**

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 social) dans l'objectif d'améliorer le devenir (clinique, de satisfaction et d'efficience)», (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 coordination<sup>1</sup>, les différentes structures, parties prenantes de 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. C'est dans cette catégorie que se situe l'approche méthodologique proposée par PRISMA<sup>2</sup> (et reprise en cela par l'expérimentation MAIA). 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 (Beland, et al., 2006), en Italie (Bernabei, et al., 1998), aux Etats-Unis (Eng, Pedulla, Eleazer, McCann, & Fox, 1997) et au Royaume Uni (Challis, Darton, Johnson, Stone, & Traske, 1991).

## **1.2. La méthodologie PRISMA**

La « méthodologie 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. La puissance référentielle de cette approche découle de sa cohérence, et cette cohérence se traduit par l'imbrication étroite de six composantes qui seront explicitées au cours de ce rapport. A la suite de résultats probants avec cette méthodologie appliquée dans différents contextes organisationnels au Québec (Hebert, et al., 2010), les instances publiques françaises à responsabilités nationales en matière gériatrique ont initié une démarche d'expérimentation d'un projet-pilote (Somme, et al., 2008). Le projet-pilote, intitulé PRISMA France, visait ainsi à étudier les possibilités offertes par cette méthodologie

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Il sera fait référence à la « méthodologie PRISMA » ou parfois au « modèle PRISMA » quel que soit le terme utilisé la référence est la même, ils 'agit d'une approche visant à adapter au mieux la réponse à une réalité organisationnelle locale et non d'appliquer un « modèle préfabriqué ».

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).

### **1.3. Six outils et mécanismes d'intégration**

Selon la méthodologie PRISMA, l'intégration se réalise lorsque sont mis en place les mécanismes et les outils d'intégration suivants (Hebert, et al., 2003) :

La **concertation** occupe une fonction centrale. Les niveaux de concertation nécessaire sont :

- stratégique national,
- stratégique (regroupant des acteurs départementaux et régionaux),
- opérationnel localement (regroupant les gestionnaires)
- clinique (les praticiens)

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.

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 dossiers actifs à un moment donné par temps plein de gestion de cas). La gestion de cas s'appuie sur l'utilisation d'outils spécifiques (évaluation, planification et coordination). Ces outils visent à faciliter la lisibilité 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 formés<sup>3</sup>. 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

---

<sup>3</sup> De formation initiale infirmiers, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, ou bien encore psychologues, les professionnels bénéficient d'une formation complémentaire pour exercer cette fonction.

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'efficience 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 une des cinq lois de Leutz (Leutz, 1999): « Avant de commencer à rapporter, l'intégration coûte de l'argent ». En cela, le plan national Alzheimer, qui a permis d'embaucher sur de nouveaux crédits les gestionnaires de cas exerçant dans les MAIA respectaient cette loi mais apportait une modification substantielle de la conduite des projets PRISMA.

Le **guichet unique** poursuit l'objectif d'améliorer l'équité et l'accessibilité aux services. L'enjeu est que les services délivrés ne dépendent plus du point par lequel un usager entre en contact avec le système mais uniquement des besoins qu'il exprime. Pour cela, l'organisation locale doit prévoir la liaison, l'articulation et l'interaction entre les services voire 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. C'est l'ensemble de ces règles qui constituent le « guichet unique » lorsqu'elles sont appliquées de façon systématique (et qu'ainsi elles ont un effet systémique).

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 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).

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.

Le **système d'informations partageable** consiste à permettre aux professionnels de disposer de procédures standardisées de partage d'informations relatives aux personnes 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 (Somme, et al., 2008) 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.

## **2. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'EXPÉRIMENTATION PRISMA France**

### **2.1. Expérimentation PRISMA France : plusieurs financeurs**

L'expérimentation PRISMA France a été initiée conjointement par la Direction Générale de la Santé (DGS, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé) et par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

La CNSA a financé le projet de décembre 2005 à décembre 2008 financement principalement dédié à la recherche.

Le Régime Social 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.

La 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 est devenu le seul financement des travaux de recherche entre le 1er janvier 2008 et le 31 décembre 2010.

### **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 ont fait l'objet d'un premier rapport ( « Rapport PRISMA France: intégration des services aux personnes âgées : La recherche au service de l'action. » déc 2008.)

Depuis le 31 décembre 2008 : chaque site est devenu autonome, 2 dans le cadre des MAIA et l'un sans financement MAIA pour déployer la partie opérationnelle du projet sans accompagnement direct par l'équipe projet. Les travaux de recherche se sont poursuivis 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)

### 2.4. Méthodologie générale de la recherche

#### 2.4.1. Axes de recherche

**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

**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.

**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.

#### 2.4.2. 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 :

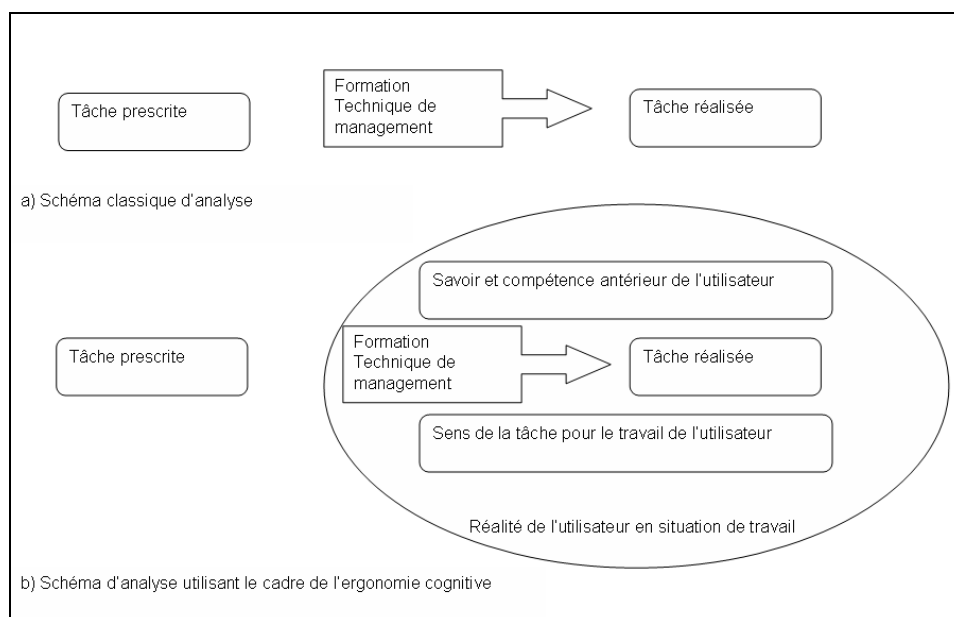
- La recherche est conçue en grande partie dans une optique compréhensive.
- Elle aborde son objet d'étude de manière ouverte et assez large.
- Elle inclue une collecte de données effectuée aux moyens de méthodes qualitatives, c'est-à-dire des méthodes n'impliquant, à la saisie, aucune quantification, ce qui est le cas, par exemple, de l'entretien, de l'observation, et de la collecte documentaire.
- Elle donne lieu à une analyse qualitative des données portant sur le sens des phénomènes.
- Elle débouche sur un récit ou une théorie (Muchielli, 2004).

#### 2.4.3. Cadre global d'analyse

Fondamentalement, les 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 (Falzon, 2004) 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.

Dans le cas des usagers, une attention particulière doit être portée à l'imprégnation et/ou capacité d'intégration de l'acteur de la part réalisée du prescrit et de son aptitude à se la représenter/la conscientisée puis d'en produire un récit.



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

#### 2.4.4. 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 » (Yin, 1984). Il s'agit donc d'une méthode centrée sur des phénomènes, particulièrement indiquée lorsque (Yin, 1984):

- 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 multiples 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 :

- 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-urbaine<sup>4</sup> (20ème arrondissement de Paris). 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 Centre local d'information et de coordination CLIC<sup>5</sup> ou d'un réseau gérontologique, notamment).
- 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 leurs responsabilités en matière de dispositifs gérontologiques, ainsi que des services décentralisés de l'État : au début de PRISMA essentiellement les Directions Départementales de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS).

---

<sup>4</sup> Le terme de méga-urbain peut apparaître comme un néologisme, il réfère au concept de mégapole. Il s'agissait d'étudier un site inscrit dans l'une des mégapoles françaises, sans pour autant considérer l'intégralité de la sphère définie par la mégapole. En effet, la méthodologie de cas multiple est difficilement compatible avec l'analyse approfondie d'une mégapole en raison de la 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.

<sup>5</sup> Pour les abréviations voir l'annexe 3

#### 2.4.5. Méthode de collecte des données

La méthode de collecte de données adoptée est mixte et prioritairement qualitative. L'ensemble du projet a été réalisé 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 y a été associée ainsi que des entretiens et observations ethnographiques réalisées auprès d'usagers de la gestion de cas. Chaque axe de recherche développera dans le chapitre le concernant l'usage des données qui a conduit aux résultats présentés.

#### 2.4.6. Triangulation

La méthode de traitement des données est principalement qualitative (Muchielli, 2004). 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 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 auteurs de différentes disciplines (médecine, sciences sociales, santé publique, anthropologie, sociologie, économie, ethnographie). Ceux-ci mettent en commun leurs observations, leurs interprétations et leurs résultats, afin qu'à chaque étape les ces produits de recherche puissent entrer en dialogue et éventuellement s'influencer.

#### 2.4.7. 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.

#### 2.4.8. Echelle temporelle

Puisque les sites n'expérimentent pas l'implantation de ce système intégré au même moment, l'ensemble des données est catégorisée 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 ne permet pas d'envisager l'analyse des données de cette phase.

#### 2.4.9. 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 sur un projet dans lequel nous avons été partie-prenante pendant els deux premières années.

Notre approche, s'inspirant de la recherche-action (Hugon, 1988) 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 » (Peretz, 2002) 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 touchée par la mise en œuvre ou non du programme puisque basée 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.

### 2.5. Déploiement après le 1er janvier 2008

Le rapport intermédiaire PRISMA France faisait état de l'avancement du projet d'intégration après deux ans d'accompagnement par une équipe dédiée (« Rapport PRISMA France: intégration des services aux personnes âgées : La recherche au service de l'action. ». 2008). Dans les trois sites, la poursuite de l'expérimentation avait été programmée à travers la candidature à l'appel à projet pour les MAIA, mesure 4 du plan national Alzheimer 2008-2012. En effet, le rapport Ménard, préparatoire au plan, avait appelé à la mise en place de ce type de dispositif intégré en faisant explicitement référence aux 6 mécanismes et outils de la méthode PRISMA (l'expérimentation PRISMA France était d'ailleurs citée).

Dès la parution de ce rapport, les sites expérimentaux ont été informés de la cohérence de démarche entre la mise en œuvre des MAIA et le programme expérimental PRISMA France. La cohérence entre PRISMA et MAIA avait été synthétisée sous forme de tableau auprès des partenaires (voir chapitre 6)

Les MAIA ne quittaient pas le cadre « expérimental », mais la conduite du changement était toute autre puisque impulsée par le chef de l'état en impliquant les différents ministères et autres pouvoirs publics. Une équipe projet dédiée fut constituée, localisée à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. L'accompagnement passait donc d'un cadre de projet de démonstration (où la part symbolique de la recherche et par nature très fragile à un cadre national ayant pour objectif la pérennisation des dispositifs. Dans cette transition, l'équipe projet PRISMA France put heureusement assurer une grande continuité de l'accompagnement puisque le chef de projet PRISMA France fut recruté pour l'équipe de pilotage national MAIA et que le responsable du projet et des recherches fut nommé expert auprès de cette équipe. Néanmoins, il ne pouvait être question de poursuivre un accompagnement de proximité comme celui qui avait été pratiqué durant la « période PRISMA ». Il fallait trouver des moyens d'assurer à la fois une diffusion des concepts sur le territoire national et une autonomisation des sites expérimentaux. L'exigence du recrutement d'un pilote local, déjà formulée pendant l'expérimentation PRISMA France mais non opérationnalisée (sauf sur le site parisien), prenait ainsi tout son sens. L'équipe de pilotage national assurant un soutien à ces pilotes de proximité en charge de l'implantation du dispositif MAIA.

Pour l'équipe de recherche PRISMA France la problématique de recherche évoluait surtout dans son axe 1. En effet, il s'agissait d'analyser la poursuite du mouvement intégratif en tenant compte de cette nouvelle distance avec le pilotage de son implantation. Sans quitter le cadre de la recherche-action, le déploiement de l'influence de la recherche sur l'action en fut profondément modifié. La modification fut bien moindre pour ce qui est de l'axe 2 ou de l'axe 3 car au moment du passage de PRISMA à MAIA, la gestion de cas, pratique professionnelle sur laquelle porte ces deux axes n'était qu'en début d'installation. Le fort taux de renouvellement des professionnelles recrutées pour cette fonction sur le seul site ayant débuté la gestion de cas avant la mise en place des MAIA n'a pas autorisé à explorer des modifications de pratiques qui auraient résulté des modifications du mode d'implantation de l'intégration.

Sur le site parisien, la fin de l'expérimentation PRISMA France, fut l'occasion du départ de la pilote locale qui souhaitait développer de nouvelles compétences. Il s'ensuivit donc que sur les trois sites PRISMA fut nommé un « nouveau » pilote pour s'occuper du projet MAIA.

Les trois sites ont déposé des dossiers de candidature MAIA. Le site de l'Essonne ne fut pas retenu comme site expérimental MAIA. Les motifs de sélection des sites et de leur non sélection n'ont pas été rendus publics. Il a été souligné un désir d'hétérogénéité des sites afin de couvrir un maximum de situations organisationnelles différentes. Il n'est pas exclu que « l'identité » PRISMA France ait pu être de ce point de vue un handicap (inattendu du point de vue de l'équipe projet) dans la mesure où trois sites l'affichaient.

## **2.6. Présentation du plan du rapport**

L'équipe de recherche PRISMA France a poursuivi son protocole de recherche sur les 3 sites selon la méthodologie annoncée. Le premier enjeu était de poursuivre l'évaluation du degré d'implantation de l'intégration selon la même méthodologie utilisée durant la première partie de l'expérimentation. Les résultats de cette évaluation ainsi que les leçons qui peuvent en être tirées seront exposés au chapitre 3. L'analyse des modalités d'implantation de l'intégration selon la caractéristique initiale du site (urbain, rural et méga-urbain) en tenant compte de l'ensemble du suivi temporel était également un enjeu de l'expérimentation PRISMA France et du choix initialement fait de la réaliser sur trois sites contrastés. Chaque site a montré des particularités dans son cheminement sans qu'il soit aisé bien sûr de conclure que ces particularités relèvent uniquement ou forcément de la caractéristique du site. Le chapitre 4 mettra en exergue ces particularités. Cependant, il a rapidement été documenté que le rejet de la candidature MAIA en Essonne avait eu un impact important sur la dynamique intégrative, ce d'autant que la personne recrutée par le conseil général pour assurer la pérennité du projet posait assez rapidement sa démission et n'était pas remplacée. Ce site fut donc suivi jusqu'à l'automne 2009, puis ayant documenté l'absence de reprise des indicateurs d'intégration, l'équipe de recherche procéda à une série d'entretiens de clôture dont rend compte le chapitre 5. Sur les deux autres sites, certains impacts de la transformation de l'expérimentation PRISMA en MAIA ont pu être observés notamment en rapport avec la thématique Alzheimer sur lequel le chapitre 6 portera. La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) mise en œuvre pendant la durée de l'expérimentation MAIA en induisant la fusion de plusieurs entités en une seule entité stratégique avait un potentiel d'intégration. Il a été possible de l'étudier, au moins dans son impact sur le déroulement de l'expérimentation PRISMA France. Le chapitre 7 analysera ce phénomène. Le champ professionnel de la gestion de cas est en plein essor avec la mise en place des MAIA d'une part et leur généralisation annoncé par ailleurs. Il est possible d'en documenter certains aspects de pratiques professionnelles dans le cadre de

l'expérimentation PRISMA France, en gardant néanmoins à l'esprit qu'avec au maximum 2 ans d'ancienneté l'ensemble de ce corpus documente encore surtout la « mise en route » de ces nouveaux professionnels (dont de nombreux aspects sont encore à définir) et qu'il ne s'agit donc pas d'un « bilan » au sens propre du terme. Les chapitres 8 et 9 documenteront chacun respectivement les résultats de l'axe 2 (pratiques professionnelles centrés sur un abord par le discours et les pratiques des professionnels eux-mêmes) et de l'axe 3 (vécu et représentation des personnes âgées en situation complexe).

D'autres recherches connexes ont été menées et l'ensemble des impacts du projet PRISMA France, notamment dans son prolongement au travers des MAIA seront présentés sous forme de bilan en chapitre 11.

## **2.7. Comment lire ce rapport ?**

Ce rapport peut se lire indépendamment du rapport intermédiaire. Ces deux volumes des travaux de notre équipe sont en effet complémentaires sur de multiples points et il ne s'agit pas seulement de la « mise à jour » des résultats du rapport intermédiaire. Ainsi la publication de ce rapport ne rend pas caduques les résultats précédemment rapportés. En fait, il autorise leur mise en perspective dans la durée. En effet, le rapport intermédiaire documentait principalement la seule phase de « réceptivité » à la méthodologie PRISMA. Ce rapport porte, quant à lui principalement sur la mise en œuvre effective dont un des facteurs explicatifs essentiels réside justement dans la réceptivité. Lorsque cela est nécessaire le lecteur sera guidé dans les liens qui peuvent exister entre le présent rapport et les parties du rapport intermédiaire.

Par ailleurs, chacune des parties du rapport portant sur un axe et la partie bilan et perspectives peuvent se lire séparément. Les auteurs ont ainsi dans chaque partie repris les éléments méthodologiques indispensables à la compréhension des résultats produits. L'ensemble du propos se trouve bien sûr renforcé par la cohérence des résultats malgré des paradigmes scientifiques très contrastés. Chaque axe a été écrit sous la responsabilité principale d'un des membres de l'équipe : Hélène Trouvé pour l'axe1 ; Yves Couturier pour l'axe2 ; Frédéric Balard pour l'axe3 et Dominique Somme pour la mise en contexte et en perspectives ainsi qu'en corédacteur de chacune de ces parties. Néanmoins, l'équipe considère que les résultats produits dans l'ensemble du document sont principalement issus du travail conjoint en interdisciplinarité et c'est pourquoi les différentes parties ne comportent pas de nom d'auteur.

La partie bilan et perspectives revient sur les principaux fruits de l'expérimentation PRISMA France dans le champ de la recherche comme dans celui de l'action. Sa lecture permet aux lecteurs d'identifier rapidement les autres chapitres dans lesquels les résultats qui le concernent particulièrement seront développés.

## **Bibliographie**

- Beland, F., Bergman, H., Lebel, P., Clarfield, A. M., Tousignant, P., Contandriopoulos, A. P., et al. (2006). 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*, 61(4), 367-373.
- Bernabei, R., Landi, F., Gambassi, G., Sgadari, A., Zuccala, G., Mor, V., et al. (1998). Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *Bmj*, 316(7141), 1348-1351.
- Challis, D., Darton, R., Johnson, L., Stone, M., & Traske, K. (1991). An evaluation of an alternative to long-stay hospital care for frail elderly patients: I. The model of care. *Age and Ageing*, 20(4), 236-244.
- Eng, C., Pedulla, J., Eleazer, G. P., McCann, R., & Fox, N. (1997). Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE): an innovative model of integrated geriatric care and financing. *J Am Geriatr Soc*, 45(2), 223-232.
- Falzon, P. (2004). *L'ergonomie*. Paris: Presse Universitaire de France.
- Hebert, R., Durand, P. J., Dubuc, N., & Tourigny, A. (2003). PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *International Journal of Integrated Care*, 3, e08.
- Hebert, R., Raiche, M., Dubois, M. F., Gueye, N. R., Dubuc, N., & Tousignant, M. (2010). Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): A quasi-experimental study. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B(1), 107-118.
- Hugon, M.A., Siebel C. (1988) *Recherches impliquées, recherche-action*. Bruxelles: De Boeck-Wesmael
- Kodner, D. L. (2006). 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*, 14(5), 384-390.



- Leutz, W. N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*, 77(1), 77-110, iv-v.
- Muchielli, A. (2004). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines 2eme édition*. Paris: Armand Collin.
- Munday, B. (2007). *Services sociaux intégrés en Europe*. Strasbourg: Edition du conseil de l'Europe.
- Nies, H. (2006). Managing effective partnerships in older people's services. *Health Soc Care Community*, 14(5), 391-399.
- Henri Peretz (2002) *Les méthodes en sociologie - L'observation*. Paris; La Découverte
- Rapport PRISMA France: intégration des services aux personnes âgées : La recherche au service de l'action. (2008). In D. Somme & O. Saint-Jean (Eds.) Available from <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000078/index.shtml>
- Somme, D., Trouve, H., Couturier, Y., Gagnon, D., Lavallart, B., Hebert, R., et al. (2008). Prisma France: programme d'implantation d'une innovation dans un système de soins et de services aux personnes en perte d'autonomie. Adaptation d'un modèle d'intégration basé sur la gestion de cas. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 56(1), 54-62.
- Yin, R. K. (1984). *Case Study Research: design and methods*. London, UK: Sage Publications.



**AXE 1**

**Étude d'implantation du modèle PRISMA en France**

### 3. MESURE DU NIVEAU D'INTÉGRATION

#### 3.1. Introduction

La méthodologie de l'étude d'implantation est celle d'une étude de cas multiples permettant de mener à la fois une analyse contrastée (selon chaque site) et globale (liée au système français). Il s'agit de pouvoir identifier et analyser les facteurs institutionnels, organisationnels et contextuels influant sur l'implantation (Somme et al., 2008a).

Chaque étude de cas est caractérisée par la collecte et le traitement de données dites « multimodales » :

- Une veille documentaire politico-institutionnelle (documentations législatives et réglementaires, plans et programmes territoriaux) ;
- Des observations directes des réunions de concertation stratégique (n=48) et tactique (n=54) ;
- Des entretiens semi-directifs auprès des acteurs parties-prenantes au niveau stratégique (n=55) et au niveau tactique (n=60) ;
- Des observations directes des mécanismes du guichet unique et du service de gestion de cas (tous les 6 mois, à partir de leur mise en œuvre, n=9) ;
- Une analyse de dossiers de gestion de cas anonymisés (tous les 6 mois, tirage au sort de 5 dossiers dans la file active des gestionnaires de cas en activité, n=60).

A partir des données collectées, le chercheur effectue un monitoring de l'implantation des outils et mécanismes, lequel 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-France.

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.

### **3.2. Précisions sur la grille d'évaluation de l'implantation**

La démarche d'évaluation de l'implantation de l'intégration selon le système PRISMA-France a été publiée en français dans Somme et Trouvé [2009] et en anglais dans Trouvé et al. [2010c].

#### **3.2.1. 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)

#### **3.2.2. 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 Québec (Veil A., 2001 ; Hébert R. & Veil A., 2004).

En effet, l'échelle (présentée dans le rapport intermédiaire) 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 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 »)

(Hébert et al., 2008) 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) (Hébert et al. 2010).

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.

### **3.2.3. Fiabilité de la mesure**

La fiabilité de la mesure est assurée d'une part, par la triangulation des données et d'autre part, par 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.

### 3.3. Résultats des mesures de l'implantation de l'intégration

Ce chapitre porte sur la mesure de l'implantation de l'intégration définie dans le modèle PRISMA-France.

#### 3.3.1. Précisions chronologiques

Rappelons que les expérimentations PRISMA ne correspondent pas aux mêmes temporalités.

Le site méga-urbain a commencé l'expérimentation en mai 2006, les gestionnaires de cas sont entrés en activité en juillet 2008, l'expérimentation s'est inscrite dans le cadre MAIA du plan National Alzheimer en janvier 2009. Au terme des recherches associées à l'expérimentation PRISMA (décembre 2010), l'expérimentation a duré 4 ans et 7 mois (55 mois). Dans le cadre de l'étude d'implantation, 8 mesures du taux d'implantation atteint ont été effectuées, correspondant aux périodes de références préétablies :

- T0 : période de pré-implantation définie du démarrage de l'expérimentation à la formation des gestionnaires de cas, correspond à mai 2006 – octobre 2007 sur le site méga-urbain
- T1 : phase 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 ETP) et de l'expérimentation des outils et des processus ; correspond à novembre 2007<sup>6</sup> - juin 2009 sur le site méga-urbain
- T2 : définie sur 12 mois, correspond sur le site méga-urbain à la période juillet 2009 – juillet 2010.

Le site urbain a commencé l'expérimentation en avril 2007, les gestionnaires de cas sont entrés en activité en juillet 2009, l'expérimentation s'est inscrite dans le cadre MAIA du plan National Alzheimer en janvier 2009. Au terme des recherches associées à l'expérimentation PRISMA (décembre 2010), l'expérimentation a duré 3 ans et 8 mois (44 mois). Dans le cadre de l'étude d'implantation, 7 mesures du taux d'implantation atteint ont été effectuées.

- T0 : période de pré-implantation définie du démarrage de l'expérimentation à la formation des gestionnaires de cas, correspond à avril 2007 – juin 2009 sur le site urbain.
- T1 : phase 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 ETP) et de l'expérimentation des outils et des processus ; correspond à juillet 2009 – janvier 2011 sur le site urbain

---

<sup>6</sup> Bien qu'en réalité les gestionnaires de cas commencent leur activité en juillet 2008, c'est-à-dire 8 mois après leur formation).

- T2 : définie sur 12 mois, correspondrait sur le site urbain à la période janvier 2011 – janvier 2012, ne fera pas l’objet de l’étude d’implantation PRISMA-France qui s’arrête en décembre 2010.

Le site rural a commencé l’expérimentation en mai 2007, il n’y a pas eu d’entrée en activité de gestionnaires cas et l’expérimentation PRISMA n’est pas entrée dans le cadre MAIA du plan National Alzheimer en janvier 2009. L’expérimentation a été suspendue en novembre 2009. Elle a duré 2 ans et 6 mois (30 mois). Dans le cadre de l’étude d’implantation, 5 mesures du taux d’implantation atteints ont été effectuées.

- T0 : période de pré-implantation définie du démarrage de l’expérimentation à la formation des gestionnaires de cas mai 2007 – mars 2009 (démarrage en mai 2007 formation des gestionnaires de cas en mars 2009)
- T1 : définie de sorte qu’elle aurait du correspondre à avril 2009 – septembre 2011, la suspension de l’expérimentation en novembre 2009 limite la discussion sur la phase d’implantation.

### 3.3.2. Évolution de l’implantation sur les 3 sites

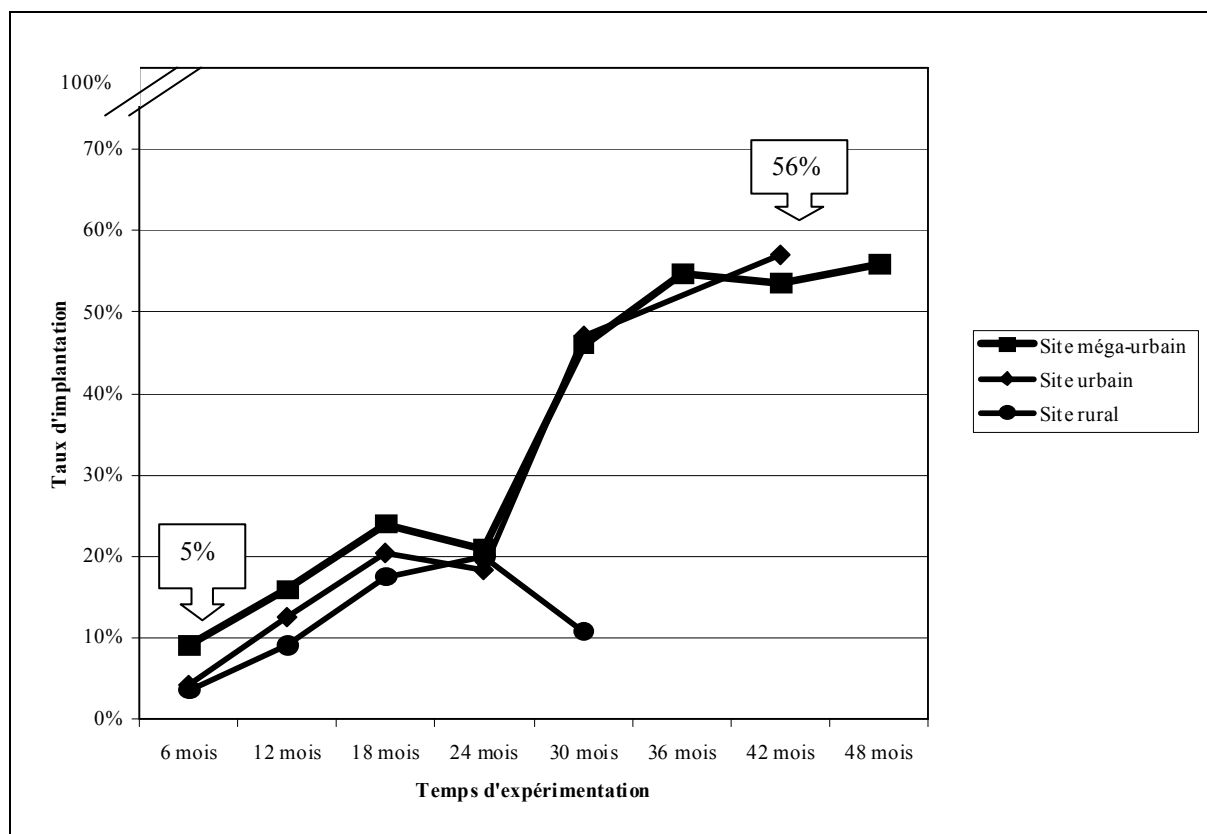


Figure 1 : Évolution du taux d’implantation du modèle sur les 3 sites



### **3.3.2.1. Lecture du graphique**

Initialement, les niveaux d'intégration se situent entre 3.7% et 9%. La précision de la mesure issue de la méthodologie explicitée ci-dessus ne permet pas de tirer d'enseignements importants sur une différence de 5 points du taux initiaux d'implantation de l'intégration. Ces éléments amènent à penser qu'en France, le taux d'implantation de l'intégration « naturel » se situe autour de 5%.

Le graphique met en évidence le fait que l'intégration a progressé sur les 18 premiers mois de 15 points globalement sur les trois sites. Cette similarité de la progression n'était pas anticipée. Néanmoins, si ces progressions suivent un rythme similaire, elles ne relatent pas l'implantation des mêmes composantes du modèle PRISMA (voir les figures ci-dessous). Surtout cette progression de l'intégration est réalisée hors montée en charge de la gestion de cas sur les 18 premiers mois. En effet, aucun gestionnaire de cas n'exerçait d'activité de gestion de cas aux périodes de mesure des niveaux d'intégration sur les trois sites. En ce sens, ce taux d'environ 20% représente un taux-plafond au dessus duquel il n'est possible de progresser selon le modèle qu'en implantant la gestion de cas.

À 24 mois du démarrage de l'expérimentation, l'entrée en activité des gestionnaires de cas sur les sites méga-urbain et urbain se traduit par une progression de l'ordre de 20 points de l'implantation. Cette progression peut-être dite mécanique dans la mesure où un grand nombre d'indicateurs sont dépendants de l'activité des gestionnaires de cas (file active, déploiements des outils cliniques, évaluation multidimensionnelle standardisée, plan de services individualisé).

À 42 mois du démarrage, soit trois ans et six mois auprès le démarrage, les taux d'implantation sur les deux sites ayant mis en place la gestion de cas s'établissent légèrement au delà de 56%. La progression moyenne de l'intégration s'établit aux alentours de 50 points.

### **3.3.2.2. Discussion**

Cette évolution de 50 points est comparable à celle de l'expérimentation au Québec, Canada, PRISMA-Estrie. 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%.

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 modèle 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.

Ces éléments comparatifs amènent aussi à soutenir la faisabilité d'évaluation vers plus d'intégration en France, sans toutefois que l'intégration ait une intensité comparable à celle du Québec. Comme nous l'avons déjà souligné, cette méthode d'étude par échelle chiffrée ne permet pas de lire de façon approfondie l'appropriation du projet global et de ses composantes ni le jugement porté sur la démarche intégrative à l'œuvre. Ces mouvements seront analysés avec plus de précisions dans le chapitre 4 du présent rapport.

Dans le présent chapitre, pour juger du mouvement d'évolution vers l'intégration, il est proposé d'entrer dans le détail de l'implantation de chacune des six composantes sur chacun des trois sites.

### 3.3.3 Mesure de l'implantation de l'intégration Site Méga-urbain - Paris XXème arrondissement

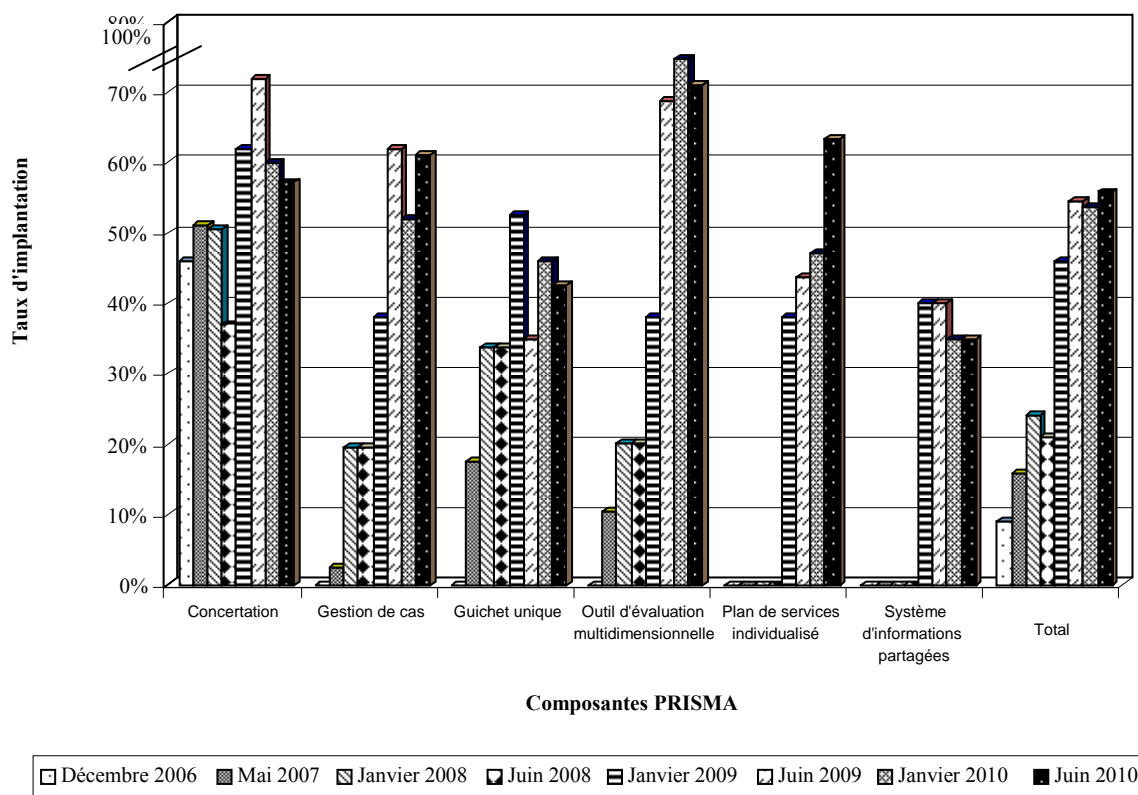


Figure 2 : Évolution de l'implantation des 6 composantes du modèle PRISMA sur le site Paris 20<sup>ème</sup> arrondissement

#### 3.3.3.1. Lecture du graphique

Le taux d'implantation initial de 9% est légèrement supérieur sur le site méga-urbain Paris 20<sup>ème</sup> arrondissement comparativement aux deux autres sites (respectivement 4.2% et 3.7% pour le Haut-Rhin et l'Essonne). 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.

Jusqu'à l'entrée en activité des gestionnaires de cas, l'évolution de l'implantation de l'intégration sur Paris XX<sup>ème</sup> a suivi une progression de l'ordre de 8 points par période de 6 mois. Sur la base

d'une concertation stable, le travail d'implantation a porté sur la définition puis validation des composantes : gestion de cas, guichet unique et outil d'évaluation multidimensionnelle.

La 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 ») entamée en octobre 2007 et finalisée par la signature de la convention constitutive en mai 2008 ; qui s'est traduite par une suspension de la concertation locale (CLO). 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 à mi-temps ETP. Soient 1.5 ETP pourvus, comparativement à la base d'un engagement des parties-prenantes à hauteur de 2.5 ETP repartis sur 4 organisations différentes (réseau de santé AGEP, PPE/CLIC, Hôpital de Tenon, SSIAD AMSAD). Il en résulte qu'1 ETP reparti sur deux postes  $\frac{1}{2}$  ETP distincts n'étaient pas pourvus.

La période de juin 2008 à janvier 2009 montre une progression de l'implantation de 25 points (de 21% à 46%). Elle reflète l'effet mécanique de la grille d'évaluation de l'implantation dans laquelle un grand nombre de composantes ne peut être pris en considération sans l'exercice de la gestion de cas. D'où une progression de 19% à 38% de la composante « gestion de cas », de 20% à 38% de la composante « O.E.M.D. », de 0 à 38% de la composante « PSI », de 0% à 40% de la composante « système d'informations partagées ». Cette progression s'inscrit dans un contexte de faible montée en charge des dossiers de gestion de cas : 30% de la file active attendue (norme de 5 nouveaux dossiers par mois par gestionnaire de cas ETP) était atteinte<sup>7</sup>. Ce résultat s'explique par deux facteurs principaux : 1) la gestion de cas a commencé en période estivale; 2) un gestionnaire de cas a démissionné. Cette période se caractérise également par une intensité de la concertation (progression de 37% à 62%). Deux facteurs apparaissent explicatifs : le suivi de l'entrée en fonction de gestionnaires de cas et la préparation de la candidature de l'appel à projet MAIA diffusé en juillet 2008 dans le cadre du Plan Alzheimer.

---

<sup>7</sup> En juin 2010, le niveau de la file active globale est à hauteur de 80% de la file active attendue.

Les taux d'implantation globaux du niveau d'intégration atteint sur les périodes suivantes ne font pas état d'importants mouvements de progression : 54.6% en juin 2009, 53.6% janvier 2010, 55,8% juin 2010. Par contre, relativement à chacune des 6 composantes il est intéressant de constater d'importantes fluctuations.

La composante concertation, qui englobe les mécanismes de concertation au sein des deux instances CDS et CLO, montre un taux d'implantation légèrement supérieur à 70% sur la période janvier 2009 - juin 2009. Ce niveau d'implantation rend compte d'une phase de mobilisation dans cette période charnière d'entrée du projet PRISMA-France dans l'expérimentation nationale MAIA. Précisons que cette période est caractérisée par un contexte de conduite de projet sans pilote local. La progression de l'implantation de la concertation témoigne surtout de l'entrée de partenaires stratégiques qui n'avaient pas encore rejoints l'expérimentation. Par la suite, la mobilisation va décroître et s'établira en fin d'expérimentation à hauteur de 57%.

La composante gestion de cas témoigne d'une implantation discontinue avec notamment une période de régression entre juin 2009 et janvier 2010 qui correspond à une période au cours de laquelle seulement 40% des postes de gestionnaires de cas étaient pourvus. L'équipe de gestionnaire de cas du site Paris 20<sup>ème</sup> est caractérisée par un turnover important. Ce turnover est expliqué par le pilote local à partir de deux éléments : la structure d'emploi offert (majoritairement à mi-temps) qui engendrerait des difficultés de recrutement et de stabilisation dans l'emploi<sup>8</sup>, la structure d'âge (majoritairement 25-34 ans) qui conduiraient à une diversité des projets familiaux (3 congés maternité) et professionnels (2 formations complémentaires, 2 départs en province)<sup>9</sup>. Le taux moyen de postes vacants a été de 45% tout au cours de l'expérimentation. Au terme de l'expérimentation, en novembre 2010, 78% des postes étaient pourvus. Précisons également, que cette équipe a été mise en place par conjugaison de cofinancements et de financements dédiés MAIA : 2.5 ETP sur fonds propres, 2 ETP sur fonds fléchés CNSA dans le cadre de l'expérimentation MAIA.

L'implantation de la composante guichet unique est particulièrement fluctuante. Elle marque surtout l'entrée de l'expérimentation PRISMA dans le cadre de l'expérimentation MAIA dans le sens où la

---

<sup>8</sup> De plus, les postes à mi-temps sont apparus inefficients pour le pilote local dans un contexte expérimental induisant d'importants temps de formation, de réunions d'équipe, de réunions de présentation aux partenaires, et d'entretiens avec des chercheurs. Ceci a nui à la montée en charge du dispositif de gestion de cas.

<sup>9</sup> Les parties-prenantes ont également souligné une plus grande mobilité des professionnels paramédicaux et sociaux compte tenu des caractéristiques du marché du travail parisien.

période de janvier 2009 à juin 2009 se caractérise par une diminution de l'implantation de 52% à 35% correspondant à une révision du mécanisme de guichet unique précédemment défini à partir des procédures du CLIC/PPE. Le guichet unique, défini dans le cadre de la MAIA en tant que processus unique d'accueil, d'information et d'orientation à portes d'entrées multiples est une composante controversée ; controverses attestées par l'instabilité des processus et outils définis. Cette instabilité des processus définis se concrétise dans les fluctuations des niveaux d'implantation 46% en janvier 2010, 42% en juin 2010. En outre, les controverses sur la composante « guichet unique » limitent l'implantation réelle des outils définis à travers l'outil « référentiels des services de la MAIA » (distinguant trois types de services : les services d'accueil et d'évaluation polyvalents, les services d'accueil et d'évaluation, les autres services partenaires) et l'« outil commun d'aide à l'orientation ».

L'implantation de la composante « outils d'évaluation multidimensionnelle » (O.E.M.D). a suivi la progression de la montée en charge de la file active de gestion de cas sur la période janvier 2009-juin 2009 pour s'établir à hauteur de 70%. Les faibles variations observées par la suite, alors que la taille de la file active augmentait, permettent de penser que l'O.E.M.D est implantable sur le site méga-urbain à hauteur de 70%. Précisons que l'O.E.M.D. utilisé par les gestionnaires de cas fait l'objet d'une procédure formelle de reconnaissance pour l'accès à prestations : protocole de reconnaissance avec la DASES pour l'EMS APA signé en 2008, réactualisé en septembre 2009 et protocole de reconnaissance avec la CNAV pour Evalsud, signé en 2008, réactualisé en novembre 2009.

Comparativement à l'O.E.M.D. l'implantation du plan de services individualisé (P.S.I) n'a pas été concomitante avec la montée en charge de la file active de la gestion de cas sur la période janvier de 2009 à juin 2009. L'implantation de la composante P.S.I. a progressé de 47% d'implantation à 63% d'implantation au cours de la période de janvier à juin 2010, période correspondante aux modules de formation sur la planification et la gestion de cas dispensée dans le cadre du diplôme universitaire « Coordonnateur de Santé en Gériatrie » suivi par les gestionnaires de cas. Précisons également que les gestionnaires de cas Paris 20<sup>ème</sup> arrondissement ont apporté des modifications à l'outil dans l'objectif d'une appropriation et d'un déploiement plus aisés.

La composante système d'information partageable fait état d'un taux d'implantation de 40% en janvier 2009 et juin 2009 et de 35% en janvier 2010 et juin 2010. Cette légère régression est le fait

d'une reprise à l'ordre du jour de la procédure précédemment définie relative à l'accès aux partenaires intervenant auprès des personnes âgées suivies en gestion de cas si elles le consentent, à leur dossier dans les locaux des gestionnaires de cas. Cette procédure est annulée. Au cours de l'année 2010 il y a une situation de statu quo sur la définition de la nature des informations partageables et des procédures de partage d'information. Aucun outil de partage d'information n'est construit, diffusé et utilisé. Le taux de 35% d'implantation réfère aux procédures de consentement des personnes âgées au suivi d'un gestionnaire de cas et aux procédures de sécurité et de confidentialité des dossiers de gestion de cas.

### 3.3.4. Mesure de l'implantation de l'intégration Site Urbain - Mulhouse-Illzach

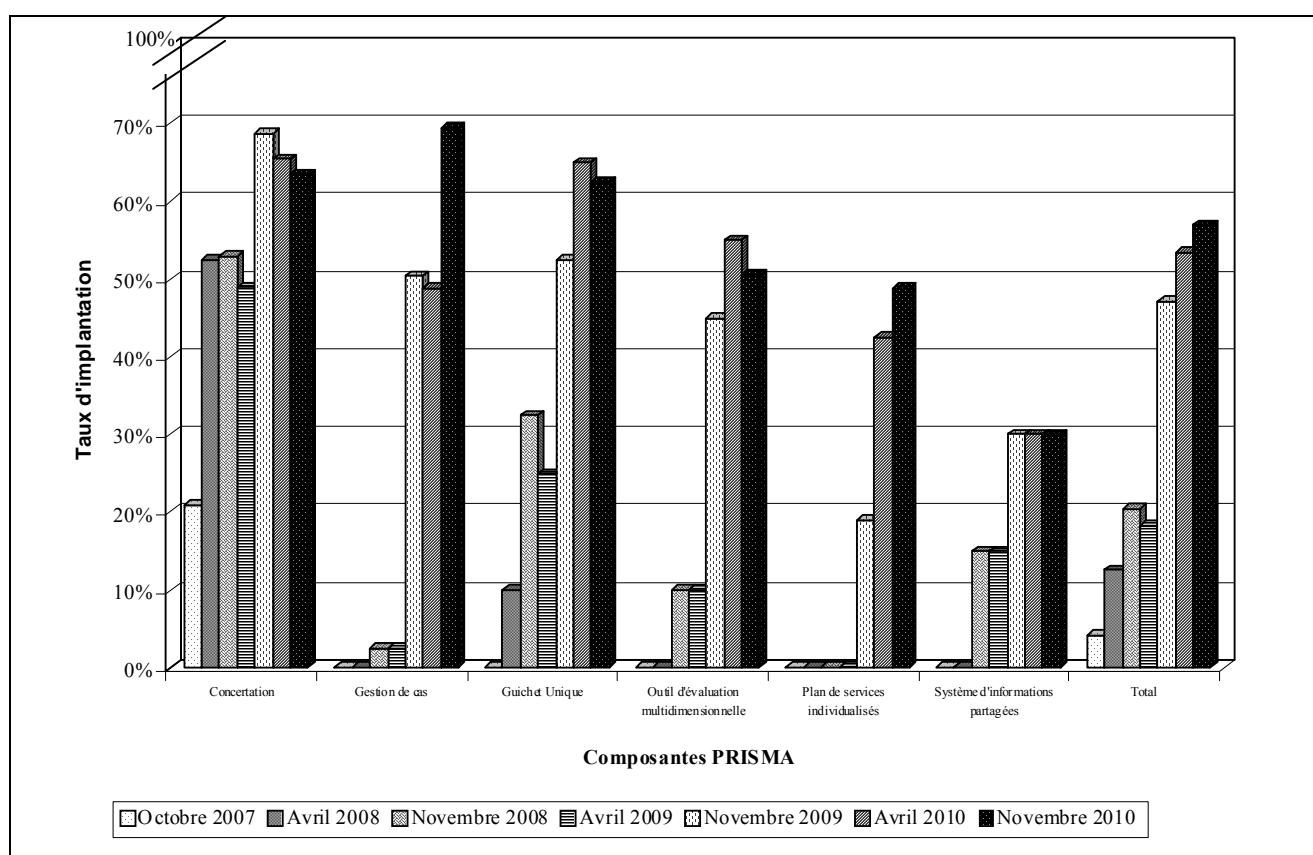


Figure 3 : Évolution de l'implantation des 6 composantes du modèle PRISMA sur le site Haut-Rhin/Mulhouse et Zone d'Illzach

#### 3.3.4.1. Lecture du graphique

Sur le site urbain du Haut-Rhin, dont le territoire est la ville Mulhouse et la zone périphérique d'Illzach, le taux d'implantation initial de l'intégration se situait aux alentours de 4%. L'implantation de l'intégration a suivi sur les deux premières périodes un rythme équivalent à celui de Paris avec une progression de 8,5 points par période. Toutefois, cette progression ne reflète pas le même mouvement d'implantation.

Dans la première période, d'octobre 2007 à avril 2008, la progression de l'implantation résulte de la construction de la concertation tactique et stratégique sanitaire et sociale. Par l'instauration de réunions régulières et compte tenu de la représentation des organisations visées, la concertation a ainsi progressé de 21% à 53% d'implantation.

Dans la seconde période, d'avril 2008 à novembre 2008, 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 l'Outil d'Évaluation Multidimensionnelle (O.E.M.D.) 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, les acteurs stratégiques ont entrepris un travail relatif à la gestion de cas visant à co-définir une méthode de dégagement de temps de gestion de cas commune aux différentes structures proposant des postes de gestionnaires de cas que sont les services du Conseil Général, l'hôpital de Mulhouse et le SSIAD APAMAD (d'où les 2,5% d'implantation de la gestion de cas).

La période suivante, de novembre 2008 à avril 2009, est marquée par une légère régression de l'implantation globale du système d'intégration (diminution de 20% à 18%). Cette régression est principalement le fait de l'entrée de l'expérimentation PRISMA-France dans le cadre de l'expérimentation MAIA. Cette transition de cadre expérimental, qui s'est traduite par un portage de l'expérimentation par le Conseil Général sous le pilotage d'un pilote local dédié au projet, a engendré un ralentissement de la concertation, en particulier stratégique (1 réunion du CDS en 6 mois). Dans un premier temps, ce ralentissement est dû à la stratégie de conduite de projet adoptée dans laquelle le CDS serait réuni pour examiner les outils et procédures relatifs au guichet unique définies par le CLO. Le CLO s'est réuni à 4 reprises. Les réunions ont portées en premier lieu sur les modalités expérimentales dans le cadre de la MAIA et en second lieu sur la définition des fonctions respectives des différents services. Ce travail porte sur les modalités de construction du guichet unique, dans ce nouveau cadre expérimental et dans un contexte territorial marqué par la construction concomitante du Réseau Alsace Gérontologie (R.A.G). Il résulte de ces éléments, qu'au cours de cette période une seule décision prise : la validation de la charte éthique. Le CDS n'a pas validé officiellement l'O.E.M.D. et, il y a une situation de statut quo sur les modalités de mise



en place de la gestion de cas, notamment du fait d'une situation d'attente des modalités de financement définies dans le cadre de l'expérimentation MAIA.

La période d'avril 2009 à novembre 2009 montre une progression de l'implantation de 29 points (de 18% à 47%). Cette période est marquée par l'entrée en activité des gestionnaires de cas au mois de juillet 2009. Comme sur le site parisien, cette progression reflète l'effet mécanique de la grille d'évaluation de l'implantation dans laquelle un grand nombre de composantes ne peuvent être prises en considération sans l'exercice de la gestion de cas. L'activité de gestion de cas a commencé sur la base d'une équipe pluridisciplinaire constituée de 3 postes ETP (1 infirmier et 2 travailleurs sociaux) et inter-institutionnelle (Conseil Général et SSIAD). La gestion de cas s'inscrit dans le cadre d'un cofinancement fonds propres et fonds dédiés par l'équipe CNSA<sup>10</sup>. L'équipe est en attente d'un recrutement ETP d'ergothérapeute par le Conseil Général<sup>11</sup>. 0.2 ETP de mise à disposition par l'hôpital est également programmé. L'effet mécanique de l'entrée en activité des gestionnaires se traduit ainsi par progression de 2% à 50% de l'implantation de la composante « gestion de cas », de 10% à 40% de la composante « O.E.M.D. », de 0 à 19% de la composante « PSI », de 15% à 30% de la composante « système d'informations partagées ». Cette période se caractérise également par une progression de l'implantation du guichet unique de 25% à 52%. Cette progression est le résultat du choix de construction d'un guichet unique physique à travers la mise en place d'une « plate-forme » réunissant le service social gérontologique (SSG), l'antenne territoriale du réseau de santé (RAG) et le service de gestion de cas. L'accueil, l'information et l'orientation y sont effectués par les assistantes de secrétariat de ces trois services (1 ETP du SSG, 1 ETP de la MAIA et 0,2 ETP du RAG), de façon rotative, à partir d'outils communs (« guide profil ») au titre desquels une formation commune a été fournie aux assistantes. Il en résulte un guichet unique réunissant les champs social, médico-social et sanitaire. La validation des outils construits en concertation tactique est en cours. Un travail de diffusion de ces outils à l'ensemble des portes d'entrée (CLIC, SSIAD, SAD, CCAS et HAD) du guichet unique multiforme de la MAIA est en cours.

De même que sur le site méga-urbain, Paris XX<sup>ème</sup> arrondissement, les taux d'implantation globaux du niveau d'intégration atteints sur les périodes suivantes l'entrée en activité des gestionnaires de cas ne font pas état d'importants mouvements de progression : 53% en avril 2010 et 57% en

---

<sup>10</sup> La répartition des deux catégories de fonds n'est pas connue de l'équipe recherche.

<sup>11</sup> Ce poste sera pourvu sur une courte période de janvier à mai 2010. Le poste n'a pas été rouvert par la suite.

novembre 2010. Par contre, contrairement au site parisien, l'implantation de chacune des 6 composantes montre moins de mouvements de fluctuations dans l'implantation de chacune des composantes.

Au cours de ces deux périodes, l'implantation de la concertation est légèrement déclinante (68% en novembre 2009, 65% en avril 2010, 63 % en novembre 2010). Deux éléments peuvent expliquer cette légère diminution : d'une part, ces périodes correspondent aux phases de préfiguration puis d'entrée en fonction des ARS qui ont ralenti les processus de prise de décision en concertation stratégique<sup>12</sup>, et d'autre part, le passage à l'expérimentation MAIA dans le cadre du Plan National Alzheimer s'est traduit par l'inclusion de nouveaux partenaires dont la représentation en concertation tactique est instable.

L'implantation de la gestion de cas montre une importante progression de 49% en avril 2010 à 69% en novembre 2010. Cette progression reflète la montée en charge de la file active des gestionnaires de cas. Comparativement à la norme donnée de montée en charge de la file active de 5 nouveaux dossiers par mois par gestionnaire de cas ETP jusqu'à une file active de 40 dossiers par gestionnaire de cas ETP, 32% de la file active était atteinte en avril 2010 et 75% en novembre 2010. Dans un premier temps, la faiblesse de la montée en charge de la file active a été jugée préoccupante par le pilote local et les tables de concertations. Différents facteurs ont été énoncés comme explicatifs. Ils articulent deux éléments : le temps nécessaire à la connaissance et à l'appropriation du dispositif de gestion de cas (gestion de cas sollicitée comme solution de dernier recours en l'absence de solutions adaptées, intervention trop tardive pour l'efficacité de l'intervention) et les difficultés à mobiliser l'intervention des gestionnaires de cas essentiellement par sentiment de dépossession des professionnels et par réticence au partage d'information en particulier dans le champ sanitaire. Dans ce contexte, la montée en charge de la file active au cours de la dernière période témoigne d'un mouvement d'appropriation du dispositif de gestion de cas. Un signe supplémentaire en est fourni par le positionnement des médecins généralistes qui sollicitent la gestion de cas et collaborent avec les gestionnaires de cas selon l'analyse faite des « notes évolutives » des dossiers de gestion de cas (en avril 2010, 80% des dossiers de gestion de cas faisaient état de collaborations entre le gestionnaire de cas et le médecin traitant). Précisons que selon le pilote local et les gestionnaires de cas, la complexité des situations suivies en gestion de cas, l'intensité et la continuité des accompagnements nécessitent un nombre limité de prises en charge, redéfini à 35 dossiers au maximum par gestionnaire de cas.

---

<sup>12</sup> Se référer au chapitre 7 du présent rapport.

L'implantation de la composante guichet unique progresse de 52% à 65% entre novembre 2009 et avril 2010. Cette progression traduit la définition en concertation tactique et la validation en concertation tactique et stratégique des outils d'information et d'orientation « script des missions des 3 offres de service » complété par l'outil « script d'analyse ». Un travail complémentaire en cours porte sur un outil « script d'entretien » (outil de guidance). Ces outils affinent le processus d'information et d'orientation autour de l'outil « guide profils ». Ces outils sont connus de l'ensemble des portes d'entrée, qui orientent sur la plateforme lorsqu'elles détectent un risque de perte d'autonomie. La légère stagnation davantage que la régression de l'implantation du guichet unique sur la période suivante de avril 2010 à novembre 2010 (65%-63%) marque l'objectif d'élargir le guichet unique définit dans la plate-forme à l'ensemble des portes d'entrée (CLIC, SSIAD, SAD, CCAS et HAD). Cet élargissement porte notamment sur les outils informatiques d'enregistrement des appels de la plateforme au CLIC et aux outils d'information sur le réseau local gérontologique. Dans cette seconde dimension, il s'agit de compléter l'outil « script des missions des trois offres de services » qui ont des missions de coordination par un outil « mission et fonctionnement » de l'ensemble des offres de services qui ont des missions d'intervention (dans un format proche de celui des « référentiels » du site méga-urbain).

Concernant les outils de gestion de cas, leur implantation ne montre pas d'importantes fluctuations : l'O.E.M.D. est implanté à hauteur de 53% en avril 2010 et de 50% en novembre 2010, le PSI à hauteur de 43% en avril 2010 et de 49% en novembre 2010 et l'implantation de la composante S.P.I. montre un taux de 30%. Concernant la composante évaluation multidimensionnelle, l'outil O.E.M.D. validé et présent dans 85% des dossiers de gestion de cas analysés comprend le SMAF (Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle). Cet outil est reconnu pour l'accès à prestation, sans toutefois que cette procédure soit officiellement conventionnée. Le processus d'implantation de la composante Plan de services individualisé montre un mouvement d'appropriation en cours de la fonction de planification de la gestion de cas. Concernant la composante « système d'informations partageables », précisons que l'implantation du S.I.P. réfère, comme sur le site parisien, aux procédures de consentement des personnes âgées au suivi d'un gestionnaire de cas et aux procédures de sécurité et de confidentialité dans l'archivage des dossiers de gestion de cas. Un outil « livret d'échange partageable », classeur papier au domicile des personnes âgées, a été défini en concertation tactique, non validé en concertation stratégique. Il y a sur cet outil une situation de statu quo. Le travail mené articule quatre dimensions :

- la question en CLO de l'utilisation du livret d'échange partageable

- la constitution d'un groupe de travail portant sur les informations partagées à l'entrée et à la sortie de l'hôpital
- une demande du CDS d'un rapprochement du pilote avec le Groupement de Coopération Sanitaire (CGS) e-santé Alsace chargé de mettre en place le Dossier Médical Partagé
- l'entrée dans le CLO d'un nouveau partenaire ADNA-Als, porteur d'un logiciel informatique commun aux neurologues et gériatres d'Alsace, comportant un volet social, avec des possibilités de codes d'accès.

### 3.3.5. Mesure de l'implantation de l'intégration Site Rural - Sud de l'Essonne (Zone de l'Étampuis)

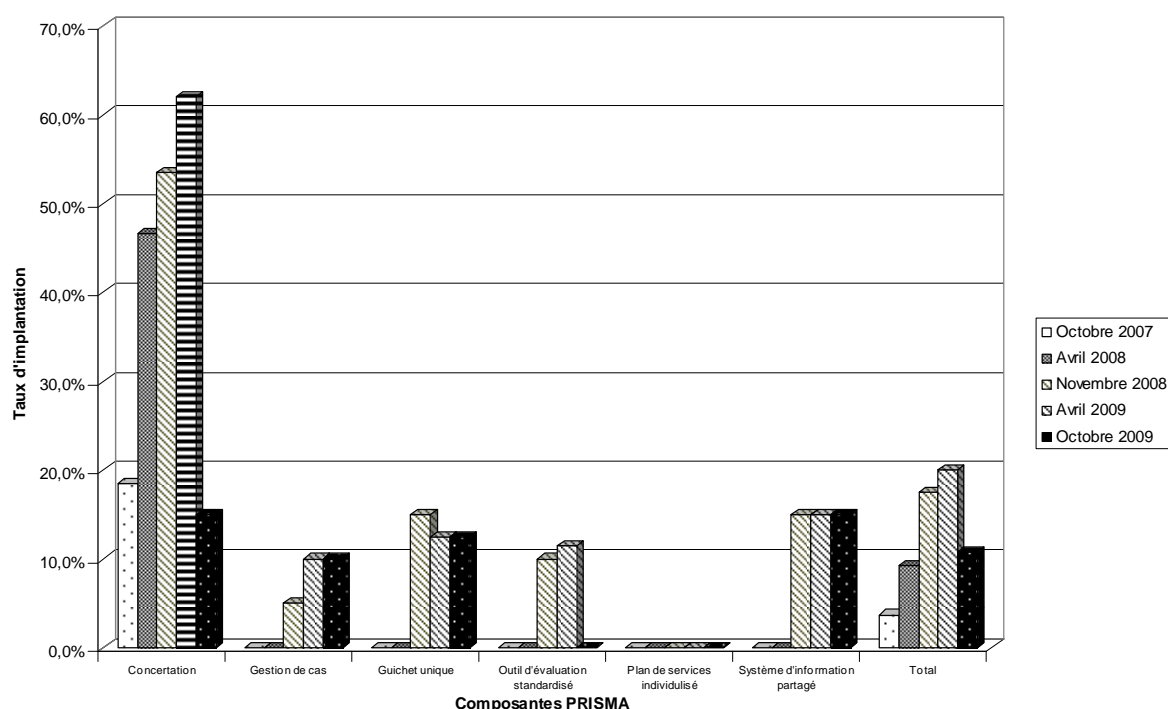


Figure 4 : Évolution de l'implantation des 6 composantes du modèle PRISMA sur le site Sud-Essonne / Zone de l'Étampuis

#### 3.3.5.1. Lecture du graphique

Sur le site rural du Sud de l'Essonne correspondant à la zone de l'Étampuis, le taux d'intégration initial de 3.7% est légèrement inférieur aux deux autres sites.

Au cours de la première période d'octobre 2007 à avril 2008, l'implantation de l'intégration sur le site rural s'est centrée sur la construction de la concertation, dont la représentation était complexe à

assurer, en particulier au niveau tactique en raison de l'étendue du territoire d'expérimentation (constitué des 37 communes).

Dans la seconde période d'avril 2008 à novembre 2008, le travail a porté de façon concomitante sur le guichet unique et l'Outil d'Évaluation Multi Dimensionnel (O.E.M.D.). 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 l'Outil d'Évaluation Multidimensionnelle 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%). Par contre, contrairement à la dynamique à l'œuvre sur le site urbain, les méthodes de travail sont différentes ; essentiellement conduites en concertation tactique au sein du CLO sur le Haut-Rhin, elles sont construites 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 5% d'implantation de la gestion de cas dans ce contexte.

Au cours de la période de novembre 2008 à avril 2009, marquée par le fait que la candidature du site à l'expérimentation nationale MAIA n'a pas été retenue, la dynamique a perduré sous la double impulsion de la volonté de poursuivre le travail d'intégration au niveau du CLO et par la mise disposition par le Conseil Général d'un poste de pilote local du projet MAIA. Le principal témoin de cette dynamique est visible dans la composante concertation qui montre une progression de 53% à 62%. En réalité, cette période marque aussi les deux dernières réunions de concertation : celle du CDS de janvier 2009 et celle du CLO de mars 2009<sup>13</sup>. Un autre signe de cette volonté de poursuivre le travail d'intégration est visible dans la composante gestion de cas, dont la progression du taux d'implantation de 5 à 10%, reflète le fait que les deux professionnels identifiés comme pouvant potentiellement devenir gestionnaires de cas ont participé aux modules de formation à la gestion de cas mis en place spécifiquement dans le cadre de l'expérimentation PRISMA-France en mars 2009 dans l'attente de l'ouverture du diplôme universitaire en septembre 2009. Les réunions de

---

<sup>13</sup> Une réunion fixée au 14 mai 2009 avait été programmée, annulée par email le 4 mai 2009, avec annonce d'une date ultérieure à venir, celle-ci ne sera jamais fixée.

concertation ont porté sur les perspectives de poursuite et sur la présentation des résultats du travail relativement à la définition d'une fiche de critères « cas complexes » et des procédures de circulation de cette fiche dans le cadre du guichet unique et de la gestion de cas. L'ensemble des outils et procédures précédemment définis n'a pas été remis en question, d'où la stabilité des taux d'implantation des composantes « guichet unique », « O.E.M.D » et « système d'informations partageables ».

La dernière période, d'avril 2009 à octobre 2009, trace la fin de la conduite du projet. Précisons que la fin du projet n'a pas fait l'objet d'un processus officiel. Au terme des dernières réunions de concertation, il n'y a pas eu de prise de dates de prochaines réunions. Cette période est caractérisée par l'absence d'un professionnel dédié à la fonction de pilotage, le pilote local du projet MAIA cité précédemment a exercé la fonction de janvier à avril 2009. En l'absence d'un pilotage dédié au projet, de l'avis des parties-prenantes tactiques surtout, mais stratégiques également, le mouvement s'est essoufflé. Le groupe de travail ayant émergé au sein du CLO a continué un temps à se réunir, en particulier autour du travail sur les procédures communes de repérage des situations complexes d'où les 15% d'implantation de la concertation (cf chapitre 4 et 5). L'ensemble des autres procédures définies n'a pas été remis en cause d'où la stabilité des taux d'implantation. Toutefois ces taux d'implantation reflètent les procédures de définition et non l'utilisation effective des outils. Cette situation se comprend par l'absence d'entrée en activité des gestionnaires de cas, avant tout explicitée par les acteurs du fait de l'absence de fonds dédiés dans un contexte jugé de pénurie de professionnels (voir les chapitres 4 et 5 du présent rapport).

### **3.4. Mesurer le niveau d'intégration d'un système : opportunités, limites et défis**

A 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 d'une politique publique d'intégration des services gérontologiques.

Nous allons développer ceci à partir de l'expérience de l'équipe recherche acquise dans le projet-pilote PRISMA-France. Un certain nombre d'arguments seront illustrés par les opinions des acteurs parties-prenantes du projet-pilote PRISMA-France.

#### **3.4.1. Mesurer le niveau d'intégration d'un système : opportunités**

Produits de l'équipe recherche, cette grille d'évaluation et les taux d'implantation qui en résultent se veulent au service de l'action construite par les acteurs des échelons locaux, départementaux et régionaux accompagnés par l'équipe projet et pilotée par les pouvoirs publics de l'échelon national.

C'est la raison pour laquelle la présentation et la discussion des niveaux d'implantation sont incluses dans la méthodologie de l'étude d'implantation PRISMA-France.

En raison des caractéristiques intrinsèques au système organisationnel PRISMA expérimenté, la grille d'évaluation fonctionnaliste peut être utile dans deux perspectives.

##### **3.4.1.1. Un outil pour la conduite du projet**

Dans une optique conduite du changement tout d'abord, où la discussion de cette grille vise à accompagner et à fournir des repères pour le travail de co-construction inter-sectorielle et inter-organisationnelle (Somme et al., 2008b). La grille d'évaluation de l'implantation se veut être un outil d'aide à la décision tout autant aux niveaux stratégiques que tactiques :

*« Après coup on a l'impression qu'il y a une relecture et qu'il y a disons une, c'est pas franchement une mémoire, mais disons il y a un regard parallèle porté en permanence. Et rien que ce regard parallèle porté en permanence, il y a quelque chose d'assez inhabituel et plutôt pas mal. La deuxième chose c'est que ce regard est malgré tout avec une certaine distance, ou créée, bien que vous soyez tout le temps présente. Vous arrivez dans l'analyse à créer une certaine distance donc ça fait un élément de référentiel et ça complète un tout dont on commence à percevoir les éléments, les éléments d'intérêt. Et à l'inverse, de ce qu'on aurait pu croire la première fois, qui sont moins des arguments de lourdeur méthodologique*

*que des éléments de rigueur méthodologique. Et donc c'est plutôt intéressant, même si ça donne des résultats qui sont assez synthétiques, c'est plutôt rare d'avoir en parallèle d'une action, la théorie d'une évaluation ante, per et post* » [Acteur stratégique sanitaire].

Compte tenu de la diversité des cultures socioprofessionnelles, il est préconisé d'utiliser cette grille comme instrument pour faire émerger une dynamique prévisionnelle et anticipatrice, c'est-à-dire participative (Somme et al. 2008b) :

*« Je pense qu'on aurait aussi dû un peu plus travailler sur les questions évaluation, indicateurs, pour voir où on en est. En même temps vous êtes là, c'est votre job, mais pour l'intégrer dans nos projets, pour que ce ne soit pas juste la recherche à l'extérieur, mais que ce soit intégré comme rythme. Et se dire « voilà l'échéance est à peu près à tel niveau de l'intégration, est-ce qu'on vérifie, qu'est-ce qu'on se donne comme moyens etc. » »* [Acteur stratégique social].

*« J'attends que la question de l'intégration ne soit pas qu'un niveau recherche mais qu'on puisse voir déjà dans les 4 ans en quoi ça a bougé dans le paysage, et comment ça peut bouger par la suite. Ce n'est pas l'étude et hop on s'arrête là ! Mais aussi les perspectives »* [Acteur stratégique social].

De plus, les attributs à proprement parler du système organisationnel PRISMA présentent un certain niveau de complexité compte tenu des mutualisations de compétences et de prérogatives sur lesquelles l'intégration repose. Présenter et discuter la grille et les résultats de son application favorisent l'appropriation mais aussi la mise en évidence de contradictions, d'incohérences ou tout simplement de difficultés pratiques, voire d'impossibilités d'actions :

*« Ça faisait partie des objectifs de l'expérience, qui était de rechercher des outils qui justement traduisaient l'intégration et une lecture de plus en plus unifiée, même si au départ elle apparaît comme hyper complexe, il y a une lecture point. Et sur laquelle chacun peut se baser. Et bien ça, ça fait partie de la création d'objets nouveaux, d'outils nouveaux, qui sont en même temps, qui répondent aux contraintes de chacun. Et ça c'était des choses plutôt originales »* [Acteur stratégique sanitaire].

Globalement, cette approche vise à permettre, aux différentes parties prenantes des niveaux tactiques et stratégiques, au-delà les diversités de normes socioculturelles, de s'approprier le modèle



proposé et d'en comprendre plus exactement les enjeux et les rôles communs et respectifs des différents acteurs dans l'implantation. Cet objectif apparaît avoir été saisi par un certain nombre de partenaires, comme en témoignent les citations suivantes dans différentes perspectives :

- La présentation de la démarche et des résultats en cours d'expérimentation comme approche soutenant la dynamique collective : « *C'est aussi un élément pas simplement d'information pour les partenaires, c'est aussi un élément de maintien de la motivation [...] Je pense que ça contribue à maintenir la motivation des partenaires qui n'ont pas le même bagage ni la même histoire dans la démarche* » [Acteur stratégique sanitaire].
- La présentation de la démarche et des résultats en cours d'expérimentation comme approche soutenant la vision collective des avancées de l'expérimentation et des enjeux soulevés : « *Par exemple dans votre présentation, c'est vrai que vos dernières diapositives sur les freins et les atouts, c'est vraiment bienvenu. Parce qu'on met le doigt tout de suite sur des choses marquantes* » [Acteur stratégique social].
- La présentation de la démarche et des résultats en cours d'expérimentation comme approche soutenant les missions respectives des parties-prenantes : « *Je me suis dis je vais y revenir [sur le rapport intermédiaire PRISMA-France de décembre 2008]. Vous savez en plus ce sont des outils qu'on utilise le jour où on a quelque chose à écrire sur des commandes, notes internes etc.* » [Acteur stratégique social].

Cette dynamique a été constatée dans l'étude d'implantation du modèle PRISMA au Québec : discuter périodiquement le taux d'implantation avec les participants a constitué un facteur stimulant à l'implantation (Veil A., 2001 ; Hébert R. & Veil A., 2004).

#### **3.4.1.1. Un outil pour l'élaboration d'une politique publique**

En termes de gouvernance de politique publique, dans la phase élaboration, les pouvoirs publics de l'échelon national adoptent une position d'aide à l'élaboration (« Help it happen ») située entre la stratégie du laisser advenir (« Let-it happen ») et celle du faire advenir (« Make it happen ») (Greenhalgh et al., 2004)<sup>14</sup>.

Les pouvoirs publics souhaitent mettre en œuvre un système intégré basé sur la gestion de cas. Ils ont choisi un système organisationnel qui définit des fonctions à atteindre et non des outils et

---

<sup>14</sup> Se référer également au rapport intermédiaire chapitres 6 et 7.

modalités pratiques à appliquer. Sur chaque territoire, ce sont les acteurs impliqués dans les concertations stratégique et tactique qui définissent les outils et mécanismes d'intégration dans l'objectif d'atteindre les fonctions visées (Somme et al., 2008a). Savoir exactement ce qui est mis en œuvre sur les territoires et les facteurs explicatifs des ajustements réalisés est ainsi le mandat qu'ils confient à des experts externes à leurs services et aux réseaux territoriaux.

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 (Somme et al., 2008b).

Cette grille et les résultats de son application sont supposés avoir un intérêt pour les planificateurs de l'expérimentation. Cette optique est également perçue par les parties prenantes de l'expérimentation au niveau du comité de pilotage national :

*« Très concrètement que l'on puisse à la fin de cette expérimentation dire c'est implantable en France, si oui pourquoi, si non pourquoi, si il faut un peu modifier que faut-il modifier ? Avoir des réponses très concrètes d'implantation. On ne recherche pas à valider l'outil [c'est-à-dire le modèle d'intégration PRISMA] parce qu'il n'y a pas de raison il est validé, on ne recherche pas à montrer que c'est efficace parce que je veux dire éviter les dysfonctionnements cela me paraît tellement plausible et tellement nécessaire qu'il n'y a pas besoin de se poser la question. Par contre la question c'est vraiment est-ce que cela peut se mettre en place concrètement dans les politiques françaises »* [Acteur stratégique national sanitaire].

*« Et puis après il faut que le dispositif, une fois en place, puisse évidemment se reproduire. Se reproduire quelque soit les personnes quelque soit leur bonne volonté. Parce que vous avez des acteurs au début qui sont un peu motivés, mais il faut qu'on puisse reproduire ça »* [Acteur stratégique national social].

#### **3.4.1.2. De l'intérêt pour la démarche**

Il résulte de cette méthode de présentation de l'outil et des résultats d'évaluation du niveau d'implantation de l'intégration, dans le double objectif d'aide à l'action et à la construction d'une politique publique, de l'intérêt manifesté par les parties-prenantes quant au suivi du projet pilote par une équipe de chercheurs et à partir d'outils normés :

*« La volonté sur la distance si vous voulez, de mesurer justement l'implantation, d'avoir des indicateurs pour le faire, que vous avez construits, ça me paraît très important. Dans le sens où ça permet des référencements si vous voulez, parce que ce n'est pas le tout de tenir des discours, etc., je pense qu'on a besoin pour prouver le bien fondé des actions qu'on entreprend, de s'appuyer sur des mesures qu'il faut savoir conduire et après qu'il faut savoir communiquer » [Acteur stratégique social].*

*« Donc PRISMA le côté recherche doit permettre d'avoir une vue et une évaluation objective du projet. En tout cas distanciée peut être du projet » [Acteur stratégique social].*

L'intérêt porté et manifesté pour cette approche apparaît trouver sa raison d'être dans le caractère inhabituel voir novateur de cette démarche de recherche-action dans le champ :

*« Ce que j'ai découvert [...] au niveau de PRISMA c'est derrière que c'est très poussé en terme de méthodo, en terme de tout ce que vous avez présenté par rapport au pourcentage de réalisation, d'implantation, c'est technique quoi, c'est vrai que là on est sur des choses que je ne connaissais pas dans mon domaine » [Acteur tactique social].*

Cette opinion peut être mise en perspective à partir de certains extraits cités précédemment :

- La démarche présenterait un caractère inhabituel dans le champ : *« Et rien que ce regard parallèle porté en permanence, il y a quelque chose d'assez inhabituel et plutôt pas mal [...] C'est plutôt rare d'avoir en parallèle d'une action, la théorie d'une évaluation ante, per et post » [Acteur stratégique sanitaire].*
- La démarche serait en outre originale : *« Ça fait partie de la création d'objets nouveaux, d'outils nouveaux, qui sont en même temps, qui répondent aux contraintes de chacun. Et ça c'était des choses plutôt originales » [Acteur stratégique sanitaire].*

Malgré l'intérêt globalement porté et manifesté pour cette approche, il convient de souligner les difficultés de déploiement de l'approche.

### **3.4.2. Mesurer le niveau d'intégration d'un système : leçons et limites**

En effet, nous avons pu constater une appropriation partielle de cette approche de recherche-action dans laquelle la grille d'évaluation et le taux d'implantation se veulent être des outils de définition des plans d'action et des points de repères d'aide à la prise de décision.

### 3.4.2.1. Des limites de déploiement liées aux modalités de conduite du projet

Un ensemble de limites constatées au cours de l'expérimentation PRISMA-France dans l'appropriation de la démarche semblent dépendantes des modalités de conduite du projet.

Premièrement, la mise à l'ordre du jour des réunions de concertation de l'évaluation de l'implantation de l'intégration a été en deçà des prévisions initiales de l'équipe recherche. Programmée pour être présentée et discutée annuellement, la méthode d'évaluation du processus d'implantation, et les niveaux atteints ont été présentés :

- Sur le site méga-urbain, au CDS et au CLO en septembre 2007, en juillet 2008 et en janvier 2010 (au CLO seulement, le CDS ayant été annulé, la présentation reportée à l'ordre du jour suivant, non traitée faute de temps, jointe au compte rendu)
- Sur le site urbain au CDS et au CLO en décembre 2008 et en juillet 2010.
- Sur le site rural au CDS et CLO en décembre 2008.

Plusieurs facteurs sont potentiellement explicatifs de ces difficultés de déploiement de la démarche.

Tout d'abord, compte tenu du rythme de concertation déjà élevé, avec des ordres du jour chargés, il serait difficile de réserver périodiquement des temps de présentation des résultats de recherche :

*« Pour la recherche, on l'a encore vu, la recherche est passée en dernier, résultat on ne l'a pas faite la présentation »* [Acteur stratégique social].

Ensuite, le format de rendu des résultats, sous forme de présentation PowerPoint complétée par la diffusion des articles scientifiques publiés sur le sujet, ne semble pas correspondre aux pratiques usuelles des parties-prenantes, notamment de l'échelon stratégique. La demande de rendus très synthétiques, formatés dans des perspectives de communication, a été formulée à différentes reprises. Elle laisse place à une requalification de l'identité professionnelle de chercheurs vers celle de consultants :

*« Oui, j'entends mais c'est bien là où y aurait peut être à demander à un certain nombre d'acteurs de la communication des outils différents. De dire maintenant on a fait un bon travail, on aimerait bien que vous le rediffusiez dans vos différents réseaux. Par exemple nous ça ne serait plus ça, ça serait le remettre à disposition. Parce que lire un pavé, c'est quand*

*même un peu dur. Mais se faire réinjecter trois fois de suite un outil deux pages qui vient tous les mois ou tous les trimestres, ça permet de... » [Acteur stratégique sanitaire].*

Il semble que le caractère décalé de ce type de rendus favorise la non-appropriation des résultats :

*« Pour des acteurs locaux qui sont quand même sur un certain nombre de chantiers, on n'est pas habitué à être sur ces démarches de recherche » [Acteur stratégique social].*

Une autre lecture de cette dimension consiste à avancer l'hypothèse selon laquelle le caractère décalé de ce type de rendus est à l'origine du défaut d'appropriation de la démarche et des résultats :

*« C'est marrant, ça ne me cause pas ce document là ! [...] J'ai tous les comptes rendus, tout me parvient, mais je n'ai pas lu ce document » [Acteur stratégique sanitaire]*

Enfin, et en lien avec l'élément précédent, les acteurs mettent en exergue un frein à l'appropriation de la méthode et des résultats de recherche compte tenu des charges et rythmes professionnels des parties-prenantes :

*« Je ne l'ai pas emporté en vacances [le rapport intermédiaire PRISMA-France de décembre 2008]. Mais c'est ce qu'il faudrait ! En fait il faudrait savoir le faire parce que au final on se rend compte que quand on s'y met, en deux ou trois heures de temps on a déjà bien avancé. Mais au bureau on n'a jamais deux ou trois heures de temps pour faire ça. Et c'est dommage parce que c'est un gros travail qui n'est pas valorisé à la hauteur de ses mérites. [...] Après il faut savoir hiérarchiser mais je manque de temps quand même pour creuser, [...], pour participer à tout en dehors de mon quotidien qui est déjà chargé » [Acteur stratégique social].*

Dans la méthode de l'expérimentation, dans laquelle les produits de la recherche sont au service de l'action, le travail de transcription de la démarche et des résultats sous forme de notes administratives et/ou de communiqués est du ressort des acteurs stratégiques et tactiques engagés dans l'expérimentation (cet élément a été identifié par certains partenaires comme les citations précédentes l'ont illustré). Or, les parties mettent en exergue des charges de travail difficilement compatibles avec ce travail de transcription issu d'une participation sur la base du volontariat :

*« Alors c'est un peu lourd. Vous devriez nous faire un petit digest à côté là. Parce qu'en fait on manque de temps J'ai vu que vous l'aviez communiqué à [nos directeurs], et à cette*

*occasion je me suis dit quand même il faudrait que je revienne dessus, mais voilà... » [Acteur stratégique social].*

Deuxièmement, la nature très complète et compréhensive de la méthode d'évaluation de l'implantation utilisée dans ce projet pilote peut être identifiée comme un facteur d'entrave à l'adoption de la méthode globale dans laquelle l'outil d'évaluation se voulait être un outil de plan d'action pour les parties prenantes. Cette dimension a été esquissée dans les citations précédentes extraites d'entretiens menés auprès des acteurs de l'échelon stratégique. Par ailleurs, elle s'accompagne d'un choc de culture entre le monde de la recherche et son référentiel et le monde professionnel et ses attentes. Ces deux dimensions sont explicitées par les acteurs de l'échelon tactique, comme en témoignent les citations suivantes:

*« Je pense que c'est parfois incompréhensible pour les gens de terrain. Il me semble que [untel] m'a dit « j'ai rien compris, vraiment rien compris » [d'une présentation faite en CLO] Il faut faire attention à ça, peut être au langage employé parce que c'est vrai que c'est, pour les gens de terrain c'est parfois difficile je pense » [Acteur stratégique social].*

*« Il y a un suivi qui est fait, qui s'est traduit par une présentation lors de l'avant dernier CLO. Donc oui le projet est suivi, on a régulièrement de la documentation sur le niveau d'implantation. Alors un document un peu complexe je trouve. Peut être pas forcément très lisible » [Acteur stratégique social].*

Ces deux catégories de limites à l'appropriation de la démarche en ont limité le déploiement.

#### 3.4.2.2. Des limites de déploiement liées au contenu de la grille d'évaluation

Un certain nombre de limites au déploiement de la démarche peut être identifié dans le contenu même de la grille.

Comme il l'a été précisé précédemment, la grille d'évaluation de l'implantation porte en grande partie sur l'intégration clinique à travers une surdétermination d'indicateurs dépendants de l'exercice de la gestion de cas. Or, sur les sites PRISMA-France, le temps d'entrée en activité des gestionnaires de cas a été de 2 ans pour deux sites, et un site n'a pas mis en place la gestion de cas. Ceci peut amoindrir la pertinence octroyée à cette méthode de mesure de l'implantation de l'intégration.

Par ailleurs, comme cela a été souligné dans les lectures des résultats d'implantation sur les trois sites dans la section précédente, la grille d'évaluation ne permet pas de rendre compte de l'instabilité des décisions prises. Ce caractère instable prend plusieurs formes : redondance, remise en question, redéfinition, amnésie. Il apparaît central de pouvoir disposer d'un outil d'évaluation plus précis sur la stabilité des procédures et mécanismes définis.

Surtout, cette échelle seule s'avère insuffisante à la mise en perspective des résultats d'implantation en termes d'intégration organisationnelle sur un territoire. Nous en fournissons deux exemples. Relativement à la composante « système d'information partageable » au sujet de laquelle un des sites PRISMA-France dresse comme état des lieux dans un compte-rendu de CLO : « L'existence de plusieurs systèmes informatiques de partage de données déjà utilisé par les services partenaires de la MAIA, notamment l'AGEP avec R'MES, EMS APA avec SALSA, les services sociaux avec COORDIN, les CLIC avec LOGICLIC ; ISIS, PMI, PIAF, AMELI... ». A travers, la seule grille d'évaluation de l'implantation de l'intégration cette donnée de contexte impactant la construction de cet outil d'intégration n'est pas lisible. Un autre exemple est fourni dans l'existence d'initiatives parallèles, voire concurrentes (pensons à la création d'un réseau de santé sur le site urbain comme développé dans la citation ci-dessus), qui n'est pas lisible non plus à travers la seule grille d'évaluation de l'intégration.

Ces éléments permettent de souligner une limite dans le contenu de la grille identifiée *a posteriori*. Cette grille comporte en effet le risque de diffuser une représentation selon laquelle la méthode d'intégration des services gérontologiques PRISMA-France est relative à l'implantation de la gestion de cas.

### 3.4.3. Mesurer le niveau d'intégration d'un système : défis

Malgré ces limites, les parties-prenantes à l'expérimentation PRISMA-France font état de la volonté de la poursuite d'un suivi évaluatif du processus de mise en œuvre de l'intégration des soins et services gérontologiques en France :

« *Que le suivi du projet, dans MAIA, soit poursuivi, peut être pour nous donner des éclairages d'ailleurs complémentaires au suivi je dirais officiel qui peut être fait* » [Acteur stratégique social]

« *Passer de la recherche à une modélisation utilisable* » [Acteur stratégique social]

Dans les deux citations ci-dessus, le suivi évaluatif est envisagé selon deux modalités distinctes : l'évaluation extérieure et l'auto-évaluation. Malgré cette différenciation, c'est bien l'attente d'une poursuite de la démarche, à partir d'outils plus simples, qui est soulignée.

Les résultats précédents en termes d'appropriation et de déploiement de la démarche à partir d'une grille d'évaluation de l'implantation de l'intégration normée appellent et aident à définir des outils plus faciles à utiliser pour évaluer et aider le processus d'intégration. En effet, la gouvernance complexe des politiques gérontologiques en France implique d'avoir des outils adéquats pour mesurer le changement vers l'intégration du système. La méthode complète et compréhensive employée dans le projet pilote PRISMA-France peut servir de paradigme pour développer des outils plus simples, ce qui semble être préférable pour une appropriation adéquate de la structure et des objectifs de l'intégration des services gérontologiques.

Par exemple, dans le cadre d'un projet pilote plus large, lancé en 2008 dans le cadre du Plan National « Alzheimer et maladies apparentées » (2008-2012)<sup>15</sup>, portant sur les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer (MAIA), un outil concis (MAIA 24), construit en référence aux travaux menés dans l'expérimentation PRISMA-France, est utilisé. Il vise à évaluer les expérimentations de construction de l'intégration conduites sur les 17 territoires d'expérimentation.

Ces outils d'évaluation de l'implantation pourront être à leur tour confrontés à une étude d'impact portant sur les trajectoires et la qualité de soins, des personnes âgées en perte d'autonomie. De plus, les possibilités de transfert de cette approche à d'autres pays et à d'autres populations cibles (personnes handicapées, adolescents en situation difficile, par exemple) peuvent ouvrir des perspectives d'analyses comparatives.

### **3.5. Discussion et conclusion**

En termes de gouvernance de politique publique, aux dires de certains décideurs en matière d'élaboration et de pilotage de politiques publiques dans le champ gérontologique, nous serions

---

<sup>15</sup> Téléchargeable à [http://www.premier-ministre.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_Alzheimer\\_2008-2012.pdf](http://www.premier-ministre.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Alzheimer_2008-2012.pdf).



dans le cadre de l'expérimentation PRISMA-France en présence d'une « spirale vertueuse » dans laquelle il y aurait une capitalisation des expériences menées et des savoirs produits : la grille d'évaluation de l'implantation de l'intégration PRISMA (Hébert et al., 2008) a été validée par une étude d'impact au Québec (effets en santé publique en termes d'autonomisation et de satisfaction avec neutralité sur les coûts) (Hébert and al., 2010). La transposition de cette grille d'évaluation en France a montré la nécessité de réaliser des ajustements (Somme & Trouvé, 2009) et de construire des outils plus synthétiques de mesure de l'intégration des services gérontologiques (Trouvé and al., 2010c). Cette grille a ensuite été utilisée pour construire un outil plus simple et synthétique dans le cadre de l'expérimentation nationale MAIA.

En termes de recherches, et plus précisément de recherches en santé publique appliquées aux systèmes d'intégration basés sur la gestion de cas, il nous semble intéressant de souligner deux dimensions.

D'une part, comme il l'a été souligné dans les premières parties du présent rapport, de nombreux dispositifs de gestion de cas sont conduits en France, en Europe (Vaarama & Pieper, 2006), en Amérique du Nord (Kodner, 2006), ainsi qu'au Japon. Ces modèles de « case-management », de « care-management » et de « disease-management » entretiennent des liens différenciés avec l'objectif d'intégration des services gérontologiques. Dans ce double contexte, il existe un besoin exprimé de disposer d'éléments de lecture communs permettant de situer et de comparer les modèles les uns par rapport aux autres. C'est la raison pour laquelle Dennis L. Kodner [2010] invite à adopter une grille de lecture commune sur la base de 6 dimensions descriptives minimales de l'architecture des dispositifs d'intégration basés sur la gestion de cas :

- 1) l'identification des questions et problèmes justifiant le dispositif,
- 2) la description des éléments permettant de qualifier l'analyse de la situation comme étant commune aux institutions et organisations concernées,
- 3) l'exposé des objectifs du dispositif,
- 4) la présentation des parties-prenantes du dispositif,
- 5) la description des modalités d'organisation des services locaux,
- 6) la présentation des ressources disponibles dans le dispositif.

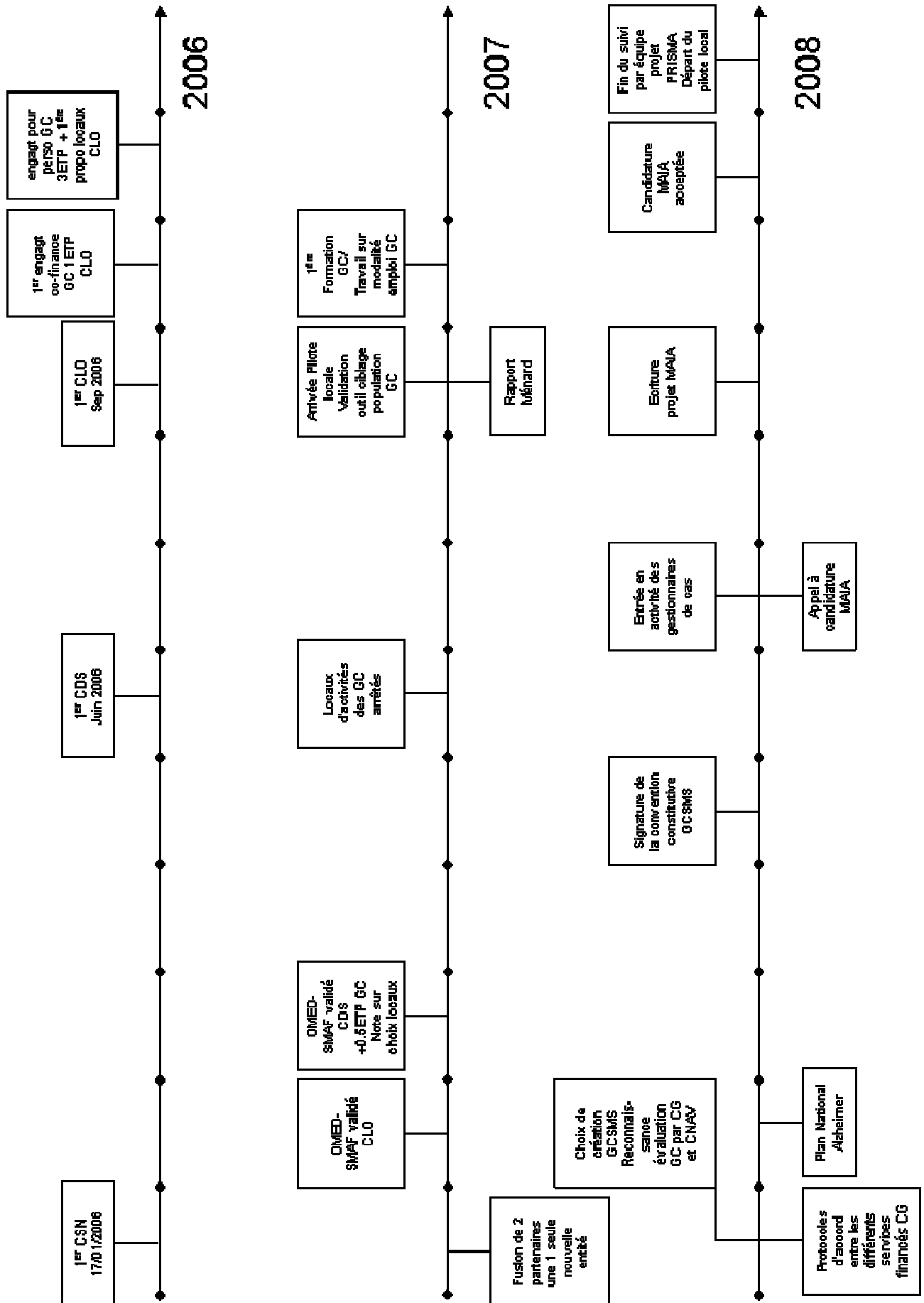
Le suivi de l'expérimentation PRISMA-France permet de renseigner l'ensemble de ces facteurs descriptifs.

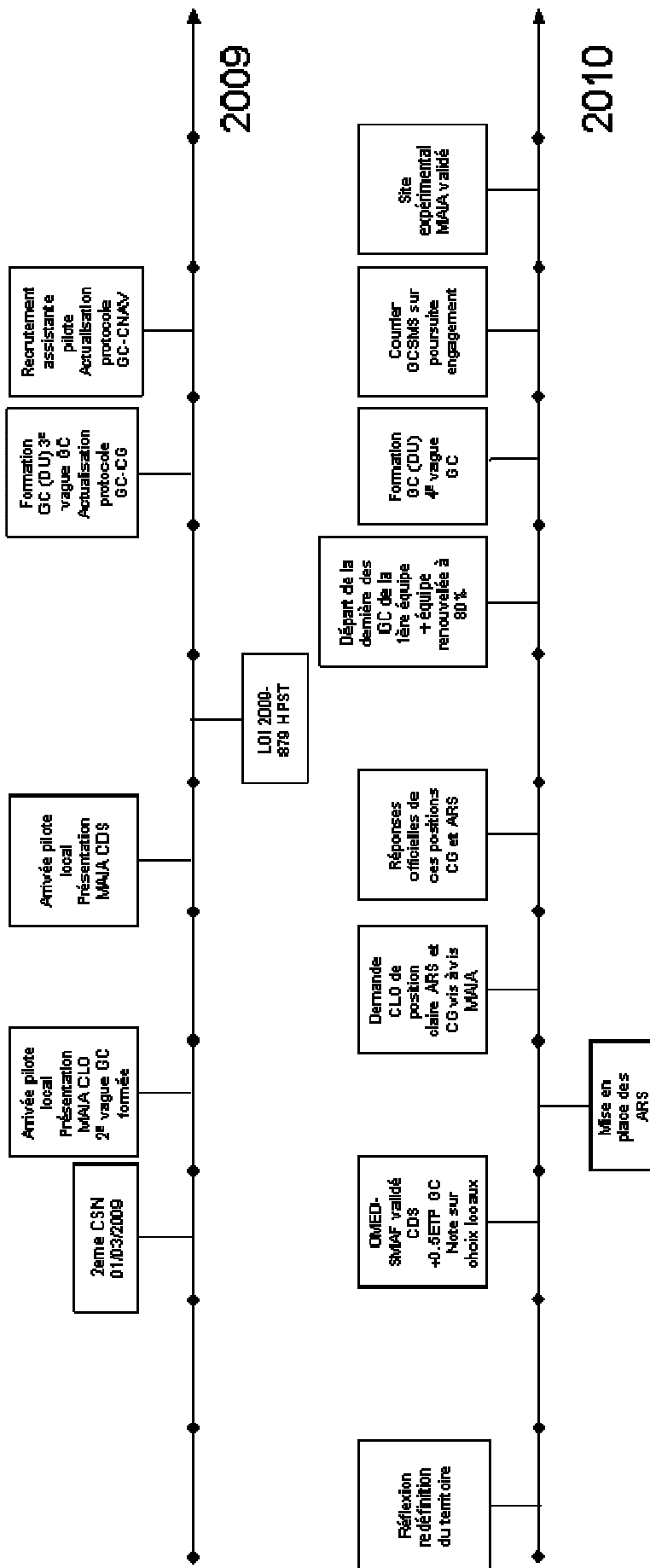
D'autre part, à notre connaissance, il s'agit de la seule expérimentation ayant fait l'objet d'une transposition d'un contexte national à un autre de trois composantes principales d'un projet-pilote d'intégration des services gérontologiques : le contenu du système organisationnel dont l'implantation est recherchée, la méthode d'accompagnement de l'implantation et l'outil de mesure de l'implantation que nous avons présenté ici. Même si celui-ci a nécessité quelques adaptations pour son utilisation en France, il repose sur le même cadre conceptuel de l'intégration et de ces composantes, et une grande partie des items sont exactement identiques (Hébert et al., 2008). Son adaptation à d'autres contextes en suivant la même méthodologie d'adaptation paraît faisable et pourrait donner une des premières méthodes internationales de mesure de l'implantation de l'intégration. Selon Martin Strandberg-Larsen et Allan Krasnik, [2009], il s'agit d'un enjeu primordial dans le champ de la recherche en santé publique appliquée aux systèmes d'intégration basés sur la gestion de cas.

### **3.6. Frises chronologiques**

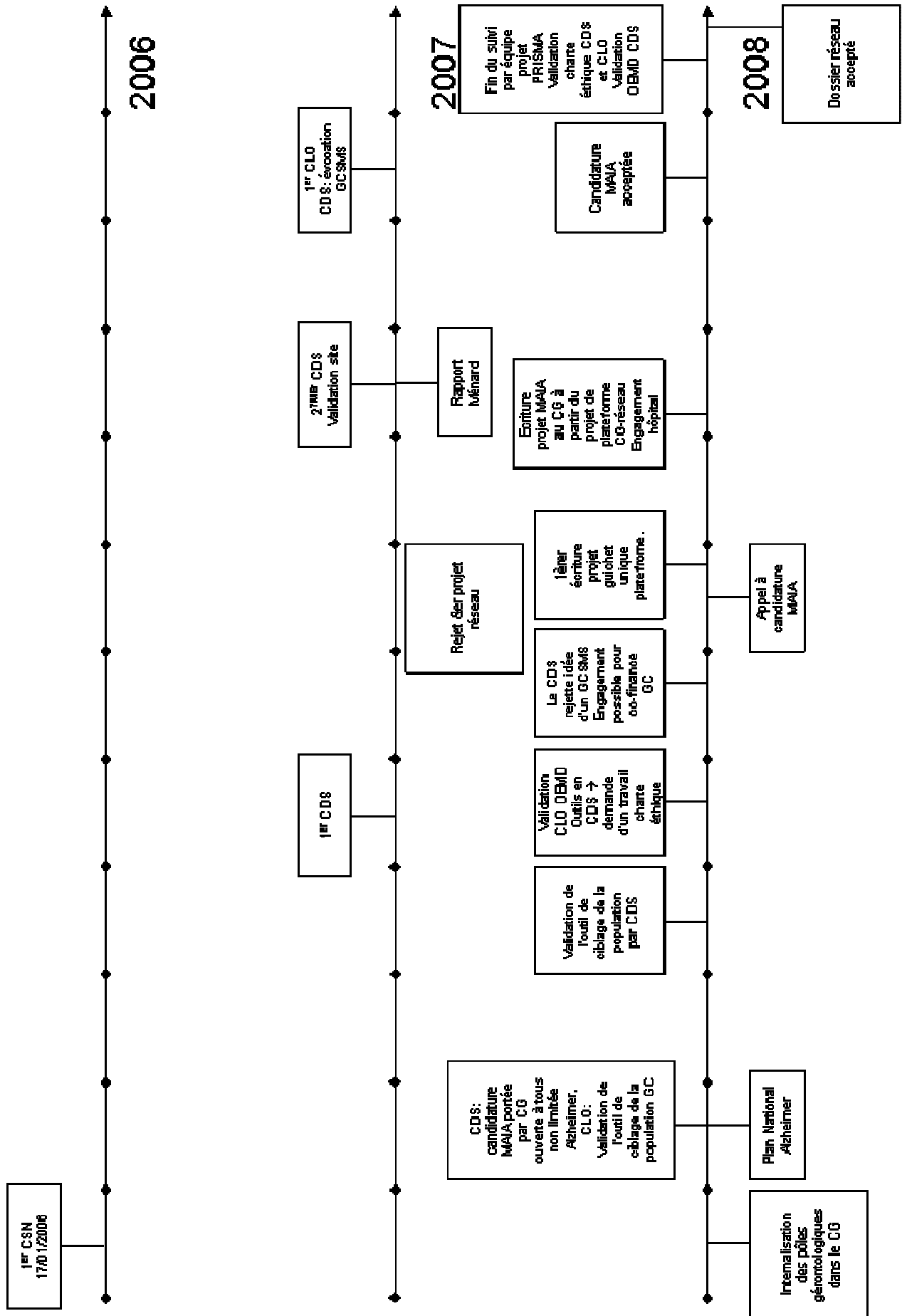
Dans les pages qui suivent nous présentons des frises chronologiques très simplifiées des événements les plus marquants de l'expérimentation PRISMA France sur les 3 sites : les événements directement en lien avec la mise en œuvre du projet, des éléments liés au contexte local et des événements liés au contexte national. L'objectif n'est pas de réassembler ici toute la narration de ces trois chronologies mais de permettre au lecteur des chapitres 3 à 7 de repérer dans le temps les événements les uns par rapport aux autres auxquels nous ou nos interlocuteurs font référence.

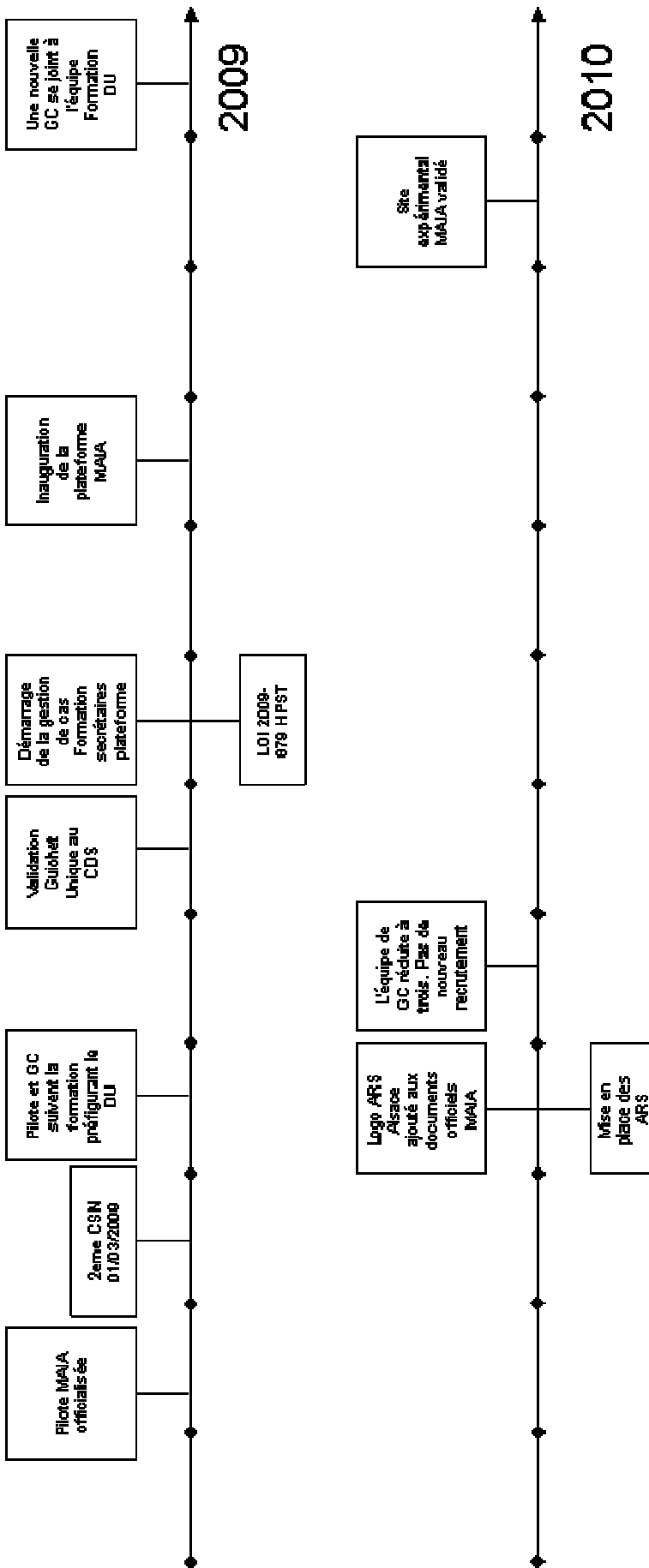
SITE MEGA-URBAIN PARIS 20°



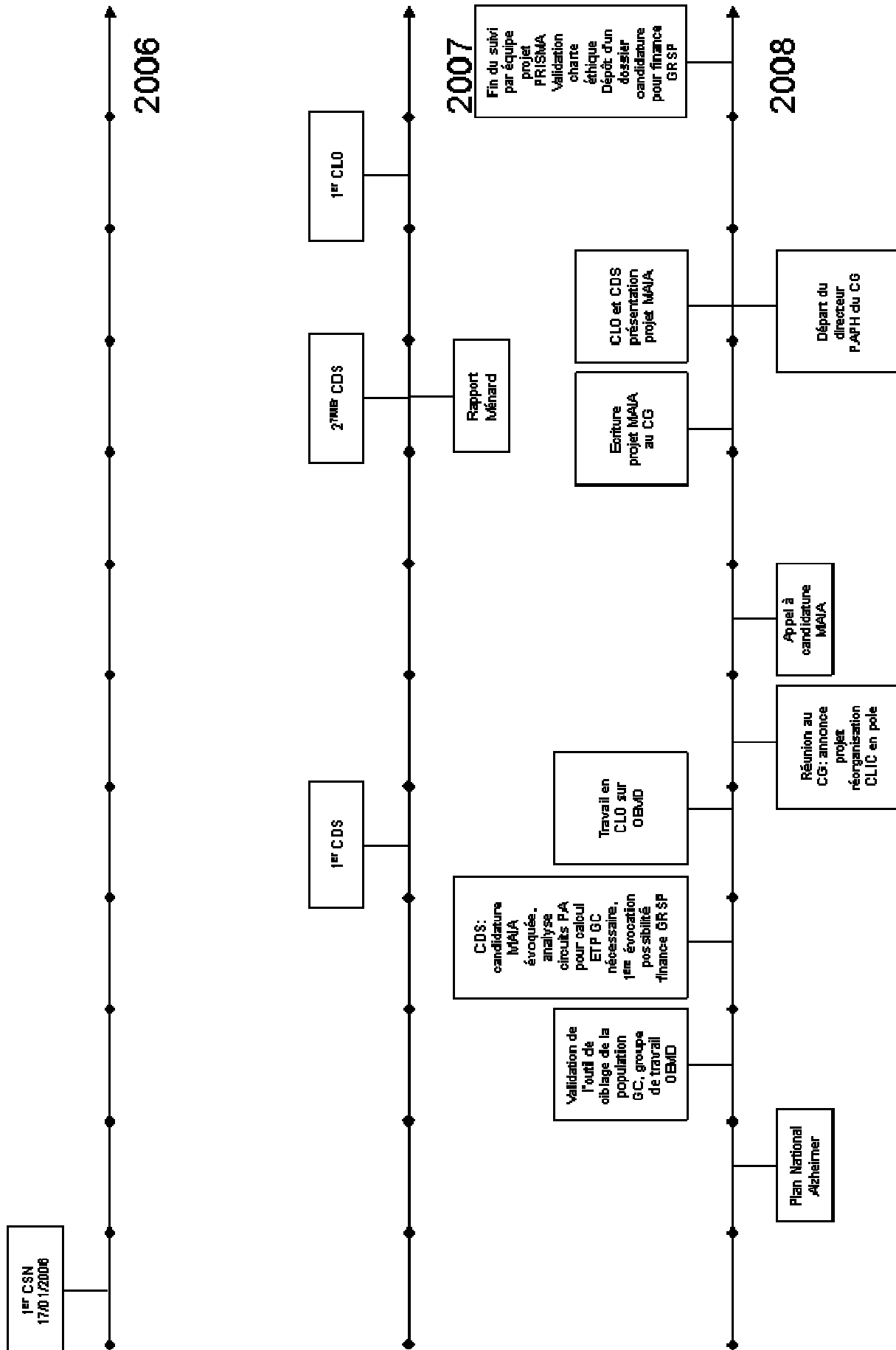


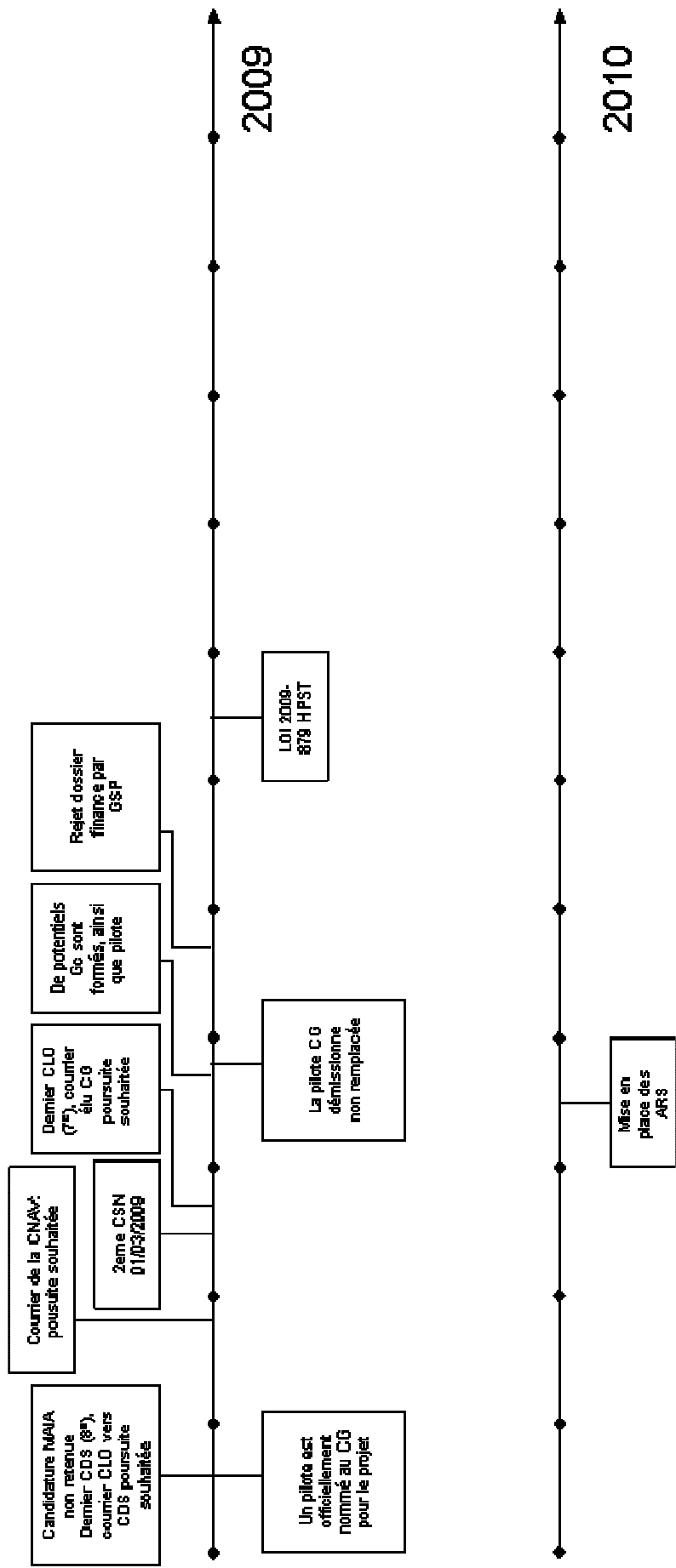
SITE URBAIN : HAUT RHIN (MULHOUSE-ILLZACH)





SITE RURAL : SUD ESSONNE (ETAMPOIS)







## **4. ANALYSE CONTRASTÉE DES TROIS SITES**

### **4.1. Introduction**

Le chapitre 3 précédent a porté sur l'étude d'implantation à partir de l'outil synthétique d'évaluation du niveau et du degré d'implantation des outils et mécanismes d'intégration PRISMA-France. Comme nous l'avons montré à travers ce suivi longitudinal, l'intégration a progressé sur les trois sites d'expérimentation.

Toutefois, cette approche quantitative comporte des limites soulignées dans le précédent chapitre. Parmi celles-ci figure l'absence de visibilité des contextes d'implantation et des dynamiques à l'œuvre, données et résultats accessibles à partir de la méthode de recherche par étude de cas multiples (3 sites expérimentaux).

Dans ce chapitre nous soulignons les faits saillants des contextes expérimentaux qui, selon chaque site d'expérimentation, ont influé le phénomène d'implantation.

#### **4.1.1. Cadre d'analyse adopté pour l'étude de cas multiples**

Dans un contexte national 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 définie dans l'expérimentation PRISMA-France en permettant la réinvention de cette innovation, mais sans dénaturation de ses principes et objectifs (Etheridge et al., 2009).

Le protocole de recherches PRISMA-France, à partir de la méthode « étude de cas multiples », 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<sup>16</sup> (Greenhalgh and al., 2004)

Dans cet objectif, il est apparu particulièrement pertinent au cours de l'expérimentation d'interroger les facteurs influençant l'agenda politique tant il a influé sur la gouverne du changement des précédents dispositifs de coordination.

---

<sup>16</sup> Se référer au rapport intermédiaire, chapitre 7 pp. 101-126.

Lascoumes et Le Galès [2007] 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.

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. Au cours du projet PRISMA France, l'implication de « leaders » et « champions »<sup>17</sup> est apparue particulièrement importante.

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 des positions et argumentent en sa faveur ou contre lui. 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). Ainsi, il apparaît essentiel que les décideurs politiques départementaux soient impliqués, comme nous allons le développer, d'autant plus 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. 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 de toutes les instances de décision et de financement afin de permettre un engagement plus facile des décideurs politiques départementaux. S'ensuit le relais de cette priorité au niveau

---

<sup>17</sup> 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].

technique, c'est-à-dire au sein des administrations en charge de définir l'opérationnalisation et la mise en œuvre.

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 déployées, et ce, dans ce cas ci, quelque soit l'échelle de compétence des acteurs (locaux, départementaux, régionaux, nationaux).

L'approche de la sociologie de l'action publique offre un cadre d'analyse permettant de documenter les liens et effets entre les orientations des politiques publiques et l'implication des différentes parties prenantes stratégiques et tactiques dans le projet expérimental PRISMA-France. Cette approche met ainsi l'emphase sur les processus de coopération déployés dans les mécanismes et instances de concertation, avec une attention particulière portée à la concertation stratégique.

#### **4.1.2. Résultat principal de l'étude de cas multiples : Inefficiences de la concertation stratégique en tant que généralité basée sur des particularismes**

Sur les trois sites la concertation stratégique est majoritairement estimée inefficace. L'inefficacité de cette concertation est illustrée dans les citations suivantes :

- « *Ils sont venus dans un rôle très passif* » (Acteur stratégique sanitaire, site Paris)
- « *Le CDS, une instance d'enregistrement. Malgré la volonté qui me semble sincère du Conseil Général de vouloir en faire quelque chose d'autre* » (Acteur stratégique sanitaire, site Haut-Rhin)
- « *Elle n'est pas optimisée au niveau national donc voilà, l'intelligence elle est à créer localement* » (Acteur stratégique social, site Essonne)

Dans ces trois citations, il apparaît que les registres de jugement du caractère inefficace de la concertation stratégiques sont de différentes natures :

- sur le site parisien, le projet est considéré comme extérieur aux institutions,
- sur le site haut-rhinois, le projet apparaît inégalement porté par les institutions,
- sur le site essonnien, le projet est estimé de la responsabilité des instances locales.

Il résulte de ces différentes configurations des forces et faiblesses quant au déploiement des outils et mécanismes d'intégration, que nous allons développer dans ce chapitre.

#### **4.1.3. Données exploitées dans le chapitre**

Les développements suivants s'appuient sur les données collectées tout au long de l'expérimentation (entre juin 2006 et décembre 2010) dans les études de cas relatives à :

- la veille documentaire politico-institutionnelle (documentations législatives et réglementaires, plans et programmes territoriaux)
- aux observations directes des réunions de concertation de concertation stratégiques (n=48) et tactiques (n=54);
- aux entretiens semi-directifs auprès des acteurs parties-prenantes au niveau stratégique (n=55) et au niveau tactique (n=60). Pour simplifier la lecture, précisons que nous distinguons deux catégories de parties prenantes : celles du champ sanitaire et celles du champ social. Le champ médico-social n'a pas été distingué dans le protocole initial. Nous avons répertorié les parties prenantes selon une catégorisation porteuse de sens pour les structures. Dans le champ sanitaire sont répertoriés au niveau stratégique : ARS (URCAM, ARH, DDASS, DRASS), structures hospitalières<sup>18</sup>, URML, et au niveau tactique : structures hospitalières, réseaux de santé, HAD, SSIAD, SAD. Dans le champ social sont répertoriés au niveau stratégique : Conseil Général, CRAV, Mairie, et au niveau tactique : EMS APA, SSDP, CLIC, CRAM, CCAS, Pôles Gériatriques. Les structures représentatives des usagers (CODERPA et France Alzheimer) sont identifiées en tant que telles.

#### **4.1.4. PRISMA et/ou MAIA**

Dans la mesure où les sites expérimentant PRISMA-France, ce sont inscrits comme candidats à l'appel à projet MAIA à partir des principes et fondements du projet PRISMA-France, et dans les cadres respectifs d'avancées du projet, nous ne distinguons pas PRISMA-France et MAIA dans ce chapitre. La distinction est identifiée dans une approche séquentielle en termes d'accompagnement du projet. Une première phase d'accompagnement est réalisée par une équipe projet PRISMA-France dédiée, constituée d'experts en gestion de projet et en intégration des services et de

---

<sup>18</sup>. Précisons que pour la majorité des territoires régionaux, la représentation au niveau stratégique de la sphère hospitalière par l'ARS est appropriée à la construction de l'intégration selon la méthode PRISMA-France. Néanmoins, la réalité de certains grands groupes hospitaliers (tels que l'AP-HP à Paris, l'AP Hôpitaux de Marseille ou encore les Hospices Civils de Lyon par exemples) nécessite de les associer à l'instance stratégique CDS.

chercheurs de différentes disciplines (santé publique, médecine, sociologie, économie). Elle se déploie en 2006, 2007 et 2008. Une seconde phase d'accompagnement est réalisée par une équipe projet nationale dédiée, constituée d'experts en gestion de projet et en intégration des services. Elle couvre les années 2009 et 2010.

## **4.2. Site méga-urbain : à la recherche d'un sens commun aux territoires d'action et territoire d'orientation**

L'expérimentation PRISMA-France sur le site méga-urbain, Paris 20<sup>ème</sup> arrondissement a débuté en juin 2006. La concertation stratégique a été caractérisée par un certain degré d'inactivité des parties-prenantes. Ce résultat semble s'analyser en lien avec l'extériorité de la motivation exprimée du projet PRISMA-France.

Relativement au site méga-urbain, Paris 20<sup>ème</sup> arrondissement, nous développerons trois analyses de différentes natures sur l'extériorité apparente des acteurs stratégiques mais aussi tactiques à l'expérimentation PRISMA-France. Tout d'abord nous rendrons compte de la perception de la légitimité à mener sur ce site un projet de transformation des pratiques de coordination pour aller vers l'intégration sur ce territoire d'action. Ensuite nous développerons une analyse portant sur les impacts des structurations des institutions parisiennes en termes d'intégration. Enfin, nous questionnerons le degré et la nature de l'assimilation du concept d'intégration institutionnelle.

### **4.2.1. Construire l'intégration gérontologique : légitimité et sens pour le territoire d'action ?**

Le choix du site d'expérimentation à Paris est le résultat d'un processus de travail dans lequel l'équipe projet PRISMA-France a présenté plusieurs choix d'arrondissements de la mégapole pour conduire l'expérimentation représentative d'un site méga-urbain. Les acteurs institutionnels ont statué en concertation stratégique sur les possibilités présentées et ont choisi le 20<sup>e</sup> arrondissement (voir le compte rendu du CDS de juin 2006).

Le site d'expérimentation défini est méga-urbain. Il présente une importante population (population totale de 193 205 habitants, dont 32 401 âgés de 60 ans et plus, parmi lesquels 1 589 bénéficient de l'APA départementale) et le site géographique est large (d'une superficie de 6 km<sup>2</sup> présentant une densité populationnelle de 32200.8 hab./km<sup>2</sup>).

Les argumentations ayant abouties au choix du 20<sup>ème</sup> arrondissement de Paris comme territoire d'expérimentation ont porté sur la présence d'un site ayant une offre de services gérontologiques dense (CLIC, Centre social de Gérontologie, Réseau de santé, SSIAD), historiquement et symboliquement implantée et rencontrant des difficultés dans l'accompagnement à domicile des personnes âgées en situation complexe :

*« Sur le XX<sup>o</sup> arrondissement vous êtes partis sur un creuset riche, du fait de la présence de professionnels et de structures assez nombreuses et complémentaires en direction des personnes âgées, donc c'est positif »* [Acteur stratégique social].

#### **4.2.1.1. Une réponse à un besoin du territoire d'action ?**

Si l'élément de diagnostic d'un territoire bien doté en termes d'offre de services gérontologiques est largement partagé aux échelons stratégique et tactique et dans les champs sanitaire et social, il y a cependant un différentiel d'appréhension des défauts dans la coordination de l'accompagnement à domicile des personnes âgées en situation complexe.

#### ***Représentations du territoire d'action***

Cet élément de diagnostic relatif au défaut de coordination de l'accompagnement à domicile légitimant la conduite du projet sur ce territoire est à l'origine de jugements contrastés entre les acteurs des champs sanitaire et social.

**Le diagnostic d'un défaut de coordination de l'accompagnement à domicile légitimant la conduite du projet sur ce territoire est partagé par les acteurs du champ sanitaire aux niveaux tactique et stratégique :**

- *« Le XX<sup>o</sup> arrondissement on y a été parce qu'il y avait déjà tout. Et que quand on avait tout, il y avait encore des difficultés »* [Acteur stratégique sanitaire]
- *« Tout le monde dit « tout existe », mais il n'y a pas de liens, très peu »* [Acteur tactique sanitaire]

Cet élément de diagnostic initial conduit à haut degré d'appétence à la construction du projet PRISMA-France pour nombre d'acteurs tactiques du champ sanitaire. La motivation de participation au projet PRISMA-France a pu être analysée (se référer au rapport intermédiaire chapitre 6 pp. 71-99) en référence au registre de l'innovation combinant caractère novateur et nouveau :

*« Depuis le démarrage, je pense qu'il y a des gens qui se sont engouffrés là dedans parce que c'était un truc nouveau, qu'ils voulaient être dedans. Moi aussi. C'était un truc nouveau et que je trouvais que c'était un bon truc, moi c'est surtout parce que je trouvais que c'était un bon truc »* [Acteur tactique sanitaire].

De plus, l'assise méthodologique est apparue porteuse du projet dans le sens où elle permettrait la construction de mécanismes de coordination gérontologie scientifiquement valides :

*« On ne pourra pas apporter seuls, parce que depuis le temps qu'on travaille ensemble [...] Ce n'est pas construit sur des vrais process', normalement le cadre PRISMA ça amène une vraie méthodologie, vraiment quelque chose de fort [...] Ce type de projet peut nous aider en termes je dirais de réflexion, d'ingénierie, en termes de méthodologie »* [Acteur tactique sanitaire].

Au cours de l'expérimentation, la majorité des acteurs tactiques représentant le champ sanitaire partagent l'opinion selon laquelle la possibilité de développer un projet innovant et répondant à un besoin de coordination des services offerts aux personnes âgées en situation complexe constitue une « opportunité » :

*« Nous sommes rentrés dans cette affaire en 2006 parce que nous avons constaté qu'il y avait un problème, qu'il y avait des difficultés dans la population, et que ces difficultés de la population ne faisaient que croître [...]. Donc c'est pour cela que quand s'est présentée à nous cette opportunité, on a considéré que c'était vraiment une opportunité particulièrement importante »* [Acteur tactique sanitaire].

*« Je pense qu'il y a vraisemblablement quelque chose qui manque, une coordination ou une implication des différents acteurs et des différents intervenants [...]. La finalité de l'histoire, c'est intéressant »* [Acteur tactique sanitaire].

**Les controverses sur le caractère légitimant le choix du site à partir du diagnostic de difficultés dans l'accompagnement à domicile des situations complexes apparaissent nombreuses dans le champ social et médico-social, en particulier au niveau tactique :**

- *« A la limite, est-ce que le 20<sup>ème</sup> arrondissement était le meilleur arrondissement pour implanter PRISMA ? [...] Je ne vois pas si on était dans un système intégré exactement ce que ça changerait par rapport à aujourd'hui, quand on maîtrise bien le dispositif et qu'on est entre gens de bonne volonté »* [Acteur tactique social].
- *« Je pense que pour tout ce qui était plus social, on était dans une bonne dynamique, on était pas parfaits, on avait à améliorer, mais on est tous convaincu je dirais au niveau de*



*l'organisation des acteurs sociaux ou psychosociaux, on va dire que c'était quand même pas si mal* » [Acteur tactique social].

Le fait que les pratiques de coordination existantes incorporent de façon incomplète le continuum de services intervenant au domicile des personnes ne semble pas ici être considéré comme phénomène suffisant à la légitimation de la conduite du projet PRISMA-France sur ce territoire d'action. En outre, le caractère « personne - dépendante » des pratiques de coordination (visible dans les aspects « bonne volonté » et « bonnes connaissances » mis en exergue dans les citations) n'apparaît pas non plus constituer une problématique suffisante à la légitimation de la conduite du projet PRISMA-France sur ce territoire d'action.

Cette représentation, des acteurs tactiques du champ social, d'une organisation satisfaisante de la coordination gérontologique a été, au fil de l'expérimentation, identifiée par le niveau stratégique, comme frein au déploiement du projet<sup>19</sup>. En fin d'expérimentation, c'est-à-dire en phase de fonctionnement des outils et mécanismes PRISMA-France, un acteur stratégique conclura ainsi que :

*« Pour moi il y a aussi une autre difficulté dans le territoire, c'est qu'ils étaient déjà dans une coordination très ancienne et presque cette coordination, cette assurance de coordination est presque un frein. C'est terrible à dire... Cette assurance d'être déjà dans un système de coordination et de ne pas avoir besoin de travailler plus la notion de coordination et d'intégration est un frein. Là y a déjà trop, il y avait peut être des gens qui pensaient déjà bien se connaître, pensaient partager des outils, pensaient, et n'ont pas franchi forcément facilement l'étape vers l'intégration »* [Acteur stratégique social].

Cette représentation d'une bonne qualité de la coordination est expliquée par les acteurs tactiques par les caractéristiques sociodémographiques de l'arrondissement, par le volontarisme et l'indépendance politique d'un certain nombre de leaders locaux, et par une construction historique de dispositifs dédiés à la coordination gérontologique (un CLIC, ainsi qu'un centre social spécialisé en gérontologie). L'ensemble de ces dimensions est explicité dans la citation suivante :

---

<sup>19</sup> Pourtant, comme l'illustrent les citations initiales relatives au choix du site, les acteurs stratégiques des champs social et médico-social ont été décisionnaires dans la définition du site expérimental considéré comme « creuset riche » en termes d'offre de services.

*« Je pense que le 20<sup>ème</sup> arrondissement a toujours été assez en pointe sur tout ce qui était géronto, pour plein de raisons. Parce que c'est un grand arrondissement où y a beaucoup de personnes âgées, parce qu'on a des personnes âgées en précarité économique avec une population émigrants âgés importantes, un habitat insalubre, alors on retrouve ça dans d'autres arrondissements, mais on cumule aussi tout ça sur le 20<sup>ème</sup>. Et peut-être aussi parce que à certains moments y a eu des acteurs très mobilisés et que nous n'avons jamais été politisés. C'est-à-dire qu'on voit dans l'histoire de différents arrondissements autour de la coordination, des arrondissements où il y a eu des personnalités politiques qui ont peut-être biaisé le débat. Nous, nous avons toujours farouchement défendu toutes intrusions politiques où on a vraiment joué la carte de l'indépendance, enfin vraiment de la professionnalité »*  
[Acteur tactique social]

Il en résulte l'expression d'une faible plus-value de l'expérimentation par rapport aux pratiques existantes. D'autant que les pratiques de coordination gérontologique ont pris place dans un dispositif spécifique porté par des leaders locaux légitimes dans le champ : le centre social gérontologique (CSG) créé dans les années 1970. Pourtant, la préexistence de ce dispositif a pu être envisagée par les acteurs stratégiques du champ social et médico-social en tant que dimension cumulative à la pertinence de mener le projet PRISMA-France sur le site Paris 20<sup>ème</sup> arrondissement :

*« Il y avait un suivi social gérontologique sur le XXème, chose qui n'existait nulle part ailleurs* [Acteur stratégique social].

Inversement les acteurs tactiques sociaux ont davantage exprimé un certain degré de manque de pertinence à travailler à de nouvelles modalités de coordination dans la mesure où les pratiques de coordination pour les personnes âgées en situation complexe seraient implantées à travers l'articulation des dispositifs CSG et PPE-CLIC :

*« [Untel] l'a dit en CLO « nous quand on a un problème en situation complexe, on sait quoi faire, le PPE, le CSG »* [Acteur tactique social].

En outre, la fusion du dispositif CSG avec le dispositif PPE-CLIC en cours d'expérimentation a constitué un bouleversement dans le paysage gérontologique. Cette nouvelle organisation annoncée en janvier 2007 commencera par une transition en 2007 pour être effective début 2008. Précisons

que certains acteurs ont mis en perspective un lien de causalité entre les mouvements de fusion PPE-CLIC/CSG et la conduite du projet PRISMA-France sur le site :

*« A un moment donné, compte tenu du coût qu'avaient le PPE plus le CSG, on a entendu dire que, avec PRISMA, ça permettait de défendre la survie des deux structures réunies dans une seule, il n'y aurait pas eu de PRISMA, je ne sais pas ce qui se serait passé, mais je vois mal comment on aurait pu supprimer quand même le CSG d'un coup d'un seul, avant qu'il y ait des manifestations à droite à gauche, parce que c'était quand même un outil qui était largement utilisé, dont tout le monde disait... je ne parle pas des individus là, qu'il avait une utilité... »*  
[Acteur tactique social]

### ***Un projet extérieur aux acteurs tactiques du champ social***

Dans le champ social au niveau tactique, il ressort du choix du site expérimental réalisé en réunion stratégique, et d'une représentation d'une coordination gérontologique satisfaisante, l'expression d'un projet extérieur au besoin du territoire d'action. Nous pouvons ici souligner la constance de ce jugement au cours de l'expérimentation, en suivant le discours de l'une des parties-prenantes aux trois temps de l'expérimentation :

- **en phase T0 de pré-implantation** : *« Apparemment la coordination que nous mettons en place à partir du terrain, n'a pas l'air de complètement suffire [...] On nous demande de le faire sur des moyens déjà existants »* [Acteur tactique social]. La participation au projet s'inscrit dans le registre d'une réponse à une demande extérieure aux acteurs tactiques. Cette demande est intériorisée comme l'expression d'une remise en cause des pratiques de coordination gérontologique construites sur le territoire. Il y a, de plus, contestation de la méthode de construction du projet s'appuyant sur les structures existantes. Ces trois dimensions (absence d'expression d'un besoin de territoire, apparence d'un jugement de non qualité des pratiques antérieures et controverse sur la méthode de construction du projet) apparaissent peu favorables à une appropriation du projet
- **en phase T1 d'implantation** : *« On a décidé ensemble d'un nouveau fonctionnement suite à une sollicitation pour participer à une expérimentation, maintenant wait and see. Je crois qu'on a fait tout ce qu'on a pu pour répondre à cette sollicitation »* [Acteur tactique social]. La phase d'implantation est celle de l'entrée en activité des gestionnaires de cas à partir de la construction d'un groupement de coopération social et médico-social (GCSMS Autonomie 7520) réunissant dans une nouvelle structure juridique les quatre organisations ayant proposées de mettre à disposition des ETP de gestionnaires de cas (SSIAD, Hôpital, Réseau de Santé et CLIC). Dans

la citation, le résultat intéressant en termes d'intégration organisationnelle permise par la constitution de ce GCSMS est souligné. Davantage l'est encore le fait que cette organisation permette l'atteinte des résultats attendus du niveau tactique dans le cadre d'une sollicitation du niveau stratégique institutionnel. Ce jugement d'aboutissement permet l'adoption d'une posture d'observateur des remontées cliniques et des retombées institutionnelles.

- **en phase T2 de fonctionnement** : « *Ce n'est pas les acteurs de terrain qui ont décidé de mettre en place PRISMA et de faire un projet pour améliorer, l'amélioration elle était dans le travail que nous faisons et de la coordination existante* » [Acteur tactique social]. En phase de fonctionnement, c'est-à-dire à 3 ans du démarrage de l'expérimentation, l'expression du projet extérieur aux besoins du territoire demeure.

En d'autres termes, les acteurs tactiques du champ social ont clairement exprimé le fait que l'expérimentation PRISMA-France est un projet extérieur aux besoins et objectifs du territoire d'action. Il en résulte globalement le sentiment d'une expérimentation imposée, à conduire dans un contexte de réformes nombreuses, et de projets parallèles (voir chapitre 7). Dans ce contexte, la majorité des acteurs tactiques du champ social adoptent une position de retrait, voire de « rejet » pour certains. Documentée dans le rapport intermédiaire (chapitre 6 pp. 101-126 et chapitre 7 pp. 128-141), cette dynamique s'est maintenue, voire amplifiée, au cours de l'expérimentation.

Ces deux éléments de controverses sur les critères du choix du site d'expérimentation méga-urbain et d'un projet imposé ont été structuraux dans la conduite du projet. Il en résulte une représentation générale aux organisations des champs sanitaire et social des échelons tactique et stratégique d'un projet qui semble s'être progressivement restreint aux organismes impliqués financièrement dans la mise en œuvre de la gestion de cas à travers l'outil juridique Groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) dont les travaux de réflexion ont commencé en octobre 2007 pour être effectif via la signature de la convention constitutive en mai 2008. Différentes citations peuvent illustrer cette représentation d'un projet du GCSMS Autonomie 75 20 :

« *Le projet MAIA du GCSMS. Et ce n'est pas le projet MAIA du territoire et du CLO* »  
[Acteur stratégique social].

« *Quand ça concernait nos sous, on s'en occupait, quand ça concernait nos droits on s'en occupait. Mais somme toute à aucun moment on s'est mis à partager un projet commun, une préoccupation commune. Petit à petit chacun s'est désengagé en disant que puisqu'ils se*

*débrouillaient très bien sans eux, la preuve c'est que quand ils n'étaient pas là, ça ne se cassait pas la gueule* » [Acteur stratégique sanitaire].

*« Y a peu de reconnaissance sur le territoire parce que...Il commence à y en avoir... Mais pour tout le monde le GCSMS, certes c'est MAIA, c'est Autonomie 75 20. Mais ça n'a pas de légitimité en tout cas au début comme ça peut l'avoir dans la structure* » [Acteur tactique social].

*« Le côté narcissique de l'équipe d'autonomie 75 20 de se dire "on a été choisi", ce qui n'est pas évident. Une reconnaissance par les autorités de tutelle des différents groupes pour dire "on sert à quelque chose", et puis peut être de faire avancer nos idées* » [Acteur tactique sanitaire].

Dans ce contexte, au cours des réunions de concertation tactique au sein du CLO, l'animation des réunions fait en sorte de mettre en perspective le projet commun porté dans l'expérimentation PRISMA-France. Ce projet commun est ainsi défini dans un compte rendu de la façon suivante : « Un modèle organisationnel qui s'appuie sur le partenariat afin de construire un « nous collectif », chacun des partenaires assurant une part de l'intervention auprès des personnes met en œuvre la coordination puis la coopération pour évoluer vers la co-responsabilisation [...] Sur le plan fonctionnel, ce serait une erreur de limiter la MAIA à la gestion de cas. Sur le plan organisationnel, la MAIA ne peut être réduite au GCSMS Autonomie 75 20 » (Compte rendu de la réunion du comité local opérationnel de septembre 2009).

La motivation étant extérieure aux acteurs sociaux du territoire, ces éléments se sont matérialisés par des attentes importantes, exprimées dès le démarrage de l'expérimentation, vis-à-vis d'orientations et de décisions explicites du niveau stratégique quand à l'organisation de la coordination gérontologique :

*« La formalisation, elle passe par un écrit, peut-être par des conventions, par des protocoles, par un modèle qui est, je dirais, à un moment donné imposé avec guillemets, soit par le Conseil Général soit par le Ministère* » [Acteur tactique social].

Cette méthode étant en grande partie contradictoire avec la méthode de construction des mécanismes d'intégration PRISMA basée sur les allers-retours entre concertation tactique et stratégique, un certain nombre d'acteurs tactiques, champ sanitaire et social confondus, demandent

à se faire confirmer le sens donné à la conduite du projet PRISMA-France sur le territoire d'action via une représentation officielle d'un membre du CLO au CDS :

*« Pour moi y a le CDS et le CLO, y a des gens qui participent au CLO et qui font remonter au CDS, et nous on a l'impression, ils ne nous redescendent pas de façon satisfaisante. On a des éléments de choses qui se sont dites ou décidées en CDS, mais on avait souhaité qu'il y ait quelqu'un localement qui soit présent au CDS » [Acteur tactique social].*

La construction du GCSMS, notamment par la mise en place d'un conseil stratégique regroupant les membres du CDS et les organisations du GCSMS, aurait pu être considérée comme un moyen de répondre à la demande de retours précis des orientations des institutions stratégiques. Pourtant, un certain niveau d'ambiguïtés demeure au regard des organisations tactiques quand aux orientations des instances stratégiques :

*« On est face à un problème concret, avec l'instance stratégique qui est un peu en attente et vice versa, le stade plus opérationnel qui est en attente d'orientation pour pouvoir avancer. C'est vrai que j'ai l'impression qu'il n'y a pas tellement d'orientation de stratégie bien calibrée de la part de cette instance qui reste locale, et j'ai l'impression qu'on n'a pas vraiment les directives et les recommandations qui viennent de plus haut » [Acteur tactique social].*

Il apparaît que les lacunes internes au mécanisme de concertation stratégique entretiennent la dynamique pour les acteurs tactiques du champ social d'un projet extérieur aux besoins du territoire d'action.

#### **4.2.2. Poids des bureaucraties et besoins d'intégration intra-institutionnelle**

Avec, au cours de l'expérimentation, un taux moyen de représentation à la concertation stratégique de 46%, l'engagement des acteurs stratégiques des champs sanitaire et social a été questionné. Différents éléments ont impacté l'intensité de la concertation stratégique, parmi lesquels la nécessité apparente d'un travail d'intégration intra-institutionnelle préalablement à l'intégration des services sur un terroir donné.

Nous proposons de commencer notre analyse, par un propos tenu en entretien conclusif qui témoigne des deux principales difficultés identifiées :

*« Au Conseil Général, ils disent « ce n'est pas notre problème, nous avons juste fait un courrier et nous n'avons pas été réellement concertés à y travailler », et quand on parle DDASS, la DDASS nous dit « c'est la CNSA » » [Acteur stratégique social].*

Dans cette citation, il est annoncé explicitement que le projet d'intégration n'est pas à l'agenda des deux principales institutions à responsabilité et compétence dans l'organisation gérontologique, pourtant représentées en continu en concertation stratégique tout au cours de l'expérimentation (respectivement à hauteur de 95% et de 90% aux réunions de concertation stratégique de juin 2006 à septembre 2010).

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées comme explicatives de la **non inscription du projet PRISMA-France à l'agenda des instances institutionnelles**. Nous en analysons ici deux : l'une est relative aux défauts d'appropriation de la méthode de construction de l'intégration, l'autre porte sur un travail préalable d'intégration intra-institutionnelle.

#### **4.2.2.1. Les défauts d'appropriation de la méthode de construction de l'intégration PRISMA-France**

Premièrement, un ensemble d'éléments porte sur la méthode expérimentale du projet PRISMA-France. Cette thématique a été largement étudiée dans le chapitre 7 du rapport intermédiaire portant sur les ambiguïtés d'appropriation au niveau stratégique du mode gouvernance du changement « Help it Happen » adopté dans le projet PRISMA-France (pp. 101-126). Nous soulignons ici que le changement de gouvernance de la conduite du projet en janvier 2009 du fait de l'entrée dans l'expérimentation nationale MAIA menée par un pilote local accompagné par une équipe projet nationale (EPN) n'a pas modifié la configuration d'une concertation passive, dans laquelle la responsabilité des prises de décisions nécessaires à la conduite du projet est dévolue à l'équipe projet. Le travail de construction du système d'intégration, basé sur des outils communs et partagés, mené par le pilote local est réalisé de façon à tendre à modifier cette configuration. Différents dossiers en témoignent, comme il est possible de le voir à partir des comptes rendus de réunions de concertation notamment au niveau tactique. Ainsi concernant la mise en place du guichet unique, est-il possible de lire que :

*« L'objectif est que quel que soit le partenaire MAIA sollicité, il apportera une réponse tenant compte de l'ensemble des ressources locales avec une analyse et une orientation harmonisées [...] L'ensemble des partenaires MAIA sont co-responsables des orientations*

*effectuées, du respect de l'équité et de la pertinence des orientations par rapport aux besoins. Nous devons donc organiser, sur le 20<sup>e</sup> arrondissement, l'information et l'orientation de la population avec une connaissance des services ayant des fonctions de coordination » (Compte Rendu de réunion de comité local opérationnel du 12.02.2010).*

### ***Une responsabilité d'orientations et de décisions stratégique dévolue à l'équipe projet***

Il est ainsi éloquent que, quatre ans après le démarrage de l'expérimentation, un acteur du niveau stratégique expose que :

*« Le CDS pour moi c'était bien, c'était quelque chose de neutre » [Acteur stratégique social].*

La neutralité affirmée et appréciée prend racine dans l'expression d'une instance sans pouvoir décisionnaire :

*« Dans le CDS on n'a rien à construire. Je ne vois pas pourquoi on se réunit si ce n'est pour avoir des nouvelles. C'est plutôt un peu dommage mais on reçoit des nouvelles. Mais on ne repart pas pour avoir des choses à faire. Quand on rentre à la maison, on n'a pas de devoirs à faire à la maison. Donc on y vient tous les trois mois, et entre les trois mois c'est entre guillemet la vraie vie. Alors que la vraie vie, ça devrait être là bas, on devrait y être investi plus fort. Nos institutions devraient se sentir beaucoup plus investies qu'elles ne le sont » [Acteur stratégique sanitaire].*

Dans cette citation, l'ambiguïté de rôles respectifs de l'équipe projet et des instances stratégiques est explicite. Il est intéressant de noter également dans cette citation un certain niveau d'appropriation du concept de concertation stratégique, mais dont l'opérationnalisation n'est pas le témoin. Comme nous allons le souligner dans les développements suivants, il est possible de noter le caractère transversal de ce résultat d'un concept de concertation stratégique approprié par les acteurs stratégiques des champs sanitaire et social mais difficilement et incomplètement opérationnalisé.



## ***Impacts de la forme d'appropriation de la méthode PRISMA-France sur la concertation stratégique***

Trois dimensions de la concertation stratégique sur le site méga-urbain sont à relever en ce sens qu'elles témoignent de particularités de l'expérimentation PRISMA-France sur ce site.

Tout d'abord, **au niveau stratégique l'emphase mise sur le mode expérimental semble favoriser un positionnement d'observateur.**

D'une part, l'opérationnalisation des outils et mécanismes d'intégration n'est pas anticipée comme résultat ultime de l'expérimentation :

*« PRISMA c'est vraiment une expérience, ce n'est pas un objet de mise en œuvre obligatoire »* [Acteurs stratégique sanitaire].

D'autre part, le portage extérieur d'un projet sous un mode expérimental partenarial est assimilé comme peu engageant car la question de l'imputabilité des résultats est ouverte :

*« Personne ne s'est senti responsable de cette expérience Qui est responsable de cette expérience ? Sans déconner, qui ? Qui va prendre les coups ? Qui va rendre des comptes sur si ça rate ? »* [Acteurs stratégique sanitaire].

Le mode expérimental se traduisant par des dispositions et moyens dérogatoires, l'absence d'évaluation et d'imputabilité intra-institution des résultats d'expérimentation permettrait à chacune des institutions de se positionner en tant qu'observateur.

Ensuite, **l'engagement institutionnel est sous-entendu circonscrit aux missions de représentation et non de définition au sein de l'instance CDS :**

*« Elle ne se sent pas du tout partie prenante de l'expérience. Elle dit "j'ai été sollicitée à un moment [...] et puis non j'ai d'autres chats à fouetter" »* [Acteur stratégique sanitaire].

Cette citation amène également à prendre en considération un certain degré de volatilité de l'engagement institutionnel :

*« Je pense que ça implique des institutions qui sont déjà des mammouths où arriver à faire valoir l'intérêt de la concertation est probablement pas prioritaire » [Acteur stratégique social].*

Enfin, il apparaît admis que **le caractère délimité de la concertation stratégique à l'espace officialisé du CDS** soit un frein au déploiement du projet :

*« A mon avis elle est quasi inexistante, la concertation des institutionnels. Il peut y avoir la concertation bilatérale mais la concertation vraiment vécue sur le plan le plus ouvert qui serait nécessaire... » [Acteur stratégique social].*

Dans le raisonnement de cet interlocuteur ce qui est sous-tendu porte le défaut d'observabilité et/ou de communication du travail institutionnel mené sur l'expérimentation. Cette dimension défaillante est discutée par un grand nombre d'acteurs stratégiques.

Il y a un consensus pour dire qu'il existe un défaut de visibilité du travail mené :

- d'une part en intra-institutionnel c'est-à-dire au sein des différentes institutions à responsabilités directes dans le champ gérontologique *« Y a tout un travail de communication à faire en disant "soyez content, notre institution a travaillé à ce genre d'expérience" » [Acteur stratégique sanitaire],*
- d'autre part inter-institutionnel c'est-à-dire entre les différentes institutions distinctement impliquées : *« Moi j'assiste, les gens viennent, regardent. [...] Ce qui est important dans ces conférences c'est la préparation avant et la discussion après. Les conférences en soit elles sont assez vides. » [Acteur stratégique sanitaire].*

Ces trois dimensions relatives aux **défauts d'appropriation au niveau stratégique de la méthode de construction du projet PRISMA-France** apparaissent être considérées à la fois comme un **signe d'un non-engagement institutionnel** et comme la source de l'absence de communication des instances stratégiques sur leurs implications dans le projet PRISMA-France :

*« Si par contre le directeur de la CNAV, le directeur de la DASES disent "je voudrais dans les trucs intéressants qu'on a fait cette année, j'aimerais bien qu'on fasse une page là dessus, chacun à sa manière". Ça viendrait bien de cette étape qui nous manque, qui permettrait la réappropriation par l'ensemble de l'institution » [Acteur stratégique sanitaire].*

Les défauts de visibilité de l'implication des institutions stratégiques et de communication publique sur cette implication sont explicitement identifiés comme frein au déploiement de l'expérimentation PRISMA-France.

#### **4.2.2.2. Les effets de l'organisation administrative parisienne : l'intégration intra-institutionnelle en préalable à l'intégration des services**

Deuxièmement, les défaillances de la concertation stratégique sont explicitées par les acteurs stratégiques eux-mêmes dans le paradigme de la bureaucratie parisienne :

*« La construction même de l'architecture administrative est un obstacle. [...]. Chacune en plus de ces structures étant un monde à lui entier, je veux dire la ville de Paris c'est un monde, entre le fonctionnement du maire, du maire adjoint, du cabinet, des services administratifs, c'est extrêmement lourd, là-dessus vous rajoutez l'AP ! Ce sont des mastodontes, d'enkystement de méthodes de travail. Donc je pense que dans des situations comme ça, il faut vraiment des messages forts donnés par ceux qui sont à la tête » [Acteur stratégique sanitaire].*

Dans cette citation, deux institutions sont formellement citées : la ville de Paris dans ces deux composantes administratives et politiques et l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP). Or au niveau institutionnel, les membres du comité stratégique ont porté une attention particulière à l'engagement de ces deux institutions. En effet, ces institutions sont considérées comme centrales ; la Ville de Paris en termes de prérogatives dans le maintien à domicile, et l'APHP en termes d'observateur et révélateur des dysfonctionnements dans l'organisation du maintien à domicile.

#### ***Focus mis sur deux institutions : Mairie de Paris et AP-HP – Les particularités de représentation***

En termes de participation à la concertation stratégique ces instances ont délégué un représentant officiel tardivement par rapport au démarrage de l'expérimentation, c'est-à-dire à deux ans du démarrage, en juin 2008 en ce qui concerne l'instance politique de la Ville de Paris et l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP).

Si l'absence de représentation officielle a souvent été explicitée par la complexité des organigrammes internes à ces deux institutions, il apparaît davantage que le turnover institutionnel

important sur le territoire parisien ait particulièrement impacté la représentation des ces institutions. Plusieurs catégories de turnover institutionnel sont identifiées.

D'une part il y a un **turn-over intra-institutionnel** :

*« Je crois que comme dans les équipes, il y a une mouvance aussi au niveau du conseil général tant dans les équipes de la DASES que du cabinet politique, que toutes ces mouvances là de ces interlocuteurs là fait que le projet en tant que lui même n'a peut être pas abouti »* [Acteur stratégique social].

D'autre part, un **turnover inter-institutionnel** a été observé et constitue une particularité de ce site. A notre connaissance cinq mouvements de représentants institutionnels présents en concertation stratégique se sont déroulés au cours de l'expérimentation : de l'AP-HP au CCAS, de la DASES à l'ARH, de la Ville de Paris à l'AP-HP, de la DGS à la DRASS, de la DGAS au CCAS. Il résulte de cette seconde catégorie de turnover :

- d'une part une proximité relationnelle des responsables des différentes institutions *« Ces gens là je les connais depuis 10 ans, 12 ans, 15 ans pour certains d'entre eux »* [Acteur stratégique sanitaire] et,
- d'autre part des coalitions professionnelles : *« Des liens de connivence professionnelle entre [X] et d'autres personnes avec lesquelles on a l'habitude de se voir par ailleurs »* [Acteur stratégique sanitaire].

Cette particularité institutionnelle sur le site parisien semble avoir permise une représentation large et implicite des différentes institutions. Par exemple, il a pu être considéré que l'AP-HP pouvait être représentée de façon aléatoire et alternative par la DDASS, l'URCAM ou encore l'ARH<sup>20</sup>. Le turnover institutionnel du territoire de Paris semble à l'origine d'une partie des défauts de représentation officielle des institutions. Il serait par contre possible de voir dans cette connivence issue du turnover institutionnel un facteur propice au travail d'intégration institutionnel fondamental au projet PRISMA-France, qui pourrait se réaliser en dehors de la sphère officialisée de la concertation

---

<sup>20</sup> Précisons que pour la majorité des territoires régionaux, la représentation au niveau stratégique de la sphère hospitalière par l'ARH est appropriée à la construction de l'intégration selon la méthode PRISMA-France. Néanmoins, la réalité de certains grands groupes hospitaliers (tels que l'AP-HP à Paris, l'AP Hôpitaux de Marseille ou encore les Hospices Civils de Lyon par exemples) nécessite de les associer à l'instance stratégique CDS.

stratégique, le CDS. Cependant, en l'absence de visibilité et de communication sur le travail intra et inter institutionnel mené dans le cadre de l'expérimentation, il n'y a pas de visibilité sur cet élément.

### ***Des attentes de signaux d'engagement explicites focalisées sur les deux institutions***

Somme toute, le défaut de représentation des instances politiques du Conseil Général et de l'AP-HP semble avoir été lu et vécu comme le témoin d'un manque d'investissement impactant négativement le déploiement du projet.

Bien que dès le démarrage de l'expérimentation, le Conseil Général ait inscrit le projet dans son plan d'action à travers le Schéma Gérontologique 2006-2011<sup>21</sup>, l'engagement du Conseil Général dans le projet a été questionné, voir remis en cause, notamment du fait de la représentation tardive des instances politiques :

*« Dans [tel site] il y a une force politique assez forte pour vouloir y aller, que ça marche. Alors qu'à Paris, elle n'est pas très forte... »* [Acteur stratégique sanitaire].

*« La ville de Paris, la ville pas la DASES. Quand moi je les rencontre, ils me demandent des nouvelles. Mais c'est l'hôpital qui se fout de la charité. Je leur en donne mais en même temps je vois bien que... »* [Acteur stratégique sanitaire].

L'implication des services administratifs du Conseil Général (DASES), qui a pris plusieurs formes, n'apparaît, au regard des autres institutions parties prenantes au projet PRISMA-France, suffisante pour considérer que le Conseil Général ait été une institution engagée dans l'expérimentation. Force est de constater que l'implication du Conseil général a pris plusieurs formes :

- 1) une délégation continue du responsable de l'une des quatre offres de services du Département,
- 2) délégation renforcée ponctuellement par la représentation du directeur en charge des services aux personnes âgées,

---

<sup>21</sup> Axe B « Accompagner le temps de la perte d'autonomie à domicile », Fiche B1 : Mieux articuler les dispositifs de soutien à domicile – Mieux coordonner les dispositifs d'évaluation de la dépendance », 4 fiches action, dont la 4<sup>ème</sup> « Mettre en place à titre expérimental sur Paris un service spécialisé de « gestionnaire de cas complexe » à destination des publics les plus difficiles. Après deux ans d'existence, évaluer la pertinence de ce dispositif et sa modélisation pour un développement plus large ».

- 3) autorisation donnée aux effecteurs tactiques de flécher un poste de gestionnaire de cas et de mettre à disposition du guichet unique du temps de secrétariat.

Quand à l'implication de la sphère hospitalière, sa participation tardive, attestée au regard des parties-prenantes du niveau stratégique par la nomination tardive d'un représentant du siège à l'instance stratégique, a été identifiée comme le témoin du non engagement de la sphère hospitalière, voir comme frein au déploiement du projet PRISMA-France :

*« L'AP HP a été un frein certain. Dans la mesure où d'abord il ne voyait pas son intérêt, ensuite il ne voyait pas la légitimité, ensuite il n'y a jamais mis sa priorité [Acteur stratégique sanitaire].*

Cette appréciation assez large au niveau stratégique mais aussi tactique, semble être considérée comme le résultat de la ligne de fragmentation Ville-Hôpital, laquelle sous-entend que l'objet de l'intégration des services aux personnes âgées n'est pas prioritaire au sein de la sphère hospitalière :

*« Si je ne me trompe pas quand même, le cœur de l'action de l'expérimentation qu'est PRISMA, ce n'est quand même pas le contenu de la boîte hospitalière » [Acteur stratégique sanitaire].*

Dans un second temps, les acteurs ont pu voir dans l'implication de l'AP-HP dans le déploiement de la gestion de cas à travers la signature de la convention constitutive du GCSMS et la mise à disposition d'ETP de gestion de cas, une volonté de signifier officiellement l'engagement de la sphère hospitalière :

*« Montrer un peu le soutien institutionnel, parce qu'ils ressentaient qu'il n'y avait pas de soutien institutionnel de la part du siège de l'AP-HP » [Acteur stratégique sanitaire].*

### ***Le travail d'intégration intra-institutionnelle en cours dans les deux institutions***

Ces éléments descriptifs de la faible mobilisation stratégique des instances politiques du Conseil Général et des instances de gouverne de l'AP-HP semblent trouver, comme cela a été souligné dans la citation initiale, la majeure partie de leur explication dans la complexité bureaucratique de ces deux institutions. Celle-ci apparaît particulièrement visible à partir de l'observation qui a pu être faite au cours de l'expérimentation de **projets et procédures d'intégration intra-institutionnelle**.

Ainsi l'ambiguïté de la tardive mobilisation du secteur sanitaire dans sa sphère hospitalière semble trouver son origine dans une dynamique de priorisation des sphères à intégrer. L'intégration des services gérontologiques visée dans le projet PRISMA-France est estimée nécessaire :

*« Ces questions de liens avec la Ville et le médico-social, je pense que c'est évidemment la bouée de sortie pour les hôpitaux avec le vieillissement qu'on a devant nous, il faut absolument qu'on arrive à tisser des liens avec la Ville et le médico-social pour que ce soit beaucoup plus fluide. Sinon nos filières sont complètement engorgées »* [Acteur stratégique sanitaire].

Toutefois, les besoins d'intégration intra hospitalière constitueraient des priorités d'action :

*« Les hôpitaux se gérialisent, ils ont tous maintenant petit à petit une équipe court séjour gériatrique, une équipe d'intervention gériatrique, et ces gens là on leur demande de faire ce travail justement de repérage des personnes âgées fragiles, d'évaluation gériatrique, de diffusion des bonnes pratiques etc. La fragmentation de la prise en charge, se pose aussi en intra hôpital »* [Acteur stratégique sanitaire].

En présence d'un mouvement actuel de déploiement d'un ensemble de services gériatriques, les sphères hospitalières seraient absorbées par un mouvement concomitant au projet PRISMA-France relatif aux mécanismes d'intégration en intra-institution hospitalière. Plus globalement, la thématique intégrative se déploie à travers deux mouvements : en interne au secteur hospitalier dans le cadre de la mise en œuvre groupement hospitalier du territoire (Groupement Hospitalier STARTT pour le territoire Paris XX<sup>ème</sup> arrondissement, regroupant les hôpitaux Saint-Antoine, Rothschild, Tenon et Trousseau) et à l'échelle territoriale dans le cadre du projet de filière gériatrique. Ces deux mouvements en cours de construction mobilisent les acteurs tactiques et stratégiques des champs sanitaires et sociaux impliqués dans l'expérimentation PRISMA-France. Il est intéressant de noter que certains de ces acteurs semblent entrevoir dans la méthode de construction de cette intégration intra-sectorielle au champ sanitaire un certain degré de diffusion des méthodes intégratives diffusées dans le cadre de l'expérimentation PRISMA-France:

*« L'Île de France c'est la seule à avoir dit que la filière gériatrique n'était pas une filière gériatrique intra hôpital, mais devait gérer l'amont et l'aval en lien avec la ville. Donc au moment où ils ont fait les travaux sur les PMT [projets médicaux de territoire], le projet de territoire, étaient invités les SSIAD, les EHPAD, les services à domicile, les CLICS etc.*

*Donc ça permet de montrer qu'il y a ces possibles là. Je suppose que le fait d'avoir mis sur Paris les EHPAD, le CLIC, le SSIAD, c'est parce que [X impliqué dans le projet PRISMA-France] qui s'occupait de ça, était sensibilisé à la notion de l'intégration » [Acteur stratégique social].*

Le Conseil Général de Paris a, quant à lui, engagé un processus d'intégration intra-institutionnelle en 2008 dans la cadre d'un « Protocole d'articulation entre les différents services mobilisés pour aider les personnes âgées, les Points Paris Emeraude (PPE/CLIC), le Service Social Départemental Polyvalent (SSDP) et l'Équipe médico-sociale de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (EMS APA) ». Il est précisé que « ce protocole coordonne les actions et organise le partenariat de ces différents services pour la prise en charge des demandes des personnes de plus de 60 ans et leur suivi » [Rapport d'activité DASES 2008]. La mise en œuvre de ce protocole se traduit par le déploiement d'une fiche de liaison interne aux services PPE/CLIC -SSDP- EMS APA pour la cible des personnes âgées isolées, peu ou mal entourées et en situation médico-sociale précaire et/ou avec une perte d'autonomie physique et/ou psychique [Compte-rendu de CLO du mois de novembre 2009]. Il est également intéressant de noter que ce processus d'intégration intra-institutionnelle est présenté dans le rapport d'activité 2008 dans un chapitre intitulé « Faits marquants – intégration des services » comportant deux paragraphes : l'un relatif à l'entrée de l'expérimentation PRISMA-France Paris XX<sup>ème</sup> arrondissement dans le cadre de l'expérimentation de labellisation MAIA et l'autre relatif à la construction et signature de ce protocole d'articulation des services gérontologiques du Conseil Général. Ceci atteste d'une représentation selon laquelle ces deux éléments s'inscrivent dans un même mouvement intégrateur, déployé dans des sphères différentes.

Au sein du Conseil Général, une autre réforme a été entamée, en 2009, concernant la procédure d'instruction du dispositif PPE/CLIC : il s'agit de la mise en place d'un appel à projet des PPE/CLIC visant une organisation du dispositif en termes de couverture territoriale des PPE/CLIC homogène avec les aires géographiques des territoires de santé. Ce second mouvement de réforme du dispositif de coordination gérontologique CLIC est lui aussi, mis en lien avec l'expérimentation PRISMA-France par un certain nombre de partenaires :

*« Il était intéressant de voir que l'apport qu'apportaient MAIA et PRISMA dans les réflexions actuelles sur la réorganisation des PPE sur le territoire parisien » [Acteur stratégique social].*



Cette articulation s'appuierait sur une assimilation intra-institutionnelle des objectifs du système d'intégration PRISMA-France en termes :

- d'intégration des services, notamment sanitaires : « *Et d'intégrer dans les PPE un volet sanitaire qu'ils n'ont pas. Après comment ils vont l'intégrer et comment eux, dans le cahier des charges du PPE, ils vont mettre en avant la notion d'intégration et de gestionnaire de cas ?* » [Acteur stratégique social],
- et de modalités spécifiques d'accompagnement des personnes âgées en situation complexe : « *Je pense qu'on va évoluer vers peut être un recentrage des missions de l'ensemble des Points Paris Emeraude sur la prise en charge et le suivi des situations complexes, des situations de difficultés. Et je pense que l'expérimentation PRISMA et les outils PRISMA vont nous être utiles* » [Acteur stratégique social].

La conduite de ces mouvements d'intégration intra-institutionnelle au Conseil Général a conduit à un important temps de travail d'appropriation et de réorganisation pour les différents acteurs directement impliqués de façon concomitante à l'expérimentation PRISMA-France. Au cours des réunions de concertation stratégique des informations sur ces mouvements ont progressivement été fournies aux institutions du territoire.

Sur le site parisien il apparaît qu'une étape préalable à l'intégration inter-sectorielle des services gérontologiques d'un territoire porte sur la nécessité d'intégration gérontologique intra-institutionnelle. Ce préalable impacte directement le déploiement du projet PRISMA-France en termes de disponibilités des parties-prenantes et de marge de manœuvre. Les acteurs des niveaux stratégique et tactique mettent en perspective cette dimension pour expliciter un certain degré d'extériorité du projet PRISMA-France au sujet duquel le mode expérimental l'associe à un caractère facultatif :

« *Et l'expérimentation est en plus de tout le reste, de tout ce qui vient et qui est absolument obligatoire* » [Acteur tactique social]

« *Nous on nous a dit de mettre en place des projets médicaux de territoire, c'était un ordre ça* » [Acteur stratégique sanitaire].

Dans ce contexte, au regard des acteurs stratégiques, la concertation stratégique développée dans l'expérimentation ne semble pas pouvoir porter sur les mécanismes et outils d'intégration PRISMA-

France. Un certain nombre de partenaires à la concertation stratégique ont énoncé l'idée selon laquelle **la concertation s'est réorientée en tant qu'instance permettant l'interconnaissance et la diffusion de processus de concertation propices au développement de partenariats institutionnels** dans le champ gérontologique. :

*« Ce qui n'a pas marché, c'est l'intégration institutionnelle ! Ça a permis de mettre du lien, peut être que ça permettra une intégration institutionnelle à terme. Mais aujourd'hui ça ne l'est pas. D'autres projets fonctionnent bien parce qu'on se voit autour de PRISMA. Je pense qu'il y a d'autres impacts sur le territoire qu'aujourd'hui on ne voit pas si on ne se centre que sur PRISMA [...] mais d'autres choses ont pu aboutir ailleurs. Pour moi c'est positif »*  
[Acteur stratégique social].

Il apparaît que l'expérimentation ait permis de **consolider un groupe d'entrepreneurs de cause**, la cause étant davantage celle de la nécessité d'un travail intégratif que celle du développement du système d'intégration PRISMA-France.

En somme, il ressort de ces éléments relatifs à la nécessité préalable de l'intégration intra-institutionnelle et à l'opacité de l'envergure de l'investissement institutionnel, une passivité des acteurs parties prenantes à la concertation stratégique :

*« Je crois que la difficulté, c'est que pour beaucoup de décideurs, ça a peut être été vécu comme quelque chose de plaqué, et qu'on n'a peut être pas pris le temps d'associer les décideurs sur le fait que oui, ça vaudrait la peine »* [Acteur stratégique sanitaire].

Il en résulte que les actions à mener dans le cadre de l'expérimentation PRISMA-France sont considérées du ressort d'un autre niveau, d'un niveau supérieur. Ce contexte laisse place à une seconde dynamique de report de la responsabilité de la construction du système d'intégration PRISMA-France :

*« C'est à dire que chacun a sa propre hiérarchie, chacun a ses propres comptes à rendre, et c'est bien ce niveau là d'intégration nationale qui manque »* [Acteur stratégique sanitaire].

### **4.2.3. Des effets de proximité entre institutions territoriales et institutions nationales : l'appel à l'implication d'un « échelon supérieur » ?**

En effet, les acteurs stratégiques des champs sanitaire et social, parties prenantes à l'expérimentation sur le site méga-urbain, en appellent fréquemment à l'implication d'un « échelon supérieur » :

*« Il faut mouiller d'emblée les décideurs au plus haut niveau »* [Acteur stratégique sanitaire]

*« C'est un tel changement dans les pratiques et dans les approches que si ce n'est pas porté au plus haut point, au plus haut niveau... »* [Acteur stratégique social]

Ces deux citations témoignent d'un biais du déploiement de l'intégration institutionnelle. L'intégration institutionnelle est conceptualisée dans la méthode d'expérimentation PRISMA-France comme étant du ressort de parties-prenantes à la concertation stratégique.

#### **4.2.3.1. Délégation de la représentation stratégique et « directeurs »**

Ces citations invitent à prendre en considération les **processus de délégation de représentation au sein de la concertation stratégique qui aboutissent à un niveau de représentation inefficace à la construction de l'intégration institutionnelle** :

*« Dans ma direction, où finalement c'est toujours moi qui suis venue [...] ça intéresse peu »* [Acteur stratégique social].

*« Mon directeur, il m'a dit " qu'est-ce qu'il faut que je dise ? ". Il dit "je comprends, il faut que je dise que c'est bien", bon allez je dirais que c'est bien"»* [Acteur stratégique sanitaire].

Comme il l'a été souligné précédemment, les défauts de niveaux de représentation sont associés à des défauts de visibilité du travail intra et inter institutionnel :

*« De toute façon je ne lui [directeur] demande pas grand chose et que je lui garantie une amélioration de ses acteurs »* [Acteur stratégique sanitaire].

Cette association entre des niveaux de représentation ne permettant pas la prise de décision en concertation stratégique et à un travail intra et inter institutionnel, au mieux opaque, au pire restreint, apparaît propice au recours assez constant de la demande d'implication d'un « échelon supérieur » exprimée par les acteurs stratégiques.

#### 4.2.3.2. Identifier l'« échelon supérieur » et ses missions

L'identification de cet « échelon supérieur » est rendue difficile par un corpus discursif qui l'associe tantôt aux sphères politiques : « *A un moment le préfet et le président du conseil général doivent se parler là-dessus avec le maire etc. Parce que ça fait partie de l'ordre du jour et de leur calendrier. Alors, pour l'instant ça ne fait partie de l'agenda de personne* » [Acteur stratégique sanitaire], tantôt aux échelons hiérarchiques « *Si mon ministère considère que c'est important et me demande de l'écrire, je l'écrirai* » [Acteurs stratégique sanitaire], imbriquant les niveaux de compétences suivants : communal départemental, régional et national.

Il apparaît aussi possible de constater que le recours à la mobilisation d'un « échelon supérieur » fait référence de façon exclusive et/ou combinatoire aux instruments incitatifs et/ou directifs.

Il ressort du corpus discursif des acteurs stratégiques une ambiguïté des attentes vis-à-vis de l'intégration institutionnelle. Elle apparaît dans les discours des acteurs stratégiques tout à la fois comme :

- Un objectif de l'expérimentation PRISMA-France : « *Mettre des institutions qui ont des intérêts complètement différents et pourtant un intérêt commun dans du long terme, ça personne ne l'a perçu* » [Acteur stratégique sanitaire].
- Une condition à la mise en œuvre du projet d'intégration PRISMA-France : « *Si cette intégration institutionnelle n'a pas eu lieu, on se ratatine sur la chose habituelle, c'est à qui c'est : qui paie, qui est responsable ? C'est moi qui donne les ordres ou non ?* » [Acteur stratégique sanitaire].
- Un moyen de réalisation de l'intégration des services gérontologiques : « *On a beau le construire sur un territoire plus restreint, un arrondissement ou une ville, on aura toujours des freins et des marches arrières parce que institutionnellement, on aura des directions qui iront à l'inverse de ce qu'on essaie de construire* » [Acteur stratégique social].
- Et un objet d'analyse de l'expérimentation PRISMA-France : « *L'objet de PRISMA ce n'était pas la gestion de cas [...]. C'était bien d'essayer de voir à partir du moment où le postulat dit que la gestion de cas c'est des choses bien, d'efficaces [...] un ancrage suffisant du point de vue institutionnel, dans un certain nombre d'institutions qui le partagent* » [Acteur stratégique sanitaire].

Malgré cette ambiguïté des attentes de l'intégration institutionnelle comme moyen ou résultat, il semble que prédomine une représentation selon laquelle l'effectivité de l'intégration institutionnelle conditionne le succès de l'expérimentation :

*« Il y a une étape qui a été un tout petit peu brûlée, la partie nationale et la partie comme quoi c'était un enjeu qui devait être réapproprié par les DDASS, par les DASES etc., en tant qu'objet »* [Acteur stratégique sanitaire].

*« En France on est dans une telle jungle que l'ancrage institutionnel c'était bien l'enjeu de l'expérience »* [Acteur stratégique sanitaire]

Cette dimension, dans le lexique en termes d'enjeux, semble prendre son origine dans le contexte français de fragmentation institutionnelle (une analyse en est faite dans le chapitre 5 du rapport intermédiaire, pp. 37-73). Toutefois, il est constaté qu'elle est particulièrement prégnante sur le site méga-urbain comparativement aux deux autres sites.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer l'emphase mise par les acteurs stratégiques du site méga-urbain sur l'intégration institutionnelle parmi lesquels les éléments développés précédemment sur l'extériorité de la motivation et sur le travail d'intégration intra-institutionnelle préalable. Un élément supplémentaire nous semble explicatif de l'emphase mise sur l'intégration institutionnelle à un « niveau supérieur » : il s'agit de la proximité, voire de l'imbrication des sphères décisionnaires. Bien qu'il n'y ait pas de discours explicites dans le corpus d'entretiens sur cette dimension, il nous apparaît que cette dimension peut être identifiée notamment par l'attention portée sur le Comité Stratégique National (CSN).

Comparativement aux autres sites, tout au long de l'expérimentation les acteurs stratégiques du site parisien ont porté une attention particulière à l'existence du Comité Stratégique National (CSN). L'absence de continuité de cette instance (deux réunions en 4 ans) est appréhendée comme frein au déploiement de mécanismes et outils d'intégration.

Ainsi, certains acteurs ont-ils pu souligner au moment du passage de l'expérimentation PRISMA-France dans le cadre MAIA, que le CSN s'est réduit aux institutions nationales à responsabilités dans le champs de la Maladie Alzheimer et maladies apparentées d'une part : *« Il n'y a pas du tout l'interministériel, l'interministériel, est maintenant représenté par une seule structure qui est*

*l'interministériel Alzheimer* » [Acteur stratégique sanitaire] et d'autre part, qu'au terme de l'expérimentation à T2, le CSN était devenu une instance factice : « *Ils ne se sentent plus du tout concernés. Donc y a une démobilisation quand même qui est extrêmement préoccupante* » [Acteur stratégique sanitaire].

Le caractère préoccupant dont il est ici question réfère aux attentes du mode expérimental en termes de reproductibilité sur d'autres territoires et de transférabilité dans d'autres domaines de politiques publiques :

*« Je pense que ce n'est pas si difficile que ça de remettre un peu d'enthousiasme, un peu d'intérêt institutionnel dedans. Ce que je me dis, c'est que beaucoup de gens sont confrontés à ce genre de choses de nouveau. Et seraient presque tentés de réinventer du PRISMA. Donc s'ils ne sont pas au courant que PRISMA a eu lieu et qu'il y a un certain nombre d'explorations, d'analyses, de choses qui ont été faites, ils vont réinventer un PRISMA »*  
[Acteur stratégique sanitaire].

<b>Ce que nous avons appris de l'expérimentation d'implantation PRISMA-France sur le site méga-urbain Paris 20<sup>ème</sup> arrondissement</b>
---

Le déploiement du projet est rendu complexe par deux mouvements : l'extériorité de la motivation de la participation du champ social au niveau du territoire d'action et le travail préalable d'intégration intra-institutionnelle au niveau des territoires administratifs du Conseil Général et des sphères hospitalières.

**L'extériorité de la motivation à la participation au projet ne signifie par que le projet soit contradictoire** avec les pratiques et orientations tactiques et stratégiques. Plusieurs éléments témoignent de la diffusion d'un objectif d'intégration gérontologique sur le site méga-urbain, parmi lesquels deux nous semblent particulièrement intéressants à souligner.

Le concept d'intégration semble avoir été diffusé dans un certain nombre d'institutions stratégiques et d'organisations tactiques, jusqu'à être inséré dans des réformes intra institutionnelles (par exemple dans le protocole d'articulation des services gérontologiques du département) et inter institutionnelles (dans le projet de filière gériatrique par exemple). Il y a un effet de diffusion de l'objet intégration dans au niveau institutionnel. L'appropriation du concept d'intégration dans les

sphères institutionnelles ne semble pas avoir été déployée dans le projet PRISMA-MAIA d'intégration des services territoriaux. Nous avons souligné l'analyse que nous en faisons en termes de nécessité d'un travail intégratif préalable aux institutions.

Un des signes de cette dynamique d'appropriation du concept d'intégration peut être identifié dans le mouvement anticipatoire à l'œuvre dans le groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) porteur du projet PRISMA-MAIA. Aux vues des réformes en cours et à venir dans le champ gérontologique relativement à la mise en place des outils d'orientation et de programmation de l'ARS (projet régional de santé, schéma général d'organisation des soins, schéma régional d'organisation médico-sociale et du conseil Général (futur Schéma Gérontologique 2012-2017), le GCSMS a entamé dès le début de l'année 2010 un travail de réflexion sur l'échelle territoriale de la MAIA la plus pertinente au travail d'intégration des dispositifs de coordination (CLIC, Réseau de santé, filière gériatrique). Cet élément est intéressant à souligner en termes de résultats de l'expérimentation PRISMA-MAIA, d'autant plus qu'il apparaît assez spécifique au territoire méga-urbain Paris XX<sup>ème</sup> arrondissement.

**L'extériorité de la motivation au niveau tactique appelle à mettre en exergue le sens perçu du projet dans une perspective de déploiement.** Deux éléments ont été identifiés comme particulièrement structurants tout au cours de l'expérimentation.

1) Tout au long de l'expérimentation PRISMA-France, le projet a été perçu, par les acteurs tactiques en particulier mais aussi stratégiques du champ social, en tant que concurrence au dispositif CLIC. Dans la mesure où cette dimension a été largement analysée dans le rapport intermédiaire, c'est à partir du constat de la continuité de cette appréciation d'un certain degré de concurrence du projet PRISMA-MAIA vis-à-vis du dispositif PPE-CLIC que nous souhaitons ici exposer l'anticipation exprimée comme souhaitable pour la poursuite d'un projet porteur de sens pour la majorité des acteurs du champ social et médico-social. Au niveau tactique, la représentation de la coexistence des dispositifs PRISMA-MAIA et PPE-CLIC conduit à l'anticipation de la fusion des deux dispositifs. Cette anticipation s'appuie sur un raisonnement selon lequel les dispositifs étant organisés par la concertation des partenaires locaux, la coexistence des deux dispositifs se traduit par une sur-mobilisation. Cette mobilisation apparaît pouvoir être concédée en phase d'expérimentation, mais elle est sous-entendue comme illégitime en phase d'institutionnalisation. Il en résulte l'anticipation, jugée souhaitable, d'une fusion des deux dispositifs. La citation suivante illustre le raisonnement commun à l'œuvre : « *On peut voir les choses de deux façons : soit MAIA englobe PPE, soit*

*PPE est... c'est vrai que le positionnement il est précaire parce qu'on a deux structurations. Y a une structuration qui a été faite, une articulation qui s'est faite, une animation de réseau qui se fait ou qui est faite par le PPE, qui concerne les mêmes partenaires. Y a une nouvelle animation qui est faite ailleurs plus structurée avec une méthodologie etc. Et c'est vrai que c'est compliqué parce qu'y a quelqu'un qui arrive et qui reprend les mêmes partenaires, et on se dit pourquoi y en a un deuxième » [Acteur tactique social]. Cette citation invite à prendre en considération les registres de légitimité des deux dispositifs en tant que variables déterminantes. La légitimité des dispositifs est considérée relever de deux registres distincts : celui de l'ancrage historique pour le PPE-CLIC et celui de l'ancrage scientifique pour PRISMA-MAIA. Selon les acteurs tactiques représentant les structures du champ social et médico-social, l'ancrage historique serait davantage porteur de « sens » pour les partenaires locaux, ce qui conduirait à une projection souhaitée d'un portage PRISMA-MAIA par le PPE-CLIC : « J'ai l'impression qu'avec MAIA, on refait un PPE spécial Alzheimer c'est tout. Alors que le PPE, la connaissance des services, le réseau, toute cette toile d'araignée autour de la question des personnes âgées, ils savent déjà, ils ont déjà tout ça. J'ai l'impression qu'on refait [...] Je trouve dommage d'avoir fait un autre service à côté, alors que le PPE a déjà une bonne connaissance, il a une archi bonne connaissance [...] Je trouve que c'est un gaspillage d'énergie. Je pense qu'on aurait peut être dû étendre quelque chose au niveau du PPE » [Acteur tactique social].*

Les acteurs tactiques du champ social font état d'attentes vis-à-vis de PRISMA-France en tant que méthode permettant d'améliorer la structuration des PPE-CLIC. Cette perspective semble portée un différentiel d'attente important entre les acteurs du champ social et ceux du champ sanitaire.

2) Au niveau tactique, et dans une moindre mesure au niveau stratégique, le sens perçu du projet d'intégration PRISMA-France est assimilé à une certaine forme de « sanitisation » des procédures de coordination gérontologique :

- « J'ai plus pris ça [l'intégration] comme je dirais une coordination en essayant même d'incorporer le sanitaire avec » [Acteur tactique sanitaire].
- « Le levier sanitaire que me parait être PRISMA » [Acteur tactique social].

Plus précisément l'emphase est mise sur les possibilités de construction de procédures formalisées de coordination entre les services gérontologiques intervenant au domicile des personnes âgées et les sphères hospitalières :

- « Et peut être que ça impliquera un peu plus les services hospitaliers qui ne sont pas impliqués du tout » [Acteur tactique sanitaire].



- « *J'attends de voir l'hôpital, [...] dont on a besoin, les liens avec les services, les interfaces, les interactions, les retours etc.* » [Acteur tactique social].

L'emphase importante mise sur cette dimension a ainsi pu amener à considérer que le sens perçu du projet d'intégration PRISMA-France est celui de procédures formalisées de coordination entre les champs d'intervention en Ville et à l'Hôpital. Ceci est également présent dans les discours des acteurs stratégiques :

- « *Les questions qu'on se pose sur la coordination en amont et en aval de l'hôpital se posent sur la coordination avec les acteurs de ville* » [Acteur stratégique sanitaire]
- « *À l'hôpital, on parle de projet de soins mais on dit tout ce qui est le care, projet de vie. L'hôpital n'a pas la culture du projet de vie. Le médico social n'a pas la culture du parcours de soin [...] et donc on n'est pas encore intégrés* » [Acteur stratégique social].

Il semble résulter globalement une représentation de l'intégration des services portée par le projet PRISMA-France en tant que méthode de coordination formalisée Ville-Hôpital. Le sens perçu du projet procède ainsi d'une certaine requalification du cœur du projet. Dans la dynamique de conduite de projet, il apparaît nécessaire d'exploiter le sens perçu du projet sans dénaturer le projet.

Le contraste de représentation au niveau tactique entre les acteurs des champs sanitaire et social apparaît peu propice à la l'objectif de concertation par coresponsabilité.

### **4.3. Site Urbain - Concertation stratégique et portage Conseil Général : allant-de-soit et controverses**

Avec un taux de représentation moyen tout au cours de l'expérimentation de 68% des institutions stratégiques visées dans le projet, la concertation stratégique ne présente pas la même catégorie de défaut de représentation que sur les deux autres sites PRISMA-France (<50%). Deux dimensions différentes ont cependant impacté la concertation stratégique : l'irrégularité des réunions concertation et le positionnement des différentes institutions en termes de pouvoirs (symbolique et direct).

L'irrégularité des réunions de concertation stratégique a été identifiée comme facteur impactant négativement la co-responsabilisation des institutions. Notamment car l'irrégularité de la concertation a été particulièrement importante au cours de l'année charnière 2009 où l'expérimentation PRISMA-France est entrée dans l'expérimentation nationale MAIA (2 CDS sur l'année), dont le porteur légal est le Conseil Général (qui organisera un premier CDS dans cette nouvelle configuration au mois de juin 2009).

Cet événement semble par ailleurs avoir modifié la dynamique de conduite du projet sur le site urbain en termes de positionnement des instances stratégiques. Un des témoins en est une représentation erronée, partagée et diffusée au sein des instances du champ sanitaire. D'une part, le projet MAIA n'aurait pas été discuté en réunion stratégique alors qu'il est possible de trouver des éléments de lectures et corrections du projet MAIA au cours de la réunion du CDS de septembre 2008 (voir le chapitre 3 du compte rendu de réunion du CDS « Dossier de réponse à l'appel à candidatures pour l'expérimentation d'une MAIA »). D'autre part, les instances stratégiques n'auraient pas été informées directement par les services du Conseil Général des suites données à la candidature MAIA du Haut-Rhin alors que la réunion du CDS de décembre 2008 est ouverte par l'annonce officielle du fait que le projet MAIA du Haut-Rhin a été retenu dès la première sélection. Pourtant, au cours des entretiens conclusifs menés au deuxième semestre 2010, l'une des parties-prenantes du niveau stratégique énonce que :

*« Il n'y a pas eu forcément en amont du projet, y a pas eu véritablement de consultation de toutes ces autorités. D'ailleurs sur la sélection du projet MAIA par la CNSA, nous l'avons appris par L'Age d'Or, une revue professionnelle. Donc c'est vous dire... Ce n'est pas forcément très associé et de plein pied dans ce dispositif »* [Acteur stratégique sanitaire].

Nous proposons d'apporter un éclairage analytique sur cette situation caractérisée par une sous mobilisation de l'intégration institutionnelle et par une représentation erronée en adoptant une trame argumentative chronologique distinguant deux temps dans l'expérimentation.

Au cours de la phase d'accompagnement par l'équipe projet PRISMA-France le pouvoir symbolique du Conseil Général apparaît, communément aux niveaux stratégique et tactique, comme légitime.

Au cours de la phase d'entrée et de déploiement du projet dans le cadre de l'expérimentation nationale MAIA, le pouvoir direct du Conseil Général dans la conduite du projet semble davantage controversé quant à la possibilité de conduire à l'intégration des services.

#### **4.3.1. Une représentation partagée d'un site bien doté et d'un projet en continuité d'une structuration de l'organisation gérontologique**

Les parties-prenantes à l'expérimentation PRISMA-France partagent une représentation selon laquelle le territoire est bien « doté ». Les discours réfèrent tout autant à un territoire :

- régional « *Après on a peut être eu la chance aussi nous dans notre région, bon statistiquement on est une région où les retraités vivent encore bien, y a des ressources, y a des moyens* » [Acteur stratégique sanitaire],
- départemental « *On est dans le département du Haut Rhin sur un territoire où y a des ressources en termes de réponses, que ce soit au niveau soins, que ce soit au niveau services, aides, services de maintien à domicile, on n'est pas dépourvu* » [Acteur tactique social]
- communal : « *A Mulhouse nous avons un pôle gérontologique clinique qui est développé [...] c'est un pôle gérontologique important* » [Acteur tactique sanitaire].

##### **4.3.1.1 Caractéristiques de la structuration de l'action gérontologique**

Cette représentation d'un territoire bien doté est associée à la représentation d'une structuration de l'action gérontologique implantée historiquement, inscrite dans un mode partenarial, et portée par les sphères politiques. Il est intéressant de distinguer ces trois éléments :

- Une structuration de l'action gérontologique implantée dans le temps : « *Historiquement, c'était un seul et unique service, donc le service social avait dans une partie de ses missions tout le travail social gérontologique, qui est quand même une spécificité du département* » [Acteur tactique sanitaire].

- Une structuration de l'action gérontologique inscrite dans un mode partenarial : « *Je crois qu'on avait beaucoup de chance jusqu'à présent avec justement la mise en œuvre de la politique en faveur des personnes dépendantes, déjà dans la PSD, le département du Haut-Rhin a vraiment mis en place des organisations qui faisaient que le médical et le social communiquaient autour d'une table* » [Acteur tactique social].
- Une structuration de l'action gérontologique soutenue par les sphères politiques : « *Historiquement sur le Haut-Rhin, il y a eu une vraie volonté politique, je pense au travers de la création de ces pôles gérontologiques, il y a déjà maintenant une quinzaine d'années, de créer justement des instances de coordination géronto avec vraiment un projet très vaste et très complet qui n'a pas toujours pu se décliner dans toute son ampleur* » [Acteur tactique social] - « *Il y a une histoire déjà un certain nombre de développement très, on va dire à l'initiative du conseil général, les pôles gérontologiques avant que l'Etat reprenne cela pour son compte, et fasse un débat très vaste autour des CLIC* » [Acteur tactique sanitaire]

Ces citations caractérisant l'action gérontologique sur ce site d'expérimentation invitent à prendre en considération deux dimensions structurantes de l'appréciation portée sur l'organisation gérontologique générale : elle est le fruit d'une construction historique et elle est référée à l'échelle départementale.

#### **4.3.1.2. Caractéristiques et représentations du territoire d'expérimentation**

C'est à partir de ces deux dimensions que le choix du site expérimental va être défini sous l'impulsion du Conseil Général, sous réserve de l'approbation des leaders territoriaux, et dans le cadre des critères demandés par l'équipe projet PRISMA-France. Le processus de définition du site d'expérimentation se déroule en concertation stratégique à partir de critères statistiques travaillés au sein du Conseil Général. Dans un premier temps, la zone d'expérimentation est définie comme étant celle de la partie urbaine du pôle gérontologique d'Illzach (villes de Battenheim, Baldersheim, Sausheim et Illzach) (Compte-rendu CDS d'avril 2007). Dans un second temps la zone d'expérimentation comprend l'intégralité du pôle d'Illzach élargi à la Ville de Mulhouse (Compte-rendu CDS d'octobre 2007). Deux arguments sont avancés pour expliciter le changement de zone d'expérimentation. D'une part, il s'agit de pouvoir atteindre une masse critique en termes de personnes âgées potentiellement desservies adéquate au déploiement du projet PRISMA-France. D'autre part, il s'agit de rechercher la cohérence des couvertures territoriales entre l'expérimentation PRISMA-France et le projet de réseau gérontologique porté par des leaders locaux du champ sanitaire, projet inscrit dans le schéma gérontologique 2006-2011.

### ***Caractéristiques du territoire d'expérimentation***

Le site d'expérimentation défini est mixte : urbain et suburbain. Il présente une importante population (population totale de 148 905 habitants, dont 25 755 âgés de 60 ans et plus, parmi lesquels 1 068 bénéficient de l'APA départementale) et le site géographique est large (d'une superficie de 233 Km<sup>2</sup>, couvrant 5 cantons, présentant une densité populationnelle de 639 Hab./Km<sup>2</sup>).

La définition du site expérimental, a été questionnée par certains acteurs stratégiques en raison de son caractère hétérogène entre des zones rurales et urbaines et les trajectoires de santé et de services des personnes de la bande rhénane et celle de la proximité de Mulhouse, et la présence d'une forêt qui scinde le territoire en deux :

*« Dans la géographie ça m'interpelle, parce que je ne comprends pas comment on va au delà de la forêt et qu'on ne prend pas en charge le grand Mulhouse entre guillemet. On va jusqu'à 10 km, pratiquement jusqu'au bord du Rhin, mais 3km à côté du centre on n'y va pas ».* [Acteur stratégique sanitaire].

L'équipe projet PRISMA-France a, quant à elle, mit en exergue la complexité de la construction et de l'opérationnalisation de la concertation tactique en raison du grand nombre d'acteurs tactiques à inclure dans l'expérimentation.

Ces réserves ne se sont pas concrétisées dans la gestion du projet : absentes dans les discours des acteurs tactiques et stratégiques, elles n'ont pas pris le caractère de controverses.

### ***Représentation du territoire d'expérimentation***

Plus encore, la question de la définition du site expérimental, dans ses dimensions à la fois sociodémographiques des personnes âgées desservies et socio-économiques des services gérontologiques, n'apparaît pas, dans le discours des acteurs parties-prenantes, une dimension de légitimation de la conduite du projet PRISMA-France sur ce territoire d'action. Trois catégories d'éléments nous semblent explicatives de cette représentation commune d'un projet légitime à mener sur ce territoire qui trouve sa source dans d'autres dimensions.

Premièrement, la conduite du projet PRISMA-France s'inscrit ainsi dans le cadre d'un projet de proximité. La proximité dans le champ gérontologique est une valeur commune aux acteurs stratégiques et tactiques des champs sanitaire et social :

- « *Je suis convaincue que cette proximité qu'on a toujours prônée dans les services me paraît essentielle* » [Acteur tactique sanitaire]
- « *On avait déjà cette idée que l'action de proximité était pertinente pour la population* » [Acteur tactique social] – « *Dans la coordination il y a aussi l'aspect territorial qui est important* » [Acteur stratégique social]
- « *L'intégration [...] y a aussi la vocation pour un territoire de proximité il me semble, à faire la coordination entre les différents services pour une personne particulière* » [Acteur stratégique sanitaire].

Deuxièmement, le territoire d'expérimentation ainsi défini, permet d'inclure dans le projet d'intégration PRISMA-France un certain nombre de leaders locaux du champ sanitaire :

*« Sur Mulhouse et Illzach, les établissements hospitaliers sont pas mal impliqués finalement, même les cliniques »* [Acteur tactique social]- « *Mulhouse [...] a un historique, avant le docteur X c'était le docteur Y qui a mis en place le pôle gérontologique clinique et qui l'a développé [...]. Nous avons aussi d'autres hôpitaux qui travaillent avec les personnes âgées, comme A, dont s'occupe le docteur Z* » [Acteur tactique sanitaire].

La présence et l'investissement de ces leaders médecins gériatres, ainsi que les expériences positives passées et présentes de partenariats aboutissent, au niveau tactique, à une représentation commune selon laquelle le site expérimental serait caractérisé par un moindre degré de cloisonnements sanitaire/social et ville/hôpital.

Cette caractéristique constituerait de facto un facteur aidant au déploiement du projet PRISMA-France :

*« On a déjà, dans le Haut-Rhin, une culture de partenariat, c'est une expérience que je vis dans mon travail et je trouve qu'elle est assez, c'est assez bien intégré, dans différents réseaux, on a des implications de professionnels, qui est assez intéressante. Ça a été un élément facilitateur. Le fait qu'on se connaît pratiquement tous, avant que ne démarre l'expérimentation »* [Acteur tactique sanitaire].

Cette opinion, quant aux pratiques de partenariats développées territorialement entre les secteurs sanitaires et sociaux, engendrerait un certain niveau d'interconnaissance et de confiance préalable à

l'expérimentation PRISMA-France, ce qui constituerait également des facteurs aidants à la conduite du projet d'intégration :

- « *Beaucoup des gens qui ont travaillé dans le cadre de PRISMA ici dans la région se connaissent depuis longtemps. C'est un énorme avantage* » [Acteur tactique sanitaire]
- « *Il nous semble que les conditions, on a une tradition de partenariat quand même, beaucoup, dans nos relations avec nos partenaires même s'il y a des enjeux de pouvoir et c'est normal, il y a quand même une tradition de partenariat dans le département. Donc c'est une occasion peut-être de pouvoir aller plus loin dans un contexte gérontologique je dirais assez favorable* » [Acteur stratégique social].

Troisièmement, le choix du site expérimental est inscrit, dès le démarrage de l'expérimentation, dans une perspective d'essaimage. Les citations suivantes, extraites d'entretiens menés en phase T0 de pré-implantation en 2008 témoignent d'une anticipation souhaitée d'essaimage :

- « *Saisir l'occasion de PRISMA pour aller plus loin, voir après si ça fonctionne bien, l'élargir sur le département* » [Acteur stratégique social]
- « *Le challenge maintenant si ça fonctionne au niveau local, ça va être de transposer le système au niveau régional* » [Acteur tactique sanitaire].

Dans cette perspective d'essaimage, aux échelles départementale et/ou régionale, le choix du site est considéré comme pertinent car il permet de réunir un ensemble de conditions favorables au déploiement du projet PRISMA-France. Parmi ces conditions favorables, les acteurs tactiques et stratégiques mettent en exergue la présence de leaders locaux du champ sanitaire et les partenariats développés entre les secteurs sanitaire et sociaux exposés dans le paragraphe précédent.

Il ressort de ces éléments une représentation commune aux acteurs tactiques et stratégiques des champs sanitaire et social d'un projet PRISMA-France pertinent à mener sur le territoire :

*« De toute façon j'imagine bien qu'on ne peut pas débarquer dans un département ou une région en disant « On vous a choisi » sans que les gens sur le terrain ne manifestent leur accord et leur intérêt pour ce type d'initiative »* [Acteur stratégique sanitaire].

Cette dernière citation met, de plus, l'accent sur l'articulation de la motivation et de la compatibilité du projet entre territoire d'action et territoire de pouvoir tout autant administratif que politique. Cette articulation apparaît constituer une particularité du site Haut-Rhin comparativement aux deux autres sites PRISMA-France. C'est ce que nous allons maintenant développer.

### 4.3.2. Une phase harmonieuse entre pouvoir législatif et symbolique

L'expérimentation PRISMA-France prend place sur un terrain d'action favorable à la conduite du projet et soutenue par les instances institutionnelles. Ce soutien institutionnel est matérialisé, au regard des parties prenantes des niveaux stratégiques et tactiques, par l'engagement important du Conseil Général dans l'expérimentation et par l'engagement des sphères politiques de différents niveaux dans le champ des politiques gérontologiques.

#### 4.3.2.1. Représentation du Conseil Général dans la politique gérontologique territoriale

Comparativement aux autres sites d'expérimentation PRISMA-France, il y a sur le site urbain un important corpus de discours relatif au rôle confié législativement aux Conseils Généraux dans le champ de la politique gérontologique. Les citations qui suivent en proposent des illustrations :

- « *La question de la dépendance, de la situation complexe, ça relève clairement du Conseil Général* » [Acteur tactique social].
- « *Les Conseils Généraux ont vu arriver, de par la loi, une politique [...] : les personnes âgées [...]. Les Conseils Généraux ont été, à mon avis, ravis* » [Acteur stratégique social].
- « *Si le Conseil Général à un moment donné a créé les pôles gérontologiques, c'est aussi pour reprendre sa compétence. La géronto, ça fait parti de sa compétence* » [Acteur tactique sanitaire].
- « *Les Conseils Généraux ont l'expertise et le rôle prépondérant compte tenu de la gestion de l'APA* » [Acteur stratégique sanitaire].

De plus, il apparaît important de noter une représentation commune sur le site urbain selon laquelle le Conseil Général occupe une position première de responsabilité dans le champ gérontologique, au-delà de la seule attribution de la responsabilité donnée législativement :

« *La clé d'entrée pour les personnes âgées dans le département c'est bien le Conseil Général* » [Acteur stratégique sanitaire].

A cette considération est associée la représentation d'un Conseil Général engagé et novateur dans la thématique du maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie :

« *Y a pas d'action gérontologique sans l'implication du Conseil Général. Et là on a un Conseil Général dynamique* » [Acteur stratégique sanitaire].



Nous allons développer ces dimensions qui confèrent au Conseil Général du Haut-Rhin un certain niveau de légitimité dans la perspective du déploiement du projet PRISMA-France.

#### **4.3.2.2. Une politique gérontologique départementale en cohérence avec le projet PRISMA-France**

L'expérimentation a débuté en avril 2007 dans un contexte départemental qui peut être caractérisé par deux événements témoignant d'une volonté de changement de la politique du maintien à domicile développée par le Conseil Général. Cette dynamique de changement, est apparue, au regard des parties-prenantes, en cohérence avec le projet PRISMA-France, et ainsi comme propice au développement du projet PRISMA-France.

Le premier événement porte sur la construction récente du schéma gérontologique 2006-2011. Le démarrage de l'expérimentation PRISMA-France à la suite du schéma gérontologique est identifié comme facteur favorable au déploiement du projet PRISMA-France dans le sens où la concertation déployée dans la définition du schéma aurait permis aux instances tactique et stratégique d'échanger et de partager sur l'action gérontologique en termes de diagnostic et de perspectives :

*« En fait, c'est le schéma géronto qui a permis de mettre les uns et les autres autour de la table. PRISMA est arrivé sur ce contexte là [...] Je pense que si vous êtes dans un autre département, sur un autre territoire où y a pas, je ne sais pas comment ça se passe à Paris ou dans l'Essonne mais le terreau était prêt finalement pour que ça puisse se faire. [...] Y a le contexte politique qui était porteur »* [Acteur tactique social].

Cet élément est souligné par les parties-prenantes elles-mêmes comme étant en soit un facteur favorable au déploiement du projet. En outre, deux orientations du schéma gérontologique sont en lien direct avec le projet PRISMA-France. La première porte sur les modalités de coordination gérontologique du maintien à domicile des personnes âgées entre le champ sanitaire et social par le renforcement et l'outillage des pôles gérontologiques dont il est souhaité qu'ils s'organisent en réseau (Schéma Gérontologique 2006-2011, Orientation Réseaux, Objectif n°1) :

*« Ce que ça peut apporter de plus c'est finalement ce qu'on a cherché depuis longtemps puisqu'on cherche depuis longtemps au travers des pôles gérontologiques à coordonner le sanitaire et le social. Il y a des choses écrites dans le schéma, des tentatives d'expérimentations vraiment de mieux articuler le sanitaire et le social »* [Acteur stratégique social].

La seconde orientation porte sur la thématique des hospitalisations récurrentes des personnes âgées, par la mise en place d'un réseau gérontologique (Schéma Gérontologique 2006-2011, Orientation Réseaux, Objectif n°2) :

*« L'élaboration du schéma gérontologique départemental, il y avait un groupe de travail local donc sur Mulhouse sur les hospitalisations à répétition, avec le Docteur X et ce groupe a conclu de la nécessité d'un réseau gérontologique [...]. Et puis ensuite est venu PRISMA là-dessus, qui en fait reprend cette notion de réseau ». [Acteur tactique social]*

*« On est déjà avancé dans une réflexion de réseau, les objectifs de PRISMA correspondent tout à fait à ce que l'on avait mis comme cahier des charges » [Acteur tactique sanitaire].*

L'expérimentation PRISMA-France prend place dans des orientations de politiques gérontologiques départementales au centre desquelles l'organisation en réseau est visée à partir de deux approches : l'une renvoie au réseau gérontologique en tant qu'entité juridique propre l'autre recouvre le réseau gérontologique en tant que modalité d'organisation.

Le second événement porte sur une réorganisation des services gérontologiques du Conseil Général à travers l'internalisation au 1<sup>er</sup> janvier 2008 des pôles gérontologiques dont la gestion avaient été déléguée à des organisations extérieures, le plus souvent associatives sous forme de délégation de service public. Aussi sur le territoire d'action, les pôles gérontologiques étaient constitués d'une cinquantaine d'assistantes sociales employées par une Association Loi 1901 porteuse d'un important panel de services gérontologiques (SSIAD, SAD, accueil de jour, portage de repas, réhabilitation, etc.).

Cette réforme introduit donc un changement conséquent en termes de statut et de positionnement de ces assistantes sociales. Si cette réforme a pu être déstabilisante, voire conflictuelle, en termes d'organisation des services gérontologiques sur le territoire d'expérimentation, elle est globalement appréhendée comme le témoin du fait que les politiques en direction des personnes âgées sont à l'agenda du Conseil Général, qui recherche les moyens de construire une politique globale :

*« Le Conseil Général reprend sa part [...] par rapport aux obligations du Conseil Général, il faut qu'il y ait un repositionnement du Conseil Général par rapport à ses obligations politiques tout simplement » [Acteur tactique sanitaire].*

*« Au niveau des pôles gérontologiques, le fait que depuis janvier, ils aient basculé au Conseil Général en totalité, je pense qu'il y a beaucoup de choses qui vont changer [...]. Par contre, il y a une vraie cohérence politique qui existe maintenant et il y aura peut-être*

*des moyens aussi en termes d'organisations qui seront plus simples à mettre en œuvre du fait de cette plus grande cohérence politique* » [Acteur tactique social].

*« En ayant intégré ce service social, on peut mener quelque chose dans un contexte plus favorable que si on avait été dans le contexte d'avant : là c'est beaucoup plus simple, beaucoup plus clair »* [Acteur stratégique social].

*« Le fait de reprendre intégralement le service social gérontologique pour le département, ça a dû être quelque chose d'énorme et ça a sûrement facilité les choses aussi »* [Acteur stratégique sanitaire].

Ces deux catégories d'évènements sont lues par les acteurs tactiques comme une volonté de changement du Conseil Général en matière de coordination gérontologique dans laquelle l'expérimentation PRISMA-France s'inscrit :

*« Il y avait une volonté de changement au Conseil Général. On disait que les pôles c'était une avancée extrêmement importante dans la façon de s'occuper de nos aînés dans les années 90. Maintenant il faut passer à un stade ultérieur, enfin un stade un peu plus avancé, et faire avancer les pratiques »* [Acteur tactique social].

Dans ce contexte, le Conseil Général a été perçu, assez rapidement et spontanément, comme le porteur symbolique du projet PRISMA-France. De ce fait, l'ensemble des parties prenantes confèrent aux instances du Conseil Général une posture spécifique comparativement aux autres institutions impliquées dans l'expérimentation. Cette posture spécifique du Conseil Général dans la conduite du projet semble produire des effets divergents : d'un côté, elle engendre une dynamique de mise à l'agenda propice l'engagement du niveau tactique et, d'un autre côté elle biaise la concertation stratégique par une dynamique de requalification de l'instance décisionnaire CDS.

#### **4.3.2.3. Une expérimentation inscrite à l'agenda politique**

Le fait que l'expérimentation soit inscrite à l'agenda des politiques publiques du Conseil Général apparaît être un levier incitatif important et nécessaire :

*« Le Conseil Général a vraiment été un moteur »* [Acteur tactique sanitaire]

La lisibilité de l'inscription à l'agenda des politiques du Conseil Général du projet PRISMA-France comprend les deux dimensions sur lesquelles la sociologie de l'action publique invite à se pencher : les politiques publiques et l'engagement de personnalités politiques.

Précisons pour commencer que globalement, c'est-à-dire au-delà des seules instances politiques et administratives du Conseil Général, les acteurs des niveaux tactique et stratégique partagent l'opinion selon laquelle les politiques gérontologiques constituent des axes prioritaires des politiques sociales portées par des élus :

« *Là on a des élus très, très, actifs sur ce territoire là* » [Acteur stratégique social]

« *Sur Mulhouse ça se passe bien [la coordination gérontologique], parce que la ville adhère politiquement* » [Acteur stratégique sanitaire]

« *Je crois qu'il y a une volonté locale de prendre en compte la population âgée qui existe depuis de très nombreuses années, et du coup je crois qu'elle a fait partie des préoccupations des uns et des autres, des élus, parce que c'est quand même eux qui sont moteurs aussi quelque part pour faire passer les projets* » [Acteur tactique sanitaire]

« *Je pense que c'est ça, il y a une volonté des politiques aussi d'aller dans ce sens là, d'aller vers plus de clarté [des compétences en matière de politiques gérontologiques]* » [Acteur tactique social].

Spécifiquement au projet PRISMA-France, cette attention portée par les sphères politiques au champ gérontologique, serait matérialisée par une volonté affichée d'entreprendre l'expérimentation. Il est possible de noter la continuité de cette appréciation d'une volonté portée par les sphères politiques tout au cours de l'expérimentation :

- en phase T0 « *La volonté politique de l'expérimenter ici, si elle n'avait pas été là, ça n'aurait même pas démarré* » [Acteur tactique social].
- en phase T1 « *Il y avait de la volonté politique en premier lieu* » [Acteur tactique social].

Relativement au déploiement du projet PRISMA-France, l'emphase mise par les acteurs des niveaux tactiques, mais aussi stratégiques, sur l'importance du soutien institutionnel dans sa partie politique se déploie envers l'instance Conseil Général en particulier autour d'un élu. Plusieurs éléments peuvent être identifiés. Vice-Président du Conseil Général du Haut-Rhin, Président de la Commission de la Solidarité, de la Politique de la Ville, de l'Insertion et du Logement et Sénateur du Haut-Rhin de 1995 à 2004<sup>22</sup>, ces mandats électoraux confèrent une légitimité importante à cette personnalité politique du territoire :

---

<sup>22</sup> A nouveau sénateur du Haut-Rhin depuis le 7 mars 2010.

*« PRISMA est très soutenu par le vice président du Conseil Général, et je pense que ça aide d'avoir un soutien politique, ça légitime aussi, de la même façon que les CDS. C'est un facilitateur »* [Acteur tactique social].

Cette légitimité est renforcée par un historique en matière de construction de politiques gérontologiques sur le territoire :

*« C'était parti de cette réflexion là dans le cadre d'un service, et ça a généré l'idée de pôle gérontologique, apporté par le docteur [l' élu], et ensuite ses confrères ont souhaité tous au fur et à mesure avoir eux aussi leur pôle gérontologique, leur guichet unique d'information, de coordination »* [Acteur tactique sanitaire].

Cette citation regroupe différentes catégories de dimensions de confiance donnée à cet élu dans la construction d'action gérontologique : un caractère innovateur, une approche gérontologique pluridisciplinaire, une reconnaissance entre pairs et une culture de l'essaimage.

D'une part, la légitimité de cet élu semble avoir d'une part, favorisé l'engagement des services administratifs du Conseil Général dans l'expérimentation :

*« Nous, quand on a vu ça, on était tous atterré, parce qu'on sait ce que ça veut dire pour nous, c'est du surcroît de boulot [...] C'est [l' élu] qui nous a dit « j'ai vu fonctionner un machin vachement intéressant, qui s'appelle PRISMA », il nous a donné un peu de documentation. Bon en essayant d'être un tout petit peu objectif, on s'est dit que ce n'était pas idiot [...] c'est vraiment une pure initiative de [l' élu], est un type très ouvert [...] ça ne s'est pas du tout fait en hostilité »* [Acteur stratégique social].

*« Il y a eu une appropriation par les services du Conseil Général du projet disant "c'est aussi le notre" »* [Acteur stratégique social].

D'autre part, il semble que l'importance de l'implication de l' élu dans l'expérimentation PRISMA-France transcende la sphère intra Conseil Général. Elle est ainsi également soulignée dans le champ sanitaire, aux niveaux tactique et stratégique :

*« C'est beaucoup [l' élu] qui était un peu sénateur à ce moment là, je crois que quand ça a démarré il était encore sénateur, qui a toujours été très intéressé par ces questions là et qui est aussi intéressé par ça. Je pense qu'il peut être d'un apport intéressant, puisqu'il a aussi beaucoup travaillé sur les projets d'éthique. Il a travaillé au niveau du Parlement sur ces questions là, il a beaucoup réfléchi à titre personnel là-dessus, et il a toujours apporté sa contribution dans ce domaine là »* [Acteur stratégique sanitaire] ;

« *Un rôle majeur du docteur [l' élu] dans cette opération et tant mieux* » [Acteur tactique sanitaire] ;

« *Parce qu'il y a chez lui une ouverture d'esprit et puis il est médecin aussi, une énorme sensibilité au social, une ouverture au delà des frontières du département, donc c'est aussi important. Je pense que ce contact là était très fécond pour l'implantation de PRISMA dans le département* » [Acteur tactique sanitaire]<sup>23</sup>.

#### **4.3.2.4. Une dynamique impactant la concertation stratégique**

Toutefois, un impact négatif sur le travail de concertation stratégique trouve également sa source dans les mêmes facteurs :

- Un Conseil Général comme institution compétente en premier ressort,
- Des politiques gérontologiques départementales en cours de constitution à partir de la mise en œuvre du schéma gérontologique dont les fondements rencontrent ceux du projet PRISMA-France)
- L'interprétation d'une expérimentation permettant d'accroître les pratiques de coordination des pôles gérontologiques sous tutelle du Conseil Général

D'une part, les 18 premiers mois de l'expérimentation, le comité de concertation stratégique va incorporer les principales organisations du niveau tactique concernées par les changements de politiques gérontologiques du Conseil Général : les associations anciennement porteuses des pôles gérontologiques et le médecin gériatre promoteur, futur porteur du réseau de santé. Tout d'abord, un certain nombre d'acteurs du niveau stratégique ont témoigné leur non compréhension à cette situation, voir un certain niveau de scepticisme. Cette appréciation prend place dans un contexte global d'empathie pour le mode de construction du projet par aller-retour entre les tables de concertation tactique et stratégique :

« *Je trouve que le fait d'avoir une approche en termes opérationnels et stratégiques très clairement, ça permet donc de mieux préciser la place de chaque acteur, même si on voit que concrètement dans les faits ça n'a pas été forcément facile puisqu'il y a des acteurs qui se*

---

<sup>23</sup> De façon plus anecdotique, il est possible de noter que ces trois citations mettent en exergue la profession d'origine de l' élu. Une interprétation possible de ceci est de considérer cette emphase au titre du signe d'une défragmentation des secteurs sanitaire, social et médico-social en ce sens qu'un représentant du champ médical porte une expérimentation d'une institution rattachée au champ social et médico-social.

*retrouvent à la fois dans le comité local opérationnel et dans le CDS [...] Ce qui pose question » [Acteur stratégique sanitaire].*

Les acteurs du niveau tactique partagent également l'opinion selon laquelle le concept de concertation stratégique dans sa constitution et ses missions comporte une valeur à déployer dans le projet d'intégration PRISMA-France :

*« La plus value je pense est dans le CDS, parce que ça mobilise les institutions et pas seulement l'équipe de terrain au bon vouloir de chacun. Là, on est dans une autre dimension, mais je pense que c'est ça pour moi l'intérêt de l'intégration aussi. C'est la déclinaison stratégique au niveau départemental et en opérationnel au niveau local. Donc je pense que c'est ça la plus value » [Acteur tactique social].*

Ensuite, la présence de ces différentes organisations du niveau tactique semble avoir été source de requalification de la concertation stratégique. D'une instance décisionnaire : *« Avoir à l'esprit qu'il faut des gens qui décident de la stratégie et des gens qui l'appliquent, qu'on peut avoir un même acteur qui se retrouve dans les deux mais pas au même niveau d'intervention, je trouve ça intéressant. Ça va plus loin que de se contenter d'un schéma qui existe et de dire "voilà les décideurs décident d'une stratégie", on voit que sur le terrain on a quand même beaucoup de mal à ce que ça avance dans le sens qu'on souhaite » [Acteur stratégique sanitaire]* elle a davantage pris la forme d'une cellule de communication des acteurs clés sur le territoire, voir d'un observatoire.

Cette requalification de la concertation stratégique en tant qu'observatoire des orientations du Conseil Général peut être illustrée par des discours tenus par les acteurs des niveaux tactique et stratégique, des champs sanitaire et social :

*« On a été curieux de voir le positionnement du conseil général [...] On a été aussi curieux de voir ce que ça pourrait donner » [Acteur tactique sanitaire],*

*« Je trouve intéressant la manière dont ça se passe, pour le moment au fur et à mesure les morceaux du puzzle se mettent en place, du paysage géronto » [Acteur tactique social],*

*« Moi ès qualité je suis responsable de la thématique « Personnes Âgées, Personnes Handicapées » de [telle institution]. C'est pour ça aussi que j'ai voulu voir ce qui se passait à la dernière réunion du CDS » [Acteur stratégique social],*

*« De façon générale, ce qui se passe au niveau des schémas gérontologiques dans les Conseils Généraux, toutes les expérimentations qui sont menées m'intéressent aussi, en terme de veille et de connaissance des dispositifs » [Acteur stratégique sanitaire].*

D'autre part, à cette représentation d'une politique gérontologique de la responsabilité du Conseil Général et des fondements de PRISMA-France en adéquation aux objectifs du schéma gérontologique, est conjugué un défaut de problématisation de l'intégration des services gérontologiques visée dans le projet PRISMA-France.

A partir d'une lecture d'un projet de coordination gérontologique basé sur l'existant, et dans cette dynamique d'une responsabilité gérontologique attribuée au Conseil Général, l'objectif de coresponsabilisation des instances institutionnelles apparaît peu identifié, incorporé :

*« La politique d'action sociale gérontologique, elle est bien fixée par la réglementation comme ayant une autorité compétente, c'est le Conseil Général. Donc est-ce que ce n'est pas au conseil général, au service du conseil général d'articuler les différentes institutions autour d'une prise en charge complexe, le public PRISMA, avec leurs outils existants, c'est-à-dire les pôles gérontologiques. Et le problème, c'est peut être que les pôles gérontologiques sont, de fait, non pas pluridisciplinaires mais mono disciplinaires » [Acteur stratégique sanitaire].*

Dans cette citation, il est possible de voir la façon dont la dynamique à l'œuvre conduit à l'expression d'une requalification du sens du projet. Le sens perçu du projet semble se focaliser sur la mise en place d'équipes pluridisciplinaires missionnées dans la coordination du maintien à domicile des personnes âgées en situation complexe :

*« La notion maintenant d'intégration est plus qu'un relais, c'est la suite disons un peu post moderne de ces pôles » [Acteur stratégique sanitaire].*

Cette tendance laisse place à une autre sorte de requalification de la concertation stratégique : elle est considérée comme instance de légitimation d'un projet du Conseil Général de construction d'équipes pluridisciplinaires :

*« Je comprends bien que toute la construction de l'expérimentation PRISMA, c'est de faire en sorte à ce qu'il y ait un CDS, un comité départemental stratégique, qui sert de fondement*



*à la légitimité de ces personnes, pour autant je me pose la question de si ça va marcher ».*  
[Acteur stratégique sanitaire].

Ce processus de légitimation est le fruit d'une procédure de validation inter-institutionnelle des principes et moyens de mise en œuvre de la gestion de cas :

*« Au CDS où effectivement on valide les grands principes : la charte éthique, les fiches de poste, les financements »* [Acteur stratégique sanitaire].

Cette fonction de la concertation stratégique de validation des outils et mécanismes à visée de légitimation de la gestion de cas fait bien sur partie des principes d'intégration définis dans le projet PRISMA-France, toutefois, elle est incomplète. Elle devrait également inclure des sujets à l'ordre du jour et des prises de décisions portant sur les orientations données à la table stratégique pour mettre en œuvre les outils et mécanismes de gestion de cas.

Enfin, et comme sur les deux autres sites PRISMA-France, il est noté l'existence d'un processus de délégation à l'œuvre dans la représentation institutionnelle. Ainsi, hormis le Conseil Général, aucune institution n'est représentée par son directeur. A ce niveau chronologique, et aux vues des éléments discursifs dont nous disposons, il apparaît difficile de qualifier la position du Conseil Général en tant que porteur du projet PRISMA-France comme cause ou comme conséquence à cette situation, nous y reviendrons.

Malgré ces biais de la concertation stratégique, qui ne se déploient pas en termes de défaillances de la représentation institutionnelle mais en termes de propension à la requalification de la concertation stratégique en tant qu'observatoire des orientations en matière de politiques gérontologiques du Conseil Général du Haut-Rhin, il apparaît que les acteurs du niveau tactique considèrent la concertation stratégique comme démonstrative du soutien institutionnel nécessaire au déploiement du projet PRISMA-France :

*« J'ai été surprise par l'implication des institutionnels, et le CDS je trouve ça très fort. On se demande pourquoi il a fallu attendre PRISMA, mais je trouve que c'est intéressant. Ce qui est inattendu je trouve que c'est, les gens y vont, les institutionnels y vont, comme quoi il suffit de leur dire "venez donc autour de la table" et puis ils viennent »* [Acteur tactique social]

*« Il y a des porteurs institutionnels qui se sont engagés de manière forte là dedans. Le Conseil Général c'est quand même lui qui a souhaité qu'une expérience se fasse dans le Haut Rhin. Après différents acteurs sont engagés là dedans » [Acteur tactique social].*

Cette phase de l'expérimentation PRISMA-France semble témoigner d'une concertation stratégique caractérisée par un leadership institutionnel : celui du Conseil Général. Au cours de cette phase, cette caractéristique n'est pas apparue comme problématique dans les discours des acteurs stratégiques et tactiques des champs sanitaires et sociaux. Les niveaux stratégiques et tactiques semblent largement considérer que le portage de l'expérimentation PRISMA-France par le Conseil Général soit légitime.

#### **4.3.3. À la recherche d'un équilibre « identité politique » et « identité promoteur »**

Au cours de la phase de rédaction de la candidature à la MAIA et d'entrée dans l'expérimentation nationale MAIA, un certain nombre de controverses vont apparaître sur la position et l'impact de la position du Conseil Général.

Ces controverses, qui se déploient tout autant au niveau tactique qu'au niveau stratégique, peuvent être introduites par la citation suivante :

*« Il me semble qu'il y a eu une dérive à un moment donné qui est... c'est une forme de récupération, par le Conseil Général en fait, du dispositif » [Acteur tactique social].*

##### **4.3.3.1. Transition PRISMA-France / MAIA et controverses**

La phase de candidature à l'expérimentation nationale MAIA à partir du projet PRISMA-France a pris la forme d'un travail de définition et d'écriture du projet MAIA réalisé par les services du Conseil Général avec l'appui technique et scientifique de l'équipe projet PRISMA-France. Préalablement au dépôt de la candidature, le projet est travaillé au cours d'une réunion de concertation stratégique et fait l'objet d'un courrier de candidature cosigné par le Conseil Général, la DASS et l'Hôpital de Mulhouse.

Il apparaît que cette méthode n'a pas permis une appropriation du projet par l'ensemble des institutions stratégiques, et en particulier celles associées au champ sanitaire.

Ainsi, certains acteurs énoncent l'absence de consultations de l'ensemble des institutions parties prenantes au projet PRISMA-France :

*« C'est le bébé du Conseil Général. Il n'y a pas eu forcément en amont du projet, il n'y a pas eu véritablement de consultation de toutes les autorités » [Acteur stratégique sanitaire].*

Tandis que d'autres soulignent le caractère synthétique de l'association de l'ensemble des institutions, caractère générant une connaissance incomplète du projet

*« Le CDS a été associé [...]. Ce que j'ai un peu regretté, c'est que les membres du CDS n'aient pas été informés en fait a posteriori de l'ensemble des démarches qui ont été faites. Et par exemple des réponses faites par la CNSA à cette candidature, de la subvention qui allait être attribuée [...]. J'ai trouvé que le Conseil Général agissait un peu seul par rapport à cette candidature [...]. Je me souviens m'être investie avec mes collègues de [telle institution] pour que le dossier soit dans le complet, d'attirer l'attention du Conseil Général sur certains points qui pouvaient manquer. Autant j'ai regretté [...] de ne pas avoir vraiment de retours. J'aurais pu interroger le Conseil Général, il m'aurait répondu, mais j'aimerais bien que ce soit automatique, c'est aussi simple que ça » [Acteur stratégique sanitaire].*

Ces deux positionnements sont représentatifs de l'ensemble des discours des acteurs stratégiques des champs sanitaire et social.

Globalement, il en résulte une dynamique d'un projet MAIA extérieur à l'instance de concertation stratégique, ou plus exactement d'un projet MAIA interne à l'institution Conseil Général. Cette appréciation est partagée par les acteurs tactiques et stratégiques des champs sanitaire et social comme en témoignent les citations suivantes :

*« J'ai eu l'impression que le sujet commençait réellement à démarrer quand le Conseil Général s'est impliqué en terme de moyens. [...] Ce n'est pas que financier mais même si [tel représentant du Conseil Général en concertation stratégique] a expliqué en réunion la semaine dernière qu'il était simplement hébergeur et un partenaire comme un autre, ce n'est pas vrai » [Acteur stratégique social].*

*« Il y a une volonté de collaborer, de coopérer, une ouverture d'esprit et cette capacité à être ; à la fois il y a le logo du Conseil Général mais ils sont suffisamment intelligents pour afficher un peu de distance » [Acteur tactique sanitaire].*

*« On en est à une plaquette, une plaquette MAIA qui est Conseil Général » [Acteur tactique social].*

*« Au bout du compte c'est le Conseil Général qui a été pilote, qui a repris. [...] Il me semble qu'il [tel collègue] n'a pas souhaité être associé davantage par la suite, puisque c'est le Conseil Général... »* [Acteur stratégique sanitaire].

Ainsi, au cours de la phase de fonctionnement des outils et mécanismes d'intégration, au titre des entretiens conclusifs menés par l'équipe-recherche, un acteur stratégique fera le bilan suivant de l'expérimentation PRISMA-France :

*« Question : Est-ce que cette expérimentation vous a apporté à vous, dans votre pratique professionnelle, quelque chose ?*

*Réponse : C'est une source d'enrichissement sur les problématiques du Conseil Général »*

[Acteur stratégique sanitaire].

Cette représentation n'est pas le seul fait des parties-prenantes du niveau stratégique. Au niveau local, un acteur conclura en ces termes :

*« Fallait-il tout ça pour doter le Conseil Général de d'avantages d'outils, à la fois humains en termes de qualification, à la fois en termes d'outils effectivement d'analyse, de suivi, de concertation... ? »* [Acteur tactique social].

Fondamentalement, à travers l'ensemble de ces citations il est possible d'identifier la façon dont s'entrecroisent les thématiques de l'instance porteuse du projet MAIA à proprement parler et de la représentation du projet compte tenu de l'identité du porteur. C'est cet entrecroisement qui semble avoir introduit des controverses quand à la légitimité du portage direct du projet PRISMA-France par le Conseil Général. Ces controverses peuvent être introduites par la citation suivante:

*« Quand on dit qui coordonne ? Le Conseil Général. Il y a tout de suite des gens qui se retirent en disant : "Ah voilà il y en a un qui veut prendre la main" »* [Acteur stratégique social].

#### **4.3.3.2. Concertation stratégique : une dynamique déséquilibrée entre pouvoir administratif dans le champ gérontologique et pouvoir direct dans la conduite du projet**

Ces éléments relatifs à une candidature et un projet d'intégration des services gérontologiques sur lesquels le Conseil Général détient un pouvoir direct, amènent à mettre en perspective trois catégories d'impacts sur l'ampleur et la force de la concertation stratégique.

Premièrement, en tant que porteur et pilote du projet MAIA le Conseil Général détient un pouvoir direct sur la conduite du projet. Ce pouvoir direct interroge un certain nombre d'acteurs sur le potentiel d'effectivité du processus de prise de décision en concertation stratégique:

*« Il faut aussi un organe qui soit plus stratégique. Et les stratégiques, c'est les payeurs. [...]. Mais néanmoins dans un projet si important que ça, que ce soit des décideurs qui sont, comment dire, le CDS ce n'est pas une entité, ce n'est pas un groupement d'intérêt public. Le CDS ce n'est pas un organe du Conseil Général. Et malgré ça y a un potentiel de décisions qui est important sur des décisions qui impliquent »* [Acteur stratégique sanitaire]

*« Autre difficulté, c'est de vraiment faire de la stratégie au sein du CDS et pas autre chose. [...]. Il faut que les sujets soient stratégiques, ça je crois que parfois on a du mal à positionner dans le comité départemental stratégique, dans son ordre du jour, des sujets stratégiques »* [Acteur stratégique social].

Ces questionnements sur l'effectivité du processus décisionnaire en concertation stratégique dans un contexte de portage par le Conseil général sont posés dans une dynamique de conduite de projet dans laquelle les concepts intégrateurs, et notamment celui de la concertation stratégique, apparaissent être appropriés par les parties prenantes y compris dans leurs limites. Ces deux citations mettent en effet en perspective différentes catégories de difficultés identifiées dans la concertation stratégique : certaines revêtent un caractère structurel, d'autres apparaissent davantage liées à la méthode de conduite du projet MAIA. Dans la première citation l'accent est mis sur le pouvoir décisionnaire engageant du comité de concertation stratégique.

Certains acteurs stratégiques, minoritaires, remettent en cause les potentialités décisionnaires de façon structurelle :

*« Difficile de dire par exemple que les pôles géronto ne fonctionnent pas ou très mal puisqu'au CDS est représenté le directeur [de telle institution]. Comme il est difficile de dire, que les SSIAD, ne répondent absolument pas aux besoins de la population en matière de maintien à domicile. Puisque au bout du compte ils sont sous tarifés, ils sont mal tarifés. Ça relève de [telle institution] et évidemment ça ne se dira pas. Donc vous comprenez que le CDS est un lieu de concertation sur un projet particulier, avec beaucoup de non dits, indispensables. Donc difficile de faire quelque chose d'efficace dans ce cadre là »* [Acteur stratégique sanitaire].

Cette citation témoigne des difficultés d'opérationnalisation de la concertation stratégique comme instance décisionnaire représentant des identités et logiques d'action diverses voire divergentes.

D'autres acteurs questionnent le potentiel de prise de décision dans une instance où les institutions sont inégalement représentées. Ainsi le Conseil Général est-il représenté par le directeur de la Solidarité et le sous-directeur de l'Autonomie, auxquels est associé l'élu en charge de la Solidarité, tandis que l'ensemble des instances institutionnelles témoigne d'une représentation indirecte par processus de délégation. En effet, les directeurs des « autres » institutions sont représentés en majorité par des délégués dont le pouvoir décisionnaire n'est pas immédiat :

*« Il faut que le CDS trouve ou retrouve son rôle de décideur. C'est vrai que jusqu'à présent, mais ça tient peut être plus de la manière dont les réunions ont été préparées, ou l'ordre du jour n'était pas forcément connu à l'avance, ou c'était un ordre du jour plutôt succinct. Donc ça n'est pas forcément en séance que les choses peuvent se décider. Parce que les acteurs qui représentent les administrations n'ont pas forcément les pouvoirs de décision immédiats »* [Acteur stratégique sanitaire].

Cette citation, extraite d'un entretien conclusif conduit au deuxième semestre 2010, met l'accent avant tout sur une dimension d'inefficacité relative de la concertation stratégique en termes de méthode de conduite du projet qui ne permet pas de prendre en compte les processus de décision intra-institutionnels de l'ensemble des instances parties-prenantes du projet PRISMA-France.

Or, globalement, dans une dynamique d'appropriation de la méthode intégrative par concertation aux deux niveaux tactique et stratégique, la question soulevée est bien celle du caractère engageant des décisions prises en concertation stratégique dans un contexte d'inégalité de positionnement des différentes institutions dans le projet :

*« A partir du moment où on demande au CDS de bien prendre en compte ce qui est dans la MAIA pour pouvoir poser des outils à ses opérateurs, il faut les [les différentes institutions] associer pleinement »* [Acteur stratégique sanitaire].

Les acteurs interviewés exposent majoritairement un lien de causalité selon lequel c'est en raison d'un portage et pilotage Conseil Général que les directeurs des « autres » institutions choisissent de se faire représenter par des délégués au pouvoir décisionnaire non immédiat. Cependant, une autre hypothèse équiprobable est de considérer que c'est en raison de l'absence de représentation au bon niveau décisionnaire que le Conseil Général exerce un pouvoir direct en concertation stratégique

qui dépasse son rôle spécifique en tant que porteur et pilote du projet. Il apparaît difficile d'identifier le lien de causalité de façon objective.

Deuxièmement, l'entrée du projet PRISMA dans l'expérimentation MAIA portée par le Conseil Général est appréhendée comme source de transformation de l'objet même de la concertation stratégique. L'accompagnement des pilotes locaux MAIA par l'équipe projet nationale amoindrirait le caractère expérimental du projet dans le sens où il serait question de mettre en application un cahier des charges résumé de façon contextualisé dans une feuille de route.

Le comité stratégique départemental deviendrait alors en premier lieu un comité de pilotage dépourvu de marge de manœuvre :

*« La dernière évolution ça a été le Conseil Général qui a présenté le dispositif auprès de l'ARS. Monter une véritable concertation en amont d'un CDS pour expliquer les enjeux. Y a eu une véritable démarche. Et expliquer effectivement que la mise en place des outils devait être validée par le CDS, composé des autorités qui ont vocation à poser ces outils auprès des opérateurs, donc ils ont le contrôle : HAD, SSIAD etc. Pour autant concrètement il a été présenté des outils, on n'a pas eu à les valider puisqu'ils étaient déjà proposés au niveau national. Donc je comprends effectivement que l'expérimentation pose problème. Parce qu'on demande à la fois une remontée du terrain des problématiques pour pouvoir mettre en place un dispositif. Et par ailleurs on impose des outils au niveau national qui sont appliqués sans véritable concertation derrière » [Acteur stratégique sanitaire]*

*« On nous a présenté pour concertation avant le CDS, un livret d'échange des informations sur le patient au domicile. Nous avons émis un avis, je ne sais pas ce qui sera de cet avis » [Acteur stratégique sanitaire].*

Troisièmement, les parties-prenantes du champ sanitaire font état d'une dynamique de changement de la représentation de l'objet du projet. Porté, piloté et coordonné par les services du Conseil Général, le projet est intériorisé par certains acteurs stratégiques du champ sanitaire en particulier comme étant de facto un projet de nature sociale, médico-sociale. Il y a une représentation explicite et explicitée de requalification du projet en tant que projet social, médico-social et non plus comme projet visant à intégrer les sphères sanitaires et médicales dans le dispositif « pôle gérontologique ». Cette dynamique de requalification du cœur même du projet n'appelle pas à un haut niveau d'engagement des institutions sanitaires.

Aussi un certain nombre d'acteurs stratégiques du champ sanitaire adoptent une posture d'engagement dans la concertation institutionnelle sous forme de suivi :

« [Telle autre institution du champ sanitaire] *a suivi ça de près aussi. Mais c'est vraiment quelque chose qui est porté par le Conseil Général. On le voit d'ailleurs, ça reste... le domaine sanitaire n'est pas forcément... Je ne sais pas dans quelle mesure, au niveau local, au niveau du comité local opérationnel, si il y a cet effort qui est mené vers le sanitaire. Au niveau des autorités du sanitaire, y a pas forcément eu ce dialogue* » [Acteur stratégique sanitaire].

Les parties prenantes interviewées représentant le champ sanitaire laissent, de plus, sous-entendre un certain niveau de prise de recul dans la conduite du projet par rapport à leur travail de déploiement en direction des organismes sur lesquels elles ont compétence de la démarche et des outils d'intégration :

« *Nous suivons le projet de loin, puisque nous sommes membres du CDS, et que, en conséquence, nous n'assistons pas au suivi au quotidien et aux problématiques qui se posent concrètement sur l'articulation entre la MAIA, les services à domicile, les services de soins infirmiers, on ne suit pas ça* » [Acteur stratégique sanitaire].

Cette double-dynamique d'un moindre engagement dans le processus de concertation stratégique et dans le processus d'orientation vers les effecteurs territoriaux est considérée comme lisible par les instances du Conseil Général, lesquelles chercheraient à ajuster leur méthode de conduite de projet :

« *Au niveau des autorités du sanitaire, y a pas forcément eu ce dialogue au départ. Le Conseil Général a essayé de revenir un peu en arrière en profitant de la mise en place de l'ARS. L'ARS cherche à se positionner maintenant* » [Acteur stratégique sanitaire].

Le jugement porté dans cette citation peut être relativisé par deux éléments d'observation : d'une part, l'ensemble des institutions représentant le champ sanitaire (DDASS, DRASS, URCAM, ARH) siégeaient au comité départemental stratégique au moment de la phase de candidature à hauteur de 80% et la phase d'entrée dans le projet MAIA a porté ce taux de représentation à hauteur de 100% ; d'autre part, d'après les informations obtenues, il existe un mécanisme de concertation inter-institutionnelle qui se déploie de façon connexe et intercalé entre les réunions officialisées de concertation stratégiques.



Pour autant ce changement de dynamique quant à l'impact de la position du Conseil Général en tant que porteur et pilote du projet est également identifié par les représentants de cette institution dans un corpus discursif relatif à la problématique de la légitimité :

*« Le Conseil Général étant pilote, est-ce qu'on est reconnu comme légitime à piloter ce genre de comités départementaux stratégiques ? Là aussi ce n'est pas évident pour les partenaires »* [Acteur stratégique social].

*« Est-ce que vis à vis des partenaires, certains partenaires ne pourraient pas se sentir éventuellement un peu écrasés ? [...] Qui auraient peut être envie de voir leurs contraintes un peu plus mises en avant. Donc est-ce qu'on a été tout le temps légitime à porter ça, c'est une question que je me pose »* [Acteur tactique social].

Cette problématique a fréquemment été introduite en lien avec un constat de difficultés à impliquée de façon engageante le champ médical.

*« Alors sur le comité départemental stratégique, ce n'est pas évident toujours de mobiliser nos partenaires pour plusieurs raisons. Y a une problématique de gestion du temps vu que les personnes visées, invitées, les participants sont forcément des personnes, ce sont des cadres supérieurs du monde médico social, [...] C'est toujours une réunion de plus etc., et puis les comités départementaux, comités de pilotage etc, ils sont pléthores, légions. Il faudrait en supprimer au moins plus de 60%, 70%. Ils se disent "voilà c'est un de plus, qu'est-ce qu'on va y faire ?" »* [Acteur stratégique social].

*« Si on veut rester dans une logique de prise en charge globale de la personne, avec un référent unique, on ne peut pas se dire que parce que les ARS disent "le social ce n'est pas notre affaire, c'est la cohésion sociale, c'est le département", on ne peut pas re-fragmenter à ce niveau là. »* [Acteur tactique social].

Il apparaît que cette dynamique d'une concertation stratégique dans laquelle les parties prenantes du champ sanitaire sont impliquées en termes de suivi d'un projet interne au Conseil Cette soit lisible pour les parties-prenantes du niveau tactique :

*« On sent une volonté politique très forte de le mener à bien, de le porter, de la part du Conseil Général. Et voilà, ça paraît tout à fait cohérent, mené rondement, de manière dynamique »* [Acteur tactique social]

*« Je sens aujourd'hui une très forte emprise du Conseil Général sur la MAIA et qui risque compliquer le rapprochement de la MAIA ou de l'expérience MAIA avec l'ARS » [Acteur tactique sanitaire].*

Selon certains acteurs tactiques, cette dynamique diminuerait, voire empêcherait, le déploiement des outils et mécanismes d'intégration :

*« Ça reste le clivage encore hôpital et MAIA, la MAIA étant plus à connotation on va dire sociale » [Acteur tactique sanitaire]*

*« L'appui politique, notamment le porteur Conseil général qui favorise forcément le lien avec le social. Qui cloisonne sans doute quelque part également. Puisque avoir un porteur identifié Conseil Général, dans des locaux Conseil général, est-ce que ça pose pas une difficulté en termes de mise autour de la table? Est-ce que finalement un acteur, qui n'est pas neutre, peut se dire faire de l'intégration, mais avec un étendard finalement? C'est toute une question » [Acteur tactique sanitaire].*

Les discours des acteurs des niveaux stratégique et tactique des champs sanitaire et social témoignent de réserves de différentes catégories sur les effets du portage et pilotage Conseil Général du projet MAIA construit sur la base de l'expérimentation PRISMA-France. Force est de constater parallèlement l'absence de réflexions et de mise en perspective de scénario(i) alternatif(s).

#### 4.3.3.3. Quel mécanisme de concertation pour quel dispositif d'intégration ?

Ces catégories d'effets de portage et pilotage du projet PRISMA-MAIA par le Conseil Général sur l'ampleur et la force de la concertation stratégique ont été mis en relation plus ou moins explicite avec deux mouvements à l'œuvre sur le territoire d'expérimentation. L'une est en cours : il s'agit du développement concomitant à l'échelle régionale d'un dispositif de coordination gérontologique à travers un réseau de santé, le Réseau Alsace Gérontologie (RAG). L'autre est de nature anticipatoire : il s'agit de l'identification du futur portage institutionnel du(es) dispositif(s) MAIA dans la perspective de phase de généralisation annoncée dans le plan national Alzheimer 2006-2012.

## *L'exemple du Réseau Alsace Gériatologie*

Ce contexte, où le projet est objectivement porté et piloté par le Conseil Général et subjectivement associé comme un projet médico-social, est considéré pour un certain nombre d'acteurs comme propice au développement d'une autre initiative de coordination gérontologique jugée parallèle, et partiellement concurrente : le Réseau Alsace Gériatologie (RAG). Bien que le projet de constitution de réseaux gérontologiques sous forme de réseau de santé ait été inscrit dans le schéma gérontologique 2006-2010, le RAG, mis en place de façon parfaitement concomitante au projet MAIA (janvier 2009), a pu être lu par certains acteurs dans une perspective de réaction du champ sanitaire au déploiement du projet social et médico-social de coordination,

- tant localement : « *Je sens clairement à travers le réseau alsace gérontologie, qui regroupe quand même les gériatres les plus éminents de la région, un sursaut : "on ne va pas laisser échapper cette partie de nos compétences" »* [Acteur tactique sanitaire],
- qu'institutionnellement : « *La création du réseau alsace gérontologie, le RAG, avec la bénédiction des organismes de la SECU, clairement aux mains des médecins [...] Pour moi derrière il y a une lutte de pouvoir entre les professionnels de santé qui veulent se réapproprier la démarche [...]. Parce que ce sont quand même globalement les élus qui ont mis la main sur la MAIA et le conseil général »* [Acteur stratégique sanitaire].

Comme nous l'avons présenté dans le premier temps de l'expérimentation PRISMA-France, le modèle PRISMA a pu être considéré comme méthode à la constitution du réseau gérontologique en tant qu'entité propre. Le modèle PRISMA déployé prend davantage la forme d'un réseau en tant que mode organisationnel. Les deux approches sont mises en place de façon concomitante.

Le corpus discursif fait état d'un certain degré de concurrences entre les dispositifs RAG et MAIA, engendrant des situations de partenariats parfois conflictuelles :

- « *Il y a eu des discussions assez vives sur : "Qui fait quoi" ? [...] La plaquette du réseau de santé, on retrouve les mêmes termes pratiquement, les mêmes items que dans MAIA, donc je pense qu'il y a une réelle difficulté à ce niveau-là [...] Le réseau de santé fait aussi de la coordination, donc parfois, on retrouve les mêmes items, les mêmes critères dans les deux »* [Acteur tactique sanitaire].

- « *Le réseau gérontologique est excessivement intéressant, pour ce qu'il apporte : prévention, traitement de cas. Je ne dis pas gestion, je dis traitement, participation au traitement, dans la partie sanitaire qui les intéresse, lien avec l'hôpital, lien avec le médecin traitant etc. [...]* *Le réseau Alsace Gérontologie en fait s'orientait pratiquement vers de la gestion de cas, alors non ça ne colle pas !* » [Acteur stratégique sanitaire].
- « *Ce qui m'a intéressé et satisfait dans cette réunion du CDS, c'est de voir à la fois le positionnement de [untel de telle institution] justement quant aux complémentarités, les échanges qu'il y a eu avec [untel de telle autre institution] sur le fait qu'il ne s'agissait pas de concurrence mais bien de travail en commun. J'avais l'impression que c'était mal embarqué, mais que maintenant chacun est conscient de l'intérêt de travailler ensemble* » [Acteur stratégique social].
- « *Avant d'avoir eu les explications données au dernier CDS, clairement en concurrence. Parce que de fait, ce n'est pas les acteurs intervenants dans ces dispositifs qui sont en cause, c'est notre système qui prévoit que puissent coexister des dispositifs qui finalement, sont assez proches* » [Acteur stratégique sanitaire].

Surtout, les acteurs interviewés soulignent la complexification de la lisibilité des dispositifs de coordination gérontologique (MAIA, RAG, pôles gérontologiques et CLIC), et ce quelque soit leur niveau d'implication dans le projet et leur champ d'intervention :

- « *Qu'est-ce qui relève de la gestion de cas, qu'est-ce qui relève plutôt du réseau, qu'est-ce qui relève du service social géronto ?* » [Acteur tactique social].
- « *Voir comment l'entrée va se faire dans les dispositifs, je dis bien les dispositifs, entre les réseaux, MAIA, le service social gérontologique du Conseil Général* » [Acteur stratégique social].
- « *Dans quelle mesure le réseau gérontologique est une structure parallèle ? Même si elle se dit n'avoir pas tout à fait la même vocation, [...], je ne suis pas sûr que ce soit la perception de terrain, là où PRISMA n'existe pas. Et que s'il grandit plus vite, on aura du mal à les discerner et à faire intégrer, savoir qui fait quoi* » [Acteur stratégique sanitaire].
- « *Il y avait les pôles, les CLIC, il y a MAIA, il y a le réseau de santé [...]. Je commençais bien à voir la piste MAIA, j'apprends que le réseau de santé se met en place aussi. Ça va être difficile [...] il va falloir coordonner des coordinations* » [Acteur tactique sanitaire].

Au niveau local, le développement du réseau gérontologique a impacté directement le déploiement du projet dans deux dimensions.

D'une part, il a nécessité un important travail de définition des missions et champs de compétences de chacun des dispositifs :

- « *Il y a eu un véritable travail de définition des compétences entre réseau alsace gérontologie, pôle gérontologique, MAIA* » [Acteur stratégique sanitaire].
- « *Le moteur, c'était une volonté collective de faire avancer le projet, avec les freins que j'ai déjà cités, c'est la difficulté à bien identifier ce que font les uns et les autres, par exemple, le réseau de santé est arrivé, c'est une nouveauté, donc chacun doit aussi trouver sa place* » [Acteur tactique sanitaire].
- « *Sur la gestion de cas et sur le service social géronto, les missions paraissent assez claires, sur le réseau je pense qu'ils ont un peu plus de difficultés* » [Acteur tactique social].
- « *Il faut que le Réseau Alsace Gérontologie trouve sa place correctement dans le dispositif, et définit clairement sa mission, puisqu'il avait tendance au fil du temps et au fil de la montée en charge, finalement à faire un peu du copier-coller* » [Acteur stratégique social].

D'autre part, la mise en place du RAG de façon concomitante au travail de concertation locale aurait été source de ralentissement dans le travail de définition et de déploiement des outils d'intégration PRISMA-France : « *Le guichet unique qui oriente directement en réseau, gestionnaire de cas, service social, on a mis à peu près un an à être à peu près calé* » [Acteur tactique social].

Ce travail de définition, qui se réalise en groupe de travail, validé par la table de concertation tactique puis par la table de concertation stratégique, aboutie à un référentiel « Missions des 3 offres de services » (MAIA, RAG, Pôles gérontologique). Il est à noter que les missions définies pour la MAIA sont relatives à l'exercice de la gestion de cas.

Au niveau stratégique, le déploiement du réseau gérontologique semble avoir engendré deux acceptations divergentes, voire contradictoires, du projet MAIA.

Dans une première acceptation, le projet MAIA est dit projet d'intégration gérontologique mais réduit à l'intégration clinique portée par les gestionnaires de cas. Un grand nombre de discours précédemment cités illustrent cette acceptation d'un projet MAIA équivalent au développement des postes de gestionnaires de cas. Ajoutons simplement cette citation :

*« Voyant que c'était une approche intéressante [...] c'est une manière peut être de trouver, consolider, détailler leur propre démarche. Mais du coup ils marchaient sur les plates bandes de l'intégration Et il a fallu leur dire "non vous ne faites pas de l'intégration, le Conseil Général fait de l'intégration, vous faites autre chose" » [Acteur stratégique social].*

Dans une seconde acceptation, la mise en place concomitante des dispositifs MAIA et RAG semble avoir offerte un observatoire très concret de la profondeur de l'intégration des services gérontologiques atteintes sur le territoire. C'est notamment au travers du déploiement inter-organisations MAIA et RAG des outils d'intégration cliniques (OEMD, PSI) que l'évaluation de l'intégration est anticipée :

*« On a la charte éthique, on a l'outil d'évaluation, on a les gestionnaires de cas qui doivent l'utiliser, on a le réseau qui accepte de travailler sur le même outil. Maintenant il faut se lancer et se rendre compte des difficultés ou pas, des avantages, des inconvénients à l'application concrète sur le terrain » [Acteur stratégique social]*

*« Dans le réseau gérontologie, c'est aussi l'idée à terme d'avoir des outils partagés. Donc ça c'est vraiment à surveiller. Pour moi c'est l'idéal, c'est clair. Ça c'est un point sur lequel je serais intéressé d'avoir des retours au prochain comité stratégique, c'est clair » [Acteur stratégique social].*

Si dans la première citation, cette forme d'observatoire est supposée susceptible de déboucher sur des résultats à visée de prises de décisions, dans la seconde citation, la nature d'instance de suivi du comité départemental stratégique est à nouveau affichée. Le caractère d'observatoire de la réalité de l'intégration gérontologique est envisagée dans une autre dimension, celle d'instance de détection des dysfonctionnements intra et interinstitutionnels :

*« C'est très utile le CDS, nous avons par exemple bien saisi la problématique des systèmes d'information médico sociaux qui se développent sans véritable coordination. Donc ça va être utile, ce dispositif MAIA, pour bien pointer le réseau alsace gérontologie qui crée une base de données. Le conseil général en crée une nouvelle. Les SSIAD auront à créer des bases de données. La MAIA est appelée à se prononcer sur, soutenue par la CNSA, si j'ai bien compris, c'est soit un cahier des charges soit une base de données. Y a peut être un problème de pilotage. » [Acteur stratégique sanitaire].*

Il est possible de voir dans cette dernière perspective une appropriation partielle de l'objectif d'intégration institutionnelle.

Ces considérations sur un certain degré de concurrence entre les dispositifs RAG et MAIA, mais aussi plus largement avec les dispositifs de coordination préexistants à travers les pôles gérontologiques et les CLIC sont des sujets à l'ordre du jour des tables de concertation tactique et stratégique. Il apparaît intéressant ici de souligner que les conflits<sup>24</sup> potentiels engendrés par ces concurrences sont traités en concertation tactique puis stratégique dans le cadre d'un outil « Missions des trois offres de services » (MAIA, RAG, et Pôles Gérontologiques) et dans un travail de construction du guichet unique structurée autour d'une plateforme physique regroupant dans un même lieu et autour de procédures identiques d'accueil et d'orientation ces trois offres de services. Cette dynamique est intéressante à souligner dans la mesure où elle témoigne d'une dynamique de coopération propice à l'intégration. Pour autant, cette dynamique semble avoir été partiellement saisie par les parties-prenantes de la concertation stratégique :

*« La découverte de l'architecture avec les trois acteurs qui a été exposée par le Conseil Général [...] il y a eu un saut qualitatif [...]. Mais moi, à titre personnel, je ne peux pas dire que j'ai été associée à la réflexion justement est-ce qu'il faut les trois acteurs etc. Ça a été plus une affaire de Conseil Général » [Acteur stratégique sanitaire]*

### ***L'exemple du domaine de concertation ouvert par les perspectives d'essaimages***

Comme il l'a été souligné plus haut, une particularité du site urbain a été identifiée dans l'inscription, dès le démarrage de l'expérimentation PRISMA-France, du système d'intégration dans une perspective d'essaimage.

Plusieurs catégories d'essaimage sont envisagées et affichées.

Deux catégories d'essaimage sont relatives non pas au dispositif d'intégration des services gérontologiques PRISMA-France mais à la méthode d'intégration des services sociaux.

Le développement de la méthode d'intégration est dans cette perspective, comme sur les deux autres sites PRISMA-France, envisagé dans d'autres champs de politiques publiques visant d'autres catégories de population-cible. Ce processus serait entamé :

*« Il y a comme un effet de contagion si vous voulez, le fait de parler de l'intégration, dans le champ de l'autonomie là, ça interroge, politiquement ça éveille des idées de réorganiser aussi, d'expérimenter l'intégration de services dans d'autres champs que celui de*

---

<sup>24</sup> Rappelons que la concertation n'empêche pas le conflit, pour plus de développement se référer au rapport intermédiaire, dans lequel la règle des 7C est présentée dans le chapitre n°7, notamment pp. 117-199.

*l'autonomie : le champ de l'insertion, le champ de la protection de l'enfance etc. Il y a des parallèles qui ont été faits. Ça ce n'est pas propre à l'expérimentation en elle même mais à côté, y a un effet collatéral là important » [Acteur stratégique social]*

*« Le partenariat, les échanges, les liens entre les différents intervenants, avec le sujet au milieu du concept, on peut l'adapter très bien aussi dans le contexte du handicap » [Acteur stratégique sanitaire].*

Les acteurs interviewés ont également témoigné, comme sur le site PRISMA-France méga-urbain, de l'empathie à développer la méthode d'intégration dans la perspective d'intégration intra-institutionnelle au sein d'instances de grande taille aux compétences multiples :

*« L'intégration, et je ne m'en rendais pas compte, c'est peut être demain une des réponses, pas la seule, à résoudre une partie de cette problématique de la montée en charge, enfin de comment on s'organise en interne pour mieux répondre aux besoins de la population » [Acteur stratégique social].*

*« Le directeur des services informatiques était tout à fait intéressé par l'approche, par le biais du concept d'intégration, sur les nouvelles façons de transmettre les données, de travailler entre les services etc. donc vous voyez, ça dépasse très largement le champ gérontologique » [Acteur stratégique sanitaire].*

Ainsi les acteurs du niveau tactique perçoivent-ils une forme d'essaimage de la culture méthodologique de l'intégration dans le département :

*« Là dans le Haut Rhin, ça commence à essaimer aussi ce modèle [...]. Imaginer d'autres modèles en partant effectivement de la gestion des prestations, des dispositifs ou en partant des échanges d'informations entre professionnels. Donc c'est vrai que l'intégration, la logique il faut la pousser plus loin, il faut la pousser dans tous les champs » [Acteur tactique social]*

*« Petit à petit ça a capté l'intérêt d'acteurs majeurs. Et au sein du Conseil Général y a eu une petite révolution. C'est à dire que après ça repose sur certaines personnalités qui je pense ont été séduites par le concept et qui ont été suffisamment influentes » [Acteur tactique social] ;*



L'essaimage du dispositif d'intégration PRISMA-France a été une perspective continue tout au cours de l'expérimentation. Cet élément a, pour la majorité des acteurs, été intériorisée comme un levier d'engagement dans le projet sur la base du volontariat dans la mesure où le projet s'inscrivait dans une optique de construction de politique publique :

*« Le symbole est fort parce que ce qui se dit maintenant au Conseil Général, c'est qu'on va généraliser la MAIA ou les MAIA sur l'ensemble du département [Acteur tactique sanitaire].*

*« Au niveau politique ce n'est pas moi qui vais en décider bien entendu [...] en tant que chef de service, je dirais que oui, il faudrait essaïmer » [Acteur tactique social].*

Sous réserve d'arbitrages politiques et financiers *« Quand un gestionnaire de situation complexe dans la MAIA, on me dit qu'il peut gérer 40 situations et qu'on me dit va mettre des MAIA partout dans le département, là je m'interroge » [Acteur tactique sanitaire]* il est possible de distinguer une anticipation souhaitée d'un essaimage du dispositif : *« Après se posera le même problème que j'évoquais tout à l'heure, du coût et du financement de ce dispositif, pour l'étendre etc. Mais c'est l'idéal » [Acteur stratégique social].*

Ainsi les acteurs parties-prenantes à l'expérimentation s'inscrivent dans une optique de construction de politique publique, dynamique estimée valorisante :

- individuellement : *« Y a ces deux choses, y a à la fois l'enthousiasme et l'intérêt à innover, mais ce n'est pas innover pour innover, c'est innover parce qu'on sent que peut être demain, cette innovation va nous aider à mieux affronter l'avenir » [Acteur stratégique social]*
- et institutionnellement *« La motivation c'est de réussir l'expérimentation sur notre secteur, parce qu'on sait très bien que ça va être diffusé après. Après si le département du Haut-Rhin en retient une petite modification de son image de marque... » [Acteur stratégique sanitaire].*

La perspective de généralisation du dispositif MAIA sur le territoire national annoncé dans le cadre du plan national Alzheimer 2008-2012 est également connue des acteurs des niveaux tactique et stratégique et constitue un levier d'engagement :

*« La MAIA va se développer au niveau national » [Acteur tactique sanitaire]*

*« Je pense que la MAIA a vocation à être généralisée sur l'ensemble du territoire français » [Acteur stratégique sanitaire]. « Ça permet une légitimation nationale autour d'une expérimentation, avec un enjeu politique fort autour » [Acteur stratégique social].*

Pour autant, dans ces deux dernières perspectives de généralisation, la question des modalités de généralisation reste ouverte.

Tout d'abord la question de l'échelon de compétences départemental, régional, ou national compétent à la prise de décision d'une généralisation du dispositif d'intégration est soulevée :

- « *C'est autre chose, c'est comment on essaime en fait? Pour l'instant MAIA c'est un territoire, ce n'est pas essaimé sur d'autres sites pour le moment. Je développe sur Mulhouse et sur Illzach enfin le pôle, le secteur 4 après, le département ? [...]. Après s'il faut essaime la démarche, c'est à un autre niveau* » [Acteur tactique social]
- « *Est-ce que ça ne va bénéficier qu'à quelques privilégiés qui ont la chance d'être sur le territoire d'expérimentation, ou est-ce que ça sera généralisé demain ?*

*Question : Et vous pensez que la question sera abordée en CDS ?*

*Non.*

*Question : Plutôt au niveau de la CNSA à ce moment là ?*

*Oui en tout cas du Conseil Général. Si on veut étendre le dispositif après sur le département, mais la question se posera à un moment donné ou un autre, mais on ne peut pas s'empêcher de se la poser quand même, mais ce n'est pas quelque chose qui a à voir en CDS* » [Acteur stratégique social].

Cette deuxième citation, qui témoigne certes de la mécompréhension du lien intrinsèque entre intégration clinique et intégration institutionnelle, met toutefois en perspective la problématique centrale soulevée spontanément par une grande majorité des acteurs interviewés quelque soit leur niveau d'implication et leur champ d'intervention : l'identification du porteur et du pilote du dispositif d'intégration.

La thématique de la structuration porteuse et pilote du dispositif la plus propice à la construction de l'intégration suscite une importante variété d'opinions. Plusieurs scénarii sont posés. Ils peuvent être résumés à partir de la citation suivante :

*« Dans le Haut Rhin, je me suis souvent posée la question: si dans le Haut Rhin si ça n'avait pas été le Conseil Général qui porte ? Je pense que [tel SSIAD] était à un moment donné partant, ça aurait pu être lui. Comme on a travaillé en même temps sur le réseau, pourquoi pas, ça aurait presque pu être le réseau. Ça aurait pu être qui encore ? Ça aurait pu être*

*une association ad hoc créée de toute pièce pour ça. D'ailleurs à un moment donné, je me suis dit "tiens ça aurait mieux fait d'être ça " » [Acteur tactique social].*

Nous proposons d'examiner ces scénarii à partir du discours des acteurs, hormis le scénario d'une portage par un SSIAD qui n'a été évoqué par aucune autre partie-prenante.

Le scénario qui semble faire l'objet du peu d'opinion favorable est celui de la création d'une structure ad hoc, externe aux structures tactiques et stratégiques existantes (type association Loi 1901, GIP, GCSMS). Les argumentations fournies portent essentiellement sur les coûts engendrés par ce scénario, qui interrogent la comptabilité d'une structuration ad hoc avec l'objectif d'efficience du système d'intégration PRISMA-France :

*« C'est encore un truc consommateur de fric et de temps. Je ne suis pas sûre que ce soit... C'est peut être une bonne chose que ça se passe comme ça [MAIA portée par le Conseil Général] » [Acteur tactique social]*

Les argumentations articulent les deux dimensions financières et organisationnelles :

*« Si le GCSMS n'a pas de moyens en propre, c'est-à-dire un budget propre, des personnels recrutés par le groupement, à mon avis ça ne donne rien de plus par rapport à la solution qui a été adoptée pour l'instant. Dans la mesure où un groupement dont les personnels restent attachés à ces institutions, y a pas de plus value de ce point de vue là » [Acteur stratégique sanitaire]*

*« Il avait proposé l'idée soit du GIP soit d'un regroupement, d'un GCSMS. [...] C'est vrai que c'est quand même lourd » [Acteur stratégique sanitaire] - « Ce que je crains dans le GCSMS, c'est que ça crée un travail supplémentaire dont on pourrait se passer dans une simple convention. Si ça sécurise mieux les choses, sans créer de bureaucratie dans le sens où il faut monter des choses un peu lourdes, je suis d'accord sinon la convention est peut-être suffisante » [Acteur tactique social].*

De façon très minoritaire, certains acteurs soulignent la potentialité offerte par une structuration de type GCSMS dans l'objectif de coresponsabilité institutionnelle :

*« Il [GCSMS] est assez souple, il permet une collaboration public-privé. On travaille avec des fonds publics donc il y a un cadrage qui me paraît assez sûr qu'on ne retrouverait pas dans le secteur associatif pur, on serait soumis plus à des fluctuations extérieures. Il n'y a pas cette tutelle directe qu'on trouve dans le GIP » [Acteur stratégique sanitaire]*

*« Dans un groupement y a de la mise à disposition de personnels des différentes institutions. Pour autant les personnels resteront personnels de leur institution d'origine au niveau hiérarchique rémunération etc. Et un groupement de coopération médico sociale implique de toute façon également un administrateur [...] Si on estime que cet administrateur ne doit pas appartenir à telle ou telle institution, se repose la question des moyens. Il faut donc le payer et donc mettre des euros sur la table. Ou alors accepter de supprimer vraiment un poste quelque part pour le transformer en dotation de regroupement qui permettrait de recruter une personne par le regroupement » [Acteur stratégique sanitaire].*

Le scénario d'un portage par une structure de type SSIAD a également été envisagé, bien que les discours soient peu explicites :

*« Je pense que le Conseil Général a été le bon pilote. Parce que ça lui permet de pouvoir appréhender la question sanitaire, alors que si on avait choisi un opérateur tiers, on n'aurait pas forcément eu ce Conseil Général... Enfin là il est tellement imprégné, il doit effectivement se saisir des questions sur les SSIAD HAD. S'il avait effectivement été membre du CDS d'un dispositif MAIA porté par un opérateur autre, il n'aurait peut être pas joué le même rôle » [Acteur stratégique sanitaire]*

Dans les extraits de discours fournis ici, un certain nombre d'interviewés introduisent leur argumentation en référence au portage et pilotage actuel par l'instance Conseil Général. Le scénario portage par l'institution Conseil Général est estimé globalement efficient dans l'objectif d'intégration clinique :

*« L'intérêt que le Conseil Général porte, c'est quand même que le Conseil Général est le chef de fil de la politique personnes âgées, de la politique sociale etc. Et que ça permet les raccourcis extraordinaires, des échanges d'infos facilités [...] C'est quand même beaucoup plus facile » [Acteur tactique social]*

*« Je ne pense pas que ce soit un gage de réussite. Je pense que c'est mieux que ce soit le Conseil Général. Parce que Conseil Général sinon aurait joué ce jeu de reporter la responsabilité des dysfonctionnements sur le maintien à domicile, sur d'autres opérateurs. Là, il est pleinement face aux difficultés de coordination, dont il doit prendre la tâche » [Acteur stratégique sanitaire].*

D'autres partenaires ouvrent la question du potentiel d'intégration du portage du dispositif par un Conseil Général dans le contexte actuel de mise en place des ARS missionnées dans l'organisation médico-sociale à l'échelle régionale, donc infrarégionale et donc départementale :

« Les liens entre l'ARS et les départements ne sont aujourd'hui pas clarifiés du tout. Y a là des zones de compétence où il va falloir trouver un *modus vivendi* et en matière de gériatrie, normalement il revient à l'ARS de piloter la définition des besoins pour la région dans le médico-social. Pour l'instant on vit encore avec des schémas gériatriques départementaux. Comment tout ça va s'harmoniser ? Moi je sens aujourd'hui une très forte emprise du Conseil Général sur la MAIA et qui risque de compliquer le rapprochement de la MAIA ou de l'expérience MAIA avec l'ARS. Et donc l'intégration de la MAIA dans le dispositif régional où le pilote clairement, ça va être l'ARS. Et je crois que de ce côté là, le RAG a une petite longueur d'avance » [Acteur tactique sanitaire].

En effet, et c'est un des scénarii envisagés, le dispositif d'intégration pourrait être porté par un réseau de santé de type RAG. Relativement à la situation actuelle, un portage réseau de santé présenterait certains avantages : « La MAIA aurait très bien pu être financée sur des crédits FIQCS. Ça n'a pas été le cas, mais enfin il y a un lien. Ça permettrait effectivement d'éviter les doublons comme on l'a vu pour le réseau alsace gériatrie, s'il y avait des nouveaux réseaux qui devaient être mis en place » [Acteur stratégique sanitaire]. Compte tenu des compétences attribuées aux ARS, cette citation invite à penser le portage réseau de santé comme opportun. Il s'agirait de pouvoir combiner les deux approches du réseau gériatrie en tant qu'entité juridique propre et en tant que modalités d'organisation. Cette combinaison est estimée propice au développement des outils et mécanismes d'intégration dans le sens où un portage réseau implique une tutelle ARS dont c'est la mission : « Jouer ce rôle d'intermédiaire de l'ARS sur l'articulation médico sociale, intégration sanitaire et sociale. Mais il nous faudra des outils derrière. Je pense qu'il y aura une nette concertation avant de mettre en place...avant d'avoir les crédits délégués, avant de mettre en place ça. Je ne sais pas si on a bien conscience de cette temporisation nécessaire. Il faut au moins que dans la mise en œuvre, on ait du temps. Sinon on aura acquis des choses sans avoir eu... » [Acteur stratégique sanitaire]. Il est intéressant de noter, relativement à cette double problématique de la construction d'un dispositif intégré impliquant plusieurs institutions et nécessitant du temps, la comparaison proposée par un acteur avec la construction et le développement du dispositif CLIC : « L'expérience des CLICS : les CLICS qui ont été mis en place par la DDASS à un moment donné. Mais c'est le Conseil Général qui a géré le bébé. J'espère que les choses seront bien mises en place cette fois ci » [Acteur stratégique sanitaire]. Relativement à ce scénario, il convient de souligner à travers les citations illustratives des opinions formulées que les parties-prenantes ont tendance à la sous-qualification de l'objet intégration des services. Dans ce scénario, il semble se dégager une tendance à assimiler le dispositif d'intégration à celui de coordination clinique.

Relativement à la généralisation à l'échelle nationale du dispositif MAIA annoncé par le Président de la République le 17 Septembre 2010, et quelque soit le scénario de structuration de portage du dispositif MAIA définie par l'équipe projet national, il ressort des opinions des acteurs interviewés une forme de recommandation au regard de leur propre expérimentation : une procédure d'instruction et un pilotage collégial entre ARS et Conseil Général.

<b>Ce que nous avons appris de l'expérimentation d'implantation PRISMA-France sur le site urbain de Mulhouse-Zone d'Illzach</b>
---

Le déploiement du projet est facilité par trois dynamiques.

- 1) La représentation positive d'un territoire (densité et organisation de l'offre de services gérontologiques), représentation commune aux acteurs quelque soit leur niveau d'implication tactique ou stratégique, apparaît avoir permise de définir l'expérimentation en termes d'« opportunité ». Cette opportunité est déclinée en éléments (en termes de construction de pratiques intra-sectorielles aux champs sanitaire, social et médico-social, en termes de formalisation par l'outillage des pratiques de coordination, et de développement d'un nouveau métier centré sur les besoins de la personne accompagnée : la gestion de cas) appuyée par un accompagnement extérieur associant des chercheurs. Il y a de l'intérêt pour ce type de mode expérimental.
- 2) L'engagement explicite du Conseil Général dans ses deux dimensions administrative et politique de façon concomitante a largement été analysé. Nous tenons simplement ici à le résumer : le projet est inscrit dans une perspective de construction de politique publique définie préalablement au démarrage de l'expérimentation à travers les orientations du schéma gérontologique et d'un processus de réorganisation territoriale de la coordination gérontologique portée par les acteurs sociaux. En ce sens, le projet revêt donc un haut niveau d'homophilie et de compatibilité.
- 3) Il apparaît qu'une troisième dimension, spécifique au site urbain, comparativement au deux autres PRISMA-France, relèvent de la présence d'entrepreneurs de cause, telle que définis par la sociologie de l'action publique en tant qu'individus ou groupes d'individus qui parviennent à redéfinir les intérêt collectifs et à inventer des moyens d'action (se référer au rapport intermédiaire pp. 129-131). En effet une spécificité du site Haut-Rhin réside dans le fait que le

projet est porté par deux leaders, l'un élu, l'autre clinicien. Si ces leaders, qui puisent leur légitimité dans des registres de différentes natures, ils ont pour caractéristique commune la connaissance, préalablement au démarrage de l'expérimentation, des fondements du projet PRISMA et de la façon dont ils été opérationnalisés dans les premières expérimentations menées au Québec. Cette pré-connaissance semble les avoir positionnés très tôt dans la conduite de projet comme entrepreneurs de cause : *« Il y avait la volonté politique de [X] qui était impliquée dans l'expérimentation PRISMA, puisqu'il était allé je crois au Québec. [Y] aussi. Donc il y avait comme ça sur le département des gens qui connaissaient les pratiques outre atlantique. Et qui étaient motivés »* [Acteur tactique social]. C'est à partir de la présence de ces leaders que l'interaction entre les orientations de politiques publiques gérontologiques du Conseil Général et le caractère opportunité affichée par les parties-prenantes du niveau tactique : *« C'est l'opportunité qui est donnée à des professionnels apparemment convaincus, parce que le docteur Z a l'air extrêmement motivé, je pense que c'est l'opportunité qui est donnée à œuvrer dans ce sens »* [Acteur stratégique sanitaire]

Comme nous l'avons analysé dans ce chapitre, ces facteurs positifs à l'implantation du projet PRISMA-France ont aussi des effets restreignant. En effet, le déploiement actuel du projet encourt le risque d'être assimilé, au regard des acteurs tactique et stratégique des champs sanitaire et social, comme un projet interne au Conseil Général et comme projet de nature sociale/médico-sociale. Cette assimilation risque de réduire l'implantation des outils et mécanismes d'intégration.

#### **4.4. Site Essonne : La difficile convergence entre territoire d'action et territoires institutionnels**

L'expérimentation d'implantation du système PRISMA s'est déroulée sur le site rural de mai 2007, correspondant à la date du 1<sup>er</sup> CDS, à mars 2009, correspondant à la date du dernier CLO. Ce différentiel de calendrier des instances de concertation témoigne du différentiel d'implication entre les instances stratégiques et tactiques.

La dernière réunion de la table stratégique, au mois de janvier 2009, est illustrative du différentiel d'implication des deux instances. Ce CDS s'inscrit dans la période au cours de laquelle la candidature du site à l'appel à projet MAIA n'a pas été retenue pour la phase d'expérimentation nationale 2009-2012. Dans ce contexte, le compte rendu du CDS de janvier 2009 annonce que :

*« Le CDS sera convié dans sa globalité pour une prochaine réunion afin de maintenir la mobilisation partenariale institutionnelle. Cette volonté de construire ensemble ce partenariat légitime le travail local »* (Compte rendu du CDS de janvier 2009).

Il n'y aura pas d'autre réunion du CDS, ce compte rendu constitue le dernier document commun aux instances stratégiques sur l'expérimentation PRISMA-France. L'intention affichée du maintien de la mobilisation partenariale institutionnelle s'apparente davantage à un souhait visant à permettre la poursuite de l'expérimentation d'implantation du système d'intégration PRISMA-France qu'à un élément observable de concertation stratégique. Ce constat apparaît être une dimension continue sur toutes les périodes de l'expérimentation PRISMA-France.

Avec un taux de représentation des instances stratégiques de 44% en moyenne au cours de l'expérimentation PRISMA-France, la faiblesse de la mobilisation institutionnelle est connue des partenaires des échelons :

- stratégique : *« Il y a eu beaucoup d'absentéisme. [Telle institution] n'a quasiment jamais été présente. [...] [Telle autre] n'était pas là. Tous ces gens là étaient je pense intéressés, ils n'ont pas été très présents »* [Acteur stratégique sanitaire]
- et tactique *« Au niveau du CDS, y avait quand même pas une très grosse représentation des institutions »* [Acteur tactique social].

Cette faible représentation des institutions stratégiques est analysée comme un frein au déploiement de l'expérimentation. Cette analyse est commune aux deux niveaux de concertation :



- stratégique « *Des volontés, mais surtout des décideurs, je crois que ce qui a péché [...] ce qui fait un peu foiré le truc, c'est le degré pas assez élevé d'implication du comité stratégique* » [Acteur stratégique sanitaire]
- et tactique « *Le CDS, l'échelon stratégique, l'échelon des institutions et des décideurs, s'il n'est pas là, rien ne se fera [...] Il y a eu pas mal d'absentéisme* » [Acteur tactique social].

Le faible déploiement de la concertation institutionnelle dans la concertation stratégique comporte différentes dimensions.

Tout d'abord, il y a eu une faible représentation du secteur sanitaire, constatée par les acteurs mêmes du champ concerné :

*« Je n'ai malheureusement que la vision du comité stratégique, je trouve qu'on avait une absence de référents réguliers des professionnels de santé »* [Acteur stratégique sanitaire].

Le défaut de représentation du secteur sanitaire est identifié par les partenaires institutionnels eux-mêmes de façon précoce comme un frein au déploiement de l'expérimentation :

*« Le sanitaire est plus présent que ce qu'on avait réussi à faire, donc il y a un intérêt à la démarche mais il n'est pas suffisamment associé pour qu'on puisse penser qu'on va faire bouger les lignes fortement »* [Acteur stratégique social]

Ensuite, les représentants des institutions en concertation stratégique disposent d'un faible pouvoir décisionnaire :

*« Le comité stratégique, on n'avait pas de décideur autour de la table et je pense que ça a aussi posé problème »* [Acteur stratégique sanitaire].

Cette situation relève en particulier d'une procédure de délégation de la représentation des instances en concertation stratégique aboutissant à une sous représentation des directeurs en position de prise de décision. Cet élément est également lisible par les acteurs tactiques :

*« Je pense que le souci venait de l'absence de directeurs, parce que ce sont des projets qui doivent être pilotés par des directeurs »* [Acteur tactique social].

Enfin, les mouvements internes aux institutions stratégiques du territoire ont impacté la continuité de la représentation de façon négative. Il y a eu un turnover intra-institutionnel :

*« Beaucoup de mouvement de personnel, et donc un manque de continuité »* [Acteur stratégique social].

Ce défaut de continuité donne lieu à des défaillances dans le suivi de l'expérimentation (défauts de transmissions des informations et décisions, incomplétude, perte de données, etc.). Ce manque de suivi est attesté par les institutions concernées :

*« Pour le moment on n'a pas d'éléments, peut être que mes prédécesseurs les avaient ? »* [Acteur stratégique sanitaire].

De plus, le turnover intra-institutionnel a engendré sur une longue période une défaillance dans l'organigramme interne au sein de l'une des institutions paralysant les possibilités de prise de décisions : le directeur des services aux personnes âgées/personnes handicapées du Conseil Général. Les parties-prenantes des deux niveaux stratégique et tactique ont identifié cet événement comme un frein à la concertation institutionnelle :

*« Le Conseil Général, qui était présent, devait quand même systématiquement demander un avis de la direction du Conseil Général ou des élus essentiellement, c'était ça. Le comité stratégique, on n'avait pas de décideur autour de la table et je pense que ça a aussi posé problème »* [Acteur stratégique sanitaire]

*« En fait au niveau institutionnel, au niveau du Conseil Général, y a le chef de service qui est parti, y a eu une vacance pendant très longtemps. Je ne suis pas sûre que toute la réflexion sur la gestion de cas, sur l'intégration a été bien comprise au niveau des institutions »* [Acteur tactique social].

Par voie de conséquence, la concertation tactique se serait trouvée dans une situation de difficultés à poursuivre le travail, et les acteurs tactiques auraient témoigné d'un découragement à la poursuite du projet :

*« En l'absence de Directeur, parce qu'on a été longtemps sans en avoir, on ne s'est pas positionné par rapport à ce projet. Donc c'est vrai que le groupe s'est un peu essoufflé et puis petit à petit, on a baissé les bras »* [Acteur tactique social].

L'ensemble de ces éléments témoigne des difficultés de la concertation stratégique à créer les conditions requises au travail d'implantation du système PRISMA-France. Ils sont perçus par les acteurs stratégiques eux-mêmes comme peu propices au déploiement :

*« Moi je pense que c'est indispensable que les institutions effectivement impulsent. Parce que malgré tout, quand sur le terrain on sent que quelque chose est porté de façon très forte par les institutions, on a, a priori, beaucoup plus de chance que ça finisse par aboutir. Si c'est pas porté, on se bat contre des moulins à vent »* [Acteur stratégique social]

Ces défauts de concertation institutionnelle ont provoqué un effort d'implantation agissant essentiellement au niveau tactique<sup>25</sup>.

Globalement il apparaît que **les défauts d'engagement d'un certain nombre d'institutions aient participé à une dynamique d'expérimentation d'implantation portée essentiellement par le niveau tactique. A cet échelon tactique un certain nombre de partenaires soulignent les difficultés produites par ce qui est vécu comme un manque d'incitatifs stratégiques :**

*« Et ça je pense que ça a beaucoup manqué dès le départ [...]. C'est vrai qu'il y a eu des moments de découragement parce que ça représente un très gros investissement. On n'est pas très nombreux sur le sud Essonne, donc on est tous quand même assez chargés. Donc y avait des moments un peu de découragement, et je pense qu'il y a des services qui auraient eu besoin de sentir les tutelles derrière, leurs propres tutelles. En fait elles étaient absentes »* [Acteur tactique social].

Nous proposons d'analyser ce résultat à partir de trois approches, en mobilisant systématiquement les spécificités du site d'expérimentation. Une première approche propose d'analyser la faible mobilisation institutionnelle dans le registre du passage des « faits sociaux » aux « problèmes publics » dans le cadre de la sociologie de l'action publique (Lascoumes & Le Gallès, 2007). Une seconde approche présente les stratégies des institutions dans le champ gérontologique. Une troisième approche descriptive porte sur l'emphase mise, tôt dans le déroulé de l'expérimentation sur la problématique des investissements financiers dans le projet PRISMA-France.

---

<sup>25</sup> Certain éléments sont présentés dans ce chapitre, d'autres dans le chapitre suivant, le chapitre 5.

Comme pour les autres sites d'expérimentation PRISMA-France, nous commençons notre analyse à partir d'une caractérisation du territoire telle que représentée par les parties-prenantes à l'expérimentation.

#### **4.4.1. Représentations du territoire d'action du Sud d'Étampes : une caractérisation en termes démographique et géographique**

Le territoire d'expérimentation PRISMA-France, correspondant à la zone du Sud d'Étampes, large territoire constitué de 37 communes, est vu comme présentant les caractéristiques de la ruralité.

Cette ruralité est définie par une faible densité démographique associée à un large espace géographique :

*« Il y a un peu moins de personnes, mais il y a beaucoup de déplacements »* [Acteur tactique social].

Il en résulte des contraintes organisationnelles pour les services intervenant au domicile des personnes âgées :

*« C'est un secteur pas facile, parce que la densité de population est quand même pas importante et que, pour prendre des gens en charge à domicile, il faut faire des kilomètres »* [Acteur tactique sanitaire].

Ces arguments, par leur caractère récurrent, passent pour être assez communément partagés par les acteurs tactiques : intervenir dans ces espaces suppose la prise en compte du temps de déplacement dans la tâche à accomplir car l'éloignement des deux points d'intervention rend l'organisation des services complexe. Cette spécificité est également mise en perspective par les acteurs stratégiques :

*« Qui dit prise en charge des personnes, dit aussi déplacement au domicile des personnes, évaluation des tas de gens à faire rentrer dans un mécanisme et si il faut faire 40 bornes pour aller évaluer un truc et 40 bornes pour remonter et ensuite se repayer encore 30 bornes pour aller ailleurs pour faire des réunions de compte rendu »* [Acteur stratégique sanitaire].

À ces caractéristiques de la ruralité du site essonnien sont associées des données structurelles vécues comme spécificités de ce territoire d'action :

- Une offre de services à domicile estimée quantitativement insuffisante : « *En plus c'est vrai que sur le secteur, c'était le sud Essonne, donc c'était déjà un secteur sinistré. [...]. Il y a peu de prestataires* » [Acteur stratégique social]
- Une offre de services à domicile quantitativement insuffisante évaluée en difficulté économique : « *Les prestataires dans le sud Essonne, ils ne vont pas très bien financièrement* » [Acteur stratégique social]
- Une offre sanitaire jugée déficitaire inscrite dans des perspectives pessimistes : « *On est dans des zones qu'on appelait « déficitaires » il y a quelque temps, mais aujourd'hui sous-dotées en professionnels de santé, des professionnels de santé qui sont, entre guillemets, vieillissants* » [Acteur stratégique sanitaire]
- Un territoire vécu comme peu « attractif » pour les professionnels engendrant des difficultés de recrutement: « *On a des financements aussi pour certains professionnels et je n'arrive pas à les embaucher* » [Acteur tactique sanitaire]
- Un territoire vu comme économiquement pauvre : « *Qu'on est sur un territoire économiquement faible, 38% des ménages ne participent pas aux finances locales, on est déserté au niveau des entreprises* » [Acteur tactique social].

Comme nous allons le voir ces éléments structurels du territoire d'expérimentation sont mobilisés par les acteurs tactiques et stratégiques dans différentes perspectives pour expliciter les défauts d'implication des instances stratégiques dans le projet PRISMA-France.

#### **4.4.2. Politiques publiques gérontologiques et projet d'intégration : quelles orientations ?**

Les acteurs tactiques partagent une opinion selon laquelle la faible mobilisation des institutions sur le projet PRISMA-France s'explique par le caractère spécifique des problématiques du territoire d'expérimentation par rapport aux problématiques agrégées qui sont de responsabilité institutionnelle régionale et départementale. Cette analyse, moins systématiquement présente dans les discours des acteurs du niveau stratégique, est formulée au sein de certaines institutions, notamment les institutions du champ de la protection sociale, lesquelles partagent comme caractéristique commune d'être de compétence régionale, ce qui implique une approche régionale, départementale et infra-départementale des dispositifs gérontologiques.

#### 4.4.2.1. Porter des problématiques d'un territoire d'action rural dans un territoire administratif urbain

La représentation qu'ont les parties prenantes du territoire d'expérimentation PRISMA-France est celle d'une parcelle de ruralité dans des problématiques d'urbanité. La spécificité de la ruralité du territoire du Sud d'Étampes est la dimension principalement identifiée comme explicative de la faible implication des institutions.

Il y a, dans les discours, un schéma de causalités selon lequel, les enjeux organisationnels, économiques et politiques du site expérimental sont non représentatifs ou marginaux pour les institutions stratégiques (régionales et départementales). Ce manque de représentativité, voire cette représentation d'une marginalité, des enjeux du territoire expérimental induit que le projet PRISMA-France n'est pas à l'agenda des institutions tutélaires et de financement, ce qui explique la faible concertation stratégique.

Les impacts perçus par les acteurs tactiques relativement au projet PRISMA de ce défaut de représentativité, voire la représentation du caractère marginal des enjeux de la ruralité pour les institutions régionales et départementales, peuvent être déclinés dans trois dimensions.

La première dimension porte sur l'**espace public potentiellement accessible aux problématiques de la ruralité** dans un département principalement constitué, mais aussi médiatisé, autour de grands espaces urbains.

Selon les acteurs tactiques, les problématiques de la ruralité ne seraient pas portées à l'échelon des politiques et sphères de médiatisation départementales :

*« C'est très fort ce clivage, cette difficulté de porter une difficulté rurale qui n'est pas portée par tout le département »* [Acteur tactique social]

*« Le département de l'Essonne, c'est une problématique accessoire, parce que je veux bien entendre aussi qu'ils ont tous les problèmes de l'urbanité »* [Acteur tactique social].

Ces deux citations énoncent une **dualité infra-départementale** entre les espaces et les problématiques de la ruralité et de l'urbanité. Cette dimension duelle est formulée en termes d'hétérogénéité du département de l'Essonne :

*« Le département de l'Essonne c'est un département merdique en terme de prise en charge [...] Il y a une concentration énorme de personnes, d'offres de soins et d'offres de prise en charge, des espèces de semi déserts ruraux dans le sud du département, des distances incroyables à parcourir » [Acteur stratégique sanitaire].*

A l'échelle régionale, il apparaît que l'identification des thématiques rurales soit rendue complexe du simple fait que la région Île-de-France est la **région la plus urbaine de France** :

*« Imaginer que l'Essonne, qui fait partie de la couronne soit aussi rurale, est représentative du milieu rural, c'était peut-être pas évident [...] Il y a peut-être des gens qui se sont dit que le rural ce n'était pas la région parisienne » [Acteur tactique sanitaire].*

La seconde dimension porte sur **l'entrée dans l'espace public** de la problématique rurale de l'accompagnement à domicile des personnes âgées en situation complexe. Il s'agit de prendre en considération la visibilité des problématiques des personnes âgées en situation complexe habitant une zone rurale dans un département essentiellement urbain.

Au niveau tactique, il existe un discours selon lequel la **faible visibilité** des situations complexes de maintien à domicile en milieu rural serait peu propice à la mobilisation sur une expérimentation de type PRISMA-France :

*« On sait pertinemment qu'il y a des situations merdiques dans le sud, parce que le peu qu'on a eu sur le sud, c'était coton [...] sauf qu'ils sont gérés différemment dans la campagne, contrairement aux villes, parce qu'un mec dans une ferme qui gueule, il va faire chier quoi ? Les poutres, les pierres ? Les gens n'en ont rien à foutre. Le mec qui gueule en appartement au 7<sup>ème</sup> étage, ça ne va pas le faire » [Acteur tactique sanitaire].*

Usuellement présentée comme espace d'interconnaissance, la campagne est ici un espace qui n'implique pas l'urgence d'intervenir du fait du caractère peu visible aux institutions des situations vécues. Ainsi, les raisons d'intervenir dans des situations de danger ou d'urgence ne se mesurent pas uniquement à l'ampleur du vécu des habitants.

S'associe à la faible visibilité des problématiques, le faible nombre de personnes âgées pouvant bénéficier d'une amélioration de leur qualité de vie à travers l'expérimentation PRISMA-France :

*« Si je prends tout le sud-Essonne [...] c'est 10% de la population totale du département. Donc quand vous mettez des millions d'euros dans le nord, vous dites oui, mais là, c'est pour agir, pour 300 000 habitants donc on peut le faire »* [Acteur tactique social].

Ce propos invite à prendre en considération la dimension de la « masse critique » des bénéficiaires à partir de laquelle une problématique peut être inscrite à l'agenda des politiques publiques.

Le territoire du Sud d'Étampes représenterait une **masse critique insuffisante pour que l'expérimentation soit portée par les institutions** :

*« Trois personnes prises en charge par ci, dix par là etc. Alors ce qui est à la télé c'est le problème des banlieues, le problème de l'étudiant, le problème du chômage et ça c'est Évry, c'est Corbeil, c'est Arpajon [...] Je pense que ça joue forcément un petit rôle dans l'implication qu'on a, pas l'envie de faire, mais l'implication qu'on a dans l'action »* [Acteur stratégique sanitaire].

De plus, du point de vue des acteurs tactiques, il n'est pas simple d'être « reconnu » et « légitime » dans ses propositions quand la situation est « marginale » au territoire :

*« Le 45 se saisit du problème puisque le 45, c'est Orléans, Montargis et tout le reste, c'est le désert, donc c'est une problématique qu'ils prennent à bras le corps, alors que le département de l'Essonne, c'est une problématique accessoire »* [Acteur tactique social].

La troisième dimension identifiée comme frein à la concertation stratégique autour du projet PRISMA-France concerne les **effets d'annonce et d'affichage politique**<sup>26</sup>, au sens politique du terme. Dans le corpus discursif, la thématique politique est abordée dans le cadre de la problématique de la concordance des appartenances politiques des élus aux différentes aires territoriales mobilisées dans le projet. La différence entre l'appartenance politique du maire d'une importante commune du site expérimental et l'appartenance des présidents du conseil général et du conseil régional rendrait complexe le déploiement de projets communs :

*« Il y a aussi un contexte politique, c'est qu'il y a l'obédience départementale qui n'est pas l'obédience communale de la ville-centre [...] Le clivage politique n'est pas une donnée à négliger »* [Acteur tactique social].

---

<sup>26</sup> Dans le chapitre suivant, le chapitre 5, la place du « politique » dans le déploiement du projet PRISMA-France est traitée de façon plus large.



Spécifiquement à la conduite de projets, et ce quel qu'en soit le champ d'application, menés sur le territoire Essonne, la dimension politique serait particulièrement prégnante car la région Ile-de-France concentre des nombreux politiciens d'envergure nationale. De plus, le fait d'appartenir ou non au même parti politique ne signifie pas appartenir à la même famille politique. Ainsi, les personnalités politiques, peuvent-elles entrer, elles aussi, en concurrence d'affichage :

*« Avec des élus qui sont emblématiques dans toutes les couronnes, dans la couronne de la Seine-et-Marne vous avez trois ministres sur la couronne, vous avez à l'ouest le Président du Sénat, dans les Yvelines, vous avez un député. Des politiques qui sont des personnages forts et, comme par hasard, qui sont plus ou moins en opposition avec le département »* [Acteur stratégique sanitaire].

La dimension de la **définition des priorités de politiques publiques**, sous entendue dans un certain nombre de citations apparaît centrale. En effet, l'hétérogénéité départementale et régionale dans laquelle s'inscrit le territoire d'expérimentation PRISMA-France fait apparaître une importante diversité de problématiques pour les instances stratégiques :

*« Comment on fait pour gérer tout ce système compliqué où le sud c'est un désert, les hôpitaux sont au milieu, les médecins sont aussi dispersés que les gens »* [Acteur stratégique sanitaire].

L'un des aspects mis en perspective par les acteurs est relatif aux domaines de politique publique jugés prioritaires. Notamment, à l'échelle départementale, les arbitrages de choix de politiques publiques seraient rendus complexes compte tenu de l'hétérogénéité du département, en particulier pour le Conseil Général :

*« La difficulté qu'il y a aussi, lorsqu'on est sur des territoires de ce type extrêmement morcelés [...] qu'est-ce qui est le plus payant pour un Conseil Général comme l'Essonne : être utile pour du dispersé rural ou semi rural, ou du précaire et de l'exclusion sur des trucs très urbanisés »* [Acteur stratégique sanitaire].

Cette citation invite à prendre en considération les variables déterminantes à la construction de politiques publiques. Au niveau tactique, il existe un consensus relativement large selon lequel les variables prédominantes sont économiques. Les caractéristiques démographiques et géographiques

du territoire sont estimées défavorables à la priorisation d'une politique gérontologique d'intégration sur le site rural du Sud de l'Étammois :

*« C'est vraiment une spécificité du territoire cette ruralité : on a 35 habitants à l'hectare, on a une densité démographique qui est très faible et je n'arrête pas de me faire le relais puisque nous on porte le drapeau du sud Essonne auprès des acteurs du département, c'est qu'il faut plus de moyens pour moins de résultats. Ça il faut l'entendre parce qu'il faut du temps pour se rendre sur place. [...]. Il faut raisonner en termes de coût : c'est ça qui, dans l'action politique motivera le fait de vouloir faire de l'intégration ou pas »* [Acteur tactique social].

Cette analyse de la faible implication du niveau institutionnel relative à un projet jugé non prioritaire en termes de politiques publiques est également déployée à l'échelle régionale. L'illustration en est fournie par le jugement au premier trimestre 2009 de non recevabilité de la candidature à l'appel à projet Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) déposé par l'Hôpital d'Étampes dans l'objectif d'accéder à des financements pour mettre en place des temps de gestionnaires de cas :

*« Et en fait il [le projet déposé au GRSP] n'a pas été recevable pas pour des questions de qualité ou de positionnement hiérarchique dans la région, il a été jugé non recevable tout simplement parce que la démarche n'était pas considérée comme une priorité régionale »* [Acteur stratégique sanitaire].

Dans cette citation, l'emphase est mise sur la faiblesse de l'engagement par les institutions de compétence régionale sur le projet PRISMA-France du site rural du Sud Essonne.

Les parties-prenantes des niveaux tactique et stratégique des champs sanitaire et social partagent l'opinion selon laquelle les caractéristiques rurales du site d'expérimentation PRISMA-France ainsi que les caractéristique du département de l'Essonne et de la Région Ile-de-France ont fortement impacté la place donnée par les institutions au projet d'intégration porté. Ainsi, la question des caractéristiques du territoire est constamment présente dans les discours analysés, elles sont autant de conditions évoquées pour illustrer les difficultés de réaliser une concertation stratégique efficace dans l'élaboration des conditions d'une implantation réussie.

#### 4.4.2.2. Projets de politiques publiques gérontologiques et place de l'intégration

Il apparaît que deux projets d'organisation territoriale ont été prioritaires au projet d'intégration PRISMA-France au cours de l'expérimentation : la mise en place de la loi « Hôpital Patients Santé et Territoires » (HPST) parue en juillet 2009, impactant les structures sanitaires d'une part, et d'autre part, le projet de mise en place de pôles gérontologiques territoriaux, présenté officiellement en juin 2008, impactant les structures sociales.

La mise en place de la Loi HPST devrait se traduire par des changements conséquents dans le champ sanitaire :

*« Aujourd'hui, les soins dans le sud-Essonne, vous avez la problématique hospitalière qui est en train de se jouer, avec le regroupement des hôpitaux [...] vous avez la question de professionnels de santé, parce qu'aujourd'hui, on est dans des zones qu'on appelait « déficitaires » il y a quelque temps, mais aujourd'hui sous-dotées en professionnels de santé, des professionnels de santé [...] Qu'est-ce qu'ils vont faire pour se coordonner, pour travailler ensemble sans savoir que c'est pas forcément leur problématique ou leur préoccupation principale, parce que dans cinq ou six ans, ils ferment » [Acteur stratégique sanitaire].*

Dans ce contexte de manque de visibilité de la structuration des politiques publiques sanitaires, l'engagement des organisations sanitaires intervenant au niveau tactique, sur la base du volontariat et à moyens constants est jugée problématique. Les acteurs semblent, de plus, peu confiants quant aux orientations qui seront prises<sup>27</sup>.

Dès 2008 (un an après le démarrage de l'expérimentation), le Conseil Général entreprend une réforme visant la mise en place de pôles gérontologiques territoriaux. A l'échelle départementale, il s'agit de rassembler dans 6 pôles gérontologiques les équipes médico-sociales de l'APA, les équipes d'évaluation CNAV et les professionnels des CLIC.

Il en résulte un changement de territorialité pour les CLIC : passage de 10 CLIC à 6 pôles, signifiant l'extension du territoire d'intervention. L'organisation souhaitée en pôles gérontologiques indique également un pouvoir direct plus important pour le Conseil Général sur le dispositif CLIC.

---

<sup>27</sup> Pour analyse de cette dimension, se référer au chapitre 5.

Le dispositif CLIC a été mis en place sur le département à partir d'une forte implication des maires des communes. Cette implication des communes dans le dispositif CLIC se matérialise financièrement, administrativement et en termes d'orientation à partir d'une participation active aux conseils d'administration des CLIC. La volonté du Conseil Général suscite des oppositions de la part des présidents des CLIC et des mairies de communes :

*« On est en plein dans la phase de cette conduite du changement, de concertation, là on a annoncé à un niveau technique puis politique qu'on engageait la réflexion sur une refonte possible de cette architecture, et donc là on est dans la phase où ça crée du remous, et donc on a annoncé qu'on allait prendre le temps de réfléchir avec les uns et les autres pour se garantir qu'on avançait bien ensemble » [Acteur stratégique social].*

Ce projet dit de territorialisation de l'action gérontologique de compétence du Conseil Général a été conduit tout au long de l'expérimentation :

*« C'est vrai que le département travaille actuellement sur la territorialisation du secteur personnes âgées, donc se mettre en concordance au niveau des secteurs avec les CLIC d'une part [...] Mais c'est pas pour demain matin, c'est un travail de longue haleine, sur lequel on travaille en ce moment » [Acteur tactique social].*

Au moment de la suspension de l'expérimentation cette réforme était en cours de discussion au sein des principales instances impliquées. L'objectif de la réforme, et le fait que la réforme n'ait pas aboutie, mettent en difficulté le partenariat territorial.

Cette réforme a doublement impacté la coopération territoriale :

- Au niveau stratégique, cette réforme a pu être vécue comme un manque de lisibilité des objectifs gérontologiques du Conseil Général : *« On a réunis les CLIC pour dire qu'on revoyait leurs prérogatives et leurs zones de compétence [...] c'est arrivé aussi à un moment où on s'est dit « le Conseil Général ne sait plus du tout ce qu'il faut faire ». J'en ai discuté avec le directeur des services du Conseil Général, ils n'ont pas repris les CLIC en main par hasard, il y a une raison objective, des raisons économiques, financières, de politiques territoriales, mais voilà, encore un truc qui était mal interprété, mal compris » [Acteur stratégique sanitaire].*

- Au niveau tactique, cette réforme a été vécue comme une remise en cause du dispositif CLIC : « *Ça faisait trop de changements en même temps. C'était plus une remise en cause des CLICS, vous voyez, que PRISMA* » [Acteur tactique social].

La réforme de la mise en place de pôles gérontologiques territoriaux apparaît avoir eu un impact important dans la dynamique de conduite du projet PRISMA-France sur le site Essonne dans la mesure où le Conseil Général a pu être identifié progressivement aux deux niveaux stratégique et tactique comme porteur du projet PRISMA-France.

Cette progression du rôle du Conseil Général dans l'expérimentation PRISMA-France est perçue comme une succession de séquences s'étendant :

- d'une phase d'affichage politique au démarrage de l'expérimentation :
 

« *Le directeur adjoint du Conseil Général était venu, il nous avait fait un petit discours. Le rôle d'acteur majeur du Conseil Général, porteur des politiques, soutien de ceci, à l'écoute de ces populations, enfin c'était un truc très politico machin* » [Acteur stratégique sanitaire],
- à une phase de porteur affiché sous réserve d'un co-portage institutionnel au cours de l'expérimentation :
 

« *Le Conseil Général qui était très volontaire pour partir là dedans, mais moi je l'ai perçu plus comme une "oui on y va parce qu'on est conseil général et on est porteur", parce qu'on est Conseil Général on est porteur, voilà. "Mais on voudrait bien quand même que les autres, nous on veut bien être porteur afficheur, faut que les autres se secouent un peu, et puis surtout il faudrait de l'argent"* » [Acteur stratégique sanitaire],
- et enfin à une phase de porteur principal dans les derniers mois de l'expérimentation :
 

« *Là y a plus qu'une volonté politique du Conseil Général, en fait là maintenant ça ne dépend plus que du Conseil Général* » [Acteur stratégique social].

Les attentes à l'égard du Conseil Général, qui a comme « domaine de compétence » depuis les réformes de décentralisation, l'organisation et le financement des politiques en faveur des personnes âgées, sont importantes. L'approche administrative fait en sorte que les acteurs se « tournent logiquement » vers des attentes de prises de décisions du Conseil Général au titre de décideur de premier ressort. La légitimité attribuée au Conseil Général ici se limite surtout à « impulser quelque chose ». Certains acteurs récusent la légitimité de sa « compétence » dans le projet PRISMA-

France, notamment en raison de la complexité des rouages administratifs dans le contexte de déploiement d'un projet intégrateur. :

*« Après le problème du Conseil Général, c'est que c'est un peu l'armée mexicaine, il y a énormément de gens, c'est pléthorique ».* [Acteur stratégique social]

En outre, la visibilité d'un portage du projet par le Conseil Général est jugée par certains acteurs comme problématique dans la mesure où la concomitance du plan de développement de pôles gérontologiques semble s'être traduite par une crise de confiance des acteurs tactiques quand aux objectifs de cette instance institutionnelle centrale<sup>28</sup>.

Il résulte de la mise en œuvre de ces deux réformes d'une part une instabilité organisationnelle pour les partenaires tactiques peu propice à la coopération :

*« On travaille avec des partenaires qui, tous les jours, se battent pour exister, l'hôpital d'Étampes se bat tous les jours pour savoir ce qu'il va devenir demain, le CLIC sud-Essonne, la zone sud-Essonne se bat pour savoir ce qu'elle va devenir demain »* [Acteur stratégique sanitaire].

Et d'autre part, apparaît au niveau stratégique une appréciation générale de conduites de réformes trop nombreuses pour permettre un engagement dans le projet complet et complexe comme celui de PRISMA-France :

*« En fait, le souci, c'est que tout est arrivé ensemble. On a tout mis ensemble, les réformes, l'hôpital de Dourdan qui doit fusionner avec l'hôpital d'Étampes, les projets de zones déficitaires en termes de soins, les projets de restructuration et de réorganisation des CLIC, tout est arrivé ensemble. Est-ce que c'est une raison pour laquelle on a arrêté PRISMA ? »* [Acteur stratégique sanitaire].

La concordance temporelle des réformes serait source de manques de lisibilités des orientations prises dans le champ de la coordination gérontologique, mais aussi le témoin des suspicions quand aux raisons d'être des réformes entreprises en particulier pour les acteurs tactiques mais aussi, dans une moindre mesure, pour les acteurs stratégiques :

---

<sup>28</sup> Cette dimension est traitée dans le chapitre 5 du rapport.

*« Il y a beaucoup de professionnels médicaux ou sociaux qui sont très pointus dans leurs domaines et qui s'épuisent administrativement pour monter des projets qui sont quand même tout à fait légitimes, [...] et je trouve qu'on ne leur facilite pas les choses... Alors, je sais pas si c'est les ARS, si c'est le Conseil Général, qui doit faciliter ça, mais c'est clair que s'il y a une structure à monter, quelque chose, ça serait vraiment quelqu'un qui aide à mettre tout ça en place [...], apparemment il y a beaucoup de professionnels qui en ont un peu peur, j'en sais rien, mais je pense que ça devrait aller dans un sens de mutualisation... ces montages à la Kafka, c'est quand même lourd » [Acteur tactique sanitaire].*

#### **4.4.2.3. Une polarisation de la responsabilité du projet sur le niveau tactique**

Les caractéristiques du site d'expérimentation PRISMA-France et l'état de la concertation stratégique semblent avoir engendré un effort d'implantation du système d'intégration agissant essentiellement au niveau tactique.

Dans le chapitre 4 du rapport intermédiaire (pp. 30-31), cette dynamique d'une expérimentation portée essentiellement au niveau tactique a été abordée. Il était précisé que le travail de définition des outils (notamment autour de l'outil d'évaluation multidimensionnel et la charte éthique) et mécanismes (identification des profils ciblés par la gestion de cas et des circuits des personnes âgées) était réalisé au sein d'un sous-groupe de travail du CLO, sans pour autant que ce groupe se substitue au CLO.

L'émergence de ce sous-groupe, qualifié par les acteurs eux-mêmes de « noyau dur », apparaît trouver une part de son explication du fait de grand nombre d'acteurs visés dans la concertation tactique.

*« On a une petite bande sur Étampes » [Acteur tactique sanitaire].*

Un autre élément explicatif de cette émergence relève d'une réelle appétence pour un projet intégrateur, analysé en tant que moyen de formalisation des pratiques de coordination systématisées. Aussi ce sous-groupe est-il constitué des acteurs déjà impliqués dans les procédures de coordination préexistantes entre le CLIC, l'Hôpital, le SSIAD, et un SAD :

*« Le cadre permettrait de dépasser cette histoire de personne [dans les pratiques de coordination] et qu'elles [les organisations tactiques] ont toutes une volonté d'avancer un peu ensemble » [Acteur tactique social].*

« Y a une coordination qui fonctionne bien sur ce secteur là [...].Vraiment y a un bon réseau [au sens générique du terme] qui fonctionne bien.[..] Et puis peut être de fonctionner mieux qu'on ne le fait » [Acteur tactique social].

Ce sous-groupe de travail est représenté par les membres qui le constituent, comme un ensemble de « membres actifs », vis-à-vis de « membres officiels » présents en concertation tactique au sein du CLO. Cette attitude les met dans une position d'avancée qui, de fait, génère un CLO à deux vitesses : membres « actifs », membres « officiels »<sup>29</sup>.

« Là, c'était vraiment sur le plan local et y'a des gens qui étaient présents. C'était vraiment un groupe de travail, un groupe de transmission en fait, aux membres du CLO qui n'en font pas partie, qui ne faisaient pas partie du travail du noyau » [Acteur tactique social].

Comme le montre l'analyse faite dans le chapitre 5 du présent rapport exploitant les seuls entretiens conclusifs, la dynamique à l'œuvre entre ces deux groupes s'est amplifiée au cours de l'expérimentation PRISMA-France. Le groupe de « membres actifs » va s'autonomiser de plus en plus du CLO, l'informant des travaux menés et des démarches entreprises. De plus, ce groupe de « membres actifs » va s'affirmer auprès du CDS comme instance constitutive de « personnes-ressources » relativement au projet d'intégration des services gérontologiques. L'un des témoins en est l'inclusion de certains de ces membres lors de la définition et de l'écriture du projet MAIA sur le territoire étendu<sup>30</sup>, ainsi que l'écriture d'un courrier aux membres du CDS informant du regret du rejet de la candidature MAIA et de la volonté de poursuivre l'expérimentation PRISMA-France. Le caractère « personnes-ressources » contactées prioritairement par les acteurs stratégiques apparaît également se confirmer par les propos tenus par certains acteurs stratégiques.

Un des acteurs stratégiques interviewés fait ainsi un comparatif avec le mouvement à l'œuvre sur l'autre site Île-de-France, le site parisien : « Ils ont des institutions locales qui sont plus volontaires » [Acteur stratégique sanitaire]. Cette situation aurait permis de saisir, au sein du groupe, les enjeux soulevés par l'intégration des services, ce qui renforce leur statut de personne ressource (et ce d'autant plus dans la période au cours de laquelle l'entretien a été réalisé, correspondant à l'annonce du projet MAIA non retenu pour l'expérimentation nationale et à la poursuite de l'expérimentation) :

---

<sup>29</sup> Pour une analyse plus approfondie de cette dynamique se référer au chapitre 5 du présent rapport.

<sup>30</sup> Se référer au chapitre 6 du présent rapport.



« Et que peut être ils ont relevé l'enjeu, ils ont reçu une claque d'un côté, donc ça donne envie » [Acteur stratégique sanitaire].

Un autre acteur stratégique voit dans la constitution de ce groupe une dynamique qui s'est appuyée sur la conciliation des pratiques de coordination préexistante et du travail de formalisation :

« La culture de la coordination et du travail partenarial existe quand même de façon forte, on a quand même l'impression que des liens encore plus forts se sont tissés. Avec des partenaires davantage mûrs à aller plus loin dans cette coordination des différents dispositifs et dans le partage d'outils. Moi je le ressens comme ça, vu de l'extérieur, vu de plus loin puisque je ne suis pas sur le secteur mais quand je parle avec différents acteurs, c'est ainsi que je le ressens » [Acteur stratégique social].

Cette citation témoigne en outre du caractère peu investi de cette instance stratégique, qui prend des informations, se fait confirmer des impressions, mettant de la sorte les acteurs tactiques en position de construction de l'intégration des services à travers la coordination des dispositifs gérontologiques et la mutualisation des outils cliniques.

#### **4.4.3. Une problématisation financière centrale sur le site rural**

La problématique des moyens financiers à investir dans le projet PRISMA-France a rapidement pris une place centrale dans la conduite de l'expérimentation :

« On n'a pas vu tout de suite que le problème serait sur le financement, on l'a vu au fur et à mesure qu'on faisait des réunions, quand le conseil général disait "bon on peut mettre des gens. Le conseil général peut faire quelque chose, mais il faudrait trouver d'autres sources de financement. Par exemple l'assurance maladie, est-ce qu'elle a une source de financement ?". Et ça aurait du mettre la puce à l'oreille de se dire, un tel appel du pied au démarrage, c'est qu'ils n'ont pas suffisamment d'argent eux à mettre là dedans » [Acteur stratégique social].

Bien que cette citation témoigne d'une représentation tronquée de l'objectif d'intégration financière par redéploiement des moyens au sein des différentes institutions impliquées, elle est représentative de l'emphase mise sur la problématique des coûts humains et financiers engendrés par l'expérimentation PRISMA-France sur ce territoire.

La représentation commune est que la mise en place des outils et mécanismes d'intégration nécessite des investissements financiers :

*« Quand on me dit à moyens constants et à personnel constant, j'ai du mal à y croire »*  
[Acteur stratégique social].

Tout d'abord, il convient de souligner la traduction faite selon laquelle l'intégration financière s'apparente à un déploiement d'outils et mécanismes à moyens constants<sup>31</sup>. Plus globalement, il apparaît que le scepticisme énoncé s'inscrit dans un discours relatif à la concertation stratégique de laquelle il est attendu une co-responsabilisation matérialisée par des cofinancements :

*« C'est une expérimentation qui visiblement intéresse un certain nombre de partenaires institutionnels mais je ne les sens pas encore tellement mûrs, tous. Mûrs par rapport aux moyens à y mettre, en particulier. Moyens humains et financiers »* [Acteur stratégique social].

Ces citations témoignent de l'obstacle principal identifié dans le projet PRISMA-France conjointement aux échelons stratégique et tactique : le besoin d'arbitrages financiers vers un investissement dans le changement proposé par le système intégré PRISMA-France basé sur la gestion de cas.

Ce consensus commun aux deux échelons tactique et stratégique ne fait pas abstraction d'une divergence sur l'échelon identifié comme ayant pour responsabilité la construction de l'intégration financière.

Ainsi, certains acteurs stratégiques énoncent qu'il était de la responsabilité des partenaires tactiques d'envoyer des signaux de volonté de porter des postes de gestionnaires de cas afin que la problématique financière soit traitée au niveau stratégique :

*« Parce que là les prestataires ne sont pas positionnés, parce que des prestataires en difficulté, peu de prestataires, en difficulté déjà financièrement, donc ils n'allaient pas se rajouter une charge »* [Acteur stratégique social].

L'expression de positionnement tactique aurait pu légitimer les demandes d'investissements supplémentaires formulés par les partenaires tactiques à leurs institutions de tutelle. L'absence de

---

<sup>31</sup> D'autres éléments relatifs à l'intégration financière sont disponibles dans le rapport intermédiaire pp 67-69.

positionnement est vécue par le niveau stratégique comme défaut de volonté explicite et explicitée par le niveau tactique de mettre en place la gestion de cas en tant que réponse à un besoin identifié. L'absence d'explicitation sur la demande de moyens financiers semble être identifiée comme « manœuvre », entraînant un processus de dé-légitimation des demandes des acteurs tactiques :

« [C'est] *Lorsque y a des difficultés qui surviennent, que les acteurs sont moins motivés, que l'on baisse vite les bras devant des difficultés, qu'on met en avant les budgets...* » [Acteur stratégique sanitaire].

Les acteurs tactiques annoncent quant à eux que l'emphase mise par les instances tutelles sur l'expérimentation à fonds constants était initialement problématique :

« *C'est vrai qu'on nous avait toujours dit au démarrage de la présentation du projet que ce serait mis en place à moyens constants, que ça n'impliquait pas de recrutements de professionnels, donc nos institutions sont restées fermement attachées à ça. Concrètement sans personnel supplémentaire, ce n'était pas possible* » [Acteur tactique social].

Dans ce contexte où « *On savait qu'aucune des institutions, que ce soit le Conseil Général, que ce soit l'hôpital d'Étampes, que ce soit l'Assurance maladie, n'était prête à financer des postes de gestionnaires de cas* » [Acteur tactique social] la poursuite du travail de définition des procédures et outils d'intégration au niveau tactique témoigne de la volonté de travailler à l'intégration gérontologique.

Au cours du projet, les acteurs tactiques expriment un certain degré de découragement quand à la reconnaissance du travail entrepris attesté par la possibilité de le matérialiser dans l'exercice effectif de la gestion de cas :

« *Très vite on a fait remonter que ce n'était pas possible sur le sud Essonne, qu'il fallait envisager des moyens supplémentaires. On n'a pas eu de réponses, on a mis beaucoup de temps à nous donner une réponse, et puis finalement ce n'est jamais venu [...] Je pense que ça a beaucoup découragé localement, parce qu'on ne s'est pas senti soutenu* » [Acteur tactique social].

Les trois thématiques présentées relatives au caractère rural du territoire d'expérimentation non représentatif des schémas d'organisation de la responsabilité des partenaires stratégiques départementaux et régionaux, à l'absence de mise à l'agenda de la thématique de l'intégration

géronologique permise par l'expérimentation PRISMA-France et à la thématique des difficultés financières dans la mise en œuvre du projet engendrent un manque de confiance verticale du niveau tactique vers le niveau stratégique.

A cette difficulté de réalisation de la coopération autour du projet PRISMA-France s'associe des expériences passées de conduites de projets vécues comme difficiles, voire défavorables au territoire du sud d'Étampes. Le caractère négatif des expériences passées de coopération articule :

- Le manque reconnaissance du territoire d'expérimentation vécu comme récurant : « *Nous on fait partie du Sud Essonne, il a été reconnu, si vous voulez, que le Sud Essonne était délaissé par rapport au Nord Essonne qui était beaucoup plus urbain, beaucoup plus riche, etc. Donc en fait, je crois aussi que ça a fait qu'on s'est encore senti la dernière roue du carrosse* » [Acteur tactique social]
- Le défaut de légitimité des propositions du territoire d'expérimentation vécu comme répétitive : « *On a toujours tout faux puisqu'on est peu nombreux et qu'il faut plus de moyens pour moins de résultat, compte tenu des distances à parcourir, donc forcément, on a un coût par individu qui est plus élevé, on a des structures à mettre en place qui ont des coûts incompressibles, pour un nombre de population limité finalement, donc on est toujours le parent pauvre du département, encore une fois, ça, c'est une vraie réalité* » [Acteur tactique social]
- La carence de dotation dans les démarches de projets du territoire d'expérimentation vécue comme systématique : « *Sur le territoire, tous les projets ont avortés, que ce soit dans le transport, que ce soit dans la formation, que ce soit là, dans la gériatrie, la coordination gériatrique, tous les projets avortent parce que les financements ne se débloquent pas* » [Acteur tactique social].

<b>Ce que nous avons appris de l'expérimentation d'implantation PRISMA-France sur le site rural du Sud-Étampois</b>
---

**Le déploiement du projet est facilité par un certain degré de convergence des justifications de la participation au projet.** Elles s'articulent autour du besoin explicité d'outils techniques normés de coordination dans le champ du maintien à domicile des personnes âgées. Cette convergence est à la fois verticale (entre les niveaux stratégique et tactique) et horizontale (au sein du niveau tactique). Trois éléments spécifiques au site rural (comparativement aux deux autres sites) peuvent être identifiées comme explicatives à cette convergence de la justification de la participation :

1) L'offre de service est relativement réduite. Il en résulte d'une part, un faible degré de concurrences intra-sectorielles (entre SSIAD par exemple) et d'autre part, des circuits de communication inter-sectorielle fluides (entre CLIC et Hôpital notamment). Cette situation facilite la confiance entre les acteurs tactiques quant à leurs objectifs de participation au projet. Il n'y a pas de suspicion d'appropriation inégale, voire unilatérale, au niveau tactique. Le projet PRISMA est **un projet de territoire d'action**. La collaboration tactique semble y être effective même si elle quelque peu circonscrite à un « noyau dur ».

2) L'organisation du dispositif de coordination CLIC du territoire est relativement récente. La formalisation des outils et mécanismes de coordination gérontologique est en partie en cours, les pratiques informelles prédominent. En contexte de faible ancrage dans le temps et dans l'espace, les changements de pratiques de coordination ne sont pas menaçants. De plus, les pratiques de coordination proposées dans le cadre d'un mécanisme de guichet unique mutuellement et inter-sectoriellement construit, d'un outil d'évaluation multidimensionnelle scientifiquement validé, et d'un plan de services individualisé partagé, sont appréhendées comme pertinentes. En outre, la pertinence clinique des outils d'intégration semble être consolidée par une appréciation de rigueur scientifique assise sur une conduite du changement par une équipe projet dédiée, accompagnée par des experts scientifiques. **L'expression de plus-values quant à la formalisation des pratiques de coordination** engendre une dynamique de changement effective.

3) Un travail sur la thématique « référent gérontologique » est récemment mené et non finalisé. La mise en place d'un gestionnaire de cas pour les personnes âgées en situation complexe est appréhendée dans la poursuite de ce travail préalable sur la désignation et les fonctions d'un « référent » pour chaque personne âgée bénéficiant de services d'aides et de soins à domicile. Les réflexions menées portent sur l'identification, pour chaque situation, d'un professionnel interlocuteur des différents services intervenant au domicile. Les fonctions identifiées articulent l'information sur la situation de maintien à domicile (annuaire des services intervenants, des aidants mobilisés) et la réception des signaux d'alerte (sanitaires, médico-sociaux et sociaux). D'une part, la double particularité du mécanisme de gestion de cas, c'est-à-dire le ciblage « situation complexe » et l'objet « accompagnement intensif », positionne le gestionnaire de cas comme référent spécifique dont les fonctions seraient élargies à l'évaluation globale de la personne et la planification du maintien à domicile. D'autre part, l'inscription du mécanisme de gestion de cas dans un système intégré confère au gestionnaire de cas la compétence et la légitimité à occuper la fonction de

« référent » pour la personne âgée en sus de « référent » pour les professionnels. La **compatibilité et l'homophilie vis-à-vis de la gestion de cas** sont exprimées.

**Le déploiement du projet est limité par l'effet commutatif des carences d'incitatifs symboliques, politiques et financiers.** Largement développées dans ce chapitre, nous souhaitons ici souligner l'effet cumulatif des carences des différentes catégories d'incitatifs. Ces carences sont : 1) le défaut de participation des institutions stratégiques et l'absence de programmation à moyen terme et long terme de politiques publiques d'intégration gérontologique, 2) la prédominance des effets et des conflits d'affichage politiques, et 3) l'absence d'investissements d'équipements et de postes de gestionnaires de cas. L'ensemble de ces carences d'incitatifs cumulées, inhibent la perspective d'appropriation des résultats de l'expérimentation par les acteurs stratégiques. Cette anticipation, associée à des expériences passées jugées comme sous-valorisées et sous-valorisantes, débouche sur l'assimilation de l'expérimentation à une chimère. Le caractère chimérique de la construction d'une politique d'intégration basée sur la gestion de cas à partir des résultats de l'expérimentation, apparaît résulter de la **non représentativité des problématiques rurales** au sein des territoires de compétences des institutions gérontologiques.

#### 4.5. Discussion et Conclusion

Dans ce chapitre il a été possible d'étudier les conditions de déploiement du système d'intégration PRISMA-France à partir des forces et faiblesses de la concertation stratégique et de leurs impacts au niveau tactique, dans le cadre de la méthode d'étude de cas multiples.

Nous souhaitons souligner que cette analyse multi-cas menée sur les expérimentations PRISMA-France conduites sur trois sites contrastés fournit une application supplémentaire à la condition de déploiement des réseaux intégrés identifiée dans la réalisation de l'intégration normative (Demers et al., 2005, Contandriopoulos et al., 2001). Cette condition est formulée par Louis Demers de la façon suivante :

*« Le réseau intégré de services exige un degré élevé de collaboration de l'ensemble des organisations qui dispensent des services aux aînés en perte d'autonomie sur un territoire donné. Il doit en effet s'appuyer sur des mécanismes de coordination et sur une forte intégration normative. La réalisation d'un réseau intégré de services :*

*1) repose d'abord sur l'implication de personnes compétentes, crédibles et dédiées, qui vont montrer le réalisme et la pertinence du nouveau système de coordination des services,*

*2) requiert l'adhésion des dirigeants des organisations impliquées au modèle de coordination retenu,*

*3) doit se présenter à eux comme :*

*a) une solution appropriée*

*b) à des problèmes d'organisation des services qu'ils jugent prioritaires*

*4) exige du temps pour que les gestionnaires et les intervenants touchés par le changement nouent des liens de collaboration et s'approprient le modèle de coordination retenu » (Demers et al., 2005, p 6-7)*

Illustrons ces dimensions de quelques faits saillants traités dans ce chapitre sur les différents sites d'expérimentation PRISMA-France.

Relativement à la 1<sup>ère</sup> dimension, l'ensemble des parties prenantes de chacun des trois sites ont pu identifier dans l'accompagnement mené par l'équipe projet PRISMA-France, la participation de personnes jugées compétentes, crédibles et dédiées. Sur le site urbain, l'appui politique et administratif du Conseil Général apporté à cette équipe projet semble avoir accru la perception d'un projet PRISMA-France pertinent et réaliste. A contrario, il apparaît, sur le site rural, que la

pertinence donnée au projet d'intégration PRISMA-France ne soit pas accompagnée de la perception d'un projet réaliste compte tenu des conditions géographiques et organisationnelles du territoire. De plus, aux dires des acteurs, il apparaît que la position jugée en recul du Conseil Général dans un premier temps (c'est-à-dire jusqu'à la rédaction du projet MAIA) ait participé à la représentation d'un projet PRISMA-France (en particulier dans sa très opérationnelle d'entrée en activité des gestionnaires de cas) non réalisable.

Relativement à la 2<sup>ème</sup> dimension, l'analyse ici menée de l'expérimentation sur le site méga-urbain dans son volet relatif à l'extériorité de la motivation à la participation au projet dans le champ social au niveau tactique fournit une illustration des impacts de la non-adhésion des dirigeants des organisations tactiques.

Rappelons que cette non-adhésion des organisations tactiques représentant le champ social sur le site parisien trouve sa source dans la représentation de mécanismes de coordination gérontologique, à travers le CLIC, satisfaisants. Ainsi, la 3<sup>ème</sup> dimension ne peut pas être remplie : le projet PRISMA-France ne peut se présenter comme solution à un problème prioritaire, les acteurs tactiques du champ social du site méga-urbain affirmant que si des améliorations devaient être apportées aux mécanismes existants, se serait par un renforcement du CLIC. Relativement à cette 3<sup>ème</sup> dimension, nous avons documentés la façon dont le projet PRISMA-France a pu apparaître sur le site rural comme une solution appropriée, mais non prioritaire au sein des instances stratégiques. Sur le site urbain, il a été possible de documenter la rencontre de la 3<sup>e</sup> dimension à travers la façon dont l'intégration des services apparaît clairement mise à l'agenda politique comme une priorité.

Enfin, la 4<sup>ème</sup> dimension porte sur le temps nécessaire à l'appropriation du projet PRISMA-France, temps considéré interdépendant de la montée en charge des dossiers suivis en gestion de cas et de l'intensification des processus d'intégration à travers le guichet unique notamment. Relativement à cette dimension nous ne pouvons que constater l'ambiguïté des acteurs parties-prenantes à l'expérimentation : s'ils reconnaissent qu'un tel projet s'inscrit nécessairement dans un temps long en raison des importants changements induits et produits par le déploiement du projet PRISMA-France, dans un contexte de primat de l'action, ils cherchent à imputer rapidement des résultats positifs et négatifs à la mise en place du mécanismes de gestion de cas et du guichet unique. Cette ambiguïté est particulièrement dense sur le site méga-urbain. Il est important de souligner que cette ambiguïté est exacerbée par les conditions de conduite du projet PRISMA-France dans le cadre



national MAIA, dans lequel le calendrier du projet est calqué sur un calendrier politique très court. C'est ainsi le défaut de compatibilité entre un calendrier politique lié aux échéances électorales avec cette 4<sup>e</sup> dimension nécessaire à l'obtention des conditions idéales pour implanter un projet d'intégration qui est mis en avant.

## 5. LEÇONS DE L'ÉVOLUTION DANS LE SITE NON RETENU DANS L'EXPÉRIMENTATION MAIA

### 5.1. Introduction

L'expérimentation sur le site Essonne n'a pas connu le même développement que sur les deux autres sites PRISMA-France. Pourtant, les acteurs locaux de ce site ont été très vite enthousiastes face à la perspective proposée par l'innovation. Il va sans dire que l'impossibilité de transférer le travail effectué localement dans la constitution d'une MAIA a provoqué une démobilisation profonde des acteurs. Le présent chapitre cherche à comprendre le sens de cette interruption et à identifier les conditions qui ont présidées à cet apparent échec.

Les caractéristiques du site et l'état de la concertation ont été présentés au chapitre 4.4. Il importe néanmoins de rappeler que malgré l'enthousiasme de la première équipe de développeurs, le taux de représentation des instances stratégiques s'est chiffré à quelques 44% en moyenne au cours de l'expérimentation, ce qui constitue une importante condition défavorable à une implantation durable ; dans ce contexte, la concertation n'a pu créer les conditions requises à la bonne implantation. Ce défaut de concertation s'est soldé en un effort d'implantation agissant essentiellement au niveau tactique. Ainsi, le dispositif proposé, dans ses dimensions les plus opérationnelles, pensons à la gestion de cas, n'avait pas été implanté en fin d'expérimentation, malgré un terrain qui semblait *a priori* réceptif. Il y avait une réelle appétence pour un projet intégrateur, en tout cas pour les premiers acteurs impliqués au niveau tactique. Ceux-ci étaient par ailleurs déjà très co-actifs, proches en raison des conditions de territorialités évoquées au chapitre 4.4. Cette proximité a favorisé le premier mouvement de concertation, a joué sur la capacité de ces acteurs à mobiliser le stratégique, et a réduit l'intensité de la nécessité de transformer des pratiques.

Trois objectifs ont guidé notre analyse.

- Le premier objectif vise à contextualiser la fin de l'expérimentation sur ce site.
- Le second objectif concerne l'appropriation des composantes du modèle PRISMA sur le territoire par les acteurs impliqués dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. En fin d'expérimentation le site Essonne se trouve en effet dans une position très différente des deux autres sites concernant l'évaluation de cette appropriation. En effet, les acteurs du site Essonne ne sont plus dans l'expérimentation MAIA. Dans les deux autres

sites, il pourrait y avoir un biais qui serait le désir des acteurs à donner le discours qu'ils pensent être attendu dans une visée évaluative, ce d'autant que des financements sont en jeu. Ici, les acteurs dégagés de toute crainte d'interruption d'un financement qui ne leur a jamais été accordé se trouve dans une position idéale pour l'évaluation de l'appropriation des composantes PRISMA au delà même de la fin du processus expérimental.

- Le dernier objectif consiste à identifier ce qui reste de la participation du site Essonne à l'expérimentation PRISMA-France. Les résultats qui suivent résultent de l'analyse des entretiens conclusifs réalisés auprès des membres du CDS et du CLO sur le territoire du sud de l'Essonne.

## 5.2. Les conditions de l'arrêt de l'implantation

**Le sens de la participation** des acteurs aux deux instances de concertation est à prendre en compte. Plusieurs modes d'engagement dans le projet se côtoient, ceux que l'on vient chercher et qui répondent (ou pas, ou un peu) aux demandes, ceux qui sont mandatés et qui relaient (ou pas, ou un peu) vers leurs supérieurs et ceux qui prennent la responsabilité de s'impliquer, en raison de la concordance relative de leurs besoins cliniques avec ce qu'offre l'innovation. On le voit, l'éventail des engagements est ouvert et permet de comprendre une position des acteurs plus ou moins distante vis à vis du projet.

Au niveau des organisations, dans un cas, le conseil d'administration estime que la personne qui représente une association dans le projet perd son temps dans le projet. De même, la direction de [telle organisation] ne comprend pas l'implication de la personne qui la représente, pourtant une militante localement reconnue de la cause des besoins des personnes âgées.

*« L'implication était personnelle avant d'être institutionnelle. C'est-à-dire que j'avais envie de m'impliquer dans le projet. J'ai un conseil d'administration qui était contre »* [Acteur tactique]

*« Et même au niveau de [tel organisme], si vous voulez, moi, la directrice m'a dit "mais qu'est ce que vous avez été vous mettre là-dedans" »* [Acteur tactique]

Au-delà des tous premiers adoptants, engagés et enthousiastes, le second cercle d'acteurs s'est vite révélé manquant de force. Par exemple, PRISMA « a pris contact » avec une personne en position de prise de décision. Celle-ci « confie la mission à » un adjoint qui travaille dans son service :

« *C'est par hasard, je n'avais pas de désir, j'ai rendu service* » [Acteur stratégique]

Au sein de l'hôpital, la représentation devient clinique : « on faisait partie prenante » [de l'équipe]. Ces personnes étaient tout aussi volontaires à l'élaboration de cette innovation qu'impuissantes à soutenir la concertation.

Un médecin libéral représentant de l'URML, nous informe que

« *Le Dr St-Jean a pris contact avec l'URML [...]* » [Acteur stratégique]

Ce médecin s'est donc impliqué, sans avoir de désir personnel ni les moyens réels de contribuer à une transformation profonde, ou relative, de l'organisation des services sur ce territoire.

Plusieurs membres de la concertation se sont repliés sur un statut de représentant institutionnel plutôt que de co-innovateurs : « *On était là en tant que représentant du Conseil Général* » [acteur stratégique]. Une assistante sociale du Conseil Général se déclare « mandatée » dans le projet. Elle assistera au CLO, mais elle n'effectuera pas de compte rendu autre qu'oral à ses collègues, l'institution n'ayant pas demandé de compte rendu écrit.

**Les acteurs les plus engagés forment déjà un réseau co-actif autour de leurs besoins cliniques.**

Ce réseau est articulé autour du CLIC « quand même bien repéré », qui s'étend vers l'hôpital, plus précisément un gériatre très engagé et qui reconnaît « *un CLIC dynamique* » [acteur tactique].

On le voit, il existe de multiples raisons d'entrer dans le projet, et donc de locus du changement, parfois interne et centré sur des besoins cliniques, parfois externe et centré sur une stratégie de veille quant au potentiel d'une innovation cherchant à s'implanter sur leur territoire de compétence, et parfois externe, par simple affinité à l'égard de leaders locaux ou aux promoteurs de l'innovation. La résultante générale de cette configuration est tout de même plutôt le fruit d'un locus de motivation externe pour le plus grand nombre, ce qui aura bien sûr un impact fondamental au moment de l'analyse de la fin de l'expérimentation. Cette dernière est avant tout considérée comme étant une expérimentation réalisée « par d'autres » et « pour d'autres », et non pas « par les partenaires » et « pour eux-mêmes ».

La superposition-juxtaposition en mille-feuilles des compétences de l'action sociale, sanitaire et médicale en France fragmente les responsabilités des acteurs. Le partenariat fondé sur un locus de la motivation pour un grand nombre d'acteurs qui leur est externe en découle. Pour certains des acteurs, il y a perception que leur participation est obligée (non pas par l'équipe PRISMA-France, mais par l'engagement peut-être mal évalué de leur tutelle). Tout compte fait, « tout » le monde participe « au cas où... », mais personne n'est responsable, pourrait-on dire. Il faut noter, de manière incidente à notre propos, qu'une part des acteurs doit faire face à chaque nouvelle réforme ou projet innovant, ce qui leur procure une relative fatigue à l'innovation. En fait, le risque concurrentiel, observé sur les trois sites, serait ici plus important en raison de la fragilité auto-perçue du territoire (voir 4.4). De fait, l'entrée dans le projet est un positionnement stratégique afin de ne pas être débordé par une avancée éventuelle.

*« Ce qui est très fatiguant en ce moment, c'est qu'on passe d'une réforme à une autre. Et donc ça, c'était dans l'air aussi. Et je pense que si vous voulez, c'était anxieux »* [Acteur tactique].

Au niveau stratégique, la concertation déjà fragile (voir 4.4.) est dans **une situation particulière** au moment de la fin de l'expérimentation. En l'absence du directeur du conseil général en charge du secteur personnes âgées (voir chapitre 4.4.), nul n'est réellement habilité à prendre des décisions qui auraient pu faire avancer le projet par des actes concrets. Les personnels du Conseil Général, quelque soit leur grade dans ce projet, ne sont pas investis de pouvoirs particuliers pour engager l'institution qu'ils « représentent ». Le niveau politique, même s'il réitère éventuellement son soutien à cette innovation par courrier, ne parvient pas à se mobiliser pour remédier à l'absence de gouverne administrative. L'absence des décideurs ne fait que renforcer les questionnements sur la « légitimité » propre de chacun de ces personnels du Conseil Général à s'engager plus loin. Pourtant, l'exigence de convergence qu'impose un processus de concertation est élevée :

*« Au niveau du Conseil Général, y a le chef de service qui est parti, y a eu une vacance pendant très longtemps »* [Acteur tactique]

*« Je pense que le CLO et le CDS, ça a été un souci aussi, [...] mais ça donnait le sentiment qu'entre l'organe décideur Évry, Conseil Général, et le terrain, on avait déjà une césure entre CDS et CLO »* [Acteur stratégique]

*« Je ne savais pas comment nous positionner, quel était notre rôle, parce que [notre institution] était peu présente, voire pas du tout présente, de temps en temps on a eu (...) »*

[telle autre institution] *est venue, pas tout le temps, il y a eu beaucoup de changements au niveau du Conseil Général* » [Acteur tactique]

En dehors du conseil général, **l'absence de certains autres acteurs institutionnels**, déjà perceptible depuis le début de l'expérimentation, **est pointée par plusieurs comme devenant alors un problème :**

*« Le service de [tel organisme], ils ont fait trois réunions au départ et puis ils ont laissé tomber. Ils voyaient pas du tout l'intérêt. Après ils ont eu leur organisation »* [Acteur tactique]

Les acteurs, notamment tactiques, ont tendance devant une situation de faible gouvernance au niveau stratégique (voir 4.4.) à **attendre de l'équipe d'accompagnement du projet pilote une clarification qu'elle n'est pas en mesure de leur apporter**. Il s'agit notamment d'attentes concernant les territoires des compétences qui présentent un éventail très variable de distinctions. Si la compétence est la légitimité sociale dont est porteur un acteur pour agir, le contexte de PRISMA-France fait émerger des tensions au sein de cet espace sensible, car son appel à la concertation les révèle, voire les exacerbe lorsqu'il ne réussit pas à créer un espace de concertation véritable.

Nous pouvons pointer que tous les acteurs engagés dans ce projet interviennent aussi sur un territoire autre que celui de l'expérimentation (débordant le plus souvent mais parfois sans couvrir en totalité le territoire de l'expérimentation). Le territoire d'expérimentation, celui du CLIC, est en effet un territoire plus large qu'Étampes, mais moins large que les territoires de santé.

*« C'est vrai qu'on a des territoires qui sont définis et qui sont des territoires de santé, donc des hôpitaux; en gros, ce sont des hôpitaux. Et puis, il y a les CLIC, qui sont du médico-social. [...]. Nous, on est le territoire 91-3, pour être précis, qui est divisé en deux filières au niveau de la gériatrie : donc, il y a la filière qui dépend d'Évry-Corbeil, qui est la filière est, je crois, et puis nous, on est la filière ouest, étang de Dourdan, la clinique de Scalas, Arpajon étant sur l'autre filière. Donc, ça, ce sont des filières de santé, des filières de gériatrie »* [Acteur stratégique].

Espaces partagés ou pas, superposés ou non, les compétences sont aussi variables dans les domaines d'activités comme dans les niveaux d'intervention. Ces particularités se lisent dans l'implication

des divers acteurs au sein du CDS ou du CLO. Dans un tel contexte, les acteurs en appellent à la nécessité d'avoir un maître d'œuvre clair qui saurait ordonner les rapports entre acteurs, ce qui ne fut pas le cas :

*« On était sur des partenaires qui avaient chacun des domaines de compétences qui, des fois, se superposaient. Ca aurait été bien d'avoir une clarification de ce qui était le point d'entrée, et tout. Je trouve que cette clarification entre tous les partenaires autour de la table était pas très claire, on s'en est beaucoup reposé au Conseil Général et, à mon avis, trop. Je pense que c'était le problème, c'est-à-dire qu'on s'est contenté de dire « avec le Conseil Général, on aura et notre point d'entrée et notre organisateur voire même notre financeur derrière » [Acteur stratégique].*

Ainsi, en fin d'expérimentation, le sens de l'engagement initial est questionné comme n'ayant pas été assez explicité au départ :

*« Je pense qu'on aurait du dire au départ « voilà, tout le monde est d'accord pour le système, tout le monde joue le jeu, tout le monde a dit 'oui' : qui fait quoi ? Quelles sont les problématiques de chaque partenaire autour de la table pour faire quoi ? Moi, je peux faire ceci, je peux faire cela ». [Acteur stratégique]*

De cette situation de locus externe de motivation et de faible engagement des forces stratégiques dans la concertation, émerge un **renforcement du statut des acteurs les plus actifs**. Ce renforcement se concrétise autour d'affirmations réalisées pour faire avancer le travail localement, pensons par exemple au jeu de la présentation d'outils pour orienter la suite des actions, marquant une volonté d'autonomie de la part des acteurs du terrain les plus actifs dans le cadre du CLO. Ce noyau dur informe le CLO qui valide et réfère au CDS... assez « absent ». Le passage à l'acte vient contrebalancer « la relative impuissance » énoncée plus haut du fait de l'absence de « décideurs » qui décident. Nous pouvons noter que ceux qui regrettent leur absence ou, devrions nous écrire, l'impuissance du CG, symboliquement « porteur » de projet, appartiennent au CDS. A l'opposé, les membres du CLO sont ceux qui affirment le pouvoir du terrain :

*« J'ai l'impression que tous les acteurs qui sont sur le terrain, et le terrain étant pauvre, je veux dire, je pense que tous les acteurs étaient concernés, du moins au début » [Acteur tactique]*

*« Il y a toujours un petit noyau, je ne dirais pas les « durs » ... les plus volontaires qui ... On a essayé d'aller au bout » [Acteur tactique]*

Les personnes qui se décrivent comme « de terrain » ici se reconnaissent « entre soi » au sein du CLO et constituent un groupe de travail autonome notamment en réponse à l'organisation vécue comme bureaucratique et loin des questions effectives.

*« On a une petite bande sur Étampes. Ce qui fait fi à vrai dire de tous ces découpages. Personnellement, c'est très secondaire sinon tertiaire » [Acteur tactique].*

Ainsi, en fin d'expérimentation le mouvement décrit au chapitre 4.3 atteint son apogée. Le discours des interlocuteurs fait apparaître une fracture entre les membres du CLO qui « partagent » une expérience, et ceux du CDS qui sont plus éloigné en position « haute » ou « distante » mais qui peinent à imposer une identité « stratégique ». Le groupe « autonome » ainsi constitué, relativement visible dans les schémas de synthèse des réseaux à l'échelle du territoire de l'expérimentation, pose des actes. Cette attitude les met dans une position d'avancée qui, de fait, génère une distance vis à vis des autres membres du CLO. Ces derniers sont tout autant « sur le terrain » mais deviennent distancés du cœur de l'innovation. Ce groupe « d'actifs » met le CLO « officiel » en position de validation des travaux qu'il lui propose. En interagissant ainsi, il met l'instance officielle en posture intermédiaire, poussée du pôle opérationnel vers le pôle stratégique sans pour autant en détenir les prérogatives.

*« Le CLO je ne sais pas s'il se positionnera. Parce que comme je vous disais, en fait ils ne se sont pas énormément impliqués par la réflexion il me semble. Donc ils ont plus été un petit peu là pour donner l'aval » [Acteur tactique]*

*« Le CDS, moi ça m'a paru toujours très, très loin. Enfin, j'ai eu très peu de retour, je n'ai jamais participé et puis j'ai toujours eu très peu de retour. Il a fallu que je me batte pour avoir les comptes-rendus, pour savoir ce qu'ils disaient » [Acteur tactique]*

*« Nous, le problème au CDS, c'est qu'on a toujours été longtemps dans le... il n'y avait pas de visibilité sur ce qu'on faisait, on ne pouvait pas transcrire concrètement, sur le terrain, comment ça se passe, qui fait quoi, etc. [...] Je pense qu'on aurait dû mettre des passerelles plus approfondies entre CDS et CLO » [Acteur stratégique]*

**La relative autonomisation du « noyau dur » est vécue comme une prise de pouvoir**, ce noyau étant nominativement désigné comme ayant un effet sur la perte de relais vers les décideurs du projet Prisma sur le territoire. Un membre du CDS critique une initiative prise par certains membres



du CLO « modifiant » le sens des relations entre CDS et CLO. Les acteurs de terrains « échappent » ce faisant au niveau stratégique, et leur action s'en trouve non légitimée par la hiérarchie, même s'il y a reconnaissance du travail fait au sein du CLO. Critique forte et reconnaissance dans une même phrase, cela souligne le « regret » de l'initiative prise par le « noyau » issu du CLO.

*« J'avais personne au CLO [...] avec cette lettre-là [informant de la décision de poursuivre le travail d'élaboration des outils en mode local seulement], pour moi, c'est la fin du projet : on vient de tuer, le 22 janvier, avec la lettre, terminé, le projet est mort, c'est là que décède PRISMA. Et vous voyez, c'est que par des membres du CLO [...] Je pense que PRISMA a beaucoup mieux travaillé en local qu'au niveau du CDS par exemple. Je pense que le travail de PRISMA au CLO a été beaucoup plus riche pour les partenaires autour de la table qu'au niveau du CDS »* [Acteur stratégique]

Cette difficulté de la concertation est cruciale pour comprendre les représentations locales au moment de la fin de l'expérimentation. La situation est étonnante entre deux incontournables de l'action sociale territoriale pourtant tous deux tournés vers les publics âgés : le conseil général et le CLIC. Le territoire de l'expérimentation est celui du CLIC, les financements du CLIC émanent du CG du fait de son statut d'association, les publics ciblés par les missions confiées au CLIC concernent le public des personnes âgées sur des prestations essentiellement portées par le CG, notamment l'APA. **Les connexions et l'interdépendance CLIC/CG sont de facto évidentes, pourtant les deux interlocuteurs, notamment aux moments de la fin de l'expérimentation, ne sont pas étroitement co-partenaires du projet**, en raison notamment d'enjeux de redéfinition de territorialités et d'enjeux de pouvoirs réels et vécus.

*« [La réforme de la territorialité] c'était plus une remise en question des CLICs. C'est parce que comme les CLICs ont réagi très violemment, le conseil général a fait marche arrière »* [Acteur tactique]

*« J'en ai discuté avec le directeur des services du Conseil Général, ils n'ont pas repris les CLICs en main par hasard, il y a une raison objective, des raisons économiques, financières, de politiques territoriales »* [Acteur stratégique]

*« C'était plus une remise en cause des CLICs [...]. En fait c'est parce que comme les CLICs ont réagi très violemment, le conseil général a fait marche arrière »* [Acteur tactique]

De plus, cette réforme de la territorialité, qui est connue des partenaires stratégiques du Conseil Général (de façon plus ou moins claires), si elle semble porter le sens de l'intégration n'est pas envisagée comme réalisable à court terme.

*« C'est vrai que le département travaille actuellement sur la territorialisation du secteur personnes âgées, donc se mettre en concordance au niveau des secteurs avec les CLICs d'une part, à terme aussi avec les MDPHs. Cette territorialisation, si elle se fait, devrait permettre aussi une mutualisation de moyens, avec le CLIC, et peut-être à ce moment là, dégager un peu de temps pour de la gestion de cas par exemple... Mais ce n'est pas pour demain matin »*  
[Acteur stratégique].

*« Je n'en sais rien. Après, je peux toujours délirer là-dessus, je pense qu'il y a une histoire d'argent si j'ai bien compris, une histoire de financement, peut-être politique, mais je n'en sais rien non plus. Je ne vais pas extrapoler là-dessus. [...] J'ai pas à juger, déjà, d'une part, je ne connais pas les raisons non plus, donc ça sert à rien, je n'ai pas envie d'épiloguer là-dessus... Et on m'a dit ce qu'on a bien voulu me dire aussi... Je pense qu'il faut peut-être voir ça ailleurs... est-ce qu'il y a une réelle volonté politique de la continuité de ce projet ? ... »*  
[Acteur stratégique].

*« On a réunis les CLICs pour dire qu'on revoyait leurs prérogatives et leur zone de compétences, ce qui peut s'expliquer parce qu'avec certains CLICs, ça se passe mal, il y en a d'autres qui ont des volontés, voilà, c'est arrivé aussi à un moment où on s'est dit « le Conseil Général ne sait plus du tout ce qu'il faut faire »... j'en ai discuté avec le directeur des services du Conseil Général, ils n'ont pas repris les CLICs en main par hasard, il y a une raison objectives, des raisons économiques, financières, de politique territoriale, ok, mais voilà, encore un truc qui était mal interprété, mal compris »* [Acteur stratégique].

Dans ce contexte marqué par une fragilité *a priori* du terrain expérimental fragilisé encore par une crise de confiance entre le CG et son principal effecteur, le CLIC, **l'impression de rapidité voire de précipitation dans le dépôt de ce dossier** a cristallisé chez les acteurs du « noyau dur » l'impression d'être dépossédé du projet. L'appel à projet ayant été lancé en juillet avec date de réponse fin septembre, l'essentiel des négociations se produisent en plein été, période où les différents acteurs sont difficilement joignables. Cette rapidité, en période estivale renforce certainement le sentiment de manipulation effectif ou perçu dans l'intervention du conseil général.

*« J'ai pas du tout été associé au groupe de travail, à l'écrit qui a été présenté [...] en plus, ça c'est fait assez rapidement en période d'été, si je me souviens bien, l'année dernière [...] »*

*j'ai su qu'il y avait un projet MAIA qui a été présenté. Je n'ai pas du tout du tout participé »*  
[Acteur tactique].

Les sentiments de manipulation et d'instrumentalisation atteignent leur apogée avec le dépôt du dossier MAIA. Cela découle du peu de concertations, et de l'**ouverture vers un autre territoire autre que le sud Essonne avec des partenaires** qui ne sont pas partie prenante du travail jusque là réalisé, modifiant par le fait même « l'unité » rurale en ouvrant vers des situations plus urbaines. Des acteurs de la première heure estiment que le projet MAIA est rédigé par « le conseil général » sans trop savoir qui y participe ou pas.

*« Le fin fond c'est qu'il y a un autre service, il y a un autre grand hôpital de gériatrie, qui a voulu se mettre avec nous pour des raisons que l'on comprend tout à fait »* [Acteur tactique].

*« Ce sont les instances qui se sont approprié le truc : "Nous on y va". Eux ils ont avancé avec PRISMA. "C'est bon. Ça va donner un noyau dur". Et puis on dépose. Comme si c'était une valeur plus [...] le dépôt du projet et son acceptation éventuelle, un plus pour le 91. Genre "Ouais c'est chouette. Eux, ils ont bossé. On va le mettre en avant pour monter un gros truc et dire ouais c'est bon »* [Acteur tactique].

*« J'avais plus ou moins su que c'était des enjeux politiques, nous, on n'a pas eu d'explication [sur le refus des MAIA] [...] alors nous quand on a travaillé sur MAIA, on se demandait comment pouvait être accepté un projet sur un territoire aussi grand »* [Acteur tactique].

Cette période est également marquée par ce qui est vécu comme une intrusion du « politique » qui provoque un sentiment de dépossession chez les acteurs terrain qui avaient été actifs dans le travail d'implantation du modèle PRISMA:

*« Ils nous ont envoyé quelqu'un qui est resté un mois et qui est partie. En sachant que la personne qui nous avait été envoyée n'était pas neutre puisque c'était un membre du conseil général, un personnel du conseil général. Donc si vous voulez au niveau aussi des professionnels locaux, ce n'était pas forcément très bien perçu. Il n'y avait pas la neutralité qu'il y avait avec une équipe recherche. Je pense oui, parce qu'en fait le conseil général avait décidé de répondre à l'appel à projet MAIA. Donc il s'est emparé si vous voulez un petit peu du projet, en ayant une idée je veux dire un peu différente de ce que nous on avait imaginé sur le territoire »* [Acteur tactique].

Ce qui est vécu comme l'échec de l'implantation PRISMA-France, en fait le passage de PRISMA-France à MAIA, renforce d'ailleurs la vision d'une tradition de difficultés locales à se faire entendre (voir chapitre 4.4.) :

*« On s'est encore senti la dernière roue du carrosse quoi. Mais c'est surtout qu'on se dit qu'à Strasbourg et à Paris, ça marchait (rires nerveux), puis ici ça ne marchait pas »*  
[Acteur tactique].

C'est dans ce sens que le « **politique** » devient porteur de la responsabilité de l'échec. Ce terme est en fait un mot porteur de tous les sens mais aussi « paravent » de certains d'entre eux. Par exemple, il peut référer à la question du clientélisme :

*« Quand je vous parle du clivage politique, c'est une réalité, vous allez d'abord aider les communes qui ont le même obédience que vous, quand vous êtes obligé de prioriser, quand vous faites des plans pluriannuels d'investissement ou de développement [...] C'est un jeu, il faut l'accepter et le jour où les choses changent, c'est l'inverse... [...] Alors on trouve toujours le prétexte, on ne met jamais en avant le clivage politique, on met en avant le prétexte du coût par habitant »* [Acteur tactique].

Les appartenances politiques sur le plan plus local, celui des personnages politiques du canton, révèlent de véritables fiefs :

*« Oui, oui. Il y avait des enjeux politiques oui.*

*Question : Par exemple?*

*Déjà des enjeux d'étiquettes, les couleurs politiques, ça j'en suis persuadée. Entre ceux qui portaient le projet MAIA et ceux qui ... choisissaient en tout cas, sur un plan plus local, plus départemental, oui, je crois qu'il y avait vraiment cette volonté de faire valoir qui est vraiment de la politique au sens large. [...] La territorialisation [...] on est obligé d'associer les élus locaux, Ça reste très fief »* [Acteur tactique].

« Les politiques », quelque soit le sens qui puisse être donné à cette désignation (homme, orientation, plan d'action, etc.), expriment d'une certaine manière un espace de décision dont on voit les conséquences sans pour autant pouvoir en cerner les contours et les causes exactes.

*« Avec le plan Alzheimer, des politiciens qui ont fait des choix de privilégier des structures face à d'autres » [Acteur tactique].*

*« On était vraiment sur des enjeux politiques, sur des enjeux financiers, beaucoup de choses qui m'échappent » [Acteur tactique].*

Dans les citations précédentes, il y a une imputation de responsabilités à un agent extérieur, le « politique », qui réactive un ensemble de récriminations qui font dire aux acteurs locaux que le non passage à la MAIA constitue un échec, qui trouve de l'écho dans une histoire d'échecs. Nous verrons plus loin que l'évaluation de l'échec ou non de l'expérimentation prend un tout autre sens lorsqu'on le questionne sous l'angle des composantes PRISMA.

La position de responsabilité du « politique » **réactive l'idée d'un manque d'engagement financier concret** qui aurait constitué aux yeux de plusieurs la mesure de la volonté d'implanter l'innovation. Cette analyse se trouve renforcée et confirmée par le rejet de la proposition MAIA :

*« Oui, oui, ils étaient d'accord, ils étaient partants, et finalement, ils ne se sont pas donné les moyens bien au-delà. Du coup, le CDS "Bien oui, très bien", enfin, finalement, ils ne se sont pas investis tant que ça » [Acteur tactique].*

Du « politique » mal défini, **certains vont jusqu'à rendre responsable l'autorité administrative qu'est le Conseil Général de l'échec**. Alors même qu'on le reconnaît comme acteur privilégié pour implanter un tel modèle, il est aussi imputable de ne pas y parvenir. La rencontre de la méfiance et des attentes à l'égard du CG explique sans doute l'imputation à son égard d'un important poids dans l'échec :

*« Qu'on est partenaire avec le Conseil Général sur beaucoup de projets, on travaille main dans la main avec le Conseil Général, ce n'est pas un souci. Après, je me dis « est-ce que le Conseil Général est le meilleur interlocuteur pour porter un tel projet dans le coin ? », je pense qu'aujourd'hui, la réponse est « non », pour des raisons politiques et des raisons de rapports, ne serait-ce qu'avec les CLIC... Je pense, qu'aujourd'hui, le Conseil Général n'est pas le meilleur pilote de projets... Le problème, c'est que c'est le seul qui a les moyens humains et financiers, et je dirais presque il a une pseudo-légitimité à intervenir dans cette zone-là... Je pense que la place du Conseil Général a été problématique dans le projet » [Acteur stratégique].*

*« Entre le fond et la forme, on a eu le sentiment que c'était un projet du Conseil Général, fait au Conseil Général [...]. La place du politique, à mon avis, a joué un rôle essentiel, la place des financeurs aussi » [Acteur stratégique].*

*« J'ai cru comprendre que le Conseil Général avait une emprise trop importante sur le sujet. Alors j'ai l'impression que c'est vraiment extrêmement politico-dépendant » [Acteur stratégique].*

### **5.3. Les différentes composantes de Prisma**

Dans son rapport d'étape, l'équipe PRISMA estimait ceci pour le site rural :

*« 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'Étamptois). Dans la seconde période, le travail a porté de façon concomitante sur le guichet unique et l'Outil d'Évaluation Multi Dimensionnel (OEMD), réflexions sur les postures éthiques de l'évaluation, procédures du Système d'Information Partageable ». (p.34)*

Nous proposons de revenir en termes de bilan sur les six composantes que comporte le modèle proposé à l'expérimentation, tout en rappelant que le site n'a pas opérationnalisé l'ensemble des composantes. La plus « emblématique » pour les acteurs locaux est certainement la non-ouverture des postes de gestionnaire de cas. Sur une période d'environ deux années, ils se sont familiarisés aux concepts dans une démarche d'appropriation comme en témoignent les éléments issus de leurs travaux.

Pour faciliter la lecture, l'analyse transversale est proposée en trois parties

- les **concepts fondateurs**, regroupant coordination, intégration et concertation;
- l'organisation et l'articulation **des tables de concertation**.
- les **outils**, par les références faites autour du guichet unique, la gestion de cas l'OEMD, le PSI et le système d'informations partageables.

En fin d'expérimentation, les interlocuteurs se regroupent en trois groupes :

- **Ceux qui faisaient du PRISMA sans le savoir**, ou prétendaient faire du PRISMA avant la lettre à la manière de Monsieur Jourdain, de Molière : « *En tant que réseau, c'est d'autant plus intéressant que nous, c'est notre cœur de métier* » [acteur stratégique]
- Les **septiques** qui attendaient de voir venir : « *C'est un peu difficile de parler de quelque chose qu'on a...c'est un peu l'Arlésienne<sup>32</sup>* » [acteur stratégique],
- Les **séduits**, parfois frustrés, comme des amoureux éconduits : « *Quelque chose que j'ai beaucoup espéré* » [acteur tactique]

Les membres du CDS sont plutôt dans la catégorie des « Monsieur Jourdain », ou parmi les « septiques », les « séduits » se retrouvent surtout du côté du CLO.

### 5.3.1. Les concepts, coordination, intégration et concertation

Les septiques l'emportent en nombre. L'usage des concepts dans le discours de leurs pratiques sous des acceptions différentes apporte de la confusion. Les termes restent confus, parfois synonymes, parfois incompris, comme c'est le cas pour le concept d'intégration.

*« Alors, l'intégration, c'est, finalement... Enfin. Moi, j'ai beaucoup de mal à faire la différence entre coordination et intégration »* [Acteur tactique].

*« C'est très compliqué. Euh ... fffffoufff. L'intégra ... enfin, je ne sais pas, au bout du compte j'aurais envie de dire que c'est ... c'est faire de la coordination et de la collaboration et de la coopération à tout, qui vient dans l'intégration »* [Acteur tactique].

*« Bien, l'intégration en fait, pour moi, euh ... je ne sais pas si j'ai raison, mais c'est que tous les services aillent dans le même sens »* [Acteur tactique].

Tout au long de l'expérimentation, la réception des différents concepts passe avant tout par des représentations proches de ce qui est connu dans la pratique actuelle de coordination, délimité dans ce site essentiellement par les fonctions des CLICs. De plus, l'effet d'approfondissement du sens que produit la mise en œuvre des composantes opérationnelles n'a pu s'effectuer comme sur les deux autres sites.

---

<sup>32</sup> L'expression vient d'une œuvre Musicale. Livret de Mistral, musique de Bizet, l'Arlésienne est l'amoureuse d'un homme qui en parle mais que l'on ne voit et que personne ne rencontre jamais. Le doute s'installe sur l'existence réelle de la Belle.

*« Au départ ce n'était pas clair. Maintenant, pour moi c'est ... On va pas remplacer le CLIC par autre chose » [Acteur tactique].*

*« C'est vrai que je n'avais pas bien vu l'intérêt, je me suis dit "on a essayé les CLIC, ça n'a pas marché, on a essayé les réseaux, ça n'a pas marché, maintenant, c'est autre chose", j'étais dans cette démarche-là et au fur et à mesure où on a travaillé ce projet, on avait bien accroché, bien compris l'intérêt » [Acteur stratégique].*

La durée et la concrétude<sup>33</sup> de l'exposition aux concepts sont par contres cruciales à l'intelligence du modèle. Le caractère de méthodologie de PRISMA, avec sa perspective de *help it happen*, permet d'ébranler les plus septiques qui doutent dès le départ de la « réussite » de l'implantation.

*« C'est peut-être une mauvaise impression, je suis resté sur quelque chose qui n'allait pas aboutir, appelons les choses par leur nom, c'est comme ça que je l'ai ressenti. Au début, j'avoue que j'avais pas bien compris, c'est la curiosité qui nous a conduit à participer à ce groupe comme je le vous disais, j'avais pas bien compris ce qu'on pouvait améliorer et comment l'améliorer, avec quels outils, etc. En fait, plus les réunions avançaient, je commençais à mieux comprendre » [acteur stratégique]*

Les séduits, bien que réceptifs, ne sont pas forcément plus en mesure de proposer une vision claire et opérationnels des concepts. Travailler sur la durée, en partenariat plus qu'en concurrence, partager l'évaluation et voir, pour reprendre l'expression « qui fait quoi », constitue certes un faisceau de principes qui appellent à aller vers le modèle PRISMA. Cette réception relativement positive fonctionne cependant semble-t-il encore en superposition de l'existant.

*« En fait l'idée de PRISMA, ce qui était intéressant, si j'ai bien compris, c'était qu'on travaille ensemble autour des situations individuelles complexes. Alors je n'ai peut être plus le vocabulaire parce que j'ai un peu perdu depuis. Donc on s'appuie sur l'existant, les portes d'entrée peuvent être multiples et puis après on va voir comment faire une évaluation de manière après à pouvoir discuter qui fait quoi » [Acteur tactique].*

*« Alors moi je suis complètement, j'ai complètement intégré, ce projet d'intégration parce que je trouve que ce concept est vraiment l'avenir, à la fois en termes de*

---

<sup>33</sup> Fait d'être concret, tangible, incarné dans la réalité par opposition à l'abstraction.



*coordination de services, mais aussi de ... d'intégration du projet dans un seul ... sur un seul territoire* » [Acteur tactique].

Douter, se remémorer, reprendre ce que l'on avait cru comprendre sont des périphrases fréquentes dans les réponses données, comme nous venons de le voir. L'appropriation, ne serait-ce que du sens donné dans PRISMA à la coordination, se heurte à la multiplicité des référentiels sémantiques du mot selon que l'on s'adresse à un CLIC, un service du conseil général, un SSIAD, un réseau ou un hôpital, etc.

### **5.3.1.1. La concertation**

Nous proposons d'aborder dans un premier temps le vécu des partenaires en fin d'expérimentation relativement à l'accompagnement sur cette composante et, par ailleurs, le sens qu'a l'implantation de cette composante en soi dans le contexte de « l'échec de PRISMA-France ».

Relativement à l'implantation de cette composante centrale de l'expérimentation, les acteurs des différents niveaux portent un regard globalement positif sur le « pilotage » proposé par l'équipe projet PRISMA-France.

*« Après, ceux qui nous ont beaucoup apporté, c'est l'équipe PRISMA : elle nous a apporté son soutien logistique, elle nous a aidés à faire des synthèses, elle nous organisait...*

*Question : Donc, c'est plutôt positif, cet aspect-là?*

*Participante : Ah! Oui. Tout à fait. C'est grâce à eux qu'on a pu avancer* » [Acteur stratégique]

Un seul entretien met la situation d'échec à distance en soulevant le caractère d'un terrain de recherche universitaire plus que d'expérimentation à l'implantation d'un modèle d'intervention professionnelle.

*« La seule chose que je reproche, enfin, une des choses que je reprochais, c'est d'avoir voulu calquer un modèle un peu québécois avec les particularités du Québec sur cette partie de l'Île-de-France et je dirais, avec surtout l'idée qu'on fait une étude universitaire avant de faire un projet* » [Acteur tactique].

Cette crainte, ici formulée par un seul locuteur en fin de parcours, était relativement présente au démarrage des trois sites, mais partout elle a disparu. La fin de PRISMA est d'autant plus difficile que, sans pilote, le relais pris par un membre désigné par et du CG ne fait que renforcer la « perte » perçue du soutien de l'équipe PRISMA. Les « amoureux éconduits » sont ici nombreux.

*« PRISMA s'arrêtait parce qu'il n'y avait plus de financement parce que les MAIA arrivaient »* [Acteur tactique].

*« [La gestion de cas] quelque chose que j'ai beaucoup espéré [...] quelque chose que j'aurais aimé être »* [Acteur stratégique].

*« On avait beaucoup, beaucoup d'espoir sur le fait de pouvoir l'utiliser [l'OEMD] »* [Acteur tactique]

*« Moi j'ai trouvé ça très bien jusqu'à ce que ... jusqu'à ce que ça s'arrête en fait »* [Acteur tactique]

Nous voulons maintenant aborder la question spécifique de l'articulation des tables de concertation. Le premier mouvement est plutôt une reconnaissance de l'importance des deux niveaux (documentée dans le chapitre 4.4)

*« L'idée était bonne, c'est vrai que de toute façon, le CDS, l'échelon stratégique, l'échelon des institutions et des décideurs, s'il n'est pas là, rien ne se fera »* [Acteur stratégique]

*« J'ai plutôt participé dans les CLO en disant que, de toutes façons, il y avait nécessité de s'organiser, et du fait de la diversité des acteurs qui interviennent pour les personnes âgées en difficulté et aussi, compte tenu des spécificités de notre territoire »* [Acteur tactique]

Dans le même temps toutefois, il était possible d'enregistrer des remises en question, distribuées selon trois aspects : entre les différentes tables de concertation, la lourdeur dans la procédure et une multiplication de rencontres.

*« C'est pas un manque de visibilité, parce qu'on avait des comptes-rendus, mais ça me semblait quand même lourd de faire deux instances comme ça, étant donné qu'il y avait des gens bien impliqués... il y a certainement une bonne raison de le faire à deux étages comme ça, mais déjà on s'aperçoit qu'on est toujours dans la santé dans un millefeuille, là, en rajouter encore, à mon avis, ça fait beaucoup »* [Acteur stratégique].

*« Je trouve qu'on avait une absence de référents réguliers des professionnels de santé. [...] On est resté un peu trop longtemps sur un niveau un peu trop d'administratif [...] pourquoi créer des CLO et des CDS ? Pourquoi ne pas avoir mis une seule et même commission, et cette commission après avait des membres à peu près similaires »* [Acteur stratégique].

*« J'ai lâché l'affaire parce qu'on avait fait je ne sais combien de réunions, ça me semblait quand même intéressant et un truc un peu en doublon [...] c'est pas trop facile de se détacher un temps pour des réunions qui dureraient pas mal de temps, je me souviens, c'était une matinée ou une après-midi, donc c'était un peu compliqué, j'en ai parlé avec mes collègues, j'ai dit "je ne souhaite plus y aller, si on n'avance pas" »*. [Acteur stratégique].

### **5.3.1.2. Guichet unique, gestion de cas et outils cliniques**

Il est frappant de constater la fracture entre CDS et CLO sur ce point. En effet, les outils ne sont pas abordés par les membres du CDS. S'ils le sont, se sera forcément en lien avec une pratique particulière et autocentrée. Il est néanmoins logique de voir les outils plus présents dans le discours des membres du CLO, qui cherchent à donner sens au modèle à travers ses composantes concrètes. Par exemple, les compréhensions du concept de guichet unique sont multiples. Point de départ de la prise en charge, le passage du concept à la mise en pratique soulève parfois des incertitudes, notamment à l'égard de faisabilité.

*« C'est le point, dans la théorie je crois que c'était LE [insiste] point où l'on adressait justement les cas dits complexes »* [Acteur tactique]

*« Tant qu'on est dans la conception, ça va tout seul, et puis après c'est moins facile »* [Acteur tactique]

*« On avait commencé à élaborer une fiche de transmission à ce guichet unique »* [Acteur tactique].

Malgré ce travail, la notion de guichet unique est surtout discutée sur le plan sémantique. Certains déclaratifs laissent à entendre une appropriation assez partielle de ce qu'est, selon eux, le modèle proposé à travers la notion de guichet unique.

*« Le guichet, ça fait sécu ! C'est pas très attractif ! »* [Acteur stratégique]

*« C'est un faux guichet unique parce qu'on sait très bien que l'entrée à ce guichet unique se faisait par des tas de portes, c'est déjà ce qui se passe actuellement... en plus je pense qu'il y a un vocabulaire qui n'est pas forcément bon, parce qu'un guichet, ça fait vraiment*

*accueil, c'est la même chose que les MAIA, appeler ça une « maison » alors qu'en fait c'est un concept, c'est virtuel...[...] En plus, prendre des termes qui correspondent à des lieux géographiques, alors qu'en fait ce sont des concepts, alors là, je trouve ça encore plus perturbant » [Acteur stratégique]*

A propos de la gestion de cas, là aussi, les avis sont partagés, entre ceux qui espèrent et y voient un intérêt évident, et ceux pour qui la mise en œuvre semble avant tout complexe. De plus, les représentations dont est porteuse cette notion de gestion demeurent fragiles en l'absence d'une mise en œuvre réelle. Malgré cette difficulté sémantique, le noyau dur et transversal aux trois sites demeure, soit que la gestion de cas est envisagée comme « solution » aux situations cliniques qui mettent en échec les dispositifs existants en raison de leur complexité, entendre des situations ayant une composantes psycho-sociales fortes (refus de traitement, par exemple).

*« C'est très intéressant sur le papier » [Acteur tactique]*

*« Quelque chose que j'ai beaucoup espéré » [Acteur tactique]*

*« Coordination essentielle, de pouvoir relier et le sanitaire et le social, éviter les ruptures, éviter la cassure dans la vie de la personne âgée » [Acteur tactique]*

*« Les cas où on arrive en bout de course, où on tape dans le mur, comme on dit, là, je pensais qu'avec un gestionnaire de cas, pour reprendre l'expression, on pouvait effectivement améliorer les choses, peut-être pas les améliorer, mais faire que ça fonctionne et aller au-delà de ce qu'on avait pu faire jusqu'à ce jour » [Acteur stratégique].*

Dans ce contexte, le gestionnaire de cas est pensé comme un étage supplémentaire dans la prise en charge des personnes.

La gestion de cas est la composante qui pose le plus concrètement la question de l'autorité, au sens de la légitimité d'action :

*« Je ne me sentais pas trop concerné par rapport à mes responsabilités sur l'aide à domicile qui est, quand même, le premier niveau d'intervention, par contre, je pense que dans la gestion de cas, il y a un gros travail à faire sur l'acceptation d'une autorité reconnue par tous » [Acteur tactique]*

La reconnaissance d'une telle légitimité, pourtant estimée requise à l'efficacité du dispositif, poserait le gestionnaire de cas « au dessus » des autres intervenants, ce qui est objet de controverse. Sous cet aspect, les différents intervenants sur le terrain formulent des doutes à l'égard de cette composante :

*« La gestion de cas, [...] ça doit être le centre de notre activité, sinon, ça veut dire qu'on rajoute, ce que je vous disais toute à l'heure, des couches sur le millefeuille. Si c'est pour refaire ce que font déjà les CLICs, les CCAS, ça n'a aucun intérêt »* [Acteur stratégique]

Cela démontre en négatif la difficile compréhension du concept d'intégration, réduit à une spécialisation des modalités actuelles de coordination à destination des cas complexes.

Concernant l'OEMD, les avis sont aussi partagés entre idées vagues ou convictions affirmées :

*« Ça me dit quelque chose ça »* [Acteur tactique]

*« Je n'ai pas d'avis, ni favorable, ni défavorable »* [Acteur stratégique]

*« Je crois à la vertu des fichiers »* [Acteur tactique]

*« Donc je suis convaincu de la nécessité de formaliser les choses, donc ce document me paraissait bien, mais je sais qu'il y avait des réflexions sur "oui, mais on ne peut pas tout dire, on doit protéger aussi la vie privée de la personne, protéger l'intimité de la personne"»*

[Acteur tactique]

Les questions pratiques viennent assez rapidement sur ce qui est écrit, sur qui a la légitimité d'écrire ou de lire les informations.

*« Le dossier commun, tout le monde est content d'avoir des infos, mais pour les remplir... ça on le sait, les gens sont assez... c'est vrai qu'en théorie, ça serait idéal »* [Acteur stratégique]

*« Je pense que ce document ne doit pas être accessible aux aides à domicile »* [Acteur tactique].

Il y a ici aussi une tension entre les pratiques actuelles et le besoin de les mettre à jour :

*« Il a dans son nom tout ... j'en ai pris conscience quand j'ai fait la formation [...] Il permet de s'adapter à l'évolution de la personne, de ses besoins, de ses avancées. C'est vraiment un outil ... difficile, à maîtriser [...] il est assez loin des outils que l'on a déjà et il y a tout un concept dans l'évaluation » [Acteur tactique].*

*« De toutes façons, il faut bien avoir un outil commun, c'est important, parce que si chacun reste, c'est ce que je vous disais toute à l'heure avec les outils de prise en charge, si chacun reste avec ses outils, on s'en sort plus et on refait les choses deux ou trois fois » [Acteur stratégique].*

Enfin, sa capacité intégratrice est mal comprise :

*« Je retrouve plus ce questionnaire que j'avais trouvé intéressant par ailleurs, nous, on n'était pas concerné par ce questionnaire, parce que tout ce qui est l'évaluation d'autonomie, etc., on arrive, tout ça est déjà pris en charge et pris en compte, évalué, donc nous, on n'est pas là-dedans » [Acteur stratégique]*

Spécifiquement quant au PSI et au système d'informations partageables, ces composantes sont les moins saillantes de toutes :

*« Là, ça nous parle beaucoup moins » [Acteur tactique].*

*« C'est un autre concept que ce que l'on utilise nous » [Acteur tactique].*

Dans la pratique du répondant, il est fait référence au plan d'intervention pour la mise en action des services autour de la personne âgée. Le concept est ici dit différent puisque les services sont plus restreints car limités à une filière spécifique alors que le PSI est envisagé transversal aux différents services sollicités.

*« Question : Aujourd'hui ça vous parle comment?*

*Très peu » [Acteur tactique].*

Cette question, relative au système d'informations partageable, soulève d'autres enjeux tels que l'utilisation d'un outil informatique mais aussi la difficulté de travailler ensemble. Cette remarque repose la question de l'adhésion à participer au projet dans ses fondements.

« *Que ce soit des outils de ce type ou des outils informatiques, il faut perdre un peu de temps au début pour après en gagner et partager des choses* » [Acteur stratégique]

« *Ça sera difficile à mettre en place parce que chacun a ses propres dossiers, son propre système informatique. C'est vrai qu'idéalement, c'est parfait, après il faut pouvoir le mettre en place... On a du mal à travailler sur des dossiers communs* » [Acteur stratégique].

D'autres expriment la relative tension qui concerne cette question :

- Tension entre les adaptations locales et le besoin de standardisation pourtant souvent évoqué :

« *De toutes façons, plus l'outil sera partagé, plus chacun va mettre son grain de sel et chacun voudra quelque chose qui soit exactement ce qu'il a déjà, c'est d'autant plus difficile...* » [Acteur stratégique].

« *Il vaut mieux, quelque fois, aller à la pêche de l'info, mais au moins, on est sûr que celle qu'on va pêcher, c'est la dernière, plutôt que d'avoir accès à un dossier et de pas être certain que tous les éléments y soient* » [Acteur stratégique].

- Tensions aussi entre les différents secteurs, voire professions, intervenant dans la prise en charge des personnes concernées.

« *Il y a aussi le problème du secret partagé, du secret médical, du secret professionnel, c'est compliqué tout ça...* » [Acteur stratégique].

« *Par rapport, effectivement, aux aides à domicile, je pense que dans l'organisation, le chef de service pourra avoir accès à ce serveur, c'est lui qui pourrait alimenter les données rapportées par les aides à domicile, ce qui fait qu'on aurait un filtrage pour éviter que ce soit à la disposition de gens qui, sans être mal intentionnés, sont capables de dire sur la place du marché : "Tu connais Madame untel ? Attends, je te raconte..."* » [Acteur tactique].

#### **5.4. Conclusion : PRISMA, un échec ou un demi-succès dans le site rural ?**

Il existe un certain sentiment d'échec exprimé par la majorité de nos interlocuteurs. Ce qui se ressent comme un échec révèle deux barrières au changement distinctes :

- 1) L'incapacité de produire une concertation efficace, surtout (mais pas exclusivement) au niveau du CDS. Cette difficulté, présente à divers degrés sur les trois sites et variable selon la

fenêtre d'observation, s'explique par les forces (organisationnelles, politiques, etc.) exposées tout au long de ce rapport.

- 2) L'incapacité du site à se donner les conditions d'une extension temporelle majeure, associée à des moyens financiers concrets pour engager plus concrètement la mise en œuvre des composantes opérationnelles du modèle PRISMA. Cette condition, particulière au site rural, tire une part de son explication dans la première condition.

Quel sens donner au fait que le modèle fait l'objet d'une réceptivité excellente, malgré une compréhension à parfaire, qu'il a un effet certain de problématisation des effets de la fragmentation des services, que la qualité de son accompagnement est reconnue quasi unanimement, et qu'il y ait un sentiment transversal d'échec, surtout attribué à ces deux facteurs exogènes au modèle PRISMA? Il serait facile d'attribuer aux seuls facteurs exogènes la causalité. Il serait également aisé d'induire que cela est le fait d'un modèle qui aurait été incapable d'agir sur ces conditions exogènes difficiles, ou alors à un défaut d'accompagnement de la concertation stratégique. Il est vrai que l'implantation d'un modèle intégré, quel qu'il soit, doit développer une capacité à mieux penser les conditions d'efficacité d'une concertation qui aura l'effet transformateur attendu sur l'organisation des services.

Au total, il nous est dit à la fois que l'accompagnement PRISMA aura été efficace, mais insuffisamment pour infléchir à lui seul les modes de coordination existants. Deux leçons peuvent en être tirées :

- 1) L'accompagnement est nécessaire, mais il doit être bonifié dans sa capacité à agir sur l'efficacité de la concertation notamment au niveau stratégique. Pour cela, il importe d'avoir une méthodologie d'accompagnement plus explicite et exposant clairement et *a priori* ses principes centraux.
- 2) Mais cet accompagnement doit également être appuyé par une gouverne du changement plus volontaire. Cette gouverne doit créer les conditions d'une concertation plus efficace.

Enfin, nous voulons terminer sur deux idées importantes. La première concerne ce qui a survécu à l'expérimentation PRISMA dans le site rural. En fait, la réceptivité du modèle demeure forte. Mais dans l'hypothèse où les acteurs de terrain seraient toujours partants pour un tel projet, ils seraient



plus attentifs, voire plus exigeants, quant aux conditions d'une gouverne plus efficace, plus transparente, au niveau stratégique.

De leur point de vue, rien ne s'est fait depuis la candidature MAIA, pas même une rencontre pour évaluer le sens du refus de financement. Il est ici intéressant de noter que plus aucun événement n'intervient dans le déroulé du projet après le départ de la personne qui était nommé au pilotage du projet pour le conseil général. Cela renforce l'idée de l'importance du pilotage local du projet d'intégration.

L'autre idée qu'il importe ici de mettre en exergue est que le site rural ne se distingue pas tant que ça des deux autres sites, malgré les différences de territoires et la configuration des concertations stratégiques et tactiques. Il ne fait aucun doute que l'absence de passage vers les MAIA n'aura pas permis de taire les difficultés au bénéfice d'un projet les transcendant, et de donner un temps suffisant pour que les acteurs puissent trouver leurs propres solutions pour contrer ou contourner les inerties de la concertation. Ailleurs, le passage à l'expérimentation MAIA a donné du temps au temps, notamment celui de l'exposition concrète à l'ensemble des composantes du modèle, ce qui aura permis de donner une valence plus concrète et pragmatique à la réceptivité de principe plutôt forte que nous avons recensé sur les trois sites.

## 6. DE L'EXPÉRIMENTATION PRISMA-FRANCE A LA PHASE EXPÉRIMENTALE D'UN PLAN NATIONAL

### 6.1. Introduction

La parution en septembre 2007 du rapport de la commission du Professeur Joël Ménard, puis la publication du plan Alzheimer en février 2008, comprenant un appel à projet pour la construction de MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer) a constitué un fait marquant significatif dans la conduite du projet PRISMA-France sur les trois sites expérimentaux.

#### 6.1.1. Cadrage de la thématique

L'appel à projet MAIA est apparu pour l'équipe PRISMA-France en cohérence avec les objectifs et fondements du projet PRISMA. Cette cohérence a été discutée en concertations stratégique et tactique à partir d'une grille de lecture mettant en parallèle les principes de l'appel à projet MAIA et ceux du projet PRISMA-France.

La grille de lecture adoptée était la suivante :

	<b>Plan Alzheimer</b>	<b>PRISMA</b>
<b>Population cible</b>	Alzheimer <b>Extension</b> à Alzheimer avancés complexes puis à tous cas complexes	Cas complexes <b>dont</b> Alzheimer
<b>Intégration</b>	<b>ENJEU MAJEUR</b> Intégration selon les possibilités locales, de tous les acteurs issus des champs médico-social et sanitaire <i>Objectif</i> : tendre vers une intégration la plus importante possible	<b>CONDITION SINE QUA NONE</b> Intégration <b>complète</b> visée, de tous les acteurs issus des champs médico-social et sanitaire <i>Objectif</i> : 100% d'intégration, par étapes
<b>Porte d'entrée unique</b>	MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer	MAIA – A : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer <b>Âgés</b>

<b>Coordonnateurs</b>	Coordonnateurs qui feront de la gestion de cas pour les Alzheimer complexes = <b>Nouveaux</b> professionnels sur de <b>nouveaux</b> budgets	Gestionnaires de cas issus d'une réorganisation des tâches et des acteurs de l'aide à domicile, = professionnels déjà sur le terrain fonctionnant sur des budgets <b>existants</b>
<b>Formation</b>	Nécessité d'une formation spécifique à la gestion de cas, à <b>faire</b>	Nécessité d'une formation spécifique à la gestion de cas, <b>en cours</b>
<b>Méthodologie</b>	Méthodologie seule, accompagnement méthodologique	Méthodologie associée à de la recherche soutenant l'action, schéma évolutif en fonction des résultats de la recherche
Autres éléments du dispositif		
1) Outil d'évaluation	1) OUI 2) OUI 3) OUI	1) OUI 2) OUI 3) OUI
2) Plan de soins et services	4) Souhaitée	4) Indispensable avec condition de représentation intégrale
3) Échanges de données		
4) Concertation		

Les trois sites expérimentaux ont choisi de candidater à l'appel à projet MAIA publié en juillet 2008. Les projets MAIA ont été rédigés durant l'été 2008 et les candidatures déposées en septembre 2008. Parmi les 113 candidatures MAIA examinées, deux sites PRISMA-France ont été retenus.

A partir de janvier 2009 ces sites sont entrés dans l'expérimentation nationale MAIA conduite par une équipe projet nationale constituée d'experts en gérontologie, en organisation des services, en santé publique et en conduite de projet.

Dans les trois chapitres précédents un certain nombre d'éléments ont été abordés sur les effets de l'entrée dans l'expérimentation nationale MAIA relativement au processus d'implantation des outils

et mécanismes d'intégration (chapitre 3), aux dynamiques de concertation dans les études de cas (chapitre 4) et à la suspension de l'expérimentation PRISMA-France sur le site rural (chapitre 5).

Ce chapitre porte sur la dynamique à l'œuvre dans le passage de l'expérimentation PRISMA-France à l'expérimentation MAIA en mettant le focus sur deux éléments : le passage de PRISMA-France à MAIA et la thématique du ciblage « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées ».

### **6.1.2. Données exploitées dans ce chapitre**

Les entretiens ici exploités ont été réalisés entre janvier 2008 et novembre 2010. Le corpus est de 62 entretiens. Les entretiens réalisés couvrent les trois sites (méga-urbain, n= 21 ; urbain, n=24 ; rural, n=17) et les deux niveaux de responsabilités tactique (n=27) et stratégique (n=35).

Précisons que comme dans les chapitres précédents, pour simplifier la lecture, nous distinguons deux catégories de parties prenantes : celles du champ sanitaire et celles du champ social. Le champ médico-social n'a pas été distingué dans le protocole initial. Nous avons répertorié les parties prenantes selon une catégorisation porteuse de sens pour les structures. Dans le champ sanitaire sont répertoriés au niveau stratégique : ARS (URCAM, ARH, DDASS, DRASS), structures hospitalières<sup>34</sup>, URML, et au niveau tactique : structures hospitalières, réseaux de santé, HAD, SSIAD, SAD. Dans le champ social sont répertoriés au niveau stratégique : Conseil Général, CRAV, Mairie, et au niveau tactique : EMS APA, SSDP, CLIC, CRAM, CCAS, Pôles Gérontologiques. Les structures représentatives des usagers (CODERPA et France Alzheimer) sont identifiées en tant que telles.

## **6.2. Passage de l'expérimentation PRISMA-France à l'expérimentation MAIA : visibilité d'un projet-pilote ?**

L'inscription du projet-pilote PRISMA-France dans le cadre de l'expérimentation nationale MAIA est saisie par les acteurs stratégiques et tactiques dans différentes dimensions.

Un facteur déterminant quant à l'appréciation portée par les acteurs sur le passage de PRISMA-France à MAIA est relatif au *calendrier d'implantation*. Les trois sites d'expérimentation PRISMA-France ont rédigé leur projet respectif MAIA dans des états d'avancement du projet PRISMA-France différents :

---

<sup>34</sup> Précisons que pour la majorité des territoires régionaux, la représentation au niveau stratégique de la sphère hospitalière par l'ARS est appropriée à la construction de l'intégration selon la méthode PRISMA-France. Néanmoins, la réalité de certains grands groupes hospitaliers (tels que l'AP-HP à Paris, l'AP Hôpitaux de Marseille ou encore les Hospices Civils de Lyon par exemples) nécessite de les associer à l'instance stratégique CDS.

- Sur le site méga-urbain, le mécanisme de gestion de cas est actif depuis un an, il est porté par une structure juridique dédiée, le GCSMS, qui écrit et porte le projet MAIA,
- Sur le site urbain, le mécanisme de gestion de cas n'est pas actif, le projet est inscrit dans une perspective d'essaimage par le Conseil Général, qui écrit et porte le projet MAIA,
- Sur le site rural, le mécanisme de gestion de cas n'est pas actif, le projet est inscrit dans une perspective expérimentale pour le Conseil, qui écrit le projet MAIA, le projet n'est pas retenu.

Ces trois dynamiques différenciées influent l'appréciation portée par les acteurs sur le passage de l'expérimentation PRISMA-France à l'expérimentation MAIA.

Commençons par préciser que sur les trois sites il existe un important corpus discursif relatif à **l'opportunité qu'a constitué la rencontre de l'expérimentation PRISMA-France avec l'expérimentation nationale MAIA dans le cadre du Plan National Alzheimer.**

L'opportunité dont il est question relève de la possibilité de poursuivre (site méga-urbain), de rendre opérationnel (site urbain) ou de mettre en œuvre (site rural) une expérimentation d'intégration des services gérontologiques basée sur la gestion de cas. Les citations qui suivent, illustrent chacune de ces trois dynamiques, que nous allons développer dans un premier temps :

*« Je trouve que c'est une expérience positive, novatrice et qui vient répondre à un vrai besoin. Je parle de la gestion de cas en particulier, plus particulièrement de comment ça a démarré »* [Acteur tactique social, site méga-urbain]

*« Le besoin est là, c'est clair. Du fait des réalités démographiques [...]. Un dispositif de ce type là est une plus value sur le territoire [...] On est susceptible de se retrouver un jour face à une situation extrêmement complexe, d'avoir besoin de faire appel à ce dispositif, la MAIA est un dispositif plus qu'une structure »* [Acteur tactique social, site urbain]

*« Ça allait vraiment apporter une plus value au niveau du réseau [au sens générique de réseau local de services gérontologiques], et bien finalement je pense que ça a été arrêté trop tôt »* [Acteur tactique social, site rural]

Dans un second temps, nous mettrons en perspective l'opportunité identifiée en termes de potentialités de construction de politique publique, au sens de l'approche de la sociologie de l'action publique développée dans le chapitre 4 du présent rapport :

*« Je pense que c'est un peu le hasard qui a fait tout ça. Un hasard de calendrier en fait. On lance l'expérimentation PRISMA alors même qu'on n'a pas défini une vraie politique de*

*prise en charge de l'Alzheimer. PRISMA est en marche, on lance un plan Alzheimer. [...]. On trouve un peu de fric par ci par là pour lancer des machins, on fait des expérimentations PRISMA réelles et on lance un appel à projet pour les MAIA qui sont une illustration Alzheimer d'intégration de service. Et c'est sur un espace de temps relativement court, ce n'est pas 10 ans, c'est sur un espace de temps relativement court qu'un certain nombre de choses se mettent en place. Mais je pense que c'est plus une conjonction de phénomène dans le calendrier qui s'épaulent les uns les autres » [Acteur stratégique sanitaire, site rural].*

Il résulte globalement de cette rencontre de l'expérimentation PRISMA-France avec de l'expérimentation nationale MAIA un important corpus discursif relatif à l'opportunité qu'a constitué l'arrivée du Plan national Alzheimer. Différentes catégories d'opportunités sont présentes sur les sites selon l'état d'avancement respectif des expérimentations comme nous allons les exposer à partir d'une analyse contrastée des mouvements à l'œuvre sur les trois sites dans la transition du projet PRISMA-France au projet MAIA.

### **6.2.1. Différences et similitudes : de l'écriture des textes à leur appréhension**

Comme nous allons le voir au regard des trois cas particuliers de réception du projet MAIA en lien avec l'expérimentation préalablement conduite dans le cadre de PRISMA-France, il apparaît que les opinions des parties-prenantes soient dépendantes en premier lieu de l'état d'avancement du projet, en second lieu de regard porté sur l'expérimentation PRISMA-France en tant que projet ou en tant qu'objet de recherche, et enfin, il apparaît que l'appréciation portée sur son propre territoire d'action (identité perçue, jugement du tissu d'organisation) module également la perception du passage de l'expérimentation PRISMA-France à l'expérimentation MAIA.

#### **6.2.1.1. Sur le site méga-urbain : un lien conceptuel peu clair, voire controversé, entre PRISMA-France et MAIA**

Sur le site méga-urbain, les parties prenantes ont, davantage que sur les deux autres sites, mis l'emphase sur le fait de voir expliciter le lien conceptuel entre l'expérimentation PRISMA-France et l'expérimentation MAIA.

Le focus mis sur ce lien s'inscrit dans une dynamique dans laquelle le passage de PRISMA-France à MAIA s'est traduit par différentes catégories de changements dans la méthode d'opérationnalisation des principes fondamentaux de l'intégration :

« Je pense que le passage de PRISMA à MAIA, ça a posé questions à certains, par rapport à une implication dans un projet X qui devenait XY, même si on ne laissait pas complètement tomber le X » [Acteur tactique social, Site méga-urbain].

« On est passé de cas complexes à cas Alzheimer, de PRISMA à MAIA, on s'est dit que MAIA était PRISMA, on ne s'aperçoit pas que demain MAIA PRISMA devient plus petit que PRISMA, il se réduit. Et il se coupe un certain nombre de sujets sur lesquels il n'avait absolument pas réfléchi ni qu'il avait abordé, et qui manquent cruellement et qui font que certaines personnes se sentent en déserrance » [Acteur stratégique sanitaire, Site méga-urbain].

« Déjà on avait mis à mal un peu des choses qui se passaient sur l'arrondissement pas si mal que ça avec PRISMA et une certaine organisation PRISMA à un moment donné qui n'était pas celle du départ. Après on revient avec le changement MAIA et l'évolution. Y a des gens qui peuvent effectivement trouver ça dommage et râler et ne plus trouver leur compte » [Acteur tactique social, Site méga-urbain].

Les parties prenantes du site méga-urbain font état d'une appréciation générale selon laquelle il y a eu un **changement de mode expérimental mais non de l'objet d'expérimentation**. Cette appréciation peut être illustrée à partir de citations des acteurs des niveaux tactique et stratégique, des champs sanitaire et social :

« Le fait de ne pas pouvoir avoir vraiment mené l'expérimentation jusqu'au bout, l'avoir transformée en MAIA, c'était peut être un peu dommage même si on gardait certains fondamentaux. [...]. Dans ce que ça a pu garder des fondamentaux, c'est de tendre effectivement à l'intégration des services pour une continuité d'accompagnement, et pour une responsabilisation de l'ensemble des acteurs à un même niveau on va dire. Avec une implication logiquement plus importante du secteur sanitaire » [Acteur tactique social, Site méga-urbain].

« On n'a pas construit le projet MAIA sur le XX° en faisant fi de ce qu'on avait travaillé sur PRISMA. Donc nous on l'a vraiment inscrit dans cette continuité. Mais avec des difficultés de vocables et d'approches différentes entre l'un et l'autre » [Acteur stratégique social, Site méga-urbain].

« Le protocole de PRISMA, a priori, c'est peut être ce qui m'avait semblé le plus intéressant, c'était la rigueur qui rentrait à tous les étages. Et le fait que, à un moment, plutôt pour des bonnes raisons, l'expérimentation passe quasiment en mise en œuvre ou dans une deuxième

*phase d'expérimentation, qui est une expérimentation MAIA, fait que on change considérablement, disons de contexte, on change d'envergure et on change d'un degré de liberté par rapport à l'expérimentation* » [Acteur stratégique sanitaire, Site méga-urbain].

*« Le label MAIA, c'est quelque chose qui nous permet d'aller un peu plus loin, un peu plus vite »* [Acteur tactique sanitaire, Site méga-urbain]

L'emphase mise sur le changement de mode d'expérimentation, aboutit, selon les acteurs interviewés, à une ambiguïté sur le lien entre PRISMA-France et MAIA. Cette ambiguïté serait problématique au moment de la phase de transition entre les deux modalités d'expérimentation :

*« Qu'est-ce qu'on fait de ce PRISMA ? Comment on y va ? Comment on continue ? Comment on est passé sur MAIA ? Comment on formalise le changement entre PRISMA et MAIA ? C'était un peu compliqué. Par moment on ne sait plus trop où on est, si on est sur l'expérience PRISMA ou si on est sur l'expérience MAIA »* [Acteur stratégique social, Site méga-urbain].

*« Je trouve qu'il n'y a pas eu assez de pédagogie de faite et d'explications sur qu'est-ce qu'on voulait faire, qu'est-ce qu'on nous demandait de faire nous les différents membres du CLO [...] Enfin, je ne sais pas qui, est-ce que c'est PRISMA France, est-ce que c'est le ministère, je ne comprends pas grand chose à tout ça, je trouve qu'on nous explique pas assez aux membres du CLO »* [Acteur tactique social, Site méga-urbain].

*« PRISMA en est l'ancêtre, ça a commencé par l'expérimentation PRISMA qui est devenue après MAIA. Sans d'ailleurs que ce soit très clair, la transition entre les deux »* [Acteur tactique sanitaire, Site méga-urbain].

*« Le passage de PRISMA à MAIA n'a pas été une césure suffisante. À mon sens on n'aurait pas été retenu comme MAIA, PRISMA on aurait presque gagné, à pouvoir aller jusqu'au bout de son expérimentation, à monter jusqu'au bout de son expérimentation et à devenir une MAIA par elle même »* [Acteur stratégique sanitaire, Site méga-urbain]

Selon, les acteurs interviewés, cette ambiguïté doit être soulevée.

**Cette volonté exprimée de clarification du lien, du mode de transition, et des effets du passage de l'expérimentation PRISMA-France à l'expérimentation MAIA** peut s'analyser au regard de deux facteurs qui semblent particulièrement significatifs dans les discours.



D'une part, il s'agit de traiter explicitement les controverses relatives à la **thématique des financements des modalités d'intégration** (notamment à travers les postes de pilote local et de gestionnaires de cas). En effet, rappelons que sur le site méga-urbain, 2,5 ETP postes de gestionnaires de cas relèvent d'un cofinancement territorial à travers le GCSMS Autonomie-7520 et que 2 ETP relèvent de fonds expérimentaux octroyés par la CNSA auxquels sont associés 1 ETP de poste pilote local. La question soulevée est celle de la cohérence de ce montage associant des financements par investissements à titre expérimental dans MAIA et des financements sur fonds propres issus du redéploiement de compétences et de moyens dans l'expérimentation PRISMA-France. Ce montage est jugé peu rigoureux au regard de l'objectif d'intégration financière dans le projet initial PRISMA-France : *« Les financements des accompagnateurs, MAIA s'appuie dessus. Donc ce qui fait que MAIA a repris tout ce qui était bon dans PRISMA, et tout ce qui était difficile il a fait l'impasse [...]. Mais sous cette douce phrase on ne sait pas qui les paye. Ce qui fait que toute la difficulté habituelle qu'on a, c'est de savoir qui s'occupe de quoi et qui paie pour qui, elle nous reste sur les bras dans un contexte encore plus alourdi. Ce qui fait que la partie bruyante devient de plus en plus bruyante, mais y a une très forte perte de continuité des préoccupations, une très forte perte d'intégration, non pas des personnes mais de l'ensemble du processus institutionnel »* [Acteur stratégique sanitaire, Site méga-urbain]. Certains acteurs, minoritaires, identifient dans la relâche de l'objectif d'intégration financière un frein à la stabilité de l'intégration organisationnelle : *« Ça rend les gens moins intelligents et puis ça tient le temps que les moyens sont là »* [Acteur stratégique sanitaire, Site méga-urbain]. Cette préoccupation est intéressante à mettre en lien avec l'analyse faite par un des acteurs du niveau tactique sur le passage de l'expérimentation PRISMA-France à l'expérimentation MAIA : *« Parce qu'on part de quelque chose qui était intense, qui développait des relations inter partenariales un peu différentes de celles que l'on pouvait avoir avant [...]. Avec sous jacent il faut absolument qu'on transforme PRISMA en MAIA parce que c'étaient des emplois qu'il fallait aussi préserver, donc une candidature qui était aussi liée à quelque chose qu'on souhaitait voir continuer pour préserver pas qu'un concept, mais des emplois »* [Acteur tactique social, Site méga-urbain]. Cette dynamique amoindrirait le travail partenarial de réorganisation des services permettant un redéploiement des moyens humains, ce qui est considéré comme réducteur pour l'innovation déployée : *« Tout au départ, et ce qui était relativement motivant pour nous et nous a permis d'inventer d'autres formes de travail, je veux bien avoir présenté dans des réunions l'idée qu'on pourrait présenter le travail autrement, on est déjà en train de réfléchir à comment si on ponctionne sur nos forces vives, comment on peut... Donc ce travail là on n'a plus eu besoin de le faire puisque après il y avait le financement, y avait des financements à la clé. Je pense qu'on serait allé beaucoup plus loin dans l'innovation si y avait pas eu des financements derrière... On a déjà un peu dévoyé le truc »* [Acteur stratégique sanitaire, Site méga-urbain].

D'autre part, et ce facteur est particulièrement significatif sur le site méga-urbain comparativement aux deux autres sites d'expérimentation, les acteurs mettent le *focus sur les liens entre PRISMA-France et MAIA dans une approche de type « cycle expérimental »*. Le démarrage de l'expérimentation et les trois années (2006, 2007, 2008) de travail dans le cadre de PRISMA-France semblent avoir favorisé l'appropriation du mandat initial fourni aux équipes projet et recherche PRISMA-France sur les possibilités d'implantation du système PRISMA élaboré et évalué au Québec en France.

Dans ce cadre là, l'approche de type « cycle expérimental » réfère tout d'abord à la volonté explicitée que soit clairement transcrit le fait que l'expérimentation MAIA XXème est inscrite dans la continuité de l'expérimentation PRISMA-France : *« La décision de PRISMA, elle a été piétinée puisque rien à part nous, personne ne sait que MAIA vient de PRISMA, personne. Sauf la gestion de cas locale mais toute la gestion difficile, elle n'est pas réintégrée dans MAIA. On laisse les conseils généraux, on laisse les partenaires locaux se débrouiller entre eux. Y a pas du tout, l'interministériel »* [Acteur stratégique sanitaire, Site méga-urbain].

Dans cette citation, il est possible de distinguer deux dimensions du cycle expérimental. L'une renvoie à l'expression d'une demande de visibilité de l'origine et l'ancienneté du projet d'intégration dans le cadre de l'expérimentation PRISMA-France conduite sur le XXème. La conduite du projet sur site expérimental a, en effet, pris la forme d'un laboratoire d'innovation sociale pour la mise en place du système d'intégration PRISMA basée sur la gestion de cas en France. L'enjeu sous-jacent soulevé ici relève en ce sens de l'articulation des résultats des expérimentations PRISMA-France et MAIA dans le mandat initial d'analyse des possibilités et modalités d'intégration à partir de la gestion de cas en France : *« Que PRISMA continue à être une expérimentation et que cette expérimentation va montrer que, que la gestion de cas telle qu'elle est Canadienne, n'est pas transposable immédiatement et que les MAIA telles qu'ils ont été mis ne pourront pas aller plus loin que leurs finances. Donc il va falloir que l'un enrichisse l'autre. Et que du coup de la mise en œuvre pratique que sont les MAIA et du modèle expérimental qu'est PRISMA, on arrive à des choses qui seront très différentes et qui sera la gestion de cas à la française »* [Acteur stratégique sanitaire, site méga-urbain]. L'autre dimension, sous jacente, recouvre la mise en perspective d'un certain degré de capitalisation des expérimentations PRISMA-France et MAIA. Dans cette perspective de capitalisation, il convient de communiquer sur les liens conceptuels entre PRISMA et MAIA : *« Venant de la part de fonctionnaires d'un assez haut niveau qui sont sur le truc, ça veut dire qu'intellectuellement parce qu'ils connaissent le schéma PRISMA, quand ils ont vu sortir le truc MAIA, ils n'ont pas eu le réflexe immédiat de se dire « ouais je suis pénard, j'ai un*

*truc PRISMA sur Paris, j'ai un truc PRISMA dans l'Rural, dans la région Ile-de-France, je vais avoir de la matière », mais il suffit qu'on remette un petit peu de truc dans le machin, et les gens se sont dit « oui effectivement c'est vrai y a PRISMA, et PRISMA c'est bien un truc qui ressemble à ce dont on a besoin quand on cherche des projets MAIA » [Acteur stratégique sanitaire, Site méga-urbain].*

De plus, la communication sur les liens conceptuels entre PRISMA-France et MAIA est estimée nécessaire dans la mesure où les différences de mode d'expérimentation entre MAIA (pilote par une équipe pluridisciplinaire d'experts) et PRISMA-France (initialement piloté par une équipe pluridisciplinaire d'experts et de chercheurs, puis suivi par une équipe de chercheurs) débouchent sur une situation dans laquelle la pertinence du cycle expérimental relève de la capitalisation des résultats d'expérimentation PRISMA-France pour les expérimentations MAIA : *« Des expériences MAIA, on n'en retient qu'une chose, c'est la faisabilité. C'est la seule chose qu'on teste. Au travers de PRISMA, on teste beaucoup plus de choses, on observe beaucoup plus de choses et on tire des enseignements de beaucoup plus de choses » [Acteur stratégique sanitaire, Site méga-urbain].*

#### **6.2.1.2. Sur le site urbain : un processus de projet-pilote en deux séquences PRISMA-France puis MAIA**

Sur le site urbain, les parties-prenantes témoignent globalement de l'opportunité offerte dans le passage de PRISMA-France à MAIA de rendre opérationnel, dans le cadre de l'expérimentation MAIA, le projet PRISMA considéré comme un projet de recherche. Cette représentation semble assez communément admise par les acteurs des niveaux stratégique et tactique des champs sanitaire et social :

- *« PRISMA a été un avant-projet MAIA, c'était vraiment une préparation, autour d'outils, qu'on ne connaissait pas, bien évidemment, donc une appropriation d'un certain nombre d'outils, qui ont déjà été discutés et concertés, sur la charte éthique, travail très intéressant, sur les différents outils proposés et une fois qu'on a eu tous ces éléments, voilà, on pouvait se lancer dans le projet opérationnel » [Acteur tactique sanitaire, Site urbain]*
- *« Le concept de recherche ça concernait quelques éléments, et comme en même temps on a le développement à côté, les gens voient ce qui se passe » [Acteur stratégique sanitaire, Site urbain]*
- *« On n'est pas dans la même démarche, je crois quand même PRISMA c'est un projet de recherche, là nous on ne va pas continuer à être sur de la recherche à proprement parler,*

*on est plus sur de l'opérationnel et de la mise en œuvre* » [Acteur tactique social, Site urbain]

Les parties prenantes distinguent PRISMA-France et MAIA en termes d'étapes inscrites dans un même processus. ***De l'étape projet de recherche dans l'expérimentation PRISMA-France, serait issue l'étape d'effectivité d'un projet, opérationnel, dans l'expérimentation MAIA :***

- « *On est passé à une autre étape quoi. PRISMA était pour moi plus une démarche de mise en route du projet MAIA je dirais* » [Acteur tactique social, Site urbain]
- « *J'ai un peu de mal à concevoir que PRISMA se soit arrêté ou que PRISMA continue, je ne sais pas. Comme je vous dis, le bilan c'est que ça a été le lancement de l'expérimentation MAIA* » [Acteur stratégique social, Site urbain]
- « *L'étape PRISMA théorique a fait beaucoup avancer les choses en terme d'outils, donc nous permettait maintenant d'avoir un dossier opérationnel [...] On est dans l'opérationnel. Donc pour moi personnellement c'est plus lisible, mais c'étaient deux moments différents auxquels j'ai contribué, on voit bien qu'on est passé par deux étapes* » [Acteur stratégique sanitaire, Site urbain].

Cette appréciation du projet MAIA en tant que ***phase d'opérationnalisation induit une appréciation d'un projet MAIA dans la continuité et donc en cohérence avec le projet PRISMA-France :***

- « *Pour moi tel que j'ai entendu le projet MAIA, on est dans de la continuité par rapport à PRISMA* » [Acteur stratégique social, Site urbain].
- « *Ça [l'appel à projet MAIA] s'inscrivait dans la continuité des expérimentations PRISMA, ça paraissait effectivement intéressant d'aller jusque là* » [Acteur stratégique sanitaire, Site urbain].
- « *Il devrait y avoir normalement continuité. On verra après ce que ça donne. Mais dans la logique si, enfin pour moi, dans la MAIA, il y aura la traduction de tout le travail qui a été fait dans le cadre de PRISMA. La gestion de cas pour moi elle est là, il faut qu'on aille plus loin, il faut que ça se traduise dans MAIA* » [Acteur tactique sanitaire, Site urbain].
- « *Du coup ce projet reposait sur tout le travail fait avec l'équipe PRISMA et tout le travail des pôles, et donc le projet MAIA découlait de ça quoi. Donc j'ai un peu du mal à dire "oui y*

*avait PRISMA, y a MAIA", mais pour moi c'est un tout [...]. C'est une continuité [...] Moi la cohérence elle coule de source » [Acteur tactique social, Site urbain].*

- *« PRISMA était axée sur la gestion de cas du guichet unique, et la MAIA est en mesure 4 et mesure 5 je crois du plan Alzheimer. Donc c'est parfaitement en adéquation. C'est cohérent de mettre en place la MAIA après l'expérimentation PRISMA » [Acteur tactique sanitaire, Site urbain].*

Le lien entre PRISMA-France et MAIA est ainsi compris comme un lien conceptuel déployé en deux étapes, l'une théorique, l'autre opérationnelle. Un seul acteur ajoute cependant qu'il lui paraît important que ce lien soit identifié :

*« L'entrée dans l'opérationnalité de MAIA a permis à tout le projet PRISMA, ça paraissait quand même assez théorique de prendre corps, de prendre forme. Oui je pense qu'il y a une vraie plus value pour PRISMA. Après se pose la question de la visibilité de PRISMA. On ne parle plus de PRISMA, il y a la MAIA point. Mais c'est bien. La méthode PRISMA, s'est effacée derrière ou a alimenté une expérience MAIA, c'est bien. Mais je pense que pour la plupart des acteurs, je ne sais pas si ils sont encore capables d'identifier un lien avec PRISMA » [Acteur tactique social, Site urbain].*

Il résulte de cette appréciation générale, une articulation en deux étapes que la transition et le passage de l'expérimentation PRISMA-France à l'expérimentation MAIA sont moins ambigus que sur le site méga-urbain, voire assez fluides. Comme nous le soulignerons dans la section suivante, cette appréciation d'un projet MAIA dans la continuité du projet PRISMA-France qui en permet l'opérationnalisation ne signifie pas l'absence de certaines controverses quand à la question du ciblage « Maladies d'Alzheimer et Maladies Apparentées ».

### **6.2.1.3. Sur le site rural : la possibilité de mettre en œuvre le projet PRISMA-France dans l'expérimentation MAIA**

Sur le site rural, les parties-prenantes soulignent la façon dont le passage à l'expérimentation MAIA à partir du projet PRISMA-France devrait permettre de mettre en œuvre le mécanisme de gestion de cas. En effet, comme cela a été documenté dans les chapitres 4 et 5 du présent rapport, les acteurs partagent l'opinion selon laquelle, les caractéristiques économiques et géographiques du site d'expérimentation sont un frein à la mise en œuvre de la gestion de cas en l'absence de financements complémentaires. L'entrée dans l'expérimentation MAIA accompagnée d'investissements expérimentaux permettrait de déployer la gestion de cas :

« Ce serait formidable, si on pouvait avoir des sous, on pourrait faire quelque » [Acteur tactique social, Site rural],

« C'était un moyen de commencer. Et ma fois, pourquoi pas. Y'avait des sous là. Sur le plan Alzheimer, c'était pas mal » [Acteur tactique sanitaire, Site rural].

Plus globalement, l'entrée dans l'expérimentation MAIA est justifiée de deux façons différenciées. Au niveau stratégique, elle apparaît davantage appréhendée comme une démarche de développement des objectifs d'organisation gérontologique déployés sur le département : « Ça pouvait qu'être dans la suite logique de ce qu'ont impulsé à la fois les différents textes et de ce qu'a impulsé la politique départementale au travers de ces différents schémas depuis bientôt 10 ans maintenant. Donc on est aussi quand même un des départements expérimentaux en terme de filière gériatrique, on ne pouvait que boucler la boucle » [Acteur stratégique social, Site rural]. Au niveau tactique, l'entrée dans l'expérimentation MAIA apparaît davantage associée à un objectif de capitalisation du travail d'intégration mené dans le cadre de l'expérimentation avec l'équipe projet PRISMA-France : « C'est ça qui est intéressant aussi, de pouvoir continuer comme ça [...] Donc en fait il y a eu cet appel à projet qui est arrivé là et du coup nous on s'est dit "si nous on ne répond pas, on perd PRISMA" [...] Ce qui m'aurait intéressé c'était de continuer la réflexion avec PRISMA dans ce projet. Donc ça m'aurait intéressé pour qu'on puisse continuer et aller jusqu'au bout de ce projet, de cette expérimentation » [Acteur tactique social, Site rural].

**Le projet MAIA présente une différence par rapport au projet PRISMA-France en termes de territoire d'expérimentation<sup>35</sup>.** Le territoire a été élargi et défini sur une échelle territoriale correspondante à celle du territoire de santé 91-3 :

« Pour l'instant l'opération PRISMA était sur un territoire très circonscrit d'un CLIC, imaginons qu'on ait une expérimentation MAIA et du coup ça va être beaucoup plus global, ça fait 133 communes, 5 CLICS, ça fait déjà une expérimentation beaucoup plus large, donc des outils communs qui seront utilisés sur l'échelle d'un département de façon beaucoup plus large » [Acteur stratégique social, Site rural]

« Il était beaucoup plus grand le territoire MAIA » [Acteur tactique social, Site rural].

---

<sup>35</sup> Précisons qu'il aurait été souhaitable méthodologiquement pour l'analyse menée sur le site rural relativement à l'appréciation du projet MAIA de disposer des discours tenus par les acteurs supplémentaires, qui n'étaient pas impliqués dans PRISMA-France, et qui se sont engagés dans l'écriture du projet comme tenu de la nouvelle territorialité du site d'expérimentation. En raison d'une part de l'absence de ces entretiens au protocole de recherche et du fait de la non-réception du projet MAIA d'autre part, l'équipe recherche n'a pas été en mesure d'organiser ces entretiens.

Ce changement d'échelle géographique d'expérimentation est justifié à l'échelon stratégique par la recherche d'une mise en cohérence des dispositifs de coordination gérontologique, notamment du fait de la mise en place concomitante de la filière gériatrique :

*« La filière gériatrique c'est aussi décloisonner le social et le médico-social, donc c'est des choses qui se télescopent, qui se rejoignent et qui doivent forcément s'harmoniser, travailler ensemble »* [Acteur stratégique social, Site rural].

A l'échelon tactique ce changement d'échelle territoriale dans le projet MAIA fait l'objet de nombreuses controverses:

*« On était murs pour travailler sur de l'intégration. Or quand le Conseil Général a repris les choses puisqu'il fallait finalement répondre à l'appel à projet MAIA, il a envisagé les choses de façon complètement différente puisqu'il a intégré je dirais tout le sud de l'Essonne, c'est à dire tout le sud est et le sud ouest »* [Acteur tactique social, Site rural]

*« Ils ont voulu faire corrélés les deux secteurs. Pourquoi ? Je n'en sais rien du tout. Enfin bon, je pense que derrière y'avait un enjeu politique, un enjeu de structure avec [telle structure] »* [Acteur tactique sanitaire, Site rural].

Plusieurs thématiques sont abordées dans ces deux citations.

La thématique du **périmètre du territoire d'expérimentation stricto sensu, ne semble pas, au regard des acteurs tactiques, correspondre à un territoire d'action cohérent**. Les acteurs tactiques interviewés témoignent d'un consensus relativement large selon lequel la redéfinition du territoire d'expérimentation n'est pas cohérente avec le territoire d'action :

*« Moi j'étais très ennuyée de ce projet énorme de MAIA, parce que si vous voulez on ne peut pas faire tout et n'importe quoi. A mon sens il faut tenir compte comme je vous le disais déjà de l'existant, des réseaux existants, des territoires, y a des logiques, y a des flux de population [...] Un projet beaucoup plus d'envergure [...] avec des professionnels avec lesquels d'abord le début de réflexion n'avait pas du tout été fait, et puis des personnes avec qui on n'a pas du tout l'habitude de travailler »* [Acteur tactique social, Site rural]

*« C'est vrai qu'au moment du dépôt du projet MAIA, sur le grand Sud Essonne, nous autres là sur ce secteur on était très contre. On a dit et clairement dit que c'était une ânerie de considérer un territoire aussi grand, d'avoir deux portes d'entrée, que la zone Est nous rejoigne alors qu'elle n'avait pas avancé du tout »* [Acteur tactique sanitaire, Site rural].

*« Avoir un projet tel qu'il était construit sur tout le sud du département, je sentais très mal les choses. Avec des partenaires qui n'avaient pas du tout eu la démarche qu'on avait eue, des gens qu'on ne connaît pas, des gens qui ont des fonctionnements complètement différents, et puis ce n'est pas les mêmes populations » [Acteur tactique social, Site rural].*

*« On avait bien avancé le projet PRISMA [...] Par contre, l'autre secteur [...] était beaucoup moins avancé dans PRISMA. Je pense que du coup, on a eu un territoire très étendu avec une avancée de l'intégration qui n'était pas du tout au même niveau. [...] On a essayé de regrouper les deux mais je pense que c'était trop grand » [Acteur tactique sanitaire, Site rural].*

Une seconde thématique abordée, dont témoignent les citations ci-dessus, est celle de **la prise en considération des pratiques de coordination gérontologique actuelles et expérimentées sur les deux territoires constituant le projet MAIA**. L'« autre territoire » est représenté comme « moins avancé » notamment en l'absence d'un travail préalable sur l'intégration des services dans le cadre de l'expérimentation PRISMA-France. Cette représentation diminue la cohérence perçue du projet d'intégration dans le cadre de l'expérimentation MAIA sur ce territoire :

*« On n'était pas au même niveau d'avancement et pas avec les mêmes moyens et donc c'était ... À mon avis, la demande était beaucoup moins cohérente en intégrant un autre territoire » [Acteur tactique sanitaire, Site rural].*

*« On regroupe dans un projet des sites complètement différents. Mais pourquoi les regrouper ? Parce qu'après il va falloir qu'ils fonctionnent chacun de leur façon. On ne peut pas tout niveler, c'est pas comme ça qu'on réussit les choses, moi je n'y crois pas » [Acteur tactique social, Site rural].*

Une troisième thématique abordée dans les citations porte sur les **facteurs explicatifs du changement de territoire d'expérimentation**. Les acteurs tactiques font état d'un manque de visibilité du travail de définition et d'écriture du projet réalisé dans un groupe projet piloté par les services du Conseil Général de l'Essonne. Globalement, ils connaissent l'existence de ce groupe, sans savoir précisément qui y participe ou pas et à quel titre. La participation de deux organisations tactiques semble insuffisamment relayée, le travail mené peu compréhensible.

*« Je crois que [untel] a participé ... Euh ... [Untel] y a participé, ça j'en suis sûre. [Untel] qui a participé à une ou deux réunions. Sinon, c'est tout hein » [Acteur tactique sanitaire, Site rural].*



« Entre l'appel à projet et le dépôt de la candidature, moi j'ai rien vu. Ça s'est construit avec le Conseil Général, [untel], le docteur [untel], le docteur [untel], [untel] elle ne comprenait rien » [Acteur tactique sanitaire, Site rural].

Cette situation semble avoir permis une représentation générale aux niveaux tactique et stratégique d'un projet construit par le Conseil Général suspecté d'instrumentaliser l'expérimentation préalablement conduite dans le cadre de PRISMA-France :

« J'ai été très en dehors de la construction de ce projet. Je savais qu'on était porteur. On a su très ... y'a pas eu de partage du projet entre les partenaires. On n'a pas construit ensemble ce projet. Ce sont les instances qui se sont approprié le truc : « Nous on y va ». Eux ils ont avancé avec PRISMA. « C'est bon. Ça va donner un noyau dur ». Et puis on dépose. Comme si c'était une valeur en plus » [Acteur tactique sanitaire, Site rural].

« C'est ça qui est toujours un peu compliqué. C'est qu'en fait, finalement, il y a quelque chose d'établi et après, par économie ou par décision multifactorielle, ça se transforme en autre chose qui n'est pas du tout ce qui était prévu à l'origine. C'est pour ça que l'on se méfie maintenant » [Acteur tactique social, Site rural].

Il apparaît dans le discours des acteurs, qu'ils soient parties-prenantes au niveau tactique ou stratégique, une **dissociation entre un projet local et un projet politico-institutionnel**, porté avant tout par les instances du Conseil Général :

« J'ai cru comprendre que le Conseil Général avait une emprise trop importante sur le sujet... » [Acteur stratégique sanitaire, Site rural].

« On a eu le sentiment que c'était un projet du Conseil Général, fait au Conseil Général et que sur le terrain, il y avait une enquête universitaire réalisée, et on a rarement mis du liant entre ce qu'on voyait faire, en plus la distance a joué aussi » [Acteur stratégique social, Site rural].

La représentation d'un projet MAIA comme projet du Conseil Général est estimée problématique pour la construction de l'intégration des services gérontologiques au niveau local :

« Donc si vous voulez au niveau aussi des professionnels locaux, c'était pas forcément très bien perçu. Y avait pas la neutralité qu'il y avait avec une équipe recherche. Je pense oui, parce qu'en fait le Conseil Général avait décidé de répondre à l'appel à projet MAIA. Donc il

*s'est emparé si vous voulez un petit peu du projet, en ayant une idée je veux dire un peu différente de ce que nous on avait imaginé sur le territoire* » [Acteur tactique social, Site rural].

*« Quand on veut essayer de faire, c'est mon point de vue, marcher quelque chose, il faut s'appuyer sur de l'existant et qu'il y ait de la cohérence, ce qui ne m'est pas apparu dans le groupe projet [rédacteur du projet MAIA] »* [Acteur tactique social, Site rural].

Ces deux paramètres sur le changement de territoire d'expérimentation et sur le portage du Conseil général, sont reliés dans le discours des acteurs interviewés à une procédure de **candidature jugée rapide**, trop rapide, au cours de laquelle le projet aurait insuffisamment été travaillé, et sans représentation de l'ensemble des compétences des parties-prenantes :

*« Je n'y étais pas du tout impliquée. [...] En plus que ça s'est fait assez rapidement en période d'été, si je me souviens bien, l'année dernière. Alors je n'ai pas du tout, du tout été associée [...] j'aurais peut-être pu apporter quelque chose à ce projet MAIA, enfin. J'ai trouvé ça dommage quoi [...] Parce que tout a été fait dans la précipitation [...] Il fallait au dernier moment, présenter un dossier MAIA parce que c'était comme ça, parce que c'était dans l'air du temps, parce qu'il fallait faire plus vite que la musique »* [Acteur tactique social, Site rural]

*« On s'est dit c'est très bien, parce qu'avec PRISMA on a amorcé une réflexion qui va nous permettre je dirais dans un temps de travail suffisamment correct, de mettre en place des choses pour se positionner MAIA quand ils vont le faire, ils vont demander à des services de répondre à l'appel à projet. Or il se trouve que l'appel à projet est tombé très vite pour ces sites expérimentaux pendant l'été en plus, avec un temps de réponse très court. Donc on n'imaginait pas les choses comme ça »*

*« Le Conseil Général, quand il a pris la MAIA, a agrandi le périmètre, pour être dans ses G1, G2, G3, G6, il a des zones de soins, et il fallait monter jusqu'à Arpajon... Honnêtement, on a répondu assez vite à la MAIA, parce qu'on trouvait que le système était très bon, ça a été rapide, j'ai été assez surpris. Je pensais qu'on allait avoir la MAIA et on l'a pas eu »* [Acteur stratégique social, Site rural].

Enfin, dans cette thématique des facteurs explicatifs des modifications apportées au projet MAIA comparativement à l'expérimentation initiale PRISMA-France, la volonté de synergie avec les projets d'organisation spécifique au champ sanitaire semble perçue par les parties-prenantes du

niveau tactique. Pour autant cette volonté apparaît davantage relever du registre de **l'instrumentalisation selon les acteurs tactiques** (voir chapitre 5) que de la réponse à un besoin :

*« Quand on a travaillé sur MAIA, on se demandait comment pouvait être accepté un projet sur un territoire aussi grand, avec des modes de fonctionnement entre les deux filières aussi différents, sans que je n'y apporte de jugement de valeur; je parle de modes de fonctionnement, de liens entre tout le monde; je ne parle pas du point de vue de la prise en charge des patients sur le plan médical. C'est vrai que ça nous semblait manquer un petit peu de cohésion, enfin pour nous, de notre point de vue à nous, ici, Étampois. Par contre, toujours au cours de cette même réunion, on nous a bien fait comprendre qu'il fallait un territoire assez grand »* [Acteur tactique sanitaire, Site rural].

*« Un projet beaucoup plus d'envergure, en suivant l'histoire des filières gériatriques, on était plus sur du sanitaire. Et c'est vrai que bon...y a de l'argent à la clé mais [...]. Je pense que là on était vraiment sur des enjeux politiques, sur des enjeux financiers, beaucoup de choses qui m'échappent »* [Acteur stratégique social, Site rural]

Globalement, il résulte de cette dynamique de candidature à l'expérimentation MAIA un discours dans lequel **les acteurs tactiques témoignent d'une déception à ne pas avoir poursuivi l'expérimentation PRISMA-France davantage qu'une déception à ne pas être entrés dans l'expérimentation nationale à partir du projet MAIA :**

*« Alors, candidature MAIA, je trouvais ça très bien. Après, quand j'ai eu un petit peu connaissance du projet, des territoires que ça concernait, des acteurs qui étaient ... Finalement, je me disais «Si ça ne marche pas, ça ne va pas me déranger». Dans mon fort intérieur, c'est ce que je pensais. Bon, j'aurais aimé un accord quand même. J'aurais aimé un accord parce que y'aurait eu une continuité »* [Acteur tactique social, Site rural]

*« Comme il était monté, le rejet, moi je l'ai bien vécu »* [Acteur tactique sanitaire, Site rural].

Bien qu'avec le rejet de la candidature MAIA l'expérimentation PRISMA-France ait été suspendue six mois après (voir le chapitre 5 du présent rapport), les acteurs tactiques semblent prêts à un nouvel investissement dans une perspective de candidature à un travail ultérieur de labellisation MAIA :

*« Je suis très contente d'avoir vécue cette expérience, vraiment. Ça m'a apporté plein de choses, à la fois personnellement, professionnellement, sur la vie, une ouverture d'esprit*

*aussi. Plein, plein de choses. Je suis prête à recommencer s'il faut* » [Acteur tactique sanitaire, Site rural].

Cette perspective est explicitée par la dynamique engendrée dans le cadre de la concertation menée dans PRISMA-France, mais apparaît sujette à une redéfinition, voire à un retour de la configuration expérimentale :

*« Avec ce même territoire que PRISMA... Enfin, je n'ai pas envie de retenter l'expérience dépendant encore d'enjeux au-delà des nôtres mais on aimerait bien que ce soit les gens qui ont travaillé sur PRISMA qui continuent à se lancer dans la MAIA. Moi je me sens déçu de ne pas pouvoir aller plus loin pour les raisons qu'on a citées. Maintenant, on est sur les «starting blocks»* » [Acteur tactique sanitaire, Site rural].

*« C'est vrai qu'on est très déçus de ne pas avoir eu de reconnaissance du travail accompli [...] On a envie de poursuivre [...] Comment on pourrait, nous, continuer d'avancer parce qu'en même temps, on souhaite, et c'est peut-être égoïste, mais rester... Le projet MAIA comprenait deux filières.... »* [Acteur tactique sanitaire, Site rural].

*« Je pense qu'après il faudra retravailler le dossier, le projet, oui. Et rester ... enfin, garder cette entité locale et non pas sous cet énorme projet MAIA qui était présenté »* [Acteur tactique social, Site rural].

Une mise en contexte de cette opinion formulée par les acteurs tactiques est fournie dans le chapitre 5 qui propose une analyse approfondie du contexte de fin d'expérimentation sur le site rural et de l'appropriation du projet dans ce cadre.

### **6.2.2. Opportunités de construction d'une politique publique**

Dans l'ensemble du corpus discursif, la thématique du passage de PRISMA-France à MAIA est aussi envisagée dans une dynamique de construction de politique publique. Il est possible de traiter cette thématique à partir d'un schéma inscrit dans l'approche de la sociologie de l'action publique (développée dans le chapitre 4 du présent rapport).

Tout d'abord, un certain nombre d'acteurs mettent en exergue la façon dont le passage de l'expérimentation PRISMA-France à MAIA peut être analysée au regard de l'étape de transformation d'un « fait social » dans le cadre de l'expérimentation PRISMA-France conduite sur

une petite échelle à un « problème public » dans le cadre de l'expérimentation MAIA menée sur une échelle bien plus vaste et dans le cadre d'un plan national présidentiel. Rappelons que cette transformation appelle un processus de légitimation qui s'appuie sur l'émergence de groupes d'« entrepreneurs de causes qualifiés ». Ces deux conditions sont présentes selon les acteurs interviewés.

- Il y aurait un **processus de légitimation de l'expérimentation PRISMA-France** en tant que fait social :

*« Ça permet aussi une légitimation nationale autour d'une expérimentation, avec un enjeu politique fort autour. Qu'il soit local mais aussi national, cet enjeu »* [Acteur stratégique social, Site urbain]

*« Le projet PRISMA est porté sur des fonts baptismaux qui le mettent en lumière [dans l'appel à projet MAIA] »* [Acteur stratégique social, Site méga-urbain]

*« Y a un éclairage plus intense sur ce projet là, puisqu'il [PRISMA-France] est soutenu au niveau national »* [Acteur stratégique sanitaire, Site urbain]

- Ce processus de légitimation serait le fruit de l'**émergence, au niveau national, d'un groupe d'« entrepreneurs de causes qualifiés » identifiés dans l'équipe projet nationale** : *« Si au niveau national on crée des MAIA exigeantes. Si on ne fait pas que des MAIA de coordination, si on fait vraiment de l'intégration, il n'y a pas de raison d'en douter, parce qu'il y a une bonne configuration d'hommes, les gens qui pilotent ça sont assez convaincus »* [Acteur stratégique sanitaire, Site méga-urbain]. Le travail d'accompagnement national mené par cette équipe auprès des sites d'expérimentation MAIA, à travers la définition de moyens d'action explicités analytiquement et illustrés d'exemples, participe au processus de légitimation : *« La CNSA c'est une équipe nationale, mais elle est compréhensible aussi. L'équipe MAIA [c.à.d. l'équipe projet locale] n'est pas suffisamment consistante pour pouvoir mettre en place elle même des outils. Donc forcément ces outils là doivent être créés par l'équipe nationale »* [Acteur stratégique sanitaire, Site urbain] – *« C'est très contrôlé, très cadré etc., c'est bien. Je crois que c'est un gage de sérieux aussi. Qu'on est vraiment dans l'expérimentation et donc qu'on se donne les moyens d'évaluer, donc c'est bien »* [Acteur tactique sanitaire, Site urbain] - *« Je pense que la CNSA par rapport à l'expérimentation MAIA là est très innovante, y a une logique aussi de travail comme ça entre les pilotes et la CNSA qui moi me paraît très intéressante »* [Acteur tactique social, Site urbain]

Ensuite, les acteurs interviewés mettent en exergue la façon dont l'inscription de leur expérimentation PRISMA-France dans le cadre du Plan National Alzheimer accroît la **visibilité** à une échelle beaucoup plus grande de l'objectif d'intégration gérontologique :

*« Aujourd'hui on l'a appelé MAIA et on ne sait pas parfaitement comment ça va s'organiser, donc voilà moi je trouve que c'est très bien de se redonner l'objectif »* [Acteur stratégique social, Site rural]

*« PRISMA c'est quand même un peu un modèle, c'est même plus qu'un modèle, c'est un modèle qui a vraiment été reconnu aussi par le plan Alzheimer »* [Acteur stratégique sanitaire, Site méga-urbain].

Cette visibilité de l'objectif d'intégration augmente ainsi la **capacité d'interpellation** dans d'autres cercles que ceux de l'espace d'expérimentation initial : *« Là le plan Alzheimer devrait quand même faire que les politiques réagissent par rapport à un projet comme PRISMA »* [Acteur stratégique sanitaire, Site Paris]. Cette étape qualifiée de mise en politique consiste à faire de l'intégration gérontologique un « problème politique ». 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. Ici l'entrée dans le plan national Alzheimer est considérée comme propice à ce mouvement en raison de l'**inscription du projet dans une problématique de santé publique** :

- *« Y a la visibilité liée au lien, on le rattache à une problématique de santé publique Alzheimer, donc forcément. C'est plus visible de communiquer sur les malades d'Alzheimer que sur complexité, le plan Alzheimer, y a ça et puis y a le fait que ça rentre dans un plan d'ensemble »* [Acteur stratégique social, Site urbain]
- *« C'est un peu la même chose mais appliquée à un domaine, à une pathologie de la personne âgée qui en terme de santé publique pose de plus en plus fréquemment de problèmes »* [Acteur stratégique sanitaire, Site urbain]
- *« Y a une prise en compte aussi de la problématique de santé publique, et y a beaucoup plus de gens qui sont au courant des problématiques posées, qui ne découvrent pas ce que c'est que dans la vie d'Alzheimer, qui ne découvrent pas ce que c'est qu'un système d'aide. Je pense qu'il y a un mouvement général vers l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées »* [Acteur tactique sanitaire, Site rural].
- *« On est dans une période charnière, de toute façon c'est clair. Je crois qu'il y a eu vraiment une révélation là par rapport à l'ampleur de la maladie, par rapport à tout ça.*

*Mais de toute manière c'est clair qu'il a le mérite d'exister, ce plan, il a reposé quand même beaucoup de choses »» [Acteur stratégique social, Site rural].*

Enfin, dans l'approche de la sociologie de l'action publique, la troisième étape de la construction d'une politique publique consiste à l'**inscription de la question à l'agenda gouvernemental**. L'inscription à l'agenda gouvernemental se fait au profit de fenêtres d'opportunité, tant à l'échelle nationale que territoriale. Relativement à l'inscription à l'agenda gouvernemental à l'échelle territoriale, le chapitre 4 du présent rapport en propose une analyse. Spécifiquement à l'inscription à l'échelle nationale, de nombreux discours font état de l'opportunité de la sortie du plan national Alzheimer pour le projet d'intégration gérontologique :

- *« Ce qui est sûr c'est que la volonté politique de la prise en charge dans le cadre du plan Alzheimer, est une opportunité » [Acteur stratégique sanitaire, Site urbain].*
- *« C'est quand même la mesure 5 du plan Alzheimer quelque part ! » [Acteur stratégique social, Site rural].*

Le Plan National Alzheimer, plan présidentiel, est déclaré **propriété présidentielle**. Cette annonce inscrit les 44 mesures du Plan à l'agenda du gouvernement :

*« Des effets de politiques, je veux dire c'est une annonce, une annonce pré-électorale qui doit être mise en œuvre. Légitime ou pas, le problème n'est pas tellement là. Dire l'Alzheimer ça a toujours existé, le fait que ce soit urgent c'est essentiellement le fait d'une promesse électorale qui doit être reconnue » [Acteur stratégique sanitaire, Site méga-urbain].*

Dans les 44 mesures du plan national Alzheimer, la mesure 4 de labellisation MAIA est considérée comme une **mesure phare** selon la presse spécialisée et généraliste en particulier, mais aussi par les acteurs interviewés :

*« Il y a le plan Alzheimer venu très en force et cette idée de MAIA, voilà, il fallait bien quelque chose, je fais confiance à notre Président pour savoir annoncer des choses, des grands chantiers... » [Acteur tactique sanitaire, Site urbain].*

Il en résulte que cette mesure est particulièrement **médiatisée**.

En outre, le plan fait l'objet de réunions de suivi gouvernementales régulières. Au cours de la 4<sup>ème</sup> réunion, le 17 septembre 2010, tenu par le Président de la République en présence du Premier ministre, du ministre du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, du ministre de l'Enseignement supérieur et la Recherche, du ministre de la Santé et des Sports, ainsi que de son secrétaire d'État en charge des Aînés, le communiqué de presse annonce que « *Le Président de la République a donc décidé que cette initiative serait généralisée à compter de 2011* ». Le dossier de presse explicite cette décision : « *Les 17 expérimentations de MAIA - maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, portes d'entrée unique dans le dispositif de prise en charge Alzheimer, réalisant l'intégration du sanitaire et du médicosocial au plan local et disposant aujourd'hui de 51 coordonnateurs – ont démontré que ce concept novateur constitue effectivement la réponse adaptée pour simplifier le parcours du couple malade/aidant, évaluer et orienter. Les expérimentations permettent de conclure qu'une MAIA fonctionne sur un territoire infra-départemental, qu'un pilotage local est nécessaire pour atteindre un premier niveau d'intégration sur le territoire et permettre aux gestionnaires des cas complexes d'intervenir efficacement ; la généralisation portera sur 35 MAIA supplémentaires en 2011, 100 MAIA supplémentaires en 2012, soit environ 150 MAIA fin 2012 pour une couverture totale du territoire par 400 à 600 MAIA en 2014* » (p. 5 du communiqué de presse<sup>36</sup>). L'expérimentation MAIA est ici explicitement inscrite dans une perspective de construction de politique publique.

L'approche de la sociologie de l'action publique permet de mettre en perspective la façon dont le projet pilote PRISMA-France expérimenté sur une petite échelle de trois sites a pu s'inscrire dans un projet de plus grande ampleur permettant une inscription dans un processus de construction de politique publique : « *Pour l'instant MAIA c'est un territoire, c'est pas essayer sur d'autres sites pour le moment. Pour Mulhouse je parle, effectivement je développe sur Mulhouse et sur Illzach enfin le pôle, le secteur 4 après. [...] Après si il faut essayer la démarche, finalement c'est à un autre niveau* » [Acteur tactique social, Site urbain]

### **6.3. Influence de l'apparition de la problématique Alzheimer**

L'orientation du projet PRISMA-France dans le cadre du Plan National Alzheimer a engendré des dynamiques de différents ordres dans le temps en lien avec le ciblage personnes âgées présentant une maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. Il apparaît intéressant de noter dans le dossier de presse annonçant la généralisation des MAIA à l'échelle nationale la distinction faite entre un

---

<sup>36</sup> Téléchargeable à l'adresse suivante : [http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/17-09\\_Dossier\\_de\\_presse\\_Alzheimer.pdf](http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/17-09_Dossier_de_presse_Alzheimer.pdf)



système d'intégration des services visant la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées et un dispositif de gestion de cas ciblant les personnes âgées en situation complexe. En effet, cette ambiguïté du ciblage du système d'intégration organisationnelle et institutionnelle à travers la MAIA articulée au système d'intégration clinique à travers la gestion de cas donne place à ensemble des discours, plus ou moins controversés, sur l'impact de l'apparition de la problématique « Alzheimer » dans le projet :

*« MAIA c'est une des mesures du plan Alzheimer, donc c'est encore assimilé pour beaucoup de monde à la maladie d'Alzheimer. Alors que dans les faits, à travers les situations complexes, je ne sais pas quelle est la proportion mais je ne pense pas que ce soit majoritaire, les personnes qui sont atteintes de troubles apparentés aux maladies d'Alzheimer. Je ne suis pas sûr de ça »* [Acteur tactique sanitaire, Site urbain].

Dans les deux sous-sections suivantes, nous procéderons en deux temps sur l'analyse de cet impact : une phase de prise de connaissance du Plan Alzheimer au cours de laquelle ce ciblage considéré comme réducteur, conduit à de nombreuses controverses ; une phase de montée en charge des situations de personnes âgées suivies en gestion de cas pendant laquelle ce ciblage est considéré comme « cas clinique » dans un processus séquentiel. En effet, l'analyse de discours des entretiens individuels montre une chronologie dans les réactions, analyses et représentations des parties-prenantes du projet quant à la thématique du ciblage « Maladie d'Alzheimer et Maladies apparentées ». Dans notre analyse, les citations fournies à titre d'illustrations, respectent cette chronologie en deux temps.

### **6.3.1. Sortie du plan Alzheimer et ciblage : une phase initiale de controverses**

De l'automne 2007 (publication du rapport Ménard) au deuxième semestre 2008 (écriture du projet MAIA), la perspective d'une inscription du projet PRISMA-France dans le cadre Plan National Alzheimer ciblant les « personnes âgées présentant une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées » est majoritairement analysée dans le registre sémantique de la **réduction** :

*« Si PRISMA se mettait dans une MAIA, je serai contre, parce que je trouve qu'il n'y a pas que les Alzheimer qui sont en situation complexe. Non là par contre, je trouve que ce n'est pas bon »* [Acteur stratégique social, Site méga-urbain].

*« Ça paraît réducteur. Y a des personnes dépendantes qui ne sont pas Alzheimer »* [Acteur stratégique sanitaire, Site urbain].

Il est considéré que le ciblage sur les « personnes âgées présentant une maladie d'Alzheimer ou maladies » constitue un ciblage :

- « **non représentatif** » des situations complexes pour lesquelles un accompagnement est nécessaire pour assurer le maintien à domicile : « *Alzheimer ne résume pas du tout les problèmes de la personne âgée de très loin* » [Acteur stratégique sanitaire, Site méga-urbain],
- une « **sous-catégorie** » des situations complexes pour lesquelles un accompagnement est nécessaire pour assurer le maintien à domicile : « *Là c'est estampillé Alzheimer. Alors que des cas lourds et difficiles à domicile, y en a d'autres* » [Acteur stratégique sanitaire, Site urbain]

Les acteurs soulèvent plusieurs catégories de problématiques :

- tout d'abord la question de la cible « **pathologie** » : « *Qu'est-ce qu'on fait de tout l'univers des personnes âgées en besoin rapproché d'aide qui ne relèvent pas de ces pathologies* » [Acteur stratégique social, Site méga-urbain] - « *Est-ce que par type de pathologies liées au vieillissement, il faut faire des structures ?* » [Acteur stratégique sanitaire, Site urbain].
- et ensuite la question de la cible pathologie spécifique **Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées** : « *Quelqu'un qui est atteint d'une maladie de Parkinson, excusez-moi, c'est parfois aussi difficile d'accompagnement qu'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer* » [Acteur tactique sanitaire, Site urbain].
- et enfin la question de la pertinence du ciblage compte tenu des **besoins territoriaux** identifiés dans le champ gérontologique : « *Nous les cas complexes ne sont pas du tout des Alzheimer. Les cas complexes sont en ce moment à Paris essentiellement liés à la solitude, y a des cas liés à la pluri pathologie et à un environnement social complètement dégradé* » [Acteur stratégique sanitaire, Site méga-urbain].

Nombre d'interlocuteurs questionnent les raisons d'être du ciblage personnes âgées présentant une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. Nous souhaitons mettre en perspective les différentes controverses à partir d'une citation illustrative.

« *Je pense qu'on a focalisé sur la maladie d'Alzheimer, on a fait une surmédiation de cette maladie, c'était légitime parce qu'on le vit tous les jours et c'est une maladie qui est*

*terrible, mais, compte tenu de la grande dépendance des personnes âgées et de la durée de ce grand âge dépendant souvent, heureusement, il l'est pas toujours, mais on en voit quand même beaucoup, je pense que c'est une nécessité d'accompagner aussi d'autres personnes. Sans compter que, je le vis avec les accueils de jour, c'est beaucoup moins stigmatisant, on en a fait une espèce de maladie à part, qui la rend encore plus dangereuse, qui affole encore plus la population qu'elle ne la rassure sur un accompagnement possible. Ce qui fait qu'on a encore beaucoup de réactions où les gens la cachent, on ne dit pas, on n'accepte pas l'aide... donc je pense qu'il faut qu'elle sorte, pour moi, c'est un ghetto » [Acteur tactique sanitaire, Site urbain].*

Dans cette citation, plusieurs thèmes peuvent être identifiés, certains sont controversés, d'autres non. Nous proposons d'en développer cinq catégories.

1) La **stigmatisation** de cette partie de la population âgée. L'interviewé sous-entend que cette stigmatisation participe en outre au défaut de diagnostics de la maladie. Cette thématique, est absente de l'ensemble du corpus d'entretiens, ce qui intéressant à noter.

2) En articulation avec ce thème de la stigmatisation est posée, à travers le lexique du « ghetto » la thématique de l'**équité de traitement des personnes âgées** en situation complexe. Ce thème est présent chez un certain nombre d'acteurs, quelque soit leur niveau de participation :

*« Si on n'est pas dans la bonne pathologie et qu'on n'a pas accès aux mêmes services par contre, là je ne suis plus d'accord. Alors là par contre, je suis assez claire là-dessus. Mais en sachant que les problèmes neurologiques entraînent des problèmes de situations complexes » [Acteur stratégique social, Site méga-urbain].*

*« Parce que déjà on a une ségrégation avec l'âge, alors maintenant si on a une ségrégation avec les pathologies, ça va bien ! » [Acteur stratégique social, Site méga-urbain].*

*« Il est certain que les MAIA ont été écrits au regard de PRISMA, c'est un secret pour personne si on a lu les textes, à ceci près que PRISMA initial, le gestionnaire de cas ne doit pas être réservé aux Alzheimer. Sinon, enfin, il y aura une partie de la population qui sera laissée sur le côté. Il est certain que dans les cas complexes, y a des gens qui ont une problématique Alzheimer ou maladie apparentée, là par contre y a pas photo » [Acteur tactique social, Site méga-urbain].*

3) La **cohérence des politiques de santé publique en direction des personnes âgées compte tenu des données démographiques et épidémiologiques**. Le ciblage « personnes âgées

présentant une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées » apparaît problématique par rapport à la population « personnes âgées » dont le maintien à domicile est compromis. Dans cette thématique nous proposons également de retenir cette citation particulièrement illustrative :

*« Qu'est-ce que ça veut dire de mettre une pathologie, alors qu'on sait que bon, la population vieillit, que il va falloir du financement extrêmement important pour l'ensemble de notre population aujourd'hui pour la prise en charge de nos personnes âgées. Pourquoi mettre une pathologie qui est très importante, je ne veux surtout pas dire que c'est un problème mais il faudrait faire un plan Alzheimer, il faudrait faire un plan je ne sais pas sclérose en plaque, il faudrait faire un plan cancer... Pourquoi mettre une pathologie en avant alors que le problème de fond, on a un problème de fonds publics »* [Acteur tactique social, Site méga-urbain].

- 4) La raison d'être de ce ciblage est approchée par les **difficultés rencontrées par les « personnes âgées présentant une maladie d'Alzheimer et maladies apparentées »**. Cette difficulté est en outre appréhendée comme une difficulté familiale comme en témoigne la citation suivante : *« La maladie d'Alzheimer est une maladie qui rend des familles très fragiles, qui rend les gens démunis et je pense qu'il y a vraiment besoin d'un accompagnement »* [Acteur tactique sanitaire, Site urbain].

Dans les discours des acteurs interviewés, fréquemment le **besoin d'accompagnement identifié par cette population est articulé avec l'entrée en établissement** :

- *« Chercher une place en maison de retraite pour un malade d'Alzheimer qui a un GIR 2, c'est extrêmement compliqué. C'est un parcours du combattant, et je veux dire la situation est urgente, elle est critique parce que garder une personne comme ça à domicile, c'est éreintant, c'est fatigant, l'aidant est dans un état... »* [Acteur stratégique sanitaire, Site urbain].
- *« Quand on arrive vers les éléments de gravité importants de maladie d'Alzheimer, c'est soit la structure d'accueil parce que y a une fonction d'assistance et puis c'est tout ce qui reste encore à faire, et juste avant je pense qu'effectivement le fait qu'on mette en place des dispositifs de coordination dont le gestionnaire de cas peut être un, ou peut être la bonne réponse »* [Acteur stratégique sanitaire, Site urbain].
- *« Le rêve c'est qu'un système comme PRISMA devienne un système normal de prise en charge des personnes au même titre qu'aujourd'hui il est normal de se faire opérer dans une clinique ou dans un hôpital, et pas de le faire à la maison. Et de garder les*

*établissements en fonction de ce pourquoi ils sont faits* » [Acteur stratégique sanitaire, Site rural].

On a ici une mise en perspective de la gestion de cas comme étape d'accompagnement préalable à l'entrée en institution, ou comme alternative à l'institutionnalisation. Cet élément semble d'autant plus intéressant à souligner qu'il ne s'agissait pas d'un objectif ou d'une hypothèse initiale du projet PRISMA-France, alors que c'est le cas d'un certain nombre de projets d'intégration des services dans le champ gérontologique (Vaarama & Pieper, 2006 ; Challis et al., 1991).

5) La raison d'être de ce ciblage est envisagée en raison des **difficultés rencontrées par les professionnels** dans l'accompagnement de cette population (« *c'était légitime parce qu'on le vit tous les jours* »). La mise en place d'un dispositif ciblant « personnes âgées présentant une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées » comme solution à un problème rencontré par les professionnels est, dans l'ensemble du corpus discursif, très peu présente. Lorsque c'est le cas, c'est principalement le fait de gériatres, et sur un mode très général permettant difficilement d'identifier les difficultés rencontrées et les attentes formulées :

- « *Le plan Alzheimer, c'est quand même quelque chose qu'on attendait depuis longtemps, c'est des moyens qui vont être développés pour les problèmes qui se posent au jour le jour, donc j'en ai que des espoirs* » [Acteur tactique sanitaire, Site rural].
- « *Au départ j'avais pensé à un accrochage d'un projet qui avait le vent en poupe, alors que PRISMA me semblait avoir pris de la vitesse et la crédibilité, ou en tout cas que la mise en route était pour le moins difficile avec des changements de personnes etc. On se dit bon, si on rentre là dedans, pourquoi pas. En plus ça m'intéressait encore plus parce que je travaille essentiellement avec les personnes âgées et Alzheimer, c'est mon travail de tous les jours* » [Acteur tactique sanitaire, Site méga-urbain].

Toutefois, un médecin généraliste, représentant de l'URML, remet en cause la représentativité de cette population comme nécessitant un dispositif particulier pour la médecine de Ville : « *Combien d'Alzheimer par médecin généraliste? Revenons à nos moutons. Moi, zéro. Je n'en ai jamais eu. Ça fait 25 ans, je n'en ai jamais eu* » [Acteur stratégique sanitaire, Site rural]. S'il est vrai qu'ici un lien pourrait être fait avec les difficultés de diagnostic de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, remarquons que cette problématique est complètement absente dans l'ensemble du corpus, ce qui est intéressant à souligner.

De façon secondaire, les interlocuteurs ont soulevé la question de la cible « **tranche d'âge** », au sens non pas du ciblage « maladie d'Alzheimer et maladies apparentées », mais du ciblage « personnes âgées présentant une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées » :

*« Je dis « attention », on a des patients jeunes, qui vont avoir 60 ou 65 ans, des gens qui ne sont dans aucune tranche, qui ne sont pas en géronto et là, ce sont des cas très complexes, parce que ce sont des gens qui ont encore une activité professionnelle ou presque plus, qui ont des enfants à charge... on a la même chose avec les handicapés vieillissants, mais trop jeune pour être pris en géronto et c'est là qu'on a les gestion de cas, à mon avis, les plus lourdes. Nous, on a des gestions beaucoup plus lourdes que sur des personnes très âgées »*  
[Acteur tactique sanitaire, Site rural].

Par rapport à ces controverses, il est ici intéressant de préciser que **les rédacteurs des projets MAIA semblent avoir tenté de cerner ces potentielles polémiques en articulant les cibles des projets PRISMA-France et MAIA**. Ainsi le projet du site rural précise, dans son chapitre 1.3. intitulé « Le croisement des publics MAIA / PRISMA », que : « Au cours de l'expérimentation PRISMA France, il a été estimé qu'environ 5% des personnes âgées relèveraient des critères d'accès à la gestion de cas. Les publics âgés de plus de 75 ans, malades Alzheimer ou troubles apparentés, sont prioritaires car ils sont à la fois ciblés dans le projet MAIA et dans l'expérimentation PRISMA et en énorme besoin de suivi rapproché ». Dans cette indication, qui n'induit pas de distinction de ciblage du système d'intégration des services et de la gestion de cas, la population des personnes âgées présentant une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées sont considérées comme cible prioritaire mais non exclusive. La thématique du ciblage est traitée dans le projet du site méga-urbain dans le cadre du chapitre 3.1. Intitulé « « Autonomie 75.20 » : une MAIA pour les personnes âgées et leur entourage », dans lequel il est précisé que « les objectifs poursuivis lors de l'expérimentation MAIA vis à vis des personnes âgées en perte d'autonomie, des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou apparentées) et de l'entourage sont de : 1) faciliter la vie quotidienne, l'accès aux structures sanitaires et sociales et l'accompagnement individualisé dans l'offre de soins et de services, 2) supprimer les redondances d'intervention et les ruptures de continuité dans les circuits clinico-administratifs ». Ici, le ciblage « personnes âgées présentant une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées » est cumulatif et non substitutif au ciblage « personnes âgées ». Le projet MAIA du site rural fait état, quant à lui, d'un ciblage « personnes âgées présentant une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées » comme une sous catégorie du ciblage personnes âgées en perte d'autonomie. Ce sujet est traité dans la section II « Les objectifs stratégiques de l'expérimentation MAIA » de la façon suivante : « La MAIA tend à

proposer à toutes les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et à leurs proches, ou plus largement à toute personne âgée en lourde perte d'autonomie, une facilité d'accès aux informations, une écoute structurante et des réponses adaptées à leurs besoins ». Ces trois cas particuliers relèvent en réalité de deux catégories de positionnement quant à la question de la cible du dispositif d'intégration des services gérontologiques. Dans le cas du site urbain, il y a une priorité donnée aux personnes âgées présentant une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées dans l'ensemble des personnes âgées en situation dite « complexe », tandis que sur le site méga-urbain et sur le site rural cette priorisation n'est pas présente, il n'y a pas d'attention particulière focalisée sur la « clientèle » « personnes âgées présentant une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée », elles sont intégrées dans l'ensemble des personnes âgées en situation dite « complexe ».

Les projets MAIA ont été présentés et discutés aux tables de concertation stratégique et tactique. Néanmoins, ces précisions et indications sur le sujet du ciblage ont partiellement été appréhendées par les parties prenantes des expérimentations MAIA. Toutefois, avec le déploiement du projet MAIA et la montée en charge des dossiers de gestion de cas, les controverses présentées dans cette section semblent avoir pris la forme de processus expérimental de définition de la population cible de la gestion de cas dans le champ gérontologique.

### **6.3.2. Avancée du projet : un ciblage en tant qu'étape dans une perspective « cas type » considérée comme levier**

Au cours du développement de l'expérimentation MAIA en 2009 et 2010, les controverses sur le ciblage « personnes âgées présentant une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées » ont laissé place à une dynamique expérimentale par *étapes* pour approcher la complexité nécessitant l'intervention d'un gestionnaire de cas dans le cadre d'un système intégré :

*« C'est vrai que ça m'énervait mais maintenant que je m'y suis fait [...] Alzheimer ne résume pas du tout les problèmes de la personne âgée de très loin. [...] A un moment, on voit bien que les choses compliquées ne sont pas que des Alzheimer, mais que l'Alzheimer représente un bon modèle d'embrouille maximale »* [Acteur stratégique sanitaire, Site méga-urbain].

Dans cette dynamique, les parties-prenantes inscrivent le ciblage « Maladie d'Alzheimer et Maladie Apparentées » dans une perspective « **cas types** ». Cette perspective est considérée comme levier pour le développement du projet d'intégration PRISMA-France.

L'approche « cas type » du ciblage « Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées » est considérée comme une cristallisation des problèmes compromettant le maintien à domicile. Cette cristallisation rend l'entrée « Personnes Agées présentant une Maladie d'Alzheimer ou maladies Apparentées » légitime pour commencer la construction d'une politique publique d'intégration gérontologique basée sur la gestion de cas :

*« C'est réducteur mais bon je suis assez positive et je me dis c'est un levier et pourquoi pas commencer par celui là, parce que là où il est pertinent ce levier, c'est que les familles qui connaissent la problématique Alzheimer à domicile, je veux dire on ne peut que les entendre, je veux dire que c'est tellement difficile, c'est une problématique tellement incroyable quand on voit les gens comment ils vivent à domicile avec un malade Alzheimer, que la moindre des choses c'est qu'on commence par eux quoi »* [Acteur stratégique social, Site urbain].

Cette approche « levier » de définition du ciblage est dans les argumentations mis en relation avec un **processus séquentiel** du projet d'intégration gérontologique basé sur la gestion de cas : 1) PRISMA « Personnes âgées en situation complexe » ; 2) MAIA « Personnes Agées présentant une Maladie d'Alzheimer ou maladies Apparentées » ; 3) MAIA « cas complexes incluant Maladie d'Alzheimer et maladies Apparentées ». Ce processus séquentiel est décrit en tant que mouvement dans lequel l'expérimentation PRISMA-France a débouché pour les sites expérimentaux sur une entrée dans le cadre de l'expérimentation MAIA dont il est attendu comme produit d'expérimentation la définition précise du ciblage « personne âgées en situation complexe ». Les citations suivantes explicitent ce processus :

*« Ça ne me choque pas qu'on parte de la maladie d'Alzheimer, en tout cas qu'on l'affiche, mais je voudrais qu'on affirme quand même que dans les objectifs, c'est quand même de répondre... Il me semble que ça a été plus ou moins dit et écrit que la finalité c'est quand même de répondre à l'ensemble des cas complexes »* [Acteur tactique social, Site méga-urbain].

*« Clairement la MAIA du Haut Rhin est issue de l'expérimentation PRISMA, y a un lien très fort. Mais ceci dit, le plan Alzheimer est centré sur une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer et donc voilà c'est normal qu'il y ait cette entrée principale. Il semble intéressant que l'expérimentation s'étende à tous types de publics qui ont des problèmes de cas complexes »* [Acteur stratégique sanitaire, Site urbain].



*« Parce que bon le plan Alzheimer, c'est les malades d'Alzheimer et puis il y a tous les autres, donc avec PRISMA on est avec tous les autres, enfin avec tout le monde »* [Acteur tactique social, Site rural]

En termes de dynamique de projet, la perception de la possibilité de travailler séquentiellement le développement de la gestion de cas dans un système intégré pour les « Personnes Agées » relève ainsi d'un processus séquentiel.

La **séquence initiale** est relative à l'expérimentation PRISMA-France visant la mise en place d'un système d'intégration basé sur la gestion de cas pour les personnes âgées en situation complexe : *« Au départ PRISMA n'était pas Alzheimer, était cas complexes multi complexes »* [Acteur stratégique sanitaire, Site méga-urbain].

La définition précise de ce ciblage est un attendu des résultats d'expérimentation : *« Moi j'ai bien compris qu'on est sur un nombre de cas limités, mais si on s'aperçoit qu'on est performant sur un nombre de cas limités, à un moment donné on doit pouvoir dire « on peut peut-être jouer sur les critères pour changer la cible de prise en charge ». On a dit par exemple, les cas complexes on les définit d'une certaine manière »* [Acteur stratégique sanitaire, site rural]. Les parties-prenantes font état d'une conduite de projet dont l'un des objectifs est de définir la population cible « chemin faisant » sur chaque site et d'obtenir des définitions de la complexité en fonction des contextes territoriaux. Il apparaît que ce but est considéré comme non atteint, et que ce résultat n'est pas définitif :

*« Je suis interrogative sur le fait que ça puisse obscurcir les choses à l'inverse de clarifier, parce que mettre une étiquette Alzheimer sur les cas complexes, y a un risque qui n'existait pas au démarrage, d'assimiler cas complexes à Alzheimer et maladies apparentées. Il faut passer au-delà de ça et bien rester sur cas complexes quel qu'ils soient dont les problématiques Alzheimer et apparentées »* [Acteur stratégique social, site méga-urbain].

En l'absence de définition précise de la population cible, l'entrée dans le Plan national Alzheimer avec ciblage « Personnes Agées présentant une Maladie d'Alzheimer ou maladies Apparentées » est réalisable : *« Tout ce que je peux dire c'est que le plan Alzheimer a été prévu, PRISMA avait déjà démarré depuis un an au moins me semble-t-il. L'expérimentation pouvait tout à fait s'inscrire dans le plan Alzheimer, si ce n'est que ce qui était visé au départ ça n'était pas uniquement les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Mais à part ça effectivement, c'est tout à fait un outil central pour le plan Alzheimer »* [Acteur stratégique sanitaire, Site urbain].

La non définition *a priori* de la cible « cas complexes » semble avoir permis l'orientation vers « Personnes Agées présentant une Maladie d'Alzheimer ou maladies Apparentées » :

*« Donc calquer sur PRISMA oui dans la mesure où on va gérer des cas d'Alzheimer effectivement qui requièrent là aussi plusieurs intervenants qui sont un peu plus complexes justement du fait du contexte dans la mesure où ça peut être une personne totalement isolée, dépourvue de ressources etc. »* [Acteur stratégique sanitaire, Site urbain].

La **séquence actuelle** est celle de l'expérimentation MAIA avec un ciblage « Personnes présentant une Maladie d'Alzheimer et maladies Apparentées » :

D'une part, ce ciblage est considéré comme flexible dans le sens où il est justifié davantage par l'association du projet à un Plan national Alzheimer qu'aux besoins des professionnels et de la population :

*« C'est là où il y a une notion pour moi de continuité, dans le sens où le travail qui est fait sur PRISMA et qui a été réapproprié par le GCSMS, a voulu s'inscrire dans MAIA en mettant une couleur Alzheimer parce qu'on était sur le plan Alzheimer mais en ayant en tête, en tout cas c'est ce que j'ai compris, en tête cette ouverture sur tout public âgé en difficultés »* [Acteur stratégique sanitaire, Site méga-urbain]

D'autre part, l'opérationnalisation du projet MAIA et de la gestion de cas se traduit par un déploiement du projet par rapport auquel la stricte application d'un ciblage « maladie d'Alzheimer et maladies apparentées » apparaît difficilement réalisable :

*« Ce n'est pas une frontière aussi intangible comme on aurait pu le croire au départ. Petit à petit tout le monde a appris à composer, à dire "oui c'est Alzheimer etc.", les résultats attendus sont Alzheimer etc., de temps en temps il faut envoyer des informations qui ne sont étiquetées que Alzheimer, l'Élysée ne veut entendre que Alzheimer, donc on ne leur envoie que de l'Alzheimer »* [Acteur stratégique sanitaire, Site méga-urbain]

*« À la fois c'est très bien qu'on dégagne des moyens pour accompagner cette maladie parce qu'elle touche énormément de personnes en France. Mais pour nous qui sommes acteurs de terrain, c'est parfois irritant de voir presque tous les moyens focalisés sur la maladie d'Alzheimer ou l'appellation Alzheimer [...] Après on est obligé de faire des pirouettes comme dans les MAIA pour dire "oui mais dans le fond, on s'occupe pas que des personnes qui sont atteintes de la maladie d'Alzheimer" »* [Acteur tactique sanitaire, Site urbain]

Toutefois, comme nous l'avons souligné au début de cette sous-section, ce ciblage semble être considéré comme un ciblage « cas types » de situation de complexité du maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Ce ciblage deviendrait un « levier » permettant la montée en charge de la gestion de cas. Montée en charge qui, à son tour, rend visible le mécanisme de gestion de cas :

*« L'avantage c'est sur le XX<sup>e</sup> arrondissement ils font beaucoup d'Alzheimer mais font beaucoup de cas complexes parce qu'il y a un peu d'Alzheimer ou beaucoup d'Alzheimer [...]. Et on voit bien que sur le terrain, c'est bien là où l'expérimentation est plus intéressante que l'objet »* [Acteur stratégique sanitaire, Site méga-urbain]

*« Je pense que par rapport à MAIA, peut être que la force du XX<sup>e</sup> avec PRISMA, c'était de ne pas penser l'intégration sur une maladie, une pathologie mais de penser l'intégration sur une population [...] Le A d'Alzheimer n'a pas de sens mais c'est dans leur dispositif. Mais je pense que il faut qu'intégration soit quelque chose de porteur de sens »* [Acteur stratégique social, Site méga-urbain].

La **séquence future** prendrait la forme d'un projet MAIA/PRISMA-France avec un ciblage « cas complexes » défini par l'analyse de la file active déployée dans l'expérimentation MAIA, comprenant mais ne visant pas exclusivement la personnes âgées présentant une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées :

*« Je veux dire je comprends le ciblage parce que le plan Alzheimer est à destination des malades Alzheimer, il faut absolument faire avancer les choses par rapport à la prise en charge de ces personnes. Mais dans la mesure où j'ai suivi PRISMA dès le départ et que la gestion de cas était prévue pour tous les cas complexes, et que cas complexe c'est souvent qu'il y a des problématiques dans les maladies d'Alzheimer, de démences, mais pas uniquement. Ça me paraît intéressant que ça puisse être étendu à tous les cas complexes sans restriction »* [Acteur stratégique sanitaire, Site urbain].

*« Donc là y a peut être un petit flou là dessus, artistique. Effectivement aujourd'hui y a un ciblage sur la maladie d'Alzheimer. C'est vrai que pour moi, la finalité ce serait d'avoir une entité qui s'occupe des cas complexes dont font parties les maladies d'Alzheimer »* [Acteur tactique social, Site méga-urbain].

En termes de dynamique de projet, la perception de la possibilité de travailler séquentiellement la définition du ciblage et des critères d'accès à la gestion de cas pour les personnes âgées en situation complexe apparaît intéressante.

Par rapport à ce résultat, rappelons tout de même que certains acteurs perçoivent dans cette stratégie de développement du projet gestion de cas des risques de médicalisation du dispositif de gestion de cas :

*« C'est vrai qu'il y a une question de stratégie et en plus le plan Alzheimer a été très travaillé plutôt volet sanitaire, avec une approche très sanitaire, même si y a les usagers, même si y a les actions médico sociales, l'approche dans le vocable etc., c'est assez sanitaire »* [Acteur stratégique social, Site méga-urbain].

Cette stratégie de développement de projet mériterait de cette façon à être clarifiée ou plus exactement communiquée dans la mesure où elle est inscrite dès l'appel à projet MAIA, dans le chapitre II. « Appel à candidature »:

*« Les MAIA seront en premier lieu dédiées aux malades Alzheimer, mais pourront s'élargir à toute personne âgée très dépendante, voire à toute personne en perte d'autonomie »* (page 4).

L'appel à candidature MAIA est ainsi inscrit explicitement dans deux perspectives mises en exergue dans cette section : la première est relative à la notion de priorisation de la cible « Maladie Alzheimer et maladie apparentées », la seconde porte sur l'élargissement potentiel dans le futur de la cible à toute personne âgée « très dépendante » et à toute personne en perte d'autonomie c'est-à-dire sans critère d'âge.

#### **6.4. Discussion et Conclusion**

La parution et la mise en œuvre du plan Alzheimer, notamment dans ses mesures 4 portant sur les MAIA et 5 portant sur les « coordonnateurs », ont constitué un événement majeur dans le projet PRISMA-France.

Non anticipé cet événement a été porteur de plusieurs mouvements pour l'expérimentation PRISMA-France.

La parution du plan tout d'abord témoigne d'un mouvement de diffusion de l'objectif d'intégration des services à une échelle nationale. A notre connaissance, seuls existaient auparavant des projets et

des pratiques d'intégration des services à des échelles territoriales, voire très locales. Surtout, la mesure 5 portant sur la mise en place de professionnels dédiés à la coordination des services, à partir des outils et moyens d'actions définis dans la mesure 4 MAIA, institue une interdépendance entre les deux mesures.

La mise en œuvre des mesures 4 et 5 du plan a provoqué différents mouvements dans les sites PRISMA-France. Les effets que nous avons documentés au niveau tactique ne sont pas tous positifs, comme il a été exposé dans ce chapitre. Ces effets se déclinent principalement autour de deux représentations contrastées du lien entre PRISMA et MAIA. Sur le site méga-urbain, il est ressenti un « changement de mode expérimental mais non de l'objet d'expérimentation », tandis que sur le site urbain c'est la « continuité entre un projet de recherche et une expérimentation opérationnelle » qui domine.



## **7. AGENCES RÉGIONALES DE SANTE (ARS) ET INTÉGRATION : UN CALENDRIER IDÉAL ?**

### **7.1. Introduction**

Au cours de l'expérimentation, une réforme institutionnelle d'importante envergure a été entreprise par les pouvoirs publics étatiques. Il s'agit de la mise en place des agences régionales de santé (ARS) dans le cadre de la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » (HPST). Une ARS est un établissement public régional chargé de la mise en œuvre de la politique de santé dans une région.

#### **7.1.1. Définition des ARS**

Entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2010, les agences régionales de santé sont régies par le titre III du livre IV du code de la santé publique.

L'objectif de la mise en place des ARS est défini dans la loi de la façon suivante : « *Assurer un pilotage unifié de la santé en région, mieux répondre aux besoins de la population et accroître l'efficacité du système* ».

L'atteinte de cet objectif est pensée à travers la réunion en une seule entité de 7 organismes chargés des politiques de santé dans les régions et les départements. Sont réunies au sein des ARS :

- Les services déconcentrés de l'État, c'est-à-dire les pôles santé et médico-social de directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS)
- L'agence régionale de l'hospitalisation (ARH)
- Le regroupement régional de santé publique (GRSP)
- L'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM)
- La mission régionale de la santé (MRS)
- Et pour une partie de ses compétences, la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM)

La réunion de ces compétences au sein d'une même structure vise une approche globale de la santé, une plus grande cohérence des réponses et des parcours pour les patients et personnes en situation de perte d'autonomie. Le champ d'intervention de l'ARS est large. Il comprend la santé publique

(prévention, promotion de la santé, veille et sécurité sanitaires) et l'organisation de l'offre de soins (organisation des professionnels et des établissements de santé c'est-à-dire hôpitaux et cliniques, mais aussi des structures d'accueil médico-social c'est-à-dire les maisons et structures pour les personnes âgées et les personnes handicapées).

Le processus de construction des ARS a commencé en 2008. En effet, il est possible de dater le travail de réflexion sur l'organisation de l'offre de soins dans le cadre des journées nationales des États généraux de l'organisation de santé (menées conjointement par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins DHOS et de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé ONDPS) des 8 février et 9 avril 2008, et de façon concomitante la commission conduite par Gérard Larcher sur les missions de l'hôpital ainsi que La Mission parlementaire menée par André Flageolet sur les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire.

En janvier 2008, puis février 2008, paraissent deux rapports qui vont structurer la configuration des ARS : le « Rapport Ritter<sup>37</sup> » (du nom du préfet honoraire, ancien directeur des ARH de Rhône-Alpes et Île-de-France) puis le « Rapport Bur<sup>38</sup> » (du nom du député, président de la mission d'information de l'Assemblée Nationale).

Une première version du projet de loi paraît en septembre 2008, une seconde version en octobre 2008.

Le projet de Loi portant Réforme de l'Hôpital et relatif aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) dans sa version définitive paraît en février 2009.

Il est voté par l'Assemblée Nationale en mars 2009, et adopté par le Sénat en juin 2009.

Les décrets d'application paraissent en mars 2010 pour une entrée en application au 1<sup>er</sup> avril 2010.

### **7.1.2. Cadrage de la thématique**

Dans le contexte de fragmentation institutionnelle analysée dans le chapitre 5 du rapport intermédiaire (pp. 33-70), la mise en place des ARS présente un potentiel intégrateur important. Un acteur interviewé analyse l'enjeu de la mise en place des ARS en ces termes :

---

<sup>37</sup>Téléchargeable : [http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/ARS\\_-\\_Rapport\\_Ritter-2.pdf](http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/ARS_-_Rapport_Ritter-2.pdf)

<sup>38</sup> Téléchargeable : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i0697.asp>



*« Comment peut on demander à des acteurs d'être intégrés si soi-même on n'est pas capable de s'intégrer ? [...] C'est la fusion médicale, médico-sociale, c'est vraiment un signal fort de l'État de dire qu'il va s'intégrer et repenser sa structure »* [Acteur stratégique social, Site méga-urbain].

Cette citation illustre deux dimensions de la mise en place des ARS distinguées dans le corpus d'entretiens individuels et d'observations des réunions de concertation tactique et stratégique. L'une concerne l'impact de la mise en place des ARS sur la conduite opérationnelle du projet d'intégration PRISMA-France. L'autre dimension est relative à la cohérence théorique entre le projet d'intégration PRISMA-France et l'objectif d'intégration institutionnelle portée par les ARS.

Ces deux dimensions appellent à questionner l'adéquation du calendrier du projet d'intégration avec cette importante réforme.

En effet, rappelons que nos analyses du contexte institutionnel français et des effets de cette structuration institutionnelle sur le projet PRISMA-France nous ont amené à la conclusion selon laquelle l'intégration institutionnelle apparaît constituer une étape nécessaire à l'intégration des services portée dans le projet PRISMA-France (Trouvé et al., 2010a ; Trouvé et al., 2010b ; Couturier et al. 2009)<sup>39</sup>.

Aussi, nous nous proposons d'analyser dans ce chapitre la façon dont les parties prenantes à l'expérimentation PRISMA-France ont perçu, dans le cadre du projet d'intégration, la préparation au cours des années 2008 et 2009, puis l'entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> avril 2010 des ARS.

Dans la mesure où les sites expérimentant PRISMA-France se sont inscrits comme candidats à l'appel à projet MAIA à partir des principes et fondements du projet PRISMA-France, et dans les cadres de leur projet respectifs, nous ne distinguons pas dans ce chapitre PRISMA-France et MAIA.

### **7.1.3. Données exploitées dans le chapitre 7**

Nos analyses s'appuient sur l'ensemble du corpus d'entretiens semi-directifs conduits sur les 3 sites d'expérimentation, ainsi que sur l'observation directe des réunions de concertation stratégique et tactique et l'analyse des ordres de jours et comptes rendus de ces réunions.

---

<sup>39</sup> Se référer aussi au chapitre 5 du rapport intermédiaire pp. 33-70.

Précisions que comme dans les chapitres précédents, pour simplifier la lecture, nous distinguons deux catégories de parties prenantes : celles du champ sanitaire et celles du champ social. Le champ médico-social n'a pas été distingué dans le protocole initial. Nous avons répertorié les parties prenantes selon une catégorisation porteuse de sens pour les structures. Dans le champ sanitaire sont répertoriés au niveau stratégique : ARS (URCAM, ARH, DDASS, DRASS), structures hospitalières<sup>40</sup>, URML, et au niveau tactique : structures hospitalières, réseaux de santé, HAD, SSIAD, SAD. Dans le champ social sont répertoriés au niveau stratégique : Conseil Général, CRAV, Mairie, et au niveau tactique : EMS APA, SSDP, CLIC, CRAM, CCAS, Pôles Gérontologiques. Les structures représentatives des usagers (CODERPA et France Alzheimer) sont identifiées en tant que telles.

Nous procéderons en deux temps. Dans un premier temps, nous présenterons les impacts opérationnels de la construction des ARS sur la conduite du projet PRISMA-France et dans un second temps nous discuterons des impacts théoriques de la mise en œuvre des ARS dans la perspective d'intégration gérontologique.

## **7.2. Impacts opérationnels de la construction des ARS dans la conduite du projet PRISMA-France**

La mise en place des ARS a impacté de façon différente la conduite du projet PRISMA-France puis MAIA selon les sites d'expérimentation.

Tandis que sur le site urbain, la thématique de l'impact de la mise en œuvre des ARS sur le projet d'intégration est relativement peu présente dans les entretiens individuels et dans les réunions de concertation, elle est inversement intense sur le site méga-urbain. L'état d'avancement puis la suspension de l'expérimentation ne permettent pas de disposer de données suffisantes pour documenter le mouvement à l'œuvre sur le site rural.

### **7.2.1. Sur le site méga-urbain : une thématique introduite en concertation dès 2008**

Sur le site méga-urbain, la thématique de l'impact de la mise en œuvre des ARS sur le projet d'intégration PRISMA-France a été discutée très tôt relativement à l'entrée en vigueur des ARS. La

---

<sup>40</sup> Précisons que pour la majorité des territoires régionaux, la représentation au niveau stratégique de la sphère hospitalière par l'ARS est appropriée à la construction de l'intégration selon la méthode PRISMA-France. Néanmoins, la réalité de certains grands groupes hospitaliers (tels que l'AP-HP à Paris, l'AP Hôpitaux de Marseille ou encore les Hospices Civils de Lyon par exemples) nécessite de les associer à l'instance stratégique CDS.

thématique apparaît en entretiens individuels dès le mois de décembre 2007 avec la connaissance de la parution prochaine des rapports « Bur » et « Ritter ».

*« On sait qu'il y aura des ARS, vraisemblablement mise en œuvre très progressive en 2008 avec opérationnalité en 2009. Le problème, c'est qu'on ne sait pas ce qu'il y aura dedans. [...] Mr Ritter [...] dit qu'il mettrait bien tout dedans, c'est-à-dire un seul pilote qui serait un super préfet, et dedans l'assurance maladie, l'hospitalisation, la prévention, la santé publique, les établissements, et les enveloppes qui vont avec, et les moyens de financement appels à projet ou fonds affectés à ce même pilote qui serait capable dans un schéma un peu idéal [...]. Alors y a des freins énormes, parce que les DRASS ne veulent pas arrêter d'être des DRASS, les DDASS ne veulent pas non plus, l'assurance maladie elle se demande ce qu'elle va devenir là dedans, et les collectivités territoriales craignent de perdre du pouvoir [...]. Tant qu'on ne connaîtra pas la position du gouvernement sur qu'est-ce qu'on met dans les ARS, on ne sait pas trop comment ça va se faire. Mais il est vraisemblable que le schéma, ce soit un schéma qui regroupe tout » [Acteur stratégique sanitaire, site méga-urbain].*

Au moment de la candidature du site à l'appel à projet MAIA, à l'automne 2008, la thématique de la construction des ARS est abordée en réunion de concertation stratégique. Au mois de septembre 2008, la réunion de concertation stratégique porte notamment sur les modalités de poursuite de la concertation stratégique mise en place dans le cadre de l'expérimentation PRISMA-France dans l'éventualité où la candidature à l'expérimentation nationale MAIA serait retenue. Il s'agit en particulier de s'assurer que les institutions représentées puissent poursuivre leur fonction dans le projet en termes d'orientation auprès des organisations sur lesquelles elles ont compétence dans l'objectif de co-responsabilisation. Cet objectif de l'intégration suscite des réactions des parties prenantes présentes à la réunion de concertation stratégique du mois de septembre 2008 :

*« Attendons de voir de quoi vont être faites les ARS. Il y a un certain nombre de choses à digérer dans l'environnement qui ne sont pas simples. Il y a un certain nombre de choses qui vont impacter. N'allons pas plus vite que la musique. [...]. Les directeurs vont déjà avoir beaucoup de choses nouvelles à traiter, ne les effrayons pas » [Observation de la réunion du CDS du 30 septembre 2008].*

*« On a aussi nous notre propre intégration à faire. Le processus que l'on a là est effectivement novateur sur le plan de l'organisation des soins, il est également novateur sur le plan de l'organisation globale de nos systèmes pour lesquels on doit faire preuve, quand on remonte dans nos instances, du fait que l'on s'intègre et que l'on ne désintègre pas à*

*nouveau. Donc c'est important de monter la marche au bon moment. C'est déjà très novateur* » [Observation de la réunion du CDS du 30 septembre 2008].

Ces citations mettent en exergue, dans des perspectives quelque peu différentes, le fait que le processus d'intégration intra institutions du champ sanitaire et médico-social va engendrer d'importants changements organisationnels et politiques, aboutissant à une priorisation des dossiers à gérer. Ces citations invitent ainsi à prendre en considération le temps de mise en œuvre d'une telle réforme institutionnelle nécessaire pour que les institutions puissent prendre des engagements dans le projet et/ou construire des outils incitatifs et/ou coercitifs envers les organisations tactiques.

Vis-à-vis de ce processus de priorisation, les observations faites par les deux parties-prenantes en réunion stratégique, laissent penser que la construction de l'intégration à travers le projet PRISMA-France, peut-être MAIA, certainement non-prioritaire aux vues des chantiers à venir, devra être conduite de façon pédagogique. Connu d'un cercle d'« initiés », le projet présente un certain niveau de complexité nécessitant un temps d'appropriation. Ce temps d'appropriation nécessaire ne serait pas disponible aux futurs nouveaux interlocuteurs ARS. Il devient alors de la responsabilité des « initiés » d'être garants de l'information sur les principes fondamentaux du projet PRISMA-France. Nous reviendrons dans la section suivante sur ces éléments. Notons ici qu'il est intéressant de relever, dès cette période, la mise en parallèle de processus d'intégration dans le projet PRISMA-France et dans la réforme des ARS.

La dimension du temps nécessaire à la mise en œuvre opérationnelle de l'ARS Ile-de-France, dans la perspective d'engagements institutionnels, va être présente tout au cours de la poursuite de l'expérimentation jusqu'au terme de la recherche, en décembre 2010.

Au cours de l'année 2009, les réunions de concertation stratégique et tactique vont fréquemment évoquées la question de l'impact de la mise en place des ARS sur le projet d'intégration PRISMA-France entré dans l'expérimentation nationale MAIA.

Ainsi est-il possible de constater dans les réunions de concertation stratégique que la mise en place en place à venir des ARS se traduit par des préoccupations relatives à la dynamique à venir d'inscrire le projet d'intégration dans le cadre des objectifs de l'ARS, et ce dans un contexte d'incertitudes sur les modalités organisationnelles des ARS :

*« Pour les ARS en cours d'installation, il est important de donner un fil à rouge, pour que quelque soit la réorganisation, il persiste des informations, des priorités, des messages, dans un partage d'intérêts communs. Il est important que l'innovation administrative soit cohérente à l'ensemble des niveaux »* (Compte-rendu de la réunion du CDS du 25 septembre 2009).

Les réunions de concertation tactique font état d'un climat d'attentes au niveau stratégique quant aux orientations et moyens définis par les futures ARS dans le champ gérontologique :

*« Constat d'une situation d'attente au niveau des décideurs stratégiques et financiers avec l'arrivée du nouveau directeur de l'ARS »* (Compte-rendu de la réunion du CLO du 16 octobre 2009).

Les acteurs interviewés partagent cette analyse selon laquelle un certain nombre d'acteurs stratégiques feraient preuve d'un fort attentisme sur les modalités de définition des ARS ralentissant le processus de prises de décisions institutionnelles :

*« J'envoie mes rapports MAIA régulièrement à tout le monde. Tout le monde reçoit, ils font clic clac ça y est, ils rangent, ils ne lisent pas. [...]. Maintenant qu'on est dans les ARS, ils sont beaucoup plus attentifs aux transformations des ARS »* [Acteur stratégique sanitaire, site méga-urbain].

Ainsi, dans le deuxième rapport d'étape MAIA en février 2010, la mise en place des ARS est identifiée dans une section portant sur les freins à l'expérimentation :

*« La mise en place de l'ARS engendre une situation d'attente des membres du CDS qui ne savent pas quel sera l'avenir de leur structure ni les priorités retenues »* (Rapport n°2, validé en CLO, non en CDS, page 24).

La période de préfiguration des ARS (septembre 2009 - mars 2010) se serait, en sus, traduite par une très faible représentation des acteurs institutionnels directement concernés par la mise en place des ARS en concertation stratégique :

*« Là, somme toute, on se retrouve sur un terrain désert [...] Ils sont partis vers les ARS »* [Acteur stratégique sanitaire, site méga-urbain].

En effet, les taux de représentation au cours de cette période sont compris entre 23% et 43% avec une représentation des organismes inclus dans l'ARS réduite à la DDASS alors que préalablement l'URCAM et le GRSP siégeaient également de façon constante à la table de concertation stratégique. Cette donnée semble confirmer le processus de priorisation, *a priori* défavorable à la mobilisation sur le projet d'intégration PRISMA France :

« [Relativement à la faible participation à un CDS] *Je faisais partie, et d'autres personnes que moi, faisaient partie d'un groupe de travail ARS. [...]. Les mêmes acteurs devaient travailler sur un sujet qui lui ne pouvait pas attendre* » [Acteur stratégique sanitaire, site méga-urbain].

Le projet d'intégration, mené à titre expérimental, n'est pas prioritaire au regard du travail conséquent de définition et d'organisation conduit dans cette période de préfiguration des ARS. Plus spécifiquement, la place donnée au projet PRISMA-France au sein des ARS est à nouveau soulevée :

« *Il faudrait que l'ARS accepte que ce soit une de ses priorités en terme expérimental, en terme d'intégration et en terme de méthode* » [Acteur stratégique sanitaire, site méga-urbain].

Fondamentalement, au cours de cette période de préfiguration, un certain nombre d'acteurs interrogent le fait de savoir dans quelle mesure et sous quelle forme les instances institutionnelles visées dans la mise en place des ARS et engagées dans l'expérimentation pourront poursuivre leurs engagements :

- « *Si toutefois demain dans l'ARS on a le droit de s'impliquer dans des trucs comme ça. Mais je pense oui. [...] Je pense que l'ARS elle ne sera pas opposée à ce que des gens de l'ARS soient dans ce type de démarche* » [Acteur stratégique sanitaire, site méga-urbain].
- « *Nous on va être dans un brouillard complet pendant pas mal de temps. Ça va pas trop impacter sur ça je l'espère, à condition justement qu'on ne nous donne pas l'ordre de nous en aller* » [Acteur stratégique sanitaire, site méga-urbain].
- « *Est-ce que la position ça va être de retirer les crédits qu'ils avaient pour cette gestion de cas PRISMA ou pas* » [Acteur stratégique social, site méga-urbain].

- « *Ce qu'il faut espérer, sur les structures qui sont sur l'Ile-de-France, c'est qu'ils nomment quelqu'un à l'ARS pour y travailler avec les départements* » [Acteur stratégique social, site méga-urbain].

Dans ces citations, différentes dimensions de questionnements sont soulevées par les organisations directement visées par la mise en place des ARS ainsi que par les partenaires institutionnels de ces organisations relativement à la poursuite de l'engagement au sein de l'ARS dans l'expérimentation. Tandis qu'il apparaît que les instances stratégiques du champ sanitaire questionnent prioritairement les possibilités de participation et de prise de décisions dans le cadre du projet PRISMA-France, il semble que les instances stratégiques du champ social interrogent majoritairement la poursuite des engagements financiers et les modalités de partenariats avec les Conseils Généraux.

À l'échelon tactique, ces différentes catégories de questionnements sont soulevées en réunion de concertation. Elles aboutissent à un processus de demande de positionnement officiel de l'ARS Ile-de-France vis-à-vis de l'expérimentation MAIA. La réponse apportée à cette demande relève de l'organisation d'une réunion entre le pilote local et le référent ARS vis-à-vis du projet représenté au niveau de la délégation territoriale. La réunion de concertation tactique du 18 juin 2010 fait ainsi état d'un positionnement de l'ARS relativement à l'expérimentation, officialisé dans le compte rendu sous la forme suivante :

*« Le délégué territorial du 75 a précisé d'emblée que les personnes âgées, notamment celles atteintes de la maladie d'Alzheimer, faisaient parties des priorités de l'ARS et que l'expérimentation MAIA, qu'elle connaissait déjà, était suivie avec beaucoup d'intérêt »* (Compte-rendu de la réunion de CLO du 18 juin 2010).

En outre, les organismes de l'échelon tactique soulèvent fréquemment en concertation la thématique de la cohérence des orientations reçues par leurs instances de tutelle et de financements, notamment en matière de coordination gérontologique entre les CLIC de la responsabilité du Conseil Général (DASES à Paris), les filières gériatriques de la responsabilité l'ARS et de la MAIA de la responsabilité théoriquement conjointe de ces deux institutions ainsi que de l'ensemble des instances du comité stratégique. Ils ont témoigné de leur volonté d'une articulation explicite et explicitée conjointement par les services de l'ARS et du Conseil Général. Cette demande sera traitée par les instances de tutelle lors du CDS du 20 mai 2010. Au cours de la réunion de

concertation tactique du 18 juin 2010 les éléments de réponses fournis par les instances de tutelles sont remontées de la façon suivante : « Retour sur la demande que l'ARS et la DASES se mettent en cohérence vis-à-vis des interlocuteurs de terrain. Ceux-ci ont le sentiment d'une multiplicité de projets qui se superposent » :

« [Un représentant du GCSMS] exprime une attente que l'ARS et la DASES se mettent en cohérence vis-à-vis des interlocuteurs de terrain. S'il y a besoin de continuer à poursuivre la construction collective entre acteurs locaux vis-à-vis de la MAIA, ceux-ci ont le sentiment que la MAIA est une structure supplémentaire et non pas un lieu de convergences d'acteurs. [Le représentant de l'ARS] précise qu'effectivement l'ARS crée de nombreuses et multiples intégrations entre institutions et filières, entre acteurs de terrain et MAIA etc. A terme l'ARS espère que tout ceci ne sera qu'une pratique commune avec une coordination des structures et des acteurs la plus simple possible, réduite à un minimum commun.[...] Une des missions première de l'ARS est de redéfinir le territoire. C'est à dire d'identifier des besoins et d'organiser des moyens. Pour la direction de l'ARS, la MAIA s'impose comme modèle de fonctionnement dans les principes qu'elle vise » (Compte-rendu de la réunion du CDS du 20 mai 2010).

« [Le délégué territorial du 75] relève de façon positive les interactions déjà en cours entre la pilote MAIA et la responsable de la filière gériatrique 75.2 » (Compte-rendu de la réunion du CLO du 18 juin 2010).

De prime abord, cette dynamique à l'œuvre peut apparaître relever d'un registre polémique ralentissant le processus de construction de l'intégration des services gérontologiques sur le territoire d'expérimentation. Il est également possible de noter dans cette dynamique une appropriation de l'objectif d'intégration gérontologique sous forme de traduction de l'objectif de l'intégration en termes d'articulation des services gérontologiques qui tendrait à la co-responsabilisation.

### **7.2.2. Sur le site urbain : l'identification des nouveaux interlocuteurs ARS**

Sur le site urbain, la thématique de l'impact de la mise en œuvre des ARS sur le projet d'intégration PRISMA-France puis MAIA n'est apparue en concertation et entretiens individuels qu'à partir de l'entrée en vigueur de l'ARS au 1<sup>er</sup> avril 2010.

La thématique est focalisée sur la question de l'identification du niveau de représentation en réunion de concertation stratégique :



*« Elle a eu du mal à définir qui devait représenter l'ARS, c'est fait mais voilà à suivre [...] On n'a pas nous de positionnement interne qui sera effectivement la délégation territoriale ARS ou l'ARS elle même, quel pôle etc. Donc pour information, [Untel] l'ancienne directrice de la DDASS du Bas Rhin qui est conseiller médico social pour [Untel], le directeur général de l'ARS, sera donc bien la personne représentant l'ARS au prochain CDS. Donc ils ont été clairs » [Acteur stratégique sanitaire, site urbain].*

La représentation sera assurée par la suite de façon continue et à un niveau décisionnel adéquat, avec toutefois une discontinuité dans la représentation nominative (changements de représentants).

Ainsi au cours de la première réunion de concertation stratégique suivant la mise en place en place de l'ARS Alsace, la représentation a été identique à celles précédentes avec une représentation des organismes DDASS, DRASS, URCAM, ARH. Au cours de cette réunion de concertation, il est acté que les documents officiels produits dans le cadre de la MAIA porteront le logo de l'ARS en sus de ceux du Conseil Général, de la CNSA et du Plan National Alzheimer (Compte-rendu de la réunion du CDS du 27 avril 2010).

Au cours de la réunion suivante, la représentation de l'ARS a été réalisée par le conseiller médico-social, placé en lien direct avec le directeur général de l'ARS.

La représentation lors de la 3<sup>ème</sup> réunion consécutive à la mise en place de l'ARS correspond à celle du directeur de la mission territoriale des territoires 3 et 4, couvrant le territoire d'expérimentation.

Relativement à la concertation stratégique sur le projet, à notre connaissance, il existe à la fois un mécanisme de concertation intra-institution ARS (DDASS, DRASS, URCAM) dont l'un des signes peut-être lu dans l'affichage du logo en l'absence de représentants officiellement désigné, ainsi qu'un mécanisme de concertation inter-institutionnelle entre le Conseil Général et l'ARS. Cette seconde catégorie de concertation, se déroulerait en amont du CDS. Elle n'est pas visible aux parties-prenantes de l'expérimentation. Les informations fournies à l'équipe recherche PRISMA-France, ne permettent pas de statuer sur les modalités et la pérennité de ce processus de concertation :

*« La dernière évolution ça a été le Conseil Général qui a présenté le dispositif auprès de l'ARS. Monter une véritable concertation en amont du CDS pour expliquer les enjeux. Y a eu une véritable démarche. Et expliquer effectivement que la mise en place des outils devait être validée par le CDS et composée des autorités qui ont vocation à poser ces outils auprès*

*des opérateurs, donc ils ont le contrôle : HAD, SSIAD etc. » [Acteur stratégique sanitaire, site urbain].*

Sur le site urbain à partir du corpus d'observation et d'entretiens individuels il apparaît donc que la thématique de l'entrée en vigueur des ARS sur la conduite du projet d'intégration MAIA a porté sur trois dimensions : identifier le bon niveau de représentation de l'ARS dans la concertation stratégique MAIA, obtenir les signes d'un partenariat officiel de l'ARS dans la MAIA portée par la Conseil Général, mettre en place des mécanismes de concertation inter-institutions Conseil Général et ARS. Ces faits saillants ne donnent pas lieu à questionnements dans la conduite du projet d'intégration.

Un impact de la mise en œuvre des ARS a pu être identifié à travers le mouvement connexe au projet d'intégration de mise en place du Réseaux Alsace Gérontologie (RAG). L'élaboration d'une convention entre l'ARS et les Conseils Généraux du territoire d'intervention du RAG (Conseil Général du Bas Rhin, et Conseil Général du Haut-Rhin) est ralentie du fait de la mise en place de l'ARS : « *Ce document est encore en cours d'élaboration. Ce point est reporté en raison de l'installation récente de l'ARS* » (Compte-rendu de la réunion du CDS du 24 avril 2010) dans la mesure où comme l'explique l'un des représentant de l'ARS délégué à cette réunion : « *La mise en œuvre très récente fait qu'il n'a pas pu encore se pencher sur le dossier, mais le dossier est sur le bureau* » [Observation de la réunion du CDS du 24 avril 2010].

En raison de la mise en place récente des ARS, les données collectées sur l'impact de l'intégration institutionnelle portée par les ARS sur l'implantation du projet d'intégration des services gérontologiques ne permettent pas d'aller au-delà de ces éléments descriptifs. Il est toutefois intéressant de noter les dynamiques distinctes sur les deux sites qui pourraient être lues en tant qu'élément complémentaire à notre analyse du chapitre 4 du présent rapport sur les différentes formes, forces et faiblesses de la concertation stratégique sur chacun des sites d'expérimentation.

### **7.3. Impacts symboliques et théoriques de la construction des ARS dans la conduite du projet PRISMA-France**

Dans l'ensemble de entretiens individuels conduits auprès des parties-prenantes de l'expérimentation PRISMA-France, il existe deux catégories de discours quand à l'impact normatif

de la mise en place des ARS sur le projet d'intégration. Toutes deux présentent comme point d'entrée commun la volonté affichée dans les ARS d'intégrer les champs sanitaire et médico-social.

Une **première catégorie de discours** porte sur les impacts anticipés relativement aux modes spécifiques d'organisation, de régulation et de contrôle des différentes organisations gérontologiques directement concernées par la mise en place des ARS (Hôpitaux, SSIAD, Accueil de jour, CMP, HAD, réseaux de santé, EHPAD, CRAM). Dans cette première catégorie les impacts potentiels de la mise en œuvre des ARS sur le projet PRISMA-France apparaissent peu identifiés, et peu discutés.

Une **seconde catégorie de discours** porte sur le(s) lien(s) conceptuel(s) entre la mise en place des ARS et le projet d'intégration des services gérontologiques. Dans cette seconde catégorie, la mise en place des ARS est jugée comme propice à l'intégration des services.

L'association de ces deux catégories de discours est dépendante du degré d'appropriation du concept et de l'objectif de l'intégration. Une illustration en est fournie dans les deux citations suivantes qui témoignent de deux compréhensions contrastées :

*« Je ne sais pas bien concrètement pour l'instant ce que ça a changé. Pour nos interlocuteurs, ce sont les mêmes, on ne sait plus bien par contre à qui écrire, où écrire, qui contacter les adresses etc. A mon avis déjà pour notre bien à nous et notre tranquillité d'esprit, ne serait ce qu'au niveau du fonctionnement et des financements sur notamment les SSIAD, déjà qu'on y voit plus clair sur ce qu'elles attendent de nous et qu'est-ce qui va changer là-dessus. Et après on verra. La MAIA très honnêtement... Moi je n'ai pas encore vu le lien avec la MAIA »* [Acteur tactique sanitaire, site méga-urbain].

*« Y a tout à faire aussi par rapport à l'environnement non stable, sur, quel va être l'impact de la mise en œuvre de l'ARS sur une coordination de l'expérimentation de la sorte et sur la gestion de budget de structures, d'associations, style [telle organisation] est payée par [tel organisme], [telle organisation] est payée par [tel organisme] [...] Comment ça va se passer les transferts de crédits et de moyens entre le médico social et le sanitaire, avec le clapet de non retour possible ? Est-ce que le fait d'avoir les deux, ça va permettre d'avancer sur certaines choses, d'avancer sur des projets »* [Acteur stratégique social, site méga-urbain].

Malgré les différences d'appropriation du(es) lien(s) conceptuel(s) entre ARS et MAIA, ces deux citations appellent à prendre en considération le processus de changement institutionnel en cours. Ce que nous allons développer dans les deux sections qui suivent.

### 7.3.1. Concomitance ARS/MAIA et potentiel intégrateur

Dans l'ensemble du corpus d'entretiens semi-directifs, la mise en œuvre des ARS au cours de l'expérimentation d'intégration des services gérontologiques est potentiellement considérée comme facteur aidant à l'intégration des services gérontologiques.

Un certain nombre d'acteurs avancent l'hypothèse selon laquelle l'intégration de différents organismes de tutelle et de financement au sein d'une même entité serait favorable à la mise en œuvre du système d'intégration PRISMA-France :

*« Peut-être que les ARS vont aussi faire avancer les choses, parce qu'il ne faut pas oublier que là, c'est peut-être pas évident de monter quelque chose comme ça, on a des financeurs complètement différents, on a des tutelles différentes, ça me semble quand même très difficile [...] Je pense que l'ARS, en intégrant le médico-social, devrait faciliter tout ça »* [Acteur tactique sanitaire, site rural].

Cette intégration institutionnelle des champs sanitaire et médico-social est supposée permettre une connaissance et une orientation des dispositifs gérontologiques partagées au sein de la concertation stratégique. Ces dynamiques pourraient faciliter ainsi le travail intégrateur :

*« Ce sera bien d'avoir une seule et même personne qui parle, qui pourra faire le relais [...] C'est une plus value pour la MAIA [...] Le fait que l'ARS soit pleinement compétente sur l'ensemble de ces dispositifs permet d'avoir effectivement une véritable coopération, articulation. Et ça permettrait effectivement d'éclairer davantage la MAIA sur ce qui existe et ce qui convient de faire »* [Acteur stratégique sanitaire, site urbain].

Il est intéressant de noter dans ces deux premières citations que le caractère aidant de la mise en place des ARS dans sa dimension d'intégration des champs sanitaire et médico-social est considéré dans deux mouvements différents : ARS facilitateur pour la mise en œuvre de la MAIA et ARS plus value dans la mise en œuvre de la MAIA.

En réalité plusieurs éléments sont identifiés par les parties-prenantes de l'expérimentation dans la définition de ce caractère aidant de la mise en œuvre des ARS pour l'intégration des services gérontologiques. Elles sont exposées ci-dessous.

1) L'**objectif affiché** dans les ARS d'intégration des champs sanitaire et médico-social est identifié par les différentes parties-prenantes des sites d'expérimentation. Un certain nombre de parties prenantes y voient **un concours de calendrier propice** à l'intégration des services portée dans le projet MAIA :

« [MAIA] *je pense que c'est dans le sens du vent. Ça tombe en même temps que les ARS, qu'un certain nombre de choses, de rapprochement des secteurs* » [Acteur stratégique social, site méga-urbain].

Un grand nombre de parties-prenantes voit dans la mise en place concomitante des ARS au projet un mouvement propice au développement de l'intégration gérontologique à travers les MAIA. Cette concomitance constituerait une dynamique facilitant le projet d'intégration. Ce caractère facilitateur recouvre différentes dimensions.

2) L'objectif de la mise en place des ARS est considéré **congruent aux objectifs du projet** d'intégration des services :

« *Disons que la mise en place des ARS s'inscrit pleinement dans cette volonté de mieux traiter ensemble les aspects de prise en charge médico sociale des personnes âgées* » [Acteur stratégique sanitaire, site urbain],

« *L'ARS en fait s'inscrit dans une logique de territorialisation et donc vise à développer sur les territoires des meilleures collaborations entre tous les dispositifs existants. Avec toujours cette ambition qui est de placer l'utilisateur au centre du dispositif. C'est une très belle ambition* » [Acteur stratégique sanitaire, site urbain].

Dans cette dimension spécifique des liens entre les objectifs des ARS et ceux du projet PRISMA-France, et de la dynamique potentielle de rencontre de ces objectifs, certains acteurs, minoritaires, identifient des incohérences d'articulation :

« *On n'a pas forcément l'impression que les choses sont bien articulées au sommet quoi. Y a des expérimentations qui voudraient tout intégrer, mais les réformes qu'il y a actuellement c'est la même chose. L'ARS le but c'est de tout intégrer. Donc tout le monde veut tout intégrer, mais y a pas un plan qui les...tous ces souhaits d'intégration. Donc ça fait à chaque fois autant de niveaux où il faut que chaque structure s'articule avec MAIA, et avec ce qui reste à venir* » [Acteur tactique social, site méga-urbain].

Le discours de cet interlocuteur, qui fait état d'une certaine mécompréhension de l'articulation des niveaux d'intégration, s'inscrit dans une réflexion globale qui porte sur les modalités d'articulation des champs sanitaire et médico-social d'une part et social d'autre part. Cette question est prégnante dans le discours des acteurs sociaux du niveau tactique en particulier :

*« Aujourd'hui ce qu'on perçoit de l'ARS, c'est que c'est quand même quelque chose qui reste tassé sur un modèle sanitaire, que nous on n'a pas un fonctionnement très sanitaire »* [Acteur tactique social, site méga-urbain].

**3) Le champ de compétences des ARS est envisagé comme porteur d'un certain nombre de défragmentations** du système d'accompagnement des personnes âgées à domicile propice à l'intégration des services gérontologiques :

*« Il est important que les liens entre l'hôpital et les structures qui prennent en charge autrement à domicile ou bien en établissement, soient resserrées. L'ARS [...] c'est une très belle ambition, et c'est vraiment ça qui doit guider l'action de tous les acteurs de la santé »* [Acteur stratégique sanitaire, site urbain],

*« Par rapport à ce projet, par rapport [la propre structure de l'interlocuteur], je considère que l'ARS, a priori, pour moi est un plus. Parce que la prise en charge des personnes âgées c'est pas "je te fais le social, je te fais le médico-social, je te fais le médical", non »* [Acteur tactique sanitaire, site méga-urbain].

Dans ces citations, il est anticipé que l'ARS puisse décloisonner les sphères de prise en charge à domicile et à l'hôpital, les champs sanitaire/social/médico-social ainsi que les dispositifs portés en aveugle les uns des autres par des organisations publiques et privés.

Dans ce registre, et en particulier pour ce qui a trait au décloisonnement entre les champs sanitaire et médico-social, des difficultés, voire des situations conflictuelles, sont également anticipées. Les réactions et communiqués officiels de nombreuses instances représentatives des organisations médico-sociales témoignent, ainsi que la citation précédemment fournie selon laquelle les ARS sont construites sur un « schéma sanitaire » éloigné du « fonctionnement médico-social ». Un interlocuteur souligne dans cette perspective l'enjeu que les organisations médico-sociales surmontent un certain nombre d'*a priori* et de suspicions :

*« Je pense que on est forcément dans une mise en cohérence du sanitaire et du médico social. Et je pense que les ARS s'ouvrent sur le médico social et que le médico social devra avoir les*

*oreilles bien ouvertes pour voir ce qu'on attend d'eux et non pas être toujours dubitatif vis-à-vis du sanitaire* » [Acteur stratégique social, site méga-urbain].

4) Les modalités organisationnelles internes aux ARS, en termes de **concentration de pouvoirs décisionnaires**, sont envisagées comme facilitatrices pour ce qui a trait aux nécessaires prises de décisions induites par l'intégration des services gérontologiques. Illustrons cette dimension à partir d'une métaphore :

*« Il faut un chef d'orchestre, forcément, après chef d'orchestre ça ne veut pas dire que tout le monde joue du violon, mais le chef d'orchestre il fait en sorte que les violons, les grosses caisses et puis le piano s'harmonisent »* [Acteur stratégique sanitaire, site méga-urbain].

Dans le discours des acteurs, cette concentration des pouvoirs décisionnaires réfère d'une part à **l'instauration de procédures de concertation entre des organismes préalablement indépendants** :

*« Sous l'autorité du même chef, c'est lui qui va instaurer des passerelles de concertation obligatoire sur le traitement de certains dossiers »* [Acteur stratégique sanitaire, site rural].

Ces procédures de concertation sont considérées porteuses d'une plus grande cohérence des dispositifs gérontologiques, source d'efficacité de l'action publique en termes de champ de compétences et d'allocation des ressources (en particulier financière) :

*« On essaie vraiment de faire en sorte que l'agence régionale soit un endroit où se retrouve plein de ressources qui travaillent en transverse sur des territoires ou des thématiques ou les deux »* [Acteur stratégique sanitaire, site méga-urbain].

*« Elle va faire de la coordin' de prise de décision et de la coordin' de financement. Ça serait déjà merveilleux de moins gaspiller l'argent, parce qu'en fait aujourd'hui on gaspille l'argent non pas parce qu'on le met sur des choses inutiles mais on le met sur des choses redondantes »* [Acteur stratégique sanitaire, site rural].

*« Moi je vois d'un très bon œil l'ARS, parce que ça va faire tomber définitivement je l'espère en tous les cas, en tout cas si j'ai bien lu la loi je pense que c'est ça, les barrages entre social et tout ça, et puis ça va avoir un financement unique »* [Acteur tactique sanitaire, site méga-urbain].

Spécifiquement à l'expérimentation d'intégration conduite dans le cadre de PRISMA-France un acteur estime qu'en présence de procédures de la sorte, la construction concomitante des dispositifs Réseau Alsace Gérontologie (RAG) et MAIA sur le site urbain aurait été encadrée institutionnellement de façon éviter les doublons constatés :

*« Ça permettra effectivement d'éviter les doublons comme on l'a vu pour le réseau alsace gérontologie. S'il y avait des nouveaux réseaux qui devaient être mis en place... Ça participait aux missions de l'ARH dont je n'étais pas associé....justement »* [Acteur stratégique sanitaire, site urbain].

Et d'autre part, cette concentration des pouvoirs décisionnaires réfère à un **mécanisme hiérarchique assimilé à une forme d'intégration institutionnelle** en propre, source d'intégration des services gérontologiques :

*« C'est à dire que la hiérarchie c'est quand même, c'est de l'intégration complète. La hiérarchie c'est de l'intégration qui est faite par une seule personne ou par une seule entité. C'est vrai que si on était dans un monde qui était simple, comme le Québec, où il y a une seule entité politique, une seule entité administrative, je sais qu'on n'est pas le Québec, mais une seule entité hiérarchique, la coordination serait quasiment la même chose »* [Acteur stratégique sanitaire, site méga-urbain].

Ce mécanisme hiérarchique est considéré favorable au développement du projet d'intégration MAIA dans les perspectives de diagnostics de la situation de maintien à domicile dont il est considérée qu'une amélioration est nécessaire, ainsi que dans les décisions à prendre pour réaliser cette amélioration :

*« Lui [le directeur général de l'ARS] on lui met tout le monde sous ses ordres, on lui met des poules et des cochons ensemble, lui n'est pas fou, ce n'est pas parce qu'il sera là, seul chef, que ça va marcher. Donc tout ce qu'on a semble-t-il dans ce qu'il expose, sera dans la capacité à refaire exactement ce que fait MAIA. Sauf que d'ici là, on aura un niveau régional, du moins un grand chef, il pourra dire "écoutez, faut vous entendre. Parce qu'y a ça à réaliser ensemble" »* [Acteur stratégique sanitaire, site méga-urbain].

*« Si l'ARS dit "écoutez vous êtes bien gentil, maintenant ça commence à bien faire" [...] Dire "voilà, telle personne demandeuse doit être dirigée vers tel service, tel autre, tel autre". [...] Qu'il y ait quelqu'un qui fasse un peu la coordination »* [Acteur tactique sanitaire, site méga-urbain].



« Si les gens de l'ARS se penchent là dessus, ça ne peut avoir qu'un effet boostant. En tous les cas je souhaite ça. Un effet boostant, parce qu'y a beaucoup de gens qui sont encore dans l'attentisme. Mais je pense qu'il va falloir qu'on impose, que les autorités de tutelle de toutes les structures qui sont en direction des personnes âgées, qu'elles sentent qu'il y a une impulsion très forte au niveau de leur autorité de tutelle et qu'on dise que c'est comme ça, c'est ça qu'il faut faire, il faut y aller, faut vous impliquer, avoir un retour de la formation, un retour d'évaluation » [Acteur tactique sanitaire, site méga-urbain].

5) La mise en œuvre de l'ARS est structurée à partir d'**outils de planification et de programmation**. Ces outils sont considérés cohérents, voire congruents, avec les objectifs et outils d'intégration des services gérontologiques :

« Le projet médical des territoires essaie d'accroître au niveau d'un territoire, en plus simple. C'est ce que vous faites avec MAIA [...] Les projets médicaux de territoires sont le produit du SROS. Le SROS ça définit une répartition des moyens et pour une première fois, ça définit une articulation de ces moyens » [Acteur stratégique sanitaire, site méga-urbain].

Dans cette citation, l'interlocuteur met en perspective le lien entre les objectifs des ARS et ceux des MAIA. Concernant cet outil de programmation « projet médical de territoire », à partir duquel sont labélisées les filières gériatriques, en ce qui concerne l'ARS Île-de-France, un acteur identifie un effet de diffusion des méthodes d'intégration PRISMA-France dans le travail de définition du « projet médical de territoire » :

« L'Île de France c'est la seule à avoir dit que la filière gériatrique n'était pas une filière gériatrique intra hôpital, mais devait gérer l'amont et l'aval en lien avec la ville. Donc au moment où ils ont fait les travaux sur les PMT [projets médicaux de territoire], le projet de territoire, étaient invités les SSIAD, les EHPAD, les services à domicile, les CLICS etc. Donc ça permet de montrer qu'il y a ces possibles là. Je suppose que le fait d'avoir mis sur Paris les EHPAD, le CLIC, le SSIAD, c'est parce que [X impliqué dans le projet PRISMA-France] qui s'occupait de ça, était sensibilisé à la notion de l'intégration » [Acteur stratégique social].

En outre, parmi ces outils couvrant les secteurs sanitaire et médico-social, certains sont identifiés comme source potentielle d'une plus grande efficacité dans l'affectation d'enveloppes budgétaires dédiées à des objectifs de nature proche, voire similaire :

« On va aller sur les CPOM, les contrats pluri annuels d'objectifs et de moyens, par rapport à des actions spécifiques et sur une diversité d'acteurs qui rentrent dans un même objectif de moyens, un même machin. Donc là on va avoir des choses intéressantes » [Acteur stratégique social, site méga-urbain].

« C'est notre système qui prévoit que puissent coexister des dispositifs qui finalement sont assez proches. Et ce qu'on peut espérer justement, la mise en place des ARS et de toute la logique de décloisonnement qui va avec, c'est qu'on n'est plus effectivement comme ça des dispositifs qui aient l'air de fonctionner, au contraire, qu'on arrive à les réunir » [Acteur stratégique sanitaire, site urbain].

Ces différentes dimensions de la mise en place de l'ARS sont anticipées comme facteurs aidants symboliquement et/ou théoriquement le développement de l'intégration des services gérontologiques. Certains acteurs identifient, de façon mineure à ce stade de développement des ARS, des effets et/ou des impacts concrets.

### **7.3.2. Temps long de la réforme ARS et temps court de l'expérimentation MAIA**

Toutefois en l'absence de procédures normées de mise en œuvre pratique des ARS « *Ce qui est très surprenant dans cette démarche ARS, c'est qu'on nous dit "fabriquer des ARS" mais on ne nous dit pas ce qu'il y a dedans* » [Acteur stratégique sanitaire, site rural], ce mouvement anticipé propice à l'intégration gérontologique est inscrit dans un temps long. Aussi la mise en œuvre des ARS est-elle observée :

- avec attention :

« On est obligé de regarder ça [la mise en œuvre des ARS] avec attention, ça serait de l'inconscience quand on a des responsabilités sur une structure aussi petite soit elle, parce que c'est une petite structure par rapport aux hôpitaux, par rapport aux maisons de retraite, par rapport à bien d'autres structures. Mais ça concerne quand même une file active de 60 personnes accueillies, toute la famille autour. Ça concerne quand même une dizaine de salariés. Donc même si c'est une petite structure, pour tous ces gens là c'est important de savoir quel devenir on va avoir » [Acteur tactique social, site méga-urbain].

- voire avec scepticisme :

« Il n'y aura pas de simplification avec l'ARS. Non ce que je pense moi, je suis un peu pessimiste. Parce que je pense que les enjeux de pouvoir et les enjeux de positionnement

*administratif, les déménagements, les outils etc., vont faire que le travail de fond ne se fera plus du tout pendant... » [Acteur stratégique sanitaire, site méga-urbain],*

*« J'avoue que en théorie, rapprocher dans des structures identiques la gestion sanitaire et médico-sociale, on en est tous d'accord, après ce que ça va donner et comment ça va se mettre en place ? Je crains, en tout les cas vue la tournure que ça prend, je crains que ça ne donne pas les résultats escomptés » [Acteur stratégique sanitaire, site méga-urbain].*

Trois **catégories principales de limites sur l'impact intégrateur des ARS** sont identifiées par les acteurs dans le corpus discursif. Nous proposons de les introduire par la citation suivante :

*« Disons que puisque l'ARS englobe plusieurs services, plusieurs organismes, théoriquement ça doit participer de la lutte contre cette fragmentation institutionnelle. Après dans la pratique, c'est toujours pareil, entre ce qui est prescrit et ce qui est effectif, l'écart ... Est-ce que l'identité ARS va s'affirmer au sein de tous les organismes qui ont été absorbés entre guillemet, ou est-ce que le cloisonnement entre ces différents services sera prégnant. Là aussi je crois que c'est un travail de longue haleine. Et c'est une étape indispensable » [Acteur tactique social, site méga-urbain].*

C'est à partir de ces notions de temporalité et de modalités de fusion que nous proposons de présenter les limites identifiées à l'intégration gérontologique malgré la mise en place des ARS.

Premièrement, relativement à la **temporalité nécessaire aux changements des pratiques institutionnelles**, un grand nombre d'acteurs soulignent le décalage de calendriers entre la construction de l'intégration des services conduit sur un mode expérimental circonscrit dans le temps et la construction de l'intégration institutionnelle portée par les ARS inscrite dans une temporalité de long terme :

*« L'essentiel dépend de la région et la fusion dans la région de tout ça. Comme c'est des administrations qui ont des histoires, qui ont des savoirs faire, qui ont des jeux de pouvoirs, qui ont des modèles de nomination, qui ont des salaires complètement différents, des modèles de travail, des cultures d'entreprise complètement différentes...*

*Question : Ça va être long à se mettre en place ?*

*Non je crois que ça va être très conflictuel pendant 56 ans.*

*Question : 5-6 ans ?*

*Non, 56 ans, enfin au moins toute une génération de nouveaux dirigeants » [Acteur stratégique sanitaire, site méga-urbain].*

Dans cette citation, l'interlocuteur met en exergue la temporalité nécessaire à la construction de l'intégration institutionnelle au sein des ARS, mais aussi les conflits potentiels des différentes organisations réunies dans cette instance dans la mesure où les cultures et pratiques institutionnelles des différentes organisations sont ancrées historiquement et administrativement. Cet élément est mis en perspective par un autre acteur de la façon suivante :

*« Aujourd'hui la fragmentation elle est justement institutionnalisée puisque on a différentes institutions souveraines. Donc avec l'ARS, il s'agit de lutter contre la fragmentation du coup interne. En tout cas organiser une transversalité mais qui ne soit pas seulement finalement statutaire, institutionnelle, mais qui soit effective » [Acteur tactique social, site méga-urbain].*

L'institutionnalisation des fragmentations des compétences gérontologiques induit une temporalité de long terme à la mise en œuvre effective des outils de programmation et de régulation des ARS. Cette temporalité réduit l'impact de la mise en œuvre.

*« C'est aussi une forme d'intelligence de ne pas vouloir mettre à sac de façon irréfléchie ce qu'ont fait les prédécesseurs. En général, quand y a des changements brutaux comme ça, ce qui se passe, c'est que les nouveaux arrivants sucent la substantifique moelle de ceux qui étaient en place [...] Mais ce ne serait pas intelligent de vouloir s'en séparer tout de suite alors qu'ils ont la mémoire et un certain nombre de compétences. Donc moi je pense que tout ça introduit des changements au long cours ! » [Acteur stratégique social, site méga-urbain].*

*« L'ARS ça participe aussi à rassembler le champ sanitaire et le champ médico-social. Enfin c'est un tout, on est dans une période de grands changements mais qui est peut être un petit peu une révolution culturelle » [Acteur stratégique sanitaire, site rural].*

Fondamentalement, le risque identifié par les parties-prenantes est que la réforme de fusion d'organismes et de compétences jusque là parallèles les unes des autres se traduisent par une reproduction interne dans la nouvelle instance ARS. Le risque de reproduction de la précédente configuration institutionnelle en interne à l'instance ARS est souligné par un certain nombre d'acteurs de façon explicite :

« Tout en prônant la concertation et la coordination au sein d'une entité unique qui est l'ARS, c'est de reconstruire à l'intérieur, alors on appelle ça des directions, des pôles, des départements peu importe, les choses qu'il y avait avant. C'est à dire les choses qu'il y avait avant, alors on ne dira pas dans l'ARS y a l'URCAM, l'ARH, la DRASS, les DDASS, le médico social, mais on dit y a des pôles machins, comme par hasard, un pôle réseau de santé "tiens c'est l'URCAM", un pôle hospitalisation public privé "tiens c'est l'ARH", un pôle médico social, c'est les DDASS, un pôle politique des personnes âgées Alzheimer, c'est la DRASS, un pôle sécurité sanitaire suivi des crises et des épidémies, c'est la DRASS » [Acteur stratégique sanitaire, site rural]

« Est-ce que ce sera un seul organisme qui aura les structures les unes à côté des autres ou est-ce qu'eux mêmes vont vers une intégration ? [...] Aujourd'hui on retrouve un pôle des établissements et services, avec d'un côté le médico-social et de l'autre le sanitaire. Donc on ne refait pas. Et qu'est-ce qu'ils ont prévu eux pour jouer l'intégration, dans leurs demandes et leur politique ? Et si jamais par exemple le pôle sanitaire va avoir un axe qui est différent et non coordonné du pôle médico-social, comment peut-on parler d'intégration au niveau de l'ARS ? Alors après si en plus on rajoute le pôle Conseil Général... » [Acteur stratégique social, site méga-urbain].

Le potentiel intégrateur des ARS dépend des modalités concrètes de fusion des organisations précédemment indépendantes. Un acteur propose un parallèle dans le champ de l'emploi avec la fusion en décembre 2008 de l'ANPE et des Assedic :

« On espère que l'ARS pourra peut être apporter de la lisibilité à tout ça. On espère que ça ne fera pas comme le Pôle Emploi, dans le genre d'exemple de fusion parce que c'est un peu une fusion quand même de la DDASS et du Conseil Général. On espère que ça utilisera au mieux ce qui existe sans mettre des contraintes supplémentaires et couper des vivres » [Acteur tactique social, site méga-urbain].

Compte tenu des marges de manœuvre données aux directeurs des ARS dans la définition des modalités de fusion il apparaît fort probable que chaque ARS mettent en place des configurations spécifiques. Dans cette situation, le potentiel intégrateur des ARS appelle à être examiné région par région.

Deuxièmement, l'arrivée des ARS apparaît être considérée comme porteuse d'une intégration institutionnelle, mais d'une **intégration institutionnelle incomplète**. La mise en œuvre des ARS ne porte pas sur l'ensemble des missions et compétences du champ gérontologique, notamment celles confiées aux DDASS (hébergement d'urgence, etc.) :

*« Les ARS tout ce qu'elles font, c'est de se avec le médico social dedans. Et le social, le social, passe chez les préfets. Donc par contre c'est dramatique pour nous »* [Acteur stratégique sanitaire, site méga-urbain].

Fondamentalement, dans le champ gérontologique, la question est celle de l'articulation des compétences des ARS avec les compétences décentralisées aux collectivités territoriales et surtout aux Conseils Généraux :

*« On voit l'intérêt de la réforme des ARS, c'est bien la coordination des différents champs social, médico-social ambulatoire et hospitalier. Donc on verra. Avec une difficulté qui sera l'articulation des Conseils Généraux et des compétences décentralisée. C'est un peu curieux quand même »* [Acteur stratégique social, site urbain].

Partant de ce constat, l'intégration institutionnelle « partielle » offerte par la mise en œuvre des ARS devrait être complétée par une forme d'intégration complémentaire avec les Conseils Généraux pour permettre de penser l'intégration gérontologique :

*« Mais l'ARS en tant que telle, elle ne change pas le fait qu'il y ait des Conseils Généraux, elle ne change pas qu'il y ait des directeurs associatifs ou communaux. Elle ne change pas la répartition politique des compétences, elle ne change que la répartition administrative mais pas politique »* [Acteur stratégique sanitaire, site méga-urbain].

*« Je pense que ces prochains mois seront importants dans l'avenir des 10 prochaines années sur ce secteur là et sur cette question là [...]. La balle est dans le camp de nos tutelles. Le débat aujourd'hui c'est à quoi vont aboutir l'ARS et le Conseil Général, pour dire les choses très clairement. Enfin l'État c'est les ARS, donc c'est les ARS et le Conseil Général. Voilà je pense qu'aujourd'hui on a été au bout d'un certain nombre de choses qui sont lisibles et visibles [...] Si on veut que ça marche [...] il faut mouiller là l'ARS et les collectivités »* [Acteur tactique social, site méga-urbain].

Si l'articulation des ARS et des Conseils Généraux paraît pour un certain nombre d'acteurs pouvoir relever d'une étape d'intégration institutionnelle ultérieure, en tout état de cause, les acteurs soulignent le fait que cette articulation doit être pensée :

*« Les liens entre l'ARS et les départements ne sont aujourd'hui pas clarifiés du tout. Y a là des zones de compétence où il va falloir trouver un modus vivendi et en matière de gérontologie, normalement il revient à l'ARS de piloter la définition des besoins pour la région dans le médico social. Pour l'instant nous on vit encore avec des schémas gérontologiques départementaux. Comment tout ça va s'harmoniser ? »* [Acteur stratégique sanitaire, site méga-urbain]

Si législativement, des procédures de concertation sont prévues à travers trois instances de concertation régionales : la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, les commissions de coordination des politiques de santé et les conférences de territoire, la flexibilité de la mise en œuvre de ces instances interrogent les parties-prenantes sur leur effectivité en termes de coordination avec les politiques des Conseils Généraux.

Troisièmement, un focus est mis par certains acteurs sur les **compétences politiques dans une acceptation plus large que celle de l'exclusive répartition des compétences administratives** des politiques gérontologiques. La prise en considération des compétences gérontologiques élargies, un petit nombre d'acteurs mettent en exergue la nécessité d'une dynamique associant soutien institutionnel et soutien politique, pour le déploiement du potentiel d'intégration des ARS :

*« On n'est plus dans une démarche d'État, on est dans une démarche politique, alors les politiques après choisissent, se sont des élus, etc., ils mettent en place un programme politique. Mais de mon point de vue c'est pas parce qu'on a des ARS que si il n'y a pas la volonté de faire avancer les choses et de dire à un moment donné que c'est ça qu'il faut faire, ce sera fait »* [Acteur stratégique sanitaire, site méga-urbain].

Certains acteurs soulignent que la mise en place des ARS au cours de l'expérimentation d'intégration PRISMA-France pourrait avoir permise une rencontre des deux sphères des pouvoirs publics constituées des techniciens administratifs et des élus, permettant de donner de la visibilité à l'objectif d'intégration gérontologique :

*« Et puis c'est un jeu politique aussi. Parce que c'est un moteur, il y a eu à un moment donné ça et puis y a eu aussi des moyens financiers. Donc il faut en profiter, il faut avancer, c'est des opportunités. Je pense que ça a été réenclenché ou ré appuyé sur la perspective des ARS »*  
[Acteur stratégique social, site méga-urbain]

Dans ce registre, le calendrier de la mise en place ARS pendant l'implantation du projet d'intégration PRISMA-France semble être considéré comme positif.

En conclusion une grande majorité d'acteurs perçoivent et soulignent le potentiel d'intégration porté par les ARS ; Toutefois relativement à la mise en œuvre du projet d'intégration MAIA l'impact de l'ARS est envisagé comme limité du fait de la construction en cours des procédures de fusion des organisations et de définition des outils de planification et de régulation. Dans ce processus, quelques acteurs font état d'un certain scepticisme quand à la place donnée à l'intégration des services portée dans le projet dans la mesure où les compétences des ARS sont très larges :

*« Tout le monde va rester accaparé par l'urgence et la dramatisation de tout. Sans voir qu'ici y a moyen de faire plus loin et d'anticiper [...] C'est [le projet PRISMA] tout petit. Mais gardez-le dans votre agenda et vérifiez que c'est quelque chose qui est important [...]. Si vous voulez dans 5 ans proposer des nouvelles méthodes de travail dans votre agence régionale, ça sera issu de cette expérience là et du rendu de l'analyse cette expérience là"»* [Acteur stratégique sanitaire, site méga-urbain].

Il est particulièrement intéressant de souligner dans cette citation la perspective selon laquelle les méthodes intégratives de type PRISMA-France puissent être diffusées à travers le processus de réforme institutionnelle en cours. D'une part, ceci démontre un certain degré d'appropriation de l'objet « intégration ». D'autre part, l'interlocuteur sous-entend que les résultats des expérimentations PRISMA-France et MAIA devraient être capitalisés dans le cadre des attributions données aux ARS.

Spécifiquement au déploiement des MAIA dont la généralisation à l'échelle nationale a été annoncée<sup>41</sup>, ces éléments d'appropriation et de capitalisation du projet et des recherches semblent constituer des pré-requis :

*« On revient à mon début de définition de l'intégration et des freins à l'intégration, c'est que si nos stratégies politiques les lanceurs de commandes ne sont pas intégrés, comment peut on*

---

<sup>41</sup> Voir le chapitre 6 précédent, du présent rapport.



*après être porteur de structures intégrées ? Ça va être l'ARS et le Conseil Général qui va être porteur d'appel à projet, si eux mêmes n'ont pas une conscience de l'intégration, comment peuvent-ils être porteurs de projet ? Puisqu'il faudra répondre à des projets, comment ces projets seront porteurs d'intégration ? » [Acteur stratégique sanitaire, site méga-urbain].*

Notons également dans cette citation, la façon dont l'interlocuteur semble mettre en perspective le travail d'intégration interinstitutionnelle entre l'ARS et Conseil Général comme condition sine qua none dans la perspective anticipée d'une procédure de définition et d'instruction des projets MAIA conduite par les deux institutions ARS et Conseil Général :

*« Avoir une vision partagée des choses, je suis assez pour les cofinancements, et surtout entre l'État et les collectivités. Y a des responsabilités partagées. Je pense que c'est intéressant pour l'avenir des dispositifs en l'occurrence là, l'intégration et la coordination on a besoin de ça. Aujourd'hui on a tout pour pérenniser un dispositif en tout cas on a une expérimentation qui donne un certain nombre de choses en fait en ce qui concerne le XX<sup>ème</sup> » [Acteur stratégique sanitaire, site méga-urbain].*

#### **7.4. Discussion et Conclusion**

Il ressort de ces éléments que le potentiel intégrateur des ARS dans le champ gérontologique est identifié par les parties-prenantes du projet PRISMA-France.

La traduction de ce potentiel pour l'organisation des services gérontologiques apparaît toutefois dépendante des modalités administratives de mise en œuvre des ARS et des modalités de gouvernance des ARS (outils de diagnostic, de programmation, de contrôle et de régulation).

Cette considération fait écho aux travaux de Louis Demers (Demers L. et al., 2002) sur l'impact des fusions d'établissements au Québec sur l'intégration des services. Ces travaux invitent, dans une approche tactique, à penser le lien complexe et non systématique entre les mouvements de fusion et ceux d'intégration. Notre travail situé à un niveau institutionnel confirme ces travaux au moins partiellement dans cette première étape de mise en œuvre est-il possible de dire. En effet, et dans la continuité de l'approche théorique développée par Alain Dupuis (Dupuis A. et al., 2004), l'enjeu est la façon dont la fusion des organisations, précédemment indépendantes au sein de l'ARS, suivra ou pas le schéma de « l'organisation machine » reproduisant le fonctionnement en « silos » ou en « chapelles protégées » et les « guerres de clochers ».

En ce sens, la mise en œuvre des ARS en cours, et le rapport que celles-ci vont développer au processus d'intégration, offrent un champ de recherches en santé publique appliquée à la gérontologie particulièrement dense.

## **Bibliographie axe I.**

- Bur Y., Rapport d'information des travaux de la mission des agences régionales de santé, Février 2008, Disponible à e : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i0697.asp>.
- Contandriopoulos A-P., Denis J-L., Touati N., Rodriguez R. Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. Ruptures Revue transdisciplinaire en santé, 2001; 8(2):38-52.
- Couturier Y., Trouvé H., Gagnon D., Etheridge F., Carrier S., Somme D. Réceptivité d'un modèle québécois d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie en France. Lien social et Politiques, 2009; (62): 163-174.
- Challis D, Darton R, Johnson L, Stone M, Traske K: An evaluation of an alternative to long-stay hospital care for frail elderly patients: The model of care. Age and Ageing, 1991; 20(4):236-244.
- Demers L., Saint-Pierre M., Tourigny A., Bonin L., Bergeron P., Rancourt P., Dieleman L., Trahan L., Caris P., Barrette H. Le rôle des acteurs locaux, régionaux et ministériels dans l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie. École Nationale d'administration publique, Université du Québec; 2005. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=398>.
- Demers L., Dupuis A., Poirier M.L'intégration des services passe-telle par des fusions d'établissements ? Santé mentale au Québec, 2002; XXVII(2): 74-92.
- Dupuis A., Farinas L., Demers L. Gouvernance et fusions d'établissements sociosanitaires, in Revue Gouvernance, 2004; 1(2): 25-39.
- Etheridge F., Couturier Y., Trouvé H., Saint-Jean O., Somme D. Is the PRISMA-France glass half-full or half-empty? The emergence and management of polarized views regarding an integrative change process. International Journal of Integrated Care, 2009; 9: e01-e011.
- Hébert R., Raiche M., Dubois MF., Gueye NR., Dubuc N., Tousignant M. Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): A quasi-experimental study. The Journals of Gerontology. Psychological Sciences and Social Sciences, 2010; 65B(1): 107-118.
- Hébert, R., Veil, A., Raiche, M.; Dubois, MF., Dubuc, N., Tousignant, M. Evaluation of the implementation of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec. Journal of Integrated Care, 2008; 16(6) : 4-14.
- Hébert R & Veil A: Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system. International Journal of Integrated Care 2004, 4:e05.
- Kodner DL. Making Long Term Care 'Whole' - Taking a Fresh Look at Integrating Health and Care Services for the Frail Elderly, International Conference on Evidence-based Policy in Long Term Care, UK, London, September 2010.

- 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
- Lascombes P., Le Galès P: Sociologie de l'action publique. Paris: Armand Colin; 2007.
- Ritter P. Rapport sur la création es Agences Régionales de Santé (ARS), Janvier 2008, Disponible à: [http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/ARS\\_-\\_Rapport\\_Ritter-2.pdf](http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/ARS_-_Rapport_Ritter-2.pdf)
- Somme D. & Trouvé H. Implanter et évaluer une politique d'intégration des services aux personnes âgées : l'expérimentation PRISMA France. Fouquet A., Méasson L. (Eds.) L'évaluation des politiques publiques en Europe Cultures et Futurs. Paris, France: 2009: L'Harmattan:
- Somme D., Trouvé H., Couturier C., Carrier S., Gagnon D., Lavallart B., Créatin 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. La Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 2008a, 56(1): 54-62.
- 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. Gérontologie et Société, 2008b;124: 95-107.
- Strandberg-Larsen, M. & Krasnik, A. Measurement of Integrated healthcare delivery : a systematic review of methods and future research directions. International Journal of Integrated Care, 2009;9: e01-e10.
- Trouvé H., Couturier Y., Etheridge F., Saint-Jean O., Somme D. The path dependency theory: analytical framework to study institutional integration. The case of France. International Journal of Integrated Care, 2010a, 10: e01-e09.
- Trouvé H., Couturier Y., Saint-Jean O., Somme D. L'organisation en réseau dans le champ gérontologique : à la recherche d'un nouveau mode de gouvernance ? Géographie, Économie, Société, 2010b, 12: 31-52.
- Trouvé H., Veil A., Hébert R., Somme D. The PRISMA France study: Is there a way to measure implementation of integration in different countries? Krzysztof S. (Ed.) Health Management. Vienne, Austria: Sciyo, 2010c: 1-18.
- Vaarama, M. & Pieper R. (Ed.) Managing integrated care for older people. Helsinki, Sweden: STAKES; 2006.
- Veil A. 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, 2001.
- Yin RK: Case Study Research: design and methods. London, UK: Sage Publications; 1984



**AXE 2**

**Étude des pratiques professionnelles  
des gestionnaires de cas**

## **8. LE GESTIONNAIRE DE CAS : UNE NOUVELLE PROFESSION ?**

L'axe 2 de cette recherche cherchait à documenter auprès des professionnels ayant fonction de gestion de cas et de leurs collaborateurs proches des traces de transformation de leurs pratiques conséquentes à leur participation à l'implantation du modèle PRISMA. Selon les théories récentes de l'innovation (Greenhalgh et al., 2004), la documentation de ces transformations permet de caractériser et de qualifier la pérennisation d'une innovation et, partant, d'en évaluer la profondeur d'implantation.

Le travail dont nous rendons compte ici est donc évaluatif, mais davantage au sens d'une évaluation de processus que d'une mesure d'impact. Cela s'explique par deux raisons fondamentales, la première étant qu'avant d'évaluer un impact, il est impératif que l'innovation ait connu son plein déploiement pour qu'elle ait eu véritablement des effets. À défaut de rencontrer ce critère de sens commun, une évaluation pourrait imputer faussement un échec ou un succès à l'innovation à l'étude. La seconde raison, plus pragmatique et immédiate aux travaux dont nous rendons compte ici, réside dans la grande disparité des stratégies de déploiement et des calendriers d'implantation connus par les sites expérimentaux, disparité ayant rendu impossible toute mesure pré-post, et ce, peu importe la modalité méthodologique retenue.

Les présents résultats traduisent donc une compréhension générale (mais partielle) des pratiques à l'étude. Cette compréhension s'appuie sur quatre types de données. La première source provient des collectes de données périphériques aux pratiques professionnelles (entrevues et observations des CLO et CDS, analyse documentaire, etc.) dont différentes parties de ce rapport rendent compte. Cette intelligence périphérique nous a permis de contextualiser nos données primaires, issues de l'observation directe et d'entrevues, notamment de mieux comprendre les conditions organisationnelles et institutionnelles découpant l'aire des possibles de cette pratique. Ces données secondaires à l'axe 2 ont également contribué à l'atteinte du principe de validité interne qu'est la saturation, c'est-à-dire la redondance des informations et l'absence d'informations nouvelles (Pirès, 1997).

La seconde source est celle de l'observation directe des pratiques, qui s'est échelonnée de 2006 à 2009. Elle a d'abord portée sur les pratiques de coordination préexistantes à la gestion

de cas (environ 100 heures), puis à la pratique de gestion de cas en tant que telle (80 heures). L'observation est une méthode qui permet de documenter largement une pratique, et d'accéder aux interactions entre collègues, avec les cadres, les partenaires cliniques, et les usagers (personne âgée et proche aidant).

Nous avons également réalisé deux types d'entrevues. Un premier, dit formel, s'est complété à partir d'une grille stable dans le temps qui visait à observer le mouvement des représentations des principaux objets de l'innovation. La stabilité de cette collecte de données fut affectée par trois facteurs hors de notre contrôle :

1. La durée beaucoup plus longue que prévue de la pré-implantation, ce qui a fait en sorte qu'une partie de la grille d'entrevue s'est à la longue avérée insensée aux yeux de certains participants. Par exemple, certains d'entre eux étaient sous-exposés à l'innovation.
2. Le mouvement de personnel a nui à la continuité de la collecte de données, nos temps 0 et 1 n'ayant pas de correspondance en temps <sup>42</sup>. (voir les effectifs et les origines professionnelles en fin d'article)
3. La durée beaucoup plus longue que prévue de l'implantation entraîne l'apparition d'un facteur externe : l'instabilité du contexte forcément mouvant sur une aussi longue période (implantation des MAIA, perspective de l'arrivée des agences, changement à la direction d'organisations, etc.), ce qui a appelé l'adaptation en cours de recherche de cette collecte de données.

Malgré leurs limites, ces données ont été néanmoins analysées sous l'angle de leur contenu sémantique, et sont donc venues ajouter à notre capacité de triangulation des données.

Nous avons enfin réalisé des entretiens compréhensifs de la pratique, inspirés de la méthode dite d'entretien d'explicitation de la pratique, qui cherche à faire décrire les gestes professionnels de façon à s'approcher, autant que faire se peut, de la pratique effective plutôt que des représentations de cette même pratique. Pour les mêmes raisons que pour la collecte de données précédentes, il fut difficile de documenter une pratique qui n'a pas eu pleinement le temps de s'incorporer dans les praticiens. Cette limite vaut encore plus pour les partenaires cliniques de la gestion de cas. De tels entretiens ont donc été réalisés auprès des gestionnaires

---

<sup>42</sup> Voir chapitre 2

de cas, de certains de leurs partenaires cliniques, des pilotes locaux, et d'acteurs tactiques. Leur traitement fut finalement plus représentationnel que prévu.

Nous allons dans un premier temps présenter l'état représentationnel des composantes essentielles du modèles, en distinguant, lorsque nécessaire, les acteurs centraux (gestionnaires de cas) de leurs partenaires cliniques. Lorsque porteur de sens, nous allons présenter les variables de contraste ayant eu un poids dans la mise en forme locale de l'innovation (ex. : le site, l'origine professionnelle, etc.). Même si le contexte expérimental a entravé notre capacité à atteindre pleinement nos objectifs, nous pensons que la documentation du mouvement des représentations des composantes essentielles de l'innovation constitue un bon indicateur, et dans une certaine mesure un bon prédicteur, de la transformation des pratiques professionnelles (Blin, 1997).

#### A) Le modèle conceptuel PRISMA

Dans la section qui suit sont présentées les représentations générales de l'objet que constitue le modèle PRISMA, ici considéré comme une entité cohérente incarnant l'innovation. Du point de vue des interviewés, ce modèle porte avant tout sur la coordination des services aux personnes âgées dont la situation se caractérise par une haute complexité, entendue surtout comme une situation clinique comportant une composante sociale importante, comme l'isolement social, et pour laquelle la réponse des systèmes d'intervention classiques a atteint sa limite ou se butte à une difficulté majeure.

Beaucoup de gens mettent sous la casquette «Ah oui, gestion de cas c'est de la coordination de situation complexe». (Gestionnaire de cas 1, site méga-urbain)

Si cette représentation fut stable dans le temps, elle a néanmoins fait l'objet d'une certaine transformation auprès des acteurs centraux (gestionnaires de cas et pilotes) qui ont cherché à accroître leur territoire de légitimité vers des actions de prévention de la perte d'autonomie.

Vraiment je ne sais pas comment je vais retravailler ça, la difficulté qu'on a pour le moment c'est qu'on nous présente trop de situations qui sont très dégradées où les partenaires ont attendu longtemps. [...] Je ne sais pas combien de fois c'est arrivé, mais des non-retours. [...] c'est l'autre difficulté, d'arriver à faire passer le message « On n'est pas là que dans les scénarios catastrophes, mais il faut qu'on intervienne avant. » (Pilote-2)



Cette évolution de la représentation des finalités de la gestion de cas chez les acteurs centraux permet un début de transformation chez leurs partenaires :

Là où je trouve que c'est intéressant c'est que l'arrivée de la gestion de cas rend attentif à des dégradations qui peuvent arriver, des dégradations de situation, où quand on est trop loin et bien c'est trop tard. (Pilote-2)

En ce sens, le modèle est moins perçu à travers une visée de réorganisation fondamentale des services que comme un dispositif permettant de concevoir une réponse particulière à des situations cliniques pour lesquelles le système existant est jugé insuffisant. Cette capacité à donner de meilleurs services là où les dispositifs n'ont pas les moyens de le faire constitue une plus-value certaine du modèle, et ce, pour tous les locuteurs. Le pouvoir transformateur du modèle sur l'organisation des services se présente comme moins important qu'attendu, puisqu'il est surtout perçu par les non initiés comme un ajout de services, une couche supplémentaire, dans une organisation des services globalement inchangée. Cette caractéristique fut stable dans le temps et semble même s'être cristallisée lors du passage aux MAIA.

Et après la gestion de cas c'est quand même un service supplémentaire on peut pas le nier. (Gestionnaire de cas 2, site méga-urbain)

La reconnaissance de la valeur de ressources supplémentaires qui s'ajoutent à l'existant présente une double valence quelque peu paradoxale. D'une part, il n'y a jamais trop de ressources pour combler les besoins d'une population toujours plus vieillissante, ce qui est vu positivement. Mais, d'autre part, cela confirme aux yeux des partenaires cliniques la relative redondance du modèle à leurs pratiques existantes, comme si la gestion de cas faisait en somme ce que tous font, mais avec plus de temps, plus de moyens. PRISMA est donc ressenti depuis le début comme un modèle de coordination en partie redondant aux formes naturelles de coordination, celles du CLIC, par exemple. Cela révèle selon nous une difficulté à concevoir, dans l'état actuel des choses, l'intégration des services. Par contre, malgré la constance de ce sentiment, l'idée que la coordination dans ce modèle a un caractère plus systémique et plus systématique que les pratiques existantes a peu à peu émergé. En ce sens, la coordination proposée dans le projet PRISMA France ajoute finalement quelque chose d'important. Cela révèle une transformation relative de la conception de la coordination, surtout chez les gestionnaires de cas eux-mêmes et chez leurs partenaires les plus immédiats, et pour lesquels la plus-value a des effets concrets. Par exemple, l'assistante sociale d'un

hôpital, qui a pour mission de prévoir les retours à domicile pour un couple âgé connu pour ses entrées multiples, est devenue très favorable à la gestion de cas dès lors que le couple en question a augmenté sa capacité de maintien à domicile. Chez les partenaires plus éloignés, le modèle est perçu à cet égard comme une offre supplémentaire de services, mais externe à leur organisation. Cela conforte la réception du modèle moins comme une innovation ayant pour finalité de changer fondamentalement l'organisation des services à travers un projet intégrateur, que comme un ajout de ressources utiles ayant un impact indirect positif sur les pratiques existantes de coordination. Au regard des intentions des concepteurs du modèle, cela est décevant, mais marque néanmoins un progrès dans la problématisation de la nécessité de penser l'intégration des services.

Je pense que ça a été une bonne préparation et un bon début pour permettre ensuite l'implantation des MAIA. (Gestionnaire de cas 3, site méga-urbain).

Les documents, les concepts, les outils et les ressources expertes de l'équipe d'accompagnement PRISMA se sont transformés en outils de références pour concevoir la suite, dans ce cas-ci, la candidature MAIA :

J'imagine que dire que PRISMA s'est transformé en MAIA dans votre contexte, c'est une évidence.

Oui. [...] Pour moi il y a une continuité très forte. Moi je n'étais pas là au moment de PRISMA. Mais je me suis beaucoup, beaucoup inspiré de ça. J'ai mes bibles, comme je dis. (Pilote-2)

Depuis le début, tous les acteurs affirment une adhésion de principe assez forte à l'égard des objectifs généraux de PRISMA, mais cet accord est maintenant fondé sur une meilleure connaissance du modèle, et est donc moins principal.

Alors qu'au début de la participation à PRISMA les acteurs évoquaient le coût relatif à la lourdeur de l'accompagnement et à la multiplicité des actions qu'il faut poser pour mettre en œuvre l'innovation telle qu'attendue, en fin de recherche, cet effort semble moins substantiel, moins coûteux. En fait, cela révèle une condition favorable de l'implantation, soit la qualité de l'accompagnement, unanimement soulignée, et une transformation majeure dans la façon d'utiliser le modèle, soit le passage d'un rapport à PRISMA de type « un modèle à suivre »

vers « une méthodologie nous servant localement à inventer des solutions adaptées ». En fait, il y eu un moment fort et très révélateur à cet égard pour les trois sites, soit la rédaction du projet MAIA, puis le passage (pour deux des sites) vers la réalisation de la MAIA. Ce passage graduel du modèle à la méthodologie a réduit les craintes d'inadaptation culturelle d'une innovation élaborée hors de la France. Aucune citation ne porte sur ce thème lors des dernières collectes de données<sup>43</sup>.

Alors qu'en début de parcours la question des conditions de pérennisation était brûlante pour tous les acteurs (voir rapport 1), la politique MAIA, malgré diverses limites, apparaît pour plusieurs comme un bon marqueur de la volonté politique de poursuivre dans le sens de l'intégration des services. Ainsi, la réflexion s'est peu à peu détournée des conditions de pérennisation vers celle de l'adaptation locale. Bien entendu, le manque de ressource est encore perçu comme crucial à la bonne volonté innovatrice, mais le discours sur la pérennisation est revenu à des niveaux, dirons-nous, normaux. De plus, l'incertitude quant à l'avenir de ces innovations est source d'inquiétudes, en raison du sentiment d'attachement au projet qui s'est peu à peu développé. Au total, la réceptivité s'est maintenue à l'égard de l'innovation tout au long de l'expérimentation, malgré de très nombreuses craintes quant à sa pérennisation.

Est-ce qu'on est en train de semer dans le vent. (Gestionnaire de cas 1, site méga-urbain)

Tous reconnaissent la qualité du modèle, sa rigueur scientifique, et sa capacité adaptative.

Des méthodologies il y en a plein, on a tous vécues ça, des expériences on en a vécues aussi. Mais rares quand même sont les, les instants où on découvre, vous avez découvert, disons des comportements, des postures ou des propositions qui sont adaptables à diverses scènes, à d'autres situations. Alors, pour vous dire qu'effectivement, au niveau du groupe MAIA, par exemple, le fait qu'il y ait des CLO et le, le, le CDS, c'est, c'est, il faut les deux niveaux pertinents qui ne se confondent pas. (Observation réunion de CDS, site urbain)

---

<sup>43</sup> Plus précisément, la majorité de nos répondants nous disaient en T0 que le caractère étranger de PRISMA était un gage de crédibilité, mais qu'il appelait cependant une importante adaptation culturelle. Par exemple, le modèle PRISMA a été : « trouvé intéressant. Sous sa forme actuelle, pas forcément acceptable par rapport à notre culture hein, acceptable... Non non, dans...il est peut-être à re...comment dire ? A réorganiser, par rapport à nos pratiques et à notre culture (CLO-P) ». Nous n'avons relevé aucun énoncé allant dans ce sens en T2.

Il y a un avantage énorme qui est d'avoir une méthodologie, qui est d'avoir des outils, qui est d'avoir une profession qui même si elle est toute nouvelle, a déjà en main une méthodologie et des outils importants. Donc, ça je trouve ça déjà bien. (Pilote-1)

Dans les sections qui suivent, nous allons exposer plus finement chacune des composantes du modèle mais d'abord commençons par deux de ces principes structuraux, soit l'intégration et la coordination.

### B) Intégration et coordination

Parmi tous les fondements conceptuels de l'innovation proposée, celui de l'intégration est clairement le plus sous-problématisé par l'ensemble des acteurs, et ce, tout au long de l'expérimentation. En fait, ce concept faisait l'objet d'une méconnaissance complète de tous les acteurs. En fin d'expérimentation, les professionnels au cœur de l'innovation n'avaient pas accru substantiellement la qualité de leur compréhension du concept, mais avait beaucoup avancé en termes de problématisation des enjeux cliniques d'une fragmentation des services. Ce début de problématisation s'étend de proche en proche, au fur et à mesure des collaborations. Nous le verrons plus loin, une part importante du travail des gestionnaires de cas aura été de soutenir l'effort de problématisation auprès de leurs partenaires, cliniciens ou cadres, et des familles. Il faut en effet souligner que leur tâche première fut, dans une proportion importante, de présenter à leurs partenaires les façons de faire de la gestion de cas.

Le principe d'intégration apparaît, du point de vue des acteurs, plutôt porteur d'un risque de standardisation des pratiques, même si plusieurs reconnaissent la nécessité d'une relative standardisation. Les acteurs du champ médical sont moins réfractaires à cette dimension que ceux du champ social. En réponse à cette crainte, des travaux éthiques ont été réalisés afin de réfléchir aux effets négatifs d'une standardisation trop grande. Ces travaux, dont on ne peut rendre compte ici avec force détails, révèlent une des importantes stratégies d'adaptation par les acteurs, soit de produire un cadre normatif qui endiguerait les risques perçus du modèle, tout en conservant ce qu'il porte de changements positifs.

En outre de ces travaux, des modalités de travail très co-actives ont été déployées de façon à ce que les équipes de gestionnaires de cas puissent développer une culture commune de l'intégration tenant compte des enjeux éthiques évoqués précédemment. Le travail très

rapproché au sein de l'équipe de gestionnaires de cas a permis aussi de transférer des habitudes professionnelles disciplinaires vers leurs collègues (ex. : la compétence à l'évaluation à partir d'outils standardisés des gestionnaires de cas formées au soins infirmiers vers leurs collègues formées au travail social). Cela semble indiquer que la constitution d'une équipe interdisciplinaire de gestionnaires de cas est une idée faisable et valable. Il faut souligner que l'organisation du travail dans le site du Haut-Rhin se prêtait mieux à la co-activité que dans le site parisien, où les gestionnaires de cas, tous à mi-temps, exerçaient une autre activité professionnelle que la gestion de cas, dans un autre lieu, sur une partie de leur temps.

Plusieurs interlocuteurs distinguent conceptuellement coordination et intégration, la première étant affaire clinique, donc connotée plutôt positive, la seconde affaire institutionnelle, donc traversée d'enjeux de pouvoir. Pour cette raison, le principe de coordination fait l'objet d'une réceptivité beaucoup plus grande et directe que celui d'intégration. Le principe de coordination est pour tous un attribut de la qualité des services. 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 systémique, et donc sur la révision des prérogatives de chacun. Les gestionnaires de cas distinguent auprès de leurs partenaires la coordination par son caractère dédié et intensif, ce qui importe pour les cas complexes et lourds, et dont l'instabilité fait en sorte que l'action des uns et des autres n'est plus efficace. Le fait d'être dédié à ces cas complexes constitue un attribut d'une pratique professionnelle de qualité :

Je dirais qu'il y a plus maintenant, parce qu'on est vraiment tout, on est sur la même plate-forme avec les assistantes sociales, il y a une bonne reconnaissance de notre travail avec les assistantes sociales. Et en même temps elles sont un peu jalouses d'une certaine manière quand même, du temps qu'on en plus, du peu de situations qu'on a par rapport à elles. Et j'ai l'impression des fois elles auraient peut-être aussi envie de travailler avec nous. (Gestionnaire de cas 2, site urbain)

La tendance à réduire la coordination au fait de se parler entre acteurs a priori volontaires pour ce faire, tendance observée en début d'expérimentation, s'est un peu transformée par la création, par exemple, d'un outil de communication à domicile qui a eu pour effet d'engager les partenaires dans une continuité d'approche plus soutenue. Le gestionnaire de cas se positionne en « promoteur » de ces micro-initiatives.

L'une des cibles privilégiées de la coordination dans les contextes PRISMA consiste à lier le sanitaire et le social, structurellement divisés en France, notamment autour de la sortie des personnes âgées des hôpitaux, surtout les personnes connues pour leur grande fragilité. Nous relevions dans le rapport intermédiaire 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. Ce défaut d'autorité d'un coordonnateur demeure, mais les gestionnaires de cas ont pu, autour de cas cliniques concrets, faire valoir non pas une autorité, mais une pertinence en matière de coordination dédiée qui aura permis un début de reconnaissance. Si cela est en-deçà des attentes découlant du principe d'intégration, force est de constater que ce début de reconnaissance révèle une transformation profonde du concept de coordination. Cette dernière s'impose comme pertinente pour les cas complexes, ce qui permet d'inventer des solutions ad hoc, et dont on espère qu'elles auront un effet de système éventuellement intégrateur. Coordonner se définit alors dans les contextes à l'étude comme le fait de négocier à plusieurs des règles favorisant les échanges, mais sans changer les prérogatives de chacun des partenaires de la coordination.

### C) Concertation

La concertation est une composante cruciale du modèle PRISMA, puisque c'est par elle que s'élabore l'adaptation locale du modèle. Les gestionnaires de cas ont tous une importante conscience que leur action professionnelle est prolongée et se prolonge par celle de la pilote, à travers les instances de concertation. Le lien entre ces deux niveaux d'action est crucial au bon déroulement de l'implantation. Bien que nous ayons clairement observés la lourdeur de la concertation, ses difficultés récurrentes, souvent son extrême lenteur, ses ratés communicationnels à la destination des praticiens, ces derniers la considèrent néanmoins comme une composante cruciale, permettant certes l'adaptation locale, mais aussi une action systémique en réponse à des difficultés organisationnelles rencontrées dans leur pratiques de tous les jours.

Si en cours d'observation nous avons recensé quantité de récrimination à l'égard des CLO et CDS, notamment en terme de lien entre les deux, nous avons été frappés par le contenu des entrevues conclusives, où chacun, et ce, peu importe son niveau d'intervention, estime que cela est crucial à la bonne implantation d'une telle innovation.

Le fait qu'il y ait des CLO et le, le, le CDS, c'est, c'est, il faut les deux niveaux pertinents qui ne se confondent pas. Donc ça, ça, moi je l'ai vécu parce que bon, un

moment j'y allais d'assez près, donc j'ai trouvé ça pertinent. (Observation du CDS, site urbain)

Globalement, malgré ses difficultés (redondance CDS-CLO, faible capacité à décider du CDS, fluidité de l'information entre les deux, etc.), la concertation est apparue comme une composante essentielle qui s'est pérennisée dans la représentation sociale des praticiens du modèle, mais aussi de toutes pratiques s'inscrivant dans un dispositif intégrateur.

Mais je fais pas trop la différence entre ce que chacun fait mais je sais qu'elle nous fait redescendre ce qui a été fait au niveau du CLO et du CDS. Et puis nous, au niveau de [notre organisation] c'est vrai qu'ils nous font un petit retour aussi. (Gestionnaire de cas 3, site méga-urbain)

Ça c'était important pour tout le monde de savoir qu'on est missionné là-dessus. (Pilote 2)

La concertation s'incarne concrètement à travers la figure du pilote local, situé à l'interface du système clinique et de la concertation tactique et stratégique. Un pilote efficient dans cette fonction d'interface apparaît clairement comme une composante essentielle du modèle. Ainsi, sa capacité à agir autant dans l'espace clinique que dans l'espace des systèmes est au cœur de son métier.

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, et à l'arrimage efficace entre les pilotes et leurs équipes de gestionnaires de cas. À cet égard, le modèle a eu un effet certain.

Je trouve qu'on est dans une phase où on a une légitimité. Ça je trouve qu'on est passé à autre chose. (Pilote 2)

Cependant, il demeure un enjeu relatif à l'articulation entre les trois niveaux de concertation, plus spécifiquement la difficile intégration des décisions aux trois niveaux de concertation clinique, tactique et stratégique, malgré le fait que le pilote soit dédié à cela. En fait, l'inter-concertation repose trop sur les épaules d'une seule personne.

L'inter-concertation permet la définition de la pratique professionnelle en fonction des différents niveaux qui la déterminent :

C'est jusqu'où on va, qu'est-ce qu'on a le droit de faire et qu'est-ce qu'on a pas le droit de faire. C'est plus des questionnements par rapport à notre pratique, finalement, qui ressortent. À travers les situations des gens, à travers les problèmes qu'ils rencontrent. (Gestionnaire de cas 4, site méga-urbain)

Pour bien répondre à ce questionnement, il importe de tracer la ligne entre la fonction de gestion de cas et le travail des autres acteurs et professionnels :

Oui, où on s'arrête? Où on s'arrête et jusqu'où on va quoi. (Gestionnaire de cas 4, site méga-urbain)

#### D) Gestion de cas

Bien entendu, cette importante composante opérationnelle du modèle PRISMA est la plus saillante de toutes, et c'est par elle que le modèle est présenté et reconnu. Au début de la démarche, plusieurs estimaient 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 (Observation du CLO-site méga-urbain).

Maintenant, la plus value d'une forme dédiée et systématique de coordination à travers la gestion de cas est passée dans le système représentationnel de ceux qui ont été exposés directement à cette pratique. Sa plus-value est claire surtout pour les cas complexes.

Tout le monde coordonne, mais maintenant, la gestion de cas, c'est autre chose. La gestion de cas, c'est de l'accompagnement de la personne de A à Z. (gestionnaire de cas 1, site méga-urbain)

Cependant, le caractère distinct de la gestion de cas demeure à conceptualiser, car elle est souvent exprimée à travers la seule intensité, par le seul fait d'en faire plus :

C'est aller plus, c'est aller plus avant (Gestionnaire de cas 2, site urbain)

Les récriminations et doutes qui demeurent renvoient davantage à l'insertion de la gestion de cas dans l'organisation des services (quelle tutelle ? quelles prérogatives ? etc.) que la pratique en elle-même, même si certaines tâches sont apparues plus porteuses de changements que d'autres, pensons à la production d'un plan de services individualisé, par exemple.



Alors qu'a priori la gestion de cas était représentée par l'analogie du chef d'orchestre qui coordonne des ressources locales : « Un chef d'orchestre qui va utiliser les ressources locales [Observation du CLO-site méga-urbain] », le gestionnaire de cas se représentait au terme de l'exercice par la figure du spécialiste des cas complexes, dont les conditions de travail lui permettent une intensité dans la prestation des services. Cette fonction lui permet moins d'orchestrer les ressources que de contribuer à leur mise en cohérence, mais sur une base volontaire :

Maintenant, quand j'y repense, le chef d'orchestre, pas dans le sens chef, mais dans le sens harmoniser. (Gestionnaire de cas 3, site urbain)

Comme à peu près partout ailleurs, l'étiquette gestionnaire de cas est reçue a priori 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 (Observation du CLO-site méga-urbain).

Mais cela change au fur et à mesure de l'exposition. Non pas que la valence de l'étiquette devienne « comme par magie » positive, mais nous avons observés une désensibilisation aux termes, et ce, même dans le second cercle des partenaires cliniques. Pour eux, le gestionnaire de cas se présente comme la figure professionnelle incarnant le projet pilote. La plupart de ces acteurs en avaient entendus parler, et ont une réception plutôt favorable pour les cas complexes, même si sa fonction intégratrice échappe à la quasi-totalité d'entre eux.

**La gestion de cas, est-ce que l'idée fait son chemin ou si c'est encore une étiquette rébarbative pour tous et chacun?**

Le nom est toujours rébarbatif. Ça, nous on l'avait évacué, les gens, surtout les personnes très âgées...

**Vous avez évacué quoi?**

Bien, on dit gestionnaire de cas, ils perçoivent ce nom comme ils le veulent, c'est pas ça qui est important, c'est après. (Gestionnaire de cas 1, site urbain)

Le gestionnaire de cas doit en principe posséder un certain pouvoir pour engager l'action des partenaires, mais force est de constater que cela n'est pas le cas pour ce qui est des deux projets pilote ici à l'étude. En fait, même au terme de l'expérimentation, les gestionnaires de cas se pensaient et étaient reçus comme des innovateurs, comme des promoteurs d'une innovation à présenter, à élaborer, à démontrer. Cela traduit la lenteur de l'implantation et les embuches structurelles qu'elle rencontre.

Alors que le gestionnaire de cas devrait en principe être le référent stable dans le temps et dédié non pas à donner les services mais bien à les coordonner, son action et sa stratégie d'exposition des partenaires sont plutôt centrées sur une offre d'intervention intensive et en profondeur (ce qui exige une charge de cas très basse) visant à débloquer des situations complexes pour lesquelles les services existants n'ont plus de solution. Cela est très bien reçu par les partenaires, heureux de partager la responsabilité de ces situations extrêmes, car sociales avec un acteur qui a plus de temps qu'eux pour agir en profondeur.

[Les assistantes sociales] ont plus une vision, peut-être par leur métier aussi, une vision du projet PRISMA, de situations complexes. Mais une situation complexe, c'est au social. (Gestionnaire de cas 3, site méga-urbain)

Cependant, la charge de cas légère en nombre est particulière à la fenêtre d'observation puisque les objectifs de file active n'étaient pas encore atteints.

Ça va bien, mais il y a un petit stress par rapport à la montée en charge. Déjà, on se rend compte que ce n'est pas évident cinq nouvelles situations par mois et on [...] a systématiquement des listes d'attentes. (Gestionnaire de cas 1, site urbain)

Ce « petit stress » à l'égard de la montée en charge révèle une tension entre une action clinique qui cherche à élaborer son propre cahier de charges et le mandat de promoteur de l'innovation auprès des partenaires cliniques, mandat qui exige non seulement une forme de présence dans les lieux où ces normes se définissent, mais également un temps important de conception en équipe des stratégies d'approche.

Par ailleurs, si l'intervention en profondeur est appréciée de tous, elle révèle néanmoins une contradiction à l'égard du modèle et de sa visée intégratrice, puisque le gestionnaire de cas se révèle moins coordonnateur dédié qu'intervenant intensif, ce qui entrave sa capacité

intégratrice. Néanmoins, force est de reconnaître que ce 50% de charge de travail dédié à la création de liens cliniques avec les partenaires porte fruit :

Donc des dames qui viennent pour faire du ménage, la toilette, qui disent : « Écoutez, il y a une situation, je suis inquiète. » Et qui appellent la gestionnaire de cas (Pilote-2)

#### E) La porte d'entrée unique

Tout au long de l'implantation, le guichet unique, ou porte d'entrée unique, est sans aucun doute l'objet du modèle le moins saillant de tous. Cela révèle une difficulté fondamentale, celle de penser l'intégration autrement que comme l'addition d'une nouvelle modalité de coordination, la gestion de cas, par-dessus les autres métiers de la coordination. Il pose de nombreux enjeux conceptuels en raison de la question de son rattachement institutionnel dans un contexte non-intégré sur le plan de la gouvernance, et le contexte concurrentiel qui caractérise la France provoque des compromis qui ne vont pas toujours dans le sens de l'intégration :

Guichet unique, c'est censé être un guichet en bois, avec du métal ou voilà, un meuble, à un seul endroit. Alors qu'eux ce qu'ils appellent, c'est un truc à plusieurs entrées, donc c'est plus guichet unique. (Gestionnaire de cas 2, site méga-urbain)

On a parfois l'impression de se marcher sur les pieds. Enfin, qu'ils doivent justifier, bien voilà, d'un certain nombre d'interventions, alors ça ratisse pas mal large et sans trop parfois faire coordination avec l'assistante sociale du service. C'est plus compliqué. (Gestionnaire de cas 3, site urbain)

Par contre, la valence de ces compromis n'est pas simple à évaluer, car il se peut fort bien qu'ils soient les embryons d'une reproblématisation des questions relatives à l'intégration des services. Puis l'idée d'avoir des portes d'entrée privilégiées fait son chemin, surtout pour les cas lourds. Lors du passage vers les MAIA, un important effort a été produit à cet égard pour concevoir une modalité de guichet unique adaptée à l'état de la situation sur le territoire en question. Il faut cependant reconnaître que cette idée ne s'est pas incarnée concrètement dans le cadre du projet PRISMA, si ce n'est par des collaborations plus systématiques (ex. : avec le CLIC ou avec les assistantes sociales du Conseil Général).

En fait, le dispositif de gestion de cas s'est presque développé à l'envers conceptuel du guichet unique par le développement de pratiques professionnelles dites de reaching out (le professionnel va vers les usagers), c'est-à-dire par un positif dont la première fonction est de

repérer dans l'environnement où se trouvent les usagers ayant besoin de ses services. Cependant, malgré ce constat, il est possible d'affirmer un début de problématisation de la nécessité d'un point de convergence des demandes à la faveur d'une pratique évaluatrice réalisée à l'aide d'outil clinique standardisée, nous y reviendrons. L'activité de reaching out permet la reconnaissance concrète de la gestion de cas, phénomène propice renversement du rapport, les gestionnaires devenant aux yeux de leurs partenaires des ressources de qualité :

On a maintenant sur les nouvelles situations, des situations des... enfin, signalements, j'aime pas ce mot là, mais enfin des inclusions qui viennent du SSIAD. Là dernièrement d'une AVS avec qui je travaille sur une autre situation très difficile, sur deux situations. [...] Je pense que ça c'est un indicateur important. L'hôpital aussi nous signale des situations. (Gestionnaire de cas 1, site urbain)

En raison de la difficulté à concevoir l'intégration systémique, les acteurs intéressés par la coordination se sentent menacés dans leurs pratiques par la proposition de créer une porte d'entrée unique, même si en principe ils en reconnaissent la valeur. En pratique, il est donc impossible de lui donner une portée universelle, puisqu'un réseau de services intégrés n'existe pas. L'adaptation observée est donc celle qui consiste à se positionner comme lieu de convergence pour la clientèle des cas complexes. Les gestionnaires de cas vont alors faire du démarchage chez les partenaires potentiels, dans le cas du Haut-Rhin, ou établir des ententes de services entre les membres du CLO, pour Paris. Dans tous les cas de figure, le guichet unique est moins un passage obligé pour les usagers qu'une ressource potentiellement utile à la fluidification des rapports entre partenaires cliniques impliqués dans la prise en charge.

Bien normalement il est nulle part. C'est-à-dire qu'il est prévu en avoir plusieurs. (Gestionnaire de cas 2, site urbain)

Guichet unique, c'est un mot. Un joli mot mais qui aujourd'hui n'est ... c'est pour ça que j'en ai pas tellement parlé parce que pour nous, le guichet unique, c'est [prénom]. (Rire) Donc c'est une personne. Normalement, un guichet unique, c'est un numéro, une porte d'entrée on va dire. Une porte d'entrée dans la MAIA. Avant, c'était PRISMA mais là, c'est la MAIA. Donc n'importe quel partenaire pourrait, en fait, être ce guichet unique et après savoir vers qui avancer. Mais aujourd'hui, à l'heure actuelle, ce n'est pas ça parce que de toute façon ils savent même pas qu'ils sont MAIA, et ils ne savent pas qu'ils vont être au guichet unique et pour nous, à l'heure actuelle en service de gestion de cas, notre guichet unique c'est [prénom] qui, on va

dire deux-trois heures dans la semaine, bien prend un numéro, prend les demandes de gestion de cas, et puis c'est tout en fait.

**Est-ce que dans le contexte français, le guichet unique c'est un peu fantasmatique? Est-ce qu'on va y arriver un jour?**

Je pense que ça va être très difficile, sincèrement.

**Pourquoi?**

Parce qu'ils sont trop chacun dans leur coin en fait. Chacun dans son coin «nous on fait ci, nous on fait ça», mais en fait, malgré le fait qu'on essaie de présenter un service de ... enfin, la MAIA on va dire, ce nouveau dispositif, bien ils ont du mal à comprendre ce que c'est. Et même si le CLO, le CDS travaillent sur ce script d'analyse qui en fait permettra d'avoir ce script pour le guichet unique, ben on sait qu'après chaque partenaire ne fait pas redescendre l'information sur leur propre organisme. Donc finalement, les gens et les cliniciens comme nous, nous on sait parce qu'on est dedans mais les autres ne le savent pas. Et je pense que ça va être difficile sincèrement d'avoir un ... Parce que qu'est-ce que c'est qu'un guichet unique? Est-ce que c'est un numéro unique? Ben non en fait. Est-ce que c'est une porte d'entrée? Mais non, c'en est pas qu'une... (Gestionnaire de cas 1, site méga-urbain)

En fait, peu d'acteurs problématisent le guichet unique comme porteur d'une finalité de standardisation, ni comme un dispositif inter-établissement.

La proximité conceptuelle entre le CLIC, les réseaux gérontologiques et d'autres ressources similaires avec le concept de porte d'entrée unique révèle une crainte pour les premiers de se voir déposséder de leur fonction de référent. La réponse adaptative à ces difficultés conceptuelles est un travail incessant mais inachevé de constitution d'un réseau de partenaires qui mutualisent de gré à gré le besoin de se coordonner. Le gestionnaire de cas apparaît comme l'incarnation de cette intention, mais aussi comme son porte-parole.

F) Les outils standardisés d'évaluation

Avec la figure professionnelle de la gestion de cas, le dispositif PRISMA s'appréhende avant tout par les pratiques professionnelles d'évaluation induites par la présence d'un outil d'évaluation standardisé (OEMD). La maîtrise de cet outil a sans doute été parmi les activités les plus intenses d'appropriation du modèle. Il a révélé des positions disciplinaires distinctes, a suscité des débats éthiques (ex. : confidentialité), et produit un certain effet d'intéressement chez les partenaires cliniques les plus proches des gestionnaires de cas. Sa complétion apparaît comme l'acte fondateur de la gestion de cas, comme l'objet par lequel le métier est approprié par les gestionnaires de cas eux-mêmes, puis présenté aux premiers partenaires potentiels, et ce, même si son caractère partageable est plus que modeste (en raison de sa non-informatisation), et qu'il n'engage pas de facto les partenaires cliniques. Par contre, il induit positivement de la rigueur dans le processus de production du plan d'intervention, rigueur qui aura intéressé certains partenaires, surtout ceux qui sont physiquement proches des gestionnaires de cas.

La maîtrise de l'outil s'est réalisée sur une longue période, puisqu'elle s'est produite en même temps que le travail de diffusion du modèle vers les partenaires. L'important effort d'apprentissage de l'outil incarne le travail de maîtrise du modèle PRISMA (et on verra que son aboutissement éventuel se situe dans la maîtrise du PSI). En outre de la formation, cet apprentissage s'est réalisé avec l'aide des pilotes, et par le soutien interdisciplinaire entre les divers membres des équipes de gestionnaires de cas. Il importe de préciser que la relative lenteur de son apprentissage découle du fait que c'est d'abord par la maîtrise puis l'adaptation de l'outil, en termes d'usages, que l'ensemble du dispositif s'est déployé. Écrit autrement, utiliser l'OEMD impliquait de considérer l'ensemble des dimensions de l'implantation du modèle.

Reçu a priori comme lourd et en marge de la compétence disciplinaire à évaluer, l'OEMD s'est révélé une importante occasion de développement professionnel pour les gestionnaires de cas, dont l'un des effets est de permettre à ses utilisateurs d'accéder à une compréhension profonde de l'intégration des services.

Ça n'a rien à voir avec mon métier de psychologue, donc il a fallu que je m'adapte un petit peu, bien déjà aux nouveaux outils, à une manière de faire, à trouver vraiment mon rôle exact en tant que gestionnaire de cas auprès des personnes âgées, répondre aux besoins. Voilà. Ensuite ça a été un travail aussi important au niveau de la connaissance du réseau et des partenaires qui existaient. Donc finalement, pour moi,

ça m'a appris beaucoup de choses puisqu'avant j'étais vraiment dans mon petit monde en tant que psychologue, voilà, et là finalement, en tant que gestionnaire de cas, j'ai pu vraiment faire connaissance avec tous les réseaux, ce qui existe, comment faire, et voilà, au niveau des évaluations. [...]

### **Avez-vous dû renoncer à une part de votre patrimoine psychologique?**

Bien oui. Parce qu'au niveau par exemple de la relation avec la personne que moi j'appelais «patient» avant, et que de temps en temps j'appelle encore patient, euh ... on n'a pas du tout la même relation. Donc en tant que psychologue, on a plutôt un cadre, on est plutôt dans la distance, même si avec les personnes âgées c'est encore autre chose. Mais c'est vrai qu'en tant que gestionnaire de cas, on se permettait d'aller un peu plus loin au niveau même des questions à poser, au niveau de l'évaluation qui était différente, au niveau aussi de la présentation avec la personne parce que je me présentais en tant que gestionnaire de cas.[...] Et c'est vrai que c'est un autre positionnement qu'on avait, donc il a fallu un peu renoncer si on veut, à ce cadre que j'avais en tant que psychologue mais j'ai bien pu faire la différence entre ma casquette psychologue et la casquette gestionnaire de cas.(gestionnaire de cas 1, site méga-urbain)

Pourtant, lors des premières collectes de données, le thème spécifique des outils d'évaluation n'avait pas fait l'objet d'un discours abondant. Il semble que ce soit cette composante PRISMA, avec celle du gestionnaire de cas et de la concertation, qui ont fait l'objet d'un investissement important de la part des adoptants de l'innovation. Plus spécifiquement, on voit que la crainte de sa force de standardisation, et des enjeux éthiques qui la sous-tendent, s'est estompée en cours d'implantation, grâce à un important travail d'adaptation de l'outil.

L'outil n'est pas apparu ni redondant, ni en compétition avec la grille AGGIR, considérée comme une condition incontournable de la pratique dans le contexte législatif français. Même si l'OEMD est reconnu plus riche que la grille AGGIR par les gestionnaires de cas, il s'est développé une pratique de coexistence des deux, malgré le coût que génère un tel dédoublement du renseignement de deux grilles d'évaluation de l'autonomie.

S'il y a en principe une certaine appétence à la mutualisation des outils, force est de constater que l'usage de l'OEMD fut surtout pour l'utilisation interne à la gestion de cas, ce qui réduit beaucoup sa puissance intégratrice. L'OEMD s'est révélé comme le moyen par lequel le gestionnaire de cas faisait un portrait global de la situation, portrait à partir duquel se réalisait une planification cohérente des services, mais cela sans que ce soit un outil et une pratique partagés aux partenaires<sup>44</sup>. Son contenu constituait surtout un argument pour favoriser la mise en cohérence des actions des divers partenaires impliqués dans les situations cliniques.

#### G) Plan de services individualisé (PSI)

La plus-value du PSI était dans les primo-conceptions incertaine ; ce constat s'est maintenu tout au long de l'expérimentation. Il n'y a pas de représentations claires de cet outil, malgré un pressentiment qu'il est nécessaire.

Les PSI, on a eu beaucoup de mal, enfin moi particulièrement. Bon, je pense bien que mes collègues aussi parce qu'on parle beaucoup, à percevoir ce que c'était vraiment le PSI, on l'avait mal compris. (Gestionnaire de cas 1, site urbain)

En fait, le PSI a fait l'objet de peu de réflexions, sans doute en raison de la nécessité de maîtriser l'outil d'évaluation et de faire connaître le dispositif aux partenaires. Néanmoins, nous avons observé chez les gestionnaires de cas une transformation dans la pratique de planification, quittant le mode traditionnel d'ordonnement des services à celui de leur mise en cohérence. En fait, la problématique de la planification s'est intensifiée, comme en témoigne les modifications importantes de l'outil réalisée sur un site. En fait, c'est l'usage systémique d'un tel outil qui ne s'est pas réalisé, toujours pour la même raison, soit la très haute difficulté de constituer, dans le contexte français, sans intégration institutionnelle une pleine intégration des services. La valeur anticipée du PSI est moins celle de la planification que celle de la circulation de l'information. Cependant, dans la pratique, le PSI est un outil à usage interne aux gestionnaires de cas, ou peu s'en faut<sup>45</sup>.

L'apprentissage du PSI, qui s'est réalisé séquentiellement après la maîtrise de l'OEMD et l'établissement des stratégies de reaching out, c'est-à-dire une action proactive de repérage

---

<sup>44</sup> Ce n'est pas l'outil lui-même qui est échangé, mais seulement la synthèse de celui-ci. L'association des professionnels dépassent cependant l'échange final de la synthèse puisqu'ils sont bien sûr associés au travail d'évaluation tout au long de celui-là.

<sup>45</sup> Il s'est développé une pratique (non systématique) d'envoi du plan de services individualisé à des partenaires mais à l'heure actuelle l'usage que ces derniers en font paraît quasi-nul



des usagers là où ils se trouvent (ex. : à l'hôpital) constitue une occasion de penser autrement le travail, même si les traditionnelles façons de faire ont tendance à perdurer :

Et l'activité on la met surtout sur les notes, les notes évolutives, pour mettre au fur et à mesure alors qu'on aurait du avoir le réflexe PSI (Gestionnaire de cas 4, site méga-urbain).

#### F) 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. Or, cela a soulevé des questions éthiques qui ont fait l'objet d'un travail substantiel de réflexion. S'il est loisible de souligner la valeur et la qualité de ce travail, force est de constater que cela a ralenti l'implantation de cette composante. Cela écrit, ce qui a véritablement pesé dans ce constat est surtout l'impossibilité de réaliser une intégration pleine et entière en s'appuyant notamment sur une concertation efficace. En effet, cette composante, comme celle du guichet unique, exige la constitution d'un véritable réseau pour qu'elle se révèle dans toute son ampleur, et que sa pertinence soit mieux ressentie sur le plan clinique. Sans doute la composante la moins déployée, notamment en raison du fait que son déploiement efficace exige un support informatique que des projets pilotes ne peuvent se permettre, le système d'information partageable a néanmoins fait l'objet d'une réflexion relativement soutenue qui aura permis l'élaboration de solutions locales, par exemple, la constitution d'un livret d'échange à domicile qui permet l'échange des professionnels et des proches aidant au domicile de l'utilisateur. Ce livret d'échange s'élabore à partir du PSI<sup>46</sup>.

Nous avons observé que les formes d'échanges d'information sont essentiellement verbales et pivotés surtout par le gestionnaire de cas. Cela est sans aucun doute requis en contexte d'implantation d'une telle innovation, sans qu'il y ait de transformations structurelles de l'organisation des services.

---

<sup>46</sup> Ce livret n'a été utilisé que sur une très courte période car le CDS a jugé qu'il n'assurait pas un niveau de confidentialité suffisant. Néanmoins le travail réalisé à l'occasion de la définition du contenu et de la forme de ce livret d'échange a permis une certaine problématisation de la composante « système d'information partageable »

## **8.1. Pratiques professionnelles**

Une bonne façon de présenter les pratiques professionnelles consiste à les découper en trois fonctions opérationnelles centrales de la gestion de cas (évaluer, planifier, coordonner) et de deux fonctions stratégiques (favoriser l'implantation et constituer une forme de médiation entre les acteurs professionnels et organisationnels). Pour les trois fonctions opérationnelles, comme elles ont été traitées plus haut, nous n'allons rapporter ici que les aspects inédits.

### **8.1.1. Évaluer**

L'acte d'évaluer se pose en tension avec la relation clinique, surtout pour les cas complexes qui ont, souvent, une (ou plusieurs) expérience(s) négative(s) antérieures (voir chapitre 9)

Et pour ce qui concerne le SMAF et l'OEMD, c'était souvent difficile de le faire rapidement parce qu'il y avait une phase d'approche qui était très très importante. (Gestionnaire de cas 4, site méga-urbain).

Cette difficulté s'expliquerait aussi par la lourdeur de la tâche de reddition de compte et de planification, l'acte d'évaluer étant avant tout perçu comme un acte relationnel, qui s'éloigne de l'acte de complétion de l'outil d'évaluation en tant que tel :

Elles n'ont pas eu le temps, je pense, pour chaque personne de rentrer dans les outils, de remplir les outils [...] Lourds, les outils lourds, le fait qu'ils ne soient pas informatisés déjà. Je veux dire, il n'y a que le SMAF depuis quoi deux ou trois mois. L'OEMD ne l'est pas. Donc, il y a une lourdeur, ça c'est évident et ça c'est une des grosses difficultés qu'elles font remonter sans arrêt. (Pilote-1).

L'acte d'évaluer est certes lourd (comme dans nombre de pratiques d'ailleurs), mais il procure une légitimité qui permet au gestionnaire de cas d'orienter adéquatement le cas clinique vers les bonnes ressources, ce qui a pour effet d'infléchir indirectement le parcours clinique de l'utilisateur :

On essaye d'identifier quand c'est moins complexe et que sanitaire. On va les diriger vers le [réseau gérontologique...]. Après ce qui va déterminer si c'est de la gestion de cas ou pas, donc il y a deux possibilités; ou bien c'est une personne qui a des troubles cognitifs, Alzheimer ou autre, et où il y a un aidant épuisé ou il n'y a pas d'aidant, et où il y a des troubles du comportement ou pas, mais où il y a des difficultés dans le quotidien. Donc quelles qu'elles soient, maintenant je suis très globale. Donc les difficultés peuvent venir soit de l'aidant, soit de la personne âgée parce qu'elle a des

troubles de comportement, soit du prestataire qui intervient parce que ça va pas, le plan d'aide il y a quelque chose qui ne va pas, soit la personne est hospitalisée malgré l'intervention de la famille. Enfin, il y a des choses qui ne fonctionnent pas. Le plan d'aide est là et ça ne fonctionne pas ou bien alors il faut mettre en place un plan d'aide assez compliqué et ça va être compliqué, donc voilà. (Gestionnaire de cas 2, site urbain)

L'exposition au modèle PRISMA a permis de d'introduire davantage de méthodologie dans l'ordonnement des diverses composantes de l'acte professionnel d'évaluer :

Bien après, une fois que je me débrouille bien dans l'OEMD et que j'ai décidé de bien faire les outils, je prends l'OEMD, j'écris tous les informations que j'ai et ensuite je prends l'OEMD dans l'ordre et j'essais de marquer les choses dans le PSI dans l'ordre, de l'OEMD. Après ça j'arrive à avoir un ordre; c'est plus facile. (Gestionnaire de cas 3, site méga-urbain)

### **8.1.2. Planifier**

L'acte professionnel de planifier, selon ce que propose le modèle PRISMA, est sans doute celui dont la compétence s'est constituée le plus lentement, et sans doute le plus à l'intérieur de l'équipe de gestionnaire de cas. La planification est d'abord pour soi, plutôt que le fait d'un réseau d'acteurs professionnels. Néanmoins, la qualité du processus évaluation-planification qui légitime la capacité des gestionnaires de cas à mobiliser des partenaires cliniques. Ainsi, le PSI n'est pas, comme il devrait l'être en principe, la tête de pont d'un réseau intégré de services, mais plutôt l'outil personnel du gestionnaire de cas.

### **8.1.3. Coordonner**

L'acte de coordonner les services est, paradoxalement, celui qui est le moins systématique des trois. En fait, il n'est pas directement supporté par un outil, comme pour l'évaluation et la planification, et se heurte par nature aux autres pratiques de coordination.

Il y a une infirmière qui est infirmière coordinatrice du service d'infirmière/infirmier. Il y a une assistante sociale qui est donc aussi, qui était dans un rôle de référent ou de coordonateur et moi. Et en fait ce n'est pas facile parce que trois personnes qui sont chacun, qui chacun un rôle de coordination est-ce que je leur demande d'arrêter de coordonner maintenant c'est moi qui coordonne tout. Ou je vais tout vous référer. Ou est-ce moi je coordonne une partie et vous l'autre partie. Tiens pour moi, j'ai du mal à

me situer sur qui fait quoi et en plus ça va dépendre des professionnels avec qui on travaille. Là il doit être content qu'on coordonne. (Gestionnaire de cas 2, site méga-urbain).

La coordination des gestionnaires de cas se présente donc parfois comme une sur-coordination, au sens d'une coordination qui se situe au-delà des micro-coordinations existantes (ex. : le travail de l'infirmière coordonatrice de l'hôpital), mais le plus souvent comme une coordination intensive qui découle de la capacité des gestionnaires de cas de répondre aux besoins complexes d'une situation complexe, et ce, dans une perspective d'animation d'acteurs autonomes plutôt que d'organisation des services fondées sur la reconnaissance d'une autorité en matière de coordination.

Et c'est tout l'intérêt justement coordination gestion de cas, plus value pour les coordonnateurs parce qu'ils savent que quand la situation devient trop complexe passez la main aux gestionnaires de cas, et voilà. (Observation du CLO-site urbain)

La qualité de l'évaluation et de la planification ne procure pas cette autorité, mais bien une certaine légitimité découlant d'une plus-value concrète anticipée par les partenaires cliniques. La stabilisation d'une situation clinique par le travail intensif du gestionnaire de cas a pour effet de mettre en veille les partenaires cliniques à l'égard de cas cliniques qui bénéficieraient, de leur point de vue, des services du gestionnaire de cas. Si cela marque un progrès dans la réceptivité des partenaires cliniques, cela conforte l'attribution du rôle de professionnel de suivi intensif pour les gestionnaires de cas.

Il a fallu qu'on leur explique en disant «Mais oui, c'est vrai que vous, vous faites déjà de la coordination puisque les assistants sociaux ici et les travailleurs sociaux font de la coordination.» Et on leur a dit «Mais nous on fait de la coordination mais on prend en charge la globalité de la personne âgée. Donc au niveau médico-social, etc. Et puis nous, la grande différence, c'est qu'on fait un travail sur le long terme.» Eux, ils travaillent sur le ponctuel, mais nous on fait cette prise en charge ... à partir du moment où la personne rentre en gestion de cas, normalement on l'accompagne jusqu'à ce qu'elle décède ou jusqu'à ce qu'elle aille en institution. (Gestionnaire de cas 1, site méga-urbain)

Il y a un petit stress par rapport à la montée en charge. Déjà, on se rend compte que ce n'est pas évident cinq nouvelles situations par mois et on a tous les mois là maintenant

parce qu'on a systématiquement des listes d'attentes. On était aussi perturbé dans le travail sur le terrain par les formations, par, pendant quelques mois aussi des réunions d'information pour ce que c'est que la MAIA. Donc on n'a vraiment pas fait du plein temps en tant que gestion de cas. Enfin, évidemment rencontrer les partenaires c'est de l'intégration. C'est très bien, mais c'était quand même 50/50 à un moment. Et donc là, ça devient difficile sur le terrain. (Gestionnaire de cas 2, site urbain).

#### **8.1.4. Favoriser l'implantation**

Il faut insister ici sur la fonction de quasi promoteurs de l'intégration des services que portent les gestionnaires de cas dans leur activité professionnelle. Si cette fonction est nécessaire et incontournable, surtout en phase pilote, mais aussi au-delà, elle entre en tension avec le temps pour faire le travail clinique prévu :

Evidemment rencontrer les partenaires c'est de l'intégration. C'est très bien, mais c'était quand même 50/50 à un moment. Et donc là, ça devient difficile sur le terrain. Et puis, on n'est peut-être pas non plus totalement dans la rigueur de la gestion des dossiers. (Gestionnaire de cas 1, site urbain)

Cette activité de promotion est requise, et somme toute assez efficace. Elle s'effectue, comme illustré plus haut, par la construction d'une légitimité à agir auprès de cas complexes, mais aussi, voire surtout, par la capacité des gestionnaires de cas à identifier des défauts de services dus à la fragmentation.

Des fois des partenaires qui m'appellent en me disant voilà. « Bon, il y a eu un loupé assez grave. » C'est-à-dire que, bon, on l'a retravaillé avec le service prestataire et je l'ai retravaillé avec le centre de soin. C'est-à-dire j'ai téléphoné pour savoir comment ça s'était passé, comment ça se passait, pis l'AVS elle me dit : « Ha bien mais madame elle est hospitalisée. » Je dis, mais depuis quand, depuis une semaine. J'ai dis : « mais je ne suis pas au courant, comment cela se fait? » Donc ni le centre de soin, m'avait interpellé, ni l'AVS, ni le service prestataire. Donc on a retravaillé tout ça en disant : « C'est pas normal, on a vu, vous savez. » Voilà, c'était leur faire prendre conscience que. (Gestionnaire de cas 1, site urbain)

Ces ratés sont saisis comme occasions de démontrer la valeur du modèle. Lorsqu'ils ont un caractère systémique, elles font l'objet d'une remontée vers les CLO et CDS, à l'issue d'une discussion en équipe avec le pilote.

### 8.1.5. Médiation

Ce qui précède permet de qualifier ce que nous avons désigné comme une pratique de promotion. Il s'agit certes de se faire voir comme gestionnaire de cas, de présenter le modèle, ses effets, ses principes, ses modalités organisationnelles. Mais il s'agit aussi de prendre une posture médiatrice entre des partenaires cliniques, soit directement, soit indirectement à travers le CLO.

Je me suis retrouvée en difficulté un peu avec le service tutelle. Donc là on va rencontrer le responsable et les gens du service tutelle pour travailler sur, d'établir voilà une meilleure façon de travailler et puis leur dire voilà nous comment on perçoit la prise en charge. Ça va se faire. Et là, on va le faire avec le SSIAD aussi, qui intervient à des moments différents. Là maintenant tout va être en standby pendant deux mois, ça c'est évident. Voilà. Et chaque fois, au départ, [la pilote] tien à ce qu'on soit toutes ensemble. (Gestionnaire de cas 1, site urbain)

Les gestionnaires de cas, sur les sites d'expérimentation, ils doivent avoir un mi-temps gestion de cas clinique et un mi-temps : travail des outils, réunions, et tout. Parce que pour faire partie de l'expérimentation [la valeur] était qu'on pourrait faire remonter plus de choses. (Gestionnaire de cas 2, site méga-urbain).

L'importance de cette fonction de médiation semble avoir eu des effets repérables par l'entrée en activité des gestionnaires de cas

Je pense que maintenant on parle plus des gens, des difficultés. (Gestionnaire de cas 2, site méga-urbain).

Enfin, il faut souligner que cette fonction médiatrice est usante pour les gestionnaire de cas, parce qu'elle les éloigne de leur fonction clinique, comme ce fut exposé plus haut, mais aussi parce que c'est sur eux que repose au quotidien l'efficacité d'un modèle d'intégration de services dans un système socio-sanitaire peu intégré :

J'avais négocié avec l'infirmière pendant plusieurs semaines pour qu'elle vienne, parce qu'elle m'a dit : « Bien oui, mais ça sert à quoi? » gnan, gnan, gnan, ce n'est que du social, c'est pas du sanitaire, enfin bref. Pour lui démontrer qu'elle avait un rôle à jouer, ça mis du temps, je l'ai négocié, pour que le jour même, tout tombe à l'eau quoi. Et bon j'ai dû rappeler de nouveau tous les partenaires pour dire que c'était annulé

parce que ça servait à rien que je les fasse déplacer pour de nouveau se voir et pas pouvoir avancer dans la problématique quoi. Donc, c'est vrai que là j'étais vraiment mais dégoûtée, dégoûtée, je me suis dit là vraiment il faut aussi des fois retrouver cette motivation quoi. Quand on, quand on déploie de l'énergie et tout et puis qu'on est déçu. Tout se passe, on est vraiment un moteur quoi, on doit toujours être, on doit se dire « On va y arriver », on doit jamais baisser les bras et ce n'est pas toujours évident quoi. C'est vrai que là c'était la première fois où j'avais ressentie ce relâchement quoi. Je me suis dit : « Moi avec le temps là, on est déjà gestionnaire de cas c'est bon, mais il ne faut pas que dans dix ans on soit usé. » Qu'on se dise « Ho! mais à quoi bon, à quoi bon ». Ça c'est, je me disais : « Ça risque d'être le danger de la gestionnaire de cas. » (Gestionnaire de cas 2, site urbain).

## **8.2. Identité professionnelle**

Nous allons maintenant aborder la question de l'articulation entre l'identité professionnelle d'origine des gestionnaires de cas et l'effet de leur nouvelle pratique sur cette importante composante de la professionnalité. Pour tous les gestionnaires de cas l'identité professionnelle d'origine constitue à la fois une condition du succès et un indice de transformation. Devenir gestionnaires de cas appelle pour tous un élargissement de son regard disciplinaire vers une capacité à lire la situation clinique à travers ses dimensions bio-psycho-sociales. Il semble que les assistantes sociales aient un avantage relatif en raison du large spectre de leurs pratiques passées d'évaluation, mais avec une difficulté à entrer dans une logique plus standardisante de l'évaluation mieux connue dans le domaine de la santé, alors que pour les infirmières, il en va bien entendu à l'inverse. Le travail en équipe interdisciplinaire semble donc une modalité de travail requise pour la gestion de cas, et tous semblent en avoir profité pour élargir leur regard clinique.

Quand on est travailleur social, on a quand même, parfois plus de facilité quand on arrive sur la gestion de cas parce que les problèmes rencontrés en gestion de cas, malheureusement ou heureusement j'en sais rien, sont souvent c'est vrai, des problèmes sociaux à la base. Quand il s'agit de faire des demandes de tutelle, de curatelle et de rapports sociaux, des écrits, c'est vrai que l'assistante sociale en règle générale, elle a l'habitude de le faire. (Gestionnaire de cas 2, site méga-urbain)

L'élargissement du regard clinique ne se déploie pas qu'en termes de connaissances, ou de regard clinique ; il se déploie aussi en termes d'une vision plus intégrée du parcours clinique

des usagers, et de l'ensemble de ressources requises pour prendre en considération l'ensemble de ses besoins.

Ça n'a rien à voir avec mon métier de psychologue, donc il a fallu que je m'adapte un petit peu, bien déjà aux nouveaux outils, à une manière de faire, à trouver vraiment mon rôle exact en tant que gestionnaire de cas auprès des personnes âgées, répondre aux besoins. Voilà. Ensuite ça a été un travail aussi important au niveau de la connaissance du réseau et des partenaires qui existaient. (Gestionnaire de cas 1, site méga-urbain)

Étonnamment, malgré les récriminations à l'égard du modèle affirmant qu'il serait standardisant, on nous dit que l'élargissement du regard clinique, notamment par la saisie de la globalité de la situation de la personne qu'il produit, engage une humanisation de l'intervention :

Au niveau par exemple de la relation avec la personne que moi j'appelais «patient» avant, et que de temps en temps j'appelle encore patient, euh ... on n'a pas du tout la même relation. Donc en tant que psychologue, on a plutôt un cadre, on est plutôt dans la distance, même si avec les personnes âgées c'est encore autre chose. Mais c'est vrai qu'en tant que gestionnaire de cas, on se permettait d'aller un peu plus loin au niveau même des questions à poser, au niveau de l'évaluation qui était [...] la gestion de cas. Finalement, moi, ça m'a permis, en tant que psychologue, d'avoir maintenant une vision globale de la personne. C'est-à-dire qu'aujourd'hui, moi je vais chez quelqu'un en tant que psychologue, pour les bilans mémoire surtout, un peu moins pour le soutien psychologique parce que c'est un autre cadre, mais le bilan mémoire, je vais faire mon bilan, et c'est vrai que je vais avoir tendance à voir les aspects financiers [...] En plus de ça, moi je connais les adresses donc c'est vrai que ça m'a permis un petit peu d'acquérir plus de connaissance. (Gestionnaire de cas 1, site méga-urbain)

### **8.3. Problématique propre aux gestionnaires de cas par profession antérieure**

#### **8.3.1. Travail social**

Si la gestion de cas est plutôt une affaire d'assistantes sociales, en tout cas de leur point de vue, certaines parmi elles craignent que l'innovation provoque leur sanitarisation. Il y a donc une valeur certaine à un dispositif véritablement interdisciplinaire de travail en équipe, pourtant qu'il ne soit pas soumis aux impératifs du 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 les mobiliser. Pour cela, il devra comprendre la valeur de tous les acteurs et faire preuve d'ouverture, et avoir une compétence forte de négociation et de construction de réseau qui lui permettant de constituer, d'activer ou d'étendre des réseaux d'acteurs soignants. Les personnes formées en travail social ont cette compétence à travailler en réseaux. Cependant, le gestionnaire de cas formé en travail social devra être ouvert à d'autres perspectives disciplinaires : « 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 » (Observation du CLO-site méga-urbain). 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 » (Observation du CLO-site méga-urbain), 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 cependant pas être composée que d'assistantes sociales. Sur le plan des attitudes personnelles, le gestionnaire de cas doit être ouvert et posséder une bonne connaissance de la valeur des autres professions, ce qui exige une exposition en formation initiale aux enjeux du travail collaboratif ou interdisciplinaire.

L'assistante sociale se revendique d'emblée comme étant spécialiste de la complexité, surtout si on la qualifie à travers des objets sociaux comme l'isolement social et la maltraitance. Cependant la gestion de cas appelle un autre élargissement, celui-ci du côté de la complexité au médical :

Il y a beaucoup d'outils à remplir, que ce soit le PSI, le SMAF, l'OEMD, donc ça c'est des outils qu'on remplit, qu'on essaie de remplir en tout cas au quotidien. [rires] Et dedans il y a une grosse part médicale que je n'avais pas vu quand on avait parlé du projet PRISMA. Clairement, c'est en découvrant les outils que je me suis rendu compte que, bien PRISMA c'était médico-social, ce n'était pas uniquement une situation sociale complexe. [...]. Et le fait d'être avec des collègues qui sont issus d'autres champs, ça permet vraiment d'ouvrir les yeux (Gestionnaire de cas 3, site méga-urbain)

Le problème identitaire semble plutôt se présenter auprès des partenaires qu'au sein même de l'équipe de gestionnaires de cas :

Le sanitaire, voilà, je disais qu'il y avait une question de culture commune entre le médecin, l'infirmière, l'infirmière du SSIAD et que ce n'est pas forcément évident quand on vient du social d'avoir accès. (Gestionnaire de cas 3, site urbain)

Pour les assistantes sociales, outre le risque de la médicalisation de leur métier, la gestion de cas, au moins celle expérimentée (i.e. à faible nombre de cas en file active, permettant un travail intensif) constitue une forme idéalisée du métier :

Là on a le temps de se poser beaucoup plus de questions. On est, donc moi j'étais devenue une machine, à faire des APA. Je disais que j'étais devenue un ouvrier spécialisé. Enfin, j'ai quitté aussi. Je n'étais plus bien. (Gestionnaire de cas 1, site urbain)

Ce que j'entends c'est que le métier te permet de réaliser la partie positive de ta profession d'origine.

Oui. Oui, tout à fait. (Gestionnaire de cas 1, site urbain)

Une autre gestionnaire de cas va dans le même sens :

J'ai quitté mon travail d'assistante sociale dans les dernières semaines dans un sentiment de frustration absolu, justement, parce que j'avais l'impression, à cause d'une charge de travail très importante et du nombre de personnes à suivre, bien justement de laisser, de ne plus être à ma place, enfin de ne plus faire mon travail correctement et de laisser justement, bien parfois aux familles beaucoup de choses à dépatouiller. (Gestionnaire de cas 3, site urbain)

### **8.3.2. Travail soignant**

Dans le domaine de la santé, il semble qu'il y ait un enjeu autour d'un renoncement à une forme d'expertise disciplinaire, que certains acceptent, mais d'autres pas.

Elle, ce n'était pas que par rapport à [sa profession d'origine]. Elle se positionnait comme connaissant énormément de choses avec un jargon médical que par exemple [telle autre gestionnaire de cas] n'utilisait pas du tout, et souvent elle était là, comme ça, très...(Pilote-2).

Mais pour la majorité, il s'agit d'une occasion d'élargir son regard vers une meilleure prise en considération de la globalité de la situation clinique et de l'organisation des services qu'elle requiert pour répondre aux besoins de la personne âgée en perte d'autonomie.

Maintenant je pense qu'il y a besoin de tout ça pour bien fonctionner. Je veux dire, il y a besoin d'avoir les informations de la personne, il y a besoin d'avoir toutes les informations, il y a besoin de contacter les partenaires, il y a besoin d'être en réseau, il y a besoin d'un travail en réseau et d'échange d'information qu'on soit gestionnaire de cas ou infirmière libérale. (Gestionnaire de cas 2, site urbain)

La compétence infirmière importe, pour la compréhension de la situation de l'utilisateur, et elle facilite la collaboration avec les médecins. Mais pour la même raison, cela peut enfermer la gestionnaire de cas dans son statut d'infirmière :

Ils étaient plus à l'aise pour me donner des informations plus médicales à partir du moment où ils savaient que j'étais infirmière. [...] du coup il me, il m'associe à une infirmière du coup il allait se cantonner à des informations médicales. (Gestionnaire de cas 4, site méga-urbain)

#### **8.4. Conclusion**

Il est somme toute difficile de tirer un bilan clair et univoque relativement à la transformation des pratiques en raison de la lenteur de l'implantation, du caractère partiel de l'effet intégrateur en contexte encore très initial d'implantation de l'innovation dans les pratiques. Nous avons cependant des indices qui nous laissent croire que de telles transformations sont en cours :

- 1) La réceptivité à l'égard des composantes du modèle PRISMA est importante et s'est même accrue tout au long de l'implantation ;
- 2) La compréhension de ces composantes s'est accrue chez les personnes directement exposées au modèle ;
- 3) La problématisation s'est accrue à propos des questions de fragmentations des services et de coûts humains pour l'utilisateur
- 4) Les gestionnaires de cas nous informent d'une série de transformations, essentiellement formulées autour de
  - l'élargissement de l'acte d'évaluer
    - sur le plan disciplinaire
    - sur le plan de la temporalité (intégrer la planification à l'évaluation)

- sur le plan de la rigueur
- l'élargissement du territoire d'action
  - constitution d'une capacité à travailler en réseau, en interdisciplinarité
  - constitution d'une capacité à travailler en interdisciplinarité
  - constitution d'une capacité à travailler en profondeur

## **Bibliographie axe II.**

Blin J.-F. (1997). Représentations, pratiques et identités professionnelles, Paris : l'Harmattan.

Greenhalgh, T., Robert, G., MacFarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629.

Pirès, A. (1997). « Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique », dans Poupart J. et al. (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, pp. 113-169. Montréal: Gaëtan Morin éditeur.

## Équipe de gestionnaires de cas du Site Paris 20<sup>ème</sup> arrondissement

Au démarrage de la gestion de cas, en juin 2008, les engagements des structures pour la mise de la gestion de cas étaient les suivants :

- Réseau de santé : 1 ETP sur deux postes d'ergothérapeute et de psychologue
- SSIAD : 0.5 ETP sur un poste d'infirmier
- Hôpital : 0.5 ETP sur un poste de travailleur social
- CLIC : 0.5 ETP sur un poste de travailleur social

L'entrée dans l'expérimentation MAIA s'est accompagnée du financement de 2 ETP supplémentaires de postes de gestionnaires de cas en juin 2009.

Le tableau ci-dessous retrace la façon dont ces postes ont été pourvus dans le temps

Structure	Formation initiale	ETP	Période d'emploi	Motif de fin de contrat
Réseau de santé	Ergothérapeute	0.5	Juin 2008-Mars 2009 – interruption grossesse – Décembre 2009- Août 2010	Autre formation professionnelle
	Psychologue	0.5	Avril 2009-Juin 2010	Regroupement familial à l'étranger
	Psychologue	0.5	Depuis juillet 2010	
	Psychologue	0.5	Depuis septembre 2010	
SSIAD	Infirmier	0.5	Juin 2008-Septembre 2008	Autre projet professionnel
	Infirmier coordinateur	0.5	Octobre 2008-Décembre 2009	Autre projet professionnel
	Infirmier	0.8	Depuis novembre 2010	
Hôpital	Travailleur social	0.6	Depuis septembre 2009	
CLIC (0.5ETP)	Conseiller en économie sociale et familiale	0.5	Juin 2008-Novembre 2008	Regroupement familial en province

	Conseiller en économie sociale et familiale	0.5	Janvier 2009-Mai 2009 –interruption grossesse	Regroupement familial en province
	Conseiller en économie sociale et familiale	1	Janvier 2010-Février 2010-interruption grossesse	Autre projet professionnel
	Conseiller en économie sociale et familiale	1	Depuis septembre 2010	

## Équipe de gestionnaires de cas du Site Mulhouse et Zone d'Illzach

Au démarrage de la gestion de cas, en juillet 2008, les engagements des structures pour la mise de la gestion de cas étaient les suivants :

- Réseau de santé : 2 ETP sur deux postes de travailleur social
- SSIAD : 1 ETP sur un poste d'infirmier
- Hôpital : 0.2 ETP sur un poste de travailleur social

L'entrée dans l'expérimentation MAIA s'est accompagnée du financement de 3 ETP de postes de gestionnaires de cas en juin 2009.

Le tableau ci-dessous retrace la façon dont ces postes ont été pourvus dans le temps

Structure	Formation initiale	ETP	Période d'emploi	Motif de fin de contrat
Conseil Général 1	Travailleur social	1	Depuis juin 2009	
	Travailleur social	1	Depuis juillet 2009	
	Ergothérapeute	1	Janvier 2010-Mai 2010	Non reconduction de la période d'essai
SSIAD	Infirmier	1	Depuis juin 2009	
Hôpital	Travailleur social	0	Poste non ouvert	





**AXE 3**

**Étude vécu et représentations  
des personnes en situation complexe**

## **9. VÉCU ET REPRÉSENTATIONS DES PERSONNES ÂGÉES EN SITUATION COMPLEXE**

L'objectif de l'axe 3 de la recherche PRISMA est une analyse du vécu et des représentations de cette expérimentation par les usagers de la gestion de cas.

### **9.1. De la possibilité de faire une recherche anthropologique de qualité avec les personnes en situation complexes : Leçons de l'expérimentation PRISMA France**

Cette section décrit et explique le choix d'une méthode qualitative faite d'observations et d'entretiens auprès des usagers de la gestion de cas et de leurs proches ainsi que des gestionnaires de cas.

#### **L'entretien qualitatif auprès des personnes âgées en situation complexe**

Accompagné ou non d'un travail quantitatif, l'entretien qualitatif permet à travers le recueil du discours d'informateurs d'accéder à la réalité vécue par les sujets de la recherche.

Cette posture méthodologique, peu fréquente dans ce type de projet, met l'accent sur le discours des personnes âgées et le recueil de leur propre subjectivité. Dans cette optique, nous avons choisi de donner la priorité à la réalisation d'entretiens en face à face avec les usagers sans la présence d'un tiers au motif qu'au plus nous écoutons la parole du proche, au moins nous écoutons celle de la personne au centre du dispositif (Hellström). Des entretiens complémentaires en dyade ou en face à face avec un proche ont également été menés.

En se basant sur cette expérience, cette section propose une analyse réflexive des choix méthodologiques opérés en fonction des objectifs et de la population d'étude puis d'analyser les spécificités liées à l'interaction entre le chercheur et des personnes âgées en situation complexe.

Bien que le discours des personnes âgées en situation complexe soit difficile à recueillir, il constitue une source de données fondamentales, qui se révèlent non seulement dans le sens des mots mais comme nous le montrons ici, dans ce qui se joue dans l'interaction et dans la posture du locuteur.

## Contexte :

### **Analyse du vécu et des représentations des personnes âgées en situation complexe**

Les usagers de la gestion de cas sont sélectionnés au regard de la complexité qu'implique leur maintien à domicile. Ce sont des professionnels des secteurs sanitaire et social, médecins, infirmières, assistante sociale, services de soin à domicile etc. qui ont signalés ces individus au service de gestion de cas. Parmi les raisons évoquées par les professionnels, on retrouve fréquemment une accumulation de plusieurs difficultés du type affaiblissement cognitif lié ou non à une démence de type Alzheimer, problème ou accident de santé sérieux impliquant une perte d'autonomie mais aussi des problèmes psychiatriques divers ainsi que des problèmes sociaux tels endettement, risque d'expulsion du logement, conflit de voisinage, isolement social et de nombreux cas de refus de soin et d'aide.

Nous reviendrons plus en détail sur la notion de complexité.

### **Posture méthodologique, l'enquête qualitative**

La posture méthodologique de l'axe 3 de recherche visait à rompre avec une approche uniquement quantitative, qui consiste par exemple à évaluer l'évolution de la fréquence des hospitalisations d'urgence des individus avant et après le lancement de l'expérimentation ou d'explorer la corrélation entre les difficultés survenues dans la vie des usagers et la mise en place d'aides adaptées ou encore en mesurant le fardeau de l'aidant. En se focalisant sur le vécu et les représentations des usagers pour évaluer l'impact de l'expérimentation, nous assumions clairement le parti pris de baser notre analyse sur la subjectivité de l'utilisateur (posture dite « émique » en ethnologie). Cette méthode ethnologique défend que « the voices of the participants should be heard » [Traduction personnelle (Tp) : les voix des participants devraient être entendues] pour reprendre les mots de Cowdell (2006, p31).

Les personnes âgées et plus particulièrement les personnes très âgées, souffrant de problèmes altérant leur capacité de communication, tels problèmes cognitifs et/ou auditifs, sont souvent mises à l'écart des protocoles de recherche.

« People with dementia remain one of the most excluded groups in western society [...] Until their continued exclusion was implicitly sustained by the research community [...] ». (Hellström, 2007, p608)

[Tp : Les personnes atteintes de démence constituent l'un des groupes les plus « exclus » des sociétés occidentales. Jusqu'à lors, leur exclusion continue a été implicitement soutenue par la complicité scientifique]

Reprenant les mots de Cohen, Cotrell (1993, p207) souligne « the absence of the patient's perspective on dementia and has led to a lack of representation of patient needs in the selection of care strategies. » (Cohen 1991). [Tp : l'absence de la perspective du patient sur la démence a conduit à une absence de représentation des besoins du patient dans la sélection des stratégies d'aide et de soin].

De même qu'elles peuvent être stigmatisées et marginalisées par la société, il semble qu'elles le soient aussi par le monde scientifique, considérant plus ces individus comme objets que comme sujets de recherche. En ce sens les mots de Deborah Kestin van den Hoonaard (2007), qui reprennent les travaux de Becker (1967), à propos des femmes âgées veuves, s'adaptent également à notre population d'étude :

« There is much to be learned from interviewing members of stigmatized groups whose voices are often silent or ignored both by researchers and society in general. But it is not enough simply to include those at the bottom of the hierarchy of credibility ».

[Tp: Il y a beaucoup à apprendre des entretiens menés avec des personnes issues de groupes stigmatisés dont les voix sont souvent silencieuses ou ignorées par les chercheurs et la société en général. Mais ce n'est pas simple d'inclure ceux qui sont au bas de l'échelle de la crédibilité.]

Lorsque l'on cherche à évaluer l'impact d'un phénomène (ici la mise en place de la gestion de cas) sur une population, il apparaît indispensable d'interroger en priorité cette population.

Dans cette optique, l'entretien qualitatif apparaissait comme le choix méthodologique le plus logique.

« The purpose of most qualitative interviewing is to derive interpretations, not facts and laws, from respondent talk » (Warren 2001 p 83)

[Tp: Le but de la plupart des entretiens qualitatifs est de tirer des interprétations, non des faits et des lois de la part du discours du répondant].

## **Subjectiver la recherche**

L'entretien qualitatif doit permettre au chercheur d'accéder aux représentations mentales de l'enquêté, de comprendre « the meaning of respondents' experiences and life worlds » (Warren p 83). [Tp : le sens de l'expérience du répondant et ses mode de vie]

Dans cette démarche, l'entretien compréhensif (Kaufmann, 2007) apparaît plus propice que l'entretien semi-directif. En effet, il s'agit pour le chercheur d'être le moins directif possible et de laisser le sujet s'exprimer librement, sans prendre le risque de formater *a priori* son discours dans des cadres d'analyses préconçus.

Selon les mots d'Anderson (1991, p 257) :

« the spontaneous exchange within an interview offers possibility of freedom and flexibility for researcher and narrator alike. For the narrator, the interview provides the opportunity to tell her own story in her own terms. »

[Tp: l'échange spontané dans le cadre d'un entretien offre la possibilité de liberté et de flexibilité pour le chercheur ainsi que pour le narrateur. Pour le narrateur, l'entretien est l'occasion de raconter sa propre histoire dans ses propres termes. ].

Le chercheur doit pénétrer dans la réalité du locuteur et non contraindre le discours de celui-ci à entrer dans des cadres théoriques. En outre, cette méthodologie offre l'opportunité de réinterpréter le sujet en fonction des données recueillies sur le terrain, comme l'ont montré Glaser et Strauss (1967). Ainsi que Pierre Bourdieu le préconisait « mieux vaut écouter qu'interroger » (1980). L'écoute est primordiale pour comprendre le sens du discours (Rubin 1995).

Le contexte de notre recherche nous incitait également à s'inspirer des travaux ethnologiques de François Laplantine (1993) portant sur les modes de pensées et sur les représentations. Ce type d'approche vise la production de discours à dominante « modale », qui tend à traduire l'état psychologique du locuteur, obtenu à partir d'entretiens centrés sur les conceptions, les raisonnements et les logiques subjectives de l'interviewé.

Pour pénétrer les représentations du participant, comprendre la signification de ses mots et de ses actes, il est néanmoins nécessaire de considérer l'individu dans sa globalité.

« Ethnography's lens is that of live experience, set in an eternal present. The lens of intensive interview is verbal-what people say and mean- but its temporal range is biographical, extending into the past and the future. » (Warren, 2001 p85).

[Tp: L'optique de l'ethnologie est celle de l'expérience vécue située dans un présent éternel. L'objectif de l'entretien intensif est lexical –ce que les gens font et disent – mais sa temporalité est biographique, allant du passé à l'avenir].

Cela est d'autant plus vrai que dans notre recherche, les participants sont des personnes âgées dont l'histoire de vie ne peut être ignorée. Ainsi que l'indique Wenger (p261), les personnes âgées constituent une population extrêmement hétérogène mais qui ont en commun d'avoir été façonnés par leur histoire de vie.

« Other aspects of the heterogeneity of the group we call older people reflect the patterns of individuals earlier lives, and as people age, the potential differences between them are accentuated and increase as it represent the sum of all that has gone before. »

[Tp: D'autres aspects de l'hétérogénéité du groupe que nous appelons « personnes âgées » reflètent leur histoire de vie, et à mesure que les gens vieillissent, les différences potentielles entre eux s'accroissent et augmentent car cela représente la somme de ce qui s'est passé avant.]

En conclusion notre posture méthodologique pourrait se trouver résumée dans l'expression d'Erving Goffman (1989, p106) « Subjective yourself » [Tp : Subjectivez-vous]. Il s'agit en effet pour le chercheur de pénétrer la subjectivité de l'enquêté pour comprendre le sens de son discours et de ses actes.

### **Considérer les personnes âgées en situation complexe comme des informateurs ?**

Notre posture méthodologique conduit à considérer les personnes âgées en situation complexe comme des informateurs. Cependant, ces informateurs sont particuliers dans la mesure où ils ne sont pas de simples passeurs de savoir collectif. Dans le cadre de notre recherche, la position de la personne âgée en situation complexe n'est pas typiquement celle du « key informant » [Tp : informateur clé] classique. En effet, en ethnologie cet informateur est souvent un individu qui possède une connaissance plus importante que les autres membres du groupe par sa position sociale, il fait en quelque sorte figure de détenteur de savoir ; il peut s'agir d'une personne ayant la capacité de prendre du recul par rapport aux croyances et pratiques en vigueur, pouvant faire figure de marginal (Johnson p110). Pour Lévi-Strauss (1984) et d'autres, ce pouvait également être un enfant, son innocence le désignant spécifiquement pour parler sans tabou. L'essentiel est, pour le chercheur, d'avoir une

personne à travers les mots de laquelle il est possible d'observer le groupe. Dans le cadre de notre recherche, la position est un peu différente car l'informateur n'est pas réellement pris comme ce par quoi on accède à la connaissance d'un groupe, d'une pratique, mais celui qui produit une représentation de ce qu'il vit à titre personnel. Les personnes âgées en situation complexe, sujets de ce projet, vivent seules et ne sont pas nécessairement liées entre elles, outre leur intégration à l'expérimentation. De ce fait, l'informateur est plus que jamais celui qui nous parle de lui, de son ressenti personnel et non pas seulement celui qui porte un regard subjectif sur une pratique ou une croyance. Ce qui compte dans le discours de la personne âgée en situation complexe n'est pas seulement sa capacité à être un bon narrateur, c'est-à-dire à bien décrire ce qu'il se passe mais plutôt sa capacité à exprimer la manière dont elle le vit et se le représente. Au contraire, un informateur extrêmement compétent mais « froid », c'est-à-dire qui se limiterait à une description mécanique de ce qu'est l'expérimentation conduirait à l'échec.

Ainsi que l'indique Carol A. B Warren (2001, p83) en reprenant les travaux de Holstein et Gubrium (2005):

« Interview participants are more likely to be viewed as meaning makers, not passive conduits for retrieving information from an existing vessel of answer. »

[Tp: Les enquêtés sont plus susceptibles d'être considérés comme des « faiseurs de sens » que comme des passeurs d'informations en provenance d'un destinataire]

D'une certaine façon, cette posture qui cible le ressenti et le vécu de l'individu et non prioritairement le recueil de faits, évacue l'idée d'apprécier le discours de l'utilisateur à travers des critères de validité (Cotrell) puisque ce qui intéresse le chercheur est la réalité de l'informateur.

Néanmoins, avant que ne commence le travail de terrain ici décrit, la question de savoir si les personnes âgées en situation complexe auraient la capacité à devenir ce type d'informateur restait posée.

### **Des subjectivités, un seul chercheur**

Ainsi que le rappelle Cowdell (2007), l'un des principes clés de l'ethnographie est que « the researcher is the major instrument of data collection » (p31, p32). [Tp : le chercheur est le principal instrument de collection de données].

De ce fait et bien que notre posture méthodologique prenait le parti d'accorder du sens à la subjectivité des informateurs, le choix a été fait de ne réaliser les entretiens que par un seul chercheur et non de multiples enquêteurs. Ainsi que l'a montré Luff (1999), la subjectivité ne provient pas que de l'enquêté. Elle parle ainsi de « fractured subjectivities » [Tp :subjectivités fracturées] (Luff, p701). L'enquêteur amène dans l'interaction sa propre subjectivité ou plutôt ses propres subjectivités qui évoluent au cours de l'entretien et en fonction de l'interlocuteur. Ces subjectivités sont influencées par son histoire de vie. Ainsi que l'ont montré Warren et Rubin « ... the interview is about self as other (Warren, 2000, p97) et « no matter how far we travel, we can never leave our roots behind » (Rubin, 1976, p13). [Tp : L'entretien concerne les autres et soi-même... aussi loin que l'on voyage, on ne laisse jamais ses racines derrière soi].

Considérant cela, la réalisation de l'ensemble des entretiens et de leur analyse par une seule et même personne paraissait être un moyen de ne pas surajouter à la subjectivité inhérente à l'entretien qualitatif une forme de subjectivité inter-enquêteur. Ainsi, comme l'indique justement Wenger (p260), « the point is that interviewing older people should not be conceived as a one size fit all set procedure », [Tp : mener un entretien avec des personnes âgées ne peut être conçu comme méthodologie clé en main]. Cela implique évidemment une adaptabilité dans l'interaction. Interaction qu'il est possible de mieux maîtriser et de mieux faire évoluer si les entretiens sont conduits par une seule et même personne. Ainsi plutôt que de confier le travail de terrain et les entretiens à une équipe d'enquêteurs qui transmettent des verbatim au chercheur, le chercheur assume ici l'intégralité du processus de recherche, en partant de la prise de contact jusqu'à l'analyse en passant par la réalisation de l'entretien, sa retranscription et son codage. La personne en charge de cette partie de la recherche, docteur en ethnologie, bénéficiait d'une expérience antérieure en matière d'entretien qualitatif avec des personnes âgées puisqu'il avait développé la même méthodologie dans le cadre de sa thèse consacrée aux « *oldest old* » (Balard, 2010). Par ailleurs, bien que le travail de terrain de l'axe 3 soit à la charge d'une seule personne, Frédéric Balard, l'analyse des données recueillies était discutée au sein de l'équipe de recherche pluridisciplinaire constituée entre autres d'un médecin gériatre, Dominique Somme, d'une socio-économiste, Hélène Trouvé et d'un chercheur en travail social, Yves Couturier. Ce travail d'équipe permettait non seulement une analyse réflexive des données recueillies pour l'axe 3 mais aussi de produire une analyse globale à travers la mise en liens des résultats des 3 axes. D'un point de vue méthodologique pur, ce travail de concertation était également un moyen pour le chercheur de rester en éveil



par rapport aux données recueillies. Il permet d'éviter ce que Kaufmann (2008 p 102) nomme « une fâcheuse tendance à s'ennuyer », due à la trop grande connaissance des informations qu'il manipule et de permettre d'aller plus loin dans l'enquête et « l'investigation du matériau saturé ».

### Le travail de terrain

#### **Concertation autour du choix des informateurs**

La première étape de l'enquête consistait dans le choix des informateurs. Le chercheur n'avait eu aucun contact avec les sujets potentiels avant le début du travail de terrain. En revanche, il possédait une connaissance globale du type de personnes âgées incluses dans l'expérimentation du fait de ses échanges formels et informels avec les gestionnaires de cas en poste.

Dans un contexte de recherche action, il était établi comme impératif que l'intervention du chercheur ne devait en aucun cas mettre en péril l'expérimentation. De fait, les personnes âgées en situation complexe étaient postulées comme des individus vulnérables. Cette vulnérabilité présumée a d'ailleurs été confirmée par les professionnels décrivant les usagers comme « fragiles », « versatiles » voir « anxieux », « déprimés » et même « agressifs », « colériques » ou « déments ». Les gestionnaires de cas expliquaient qu'ils leur avaient souvent été difficiles de gagner la confiance de ces personnes qui se trouvaient pour beaucoup dans une posture de refus généralisé vis-à-vis des soignants et aidants professionnels et service d'aide en général.

Dans cette optique, la décision a été prise par l'équipe de recherche de choisir les participants en concertation avec les gestionnaires de cas. L'objectif de la démarche était de ne pas solliciter des participants trop fragiles, en particulier psychologiquement, pour qui un entretien de recherche risquait de représenter une perturbation ou angoisse trop importante. Une méthode de recrutement similaire a été utilisée par Hellström (2007 p 613) et évoquée par Cowdell (2007 p 32) en s'appuyant sur des infirmières. Il ne fallait pas non plus que la présence du chercheur vienne compliquer le travail du gestionnaire de cas dans sa relation encore fraîche avec l'utilisateur.

Cette stratégie comportait un risque de biais certain dans la mesure où les gestionnaires de cas, comme tous acteurs sociaux, ont des stratégies d'actions portées par des enjeux et des

aspirations (Boltanski, Thévenot, 1991) qui ne s'inscrivent pas obligatoirement dans une démarche de recherche du meilleur informateur possible au regard du protocole de recherche.

« The ideal goal is that the informant becomes a collaborative partner with the researcher in the intellectual adventure at hand » (Johnson p 109).

[Tp : L'objectif idéal est que l'informateur devienne un collaborateur du chercheur dans une aventure intellectuelle à portée de main].

L'objectif était, en dépit des difficultés inhérentes à la spécificité de la population étudiée, de trouver les meilleurs informateurs possibles, qui présenteraient non seulement une certaine aisance dans l'interaction mais surtout qui seraient à même de produire du sens.

Pour ce faire, l'équipe de recherche a, à plusieurs reprises, organisé des réunions avec les acteurs de l'expérimentation afin de leur donner une information claire des objectifs de la recherche et des méthodes développées. Dans le cadre d'entretiens individuels et collectifs avec les gestionnaires de cas, le chercheur s'est efforcé de sensibiliser ces professionnels à sa démarche afin d'en faire des partenaires à part entière de la recherche.

Néanmoins, bien qu'informé des attentes du chercheur, le gestionnaire de cas peut ne pas en tenir compte pour des raisons qui lui sont propres et préférer par exemple, orienter le chercheur vers un usager qui aura tendance à mettre en valeur son travail. Il peut également mal interpréter la demande du chercheur et l'orienter vers des personnes qui ont une capacité de dialogue élevée et une bonne compréhension de l'expérimentation mais qui présentent le risque d'être simplement des bons « répéteurs » du discours officiel que leur ont fourni les professionnels.

Nous avons néanmoins accepté ces possibilités de biais pour répondre aux exigences de faisabilité de la recherche et de fragilité de notre population d'étude.

Après concertation avec les gestionnaires de cas, le nombre d'utilisateurs dont l'inclusion s'avérait problématique était élevé. Lors de la première phase de terrain, sur un total de 40 utilisateurs, 10 n'ont pas pu être inclus parce que leur entrée en gestion de cas était très récente, 5 parce qu'ils étaient momentanément ou durablement hors de leur domicile, par exemple pour cause d'hospitalisation et 3 personnes refusaient (à ce moment) l'intervention du gestionnaire de cas. A cela, s'est ajoutée l'exclusion de 8 utilisateurs pour des raisons psychiatriques. Il

s'agissait de personnes extrêmement angoissées ou qui souffraient de paranoïa. Enfin, 3 n'ont pas été inclus parce qu'ils ne parlaient pas français, une personne a été exclue à cause d'une surdité totale et une autre pour des problèmes cognitifs trop importants. L'un des usagers est décédé juste avant le début du fieldwork<sup>47</sup>.

Ce travail de concertation en vue de l'inclusion des usagers dans la recherche soulève la première limite de notre recherche, à savoir, l'impossibilité de considérer la totalité des personnes âgées en situation complexe comme des informateurs potentiels puisque, pour les ¾ des sujets potentiels, une inclusion s'avérait problématique. Ainsi que l'a montré Wenger (2001), les déficiences cognitives et sensorielles des personnes âgées constituent un obstacle non négligeable à l'entretien. Notre expérience de l'enquête auprès des « oldest old » nous avait en ce sens préparé et formé à surmonter la difficulté de conduire un entretien avec des personnes atteintes sur les plans auditifs ou cognitifs. En accord avec Wenger, nous reconnaissons la possibilité de surmonter un problème d'audition (mais pas une surdité totale) et que « Most older people who are in the early stage of dementia are able to respond interview » (p 269) [Tp : La plupart des personnes âgées aux premiers stades de démence sont capables de répondre à un entretien]. En outre, il apparaissait très préjudiciable d'exclure les personnes souffrant de démence, aussi bien d'un point de vue scientifique que d'un point de vue éthique comme l'a montré Hellström (2007, p609) : « the exclusion of people with dementia is itself an affront to their dignity [...] ». [Tp : l'exclusion des personnes atteintes de démence est en soi un affront à leur dignité].

Au regard du bilan effectué avec les gestionnaires de cas, ces difficultés n'étaient pas les plus représentées et les obstacles majeurs s'avéraient être temporels, une entrée en gestion de cas trop récente et le fait que près d'1/4 des personnes âgées présentent des troubles psychiatriques importants. La réalisation d'un entretien avec un usager récemment entré en gestion de cas présentait l'opportunité d'une analyse de sa situation « pré-expérimentation » mais comportait un risque trop important de créer du flou pour un usager dont le quotidien était déjà en mouvance du fait de la mise en relation récente avec le gestionnaire de cas.

Les personnes souffrant de troubles psychiatriques importants, tels que la paranoïa, constituent une population particulièrement sensible et vulnérable pour laquelle un entretien de recherche

---

<sup>47</sup> Les ethnologues désignent par le mot "terrain" (field) là où ils se rendent pour observer la vie d'une société et recueillir sur elle des informations directement fournies par les intéressés eux-mêmes. Le travail ethnographique par excellence c'est le travail de terrain (fieldwork).

apparaissait particulièrement dangereux. Bien que notre recherche ait obtenu l'aval du comité de protection des personnes, le respect de l'éthique en matière de recherche qualitative implique néanmoins que « the researcher must do whatever is necessary to protect research subjects » (Johnson p 115) [Tp : Le chercheur doit faire tout ce qui est nécessaire pour protéger ses sujets de recherche]. Les gestionnaires de cas, de par leur proximité et la fréquence de leurs rencontres avec les usagers, nous paraissaient à même d'évaluer la fragilité de ces personnes, c'est pourquoi nous nous sommes fiés à leur jugement sur ce point.

### **La prise de contact, une étape périlleuse**

Une fois l'identification des sujets potentiels effectuée, il s'agissait pour le chercheur d'entrer en contact avec eux. Cette étape s'avère cruciale car elle conditionne en partie la suite du travail de terrain dans la mesure où elle est le premier élément par lequel l'utilisateur va avoir connaissance de la recherche et de la venue possible du chercheur. Dès lors, il peut se le représenter et exprimer son refus vis-à-vis de cette rencontre.

Ainsi que le note Wenger (p 263):

« The older persons contacted may not clearly understand the reason for the requested visit. They may feel uneasy or wary about admitting a stranger into their homes or of committing themselves without knowing more about the study or the interviewer ».

[Tp: Les personnes âgées contactées peuvent ne pas comprendre clairement la raison de la visite demandée. Elles peuvent se sentir mal à l'aise ou inquiètes à l'idée de recevoir un étranger chez elles ou de s'engager sans en connaître plus sur l'étude ou le chercheur.].

Pour prévenir cette difficulté, la solution choisie fut encore une fois de passer par les gestionnaires de cas. Lors de leur visite au domicile des personnes âgées, ceux-ci devaient signaler aux participants potentiels qu'ils pourraient prochainement être contactés par un chercheur dans le cadre d'un protocole de recherche. Afin d'appuyer leurs dires et de laisser une trace de cette conversation pour les individus souffrant de problème de mémoire, il avait été décidé par l'équipe de recherche de produire une fiche de présentation du chercheur. Celle-ci comportait sa photo et ses coordonnées ainsi que l'objectif de sa visite. La personne âgée pouvait alors prendre contact directement avec le chercheur si elle le désirait.

Dès ce stade, 2 personnes ont signifié directement au gestionnaire de cas qu'ils ne souhaitaient pas recevoir le chercheur chez eux.

Les personnes n'ayant pas manifesté de refus ont été contactées directement par téléphone par le chercheur. Chaque appel téléphonique s'est avéré difficile en particulier en raison des problèmes auditifs des usagers. Non familiarisés à la voix du chercheur et malgré tout surpris de cet appel, ils avaient beaucoup de difficultés à comprendre qui leur parlait et pourquoi. Pour trois personnes, le chercheur a pu avoir recours à un tiers se trouvant dans l'appartement de l'utilisateur au moment de l'appel, respectivement la gardienne d'immeuble, un kinésithérapeute et la fille de l'utilisateur. Ces personnes ont rapidement compris que la personne âgée ne comprenait pas son interlocuteur. C'est donc à eux que le chercheur a expliqué son rôle et sa venue. Le tiers s'est chargé de rapporter les paroles du chercheur et de demander à l'utilisateur son accord pour l'enquête. Par l'intermédiaire de ces personnes, un rendez-vous a pu être fixé.

Les 2 autres personnes contactées qui se rappelaient que leur gestionnaire de cas les avait prévenues de l'appel du chercheur, ont accepté la prise de rendez-vous, même s'il est difficile de dire si celle-ci avaient véritablement compris qui et pourquoi une personne leur avait fixé un rendez-vous. En effet, l'une d'entre elles a profité de l'appel téléphonique du chercheur pour demander s'il pouvait lui donner le numéro de téléphone de la pharmacie de son quartier. Bien que déconcerté par cette requête, il a consenti à effectuer cette recherche pour elle, car bien que la rencontre n'ait pas encore eut lieu, la nécessité de réciprocité entre enquêteur et enquêté était déjà posée.

Une autre stratégie de prise de contact a consisté à demander au gestionnaire de cas de fixer un rendez-vous avec la personne directement lors de la visite à domicile. Deux rendez-vous supplémentaires ont pu être fixés ainsi.

Nous ne nous étions pas fixés au départ sur un nombre idéal d'inclusions puisque nous avons choisi d'ajuster ce nombre en fonction de la richesse et du niveau de saturation des données recueillies au moyen des entretiens, néanmoins un chiffre de 7 inclusions pour 40 usagers pour la première phase de terrain peut sembler faible. Ce chiffre est à relativiser au regard des raisons que nous avons évoquées plus haut et du fait de la difficulté que représente de manière générale le recrutement de personnes âgées vulnérables (Russel, 1999, p 404).

Le niveau de saturation a été atteint lors d'une deuxième phase d'enquête qui a permis d'ajouter 16 informateurs (personnes âgées et proches) de plus à notre échantillon, pour

atteindre un total de 23 sans compter les 5 gestionnaires de cas. Certains usagers ont été vus à plusieurs reprises.

Plusieurs phases d'enquêtes de terrain ont été opérées pour chaque site, Paris et Mulhouse. Les entretiens sur Paris ont été réalisés entre juillet 2009 et juillet 2010 tandis que ceux sur Mulhouse ont principalement été réalisés sur trois périodes, décembre 2009, avril 2010 et juin 2010. Sur les 23 usagers rencontrés, trois ont été vus 3 fois, deux autres 2 fois en entretien, les autres n'ont été vus en entretien formel qu'une seule fois. 12 proches ont été rencontrés pour des entretiens. Deux d'entre eux ont été vus 3 fois, trois autres ont été vus deux fois. Chacune des 5 gestionnaires de cas a été vue une fois en entretien.

### La rencontre, enjeux éthiques et faisabilité

#### **Atteindre les informateurs**

Une fois le rendez-vous pris, les obstacles à la rencontre n'étaient pas tous levés. Tout d'abord, entre la prise de contact et la venue du chercheur, il demeurait la possibilité que la personne âgée ait oublié le rendez-vous, c'est pourquoi, ce temps était minimisé au maximum allant de 24 h à 3 jours maximum. Malgré cela, l'une des personnes avait oublié le rendez-vous et ce n'est qu'après plusieurs minutes consacrées à lui rappeler qui il était et le pourquoi de sa venue derrière la porte de son appartement que celle-ci a dit se rappeler et a consenti à ouvrir la porte au chercheur. A travers ses explications, il apparaît que les conflits qu'elle entretenait avec plusieurs de ses voisins la rendaient méfiante à l'égard d'un inconnu.

Les rendez-vous étaient fixés au domicile des personnes âgées. Il s'agissait donc d'espaces privés puisqu'aucun usager de la gestion de cas ne vivait en logement collectif de type maison de retraite ou foyer logement. Ce paramètre a posé le problème de l'accès jusqu'au lieu de vie. En effet, plusieurs des usagers sont des personnes en situation de handicap. C'est le cas de Mme Danielle<sup>48</sup>, qui est en fauteuil roulant et ne parvient pas à appuyer sur le bouton pour ouvrir la porte. Pour pouvoir accéder à son appartement, le chercheur s'est trouvé dans l'obligation de sonner chez ses voisins jusqu'à ce que l'un d'eux veuille ouvrir.

Mme Gisèle ne sort plus de chez elle et n'ouvre pas la porte. Les personnes pouvant accéder à son domicile sont donc exclusivement des gens qui possèdent la clé de son appartement. Il

---

<sup>48</sup> Afin de respecter l'anonymat des usagers, les noms donnés ici ont été inventés.

s'agit de la gardienne d'immeuble et de son fils. Il était donc nécessaire de passer par la gardienne pour accéder à l'informatrice. Cette difficulté peut également se poser à des soignants à domicile. Il arrive qu'ils s'organisent pour faire refaire une clé afin de pouvoir toujours entrer chez leur patient y compris en l'absence de voisin ou de gardien. C'est ce que nous avons constaté pour l'infirmière de M. Ming dans le cadre de ce projet.

### **« Icebreakers » et présentation du chercheur**

Les premières minutes d'entretiens avec ces personnes âgées étaient pour le chercheur l'occasion d'une grande tension car les premiers échanges conditionnent souvent l'accord de l'informateur pour réaliser l'entretien à suivre et l'enregistrement audio ainsi que l'obtention de la signature du consentement éclairé. Johnson expose la manière dont peut se dérouler les premiers échanges (p111) :

« It is the best for the interviewer to begin with an actual protocol of questions : usually two or three introductory icebreakers to get the ball rolling; several transition questions, which may explain the purposes of the interviewing project or elicit the permission from the respondent to use a tape recorder... »

[Tp: Il est mieux pour l'enquêteur de commencer avec un véritable protocole de questions : généralement deux ou trois questions d'introduction pour briser la glace et lancer l'entretien ; plusieurs questions de transition, qui peuvent porter sur les objectifs du projet d'entretien ou l'obtention de la permission du répondant d'utiliser un enregistreur...]

Confronté aux problèmes cognitifs et mémoriels des informateurs, il paraissait nécessaire pour le chercheur de se présenter à nouveau. Ce stade de l'enquête était crucial car la représentation du chercheur produite par les informateurs pouvait influencer fortement le type de relation qui allait se développer par la suite ainsi que la teneur du discours des informateurs. La question de la présentation du chercheur rejoint celle de sa position dans l'interaction. En effet, le statut que va reconnaître l'informateur au chercheur peut s'avérer problématique (Ammerman, 1987, p13). Face à un interviewer qu'il considèrera comme « supérieur », l'informateur pourrait être réticent à se livrer de peur de ne pas être à la hauteur.

Il est fréquent, en particulier pour les populations marginalisées que les informateurs s'interrogent sur la « justesse » de leurs déclarations comme le montrent Wenger (p265) « if I

give wrong answer? » et Kestin Van den Hoonaard (2005) « Am I doing it right ? ». [Tp : « Si je donne une réponse fausse ? (...) Est-ce que je répons bien ? »]

Considérant ce risque, la stratégie utilisée par le chercheur dans le cadre de sa thèse sur les oldest old (Balard, 2010) aurait pu s'avérer fonctionnelle. En effet, le chercheur avait opté pour axer son identité sur celle d'un étudiant qui allait à la rencontre de personnes de grand âge pour comprendre leur vie. Cette présentation s'était avéré très facilitatrice car elle permettait de produire un rapport interaction dissymétrique dans lequel, l'informateur se trouvait en position de « supériorité ». Les personnes âgées se retrouvaient dans la peau d'un maître qui enseigne à un novice.

Placer l'interlocuteur âgé en situation d' « enseignant » était un moyen d'éviter que ceux-ci doutent de leurs déclarations, perçoivent l'entretien comme un test et ressentent de l'angoisse.

« Sometimes a request to answer question is anxiety provoking because question are associated with tests, and many older people have only very basic education. »  
(Wenger p265)

[Tp : Parfois, une question peut provoquer de l'anxiété parce que les questions sont associées à des tests et beaucoup de personnes âgées ont un niveau d'éducation basique.]

Cependant, cette stratégie fonctionnelle avec les oldest old s'est avérée inefficace avec les usagers de la gestion de cas du fait de la présentation du chercheur faite par le gestionnaire de cas aux usagers. L'enquêteur, présenté en tant que chercheur, statut qu'il a confirmé lors de la prise de rendez-vous téléphonique était dès lors soumis aux représentations que les personnes âgées avaient produites de lui. L'une des informatrices n'avait d'ailleurs accepté sa venue que parce qu'elle disait avoir toujours été intéressée par la recherche et qu'elle était contente de recevoir un chercheur. Pour la plupart des autres personnes, il s'avérait que l'introduction du chercheur auprès d'elles par le gestionnaire de cas faisait qu'il était assimilé à une sorte de collègue, voire de supérieur des gestionnaires de cas. Cette tendance était renforcée par les explications sommaires qu'avaient fournies les intermédiaires (enfant, gardienne, kinésithérapeute) aux usagers afin de ne pas s'étendre en explication. Avant même que des questions destinées à « briser la glace » (Kaufmann, 2007) puissent être posées, l'un des usagers demandait : « Ah, c'est vous qui remplacez (nom du gestionnaire de cas) pendant ses vacances ? ». Les premiers échanges visaient donc à reprendre la maîtrise de l'interaction et à expliquer que le service de gestion de cas dont ils étaient les usagers était expérimental en



France et suivi par une équipe de chercheurs. De manière générale, cela leur semblait assez obscur. Face aux difficultés de compréhension des usagers, le choix a été fait de ne pas utiliser d'icebreakers afin de ne pas ajouter de la confusion à la situation mais de centrer directement le discours sur le pourquoi de la présence du chercheur.

Cette position impliquait inévitablement de renoncer à ce qui fait l'essence même de l'entretien en profondeur, la possibilité de s'approcher d'une conversation entre proches dont on peut se demander si elle est vraiment atteignable dans ce contexte de recherche.

« To be effective and useful, in-depth interviews develop and build on intimacy, in this respect, they resemble the form of talking one finds among close friends ». (Johnson, p 104).

[Tp : Pour être efficaces et utiles, les entretiens en profondeur développent et construisent de l'intimité, à cet égard, ils ressemblent à une forme de conversation entre amis proches.]

### **Consentement éclairé et enregistrement des entretiens**

Après s'être présenté, le chercheur a expliqué l'objet du projet de recherche action et de sa démarche en reprenant le contenu de la lettre d'information et du consentement éclairé pour expliquer que la recherche ne pouvait être menée que si son interlocuteur acceptait de lire et de signer ce consentement. Face à cette requête, les réactions ont été assez hétérogènes. Une majorité d'usager a répondu ne pas vouloir lire, ni que le chercheur leur lise le consentement, mais a souhaité le signer quand même, parfois après qu'il leur ait réexpliqué de quoi il s'agissait. L'un des informateurs l'a signé avant même que lui soit expliqué de quoi il s'agissait. L'une des informatrices n'a accepté de le signer qu'à la fin de l'entretien après l'avoir lu de manière détaillée et avoir posé un grand nombre de questions, le tout ayant pris près de 20 minutes. L'un des informateurs a dit qu'il acceptait l'entretien mais a finalement refusé de signer le consentement.

Cette étape de la recherche s'avère extrêmement intéressante car elle est informative sur le profil de l'informateur et de la manière dont se déroulera le reste de l'entretien.

Ainsi que l'indique Warren (p89): « Some subjects may not see written consent forms as at all protective. » [Tp: Certains sujets ne voient pas du tout les formulaires de consentement comme protecteurs.]

A la différence des recherches mentionnées par Warren, ce n'était pas tant l'aspect officiel (« too official ») et exaspérant (« exasperated refusal ») qui a conduit un informateur à refuser et l'autre à différer sa signature à la fin de l'entretien mais bien le fait que cette signature était assimilée par eux à une forme d'engagement. Cela révèle pour ces personnes en situation difficile une conscience, au moins partielle, de leur vulnérabilité et du risque qu'ils estiment courir par le fait de leur signature. Sans doute, les discours préventifs nés suite à de nombreuses escroqueries subies par des personnes âgées et relayés par les médias n'y sont pas étrangers. La personne ayant refusé de signer n'a pas souhaité exprimer la raison de son refus. Il est donc difficile de dire si elle avait compris ou non la teneur du consentement.

Le même constat peut être fait pour les personnes ayant acceptées de signer. Si elles ont affirmé avoir compris ce qu'elles signaient, il n'y avait aucune possibilité de le vérifier. Il va sans dire que la personne ayant signé avant que lui soit expliqué le projet n'avait aucune idée de la teneur du consentement.

Selon Pratt (2001), il n'y a aucun moyen de juger si quelqu'un, qu'il soit ou non atteint de démence, est informé à 100% et le but est d'essayer de faire le maximum pour que le consentement soit éclairé (« ensure maximally informed consent »).

Enfin, s'il est très difficile d'évaluer si la teneur du consentement a été comprise ou non par le répondant, il demeure que la volonté d'exprimer ou non son accord reste réelle.

Le désir de participer à la recherche et l'accord donné via la signature du consentement sont également très dépendants des circonstances de la rencontre, de l'état émotionnel de l'utilisateur à ce moment précis ainsi que de sa volonté de « plaire » à son interlocuteur sur lequel nous reviendrons.

Pour ce qui est de l'accord des usagers à utiliser un dictaphone pour enregistrer l'entretien, tous ont donné leur accord. L'un des usagers a donné son accord pour l'enregistrement tout en précisant qu'il signerait le consentement éclairé à la fin de l'entretien, ce qu'il a finalement refusé de faire. Cette personne n'a ainsi pas pu être considérée comme un participant de la recherche, ce qui est regrettable car il semble que ce soit uniquement cette peur de l'engagement par la signature qui ait conduit à ce refus.

Ce dernier point étaye l'hypothèse selon laquelle, le fait de signer peut être vécu comme un engagement dangereux tandis que la parole, même enregistrée, est perçue comme moins

engageante. Seule la personne ayant différée la signature du consentement à la fin de l'entretien a, au départ, refusé l'enregistrement pour finir par accepter en voyant que le chercheur prenait des notes. Ses propos ont été les suivants : « *C'est bon, vous pouvez utiliser votre machin. Bon tout à l'heure, je n'étais pas rassurée mais maintenant, c'est bon... et puis j'ai déjà été enregistrée une fois quand j'ai été convoquée par la DST*<sup>49</sup> ». Il est difficile de dire ce qui a rassuré cette informatrice car entre le moment où elle a refusé et celui où elle a accepté l'enregistrement, le chercheur est resté auditeur. On peut formuler l'hypothèse que la confiance accordée à l'enquêteur n'est pas uniquement dépendante de son argumentaire et des garanties que présente le consentement mais sans doute autant de son attitude générale et de l'écoute qu'il témoigne.

La manière dont se réalise cette première partie de l'entretien est souvent révélatrice d'une partie de l'identité sociale du répondant et en cela, il ouvre des hypothèses de recherche qui pourront être explorées de l'entretien proprement dit. Dans le cadre de notre projet, les postures de refus ou de méfiance que présentaient certains informateurs coïncidaient avec une posture similaire vis-à-vis de tous les intervenants. De même qu'une signature donnée sans intérêt pour le contenu du consentement correspondait une forme de passivité dans l'organisation du plan d'aide. L'enthousiasme débordant de certains à la perspective de l'entretien pouvait correspondre à un besoin de créer du lien face à un sentiment de solitude ou d'abandon exprimé. Dès ces premières minutes consacrées au consentement, l'attitude arborée par les informateurs étaient clairement un moyen pour eux d'afficher une certaine image d'eux-mêmes. Certains cherchaient à se présenter comme des personnes facilitatrices, agréables à vivre, cultivées ou à l'inverse, des personnes intransigeantes, qui n'acceptaient pas les compromis.

Par ailleurs, le refus de certains usagers de participer à la recherche constitue également une forme de validation de l'échantillon constitué et du protocole de choix des informateurs. En effet, ces refus confirment que les gestionnaires de cas n'ont pas dirigés le chercheur uniquement vers des usagers « facilitateurs ».

### L'entretien proprement dit

---

<sup>49</sup> DST : direction de la surveillance du territoire

Face à des personnes vulnérables et pour beaucoup d'entre elles en position de refus vis-à-vis des intervenants, il s'agissait de limiter au maximum les contraintes relatives à l'entretien. Wenger (p261) met en garde les chercheurs confrontés aux personnes âgées fragiles :

« ...Interviewing frail and impaired people in their 80s and 90s calls for an approach that is sympathetic to the physical and mental energies of the respondents. ».

[Tp: Mener un entretien avec des personnes âgées fragiles et affaiblies de 80 et 90 ans implique une approche conforme à l'énergie mentale et physique des répondants].

Il s'agissait de faire en sorte que l'informateur prenne un maximum de plaisir dans l'interaction sans le conduire à l'épuisement et pour cela de limiter au maximum les questions qui non seulement sollicitent l'informateur, mais conduisent aussi l'entretien vers une dimension scolaire, lui faisant perdre sa forme de conversation. L'entretien commençait donc par des orientations très générales du type « Pour commencer, comme je ne vous connais pas, j'aimerais que vous me parliez de vous, simplement des choses qui vous paraissent importantes pour que je puisse vous connaître ». Par la suite, l'entretien était orienté vers le quotidien de la personne âgée en lui demandant de raconter comment s'organisait sa journée, puis il s'agissait de l'amener à parler de ses besoins et difficultés et si possible ce que la gestion de cas apportait à cette situation.

### **Objectivité et empathie, des objectifs difficiles à atteindre pour le chercheur**

Le respect de la déontologie de la recherche en anthropologie implique pour le chercheur de se prévaloir de tout jugement moral vis-à-vis de la population qu'il étudie. Selon Izard (1991, p 471) :

« Il n'existe pas, en tout cas, d'autres règles de l'aménagement de la présence du chercheur sur son terrain que celle du respect de ceux qui l'accueillent, pas toujours de bon gré : si l'honneur de l'anthropologie réside en son refus de porter quelque jugement de valeur que ce soit sur les sociétés et les cultures, c'est sur le terrain qu'est d'abord mis en pratique cet article majeur de la déontologie de sa discipline. ».

L'auteur ajoute : « Cette mise en parenthèse de soi, de son idiosyncrasie et de son héritage culturel n'est pas aisée ». Si cela est vrai dans le cas du décentrement indispensable dont doit faire preuve l'ethnologue occidental vis-à-vis de populations indigènes, ça l'est également pour le jeune chercheur en présence d'individus âgés et parfois malades porteurs d'une propre culture qui leur est propre (Balard, 2010). En outre, ainsi que le montre très justement Warren

(p97), l'interaction liée à l'entretien peut également être une situation émotionnellement perturbante pour le chercheur.

S'il peut être difficile pour une personne âgée vulnérable d'accepter de faire entrer un inconnu au sein de son domicile, il s'avère parfois difficile pour un chercheur de pénétrer dans l'intimité du lieu de vie de son informateur. Dans le cas des personnes âgées en situation complexe, le chercheur a souvent été émotionnellement touché par cette étape. Malgré sa connaissance théorique de cette population et les avertissements des gestionnaires de cas, il ne pouvait faire abstraction de certaines scènes qui s'offraient à son regard, d'autant plus si comme l'affirme Lévi-Strauss (1985), il se doit de « tout voir, tout retenir, tout noter, faire preuve d'une indiscretion humiliante ».

Bien que s'efforçant d'éviter tout jugement de valeur, il a été difficile pour le chercheur de ne pas trouver certains logements sales, malodorants, désordonnés. Chez deux des usagers, il n'y avait aucun lieu où s'asseoir, le sol et les meubles étaient jonchés de papiers épars et détritiques, le sol collait au pied, de la vaisselle sale était entreposée un peu partout dans l'appartement. La troisième personne vivait dans une petite pièce dont les murs suintaient l'humidité et dont la tapisserie se décollait. Au-delà du lieu de vie, il y a l'aspect général de la personne qui peut être une source de malaise pour son interlocuteur. De fait, les informateurs étaient des individus en mauvaise santé. L'une d'entre eux était une femme décharnée, alitée en permanence dont les vêtements étaient souillés. Un autre a reçu le chercheur en pyjama dont le bas de pantalon était ensanglanté du fait que l'informateur avait pris l'habitude de gratter son eczéma avec une lame de couteau.

Ces situations sans doute familières à certains soignants, ne l'étaient pour le chercheur. Alors qu'Izard (1991, p472) préconise de faire preuve « d'empathie interpersonnelle », le chercheur était plutôt attiré vers une forme de compassion envers ces personnes qui auraient pu être ses grands-parents. Il est difficile pour le chercheur dans ce type de situation de rester neutre ainsi que l'a montrée Rubin dans son livre *World of pain*.

Enfin ce type de situation place le chercheur dans ce que Izard (1997, p471) décrit comme « une sorte de conflit existentiel entre bonne conscience (celle du savant) et mauvaise conscience (celle du témoin indiscret). [...] Quant à la mauvaise conscience, elle naît d'un permanent sentiment de trahir ceux dont on est parvenu à conquérir la confiance, puisque rien

ne leur est dit de ce que, *en vérité*, on est venu faire chez eux, et qu'un jour on les quittera sans retour.».

Ce sentiment de trahir la confiance de son informateur a été particulièrement tangible auprès des personnes âgées en situation complexe. Le chercheur a gagné la confiance de ces personnes simplement en proposant de se mettre à leur écoute. Cependant, bien qu'il n'y ait aucune promesse de sa part d'intervenir pour améliorer les souffrances ressenties par ces personnes, ni même d'être une oreille disponible pour elles, il est probable que certains d'entre eux aient entretenus cet espoir. En outre, le chercheur s'est parfois trouvé dans une position déstabilisante, tiraillé entre sa recherche et la nécessité d'intervenir devant la gravité de la situation de l'utilisateur. Ce fut le cas lorsque la prise de contact puis la rencontre avec un usager a révélé la gravité de la situation dans laquelle se trouvait celui-ci, situation qui avait évoluée très vite depuis le dernier contact avec le gestionnaire de cas. Bien que ne devant pas interférer sur le travail des gestionnaires de cas, le chercheur a choisi de prévenir le gestionnaire de cas de la situation qu'il jugeait grave et urgente.

### **Des informateurs prolixes**

Selon Rubin (1995, p103) :

« At a basic level, people like to talk about themselves : they enjoy the sociability of a long discussion and are pleased that somebody is interested in them... you come along and say, yes, what you know is valuable, it should not be lost, teach me, and through me, teach others. »

[Tp: Généralement, les gens aiment parler d'eux: ils apprécient la sociabilité d'une longue discussion et sont satisfaits que quelqu'un s'intéresse à eux... Vous dites, ou, ce que vous savez est précieux et ne doit pas être perdu, enseignez-moi et à travers moi, enseignez aux autres].

Cette conception de l'entretien est reprise par Wenger (p265) dans le cas particulier des personnes âgées :

« In many cases, it is clear that the older person is willing to help and really like the company... » [Tp: Dans la plupart des cas, il est clair que la personne âgée est volontaire pour aider et apprécie vraiment la compagnie...]

Cette tendance s'est confirmée chez la plupart des informateurs. Les usagers de la gestion de cas étaient pour la plupart des personnes assez isolées. Cet isolement était dû en partie au fait qu'elles n'avaient pas d'enfants ou de conjoints pour cause de célibat ou de veuvage, ou au fait que leurs enfants, frères et sœurs se trouvent loin de leur domicile. En outre, une grande partie des usagers de la gestion de cas étaient en conflits ou fâchés avec nombre de personnes de leur entourage qu'ils s'agissent de voisins ou de proches. Leur position de refus vis-à-vis des intervenants à domicile, travailleurs sociaux ou professionnels de santé, venait surajouter à cette situation d'isolement.

Par rapport à toutes ces personnes potentiellement membres de leur entourage, le chercheur se trouvait dans une position privilégiée. En effet, il apparaissait pour plusieurs d'entre eux comme la seule personne qui leur rende visite simplement pour les écouter sans avoir de requête à leur formuler. Pour ces individus, le fait d'organiser la coordination des intervenants à domicile ou le simple fait de leur poser des questions pouvaient être vécu comme une forme d'agression. Il va sans dire que l'intervention d'une infirmière pour une toilette, d'une auxiliaire de vie pour le ménage ou les repas était pour beaucoup d'entre eux, totalement inacceptables.

Le fait que le chercheur soit là simplement pour les écouter apparaissait pour elles comme une opportunité de s'exprimer sur des éléments symboliquement importants pour elles, et souvent peu investigués par leurs visiteurs habituels. Ainsi que l'a montré Hellström (2007 p 610) pour les personnes souffrant de démence, l'inclusion et la réalisation d'entretiens peut même aller jusqu'à présenter des effets thérapeutiques en plaçant ces individus en situation d'empowerment et en valorisant l'estime de soi.

### **Écouter le discours mais garder le contrôle de l'entretien**

Ainsi, les informateurs ont, pour la plupart, profité de la présence d'un interlocuteur non contraignant pour monopoliser la parole. Au départ, cette posture apparaissait plutôt favorable car c'est dans les mots des informateurs que s'exprime le sens et il est nécessaire pour le chercheur de s'imprégner du discours. Selon Jonhson (p111) :

« As an interview progresses, it often takes unexpected turns or digressions that follow the informant's interests or knowledge. Such digressions or diversions are likely to be very productive, so the interviewer should be prepared to depart from his or her

prepared plan and « go with the flow »- that is, consider following a while where the informant wants to lead. »

[A mesure qu'un entretien avance, il prend souvent une tournure et des digressions inattendues qui suivent l'intérêt et les connaissances de l'informateur. Ces digressions ou détournements sont susceptibles d'être très productives et l'enquêteur doit être prêt à s'écarter du plan conçu et de suivre le courant, ce qui implique de suivre un moment l'informateur dans sa direction.]

La tendance de l'ensemble des informateurs a été d'orienter leur discours sur leur histoire de vie. Cette dimension s'avérait extrêmement intéressante car la compréhension de leur situation actuelle était souvent liée à des événements antérieurs de leur vie. Cependant, le plaisir que leur procurait cette opportunité de se raconter devait néanmoins être encadré et cela s'est avéré particulièrement difficile. Bien qu'étant des individus vulnérables, plusieurs d'entre eux présentaient une réelle capacité à prendre la maîtrise de l'entretien pour l'orienter vers les thématiques qu'ils choisissaient et non celles proposées par le chercheur. En fonction de leurs caractères respectifs et du moment de l'entretien, ils utilisaient des stratégies diverses pour parvenir à leurs fins. L'informatrice qui avait repoussé la signature du consentement, s'est avérée très directive interrompant le chercheur dès qu'il essayait de recentrer ses propos par des injonctions du type « Attendez, je termine... » ou « Non, mais je ne vous ai pas parlé de... ». L'entretien a ainsi duré près d'une heure trois quart au cours de laquelle, l'informatrice ne s'est arrêtée que pour reprendre son souffle. Elle a ainsi systématiquement ignoré toutes les questions ou tentatives de recentrer la conversation. A la relecture, ses propos prennent la forme d'un flot continu sur le plan grammatical mais complètement discontinu d'un point de vue logique. Néanmoins, cela ne remet pas en cause la possibilité de dégager du sens dans ce discours et de le considérer comme une source de recherche réelle.

Pour deux autres informateurs, la stratégie opérée était différente. Plutôt que de chercher à « inonder » la conversation par le flot continu de leur discours, ceux-ci cherchaient à conserver la parole en axant leur discours sur des événements affectivement importants de leur vie, tel le décès de leur conjoint par exemple, autant d'événements pour lesquels la bienséance interdisait toute interruption de la part du chercheur.

Enfin, bien que la subjectivité des informateurs soit l'essence même de nos données de recherches, certaines parties de l'entretien paraissaient extrêmement difficiles à croire. Si cela



ne posait pas de problème en soit et constituait même un axe de recherche à développer, cela pouvait en revanche devenir problématique lorsque cette narration occupait l'essentiel du discours. C'est ce qui s'est produit notamment avec une informatrice lorsqu'elle s'est mise à « dissenter » sur sa capacité à se soigner par la respiration ou d'une autre lorsqu'elle m'affirmait que pendant plusieurs mois, un homme entrain dans sa chambre pour la regarder dormir.

Malgré leur fragilité, les informateurs s'avéraient extrêmement habiles dans l'interaction. Ayant rapidement compris l'obligation d'écoute du chercheur et l'impossibilité à les « contraindre » à parler des thématiques ciblées par la recherche, plusieurs d'entre eux en ont profité pour dire tout ce que ne voulait pas, ou plus, écouter les autres personnes intervenant à leur domicile. Ces personnes âgées, dont le pouvoir d'agir sur elles-mêmes et sur les autres, s'était considérablement réduit, ont trouvé dans l'entretien de recherche un moyen d'exercer une forme d'autorité en condamnant leur interlocuteur à les écouter ou à devoir faire face à leur refus. En soi, cette stratégie révélée dans l'interaction a constitué une piste de recherche très fructueuse puisque les entretiens complémentaires ont montré qu'elles utilisaient aussi cette stratégie avec les intervenants sanitaires et sociaux ainsi que les gestionnaires de cas. Cela les conduisant à se trouver cataloguées par ces professionnels comme des patients en refus ou auprès de qui la mise en place du plan d'aide s'avérait périlleuse.

### **Des informateurs en représentation**

Dans l'entretien de recherche ainsi que dans tout type de relations sociales, se joue une part de l'identité des protagonistes (Goffman, 1974). Ainsi, il se met en place un jeu entre interlocuteurs où chacun essaie de garder la face, de préserver son image, d'être reconnu à travers l'identité qu'il revendique. L'avancée en âge, qui plus est lorsqu'elle est associée à une fragilité importante, met en péril l'identité (Balard, 2010). L'aide reçue peut apparaître pour la personne âgée comme un délitement de ce qui fondait son identité (Balard 2010). Les sujets de cette recherche ne sont pas étrangers à ce phénomène et ils ont trouvé dans l'entretien de recherche un temps au cours duquel ils avaient l'opportunité de se mettre en scène tels qu'ils se représentaient et surtout tels qu'ils souhaitaient qu'on les perçoive.

Le fait d'accéder à ces personnes âgées par l'intermédiaire du service de gestion de cas n'est pas neutre dans l'interaction. Elles ont conscience que ce service s'adresse à elles parce qu'elles se trouvent en difficulté. Face au chercheur qui n'avait rien à leur apporter, outre son

écoute, ces personnes se sont efforcées de se départir de leur position de receveur d'aide en effectuant une distinction très marquée entre leur situation actuelle et leur identité. Ainsi, leurs discours consistaient à se mettre en scène à travers la narration d'éléments valorisants.

C'est ainsi que M. Ming s'efforçait d'évacuer au plus vite les questions concernant ses problèmes de santé, d'autonomie ou l'aide reçue pour conduire son interlocuteur sur les trois éléments qui comptaient à ses yeux. Pour cet émigré vietnamien, il s'agissait tout d'abord de prouver qu'il était un bon citoyen qui avait servi la France pendant la guerre et qui avait ensuite travaillé honnêtement. Ensuite, il souhaitait mettre en valeur son talent artistique et son identité de bon mari qui s'est toujours bien occupé de sa femme.

Pour une autre informatrice, l'essentiel était de mettre en valeur sa culture et son appartenance à une certaine classe de la bourgeoisie parisienne. Une autre mettait en avant sa bonté de caractère, la manière dont elle s'efforçait toujours de venir en aide aux autres et cherchait à le démontrer par son engouement à participer.

Cette mise en scène des personnes âgées en situation complexe par elles-mêmes ne révèle pas seulement qu'une personne vulnérable dans son quotidien reste dotée de capacités pour faire bonne figure dans l'interaction, elle permet également de faire lien avec les difficultés concrètes de ces individus dans l'optique de la gestion de cas. La négation de leurs difficultés et leur refus de l'aide trouve une part de son explication dans cette identité qu'ils revendiquent. La difficile reconnaissance, de leur part, du travail du gestionnaire de cas s'analyse en partie par leur posture qui consiste à ne pas accorder d'importance à cette aide reçue ou à leurs difficultés au quotidien. Ces éléments qui pourraient être dépréciatifs à leurs yeux sont renvoyés dans leur discours dans une dimension secondaire. Lorsqu'ils abordent l'aide reçue, leur discours consiste à dire qu'elle n'est finalement pas très utile ou pas si importante qu'il y paraît. Certains s'efforcent même, en critiquant cette aide, de montrer qu'ils se situent plus dans la peau d'un client que dans celui d'un patient, poussant même l'argumentaire jusqu'à dire qu'ils acceptent cette aide pour faire plaisir aux professionnels ou parce qu'ils comprennent que ceux-ci ont besoin de ce travail pour vivre.

Par ailleurs, d'un point de vue méthodologique, le choix aurait pu être fait d'ignorer le discours des usagers pour ne recueillir que celui de leurs aidants. Cette stratégie se serait certainement avérée plus aisée pour le travail de terrain, qu'il s'agisse de la prise de contact,

de la rencontre ou du recueil du discours. Cependant, cela nous aurait conduit à ignorer totalement le vécu et le ressenti de l'expérimentation du point de vue de ceux qui sont censés être les premiers bénéficiaires de la gestion de cas. La compréhension de l'enjeu qui se joue dans la gestion de cas trouve un éclairage indispensable dans le discours des personnes âgées pour comprendre la réceptivité de ce modèle par cette population, les succès et échecs de ce dispositif.

**En conclusion**, l'entretien qualitatif avec des personnes âgées en situation complexes qui présentent une fragilité physique, cognitive, mentale et sociale importante est une démarche difficile dans la mesure où la production de résultats de recherche se heurte souvent à la nécessité éthique de protéger ces individus. Cela implique de devoir renoncer à considérer tous les sujets potentiels de l'étude comme des informateurs. Ensuite, la forme de l'entretien s'avère conditionnée par le répondant dans la mesure où l'entretien semi-directif peut s'avérer trop intrusif, voire trop agressif dans l'interaction. Pour reprendre les mots de Kitwood, « it is not simply a matter of what is done but also how » [Tp: ce n'est pas seulement une question de quoi mais également une question de comment].

L'entretien compréhensif, au plus proche d'une conversation, tend à apparaître comme le plus adéquat au point de devenir souvent pour le participant un évènement positif (« positive event » , Hellstrom, 2007). Cela ne doit cependant pas faire oublier que le répondant, malgré sa vulnérabilité n'est pas passif. Au contraire, les personnes âgées en situation complexe peuvent même s'avérer très habiles dans leur relation au chercheur et trouver les moyens de produire un discours qui les met en valeur et minimise l'aide qu'elles reçoivent.

Enfin, ce qui nous paraît le plus intéressant dans l'optique d'une réflexion méthodologique est la manière dont les spécificités et les difficultés propres à un entretien qualitatif avec ce type de sujet est en soi une source de données pour la compréhension de cette population, et de questionnement sur notre propre démarche de recherche.

Dans le cadre de notre recherche sur le vécu et la représentation de la gestion de cas par les usagers, une analyse réflexive sur la méthodologie et l'attitude des informateurs au cours de l'entretien de recherche a permis de rétablir la position de l'utilisateur. Celui-ci, perçu au départ comme un bénéficiaire d'un service expérimental, s'avère aussi un acteur majeur de ce service dont le refus, la minimisation de l'aide reçue est un pan de recherche non négligeable. L'attitude de l'utilisateur amène également à s'interroger sur la manière dont l'offre de soins et

services doit être proposée aux personnes âgées, pour qui la préservation de leur identité est sans doute l'aspect le plus important de leur qualité de vie. Cette démarche amène également à s'interroger sur la bonne manière d'évaluer le succès, voire même les méthodes d'une expérimentation comme la gestion de cas.

Après avoir détaillé la méthodologie opérée dans le cadre de l'axe 3, il convient de faire un point sur ce qui s'entend dans le terme « situation complexe ».

## **9.2. La complexité des situations des usagers dans PRISMA**

Quelque soit la méthode (définition d'un profil, cumul de plusieurs critères, concertation...) utilisé par les guichets uniques des deux sites pour déterminer si un usager se trouvait ou non en situation complexe, les observations réalisées lors des visites à domiciles des gestionnaires de cas ainsi que les entretiens confirment la réalité de la complexité des situations des personnes en gestion de cas.

Cette complexité comporte de multiples dimensions, souvent cumulatives et intrinsèquement liées, dont les conséquences respectives impactent négativement sur les autres dimensions.

### 9.2.1. Une complexité multidimensionnelle

#### **Une complexité sanitaire**

D'un point de vue sanitaire, la complexité des situations des usagers peut provenir d'une seule pathologie ou d'un accident de santé, tels une maladie d'Alzheimer ou les conséquences d'un accident vasculaire cérébral (AVC), qui impactent grandement l'autonomie fonctionnelle de la personne, mais il s'agit le plus souvent d'un cumul de plusieurs pathologies.

Ainsi, un usager atteint de démence peut également nécessiter un suivi pour des problèmes cardiaques, de diabète ou présenter un profil de chuteur régulier etc.

A cela il convient d'ajouter le cas de personnes entrées en gestion de cas alors qu'elles se trouvaient dans un état de santé déjà très dégradé, conduisant à une situation d'urgence. C'est le cas de plusieurs usagers rencontrés alors qu'ils se trouvaient en situation de fragilité extrême, dénutris et alités. D'autres encore faisaient état d'handicaps très lourds tel un usager diabétique, devenu hémiplégique suite à un AVC. Ces pathologies et problèmes de santé, qui plus est, lorsqu'ils touchent des personnes âgées, nécessitent de fait un accompagnement important.

Les usagers souffrant de démence, mais plus encore ceux atteints par une pathologie psychiatrique, la paranoïa pour plusieurs d'entre eux, étaient décrits par les gestionnaires de cas comme les situations les plus complexes.

Cependant et bien qu'il ne faille pas minorer la complexité sanitaire des personnes âgées en gestion de cas, la complexité ne peut en aucun cas être limitée à sa dimension sanitaire.

Du point de vue des usagers, si la santé apparaissait pour tous comme un enjeu très important dans l'optique du maintien à domicile, deux tendances se dégagent dans leurs discours sur ce point. Si certains, plutôt rares, pouvaient se focaliser sur un de leur problème de santé, la très grande majorité avait plutôt tendance à minorer ses problèmes de santé. Plusieurs éléments peuvent expliquer cette tendance des usagers à minorer leurs problèmes de santé. Certains, pour des raisons cognitives, n'avaient pas réellement conscience de leurs pathologies. Ils ne savaient pas ou ne comprenaient pas bien ce dont ils souffraient et ne connaissaient rien ou presque du traitement qu'ils suivaient. Pour d'autres, la dégradation de leur santé s'était faite de manière très progressive. Les individus s'y étaient donc habitués et adaptés. Cela conjugué à une notion du temps altérée, conduisait souvent les usagers à expliquer que leur « mauvais état » était récent et passager alors que ce n'était absolument pas le cas. D'autres enfin, cherchaient consciemment à minorer leurs problèmes de santé pour diverses raisons, telle que limiter ce qu'ils jugeaient comme de l'ingérence de tiers (professionnels ou autres) dans leur vie. Ces personnes pouvaient également avoir la volonté de dissimuler leur mal pour préserver certaines apparences et une certaine image d'eux-mêmes, pour se positionner en tant qu'interlocuteur valide et valable, capable d'exprimer une opinion sur leur devenir. Nous reviendrons sur ce point dans la section consacrée au refus.

### **Une complexité sociale**

Pour les gestionnaires de cas, la complexité sociale dans laquelle se trouvaient les personnes suivies venait se surajouter à la complexité sanitaire et rendait difficile la « préservation » de la santé de l'utilisateur.

Par complexité sociale, nous entendons tout d'abord la problématique de **l'isolement** des usagers. Cette problématique n'est, d'ailleurs, pas spécifique aux personnes âgées en situation complexe. Beaucoup d'entre eux étaient veufs ou veuves avec des enfants éloignés ou peu présents et un réseau amical et de voisinage presque nul. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer. Certains individus étaient sans enfants, d'autres vivaient simplement à plusieurs dizaines ou centaines de kilomètres de ceux-ci. Pour les usagers rencontrés, les relations avec les frères et sœurs étaient quasiment absentes sauf dans un cas.

Plusieurs usagers déploraient avoir très peu de contacts avec leurs voisins argumentant que ceux-ci « travaillent toute la journée », d'autres étaient clairement en conflit avec ces derniers.

En outre de cet isolement dont il est assez banal de souligner la fréquence dans le grand âge, les usagers de la gestion de cas faisaient état d'un facteur d'isolement sans doute plus fréquent chez eux que dans la population âgée en général.

**Les conflits avec les membres de la famille ou entre les membres de la famille** constituent en effet des obstacles certains à l'accompagnement des parents âgés fragiles par des membres de leurs familles. Plusieurs travaux sociologiques ont montré que la dégradation de la santé et/ou de l'autonomie du parent sont souvent à l'origine de résurgence de conflits familiaux tacites ou latents. Parmi les usagers de ce projet, ce constat a pu être établi plusieurs fois. Ainsi, un frère a explicitement signalé à ses sœurs qu'elles ne devaient rien attendre de lui et qu'il ne voulait plus entendre parler de ses parents. Dans une autre famille, la mise en concubinage d'une femme plusieurs années après le décès de son mari a provoqué de vifs reproches de sa fille et de son gendre qui ne voulaient plus lui rendre visite. Une autre usagère de la gestion de cas disait ne plus avoir de contact avec sa fille. L'entretien mené laissait comprendre un conflit entre celle-ci et son gendre qu'elle imputait à la religion de celui-ci.

A l'inverse, ce n'était pas toujours l'isolement qui créait la complexité mais bien l'inverse, à savoir **la trop grande proximité entre les proches et l'utilisateur** ou **la présence de proches « nocifs » pour l'utilisateur**. Ainsi, on peut citer le cas d'une famille très soudée autour du père diabétique et hémiplegique. Cette situation psychologiquement épuisante pour l'utilisateur ainsi que sa femme et sa fille (qui vivait avec eux pour aider sa mère) qui consacraient beaucoup de temps à l'accompagnement du père. Dans cette situation, les entretiens menés avec la fille révèlent la tension très forte qui régnait au sein du domicile. La fille expliquait que son père était volontairement méchant avec elle et sa mère, faisant exprès de se souiller la nuit pour les empêcher de dormir ou de refuser son traitement pour le diabète pour leur créer de l'inquiétude. Dans une autre situation, le gestionnaire de cas expliquait que les enfants étaient réellement nocifs pour le couple qui bénéficiait de l'expérimentation. Les deux enfants du couple étaient toxicomanes et le fils avait à plusieurs reprises volé et racketté ses parents. Dans une autre famille, le fils s'était installé chez sa mère suite au décès de son père pour épauler celle-ci qui souffre de la maladie d'Alzheimer. La cohabitation entre le fils et la mère s'est avérée très difficile, le fils arguant que sa mère était impossible à vivre du fait de sa maladie et la mère expliquant que son fils la tyrannisait depuis la mort de son mari. Qu'il soit question d'isolement ou de conflits familiaux, les problématiques observées se rapprochaient souvent de celles d'abandon et de maltraitance, sans que les acteurs ne l'expriment de cette façon.

**Les conflits de voisinages** sont apparus être une source de complexité à part entière dans plusieurs situations. Ces conflits étaient souvent dus à la pathologie (démence, paranoïa) de l'usager, le poussant à une dérive d'activité problématique ou une méfiance exacerbée. A cela, il convient d'ajouter le cas particulier de quelques usagers, atteints probablement (pas d'avis médical) d'un syndrome de Diogène, ou d'usagers dont les mœurs ou l'incapacité de faire le ménage et le refus qu'il soit fait par quelqu'un d'autre, conduisait à des problèmes d'insalubrité touchant les voisins (odeurs, présence de rats et cafards, fuites d'eau, fumées...). Ainsi, l'un des voisins d'une usagère, rencontré sur le pas de la porte, s'est plaint du fait que celle-ci, se lève la nuit et vienne frapper à leur porte complètement nue en demandant de l'aide sans qu'il y ait véritablement de raison à cela. Dans une autre situation, un voisin a porté plainte contre une usagère qu'il accusait de faire du bruit en pleine nuit. L'entretien avec l'usagère a permis de révéler une dérive d'activité chez cette personne qui cuisinait, rangeait ou déplaçait des meubles et écoutait la radio avec un très haut volume sonore en pleine nuit. La fille d'un usager expliquait que les voisins s'étaient plaints à elle parce que sa mère frappait la nuit à leurs portes en leur montrant les selles de son mari.

Ces conflits de voisinages ne sont pas à minorer dans la prise en compte de la complexité, dans la mesure où cela peut conduire à des situations extrêmes, telles des demandes d'expulsion ou des menaces proférées, voire des violences à l'encontre de l'usager comme cela a été le cas pour l'un d'eux.

Pour une grande majorité d'usager, la complexité sociale dont ils étaient victimes n'était pas spécifiquement due à l'âge ; au contraire, beaucoup d'entre eux étaient des individus qui avaient connus de difficultés d'ordre social tout au long de leur vie. Ainsi, un usager était alcoolique depuis de longues années, un autre avait été sans domicile fixe pendant très longtemps, etc. Par ailleurs, si les entretiens réalisés avec les proches des usagers ne permettent pas d'affirmer que les usagers de la gestion de cas sont en majorité des individus ayant connus des problèmes sociaux tout au long de leur vie, beaucoup décrivent ces individus comme « marginaux », « naïfs » ou « bohèmes ». Ainsi, certains bien qu'ayant toujours travaillé l'ont toujours fait de manière non (ou mal) déclarée, d'autres ont souvent été victimes d'escroquerie, d'autres encore sont décrits comme ayant toujours vécu en rupture avec la société etc.



Ces traits de caractères se sont parfois amplifiés avec l'âge au point qu'il soit difficile de savoir ce qui, dans leur comportement, relevait du pathologique ou de leur personnalité.

Quoi qu'il en soit, ces personnes se trouvaient souvent dans **une situation financière critique** venant s'ajouter aux complexités déjà mentionnées.

Les entretiens menés avec les gestionnaires de cas révèlent que c'est souvent la complexité de la situation financière dans laquelle se trouvaient les usagers qui créait une situation d'urgence. Ainsi, plusieurs usagers, désocialisés depuis plusieurs années et/ou souffrant de démence, avaient cessés de payer leurs factures d'électricité ou leur loyer et se trouvaient ainsi **sous le coup d'une expulsion**. D'autres se révélaient incapables de gérer correctement leur budget et/ou étaient victimes de personnes profitant de leur fragilité pour les escroquer.

Dans ce contexte, ces individus se révélaient complètement désemparés face au système qui multipliait envers eux les lettres recommandées et autres avis d'expulsion.

#### 9.2.2. Une dimension particulière de la complexité : Le refus d'aide et de soin

Enfin, le dernier élément de complexité mais non des moindres, est le refus d'aide et de soin qui est une problématique très présente chez les usagers de la gestion de cas. En effet, beaucoup de personnes âgées ont été dirigées vers la gestion de cas, soit parce qu'elles refusaient catégoriquement la venue des professionnels issus du secteur sanitaire ou du secteur social, (parfois les deux) et/ou mettaient en échec toutes les aides qu'on leur avait proposées jusqu'ici.

Le refus d'aide et de soin s'est imposé de manière récurrente dans le discours des gestionnaires de cas comme une problématique majeure de leur pratique professionnelle. Par la suite, les entretiens menés avec les usagers ont confirmé cette attitude de ces personnes âgées à l'égard des professionnels. Ces entretiens ont permis de donner du sens à ces refus. Compte-tenu de l'importance de cette problématique et de la manière dont elle impacte les représentations et le vécu de la gestion de cas que nous aborderons plus loin, nous proposons une analyse spécifique de cette dimension majeure de la complexité qu'est le refus.

Le refus manifesté par les personnes âgées à l'encontre des aides et soins proposés et des professionnels est protéiforme et polysémique.

Si les types de refus et ses manifestations sont multiples, les catégories de sens que nous avons répertoriées ici ne sont pas isolées mais s'interpénètrent. Pour plus de clarté, nous

avons choisi, ici, de les distinguer même si, dans la réalité, un refus exprimé comporte plusieurs significations.

#### 9.2.2.1. Différents types et manifestations du refus

Voyons tout d'abord sur quoi peut porter le refus. Les refus des personnes âgées peuvent s'exercer à l'égard des aides matérielles et humaines, censées contribuer au maintien de l'autonomie telle que l'aide des auxiliaires de vie pour le repas, le ménage, le portage des repas ou encore l'aide à la toilette des infirmiers...Au niveau des aides matérielles, les personnes âgées peuvent refuser la modification du domicile, tels l'installation de barres de renfort ou le remplacement de leur lit par un lit médicalisé ou encore l'utilisation d'un fauteuil roulant ou d'un déambulateur...

Le refus peut se manifester à l'égard des aides médicales par le refus de la venue d'un professionnel de santé, qu'il soit infirmier, médecin, kinésithérapeute ou autre. Il peut également s'agir de refuser de dire au médecin la vérité sur ses problèmes de santé, ses douleurs, refuser les examens médicaux, refuser la prise de son traitement...

Les personnes âgées peuvent également refuser les aides sociales en refusant la venue d'un travailleur social ou en refusant d'écouter ses conseils, en particulier concernant la gestion de son budget et de ses dépenses. Il est fréquent, dans le cas des personnes âgées en situation complexe, que se pose la question de la tutelle ou de la curatelle, contre lesquelles les personnes âgées peuvent s'insurger très fortement.

Les personnes âgées ne manifestent pas uniquement leurs refus à l'égard des professionnels mais également à l'égard de l'aide proposée par des membres de leur famille, leurs amis, leurs voisins même si nous verrons que certains proches « élus » semblent être autorisés à apporter leur aide dans des conditions particulières.

Enfin, le refus qui est sans doute le plus fréquent chez les personnes âgées à domicile est le refus de l'institutionnalisation, qu'il s'agisse de la maison de retraite ou de l'hôpital. Nous reviendrons sur ce refus spécifique dans la section consacrée aux représentations du domicile par les usagers.

S'il est possible d'identifier plusieurs types de refus, il n'est pas toujours aisé de déterminer sur quoi porte exactement le refus exprimé par l'utilisateur (refus de l'aide ou refus de la personne qui aide) ni à quel niveau il se situe :

- Refus de reconnaître un besoin (d'aide ou de soin) ?
- Refus de l'aide en elle-même (et de la représentation de soi qu'elle implique -être un « aidé »-) ?
- Refus d'une personne en tant qu'individu (inconnu, rapport humain difficile...) ?
- En tant que représentant d'une fonction (infirmière, auxiliaire de vie...) ?
- En tant que représentant d'une structure (Service d'aide à domicile etc.) ? etc.

### **Les manifestations du refus**

Si le refus se manifeste sur différentes dimensions de l'aide et du soin, il s'exprime également de différentes façons selon les individus et les situations. Certaines personnes âgées vont exprimer leur refus de manière très explicite en demandant directement à leur interlocuteur de partir, d'autres en demandant au responsable de celui-ci, parfois par l'intermédiaire d'un tiers, de ne plus l'envoyer à leur domicile. Dans le cadre de l'expérimentation, ce tiers pouvait être le gestionnaire de cas : « *J'ai dit à (prénom de la gestionnaire de cas) que je ne voulais plus de cette fille (l'aide ménagère)* » (Mme Berthe).

Le refus peut se manifester de manière passive. Dans ce cas, l'utilisateur choisit de ne pas ouvrir la porte lors de la venue du professionnel, fait mine de ne pas entendre. Ce refus peut également s'exprimer en présence du professionnel si celui-ci a pu entrer à l'intérieur du domicile. Alors la personne âgées ne répond pas aux questions et sollicitations de son interlocuteur, fait semblant de ne pas entendre, de ne pas comprendre ou simule un profond sommeil : « *Pour ne pas prendre ses médicaments quand venait l'infirmière, elle faisait semblant de dormir* » (proche aidant).

A l'inverse, le refus peut s'exprimer de manière très violente vis-à-vis du professionnel ou du proche, par des cris, des pleurs, des vociférations voire des coups. L'un des gestionnaires de cas rapportait qu'un infirmier s'était plaint plusieurs fois qu'un des usagers cherchait à le frapper avec sa canne lorsqu'il l'aidait à la toilette. Une auxiliaire de vie se plaignait d'avoir été menacée par un usager tenant une paire de ciseaux. La fille d'un usager explique à propos

de sa mère : « *Ça a été très dur pour l'association parce qu'elle était d'une telle méchanceté, agressivité, violence...* ».

A partir des entretiens menés avec les usagers de la gestion de cas, nous avons identifié différentes catégories de sens aux refus constatés. Nous souhaitons souligner ici que ces différentes catégories se présentent imbriquées les unes aux autres dans le discours des personnes et non de façon « pure » comme l'exposé théorique qui va suivre pourrait le laisser comprendre.

#### 9.2.2.2. Inconscience et déni

Il convient tout d'abord de considérer **le refus par « inconscience »**. Nous entendons par là le refus des personnes âgées qui refusent l'aide et le soin parce qu'elles ne se rendent pas compte de l'état critique dans lequel elles se trouvent. Ainsi que nous l'avons déjà évoqué, plusieurs usagers ont vu leur santé et leur autonomie se dégrader progressivement et se sont adaptés à cette dégradation en réduisant leurs aspirations. Les propos d'un gestionnaire de cas le confirme : « *Pour eux, ils n'y a pas de problème, ils font, tant bien que mal mais ils font donc il n'y a pas de problème* ».

Les personnes âgées parviennent difficilement à prendre du recul sur leur situation car elles se sont habituées à leur état et estiment parfois que leur état est normal compte tenu de leur âge. Il est fréquent que les personnes âgées n'aient pas conscience de la nécessité d'agir pour rétablir leur santé et pensent que leur état ou leur situation va s'améliorer avec le temps.

Par ailleurs, il ne faut pas négliger le fait que l'évaluation des besoins qui est faite par un professionnel et par l'utilisateur n'est pas la même. A l'analyse objectivée du professionnel qui porte sur les pathologies, les restrictions d'activités, un budget déficitaire, la personne âgée opposera sa propre subjectivité, arguant qu'elle se sent très bien, qu'elle est très bien chez elle et « *se débrouille* » et n'a pas besoin d'argent.

Mme Renée souffre de démence, la gestionnaire de cas a mis en place de l'aide à la toilette, la venue d'une infirmière pour la prise de médicaments, un portage de repas, mais Mme Renée affirme : « *Je n'ai pas de problèmes, monsieur, je vous le dis franchement.* ». Dans une optique telle que celle de Mme René, il n'y a rien de surprenant à refuser l'aide et le soin qui apparaissent simplement inutiles et inappropriés pour l'utilisateur.

### **Le refus comme déni**

Le refus d'aide et de soin des personnes âgées ne traduit pas seulement une forme d'inconscience de leur état mais aussi un réel déni de leur part. Certaines personnes âgées ne se rendent pas compte de l'état critique dans lequel elles se trouvent. D'autres semblent le percevoir de façon plus ou moins consciente mais ne veulent pas l'admettre. Ainsi, ce n'est pas tant l'aide qui est refusée mais le bienfondé de celle-ci qui expose l'utilisateur à se reconnaître déficient. L'utilisateur refuse de reconnaître son affaiblissement, ses pertes, ses besoins. « *On m'aide pour la toilette mais je pourrai le faire seule* » (utilisateur).

Pour certains utilisateurs, le déni qui conduit au refus peut porter sur la situation de dépendance dans laquelle se trouve l'utilisateur mais également sur ses problèmes de santé.

« *Le docteur a décrété que j'étais cardiaque, je n'ai jamais été cardiaque* » (utilisateur). Cette personne refusait de prendre son traitement et d'effectuer des examens complémentaires à l'hôpital alors que son médecin le jugeait pourtant nécessaire. De fait, le déni de la pathologie ou du besoin conduit à un refus du traitement et de l'aide.

Par ailleurs, il apparaissait chez plusieurs utilisateurs un déni affirmé de toute responsabilité dans les problèmes de santé ou financiers qu'ils rencontraient. Pourtant, l'analyse de leur discours ainsi que les croisements effectués avec les autres informateurs, professionnels ou proches aidants, révélaient souvent que les utilisateurs avaient été alertés à plusieurs reprises de la nécessité d'agir, ou à l'inverse dissuadés de commettre certaines erreurs. Cela n'empêchait pas plusieurs d'entre eux de rejeter la faute sur un professionnel ou un autre individu.

« *Non, mon problème à la jambe (plaie grave), c'est à cause des produits chimiques qu'ils m'ont mis.* » (utilisateur).

#### 9.2.2.3. Argumenter son refus pour exister et se protéger

Cependant, résumer le refus des personnes âgées au déni ou à une forme de subjectivité et d'inconscience de leur part (dû ou non à la démence) est insuffisant. En effet, les entretiens montrent que leur **refus peut être objectivé et argumenté**. Ainsi, il est possible de voir dans ce refus, une réelle stratégie de préservation de leur part. Ainsi, certains utilisateurs expliquent leur refus au regard d'une expérience similaire préalable qu'ils jugent négative. Certaines personnes ont expliqué ne plus avoir confiance dans le jugement du médecin parce qu'ils ont déjà été confrontés à une erreur de sa part ou d'un de ses confrères par le passé. C'est le cas

d'une femme qui avait demandé à plusieurs reprises à son médecin de lui prescrire un examen pour vérifier si elle n'avait pas d'ostéoporose. Ce dernier a toujours refusé mais l'examen a finalement été prescrit par un spécialiste et se révélait positif, disqualifiant ainsi le jugement du médecin généraliste. Plus fréquemment, des personnes âgées refusaient la venue d'une auxiliaire de vie au motif d'une situation conflictuelle avec l'auxiliaire de vie précédente dont elles jugeaient le travail ou l'attitude non satisfaisante. La plainte envers les intervenants à domicile et plus particulièrement les auxiliaires de vie était un leitmotiv dans le discours des usagers. Plusieurs d'entre eux se sont notamment plaints de vols, de non respect des horaires ou des tâches à accomplir, voire de l'impolitesse ou de la malhonnêteté de ces intervenants. Si les auxiliaires de vie sont la principale cible des griefs envers les intervenants à domicile, c'est principalement parce que les auxiliaires de vie sont en première ligne de l'accompagnement. Elles sont les plus présentes au domicile. En outre, du fait qu'elles accomplissent souvent des tâches non qualifiées, elles sont souvent déconsidérées par les usagers qui les désignent sous le terme « *femmes de ménage* » et qui ont la capacité de juger directement leur travail, ce qui est plus difficile face à des professionnels perçus comme ayant une compétence plus élevée, tels le médecin voire l'infirmier.

Le refus objectivé peut également être motivé par des représentations voire des intuitions négatives vis-à-vis du service ou de l'aide proposée. Cela est particulièrement vrai pour la maison de retraite, perçue comme le lieu du dernier recours qu'il faut éviter à tout prix : « *La maison de retraite, non, (...) ça ne vaut pas le coup* » (usager).

Enfin, dans l'optique d'un refus objectivé, il est primordial d'insister sur l'aspect stratégique voire visionnaire du refus qui va à l'encontre des représentations qui voudraient que la personne âgée soit dans l'incapacité d'évaluer sa propre situation et de prendre des décisions sages. Certains usagers se sont montrés particulièrement préoccupés et en réflexion par rapport à leur situation. Ayant conscience de l'accroissement de leur dépendance, ils voyaient l'aide proposée comme un facteur d'accroissement de leur dépendance et une perte supplémentaire d'autonomie. Refuser l'aide était donc un moyen de se préserver.

« *Il faut quand même que je fasse quelque chose (référence faite au ménage de l'appartement) sans ça alors, si je dois rester et attendre que ça se passe, non !* » (usager).

Ce qui importe dans cette catégorie de sens n'est pas le bien-fondé de l'argument opposé par l'usager ou l'inconscience que cela peut traduire mais le fait qu'il y croit. Dans l'étude des

représentations, l'objectivité de l'argumentaire n'est pas en question, c'est son aspect performatif (l'énoncé fait force de réalité) qui l'est dans la mesure où cela conditionne le refus de l'usager.

### **Refuser pour s'imposer**

Comme nous l'avons déjà exposé plus haut, l'avancée en âge va de pair avec un accroissement de la vulnérabilité. Cette vulnérabilité n'est pas seulement physiologique, elle est aussi sociale, culturelle et identitaire.

La perte d'autonomie et l'accroissement de la dépendance conduisent la personne âgée à se sentir dépossédée de sa capacité d'agir, de décider, de maîtriser sa vie. La perte d'autonomie affecte la capacité d'empowerment des personnes âgées. Dans cette optique, les dimensions dans lesquelles la personne âgée peut faire valoir sa capacité d'agir et de décider sont peu nombreuses. La possibilité de dire non, de refuser en fait partie. Le refus est un moyen de faire valoir son autorité et sa capacité de décision : « *Mme Gisèle a mis les femmes de ménage dehors, elle ne veut personne* » (voisine).

Quelque soit l'âge, se reconnaître comme « vieux » ou « malade » est difficile pour un individu car cela devient une constituante négative de l'identité au regard des autres. Ainsi, pour préserver son identité du stigmate de la maladie, la stratégie choisie par certaines personnes âgées consiste tout simplement à refuser la maladie et tous les éléments qui peuvent la révéler, tel la prise d'un traitement, la venue d'un médecin etc.

« *Je n'ai pas besoin que le docteur vienne, je ne suis pas malade* » (usager).

Confronté à un avenir qui apparaît comme de moins en moins maîtrisé et de plus en plus incertain, refuser constitue en quelque sorte un moyen de se positionner, de choisir et d'imposer son choix de vie. Refuser apparaît alors comme une (re)prise en main de son avenir : « *J'ai payé cher cet appartement et je tiens à y rester jusqu'à la fin de ma vie, jamais de maison de retraite* » (usager).

L'avancée en âge ainsi que la perte d'autonomie ont également pour effet d'enfermer la personne âgée dans son rôle de receveur d'aide. L'aide ou le service apporté crée donc une relation dissymétrique entre le pourvoyeur et le receveur dans laquelle, ce dernier se trouve en position de dominé par rapport à celui qui apporte l'aide. Ainsi que l'a montré Mauss (1924), le don valorise celui qui donne dans la mesure où cela lui confère un certain prestige. L'aide

ou le soin proposé, s'ils sont acceptés, engagent la personne âgée et la prive d'une partie de sa liberté. Dans cette optique, la personne âgée peut choisir de refuser l'aide pour reprendre le contrôle de l'interaction, voir même pour contraindre son interlocuteur à se plier à ses choix.

« *Je lui (il s'agit de la gestionnaire de cas) ai demandé d'aller avec moi en taxi à l'hôpital, elle ne voulait pas (...). Du coup, j'ai dit que je n'irai pas.* » (usager).

Cette citation met en lumière une forme de chantage exercé par la personne âgée à l'encontre du professionnel au moyen du refus.

### **Le refus comme stratégie de préservation**

Si le discours des personnes âgées révèle une volonté « *d'être comme tout le monde* » et une tendance à ne pas voir ou reconnaître ses difficultés et problèmes de santé, il reste que ceux-ci ont souvent conscience de leur fragilité. Ainsi que le disait un gestionnaire de cas, même si pour l'analyse du professionnel la situation semble critique, l'usager considère qu'il « *se débrouille* ». De ce fait, la situation, aussi dégradée qu'elle soit, lui apparaît d'une certaine façon sous contrôle et l'invite à se méfier de tout élément perçu comme potentiellement déstabilisant ou perturbateur. Alors le refus apparaît être une solution de préservation. On peut ainsi citer le cas d'un usager dans l'obligation de quitter son logement mais qui s'y refusait :

« *Mme (nom de l'usager) ne voulait pas déménager, ça l'angoissait, pourtant il fallait, elle allait être expulsée* ». (Gestionnaire de cas).

Dans un registre différent, il était fréquent que les usagers refusent la venue d'une auxiliaire de vie pour l'aide au ménage ou aux repas parce qu'ils considéraient que cela représentait un danger pour eux. En effet, ils voyaient la venue d'un inconnu chez eux comme une intrusion, un risque d'être confronté à quelqu'un de tout puissant, potentiellement maltraitant envers eux ou malhonnête. « *Je ne voulais pas d'étrangers chez moi.* » (usager).

Si le terme « étranger » est ici synonyme de personne inconnue, l'origine ethnique des intervenants à domicile et plus particulièrement des auxiliaires de vie a souvent été mise en cause par nos interlocuteurs âgés.

Enfin, refuser l'aide aux repas et/ou au ménage est aussi un moyen pour la personne âgée de se prouver qu'elle est toujours valable et qu'elle est capable de faire face à son affaiblissement avec ses propres stratégies. Renoncer à certaines tâches ou réévaluer ses aspirations à la baisse, orienter l'estime de soi vers d'autres objets ou activités est aussi une stratégie de préservation.



« *Le ménage, ce n'est pas parfait mais ça me va comme ça et je ne veux pas que quelqu'un d'autre le fasse* » (usager).

#### 9.2.2.4. Refus et identité

L'analyse du refus tel qu'il est exprimé par les usagers révèle que les liens entre identité et refus sont manifestes. Refuser peut être pour la personne âgée un moyen d'exister, de faire valoir son identité d'être humain en opposition à celle de receveur d'aide lambda. Refuser l'aide, c'est refuser la stigmatisation inhérente à celui qui reçoit l'aide, celui qui est défaillant. Ainsi que nous l'avons vu, de nombreuses personnes âgées refusent l'aide pour continuer à être « *comme tout le monde* ».

Lorsque les usagers étaient interrogés sur leurs besoins ou leurs difficultés, les réponses étaient souvent très proches de celle de cet usager :

« *On prend les choses à la normale, on vit normalement. (...) je sais gérer ma vie en partie, il n'y a pas de problème.* ».

Dans certains cas particuliers, l'aide apportée peut apparaître comme une véritable agression pour l'identité de la personne âgée comme nous l'avons vu dans le cas de M. Ming. Cet usager, pour qui la fierté et l'image de soi sont des éléments majeurs de sa qualité de vie, vivait l'aide qui lui était proposée comme « *disqualifiante* » à son égard. A l'évocation de la venue d'une infirmière chaque matin, il dit : « *Elle vient après 8 heures. Je lui ai dit, ce n'est pas nécessaire que vous veniez. Elle a dit : si je viens vous voir pour manger et à midi aussi elle vient. J'ai dit : non, je n'ai pas besoin mais elle vient tous les midis pour voir comment je mange, savoir si je ne mens pas.* ».

Comme beaucoup d'autres, il récusé l'intérêt du portage des repas : « *Je vais marcher là-bas et j'achète ce que je mange. Quand ma femme était là, on commandait et on nous apportait le manger mais là maintenant que je suis tout seul, il faut toujours jeter, ce n'est pas la peine.* ».

Par ailleurs, il est nécessaire de ne pas perdre de vue que le refus demeure un droit, sans doute le droit ultime en tant qu'être humain. Lorsqu'agir sur son environnement devient difficile et qu'interagir avec ses proches l'est également, les possibilités de faire valoir son avis s'amenuisent. Le refus est alors l'ultime recours pour faire valoir sa décision et, à travers elle, faire reconnaître celui que l'on est et que l'on souhaite être.

A l'inverse, le refus de certaines personnes âgées peut être le signe d'une volonté de ne plus exister. Si cela est rarement exprimé comme tel dans le discours, bien que certains disent attendre la mort, certaines attitudes permettent d'émettre l'hypothèse d'une volonté d'abandonner la lutte face à l'affaiblissement, la souffrance, la maladie. Alors, le refus de l'aide et du soin apparaît comme un signal de « lâcher prise » envers l'entourage. C'était le cas d'une personne qui refusait de parler puis de s'alimenter.

Enfin, refuser l'aide et le soin, et plus particulièrement l'aide de ses proches ou de professionnels avec qui des liens affectifs ont été établis, est un moyen de se couper de ces personnes là. Les personnes âgées peuvent avoir conscience que leur situation, leur état de santé peut être source de souffrance psychique et physique pour leur entourage. Cela peut être inacceptable pour elles et l'un des moyens de briser ce lien est de refuser leur aide ou leur venue.

Il est important de signaler que cette analyse du refus basée sur le discours des usagers doit être « contextualisée ». En effet, les discours cités ici sont ceux des usagers actuels (c'est-à-dire au moment de l'enquête de terrain) de la gestion de cas et pas d'usagers « idéaux » (ou représentatifs de ce que devrait être les usagers de la gestion de cas). Les usagers en posture de refus et/ou usagers ayant épuisé tous les services de soins et d'aide de leur secteur sont sans doute surreprésentés ici.

Cette section sur la complexité et plus encore cette digression sur le refus d'aide et de soin pourrait nous conduire à douter du bien fondé de ce qui constitue l'objectif du projet PRISMA, à savoir, le maintien de l'autonomie au domicile des personnes âgées en situation complexe. Au regard de cette complexité, est-il réellement souhaitable de permettre à ces personnes de rester à domicile ?

Dans cette optique, les entretiens menés avec les personnes âgées ont étudié le rapport que celles-ci entretenaient avec leur logement.

### **9.3. Vivre « chez soi » : l'expression d'un choix mis en péril par la complexité**

Bien que le domicile soit le lieu de vie le plus fréquent des personnes de plus de 60 ans (Delbès 2005), il nous a paru nécessaire d'interroger le rapport qu'entretenaient les personnes âgées en situation complexe avec leur logement. Considérer, *a priori*, que le domicile est le

lieu dans lequel ces individus souhaitent vivre n'est-il pas une fausse évidence ? Le domicile est-il véritablement pour elles le lieu du « bien vieillir » ?

L'attachement au domicile des personnes âgées, démontré il y a déjà plus de 20 ans par Bernadette Veysset (1989), est-il valable pour les usagers de la gestion de cas dont on vient de décrire certaines particularités ?

### **Vivre à domicile pour être « comme tout le monde »**

Les entretiens menés avec les personnes âgées en situation complexe soulèvent le paradoxe qu'il existe entre la singularité de la situation qui les a conduit à la gestion de cas et la représentation que ces personnes en produisent. Ainsi que nous l'avons vu, alors que les professionnels du soin et de l'accompagnement insistent sur la particularité de ces personnes ou de leur situation, les usagers eux-mêmes s'efforcent d'apparaître aux yeux de leurs interlocuteurs comme des individus ordinaires. Interrogés sur leurs besoins ou leurs difficultés au quotidien, nombre d'entre eux déclarent : « *Je n'ai pas de problème* », « *je n'ai besoin de rien* », ou encore « *je fais comme tout le monde, je vis normalement* ». Il y a chez ces personnes une volonté plus ou moins consciente d'échapper à la stigmatisation qu'implique une position de receveur d'aide, d'individu malade et/ou fragile.

Vivre à domicile, représente une norme, le lieu de vie de la majorité de la population est un des éléments majeurs pour affirmer que l'on est « comme tout le monde ».

### **Rester chez soi : un souhait clairement exprimé par les usagers**

Bernadette Veysset (1989) notait que « Ceux qui sont désireux de changer de logement sont rares »

Tous les entretiens menés avec les usagers du projet PRISMA confirment que « rester chez soi » demeure la solution qu'ils souhaitent privilégier même lorsque la vie à domicile ne va plus de soi, pour des raisons de santé ou de perte d'autonomie.

Dans le discours des personnes âgées, il apparaît cette volonté de vouloir rester chez soi « *le plus longtemps possible* », cette expression sous-entendant jusqu'à la mort.

Ainsi, beaucoup d'informateurs ont eu une phrase similaire à celle de Mme Zora : « *Dans une maison de retraite, ça ne vaut pas le coup, un jour ou l'autre, ça arrivera mais pour l'instant on s'arrange si nécessaire* » ou de Mme Gisèle « *Aussi longtemps que ça va, je reste chez*

*moi* ». Il va sans dire que la limite potentielle au maintien à domicile que ces personnes évoquent n'est jamais clairement exprimée et semble mouvante. Ainsi, il leur est toujours possible de se défendre lorsque leur interlocuteur évoque la possibilité d'un relogement en disant « *pour l'instant, ça va, je me débrouille* ». La représentation que se font les usagers de leur autonomie et de leur capacité à rester seuls chez eux est toujours différente de celle que produit leur entourage, professionnel ou non. De fait, ceux-ci sont toujours à leur domicile et comme le dit une gestionnaire de cas « *ils font, tant bien que mal mais ils font donc (pour eux) il n'y a pas de problème* ».

Les gestionnaires de cas s'accordent à dire qu'une de leurs fonctions est celle de « *porte-parole* » des souhaits de l'utilisateur. En cela, ils considèrent que leur mission est avant tout de permettre à l'utilisateur de rester à domicile : « *Personnellement, je dirai qu'en fait, j'ai cru comprendre que l'on était référent. Donc voilà, c'est un peu ça, être le référent, permettre le maintien à domicile de la personne âgée dans les meilleures conditions possibles.* » (Gestionnaire de cas).

### **Le domicile comme élément de continuité de l'identité**

Afin d'explorer le rapport des usagers au domicile, il convient à nouveau de considérer que l'avancée en âge va de pair avec une fragilisation physiologique (Michel 2008). Ajoutons que cette vulnérabilité est également sociale, culturelle et identitaire (Balard 2010). Lévi-Strauss<sup>50</sup> employait, en ce qui le concerne, le terme « d'hologramme brisé » pour illustrer que, d'une part « à travers le temps, nous nous percevons comme un être identique » (Veysset), mais que d'autre part cette identité, que Lévi-Strauss nomme le « moi virtuel, (...) continue de fondre jusqu'à la dissolution ultime ».

Dans cette optique, plusieurs éléments contribuent à préserver la continuité de l'identité, et le domicile en fait partie. Là encore, la référence à B. Veysset s'impose :

« La maison, elle, va rester, signe et symbole de ce que la personne a été, de ce qu'elle est (...) elle apparaît comme le reflet stable du sujet : elle est la continuité. (...) Elle devient alors le garant de ce que l'individu était au moment de sa pleine activité, et la personne refusera de nouveaux aménagements qui lui faciliteraient la vie quotidienne, préférant garder aux lieux, leur fonction de témoin. ».

---

<sup>50</sup> Reconstitution de mémoire de R.P. Droit publiée dans *Le Monde* du 29 janvier 1999. Discours prononcé le 25 janvier 1999 au collège de France.

Le domicile est le lieu dans lequel la personne est habituée à vivre. Il revêt pour la personne âgée quelque chose de l'ordre du pérenne, de l'immuable. Cela permet de faire le lien avec le passé, celui que l'on était autrefois. Le domicile concourt également à préserver un certain statut et une autorité.

Les entretiens menés avec les personnes âgées en situation complexe le confirment. Le fait de se sentir chez soi est un moyen pour les usagers de s'affirmer face à leurs interlocuteurs :

*« Là, je suis catégorique, ma maison de retraite, c'est ici (son domicile). J'ai acheté cet appartement, j'ai payé assez cher avec mon mari et je tiens à rester là jusqu'à la fin de ma vie. »* (Mme Béatrice).

Etre le maître chez soi apparaît encore plus indispensable pour cette catégorie de personnes âgées qui est confrontée aux fréquents conseils et interventions de son entourage, professionnel ou non. Réaffirmer son identité et son autorité pour continuer à exister s'avère indispensable. Pour certains usagers, cela passe par imposer aux auxiliaires de vie une façon particulière de faire le ménage, ou en étant particulièrement attentifs au respect des horaires.

Le domicile peut également être constitutif de l'identité dans la mesure où il confère à l'individu âgé un rôle de gardien. Certaines femmes âgées, plus rarement des hommes, vont accorder une grande importance à la fonction d'entretien de leur lieu de vie, fonction qui leur confère un rôle social différent et surtout plus valorisant que celui de receveur d'aide. C'est le cas de M. Ming. Très fier, il tient à prouver qu'il est encore « valable » et le fait en s'efforçant d'assumer seul l'entretien de son domicile.

### **Le domicile, lieu d'affectivité, constituant du bien vieillir**

Face aux troubles de la mémoire, le domicile constitue un repère psychologique et mémoriel. Dans cette optique, B. Veysset prend l'exemple de Mme Lilas qui refuse tout type de modification au sein de son logement. L'auteur explique qu'« au moment de la vieillesse, quand les processus de mémorisation se modifient, il paraît essentiel de laisser la personne âgée dans un cadre où elle pourra continuer à accrocher, dans un lieu stable, des événements de plus en plus difficiles à situer dans le temps. ».

Le domicile est un lieu de réminiscence par excellence. Il permet à la personne âgée de se remémorer les bons moments passés et de se retrouver. A ce titre, le terme « domicile » ne

peut être limité à l'immeuble. Il représente également le quartier en y incluant le proche voisinage.

Nos recherches précédentes (Balard 2010) nous conduisent même à aller plus loin dans l'analyse du lien affectif que les personnes âgées entretiennent avec leur domicile. Notre informateur de 95 ans, M. Henri, expliquait que bien que vivant seul, la souffrance liée à la solitude était moins importante chez lui que s'il vivait chez sa fille : *« je languirais davantage (chez ma fille). Elle travaille toute la journée et ne rentre que le soir. Ici aussi, je suis seul mais chaque pierre me parle... »*.

Les propos de M. Léon, 98 ans, laissent clairement entendre que le fait d'être « chez soi » contribue au bien vieillir : *« ...ça compte d'être à la maison, ça n'a pas de prix... Moi je préfère quand même ma maison (à celle des enfants). Nous sommes au paradis ici. »*.

A ce titre, le regard que portent les usagers et les professionnels (chercheur compris) sur le domicile de l'usager peut être foncièrement différent de celui de son habitant car le paramètre affectif n'intervient pas. Ainsi, alors qu'un usager trouvera son domicile parfaitement adapté et dans un état tout à fait correct, le professionnel pourra le juger dangereux, insalubre et s'y trouvera de fait très mal à l'aise. Ainsi, une gestionnaire de cas expliquait : *« j'ai de gros problèmes avec les odeurs. C'est à dire que les odeurs m'envahissent tellement au bout d'un moment que je peux même avoir la nausée. »*. Une autre a eu beaucoup de difficulté à faire accepter le nettoyage de l'appartement d'un usager qui n'en voyait pas la nécessité jusqu'à ce que cette dernière aperçoive des rats : *« Une fois, elle m'a appelé parce qu'elle avait des rats chez elle (...) Le coup des rats, ça m'a permis de mettre en place le nettoyage de son appartement. »*.

Considérant que l'une des priorités de leur fonction consiste à permettre à l'usager qu'ils accompagnent de rester à domicile, les gestionnaires de cas ne remettent pas véritablement cela en question ; en revanche et contrairement aux usagers, ils n'hésitent pas à se montrer critiques à l'égard du logement.

### **Le domicile, un repaire fait de repères**

Le domicile est un repère temporel, « un espace de stabilité de l'être » pour reprendre les mots de B. Veysset. L'auteur le décrit également comme « un espace familial, intimement approprié, dont l'usage se trouve fortement ancré dans les habitudes corporelles ».

Dans le cadre d'un quotidien malmené par les difficultés à se mouvoir, à réaliser les actes de la vie quotidienne ou de préservation de soi, les habitudes acquises au sein du domicile sauvegardent un minimum de maîtrise et de pouvoir d'agir. C'est pour cela que Mme Yvette s'oppose à ce que son fils fasse enlever les tapis de sa maison. Si son fils considère que ce tapis accroît le risque de chute, Mme Yvette pense que ces tapis lui évitent de glisser et qu'ils peuvent amortir ses chutes. Dans ce type de cas, le travail du gestionnaire peut se heurter à la volonté exprimée par l'usager. Le professionnel doit donc s'efforcer de montrer les gains qu'apporteront les aménagements du domicile à l'usager, parfois en s'appuyant sur le discours du proche aidant.

La perspective de perdre ses repères peut s'avérer particulièrement angoissante pour une personne désorientée comme Mme Béatrice qui vivait depuis des années dans l'appartement de fonction octroyé par la société dans laquelle avait travaillé son mari. Au décès de celui-ci, Mme Béatrice ne pouvait plus rester dans cet appartement mais elle était incapable d'organiser le déménagement, ni même de trier ses affaires. La gestionnaire de cas qui l'a soutenue lors de cette étape explique qu'elle ne pouvait rien jeter, pas même des aliments dont la date de consommation était dépassée. Mme Béatrice cherchait à se raccrocher à tous les éléments susceptibles d'être des repères pour elle, allant même jusqu'à refaire un tri dans la poubelle.

### **Le domicile pour échapper à la maison de retraite**

Si les personnes âgées tiennent autant à rester chez elles, c'est aussi parce qu'elles s'avèrent assez effrayées par l'entrée en institution, alternative qui leur est le plus souvent offerte. Or, la maison de retraite, que les personnes âgées ne différencient pas de l'hôpital (Balard 2010), fait figure de repoussoir.

Cela est sans doute encore plus vrai pour les usagers de la gestion de cas dont nombreux souffrent de troubles cognitifs et/ou psychiatriques.

Mme Germaine, qui a effectué un séjour en maison de retraite suite à une hospitalisation, raconte qu'elle vivait mal la nécessité de se plier au règlement intérieur. Au-delà de la plainte qu'elle exprime sur l'imposition des horaires de repas, sa gardienne d'immeuble, qui fait également office d'aidant ajoute : « *Elle n'avait pas le droit de fumer comme elle voulait, ni manger comme elle veut tandis que là quand elle a une petite faim, elle peut aller se chercher*

*quelque chose. (...) Une fois, elle a mis le feu à la chambre parce qu'elle a voulu cacher les cigarettes. ».*

Outre le sentiment d'une privation de liberté, les usagers expriment également le malaise que leur inspire la présence des autres résidents et plus particulièrement ceux qui sont les plus amoindris, physiquement ou mentalement. Mme Zora raconte :

*« A l'hôpital, on m'a bien respecté mais il y avait des maladies mentales, pas tous mais il en avait quelques uns, ça m'a embêté. Ça m'a fait beaucoup mal au cœur de les voir comme ça. On m'a déplacé (...) j'en avais assez de voir des malades. Une fois, il y a une malade qui est venue dans la nuit chez moi, elle m'a poussée et elle voulait entrer dans le lit. J'ai eu un choc et j'ai commencé à pleurer et j'ai fait ma valise. On m'a changé de chambre mais ce n'est pas agréable. J'étais bien soignée. ».*

Si Mme Zora se plaint de la présence de co-résidents malades mais reconnaît qu'on l'a « respectée » et qu'elle était « bien soignée », ce n'est pas le cas de tous nos informateurs. Mme Berthe insiste beaucoup sur les conflits qui l'opposaient au personnel soignant.

*« La gestion d'un hôpital, c'est pas géré par quelqu'un qui fait de la médecine, c'est géré par quelqu'un qui fait de la gestion donc il fait des économie sur la bouffe. Là où j'étais, c'était sur la bouffe. (...) vous vous rendez compte, je n'avais pas mes dents (son dentier) et ils voulaient que je mange un bifteck qui était dur alors je le refoutais dans (rires) dans la boîte à lettre de la directrice (rires). (...) Il y en avait un, il ne venait que le dimanche pour flirter avec une autre. Un jour, il dit à cette fille née en 1915 : alors Maryse, t'as pas mis ta culotte aujourd'hui ? Je lui ai dis : vous ne pourriez pas la vouvoyer comme tout le monde ? Un jour, je lui ai dis : vous êtes un con ! Je lui ai dis 2 fois. Il m'a attrapé par le bas du dos, il m'a foutu sur le ventre sur le machin, je te fais le coup de la... comment il a dis ça ? d'Alcatraz ! Il m'a foutu une piquouse pour me faire dormir dis donc. ».*

S'il convient de préciser que Mme Bertrand souffre certainement de troubles psychiatriques, sa représentation de l'institution (qu'elle nomme hôpital alors qu'il s'agit d'une maison de retraite) n'en n'est pas moins extrêmement négative. On comprend ainsi ses craintes à la perspective d'une institutionnalisation. L'entrée en institution met fin à la gestion de cas même si le rôle du gestionnaire de cas se poursuit durant les premiers jours voire semaines d'institutionnalisation.



Bien que vivre à domicile soit le choix privilégié par nos informateurs et que l'analyse de leur discours permet de comprendre ce choix, il s'avère que les problématiques auxquelles sont confrontées ces personnes âgées peuvent conduire à rendre la vie au domicile particulièrement complexe.

### **Passage du temps et disparition des « repères humains »**

Pour les personnes âgées, l'avancée en âge s'accompagne de la disparition des pairs d'âge (Clément, 2003). En effet, nos informateurs déplorent le décès des personnes de leur génération et plus particulièrement de leurs amis et de leurs voisins. Concernant ces derniers, bien que beaucoup des usagers vivent depuis de nombreuses années dans le même quartier, la mort des personnes qu'ils ont connues les conduits à se sentir isolés. En outre, Mme Zora et Mme Guillaume expliquent ne pas avoir beaucoup de contact avec leurs jeunes voisins : « *Tout le monde travaille et toutes mes amies sont mortes* » (Mme Zora); « *On ne se voit pas parce qu'ils (les voisins) travaillent, c'est des jeunes* » (Mme Guillaume).

Pour beaucoup des usagers, les visites sont très rares et si quelques uns ne s'en plaignent pas parce qu'ils disent s'être habitués à la solitude, d'autres semblent en souffrir. Mme Zora : « *Jusqu'à maintenant, j'avais une dame (qui venait me voir), une italienne qui vit seule. Maintenant, elle y est plus, elle est partie en Italie parce qu'elle n'a pas de mari et elle n'a pas d'enfant.* ».

Enfin, certaines pathologies telles la démence ou la paranoïa contribuent à isoler les personnes âgées qui en souffrent. C'est le cas de Mme Danielle qui ne veut plus recevoir ses amis et sa famille avec qui elle s'est fâchée : « *Je ne veux plus les voir, ils ne valent pas cher. Ils ne valent pas grand-chose alors qu'ils s'en aillent.* ».

Ainsi que nous l'avons vu, Mme Berthe est en conflit ouvert avec plusieurs de ses voisins. Une grande animosité s'est ainsi développée allant jusqu'à l'échange de menaces.

Alors que le domicile était pour ces personnes un lieu familial où ils pouvaient entretenir des rapports cordiaux avec les voisins, ce lieu devient de plus en plus un refuge où ils s'isolent et se privent de liens sociaux. Pour le gestionnaire de cas, le proche aidant représente un partenaire sur lequel s'appuyer mais qu'il faut savoir ménager et soulager. L'absence de personnes proches sur qui s'appuyer est une difficulté supplémentaire qui crée de multiples obstacles tout au long du travail d'accompagnement.

### **Le domicile comme lieu de conflit ordinaire**

La complexité des situations dans lesquelles se trouvent les usagers peut également conduire à mettre en péril la dimension « refuge » du domicile.

M. Rami est un usager devenu hémiparétique suite à un accident vasculaire cérébral. Il vit avec sa femme et sa fille qui s'impliquent beaucoup dans son accompagnement au quotidien. Sa femme l'aide pour la douche et assure toutes les tâches domestiques, tandis que la fille s'investit beaucoup dans l'organisation des soins et services dont il bénéficie. Cependant, la situation dans laquelle se trouve M. Rami est une source de tension très importante au sein du domicile entre les différents membres de la famille. S'il a été impossible d'interroger M. Rami qui a en partie perdu l'usage de la parole, les entretiens menés avec sa femme et sa fille révèlent l'état conflictuel de l'atmosphère qui règne au domicile :

*« Moi, en tant que sa propre fille, j'ai du mal à le supporter, parfois. (...) non mais il est vraiment invivable quand il s'y met, il faut vraiment le supporter et là, ça devient de plus en plus fréquent. ».* (fille de M. Rami)

Si parmi les usagers, rares sont ceux qui vivent en famille, le « conflit ordinaire » se manifeste également entre la personne âgée et les intervenants professionnels.

Les mots de Mme Marie à l'égard des auxiliaires de vie qui interviennent à son domicile en témoignent : *« j'en ai eu une (auxiliaire de vie) que je n'ai plus pu voir non plus parce qu'elle m'a joué des tours, elle m'a volé une poêle, elle m'a volé ! (...) au début, j'ai donc eu cette bourrique qui m'a mise complètement à plat, qui m'a tordue. ».*

Dans certains cas, les tensions sont telles que cela débouche sur de la violence morale mais également physique comme l'explique la fille d'un usager : *« hier soir quand je suis allé les voir, ils étaient en train de s'engueuler, papa et maman. Je ne sais pas ce qu'il a eu de nouveau papa mais il était en colère contre (prénom de l'auxiliaire de vie), l'auxiliaire de vie. Il ne voulait pas qu'il le change et même envers moi, il me disait : je t'en fous une ! »*

Alors que le domicile devrait faire office de repaire et de lieu de paix pour les personnes âgées, il s'avère qu'il peut également cristalliser les tensions et l'agressivité. En cela le gestionnaire de cas est également un aidant des aidants dans la mesure où son rôle est aussi de prévenir le « burn out » des proches et des professionnels qui sont des acteurs indispensables du maintien au domicile malgré les conflits qui peuvent se faire jour avec les usagers.

### **Le domicile comme source d'inquiétude**

Par ailleurs, le domicile peut également être une source d'inquiétude en soi. C'est le cas notamment pour les personnes menacées d'expulsion. M. et Mme Santo bénéficient de l'accompagnement d'un gestionnaire de cas pour plusieurs raisons. Non seulement Mme Santo est atteinte de la maladie d'Alzheimer mais en plus ce couple présente de nombreux problèmes financiers. Du fait de sa maladie, Mme Santo n'a plus payé le loyer de l'appartement ni les factures d'électricité et de téléphone. Elle a, en outre, contracté de nombreuses dettes que son mari n'a apprises que récemment. De ce fait, le couple est actuellement fortement endetté et menacé d'expulsion.

M. Santo explique qu'il est aujourd'hui très anxieux. Vivre au quotidien avec son épouse s'avère très difficile du fait de la maladie de celle-ci. Il ne peut pas compter sur elle pour l'aider dans les démarches administratives et face aux relances incessantes de leurs différents créanciers. M. Santo :

*« Je crois qu'en accord avec la mairie, ça a été décidé, l'expulsion. On nous a donné jusqu'au 16 mars pour... ça me faisait mal parce que c'était le jour de son anniversaire. Ça fait mal comme cadeau. (...) Je comprends les gens qui ont tendance à se suicider quand ils ont des coups profonds comme ça. Heureusement que je n'ai pas cette tendance malgré tout, il arrive un moment que c'est dur. En plus, je suis sûr que si ma femme n'était pas malade, nous ne serions pas dans cette situation. Il faut que je lutte des 2 côtés. Il faut que j'apprenne à lutter contre sa maladie. Il y a des moments que vraiment si je pouvais disparaître... »*

Pour M. Santo, le domicile est devenu un lieu de souffrance qui matérialise ses angoisses d'expulsion. Il est aussi le lieu auquel il est confronté en permanence à la maladie de sa femme. Lorsque celle-ci quitte le domicile pour aller en accueil de jour, M. Santo en profite pour sortir et s'évader de ce lieu dans lequel son mal être est tangible.

Par ailleurs, le domicile peut également devenir source d'inquiétude pour la personne âgée souffrant de démence. Alors que le domicile devrait être un lieu maîtrisé fait de repères, la maladie peut conduire la personne âgée à perdre la maîtrise qu'elle a de ce lieu. C'est le cas pour M. Charles à qui il arrive de commettre des erreurs au sein de son domicile. Lors de notre rencontre, l'octogénaire avait débranché son frigo sans raison apparente. A l'arrivée de l'auxiliaire de vie, il y avait ainsi une grosse flaque d'eau dans la cuisine et certains aliments étaient décongelés. Au cours de notre entretien M. Charles avouait :

*« Je demande (aux auxiliaires de vie) si je ne fais pas trop de conneries quand même. Oui, parfois, je peux toucher à quelque chose qui... ».*

M. Charles doute de lui et craint les erreurs qu'il pourrait commettre dans son appartement où les intervenants professionnels font en sorte de lui rappeler quasi-quotidiennement où se trouvent ses affaires, voire l'usage des appareils de l'électroménager.

Les gestionnaires de cas reconnaissent qu'une grande partie de leur travail est basée sur l'écoute et le dialogue avec les usagers. Il leur incombe souvent de rassurer leurs interlocuteurs qui se sentent parfois perdus et sans solutions. Pour le gestionnaire de cas, il ne suffit pas de trouver des solutions aux problématiques des usagers, il convient également d'avoir l'adhésion et la confiance de ceux-ci.

### **Agnosie et manifestations extraordinaires au sein du domicile**

Pour certains usagers la perte de maîtrise du logement peut aller encore plus loin, au point d'aller jusqu'à trouver étrange ou inconnus des éléments du mobilier qui sont là pourtant depuis des années. La médecine emploie le terme d'agnosie. Les personnes âgées pouvaient ainsi avancer qu'on leur avait changé leurs casseroles ou leur lit de manière inexplicable. Pour l'une de nos informatrices, ces changements pouvaient même aller au-delà du simple mobilier puisqu'elle ne reconnaissait plus son chien. Cette perte de reconnaissance du mobilier peut souvent expliquer que les personnes âgées se plaignent de vols. Pour Mme Renée, ces problèmes de reconnaissance vont parfois jusqu'à une perte de reconnaissance de la disposition des pièces de la maison. Ainsi, lorsque la personne percevant les loyers venait, elle lui demandait pourquoi on l'avait changé d'appartement et demandait à retrouver son ancien logement. Dans ce cadre, le domicile devient étranger à la personne âgée qui déclare *« ce n'est pas chez moi »* et s'avère source de mal être et d'angoisse.

Au-delà de l'aspect matériel du logement, le domicile peut également être à l'origine de mal être pour l'usager lorsque celui-ci souffre d'hallucinations. C'est le cas de plusieurs personnes âgées en gestion de cas. Parmi les plaintes exprimées par les usagers, on retrouve ainsi celle de l'intrusion d'un étranger dans le domicile. Mme Danielle : *« il y avait un homme qui était là tous les soirs, je vous assure, j'avais peur. Il était là devant la porte de ma chambre et un jour, il est rentré. (...) alors je vais vous dire une tête d'épouvante. (...) Quand j'ai vu sa tête au-dessus de mon lit, ah monsieur, j'ai cru, ah j'ai dis, s'il a un couteau, ben c'est fini. ».*

D'autres personnes se plaignent du comportement étrange de leur voisin en disant que ceux-ci font beaucoup de bruits, crient ou mettent la musique à un volume très élevé. Or, les recoupements effectués prouvent que ça n'est pas le cas, voir même que les voisins étaient absents. La voisine d'une personne se plaignant de ses voisins explique :

*« Elle entendait chanter alors c'était chanter en allemand alors que les voisins sont sénégalais, au-dessus pareil mais les voisins c'étaient des roumains... Mais enfin, ça a commencé comme ça, le bruit toute la nuit, ils font du bruit. C'est là où nous avons quand même mené une enquête avec le concierge, d'aller voir... En plus il faut savoir que Mme est sourde, d'une oreille, elle n'entend plus rien et est appareillé de l'autre. La nuit elle enlève son appareil. On a fait des tests ici aussi sans appareil, on a vu qu'elle n'entendait pas mais elle est venue ici très énervée parce qu'on faisait du bruit exprès. Elle est sourde et ne l'entend pas. ».*

Les problèmes psychocognitifs dont souffrent plusieurs des usagers les conduisent à ne plus se sentir à l'aise ni même en sécurité dans leur logement. Le fait de croire en des bruits incessants, des visiteurs non désirés et même le déplacement d'objets et de meubles engendrent une grande défiance des usagers à l'égard de leur logement. En outre, les proches aidants se révèlent souvent démunis et très inquiets lorsqu'ils sont confrontés à ce type de discours. Là encore, le rôle du gestionnaire de cas implique tout d'abord d'écouter et d'accorder du crédit aux plaintes des usagers et inquiétudes des aidants, puis de « désamorcer » la situation, mais surtout d'apporter des solutions concrètes pour rassurer leurs interlocuteurs.

### **Assurer la continuité du domicile : un enjeu pour le gestionnaire de cas**

Dans le discours des personnes âgées, l'habitat ordinaire est le domicile qui est opposé à la maison de retraite, lieux de vie des « vieux » et des malades. Celui-ci préserve donc de la stigmatisation en permettant d'être « comme tout le monde ». Le lien que la personne âgée entretient avec son domicile apparaît comme un moyen pour elle de réussir son vieillissement. Le domicile préserve les habitudes et l'identité de l'individu. Il contribue à faire qu'il se sente en sécurité.

La notion de continuité, habituellement utilisée pour désigner le rapport qu'entretient l'individu avec le système de soin, est intéressante à mobiliser dans l'analyse du domicile. La fragilité et la complexité des problématiques dont sont victimes les usagers conduisent à

rompre la continuité du domicile. Le domicile apparaît de moins en moins comme cet habitat ordinaire que rien ne remet en question. Au contraire, le domicile peut devenir étranger voire douloureux.

A ce titre, le travail effectué par les gestionnaires de cas du projet PRISMA est aussi de faire en sorte que l'habitat continue d'être ordinaire pour la personne âgée, quand bien même les repères de celle-ci changent. Il s'agit, dans le cadre du plan de services individualisé, de permettre à l'usager de préserver ses repères et/ou d'en trouver de nouveaux en constituant autour de lui un entourage et un environnement qui redeviendront familiers, ordinaires. Le gestionnaire de cas se doit d'être à l'écoute des angoisses et inquiétudes relatives au logement, exprimées par l'usager et ses proches, et d'être en pouvoir de leur proposer des solutions.

Préserver une continuité entre l'usager et son domicile apparaît d'une certaine façon comme un impératif au maintien de l'autonomie au domicile.

#### **9.4. Attentes, besoins exprimés et représentations de la situation par les usagers**

En dépit de la complexité de leurs situations pouvant conduire le domicile à devenir un lieu « douloureux », les usagers manifestent leur volonté de rester chez eux ». Dans cette optique, comment ces usagers et leurs proches évoquent leurs difficultés, leurs besoins et surtout quelle est leur représentation de l'accompagnement qu'ils reçoivent ?

##### 9.4.1.– L'évocation de besoins ponctuels et de plaintes

##### **Les plaintes des usagers : problèmes de santé, douleurs...**

Plus que l'expression des besoins ou des difficultés ressenties, les entretiens menés ont permis de révéler certaines des plaintes des personnes âgées. En effet, le discours des personnes âgées ne s'oriente pas vers une représentation objectivée de leurs besoins liée à la perte d'autonomie, mais plutôt vers une manifestation plus ou moins consciente de l'espoir de recouvrer leurs aptitudes. Dans cette optique, leurs discours s'orientent souvent vers leurs plaintes.

Certains usagers, comme Mme Zora, se plaignent de leur isolement qu'ils évoquent comme un facteur de la dégradation de leur qualité de vie. Mme Zora :

*« En plus là-haut, il y avait des voisins mais maintenant les anciens ont déménagé et il n'y a que des nouveaux que je ne connais même pas. En plus, je ne sors pas et la journée tout le monde travaille. Je ne les connais même pas. Avant j'étais moins malheureuse parce qu'il y avait des personnes de mon âge mais maintenant, c'est tous des jeunes et je ne les connais même pas. Je ne peux compter sur personne parce que tout le monde travaille et toutes mes amies sont mortes. C'était aussi des personnes âgées qui ne pouvaient pas m'aider. J'ai absolument personne. ».*

Si certains usagers nient leurs problèmes, au contraire d'autres (souvent ceux qui se plaignent de solitude) les utiliseront pour capter l'attention de leur interlocuteur. Cela dénote une fois encore le relatif « enfermement » dans lequel se trouvent ces personnes âgées, qui veut que leurs seuls interlocuteurs soient des professionnels, et donc des personnes s'intéressant quasi-exclusivement à leurs problèmes. A ce titre, il convient de préciser qu'à plusieurs reprises au cours des entretiens menés, les usagers ont cru au départ que le chercheur était envoyé par le gestionnaire de cas pour leur tenir compagnie.

Au-delà des plaintes qu'elle exprime vis-à-vis de son isolement, Mme Zora évoque également son affaiblissement physique et sensoriel :

*« Toute la journée, je suis toute seule, descendre, je ne peux pas, je ne peux pas marcher. Même téléphoner, c'est terrible, je peux téléphoner mais je n'entends pas ce qu'on me répond alors vivre comme ça... ».*

Mme Zora se plaint également de douleurs et de ses pathologies : *« Oh, je suis cardiaque, il n'y plus rien, je suis diabétique. (...) J'ai beaucoup beaucoup de maladies. ».*

### **L'expression de besoins « ponctuels »**

Il s'avère très difficile d'amener les usagers à évoquer leurs besoins car leur système de représentations ne correspond pas à une analyse objectivée de leur situation globale, telle que peut le faire le gestionnaire de cas. Les personnes âgées s'expriment sur des besoins très ponctuels, difficiles à intégrer dans le cadre d'un plan de services individualisé. Ainsi, alors que l'évaluation effectuée par le gestionnaire de cas pourra se focaliser sur l'organisation de l'aide à la toilette, des soins infirmiers ou encore du portage des repas, l'utilisateur exprimera quant à lui un besoin impératif à l'instant « t » mais qui ne correspond pas à un service organisé. C'est dans ce type de situation que se révèle la limite de la flexibilité du plan de services individualisé.

Les besoins exprimés par les personnes âgées s'expriment au quotidien et ne sont pas toujours prévisibles. Il est difficile de les anticiper et ce qui compte pour la personne âgée est qu'on y réponde rapidement, ce qui là encore s'avère difficilement réalisable.

Lors de la prise de contact téléphonique entre le chercheur et Mme Danielle, la dimension ponctuelle du besoin s'est révélée immédiatement. Alors que le chercheur était en train de se présenter, il s'est vu répondre : *« Monsieur, j'ai besoin du numéro de téléphone de la pharmacie (nom de la pharmacie de quartier), vous pouvez me le donner ? ».* A cet instant peu important pour l'utilisateur l'identité de son interlocuteur ou sa fonction, seule comptait l'information demandée.

Les entretiens menés par la suite ont mis en évidence le même type de logique dans l'expression des besoins des usagers. Mme Berthe, interrogée sur ses besoins, répondait en évoquant ce qui est plus de l'ordre du désir : *« Je voulais ressortir parce que j'en avais marre d'être enfermée. (...) A l'époque, il y avait Vergès, vous savez l'avocat qui faisait une pièce de théâtre au théâtre Sacha Guitry à la Madeleine. Je me dis tiens, ça va me faire marrer. ».*



Cet exemple illustre la manière qu'ont les usagers de se focaliser, non pas sur leur problème de mobilité, mais sur une restriction d'activité précise dans un contexte particulier.

Dans un autre registre, il est possible de produire sensiblement la même analyse des propos de Mme Zora, qui explique que cela fait plusieurs jours qu'elle souhaite téléphoner à l'hôpital « *J'ai mal à un œil et il faut que je me soigne, il faut faire un fond d'œil. Il faut que je téléphone à (nom de l'hôpital), vous avez le téléphone de cet hôpital ? (...) J'ai besoin maintenant de téléphoner maintenant pour me faire un fond d'œil. J'ai des besoins comme ça.* ».

Mme Zora souhaite prendre un rendez-vous médical, ce qu'elle ne peut pas faire à cause d'une surdité quasi-totale.

Tels sont les besoins qui sont exprimés par les personnes âgées. Ils sont difficilement planifiables car ils émergent spontanément au gré de leurs envies. Cette expression des besoins va même parfois l'encontre de toute planification. Ainsi, l'une des usagères expliquait qu'il y avait une auxiliaire de vie chargée de lui faire les courses 2 fois par semaine, mais qu'elle demandait souvent à sa voisine de lui ramener des aliments lorsqu'elle allait au supermarché.

De manière générale, les personnes âgées ont beaucoup de difficulté à accepter l'aspect figé que peut revêtir une planification de l'aide et revendiquent une gestion plus flexible de leurs besoins. Ainsi, elles peuvent souhaiter être aidées ponctuellement pour faire le ménage sachant qu'elles vont recevoir la visite de proches, mais refuser la venue régulière d'une auxiliaire de vie, ou encore accepter qu'on leur porte exceptionnellement un repas mais ne pas vouloir être engagées dans un portage de repas quotidien...

#### 9.4.2 Le mirage d'une situation sous contrôle

En dépit de leurs plaintes sur leur état de santé et de l'expression de besoins ponctuels non comblés, les usagers, au moment de leur entrée en gestion de cas, avaient souvent le sentiment de contrôler la situation. Le signalement d'une situation au service de gestion de cas provenait toujours d'un autre professionnel, même si on peut supposer qu'une meilleure visibilité du service aurait pu amener des proches aidants à se manifester. En revanche, l'analyse des

entretiens rend idée d'un « auto-signallement » impensable pour ce qui concerne les usagers de la gestion de cas « actuels ».

### **« Tout va bien, je n'ai pas de problème »**

Ainsi que nous l'avons évoqué, les représentations que produisent les usagers de leur situation sont souvent très éloignées de celles qu'en font les professionnels.

Pour « faire bonne figure » (Goffmann) et échapper à la stigmatisation face à celui qui s'enquiert de leurs situations, ils développent une forme de coping<sup>51</sup> en disant : « Tout va bien, je n'ai pas de problème, je fais (suis) comme tout le monde ».

Il n'y a qu'en ciblant les questions directement sur les problèmes de santé ou autres, connus du chercheur par l'intermédiaire du gestionnaire de cas, que les individus reconnaissent ces difficultés tout en cherchant néanmoins à les minimiser.

### **« On s'en sort bien » : l'accompagnement du proche aidant exprimé par l'utilisateur**

Si toutes les personnes âgées en situation complexe ne se sentent pas obligatoirement désemparées, c'est parce que certaines d'entre elles bénéficient d'un soutien informel considérable. Symboliquement, l'aide informelle n'a pas le même poids sur l'image de soi et sur le sentiment de maîtriser sa vie que l'aide professionnelle. D'une part, parce que les personnes âgées qui en bénéficient, peuvent aisément la minimiser, mais plus encore se la représenter, l'interpréter à leur avantage. D'autre part, elles présentent l'aide apportée par un proche comme plus flexible, plus fiable et mieux adaptée à leur situation et à leur condition.

Pour illustrer cela, nous prendrons l'exemple de deux usagers assez similaires, Mme Gisèle et Mme Hélène. Toutes deux se trouvent dans un état de santé très dégradé. Toutes deux souffrent de problèmes mentaux et sont très affaiblies physiquement. Mme Gisèle ne peut plus sortir de son appartement tandis que Mme Hélène est confinée au lit et ne se lève qu'avec l'aide d'un tiers. Pourtant, l'une et l'autre ne considèrent pas que l'intervention de professionnels auprès d'elles soit indispensable parce qu'elles bénéficient d'un accompagnement très important de la part de leur gardienne d'immeuble. L'observation et les entretiens réalisés révèlent la manière dont s'est accru l'investissement de ces aidantes auprès des personnes âgées. La gardienne de Mme Hélène : « *Moi, il y a 3 ans vraiment que je vais chez elle parce qu'il y a 3 ans, je l'accompagnais encore sur le marché. Il y a 3 ans en*

---

<sup>51</sup> Le coping désigne le mécanisme d'adaptation par lequel un individu cherche à s'adapter à une situation problématique.

*arrière, elle allait encore faire son marché une fois par semaine. Ça fait un an et demi, 2 ans qu'elle reste allongée, qu'elle ne sort plus du tout. ».*

Progressivement, le rôle de la gardienne auprès de Mme Hélène est passé de celui de « présence » à celui d'aidante. S'il y a 3 ans, la gardienne accompagnait Mme Hélène pour faire ses courses, aujourd'hui, elle doit non seulement conduire les intervenants chez Mme Hélène, mais également les remplacer lorsque celle-ci refuse leur aide ou que ceux-ci n'accomplissent pas les tâches prévues. Ainsi, il lui arrive de faire le ménage chez Mme Hélène, de lui préparer à manger mais aussi de lui refaire son pansement ou de la mettre sur la chaise percée, de la changer. *« Non, c'est nous qu'on la change, qu'on la rafraichit... pourtant, c'est marqué sur le papier et moi je l'ai dit à l'infirmière et c'est bien marqué sur le papier : toilette au lit. ».*

A ce titre, la gardienne est la seule personne en qui Mme Hélène ait véritablement confiance, elle la désigne comme son amie, (qualificatif que ne reprend par la gardienne à son égard) : *« C'est amie (nom de la gardienne). Je l'appelle amie (nom de la gardienne) parce que sans elle, je serai morte. Elle s'est occupée de moi dès le départ et c'est pour cela que je l'appelle amie (nom de la gardienne) ».*

La relation entre Mme Gisèle et sa gardienne fait état de liens encore plus ténus entre les deux femmes. Lorsque Mme Gisèle parle de sa gardienne, elle le fait comme elle le ferait de sa fille ou d'un membre de la famille. Cela va même plus loin dans la mesure où Mme Gisèle associe complètement sa gardienne à sa vie. Ainsi, dans son discours, le pronom « on », qui désigne les deux femmes remplace très souvent le « je ». Lorsqu'elle parle de la venue de son fils Mme Gisèle dit : *« en principe, on devrait le voir toute les semaines »* comme si sa gardienne attendait elle-aussi la venue du fils. Ce « on » est également utilisé pour mettre en avant la complicité voulue par Mme Gisèle : *« On n'est pas vieux ! On n'est pas seul. (...) On parle toutes les deux, je lui raconte ma vie, je lui parle de mes enfants. Ah mais c'est une amie, ce n'est pas juste une concierge. (Des amis) Comme elle ? Non, ah non, je n'ai qu'elle ! ».*

Mme Gisèle se plaît à nommer sa gardienne « ma chérie », renforçant encore l'idée d'un lien affectif plutôt qu'une relation d'aide.

Pour Mmes Gisèle et Hélène, la gardienne est l'aidant par excellence pour plusieurs raisons. La gardienne est une personne qu'il est possible de présenter comme une amie, que l'on

choisit de recevoir, avec qui l'on discute. Lui conférer ce rôle permet de minorer l'aide qu'elle apporte. Dans le discours des personnes âgées, le proche aidant vient avant tout pour discuter, parce qu'il se plaît en leur compagnie. L'aide apportée est alors présentée sous la forme d'une entraide entre amies. Ce rapport est aussi un moyen de pression pour la personne âgée envers la gardienne. En jouant sur le registre affectif, la personne âgée pourra se permettre de refuser certaines choses ou d'en imposer d'autres ; une attitude qu'il est plus difficile à tenir avec les professionnels. La gardienne de Mme Hélène : *« c'est vrai que des fois, elle m'appelle au téléphone, elle est en larme, je vous en supplie, venez... et quand j'arrive, c'est juste pour border ses pieds, sa couette. Je dis, il y a des moments où elle fait quand même un peu de cinéma et elle sait que je vais courir. »*.

Le proche aidant apparaît pour ces informatrices comme la personne qui leur donnera la priorité, auprès de qui elles ne seront pas un patient parmi d'autres mais un individu qui peut faire valoir son avis. Pour nos deux informatrices, la gardienne est la personne de confiance mais plus encore, elle se trouve parfois presque cantonnée dans un rôle de servante. Cette relation dissymétrique à l'avantage de la personne âgée semble convenir à Mme Gisèle : *« Elle sait me faire plaisir. Elle m'amène mon café. Enfin, bref, j'allais dire elle me gâte mais si c'est ça. »*.

Le proche aidant offre donc, à la différence du professionnel (nous y reviendrons), une plus grande flexibilité, la possibilité de négociation et l'existence d'une relation où l'affectivité peut être plus aisément mobilisée par la personne âgée.

De manière générale, les usagers de la gestion de cas, manifestent leur besoin de reconnaissance, de se mettre en scène en tant que personne « valable ». La relation avec des aidants non professionnels le leur permet.

### **La position des proches aidants**

- De la compagnie à l'accompagnement :

Les entretiens révèlent fréquemment que le proche aidant est entré dans la relation d'aide progressivement. A ce titre, il est souvent difficile pour l'aidant, et *a fortiori*, pour l'aidé, de dire quand a commencé l'accompagnement, ou même d'établir une frontière entre ce qui tient de la compagnie et ce qui tient de l'accompagnement. La relation d'aide n'est jamais pensée au départ et lorsqu'elle se met en place, les limites du rôle de l'aidant ne sont pas clairement

établies. Lorsqu'elles le sont, il est fréquent qu'elles soient transgressées pour des raisons « d'urgence ». Ainsi, un aidant, qui s'était fixé de se cantonner à un rôle de soutien moral mais de ne pas intervenir en actes, pourra à l'occasion accepter de « faire les courses » pour l'aidé. La fille de M. Rami s'était, quant à elle, fixée une limite de « pudeur » par rapport à son père en accord tacite avec lui et sa mère. Cependant, son père s'étant souillé en absence de sa mère, la fille a accepté de lui donner la douche.

De manière générale, la relation d'aide et l'investissement de l'aidant s'amplifient à mesure que l'affaiblissement de la personne aidée augmente. L'aidant se retrouve alors à accomplir des tâches qu'il n'aurait jamais pensé devoir faire. Cependant, c'est souvent l'ancienneté de la relation entre les deux personnes qui rend l'aidant plus à même de s'investir toujours plus dans la relation d'aide, quand bien même celui-ci constate qu'il n'a pas de raison de le faire. C'est ainsi que la voisine de Mme Renée disait : *« J'ai fait cette erreur de lui porter la soupe parce que ce n'est pas ma famille, je la connais ni d'Eve ni d'Adam, puis ça pris une ampleur... »*.

Certains aidants peuvent trouver du sens à ce rôle. On constate à ce titre des similarités entre les aidants de ce type. La gardienne de Mme Gisèle comme les voisines de Mme Renée sont loin de leurs familles et semblent trouver dans leur rôle d'aidante, un rôle familial qu'elles n'ont pu tenir avec leurs parents. La voisine de Mme Renée :

*« C'est parce qu'on le veut bien, elle nous doit rien et on lui doit rien, on le fait parce qu'on l'aime, c'est tout. Mais je ne recommencerais pas parce que si je pouvais, je le ferais déjà chez ma mère à Montbéliard. Tout ce que je fais, je pourrai le faire là-bas parce qu'elle a besoin de moi mais je ne peux pas y aller... »*.

La gardienne de Mme Gisèle, originaire des pays de l'Est, a trouvé dans son rôle le moyen de reproduire un modèle familial lui faisant défaut :

*« Moi j'avais une grand-mère, je n'ai pas eu la chance d'être à côté d'elle, de prendre soin d'elle parce qu'on est parti de là-bas. Pour moi, c'était comme un échange, tout ce que je n'ai pas pu donner à ma grand-mère, je l'ai donné à Mme Gisèle. J'ai grandi dans ce...tempérament...comment on dit ? Mes parents ont gardé le tonton de mon grand-père, après, il y avait la maman de mon grand père, mes grands-parents, tout ça, c'était à la campagne, là-bas, il n'y a pas de maison de retraite ou d'hôpital, tout ça. »*

Le type de relation aidant/aidé décrit par la gardienne de Mme Gisèle est similaire à celui qu'en produisent généralement les personnes âgées. En effet, la dimension relationnelle, affective domine la relation d'aide qui, dès lors, ne peut plus être analysée sous un angle dissymétrique, avec d'un côté le donneur et de l'autre le receveur. La gardienne explique au contraire qu'elle trouvait elle-aussi une forme de réconfort dans cette relation.

*« C'était... à chaque fois que je n'allais pas bien, comme on dit, quand j'avais le cafard, je montais la voir, je lui disais des choses, je lui demandais son avis pour tout... même personnel. (...) Moi, je l'aimais comme elle est. On parlait de tout et elle était discrète, elle n'en parlait pas aux autres locataires. Et souvent, quand elle me donnait son avis, elle avait raison. Je lui disais des choses très personnelles. Ce n'est pas quelqu'un qui en parlait à tout le monde. Je ne la changerai pas, pour rien si je pouvais. ».*

Ainsi, confrontée à l'affaiblissement physique mais surtout mental de Mme Gisèle, la gardienne a fortement accrue son rôle d'aidant, envisageant en concertation avec le gestionnaire de cas et le fils de Mme Gisèle de passer d'un accompagnement de gré à gré à une aide formelle rémunérée.

- Ambivalence de la relation d'aide :

Si le cas de la gardienne de Mme Gisèle représente plus certainement une exception parmi nos informateurs, il a été fréquent de constater une forme d'ambivalence dans la relation d'aide. Dans la définition qu'ils produisent de la relation d'aide, le discours des proches aidants oscille en permanence entre normal et exceptionnel, entre devoir moral et libre choix ainsi qu'entre plaisir et dégoût.

Les propos de la voisine de Mme Renée illustrent cette ambiguïté :

*« Je me suis laissé là-dedans et puis je l'aime cette petite grand-mère, elle est vraiment gentille mais des fois, elle me fait pleurer parce qu'elle est méchante. (...) On met la table et puis là, je dis, c'est l'heure, il faut que j'y aille, c'est la mémé. (...) Je le fais parce que je le veux bien et parce que je l'aime, c'est tout, c'est tout simple. (...) je serai toujours là pour elle mais disons que je suis obligée de lâcher du lest. (...) Alors elle veut, rien, elle ne veut pas manger. Et puis, c'est pénible. (...) je ne recommencerai pas... elle m'a fait mal au cœur des fois mais on s'est pris la tête une fois et je lui ai dit que si elle continuait, je ne venais plus. (...) Maintenant, on n'est que des bénévoles, c'est bien qu'on soit là pour elle mais tout le monde n'a pas ça. (...) C'est pas de la chance, on le fait de bon cœur, c'est elle mais ça pourrait être quelqu'un d'autre. ».*

Le concept d'ambivalence de la relation d'aide peut également être mobilisé dans l'identité sociale de l'aidant. En effet, les proches aidants que nous avons rencontré s'avèrent souvent être eux-mêmes un public fragile. C'est le cas de la voisine de Mme Renée qui souffre de problème de santé la conduisant à des hospitalisations fréquentes. C'était aussi le cas de la voisine de M. Guy qui est elle-même une personne âgée. Elle explique : *« je me suis occupé beaucoup à une époque où il n'y avait personne. Et puis après, quand il y a eu du monde, j'ai laissé tomber parce que je ne peux pas... Quand même à 82 ans, là, je rentre à l'hôpital la semaine prochaine pour remplacer un bout de prothèse de hanche. »*

Bien que ces personnes ne l'aient pas explicitement exprimé, l'aide qu'elles apportent à l'utilisateur semble parfois représenter un moyen pour elles d'échapper momentanément à leurs propres difficultés. Néanmoins ces personnes font état de moments de saturation et de la volonté de sortir de cette relation d'aide.

#### - L'épuisement des aidants

Si les personnes âgées ont tendance à minimiser l'investissement de leur proche aidant et tentent de présenter la relation qui les lie sous l'angle de la compagnie et de l'amitié, le discours des aidants est beaucoup plus focalisé sur l'aide apportée et ce qui leur en coûte.

Dans ce cadre, ce sont les aidants familiaux qui font montre du plus grand épuisement. Les aidants, dont on sait qu'il s'agit le plus souvent d'aidantes (Cozette, 1999), filles et épouses, vivent très douloureusement la relation d'aide. A la différence des voisins ou amis, il est fréquent qu'ils cohabitent avec la personne en situation complexe.

C'est le cas de la femme et de la fille de M. Rami.

La fille explique : *« Ma mère avait eu un souci de migraine donc elle a été hospitalisée une semaine. Ça allait un petit peu mieux mais là, vu que mon père recommence à nous faire passer des nuits blanches et à être très très insupportable. (...) quand il s'y met, c'est une catastrophe. (...) j'ai dû me mettre en arrêt de travail. (...) là, j'ai demandé à son médecin de la mettre sous calmants parce qu'elle fait souvent des crises de nerfs. Ah, mais il est parfois très méchant, (...) il est vraiment invivable quand il s'y met, il faut vraiment le supporter et là, ça devient de plus en plus fréquent. (...) Elle était à bout, elle pleurait. »*

Nous avons déjà évoqué plus haut le cas de M. Santo qui témoignait de l'épuisement émotionnel qu'il ressent face à la maladie de sa femme.

*« Il faut que j'apprenne à lutter contre sa maladie. Il y a des moments que vraiment si je pouvais disparaître (...) En ce moment, dans cette période là, quand elle fait quelque chose, je ne dis pas que ça m'horripile mais... c'est dur. En même temps, je me pose la question, est-ce que tu as conscience du temps que je souffre. Tu n'as pas conscience de ça... mais elle ne me répond pas puisqu'elle n'en n'a pas. ».*

L'épuisement exprimé par les proches se manifeste aussi chez ceux qui ne vivent pas auprès d'eux. C'est le cas de la fille de M. et Mme Verne, un couple d'usagers dont le mari est lourdement handicapé et l'épouse atteinte de la maladie d'Alzheimer. Elle explique :

*« Les assistantes sociales ont commencé justement à me parler de faire des demandes de placement. Moi, déjà, là, j'étais dans un état. Nous déjà, on avait fait quelques demandes, c'est surtout (inaudible) parce que moi j'étais incapable de le faire, j'étais dans un état...et là, je sens que c'est reparti, je sens que je suis retombé dans cet état là, il va falloir que je fasse quelque chose. (...) Là, ce n'est même plus de la fatigue, c'est de l'épuisement. Je n'arrive même plus à dormir comme il faut. Je n'ai plus d'appétit. ».*

Il arrive néanmoins que confrontés à la complexité de la situation de leurs parents, certains enfants refusent d'entrer dans la relation d'aide. Cela se manifeste notamment dans le cadre de conflits familiaux anciens qui resurgissent. Notre informatrice explique la position de son frère : *« En fait, il ne veut rien savoir. (...)il m'a sorti qu'il avait vu un avocat et qu'il n'est plus leur fils. ».*

Outre ces cas particuliers, les entretiens révèlent une différence majeure entre les proches aidant liés familialement avec les usagers et ceux qui sont entrés dans la relation de manière « accidentelle ». Les seconds semblent avoir une capacité plus grande à poser de limites à leur investissement même s'ils les transgressent par la suite. C'est ce que montrent les propos de la gardienne de Mme Hélène :

*« On la mettait sur la chaise percée et là, elle n'a même plus la force. Et là, la fois qu'elle est rentrée de l'hôpital, une fois qu'on a essayé de la mettre sur la chaise. Les filles voyant qu'elle était faible n'ont pas insisté pour la mettre sur le fauteuil. Je ne vous dis pas le cinéma que moi j'ai eu parce qu'elle a insisté pour que je la mette dessus. Elle y mettait les mains... Là, non, j'ai dit : Mme Hélène, là non. Puis après, elle me disait : aidez-moi. Je lui disais : non, Mme Hélène, je ne vous aiderai pas parce que là, ça va trop loin. ».*



## 9.5. Absences de solutions et échec du système

Qu'il s'agisse des proches aidants ou des personnes âgées, tous nous informateurs s'accordent à dénoncer la complexité et le dysfonctionnement du système censé apporter des réponses à leurs besoins et difficultés. Le discours des personnes âgées et celui des aidants diffèrent en revanche sur les éléments qu'ils jugent problématiques.

### 9.5.1. « Il n'y a pas de solution »

L'absence de solution est un constat commun aux personnes âgées et à leurs aidants mais le « vide » ressenti ne porte pas sur les mêmes éléments que l'on soit usager ou proche aidant.

Lorsqu'elle est exprimée par les personnes âgées, l'absence de solution se focalise principalement sur les pertes liées à l'âge. Ainsi, les usagers pourront expliquer que leurs difficultés sont « normales » au sens de communes à toutes les personnes âgées et/ou qu'elles sont irréversibles ; on ne peut rien faire contre la surdité ou un problème de santé.

Mme Zora : « *En vieillissant, ça s'aggrave, tous les jours il y a autre chose.* ». Au cours de l'entretien, elle explique souffrir de douleurs, souffrir de la solitude mais certifie qu'on « *ne peut rien faire* ». Le discours de Mme Guillaume est sensiblement le même dans la mesure où elle impute toutes ses difficultés à son âge : « *Il y a l'âge qui est là quand même, 86 ans, des fois, je me dis, ce n'est pas possible que je sois arrivée à 86 ans.* »

Comme nous l'avons vu, le fait que les usagers considèrent que leurs principaux problèmes sont des problèmes de santé, qu'ils assimilent à l'âge, ils estiment qu'« *il n'y a rien à y faire* » comme le dit M. Gérard : « *ben les jambes sont fragiles. L'âge est là quand même, 80 ans. Non, c'est la faiblesse, quoi, c'est tout.* ».

Lorsque les proches évoquent l'absence de solutions, ils expriment leur désarroi face à la situation complexe qui touche la personne âgée. C'est le cas de la fille de M. et Mme Verne qui, rencontrée avant son premier rendez-vous avec la gestionnaire de cas, s'avoue désemparée face à la situation dans laquelle se trouve ses parents :

« *Mes parents sont donc à domicile avec des aides, dont l'APA. J'ai essayé de retarder au maximum le placement parce que financièrement, c'est vrai que c'est un problème 2 placements. Bon, maintenant, la situation est telle qu'il faut qu'on ré-envisage le placement...(...) moi, j'aurais préféré qu'ils puissent rester (à domicile) mais bon moi-même je ne sais pas, je n'arrive plus à savoir si c'est possible ou pas.* ».

Au moment de l'entrée en gestion de cas, il est fréquent que les proches aidants considèrent qu'il n'y a pas de solution aux difficultés rencontrées hormis le placement en maison de retraite.

### 9.5.2. La complexité du système

Si nos informateurs considèrent qu'il n'y a pas de solution, c'est parce qu'ils sont confrontés à un système qu'ils jugent trop complexe.

Pour les personnes âgées, la complexité du système est multiple. La très grande majorité d'entre eux s'avèrent être complètement ignorants de ce à quoi ils ont droit et même de ce dont ils bénéficient. Ils sont incapables de dire ce qu'ils paient, ce qui leur est remboursé, de ce qui ne l'est pas. Les représentations qu'ils produisent des intervenants sont marquées par un flou très important. Ils confondent non seulement les fonctions (infirmière, auxiliaire de vie, assistante sociale...) mais aussi les institutions dont proviennent ces intervenants.

Mme Berthe : *« un jour, elle (l'assistante sociale) m'a dit : vous avez droit à l'APA. Qu'est-ce que c'est que ça ? Moi, j'en savais rien. (...) Donc un jour, je reçois 2 personnes de l'APA qui dépendent de la DDASS et qui me disent, vous avez droit...et je comprenais rien parce qu'ils avaient des beaux papiers à entête de l'état. Vous avez droit à ça. Alors je comprenais qu'on me donnait de l'argent alors qu'on m'en prenait, je ne comprenais rien et finalement j'ai compris que j'avais droit en fonction de mes revenus après 7 ou 8 lettres que, je peux vous ressortir le dossier, que j'avais droit à 72 euros. Et alors tout d'un coup, ils se sont réveillés et j'ai vu arrivé quelqu'un de (nom de l'institution). Je sais pas comment elle... si c'est par (nom de l'institution), si c'est par la sécu. ».*

Face à cette complexité, il est fréquent que les personnes âgées cherchent des solutions parallèles par leurs propres moyens. C'est le cas de Mme Danielle qui « emploie » plusieurs intervenants chez elle de manière non déclarée. Elle va même jusqu'à expliquer que c'est son médecin qui l'a momentanément orienté vers cette solution :

*« Le Dr (nom du médecin) me dit : je vais vous demander un gros sacrifice. Quand je suis rentrée au domicile que j'ai quitté... alors il me dit : vous savez, pendant 15 jours, il va falloir que vous la payez au noir et vous savez combien elle me demandait et ça, il le sait le docteur (nom du docteur), 500 euros par semaine. ».*

Si le flou est moins grand pour les proches aidants, ceux-ci reconnaissent néanmoins que les choses ne sont pas claires pour eux non plus, quand bien même ils se sont chargés d'organiser

l'accompagnement. La fille de M. et Mme Verne : *« Il y a quelqu'un pour le ménage aussi, je crois que c'est 2 fois par semaine. Alors là-aussi, je n'ai pas très bien compris parce qu'à un moment, il y a une personne qui a été rajouté le mercredi, qui venait à 15 heures je crois. Je ne sais pas si elle faisait 2 heures et cette personne ne vient plus. Je n'ai pas très bien compris. (...) c'est moi qui essaie de tout mettre en place à l'aide de l'assistance sociale. »*

Le discours des proches révèle assez clairement la fragmentation du système et l'absence de coordination. La fille de M. et Mme Verne :

*« Bon, pour les week end, il va falloir que je revois aussi. Il y a des choses qui... le week end, il y a souvent des petits problèmes. D'ailleurs, je l'ai noté dans le cahier la dernière fois, j'étais tellement énervée. Ben, c'est le fameux samedi où j'ai été refaire des clés pour en donner un petit peu à tout le monde. J'en avais déjà donné au personnel de l'APA. J'ai dû en refaire et quand je suis revenue, maman me voit et elle me dit : oui, elle ne s'est pas occupée de papa, elle a réchauffé le repas mais... après la toilette, il n'avait pas sa douche. J'étais tellement énervée que j'ai dit : bon, je vais m'en occuper mais je l'ai noté dans le cahier. C'est pour cela, il va falloir que je revois parce qu'à un moment, elle a dit à un moment : je n'ai qu'une demi-heure, je n'ai qu'une demi-heure. »*

A travers la narration des difficultés qu'ils rencontrent, les proches dénoncent souvent un système qu'ils perçoivent comme absurde et dysfonctionnant. C'est sans doute le cas de la famille Rami qui l'illustre le plus. Hémiplégique et diabétique, M. Rami a besoin d'aide à la toilette, de kinésithérapie et d'une piqure d'insuline deux fois par jour. Sa fille travaille loin du domicile familial et sa femme présente de nombreux signes d'épuisement (douleurs de dos, dépression etc.). La fille explique que les infirmiers qui font l'injection d'insuline ne peuvent pas effectuer la toilette de M. Rami. En attendant qu'elle trouve un infirmier qui puisse la faire, c'est Mme Rami qui s'en chargeait et s'épuisait à cette tâche. Lorsqu'après plusieurs semaines de recherche, une infirmière acceptant de faire la toilette a été trouvée, celle-ci ne pouvait pas venir avant 11 heures du matin mais souvent bien plus tard. Mme Rami a refusé cette solution au motif qu'une toilette à ces heures n'a plus lieu d'être.

*« Oui, c'est trop tard à 11 heures parce que l'infirmière l'a réveillée le matin, il (son mari) ne peut pas rester... comme ça jusqu'à 11 heures. J'ai organisé la toilette et j'ai fait moi-même, mais moi, je peux pas parce que j'ai moi-même un problème de santé, je suis pas bien parce que j'ai un problème de dos, j'ai un problème de coude. »*

Afin de « souffler », mère et fille se sont mises en quête d'un accueil de jour avant de se heurter là-aussi à une forme de fragmentation. Le premier accueil de jour a refusé M. Rami au prétexte qu'il était spécialisé pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer mais ne pouvait accueillir une personne avec un handicap physique lourd. Le second a refusé pour la raison inverse en disant qu'il pouvait accueillir les personnes handicapées mais pas M. Rami car celui-ci ne « sait » plus parler français depuis son AVC, ce qui pose des problèmes de prise en charge pour le personnel. Par la suite, les démarches menées par la gestionnaire de cas ont permis de trouver un accueil de jour pour M. Rami. Cependant, l'accès à l'accueil de jour impliquait la perte de l'intervention du kinésithérapeute. En effet, celui-ci ne pouvait venir chez M. Rami que les jours où il était en accueil de jour...

Certains, comme Mme Berthe, dénoncent également l'absence d'encadrement au moment du retour à domicile : *« Vous ne connaissez pas le milieu hospitalier. Non parce que je vous assure, il faut se les faire. Le métier est bien, ça dépend des gens comme dans n'importe quelle corporation. Mais alors, pour vous ramener chez vous, alors démerdez-vous... c'est vous c'est votre problème, il faudrait des gens pour rapatrier les gens... »*.

Par ailleurs, ce n'est pas seulement le système sanitaire et social destiné à la prise en charge que critiquent usagers et proches aidants mais aussi l'administration en général. Ainsi, la fille de M. Rami explique qu'elle avait fait une demande de relogement à la mairie pour avoir un appartement plus grand et plus conforme au handicap de son père, et le seul qu'on lui a proposé était plus petit, moins fonctionnel pour un loyer plus cher. La fille de M. Rami ainsi que Mme Berthe ont également expliqué qu'elles avaient reçues des chèques CESU sans savoir à quoi cela correspondait ni comment les utiliser.

Face à ce type de difficultés, les proches des usagers développent une réelle défiance à l'égard du système qui apparaît toujours inapproprié à leur cas. Ceci a pour effet de les démotiver dans leur démarche et de se replier sur des solutions familiales peu satisfaisantes.

### 9.5.3. « ça ne sert à rien »

Au moment de l'entrée en gestion de cas, la plupart des usagers bénéficiaient déjà de nombreuses aides. Cependant, leurs représentations de ces aides sont parfois très négatives. Nombreux sont les usagers qui expliquent comme M. Ming que « ça ne sert à rien ». Ce type de reproches s'oriente souvent d'ailleurs vers le portage de repas que nos informateurs expliquent être inutile parce qu'ils ne mangent pas la nourriture qui leur est apportée. M. Ming :

*« Elle veut que je commande à manger mais moi, toujours il faut manger et toujours il faut jeter...Et ça, je ne veux pas le faire à chaque fois de donner au chien en bas. ».*

La voisine de Mme Renée confirme également que celle-ci jette systématiquement les repas qu'on lui apporte : *« Je vais voir si elle aime ce qu'elle a et elle me dit que ça, elle ne veut pas et avant que j'arrive, c'est déjà dans la poubelle. ».*

Cette dénonciation d'aides perçues comme inutiles ne se limite pas aux portages des repas mais peut également s'exprimer envers la présence d'une infirmière qui vient pour apporter les médicaments ou d'une personne venant pour le ménage. Ainsi que nous l'avons déjà évoqué, M. Ming déplorait la venue d'une auxiliaire de vie à midi s'assurer que celui-ci mange suffisamment et correctement.

Certains comme Mme Danielle vont parfois même jusqu'à expliquer que l'aide reçue leur étant inutile, il est préférable qu'elle bénéficie à quelqu'un d'autre.

#### 9.5.4. L'incompétence des intervenants

Enfin, ce qui est le plus souvent mentionné par les usagers, personnes âgées et leurs proches est l'incompétence des intervenants. Cette tendance s'explique par l'importance majeure que revêt la personnification de l'aide et du soin que produisent les usagers. Ainsi, lorsqu'il y a un dysfonctionnement et insatisfaction, les critiques s'orientent très souvent envers les intervenants de première ligne. Parmi eux, les auxiliaires de vie, qui sont à la fois les plus présents et les moins qualifiés, sont, de fait, les plus décriés.

Les auxiliaires de vie sont majoritairement assimilées à des « femmes de ménage » pour les personnes âgées qui les cantonnent à ce rôle et nient la compagnie voire l'accompagnement qu'elles peuvent représenter pour eux. Ainsi, nos informateurs les jugent avant tout sur leur aptitude à réaliser le ménage en conformité avec leurs attentes. Mme Zora, qui se plaint de solitude, refuse pourtant de dialoguer avec les auxiliaires de vie au prétexte que *« Je suis sourde et si elles commencent à écrire, à écrire, il ne reste pas assez de temps, elles font rien. ».*

Cette idée est partagée par la plupart des personnes âgées qui refusent l'idée que la compagnie puisse être quelque chose de monnayable.

Évalués sur leur manière d'effectuer les tâches ménagères et les repas en conformité avec les attentes de l'utilisateur, les auxiliaires de vie sont presque toujours jugées comme peu compétentes voire même souvent nonchalantes ou paresseuses. Mme Zora : « *La femme de ménage, je viens de commencer. Vous savez, ce n'est pas terrible. Les femmes de ménage, elle se croit maintenant quelqu'un d'important. Quand elles doivent faire une heure et demie, elles font une heure. Et puis, elle regarde toujours la montre.* ».

Mme Zora se plaint également que certaines des auxiliaires de vie sont des personnes âgées et/ou fatiguées et donc peu capables d'effectuer les tâches qui leur sont dévolues : « *Cette vieille bonne femme noire, elle a arrêté ses travaux et elle s'est assise pour se reposer, elle n'en pouvait plus. Alors je l'ai renvoyé et je n'étais pas contente. (...) Pour eux, c'est une affaire.* »

Au-delà de l'incompétence que les usagers reprochent aux intervenants, il est fréquent qu'ils les décrivent même comme potentiellement nocifs comme l'a fait à plusieurs reprises Mme Danielle :

« *Alors, j'avais enlevé le dentier du haut, vous savez pour bien le nettoyer parce que ça doit être... au point de vue hygiène, ça doit être... J'avais rabattu, vous savez, avec une serviette et puis involontairement le garçon qui venait faire le ménage et bien, il l'a jeté. (...)*

*Quand ma tasse de café est tombée sur ma cuisse, il fallait qu'elle (l'infirmière qui a renversé la tasse) me donne tout de suite un sopalin et que je jette de l'eau froide. J'ai attendu, une heure et demi alors vous pensez, ça a creusé, creusé...(...)*

*Il (le médecin) m'a envoyé une petite pour me faire le ménage, pour laver par terre enfin pour faire tout ce qu'il y a à faire. Il n'y avait pas tant de chose que ça à faire. Elle a fait le couloir et je lui ai dit : surtout ma fille, essuyer bien par terre quand c'est fait parce que j'ai un déambulateur. J'étais bien dans mon appartement mais vous savez, c'est des étourneaux. Alors c'est comme ça que je suis venue ici, je me suis recassée le col du fémur.».*

Dans le discours de Mme Danielle, les intervenants apparaissent réellement délétères puisque l'un d'entre eux a jeté son dentier, une autre l'a brûlée avec du café et que l'action de la troisième est à l'origine de sa fracture du col du fémur.

Mme Danielle explique aussi qu'elle doute de la compétence des infirmières qui viennent lui apporter ses médicaments et explique qu'elles « *font souvent des erreurs* » et qu'elle doit appeler son médecin pour vérifier.

La critique récurrente qui est faite aux intervenants, en particulier les kinésithérapeutes et les infirmiers est le non respect des horaires voire même leurs absences injustifiées. La fille de M. Rami explique : *« La rééducation s'est poursuivie à la maison. Ce n'était pas vraiment ça, il y avait un kiné qui arrivait et qui lui faisait 5 minutes de kiné et qui venait quand il voulait. Il passait quand il en avait envie. Sur 3 séances par semaine, il venait 2 fois par semaine. Parfois, il se passait 3 semaines sans qu'on le voit, sans donner de nouvelles ni rien et du jour au lendemain, il a disparu. »*.

Le non respect des horaires ou des interventions est souvent expliqué par une absence de coordination et de concertation, par les usagers, même s'ils ne le verbalisent pas ainsi. Deux intervenants, kinésithérapeutes et infirmiers arrivent en même temps et l'un doit repartir etc. Cela se produit même entre intervenants issus du même prestataire comme l'indique Mme Berthe : *« L'autre fois, vient une fille de (nom du prestataire), oui, l'infirmière vient, l'infirmière de cette association AD... je sais pas quoi. Elle vient, mettons à 11h30 parce que c'est son heure. Une heure après, on re-sonne, c'est l'infirmière. Une énorme négresse. Je viens pour vos médicaments ma petite chérie. Je lui dis, je vous connais pas, qui vous êtes ? Comment elle a eu mon code, comment elle a su mon étage ? Je lui dis : vous venez de la part de qui ? Ben, je viens de la part de heu... de vos médicaments. Mais ça veut rien dire ça, montrez-moi une carte. Elle me montre un petit carton de (nom du prestataire). »*.

Enfin, ainsi que nous l'avons déjà évoqué dans la section consacrée au refus, l'autre grief qui est fait aux intervenants à domicile, en particulier les auxiliaires de vie, est leur malhonnêteté. Les plaintes pour vols sont très nombreuses chez les usagers de la gestion de cas. Mme Hélène se plaignait de la disparition de certains bibelots, casseroles. Mme Danielle se plaignait de vol de bijoux et Mme Berthe évoque même des vols en réunion : *« j'ai eu deux vols, dont un vol en réunion. »*.

## 9.6. La gestion de cas : une solution ?

Dans le contexte que nous venons de décrire, voyons comment la gestion de cas a été vécue et ce qu'elle a éventuellement apporté aux usagers.

### 9.6.1. Le gestionnaire de cas : un nouvel acteur

Il convient tout d'abord de préciser que l'analyse des représentations et du vécu de la gestion de cas est limitée par une donnée temporelle. En effet, entre les premiers (été 2009) et les derniers entretiens réalisés (été 2010) avec les usagers, il ne s'est écoulé qu'une année. Cela est peu pour une expérimentation de ce type. Pour qu'un élément nouveau pénètre les représentations d'une population et que celle-ci le reconnaisse, le processus peut être très long.

#### -Gestionnaire de cas : un terme nouveau, peu usité par les acteurs

Disons-le sans ambages, le terme gestionnaire de cas ne parle pas aux usagers et ceux-ci ne l'utilisent pas. Le gestionnaire de cas n'évoque rien dans le système de représentation des personnes âgées tout simplement parce que c'est un terme nouveau. De la même manière, ils n'utilisent pas celui d'auxiliaire de vie qui a pourtant plusieurs années d'usage en France. Pour interroger les usagers sur leur gestionnaire de cas, il fallait donc faire référence à son nom ou à son prénom. Dans certains cas, le nom et prénom était même insuffisants pour évoquer l'identité du gestionnaire de cas dans les représentations des usagers tant le flou était présent entre les différents intervenants. A l'évocation du nom et du prénom de la gestionnaire de cas, Mme Henriette répond : « *C'est la petite ?* ».

Les gestionnaires de cas reconnaissent eux-mêmes avoir des difficultés à utiliser ce titre même s'ils se présentent comme tel aux usagers. En plus de ne pas avoir de référentiel en France, le terme « gestionnaire de cas » est assez long à prononcer et son sens n'est pas forcément intuitif. Confronté à des personnes âgées souffrant de problèmes auditifs, il peut même devenir très difficile à utiliser, en particulier lorsqu'il est accolé à un autre terme neuf, tel que celui de MAIA.

Une gestionnaire de cas explique à propos du terme « gestionnaire de cas » : « *Heu, je ne l'emploi pas auprès des usagers. (...) Il faut quand même qu'on se l'approprie. C'est ce terme là qui nous qualifie actuellement mais avec les usagers que j'ai actuellement, je pense que c'est... je l'ai déjà utilisé mais j'ai déjà remarqué qu'il faut que je fasse très gaffe par ce que*



*je dis « gestionnaire de cas MAIA » mais les gens me disent : je ne sais pas ce que c'est (phonétique) « kamaya » ».*

Les gestionnaires de cas qui se présentent comme tels se trouvent dans l'obligation d'expliquer aux usagers qui ils sont et quel est leur rôle : *« En général, je dis que je suis gestionnaire de cas et je dis comment je suis arrivé à les connaître donc qui m'a fait le signalement. ».*

#### - Le gestionnaire de cas, une assistante sociale dans la représentation primaire des usagers

La manière dont les gestionnaires de cas se présentent et expliquent aux usagers leur rôle varie non seulement en fonction du gestionnaire de cas, mais aussi en fonction de l'utilisateur. Il s'agit, pour le gestionnaire de cas, que la présentation effectuée soit la plus aidante possible, pour gagner la confiance de l'utilisateur dans l'optique de la mise en place du plan d'aide.

*« C'est extrêmement compliqué (de se présenter) et extrêmement variable d'une personne sur l'autre et on pourra rarement anticiper. (...) j'essaie de me présenter comme référent, heu... » (Anne<sup>52</sup>, gestionnaire de cas)*

Irène, une autre gestionnaire de cas, exprime aussi cette difficulté : *« Alors là, c'est... actuellement, j'ai une assez grande difficulté avec la population que je rencontre. En fait, ils voient ça un peu comme une assistante sociale. Ils ont beaucoup de mal à comprendre. Alors moi, je leur dis que c'est un travail en profondeur qui ne se centre que sur le maintien à domicile... ».*

Anne, analyse la perception que font les usagers en disant : *« je pense que c'est flou et qu'ils se mettent beaucoup dans leur tête, l'idée que je suis assistante sociale et que voilà, ils se calent avec cette idée là et qu'ils ne cherchent pas plus loin. ».*

Il convient de préciser que les assistantes sociales sont très représentées parmi les gestionnaires de cas ce qui peut expliquer en partie cette assimilation entre les deux fonctions. Les gestionnaires de cas, avouant qu'elles considéraient en quelque sorte la fonction de gestionnaire de cas comme ce qui leur a permis d'évacuer la frustration ressentie dans le métier d'assistante sociale où il n'était *« jamais possible d'aller au fond des choses ».*

---

<sup>52</sup> A partir de la section 9.6 nous utilisons des prénoms factices pour désigner les gestionnaires de cas dont nous citons les propos.

Confrontés à une absence de concept auquel se référer face à leur nouvel interlocuteur, les personnes âgées cherchent à établir un lien avec le métier qui leur semble le plus proche. Ainsi que le soupçonnent les gestionnaires de cas, les usagers les assimilent souvent à des assistantes sociales. En interrogeant M. Charles pour déterminer si celui-ci était capable de dire depuis combien de temps il était suivi par une gestionnaire de cas, la réponse a été : « *Ah, je sais pas au juste... mais c'est l'assistante sociale.* ».

De même, lorsque M. Guy évoquait son rendez-vous avec sa gestionnaire de cas, il disait : « *Demain à 11h00, il y a l'assistante sociale* ». Cette tendance est renforcée par l'entourage de M. Guy. Lors de l'entretien réalisé avec M. Guy, la voisine et l'auxiliaire de vie ont toutes les deux utilisées le terme « assistante sociale » pour désigner sa gestionnaire de cas.

Le terme « gestionnaire de cas » étant très peu employé par les gestionnaires de cas eux-mêmes, la réceptivité chez les usagers et leurs proches est très faible. A l'époque où nous l'avons rencontré, Mme Zora était en gestion de cas depuis environ 3 mois et elle ne faisait pas vraiment de différence entre Corine, sa gestionnaire de cas, et l'assistante sociale qu'elle connaît depuis plusieurs années. Le fait que Corine soit plus jeune la conduisait à penser qu'elle est une sorte d'assistante sociale en formation : « *Mme (nom de l'assistante sociale), c'est une assistante sociale. (...) Elle était gentille et puis elle venait souvent. Maintenant, elle ne vient presque plus et j'ai pas de nouvelle. Je téléphone moins. Je crois que c'est elle qui a envoyé Corine. Mme (nom de l'assistante sociale), elle a beaucoup d'expérience et Corine, elle est jeune encore. Elle est gentille mais elle ne s'occupe pas assez. Elle est assistante sociale aussi.* ».

Le fonctionnement et l'organisation du système est extrêmement flou pour les personnes âgées, et celles-ci ne voient pas l'intérêt de chercher à en comprendre vraiment les rouages. Le gestionnaire de cas apparaît au départ comme un intervenant de plus, sans que l'utilisateur sache vraiment qui l'envoie ni quel est exactement son rôle. Suite à l'énumération de ses problèmes Mme Berthe annonce: « *Et alors tout d'un coup, ils se sont réveillés et j'ai vu arrivé quelqu'un de (nom de la MAIA concernée). Je sais pas comment elle...* ».

Si les usagers confondent le gestionnaire de cas avec une assistante sociale, c'est parce que le gestionnaire de cas partage avec l'assistante sociale de ne pas pouvoir être assimilé à un soignant ni à une auxiliaire de vie qui accompli une tâche concrète au sein de leur domicile.

Mme Danielle : « *Tout le personnel médical chez moi sauf Corine parce qu'elle ne fait pas partie du personnel médical...* » .

Cette confusion avec l'assistante sociale n'est pas sans poser des problèmes aux gestionnaires de cas : *« Il y en a par exemple qui vont m'identifier comme une assistante sociale et quand je leur dis de voir le médecin ou que je leur demande ce qu'ils prennent comme médicaments ou que j'essaie de ... Ils ne comprennent pas, quoi. »*.

Cette incompréhension de la part de l'utilisateur du rôle du gestionnaire de cas peut s'expliquer par la fragmentation entre le sanitaire et le social, qui veut qu'une assistante sociale ne soit pas « compétente » en matière de santé (voir chapitres précédents).

Corine, gestionnaire de cas, pense que cette confusion avec l'assistante sociale n'entrave pas réellement son travail mais peut être gênante dans les requêtes que lui font les usagers : *« Il y en a, même s'ils m'assimilent à une assistante sociale, ça ne va pas poser plus de soucis que ça dans ce que j'ai à faire avec eux et il y en a d'autres qui vont me demander des choses qui me dépassent parfois, qui dépassent le rôle du gestionnaire de cas. (...) Pour les personnes par qui j'ai été mal identifiée, je n'ai pas eu de problème de blocage... »*.

#### - Gestionnaire de cas, un rôle à définir :

S'il est difficile pour les usagers de se représenter le gestionnaire de cas, c'est aussi parce que cette fonction nouvelle en France est à construire. Cette construction doit s'opérer non seulement vis-à-vis des usagers mais aussi vis-à-vis des professionnels.

Les gestionnaires de cas, eux-mêmes, effectuent au quotidien une redéfinition et s'efforcent de se positionner vis-à-vis des personnes auprès de qui ils travaillent et avec qui ils doivent collaborer.

Ils utilisent des termes multiples pour définir leur rôle. Celui de référent revient fréquemment. Corine : *« Alors moi, personnellement, je dirai qu'en fait, j'ai cru comprendre que l'on était référent. Donc voilà, c'est un peu ça, être le référent, permettre le maintien à domicile de la personne âgée dans les meilleures conditions possibles, donc pouvoir reconnaître ses besoins, donc je pense que ça, c'est un peu le rôle du gestionnaire de cas donc étant donné que l'on va à la rencontre de la personne, en même temps on se met en contact avec les autres partenaires. »*.

Irène qui ne travaille pas dans le même service que Corine dit aussi : *« Je me pose un petit peu par rapport à ce qu'ils connaissent déjà qui est l'assistante sociale (nom de l'organisme). J'extrapole à partir de ça et je dis que c'est un travail beaucoup plus soutenu avec un référent*

*unique que je deviens, qui fait un suivi en continu par rapport au maintien à domicile et qui fait circuler l'information. ».*

Dans leur positionnement les gestionnaires de cas sont souvent influencés par leur ancienne fonction. Ainsi, les anciennes infirmières pourront être au départ un peu déstabilisées de ne pas se trouver dans l'action. Claire explique : *« Alors au début, c'est vrai que c'était souvent moi qui avais peur parce que je ne savais pas trop en fait. Infirmière, c'est facile parce qu'on vient faire quelque chose alors que là, on fait rien enfin, on ne vient pas faire un acte alors c'est vrai qu'au début j'étais très très mal à l'aise... ».*

Les gestionnaires de cas, assistantes sociales de formation, insistent quand à elles principalement sur la dimension qu'elles jugeaient défailante dans leur fonction d'origine, la possibilité d'un travail intensif et en profondeur auprès de l'utilisateur.

Marie : *« du travail d'abord de proximité, du suivi très intensif, heu de la coordination mais la coordination, vraiment, venant en 2<sup>ème</sup> position, c'est d'abord vraiment la relation avec la personne, relation que moi, je n'ai jamais connue. J'ai été pendant 10 ans AS au (nom de l'organisme) et heu, une relation, ouais très intense avec une connaissance, disons approfondie de la situation de la personne. Voilà et un rôle particulier de ce que la personne perçoit de ce que je suis. Je veux dire, je n'étais jamais à cette place là quand j'étais AS. ».*

Dans leur présentation et leur positionnement, les gestionnaires de cas mettent clairement en avant deux dimensions de leur travail, la proximité avec l'utilisateur et le rôle de coordination des intervenants. Tous les gestionnaires de cas le font d'ailleurs dans cet ordre, en mettant d'abord en avant leur rôle auprès de la personne âgée.

Les mots employés par les gestionnaires de cas sont, à ce titre, très évocateurs. Claire explique : *« Mon rôle, c'est d'être facilitateur dans les démarches et accompagnant et aidant un peu, une forme de coach un peu comme ça pour les différentes personnes, un guide, voilà. ».*

Irène reprend quant à elle les mots qu'a utilisés un proche aidant lors de leur première rencontre : *« J'ai bien aimé son expression, il a dit : c'est une main tendue, une porte ouverte. Je trouve que c'est très bien. C'est imagé. ».*

- Une représentation de la fonction basée sur les modes d'être et de faire du gestionnaire de cas :

Si les usagers emploient parfois le terme « d'assistante sociale » pour désigner le gestionnaire de cas, ils le font avant tout par défaut. Les personnes âgées ne conceptualisent pas les intervenants en les rangeant dans des cases correspondant à une institution, un titre ou une fonction. Ils n'ont pas de représentations objectivées sur les pratiques professionnelles mais évaluent les intervenants sur des critères « humains » tels, l'attitude générale (apparence, façon de se comporter...) et les actes. Ainsi, le fait que les gestionnaires de cas du projet PRISMA soient toutes des femmes contribue certainement à leur assimilation à des assistantes sociales. On peut émettre l'hypothèse qu'un gestionnaire de cas homme n'aurait pas été assimilé de la sorte.

Dans cette optique, le gestionnaire de cas peut être désigné, comme nous l'avons vu, en fonction de son apparence physique : « petite », « jeune » etc. Il va surtout être décrit selon son attitude et son comportement vis-à-vis de l'utilisateur. Ainsi, le terme revenant le plus souvent reste celui de « *gentille* ». Ce qualificatif n'est pas anodin car il illustre une compétence majeure que les usagers reconnaissent aux gestionnaires de cas, celle de l'écoute. Si le travail des gestionnaires de cas n'est pas toujours visible, palpable pour les usagers, beaucoup, comme Mme Henriette, disent « *elle vient souvent et elle pose des questions* ». On retrouve ici les principaux éléments à travers lesquels les usagers se représentent le gestionnaire de cas :

- celle qui a une compétence (d'écoute),
- dans l'interaction (« elle est gentille »),
- celle qui s'enquiert/s'informe (évalue ?) de la situation (« elle pose des questions »)
- et enfin et celle qui matérialise la continuité relationnelle (« elle passe souvent »).

Par ailleurs, les usagers identifieront également leur gestionnaire de cas au travail fourni par celui-ci lors des premières rencontres ou à un acte symboliquement fort pour l'utilisateur. Nous y reviendrons. Mme Berthe : « *C'est vrai qu'elle est gentille Anne, ça c'est vrai. Donc elle m'a aidée à construire mon dossier d'APA, elle m'a expliqué ce que c'était, les papiers à photocopier, les revenus d'impôts, les machins et puis ce qu'il faut et à combien j'ai droit d'euros et machin* ».

Les gestionnaires de cas considèrent la relation avec l'utilisateur comme l'élément fondamental de leur travail. Dans cette optique, plusieurs d'entre eux insistent sur la nécessité de gagner la confiance de l'utilisateur. En cas de dilemme qui opposerait la volonté de l'utilisateur à celle d'un proche ou d'un professionnel, les gestionnaires de cas estiment que leur rôle est plutôt du côté de l'utilisateur. La contre partie de cette posture est qu'il leur est souvent difficile de trouver les

limites à leur investissement à la proximité entretenue avec l'utilisateur. Une fois la confiance gagnée, il s'agit de ne pas la trahir.

#### 9.6.2. Continuité relationnelle : un enjeu majeur de la gestion de cas

Les entretiens révèlent que la continuité relationnelle est ce qui compte le plus pour les usagers. Avant d'envisager de préserver une certaine continuité relationnelle, il s'agit de créer un lien avec l'utilisateur.

##### - Nécessité de l'écoute et de la réalisation d'un acte symbolique fort

Nous avons vu que les personnes âgées n'ont souvent qu'une conscience partielle de la complexité dans laquelle elles se trouvent, qu'elles n'ont pas réellement confiance dans le système et les intervenants à domicile et par conséquent, se trouvent souvent en situation de refus. La première tâche des gestionnaires de cas est ainsi de parvenir à gagner la confiance de l'utilisateur dans l'optique d'établir une évaluation complète de leur situation et de mettre en place un plan de services individualisé qui sera validé par la personne âgée.

Anne : *« Quand c'est la première fois qu'on rencontre une personne, on ne sait pas sur qui on va tomber bien évidemment mais à là, a fortiori, comme ce sont des gens qui ont des troubles cognitifs, mnésiques, qui ont déjà vu pas mal de professionnels, heu, chez eux, heu... c'est vraiment une question d'adaptation... »*.

Si, comme nous l'avons vu dans la section consacrée à la méthodologie de l'enquête, il est difficile pour le chercheur de pénétrer au sein du domicile des personnes âgées, ça l'est aussi pour le gestionnaire de cas. Plusieurs d'entre eux expliquent qu'ils ont passés certains de leur premiers rendez-vous à parler à l'utilisateur à travers une porte parce que celui-ci refusait d'ouvrir. Plusieurs fois, les gestionnaires de cas se sont heurtés à un usager qui choisissait de ne pas leur répondre ou de ne pas ouvrir la porte lors d'un rendez-vous. Face à la complexité des situations auxquelles ils sont confrontés, les gestionnaires de cas s'efforcent de faire preuve de flexibilité.

Anne explique : *« Moi, j'ai vu trop de situations où les personnes sortaient de l'hôpital avec un plan d'aide hyper monumental avec du portage de repas tous les jours, des AVS pour l'aide à la toilette tous les jours, voilà et puis, il y avait un rejet et ça faisait boomerang, ça repartait et on pouvait plus rien mettre en place alors qu'en prenant le temps, en discutant, on essaie des choses, si ça ne vous convient pas, on essaie autre chose. »*.

Le dialogue mais plus encore l'écoute, s'avèrent extrêmement importants. Ainsi, certains gestionnaires de cas reconnaissent que leurs premiers rendez-vous ont été consacrés simplement à écouter l'utilisateur. Cela était un moyen de rassurer leur interlocuteur et de créer du lien. Irène raconte sa rencontre avec M. Ming :

*« C'était indispensable (de l'écouter). En fait, c'était la relation de confiance. Je pense que sans la relation de confiance, ça se serait mal passé. Il s'était mis sur son 31 (...) C'est que j'ai eu droit aux photos, aux tableaux, aux médailles, c'était que ça pendant presque 2 heures et après c'était beaucoup mieux, il était tout guilleret, il était heureux et il a dit : je suis impatient de vous revoir. C'était un passage obligé pas inintéressant, je n'ai pas souffert. Ça permet de mieux comprendre et je pense qu'à travers ça, j'ai compris beaucoup de choses et je pense que petit à petit, le fait que je l'ai laissé parler... (...) C'est vrai que j'ai eu des confidences très très fortes de M. et je trouve que ça m'aide et je ne pense pas que j'aurais pu lui dire que ça ne m'intéresse pas. Il faut être ouvert à ça car ils ont besoin aussi de parler d'eux. ».*

Le jugement que porte l'utilisateur sur le gestionnaire de cas est très fortement basé sur sa capacité à écouter. C'est ainsi, que le gestionnaire de cas se distingue des autres intervenants. Cela explique pourquoi les utilisateurs évaluent le travail du gestionnaire de cas principalement en fonction de ses qualités relationnelles (« elle est gentille ») comme nous venons de le voir. L'écoute est aussi ce qui permet à l'utilisateur et au gestionnaire de cas de sortir de la relation aidant/aidé, symboliquement défavorable à la personne âgée.

Mme Danielle accorde ainsi une grande confiance à Corine et se targue aussi de pouvoir lui apprendre des choses : *« Corine, elle est au courant de tout ça. Corine, c'est pareil, je lui dis tout... Elle est au courant de tout mais il ya des choses que je lui apprends, vous savez, par contre. Pour le 1%, je lui appris plein de choses. On est là pour s'entre aider et moi, on peut me poser toutes les questions ».*

Par ailleurs, certains actes du gestionnaire de cas sont également très importants pour la continuité relationnelle. L'analyse révèle que les actions menées par le gestionnaire de cas qui comptent pour la personne âgée ne sont pas celles qui sont la priorité du plan d'aide, mais celles qui répondent à une requête forte de l'utilisateur.

Anne explique que Mme Berthe était contrariée par une facture qu'elle « *trainait depuis plus d'un an* ». Anne s'est occupée de faire les démarches pour la faire rembourser. Bien que la somme ne soit pas importante, Mme Berthe en a été très reconnaissante envers Anne. D'une

certaine manière, cela venait valider le fait que le travail d'aide de la gestionnaire de cas envers l'utilisateur était réel.

Les propos de Mme Danielle au sujet du travail effectuée par Corine vont dans le même sens : *« alors en plus erreur de la sécurité sociale que m'a dit le Dr (nom du docteur), tous les déplacements, vous savez, pour les radios, les choses comme ça, je payais 800 euros de transport. Je n'ai jamais été remboursé. Alors justement Corine est venue me voir parce qu'elle a déjà pris des contacts et elle va aller à la sécurité sociale quand elle va rentrer parce que vous n'obtenez rien de la sécurité sociale... ».*

#### - Les limites de la continuité relationnelle :

La validation de l'action du gestionnaire de cas par l'utilisateur est très dépendante de la préservation de la continuité relationnelle. Cette tendance est sans doute renforcée par le fait qu'au début de l'expérimentation, les files actives des gestionnaires de cas en poste étaient relativement faibles. Lors des premiers entretiens menés avec les gestionnaires de cas, ceux-ci avaient moins d'une dizaine d'utilisateurs à suivre, souvent dans des situations très complexes, voire nécessitant une intervention d'urgence. De ce fait, ils ont fourni un effort conséquent pour être rapidement efficace. Cela passait, entre autres, par des visites à domicile très fréquentes, certaines gestionnaires de cas reconnaissent *« je passais presque tous les jours ».*

Si cette stratégie s'est avérée très efficace pour gagner la confiance d'utilisateurs qui avaient précédemment mis en échec plusieurs plans d'intervention, cela a, d'une certaine façon, faussé l'image du gestionnaire de cas pour l'utilisateur qui apparaissait comme un interlocuteur disponible, réactif et à l'écoute. En entretien, les gestionnaires de cas confiaient qu'ils avaient conscience de ne pas pouvoir maintenir le même niveau de proximité avec l'utilisateur à mesure que leur file active augmenterait. A ce titre, les gestionnaires de cas travaillant à mi-temps, montraient dès le début de l'expérimentation de réelles difficultés liées à cette organisation du temps de travail. En effet, le fait de ne pas être joignable ou de ne pas pouvoir se déplacer certains jours de la semaine s'est avéré un vrai obstacle à la préservation de la continuité relationnelle. Pour les gestionnaires de cas travaillant à temps plein, cet obstacle est apparu progressivement. Au plus leur file active augmentait, au moins il leur était possible de maintenir le même rythme de visite à domicile. Par ailleurs, les gestionnaires de cas expliquent que la présence dans leur file active d'une ou deux personnes en situation critique est très chronophage et que cela se répercute sur le suivi de l'ensemble de leurs utilisateurs. Habités à une présence très forte des gestionnaires de cas en début d'expérimentation,



certain usagers ont pu reprocher au gestionnaire de cas son « éloignement ».

### 9.6.3. -le gestionnaire de cas : Partenariat et concurrence

Bien que l'axe 3 consiste à recueillir les représentations et le vécu des personnes âgées, le travail du gestionnaire de cas, lui, ne se limite pas à cette personne mais s'oriente également vers les proches et les autres professionnels. Néanmoins, dans le cadre du projet PRISMA, beaucoup d'usagers n'avaient pas réellement de proche-aidant, cela constituant même un facteur contribuant à leur situation. Pour les autres, nous avons pu documenter le rôle du gestionnaire de tel qu'appréhendé par les proches.

#### - Le gestionnaire de cas : un aidant pour les proches

Ainsi que nous l'avons vu, certains proches tels M. Santo, la fille de M. et Mme Verne, la femme et la fille de M. Rami, faisaient état d'un épuisement très important. Ces proches avaient en commun de se sentir isolés, désemparés devant la maladie de leur parent. L'entrée de ce parent en gestion de cas leur a permis de trouver un soutien en la personne du gestionnaire de cas. C'est pourquoi, ils le décrivent souvent comme un « solutionneur » de problèmes. Pour la fille de M. Rami, la gestionnaire de cas a été l'interlocuteur qui a permis d'ouvrir le champ des possibles alors que les solutions paraissaient inexistantes. Face à l'épuisement de la fille et de la femme de M. Rami, Corine a évoqué la solution de l'accueil de jour. Elle s'est ensuite efforcée de trouver des solutions aux problèmes des toilettes de M. Rami. Toutes les solutions proposées par Corine n'ont pas forcément été adoptées par la famille Rami mais un dialogue s'est institué, ce qui a sorti les deux femmes de l'isolement relationnel dans lequel elles se trouvaient. Alors que Corine avait trouvé un infirmier qui était d'accord pour effectuer l'injection d'insuline et aider M. Rami dans sa toilette, Mme Rami a préféré garder les infirmiers qu'elle connaissait quitte à continuer elle-même les toilettes.

Le gestionnaire de cas est souvent celui qui impulse le mouvement qui doit conduire à l'amélioration de la situation. Cela passe tout d'abord par un dialogue avec le proche qui, du fait de l'épuisement, n'est pas en capacité d'entreprendre de démarche. La présence d'un nouveau partenaire, en la personne du gestionnaire de cas, apparaît souvent comme une lueur d'espoir pour les proches. C'est ce qu'exprime M. Santo : *« Avec elle, on a travaillé, on a parlé, plutôt le genre de conversation qu'on a maintenant. Elle a travaillé beaucoup, elle m'a conseillé. Avec elle, je me sentais un peu plus libéré... J'ai signé des papiers quand elle allait faire des démarches, des choses comme ça et elle m'a expliqué qu'elle avait entamé une*

*procédure avec la mairie pour les femmes de ménage, que c'était la mairie qui allait s'en occuper. C'est elle qui a organisé une aide que j'ai reçue, de 600 euros, je sais pas... Oui, c'est ça, l'APA. C'est elle qui s'est occupé de ça... ».*

Le gestionnaire de cas crée une émulation, il est à l'origine du rapprochement de plusieurs autres professionnels, et permet une meilleure répartition des tâches, rendant la situation plus claire pour l'aidant. C'est ce à quoi s'est attaché le gestionnaire de cas dans la situation du couple Santo en favorisant le rapprochement du tuteur et de l'assistante sociale.

Le gestionnaire de cas apparaît pour les proches comme la personne pouvant apporter une lecture intelligible d'un système trop complexe.

De manière plus rare même si cela n'est pas anecdotique, le gestionnaire de cas peut également être l'élément d'apaisement de conflits familiaux latents. Apparaissant comme un interlocuteur neutre, il peut se permettre de parler à tous sans être soupçonné de prendre parti. Dans le cas de la famille Verne, la gestionnaire de cas a parfois dû jouer les intermédiaires entre le frère et la sœur pour ne pas qu'un conflit fraternel vienne compliquer la mise en place du plan de services individualisé.

#### - Le gestionnaire de cas : un concurrent pour les proches

Tous les proches des usagers ne sont pas forcément aidants. Ainsi, au lieu d'établir un partenariat avec les proches, le gestionnaire de cas peut se trouver dans l'obligation d'écarter un proche qui s'avérerait nocif pour l'utilisateur. Cela s'est produit à de multiples reprises. Ainsi, Claire a été confrontée à un couple d'utilisateurs souffrant de problèmes cognitifs et financiers qui étaient victimes de vols de la part de leur fils toxicomane. La gestionnaire de cas a donc dû agir auprès de la banque en accord avec le couple, pour interdire au fils de retirer de l'argent avec la carte de ses parents. Corine, quant à elle, a été dans l'obligation de mettre en garde Mme Danielle sur sa relation avec un « ami » à qui elle donnait régulièrement d'importantes sommes d'argent. Dans ce type de situation, il va sans dire qu'il est fréquent que le proche s'oppose à l'entrée en gestion de cas de son parent car il y voit un obstacle à son influence.

Dans un autre registre, il est des proches dont l'aide est réelle mais qui s'avèrent extrêmement dirigistes envers l'utilisateur et vivent comme une concurrence toute aide qui n'est pas de leur fait. C'est le cas de la voisine de Mme Renée, qui a longtemps décrié toutes les aides mises en

place par Claire. Bien que le gestionnaire de cas ne doive pas nier le rôle que joue l'aidant et une forme « d'expertise de proximité » de sa part, il ne peut pas se laisser dicter le plan de services individualisé par celui-ci. Ainsi, si la voisine de Mme Renée estime que le maintien au domicile n'est plus possible, Claire s'efforce, en accord avec Mme Renée, de trouver les moyens pour que celle-là puisse rester chez elle. Ainsi, même lorsqu'il est persuadé d'agir dans l'intérêt de la personne âgée, le proche peut ne pas être aidant, mais au contraire venir entraver l'intervention.

#### - Le gestionnaire de cas : un aidant pour les professionnels

Bien que nous n'ayons pas mené d'entretiens auprès des professionnels intervenants au domicile des personnes âgées afin de voir quel a été l'impact de la gestion de cas dans leur pratique, nous avons pu constater de manière indirecte certains effets de la gestion de cas sur leurs interventions. Ainsi, Charlotte, une auxiliaire de vie rencontrée chez un usager, expliquait que l'intervention du gestionnaire de cas avait contribué à valoriser son travail. Selon Charlotte, les auxiliaires de vie ont peu de contact entre elles au sein de leur association et donc peu d'occasion d'échanger. Elle ajoute que « *personne n'écoute les AVS* », ce qu'elle estime être à l'origine d'une vraie souffrance dans le métier. La mère de Charlotte, auxiliaire de vie elle aussi, est actuellement suivie par un psychologue pour cette raison. La possibilité pour une auxiliaire de vie telle que Charlotte de pouvoir s'adresser à quelqu'un pour faire part de son vécu de la situation est, selon elle, une vraie chance et un moyen certain d'améliorer la situation. Elle explique être en conflit avec le fils d'une patiente, qui est aussi son médecin, à propos des repas. Il ne comprend pas que les auxiliaires de vie n'arrivent pas à faire manger sa mère alors que lui y parvient. Irène, la gestionnaire de cas est intervenue pour apaiser la situation.

Lorsqu'ils sont mis en échec, les auxiliaires de vie ont ainsi plus facilement tendance à s'adresser au gestionnaire de cas qu'à leurs propres collègues. Claire raconte ainsi qu'elle a été appelée par une auxiliaire de vie confrontée à un usager désorienté et coléreux qui la menaçait avec une paire de ciseaux. Claire s'est alors déplacée pour désamorcer la situation. Tuteurs et assistantes sociales rencontrés lors d'une réunion de coordination organisée par Corine au sujet de la famille Santo menacée d'expulsion, voient dans la gestion de cas un vrai partenaire utile car étant sans doute le seul à avoir une vision globale de la situation. En l'absence de gestion de cas, l'acteur majeur était souvent le médecin, mais celui-ci s'avérait peu disponible mais aussi peu enclin à s'engager dans les problématiques d'ordre social.

### **9.7. Le gestionnaire de cas, un acteur interstitiel avec ses forces et ses faiblesses :**

Ce qui fait la particularité du gestionnaire de cas est qu'il est un acteur interstitiel et liminaire, à cheval entre le sanitaire et le social, coordinateur mais également présent sur le terrain, un professionnel qui fait également figure de proche pour l'utilisateur. Dans un système qui souffre de son cloisonnement et de sa fragmentation, le gestionnaire de cas permet une certaine flexibilité tout en rétablissant l'ordre.

#### - Le gestionnaire de cas : un responsable

Dans l'entourage de la personne âgée en situation complexe, le gestionnaire de cas apparaît pour les autres acteurs comme celui qui a la responsabilité de l'ensemble. Interface entre l'utilisateur et les professionnels, il lui incombe de mettre en conformité les attentes et besoins de l'utilisateur avec les actions des professionnels. En cela il est le porte parole de l'utilisateur, y compris de son mécontentement et de son refus. Il permet d'apaiser les tensions inhérentes à un accompagnement complexe. Pour les proches, il est celui avec qui une double relation d'information va se développer. Il tient les proches informés de ses démarches de coordination et s'appuie également sur eux pour avoir un retour sur les actions réalisées. N'étant pas enfermé dans un rôle trop bien défini, il embrasse l'ensemble des difficultés et redistribue l'information aux personnes compétentes. Pour les professionnels, le gestionnaire de cas est celui vers qui se retourner en cas de difficultés.

La complexité des situations auxquelles sont confrontées les gestionnaires de cas n'est pas seulement due à la perte d'autonomie des personnes âgées mais également à l'absence de dialogue entre les acteurs. D'une certaine façon, il incombe au gestionnaire de cas la responsabilité de rétablir le dialogue. Le dialogue avec la personne âgée est indispensable pour comprendre ses attentes mais aussi ses réticences, ses refus. Le dialogue avec et entre les professionnels est indispensable pour la bonne réalisation du plan de services individualisé.

#### - Le gestionnaire de cas : un coupable

La légitimité que l'utilisateur accorde au gestionnaire de cas est basée sur l'entretien de la continuité relationnelle. C'est cela qui permet de solutionner certains blocages, mais c'est aussi ce qui fait la faiblesse du rôle du gestionnaire de cas. En effet, l'utilisateur se laisse facilement aller à vouloir faire entrer le gestionnaire de cas dans la sphère des proches. Ainsi, il cherche à avoir avec lui une relation semblable à celle que nous avons décrite entre Mmes

Hélène et Gisèle et leurs gardiennes. L'utilisateur pourra chercher à instrumentaliser le gestionnaire de cas en jouant sur le registre affectif.

Si ce risque peut être « contrôlé » par le gestionnaire de cas, une fois la confiance de l'utilisateur gagnée, il court le risque d'être perçu comme le coupable idéal en cas de problème. C'est ainsi que Anne ou Irène ont pu recevoir des appels téléphoniques d'utilisateurs très en colère envers l'une ou l'autre de leurs actions. C'est ce qui s'est produit lors d'une observation menée au sein du service de gestion de cas. Irène a reçu un appel de M. Ming qui lui a fait part de sa colère et de sa frustration lorsqu'il a réalisé sa mise sous tutelle. Bien que celle-ci ait été décidée avec son accord, le nonagénaire avait accepté en raison de la confiance qu'il avait en Irène. Lorsqu'en se rendant à la banque, il a vu qu'il ne pouvait pas retirer autant d'argent qu'il souhaitait, il s'est senti trahi. Au cours de cette même conversation téléphonique, il reproche également à Irène sa convocation chez le juge alors que cette convocation provient de son beau-frère. Les usagers âgés ont tendance à conférer au gestionnaire de cas un rôle de protecteur. Ainsi, lorsqu'ils se sentent « attaqués », quand bien même ce n'est pas le cas, le coupable tout désigné est le principal interlocuteur, le gestionnaire de cas. Ce type de schéma est très fréquent pour les usagers mis sous tutelle pendant la gestion de cas.

On le retrouve dans les propos de Mme Danielle :

*« On m'a pris le dossier des mains. On m'a mis sous une tutelle spéciale de justice alors je ne peux rien faire. La seule chose que je peux faire, c'est utiliser ma signature mais la femme du trésor public, quand elle est venue chez moi, elle a pris mon chéquier et ma carte bleue de façon que je ne puisse rien faire. (...) oui, mais c'est un peu gros ça monsieur. Ils venaient de recevoir 106 000 euros qui provient de la vente de la maison de mes parents alors (inaudible). C'est une situation pénible. ».*

Dans la mesure où il est à l'origine de l'organisation du plan de services individualisé, le gestionnaire de cas est perçu comme coupable lorsqu'un problème survient. Mme Zora, mécontente d'une auxiliaire de vie dit : *« Elle est assistante sociale et elle envoie des gens comme ça ? (...) Ce n'est pas la peine ! ».*

Par ailleurs, l'absence d'une représentation claire du rôle du gestionnaire de cas l'expose à des critiques d'ordre multiple. N'étant pas considéré comme un acteur au sens d'une personne réalisant une action concrète chez l'utilisateur, le gestionnaire de cas pourra se voir reprocher son inutilité. C'est le grief qui a été fait à Corine par la voisine de Mme Renée pour qui l'intérêt

des réunions de coordination n'était pas évident : *« Je disais, vu les problèmes que la mémé avait, je disais, elle est jamais là. (...) Après, on a eu des réunions, 2 en fait, je crois si je me trompe pas. Qu'est ce qu'il faudrait faire, qu'est-ce qu'il ne faudrait pas faire ? Oh, j'ai dit, qu'est-ce qu'on perd notre temps ? En papiers, en coup de téléphone alors que je trouvais qu'il fallait être sur le terrain... ».*

Pour les autres professionnels, le gestionnaire de cas peut apparaître au départ comme un acteur de plus à qui il faut rendre des comptes, venant, de ce fait, alourdir encore plus leur travail. Dans certains cas, il peut même faire figure « d'inspecteur », apparaissant comme une personne chargée de contrôler leur travail. Ce type de représentation de la part des professionnels est particulièrement présent chez les infirmières libérales qui revendiquent leur droit à ne pas être « sous contrôle ». Claire a ainsi été stigmatisée de la sorte après avoir interpellé la directrice d'une association d'aide à domicile dont l'auxiliaire de vie ne s'était pas rendue chez M. et Mme Verne, comme cela était prévu. Claire explique que pendant plusieurs semaines, toutes les auxiliaires de vie étaient très méfiantes envers elle.

Du côté des usagers, l'absence de clarté quant au rôle du gestionnaire de cas peut conduire à des jugements négatifs, influencés à la fois par une incompréhension de la fonction et par un jugement qui vise les caractères personnels du gestionnaire de cas. C'est ce que l'on retrouve dans le jugement que porte Mme Zora sur Corine :

*« Mme (nom de l'assistante sociale), elle a beaucoup d'expérience et Corine, elle est jeune encore. Elle est gentille mais elle ne s'occupe pas assez. Elle est assistante sociale aussi. Vous ne la connaissez pas ? Elle n'a pas d'expérience encore, elle est gentille mais elle manque d'expérience...Regardez, ça fait 3 semaines qu'elle n'est pas passée. Ça mène à rien.».*

Mme Zora met à la fois en cause un trait personnel de Corine, sa jeunesse, tout en la jugeant en comparaison avec une assistante sociale, ce qu'elle n'est pas.

Enfin, et bien que les usagers refusent de les concevoir comme tels, les gestionnaires de cas sont des professionnels comme les autres. Ils peuvent eux-aussi être malades, démissionner, être débordés etc. Lorsque cela se produit, certains usagers, pour peu qu'ils soient en situations difficiles vivent cela comme un abandon, une trahison. C'est ce qui s'est produit pour Mme Danielle qui a été hospitalisée pour une grave infection au moment où Corine quittait sa fonction. Mme Danielle : *« je me rappelle très bien d'elle mais maintenant elle est*

*absorbée par un autre travail et elle m'a laissée tomber. (...) à mon avis ça fait plus d'un mois que je n'ai pas eu de ses nouvelles. J'ai toujours laissé un message. (...) elle m'avait dit, je viens le lendemain vous voir. Je lui ai dit, vous faites comme vous pouvez. Elle est venue me voir, elle a regardé les livres et elle n'était pas du tout intéressée par mon cas. Elle s'en moquait, quoi. (...) vous savez, elle se disperse, elle est à votre service mais pas trop. ».*

- Les limites à la gestion de cas dans l'aide aux aidants :

Les proches aidants font généralement preuve d'une plus grande lucidité que les usagers quant à l'apport de la gestion de cas. L'intervention du gestionnaire de cas n'est pas une solution miracle dans la mesure où l'épuisement ressenti par les aidants n'est pas seulement lié aux difficultés des démarches, ni même à la fatigue qui crée la relation d'aide. Les entretiens révèlent que ce qui est souvent le plus coûteux en terme de qualité de vie pour les aidants est la souffrance de voir la personne aimée se dégrader. Ainsi, en dépit du travail effectué par les gestionnaires de cas, M. et Mme Verne, la femme de Mme Santo, M. Rami et les autres usagers représenteront toujours une source de souffrance pour leurs proches.

L'accompagnement mis en place par le gestionnaire de cas, ses qualités d'écoute, demeurent néanmoins un soutien appréciable pour les aidants.

## 9.8. Conclusion

L'axe 3 de recherche basé sur les représentations des usagers met en exergue plusieurs éléments essentiels relatifs à l'expérimentation.

L'acteur nouveau qu'est le gestionnaire de cas apporte plusieurs éléments de réponse à la problématique du maintien de l'autonomie des personnes âgées en situation complexe.

Les entretiens menés avec les usagers âgés mettent en exergue sa capacité à établir des éléments de continuité relationnelle. Pour les personnes âgées en situation complexe (voire leurs proches aidants), le système n'est pas intelligible ; les multiples organismes et prestataires se confondent. Elles souffrent de l'important « turn over » des intervenants à domicile qu'elles n'arrivent pas à identifier et à qui elles ne veulent pas accorder leur confiance, préférant parfois l'aide d'un proche aidant.

Dans cette situation, peu importe la fonction ou le titre de l'intervenant, les usagers souhaitent s'adresser à une personne (un être humain) qui répondra à leur attente. Le gestionnaire de cas est celui qui pose des questions mais aussi et surtout celui qui écoute, celui à qui on peut parler et accorder sa confiance, avec qui l'échange est possible. Il n'est pas une fonction mais un individu reconnu par son visage, son prénom, un souvenir marquant. Les gestionnaires de cas revêtent pour la personne âgée certaines caractéristiques du proche aidant. Il est capable d'être un relais, le « porte parole » de l'utilisateur face au système. Il est celui avec qui on peut parler de tout, sa santé, ses besoins mais aussi et ce n'est pas négligeable, ses problèmes personnels, familiaux qui ont souvent un impact dans la mise en place du plan de service individualisé et les situations blocages telles que le refus d'aide et de soin.

Pour l'utilisateur, le gestionnaire de cas apparaît surtout comme cet « aidant de proximité », quitte à nier, parfois, son rôle de coordinateur ou de minorer sa compétence professionnelle. Il semble important que les gestionnaires de cas puissent avoir conscience de cette représentation. Notre propos n'est certes pas de recommander à ces nouveaux professionnels de s'écarter d'une attitude et d'une distance professionnelle nécessaire à leur pratique. Ces pratiques paraissent cependant pouvoir s'enrichir dans une réflexion qui tiendrait en compte de l'importance pour les usagers de leur qualité « humaine » (sens de l'écoute et de la relation) au moins autant sinon plus que leur qualité « technique » (qualité de l'évaluation ou de la planification).



Par ailleurs, si le gestionnaire de cas et son travail n'apparaissent pas reconnus en tant que tels par les usagers, cela peut trouver une part d'explication dans la dimension innovante de l'expérimentation. Du fait de certaines contraintes temporelles, notamment la fin de la phase recherche du projet en décembre 2010, les entretiens de recherche de l'axe 3 sont intervenus relativement tôt dans le processus de gestion de cas. (Le travail de terrain de l'axe 3 de la recherche PRISMA n'a véritablement pu débuter que 18 mois avant de rendre ce rapport). Exposés à des innovations multiples et interrogé relativement tôt sur leur vécu de l'expérimentation, les usagers n'ont pas pu « intégrer », « s'approprier » autant que nécessaire les changements liés à l'expérimentation. Cela explique pourquoi il est difficile de recueillir leurs représentations. L'intégration d'un élément nouveau dans les représentations d'un groupe social est fortement conditionnée par son degré d'imprégnation à cet élément et ce processus est long.

Dans cette optique, une seconde enquête menée auprès d'usagers ayant vécus au moins un an mais préférablement 2 ans de gestion de cas semble nécessaire.

Une représentation majoritairement basée sur des critères liés à la continuité relationnelle fait courir le risque au gestionnaire de cas d'être imputable de ce qui sera considéré comme des échecs de l'accompagnement par les usagers tels un intervenant non compétent, une démarche administrative complexe ou encore une mise sous tutelle. Le gestionnaire de cas présente le risque de se voir reprocher ce qui est actuellement reproché au système au sein duquel personne n'est vraiment perçu comme coupable.

En outre, l'utilisateur peut reprocher au gestionnaire de cas une certaine prise de distance lorsque celui-ci espace ses visites à domicile ou ses prises de contact. Cela est d'autant plus vrai que cette mise à distance, nécessaire pour que le gestionnaire de cas puisse gérer efficacement sa file active, s'avère très compliquée dans le cas de personnes en situation très complexe. En effet, malgré une évaluation et un plan de services individualisé valable, la grande vulnérabilité de certains usagers va souvent de pair avec une grande difficulté à stabiliser la situation et à des réévaluations fréquentes et chronophages. Lorsque la gestion de l'urgence (liée à une complexité extrême) devient par nécessité le mode de fonctionnement, cela met en péril le gestionnaire de cas et donc la gestion de cas en elle-même.

A ce titre, il est important de revenir sur le fait que l'analyse qui est présentée s'appuie sur le discours des usagers actuels de la gestion de cas qui ne sont sans doute pas exactement les

usagers attendus. En effet, il apparaît une surreprésentation des usagers en posture de refus d'aide et de soin ainsi que des usagers en situation d'urgence ou dans une complexité extrême. Ainsi que cela a été évoqué dans les autres axes de la recherche, cette situation est peut être due à certains dysfonctionnements des principes et outils de la gestion de cas, en particulier la concertation et le guichet unique.

Pour les proches aidants, le gestionnaire de cas apparaît plus véritablement comme cet acteur interstitiel, à cheval entre le vécu de leur situation au quotidien et les professionnels qui gravitent autour. En cela, les proches reconnaissent, au gestionnaire de cas, sa capacité à ouvrir le champ des possibles face à une situation qui semblait conduire à une impasse. Il apparaît également comme un « solutionneur de problème », capable de comprendre et faire face à la complexité du système. Il est un « simplificateur » qui donne les clés ou impulse les démarches nécessaires pour solutionner certains blocages.

Il est apprécié en tant qu'interlocuteur unique, celui à qui l'on va faire appel, signaler les problèmes et dysfonctionnements. Il est aussi considéré comme un partenaire à qui l'on rend des comptes et à qui l'on fait part de son expertise en tant que proche. En cela, les proches reconnaissent, eux-aussi, l'apport du gestionnaire de cas en termes de continuité relationnelle. Ce nouveau partenaire permet de rompre l'isolement dans lequel la relation d'aide enferme le proche.

Enfin, et bien que cela ne soit pas le sujet de recherche de l'axe 3, le travail effectué par le gestionnaire de cas produit également des effets sur le système. Son intervention transversale met au clair certains non-dits ou certaines incompréhensions entre les professionnels et les usagers mais aussi entre les professionnels issus de différentes structures. Il matérialise une vision d'ensemble de la situation en étant un passeur d'informations entre les intervenants et surtout en étant celui à qui on peut s'adresser.

Par ailleurs, les entretiens menés avec les gestionnaires de cas révèlent l'intérêt qu'ils reconnaissent à cette fonction nouvelle dans la mesure où cela s'inscrit dans un schéma global d'intégration. Sans une certaine reconnaissance de leur existence et de leur rôle par leurs partenaires professionnels, leur travail de terrain peut être mis en échec, s'ils sont ignorés ou perçus comme des concurrents.

Face à cette fonction nouvelle, les gestionnaires de cas évoquent aussi leurs difficultés de positionnement. Ils expliquent être souvent tiraillés entre leur fonction de coordinateur qui

implique une certaine prise de recul et la nécessité de conserver une certaine proximité avec les usagers pour conserver leur confiance. Ce dernier point confirme la nécessité d'une formation spécifique pour ces professionnels ainsi que l'intérêt d'équipe pluridisciplinaires permettant le partage des expériences.

### **Bibliographie axe III**

- Balard F, (2010), Les plus âgés des âgés, une culture vivante aux portes de la mort, analyse ethno-anthropologique d'une population en devenir, Editions Universitaires Européennes, 2010, 660p.
- Balard F, (2010), Quels territoires pour les personnes âgées fragiles ?, *Gérontologie et Société*, 132, 177-186.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris: Editions de minuit.
- Clément S., (2005), Idéaltypes de relations familiale et types d'identité d'aidant-e-s, in actes du colloque « L'accompagnement de la vulnérabilité au grand âge » en ligne sur le site de l'Association française de Sociologie réseau « Vieillesse, vieillissement et parcours de vie », <http://perso.numericable.fr/~sitedurtf7/downloads/JE/jetxcllement.pdf>
- Cohen, D. (1991). The subjective experience of Alzheimer's disease: the anatomy of an illness as perceived by patients and families. *American Journal of Alzheimer's Care and related Disorders and Research*, 6, 6-11.
- Cotrell, V. (1993). The perspective of patient with Alzheimer's disease: a neglected dimension of dementia research. *The gerontologist*, 33, 205-211.
- Couturier, Y., Trouvé, H., Etheridge, F., Carrier, D., Somme, D. (2009) Réceptivité d'un modèle québécois d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie en France. *Lien social et Politiques publiques*, 62, 163-174.
- Cowdell, F. (2007). Engaging older people with dementia in research: myth or possibility. *The Author. Journal compilation*, 3, 29-34.
- Cozette, E., Joël M-R., Gramain, A., Colvez, A. (1999). Qui sont les aidants ?, *Gérontologie et société*, 89, 35-49.
- Delbès, C., Gaymu, J., (2005) Qui vit en institution ?, *Gérontologie et Société*, 112, 13-25.
- Glaser, BG., Strauss A. (1967) *Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. Piscataway:Aldine Transaction.
- Goffman, E. (1989). "On fieldwor.". *Journal of Contemporary Ethnography*, 18, 123-32.
- Goffman, E. (1974). *Les Rites d'interaction*. Paris: Éditions de Minuit.
- Hellström, I., Nolan, M., Nordenfelt, L., Lundh, U. (2007). Ethical and methodological issues in interviewing persons with dementia. *Nursing Ethics*, 14, 608-618.
- Izard, M. (2000), *Méthode ethnographique*. In P. Bonte, & M. Izard (Eds.), *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie* (pp. 470-475). Paris: PUF.

- Johnson, J. (2001). In-depth interviewing. In J. Gubrium, & J. Holstein (Eds.), *Handbook of interview research, context and method* (pp 103-121). London: sage publication.
- Kaufmann, J-C. (2007). *L'enquête et ses méthodes, L'entretien compréhensif*, Paris: Armand Collin.
- Laplantine, F. (1993). *Anthropologie de la maladie*, Paris: Payot.
- Lévi Strauss, C.(1985). *La potière jalouse*, Paris: Plon.
- Michel J-P. (2002) *La fragilité est-elle inéluctable avec l'avance en âge ? Vulnérabilité et vieillissement : comment les prévenir, les retarder ou les maîtriser ?*, (pp57-64) Paris : Elsevier.
- Pratt, R., Wilkinson, H. (2001). 'Tell Me the Truth': the effect of Being Told the Diagnosis of dementia from the Perspective of the Person with Dementia. London: The Mental Health Foundation.
- Read, R., Haggerty, J., MacKendry, R., Dissiper la confusion: concepts et mesures de la continuité des soins, Rapport final, Canadian Health Services Research Foundation. En ligne,  
[http://www.chsrf.org/final\\_research/commissioned\\_research/programs/pdf/cr\\_contcare\\_f.pdf](http://www.chsrf.org/final_research/commissioned_research/programs/pdf/cr_contcare_f.pdf)
- Rubin, H., Rubin, I. (1995). *Qualitative Interviewing: The Art of hearing Data*. London: Thousand oaks.
- Somme, D., Trouvé, H., Périsset, C., Leneveut, L., Lavallart B., Kieffer A., Lemonnier S., Saint-Jean O. (2008). « Implanter c'est aussi innover : PRISMA France et la recherche-action<sup>o</sup> ». *Gérontologie et Société*, 124, 95-107.
- Van den Hoonaard, K. (2005). "Am I doing it right?": Older widows as interview participants in qualitative research. *Journal of Aging Studies*, 19, 393-406.
- Veysset, B., (1989), *Dépendance et vieillissement*, Paris : Ed. L'Harmattan, 163p.
- Warren, C. (2001). Qualitative Interviewing. In J. Gubrium, & J. Holstein (Eds.), *Handbook of interview research, context and method* (pp 83-103). London: sage publication.
- Wenger, G. (2001). Interviewing older people. In J. Gubrium, & J. Holstein (Eds.), *Handbook of interview research, context and method* (pp 259-279). London: sage publication.



**BILAN ET PERSPECTIVES**

## 10. BILAN ET PERSPECTIVES

### 10.1. Bilan des recherches PRISMA France

Au terme de 5 années d'expérimentation sur 3 sites, il paraît important de pouvoir faire un bilan de ce que cette expérimentation aura permis de connaître ou de réaliser selon les 2 axes qui la constituent : la recherche et l'action.

#### 10.1.1 Possibilité d'implanter l'intégration : facteurs déterminants de succès ou d'échecs

En regard de la connaissance, le projet PRISMA France a permis de documenter qu'**il est possible d'intégrer les services en France en suivant la méthodologie PRISMA**. Les taux d'implantation obtenus dans les deux sites qui ont poursuivis l'expérimentation jusqu'à son terme sont légèrement supérieur à 50%. Sachant que les taux initiaux étaient autour de 5%, la vitesse d'implantation en 5 ans paraît comparable à ce qui a été rapporté par ailleurs. Il est néanmoins possible qu'un taux supérieur à 70% soit nécessaire pour produire un impact mesurable en termes de santé publique (Hebert, et al., 2010). Les principaux freins à une implantation supérieure sont liés à l'importance de la fragmentation de la gouverne du champ gérontologique en France (Trouve, Couturier, Etheridge, Saint-Jean, & Somme, 2010).

Nous avons ainsi largement documenté, dans le premier rapport ainsi que dans celui-ci, qu'il serait illusoire de vouloir implanter un système intégré sans **commencer par mettre en œuvre une concertation efficace, à la fois au niveau tactique et au niveau stratégique**. Il existe, à tous les niveaux, un **risque important de se lancer dans la démarche pour de « mauvaises raisons », c'est-à-dire pour des raisons principalement externes**, liées à l'opportunité, plus qu'à la conviction, que l'intégration constitue une solution « crédible » à des « problèmes » que les partenaires jugent « prioritaires ». Il paraît important que les partenaires identifient « leur » projet d'intégration comme un projet mené par des partenaires pour eux-mêmes et non un projet porté par une équipe de chercheurs, ou parce que ce serait « dans l'air ». Au final, quel que soit le site, la construction d'une concertation stratégique réellement coresponsable est très complexe. Nous ne pouvons considérer que cette composante est pleinement implantée sur aucun des trois sites. Les mouvements que nous avons documenté tout au long du processus plaident en faveur d'une possibilité d'atteinte de cet objectif à condition de réunir au moins trois paramètres indispensables :

- **une gouverne nationale intégrant elle-même toutes les instances susceptibles**



### **d'interagir avec l'implantation de l'intégration,**

- **une personne dédiée pour faire le lien entre les différents niveaux de gouverne**
- **le temps nécessaire pour la construction lente de la confiance**

#### **10.1.2. Influence du contexte local**

Les trois sites PRISMA France ne sauraient résumer à eux trois la grande variété de contextes locaux français. Cette variété, issue de la grande fragmentation de la gouverne du champ gérontologique fait partie des caractéristiques de notre contexte national relativement à d'autres pays comme le Canada. Il ne s'agit toutefois pas d'une exception. Nombre de pays ont ainsi une gouverne éclatée entre la santé (souvent de responsabilité nationale) et les services sociaux (souvent de responsabilité plus locale : régional ou municipal), citons par exemple le Royaume Uni ou la Suède.

##### **10.1.2.1. Trois sites contrastés : des messages clefs.**

**Dans les sites méga-urbains, la question de l'intégration intra-institutionnelle est centrale.** Il paraît essentiel de s'attacher avant tout à faire le diagnostic précis de la fragmentation à l'intérieur de chaque « grosse organisation ». La prise en compte de cette fragmentation, voire sa réduction, est un élément capital pour la stratégie de pilotage du projet. Chaque organisation de grande taille se trouve devant la nécessité de s'intégrer en interne afin de créer les conditions favorables à l'intégration interinstitutionnelle. Dans cette optique, soulignons que l'intégration est plus un processus continu à renouveler en permanence qu'un « état ». Les forces de fragmentation sont puissantes puisqu'elles respectent beaucoup plus les modalités « habituelles » d'action. Le risque est donc grand qu'un projet visant à intégrer puisse en réalité participer à la fragmentation.

Le site urbain ne nous apporte pas de leçon spécifique au territoire urbain mais il est porteur d'éléments de réflexion sur **la place déterminante que peuvent prendre les conseils généraux dans la mise en œuvre de ce type de projet.** Le conseil général est dans une posture centrale concernant l'offre de services concourant au maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie. Néanmoins, son champ d'action est limité au niveau sanitaire. Cette frontière est importante dans la mesure où l'origine de la perte d'autonomie est presque toujours sanitaire. Lorsque le conseil général, dans ces dimensions à la fois politique et administrative, s'implique dans la mise en œuvre de l'intégration, l'effet d'entraînement des autres partenaires paraît fort. Néanmoins, la difficulté réside, pour le conseil général, à

partager alors la gouverne avec les instances sanitaires à un niveau suffisant de prise de décision. L'enjeu est de taille car dans le cas contraire, le risque de dédoubler le dispositif CLIC est important.

**Dans les sites ruraux un certain nombre d'éléments paraissent déterminants.** Lorsque le territoire rural est une partie d'un territoire plus vaste dans lequel la **ruralité est « enclavée »**, les partenaires du territoire rural peuvent avoir un doute sur la volonté réelle des instances stratégiques de mettre suffisamment de moyens matériels et humains en œuvre pour ce qui leur semble être « secondaire » par rapport aux priorités politiques (la ville, la sécurité, la jeunesse...). Cette posture de doute ne favorise pas un engagement important surtout pour les partenaires hors du « noyau dur » de la coordination qui préexiste fréquemment. Par ailleurs, dans le site rural, la **problématique des transports et des temps de transport** est apparue rapidement centrale, y compris dans la mise en œuvre de la concertation.

#### **10.2.1.2. Les messages clefs pour un pilotage local.**

En dehors des caractéristiques méga-urbaine, urbaine ou rural, ces trois sites nous permettent également de guider d'éventuels pilotes locaux à faire face à différents écueils dont le diagnostic précoce paraît déterminant à la mise en œuvre de l'intégration.

**L'inadéquation des motivations à participer.** Nous avons pu notamment documenter l'importance de cette dimension dans le site méga-urbain. Ainsi, dans ce site, tout au long du projet, les acteurs tactiques (puis stratégiques) du champ social se sont sentis « instrumentalisés » dans un projet qui leur semblait d'abord venir de l'extérieur pour répondre à des problèmes faiblement problématisés. A l'inverse, les acteurs tactiques et stratégiques du champ sanitaire identifiaient dans le projet d'intégration une opportunité à trouver des solutions à des problèmes qu'ils jugeaient prioritaires. Ainsi, quel que soit le temps nécessaire à cela, le pilotage local d'un projet visant l'intégration doit s'appuyer sur un diagnostic partagé des problématiques du territoire transcendant notamment la fragmentation sanitaire/sociale (et au-delà les autres dimensions de la fragmentation : privé/public/associatif ; court et long terme ; institutionnel et libéral).

**Un « Noyau dur ».** Dans les sites où ce « noyau dur » préexiste, les relations entre acteurs tactiques du champ sanitaire et médico-social sont bien sûr des forces sur lesquelles un pilote local devra apprendre à compter. Néanmoins, dans le site rural et dans une moindre mesure

dans le site méga-urbain, de telles pratiques de coordination (où la mission de chacun n'est pas remise en question) est susceptible de ne pas favoriser la volonté de « réorganisation » qui doit prévaloir dans un projet intégratif (où les missions peuvent être l'objet de redéfinition). Par ailleurs, il apparaît que l'existence d'un « noyau dur » ne doit pas limiter la concertation « efficace » à ce « noyau ». L'enjeu est de ne pas construire un « sous-dispositif » mais bien d'agir sur l'ensemble du système.

**Les moyens financiers.** Quel que soit le site, les acteurs tactiques ont tendance à juger du sérieux de ce type de projet aux moyens, notamment financiers, mis en œuvre. Lorsque le territoire est considéré comme « pauvre » localement, comme ce fut le cas du site rural, ce paramètre peut prendre une importance considérable dans la gestion de projet.

**Une gouvernance stratégique faible.** Enfin, l'effet d'une gouvernance stratégique faible dans notre système très fragmenté sera un retour à un mode de gestion de projet de type « let-it happen », où l'essentiel du travail de modification est laissé au niveau tactique, avec une pérennisation assez faible des processus mis en œuvre (ce que nous avons pu constater sur le site rural). Le risque est alors grand de voir émerger de nouvelles structures dédiées par exemple uniquement à la gestion de cas.

### **10.1.2.3. Résultats transversaux aux trois sites**

Sur les trois sites, quoi qu'à des degrés divers de problématisation, on constate une **bonne réceptivité** de l'ensemble des partenaires à l'idée que le système actuel est fragmenté et que cela participe aux difficultés ressenties par les personnes âgées.

**Un des locus importants de motivation dans les trois sites a été la possibilité de développer la gestion de cas.** Même si l'appellation a partout provoqué de vives critiques sans parvenir à une meilleure proposition consensuelle, la nécessité de développer cette pratique professionnelle spécifique n'a que rarement été remise en question. La plus value de cette pratique professionnelle nouvelle était anticipée à tous les niveaux de prise de décision.

**L'importance du pilotage local** peut se lire de façon assez criante dans l'évolution du site rural après le départ du pilote dédié à cette fonction au conseil général et qui ne fut pas remplacée (voir frise chronologique Essonne).

### **10.1.3. Possibilité de mesurer le degré d'intégration**

La méthodologie de recherche que nous avons adoptée dans le projet PRISMA France qui vise à adapter au contexte national français une méthodologie d'intégration d'abord déployée au Québec ne s'est pas limitée aux aspects opérationnels. Le projet PRISMA France apporte des leçons tout à fait nouvelles sur les défis et limites de la mesure du degré d'implantation. L'outil développé et utilisé pour la recherche a eu un impact important sur l'appropriation par les acteurs de la démarche intégrative. Il semble que cette façon de piloter le projet en ayant des résultats objectivables aient été un puissant moteur de motivation. Si l'outil lui-même ne paraît pas utilisable en dehors du cadre de la recherche, et présentait de surcroît quelques faiblesses, il a déjà servi de paradigmes au développement d'outils de gestion de projet à destination de l'équipe de pilotage national de la mesure MAIA d'une part et aux pilotes locaux d'autre part.

Ce travail se poursuivra au-delà de l'expérimentation PRISMA France on peut donc parler sur ce point précis d'impact au long cours. La portée scientifique de ces travaux paraît importante dans la mesure où ils correspondent à un champ jugé prioritaire.

### **10.1.4. Passage d'un projet pilote à une politique publique**

Le projet PRISMA France a été comme scindé en deux périodes du fait de l'apparition dans le champ des politiques publiques de son objet alors même que le projet était en cours. Cette situation offrait une opportunité assez unique d'observation de l'effet de cet événement sur la poursuite du mouvement intégratif. Le premier mouvement a été de se sentir « reconnu » dans le choix fait de participer à l'expérimentation. Néanmoins, les enjeux sémantiques ont été de taille. L'apparition du mot « Alzheimer » dans le nom de la mesure visant à créer l'intégration ainsi que celui de « Maison » furent à l'origine d'une assez grande confusion, là où l'homophilie par ailleurs, des modèles aurait pu apparaître très élevée (tableau élaboré par l'équipe projet). Finalement ce sont les autres facteurs (locus interne ou externe de motivation notamment) qui déterminent de façon forte la représentation finale entre deux expérimentations (PRISMA France puis MAIA) a été vécu comme continue ou discontinue.

### **10.1.5. Influence de la mise en œuvre des Agences Régionales de Santé**

La mise en œuvre de la loi Hôpital Patient Santé Territoire, qui comprend notamment la fusion de 7 institutions ayant des prérogatives stratégiques diverses sur le champ gériatrique dans une seule agence, l'ARS, a été perçue comme un signe fort de la

cohérence de l'intégration avec les politiques publiques actuelles. Cette réforme comporte selon les acteurs un fort potentiel intégrateur du fait des missions. Néanmoins, cette réforme est également « incomplète ». L'articulation en particulier avec les conseils généraux paraît devoir dans le temps pouvoir être la limite de ces possibilités intégratrices. Dans l'immédiat, les mouvements qui ont été enregistrés ne sont pas tous positifs notamment du fait de la concurrence d'innovation que la mise en place concomitante des agences régionales de santé et des MAIA produit (nécessité de priorisation). De ce point de vue, l'incohérence des calendriers paraît criante entre des agences régionales de santé dont la mise en œuvre est inscrite dans un processus de long terme et une politique, celle des MAIA, ayant un calendrier politiquement contraint et qui visent à les associer. Cette difficulté ne semble pouvoir se résoudre sans le partenariat fort au sens des politiques publiques qu'il est nécessaire de créer entre conseil général et agence régionale de santé. C'est probablement dans la force de ce partenariat que se dégagera une condition importante de succès des expérimentations MAIA en cours ou à venir.

#### **10.1.6. Modification des pratiques professionnelles**

L'apparition d'un nouveau professionnel « spécialisé » dans l'intervention auprès des personnes en situation complexe présente, nous l'avons déjà dit, une motivation importante à la participation. Il paraît déterminant de savoir replacer l'apparition de ce nouveau professionnel relativement à la réorganisation nécessaire du système. Sans cette réorganisation préalable et continue, sa capacité d'intervention et d'action systémique s'en trouve extrêmement amputée et le risque d'épuisement professionnel paraît alors important. A l'heure actuelle cependant, si les composantes cliniques de la gestion de cas s'implantent progressivement de façon assez nette, il est possible de noter un certain retard à l'implantation de son action systémique (ce qui est bien sûr à mettre sur le compte d'une implantation incomplète des autres composantes et notamment de la concertation). Le gestionnaire de cas en phase d'implantation du dispositif se trouve aussi être le vecteur ou le promoteur du dispositif tant auprès des publics que vis-à-vis des partenaires.

Globalement, et sans qu'il ne soit possible d'être totalement affirmatif étant donné le faible nombre de gestionnaires de cas interrogés, il semble se dégager trois grandes tendances :

a) **La représentation de la gestion de cas pour les professionnels paraît se rapprocher du travail social.** Ceci provoque plusieurs mouvements :

- Certains services sociaux mettent en exergue le manque d'originalité de la démarche arguant que ce travail est déjà effectué par les services sociaux habituels (oubliant au passage plusieurs dimensions de l'intervention comme la prise en compte de l'état de santé et du plan de soins, l'intervention continue dans le temps et l'imputabilité du travail intensif). Les enjeux de **concurrence professionnelle** que nous avons documentés sont essentiellement avec des services sociaux.
- Les gestionnaires de cas issus du travail social pourraient **avoir tendance à se replier** sur leurs pratiques professionnelles antérieures sans les modifier (donnant ainsi raison à leurs « détracteurs »)
- Les gestionnaires de cas issus du travail sanitaire peuvent se trouver « **mal à l'aise** » à l'idée d'exercer un travail spécifique pour lequel leur formation initiale les a peu ou pas préparés (oubliant par là, l'importance du travail interdisciplinaire dans l'équipe de gestionnaire de cas).

b) Un des aspects marquant de la nouvelle identité professionnelle des gestionnaires de cas est le **rapport à l'usage d'outils** d'évaluation multidimensionnelle standardisés d'une part et d'outils de planification individualisée d'autre part. Cela conduit à un vécu d'intervention plus rigoureuse et plus en profondeur. Ces pratiques appellent à être encadrées dans le cadre de programme de formation spécifique. L'enjeu est celui de l'émergence d'une identité professionnelle de gestionnaire de cas (et cela au-delà même du fait que la gestion de cas se définit d'avantage comme un champ professionnel que comme une nouvelle profession).

c) Enfin, la pratique de la gestion de cas se développe de façon parallèle à la capacité des gestionnaires de cas à travailler en **interdisciplinarité** à la fois entre eux et avec les intervenants auprès des personnes âgées.

#### **10.1.7. Vécu et représentations des personnes aidées**

L'étude anthropologique réalisée au cours du projet PRISMA France nous apporte plusieurs catégories de connaissances.

Les usagers actuellement en gestion de cas dans le cadre des expérimentations PRISMA France sont bien des usagers en situation complexe. Les signes de la complexité de leur situation sont nombreux et peuvent notamment s'appréhender par les difficultés rencontrées par le chercheur pour réaliser l'étude. En effet, ces pratiques présentent des analogies avec les

pratiques professionnelles de la gestion de cas (nécessité de prise de rendez-vous, présence au domicile, nécessité de l'accord de la personne). Les usagers ont globalement été exposés depuis trop peu de temps à la gestion de cas pour en avoir une représentation claire. Cela est d'autant plus vrai que les professionnels eux-mêmes étaient en cours de construction de leur propre identité. Néanmoins les premiers éléments saillants de la représentation sont les suivants :

- le gestionnaire de cas est un acteur de l'interstitiel. Entre le monde des « professionnels » dans lequel les personnes en perte d'autonomie sont confrontées à leurs pertes, et le monde des « aidants » sur lesquels « on peut compter » car ils peuvent recevoir en échange. La qualité de l'écoute paraît du point de vue des usagers, un élément surdéterminant de la qualité de l'intervention.
- les gestionnaires de cas sont des acteurs dont l'intervention passe par des « questions ». Si ce mode de relation évoque aux usagers celui du travail social, il est possible également d'y voir la traduction dans le discours des personnes des pratiques professionnelles marquées par la rigueur du questionnement (outils d'évaluation multidimensionnelle standardisé).
- pour les usagers, comme pour les aidants, le gestionnaire de cas en « facilitant » la lecture et le décryptage du système et la mise en œuvre des solutions adaptées permet le maintien à domicile. Or, la priorité de ce choix paraît extrêmement intense dans la parole des usagers de la gestion de cas.

Concernant l'appellation, les usagers n'y font pas référence (tout comme les autres titres professionnels auxquels globalement ils ne prêtent pas attention). Soulignons enfin, que si les usagers de la gestion de cas sont bien en situation complexe, ils ne couvrent sans doute pas l'ensemble du spectre de la complexité mais se concentrent sur les situations d'extrême complexité. A terme, il paraît souhaitable que la gestion de cas puisse rejoindre des personnes en situation complexe en amont de ces situations extrêmes afin de développer toutes les stratégies préventives possibles.

## **10.2. Autres retombées du projet PRISMA France.**

Le projet PRISMA France a connu des retombées en dehors du protocole du projet et des recherches associées prévu initialement.

### **10.2.1. Le Prix du manager public de l'année.**

En février 2008 le « Prix du manager public de l'année » a été attribué pour le projet PRISMA France. En attribuant ce prix, le jury reconnaissait à ce projet, sa participation à une modernisation des services publics et son caractère innovant.

### **10.2.2. Le Diplôme universitaire de gestionnaire de cas.**

Depuis 2007, un diplôme universitaire est ouvert à l'Université Paris Descartes afin de former à leurs fonctions les gestionnaires de cas. Dans un premier temps, cette formation fut dédiée aux seuls gestionnaires de cas de l'expérimentation PRISMA France, ce qui limitait les promotions à 4 ou 5 étudiants. Grâce à l'interactivité de ces formations, il a été possible de mieux cerner les besoins de formation des professionnels eu égard à la gestion de cas. Au moment de former, tous les gestionnaires de cas de l'expérimentation MAIA, le diplôme universitaire s'est donc trouvé être un moyen idéal d'assurer une formation homogène et attractive (car diplômante) à tous ces nouveaux professionnels. La poursuite de l'axe 2 et de l'axe 3 a par ailleurs permis de continuer à mieux cerner les besoins de formation. Le diplôme est actuellement sur le point de devenir interuniversitaire afin d'offrir un accès à ces formations au plus proche du lieu d'exercice et de multiplier les centres de références de compétence professionnelle.

### **10.2.3. La participation à l'expertise MAIA**

La participation des membres de l'équipe PRISMA France au pilotage national de l'expérimentation MAIA est un des fruits les plus directs de l'expérimentation. En effet, l'expérience acquise durant le pilotage opérationnel de l'expérimentation PRISMA France a pu être utilisée afin de gagner un précieux temps dans l'opérationnalisation de l'expérimentation MAIA. Le partage de référentiel commun de langage au sein de l'équipe de pilotage national fut en effet un des premiers enjeux. La participation des membres de l'équipe de pilotage de façon directe ou indirecte à l'expérimentation PRISMA fut à l'évidence un élément facilitant dans cette démarche.



#### **10.2.4. La participation à l'actualisation des connaissances sur la gestion de cas**

La fondation pour la coopération scientifique sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées a souhaité organiser un colloque sur les expériences internationales de gestion de cas (« case management »). L'équipe PRISMA France a été associée à cet événement du fait de la connaissance spécifique produite en France par l'axe 2 de la recherche (Pr Y. Couturier).

#### **10.2.5. Modèle théorique de diffusion de l'innovation**

Notre équipe a utilisé les récentes théories de diffusion de l'innovation afin de les appliquer à l'analyse de la gestion du changement produit durant les deux premières années de PRISMA (annexe 2). Durant ces deux années, les mouvements paraissaient peu clairs pour une partie des partenaires ce qui amenait à poser la question du verre à moitié plein ou à moitié vide. Dans ce débat, l'essentiel réside dans une bonne appropriation de la trame temporelle par l'ensemble des personnes en charge du changement (en l'occurrence l'équipe projet et le comité de pilotage national). L'enjeu est de permettre un certain degré d'adaptation dans l'innovation par les « adopteurs » mais que cette adaptation ne dénature pas l'innovation initiale. L'importance d'un pilotage national stratégique et tactique permettant de mettre en lumière l'ensemble des modifications institutionnelles nécessaires est largement documenté dans cet article. Cet article permet donc un retour réflexif à la fois sur le résultat mais surtout sur le mode de gestion du changement adopté dans PRISMA France. Si les résultats ne permettent pas de remettre en cause ce mode de conduite ils soulignent l'importance d'en mesurer pleinement les enjeux dès le début du pilotage à tous les niveaux d'une telle expérimentation.

#### **10.2.6. Modèle théorique d'analyse des contextes nationaux de fragmentation institutionnelle.**

Notre équipe a également utilisé le cadre théorique du sentier de la dépendance afin d'évaluer la fragmentation institutionnelle française (annexe 2). Dans le champ de la recherche sur l'intégration au niveau international, le consensus n'est qu'une des dimensions clés de l'intégration. Sans l'intégration institutionnelle, les projets restent le plus souvent au niveau de la coordination, quand ils ne sont pas seulement portés à bout de bras par des leaders charismatiques. Néanmoins, la littérature internationale ne donnait pas de cadre théorique précis pour évaluer et éventuellement comparer les systèmes institutionnels en jeu dans les expérimentations d'intégration. Grâce à l'analyse en profondeur de notre système de santé, des positionnements et de la réactivité des acteurs impliqués dans le projet PRISMA France,

notre équipe a proposé l'utilisation du cadre théorique du sentier de la dépendance comme moyen d'expliquer la trame temporelle et les difficultés singulières rencontrées lors de l'initiation du projet PRISMA en France.

#### **10.2.7. Un questionnement éthique**

L'apparition d'un nouveau champ professionnel a déclenché comme nous l'avons vu une intense réflexion éthique localement portant notamment sur les pratiques d'évaluation et de partage de l'information. Bien que le projet PRISMA n'avait pas prévu dans son protocole d'étudier spécifiquement les questions éthiques, il a été possible de débiter une réflexion sur ce thème à partir des entretiens réalisés pour l'axe 2, enrichi de groupes de discussions focalisés. Ce travail a fait l'objet d'un master d'éthique du Dr Corvol (annexe 4) et se poursuit actuellement par une thèse sur le même sujet. Ces travaux ont été accueillis avec beaucoup de satisfaction par la communauté des premiers gestionnaires de cas des MAIA.

### **10.3. PRISMA France et la poursuite du plan national Alzheimer : Apports et limites**

Comme cela a déjà été signalé, le projet PRISMA France était cité dans le rapport Ménard, préparatoire au plan national Alzheimer 2008-2012. La mesure 4, celle des MAIA, reprend intégralement les outils et mécanismes de la méthodologie PRISMA. Il s'agit bien sûr du fruit le plus concret de l'expérimentation PRISMA.

#### **10.3.1 Apports**

Les apports du projet PRISMA France dans le pilotage de la mesure 4 du plan sont multiples. En dehors des outils et mécanismes qui sont les mêmes et de la formation des gestionnaires de cas dont il a déjà été question, les apports ont été notamment déterminants au début du pilotage de la mesure 4, en insistant sur le rôle central et essentiel du pilote local comme relai du pilotage national. La gestion du changement s'est inspiré du modèle de type « help-it happen » utilisé dans PRISMA mais en l'explicitant d'avantage et en amplifiant sa diffusion. Par ailleurs les outils de diagnostic, d'aide au pilotage ou d'évaluation du degré d'implantation utilisé par l'équipe de pilotage national sont souvent des adaptations d'outils utilisés dans l'expérimentation PRISMA France. Lors de la formation des pilotes ou de leur accompagnement surtout au début, l'influence de l'expérience acquise durant le projet PRISMA fut importante. Enfin les travaux d'adaptation des outils d'évaluation et de charte éthique réalisés par les sites expérimentaux PRISMA France ont été diffusés aux pilotes des autres expérimentations MAIA

#### **10.3.2 Limites**

Le passage de trois sites expérimentaux à une politique publique destinée à être généralisée et qui se déploient sur 17 sites soulèvent des enjeux que l'expérimentation PRISMA ne pouvait anticiper ou documenter. Tout d'abord les sites expérimentaux ont été choisis notamment pour leur diversité ce qui a sélectionné des territoires qui, en moyenne, sont de taille largement supérieure à ce qui avait été réalisé dans PRISMA. Rappelons que dans l'expérimentation PRISMA France le territoire n'était pas défini *a priori* mais était un territoire de proximité (le territoire d'action des CLICs était pris en exemple). Au final, sur Paris et Essonne, le territoire était bien celui du CLIC (mais du fait de la ruralité le territoire de l'Essonne était vaste sur le plan géographique), sur le Haut-Rhin il s'agissait du territoire d'action d'un pôle gérontologique (Illzach) et du territoire de la ville de Mulhouse, territoire d'action du CLIC de Mulhouse. Les territoires MAIA ont souvent été de plus grande taille couvrant dans certains cas l'ensemble d'un territoire départemental. La gestion du projet à cette échelle nécessitait

des adaptations que l'expérimentation PRISMA France n'était pas en mesure d'éclairer. La grande diversité des pilotes locaux dans l'expérimentation MAIA permettra également d'avoir une meilleure connaissance des pratiques professionnelles, compétences clefs et nécessités de formation de ces nouveaux professionnels, ce que n'aurait pas permis une expérimentation sur 3 sites. Même si les pratiques professionnelles ont pu être étudiées dans l'expérimentation PRISMA, il est certain que l'augmentation du nombre de gestionnaires de cas permettra à l'expérimentation MAIA enrichir les données apportées par l'expérimentation PRISMA.

Malgré l'expérimentation PRISMA France, et l'importance soulignée dans le rapport intermédiaire de la construction d'une table stratégique, cette composante reste encore à l'heure actuelle la plus problématique sur l'ensemble des sites MAIA. Comme nous le rapportons ici, le pilotage local semble déterminant pour construire les deux tables de concertation. De ce point de vue, la parution de ce rapport, au moment où l'expérimentation MAIA s'apprête à passer en phase de généralisation paraît très opportune.

#### **10.4. Témoignage : expérimentation PRISMA**

J'utiliserais dans ce court paragraphe, en tant que responsable du projet et des recherches PRISMA France, la première personne du singulier. L'idée de ce paragraphe m'est venue de la récurrence de questions qui me sont posées par des pilotes ou des partenaires.

Et si c'était à refaire ?

- Sans hésiter je me relancerais dans l'aventure. Bien sûr, rien ne pourrait être identique car le système français a beaucoup changé en 5 ans et ma propre connaissance de ce système s'est également améliorée. Néanmoins, tout ce que j'ai pu apprendre de la part des partenaires stratégiques, tactiques ou cliniques depuis 5 ans, et ce dans toute la France, n'a fait que renforcer ma conviction que notre système n'est pas suffisamment préparé aux défis démographiques et épidémiologiques qui s'en viennent. Les initiatives souvent désordonnées de tels ou tels acteurs « de bonne volonté », les mises en concurrence de partenaires par des injonctions incohérentes de la part des institutions stratégiques, l'absence de lisibilité de notre système pour les personnes et pour les proches, sont autant d'exemples fréquents qui appellent à l'intégration. De plus, si j'ai souvent entendu des discours septiques sur l'intégration de la part d'acteurs (souvent investis dans la coordination de longue date), les acteurs une fois engagés dans le processus m'ont toujours fait part de leur enthousiasme à utiliser cette méthodologie.

Que feriez-vous de la même façon, que changeriez-vous ?

- Le protocole de recherche et les recherches qui ont été réalisées ne m'ont jamais déçus. Je ne changerais rien à cela (en considérant bien sûr que les résultats apportés ici ne seraient pas connus).
- Sur le plan opérationnel, je n'aurais pas organisé l'équipe de la même façon. J'ai toujours beaucoup cru à l'importance d'obtenir une concertation stratégique suffisamment investie mais je ne crois pas possible que cela puisse se réaliser tant que « l'expérimentation » est portée à l'extérieur des instances stratégiques elles-mêmes qui se positionnent alors plus en suivi de dossier voire en posture de prise d'information mais qui n'atteignent pas réellement le degré de la co-construction. Si je devais aujourd'hui refaire PRISMA, je ne demanderais pas seulement « l'autorisation » au conseil général et à l'ARS de faire l'expérimentation sur un

territoire défini, je leur demanderais de s'engager avec moi en me désignant un pilote à l'intérieur de l'une ou l'autre des structures qui ait suffisamment de pouvoir pour réunir la table de concertation stratégique. Le pilote local peut parfois assumer cette tâche quand il émane d'une instance stratégique comme le conseil général mais avec le recul il me semble qu'il serait préférable de lui adjoindre alors un alter égo de l'agence.

Quel est le principal fruit de PRISMA si vous ne deviez en garder qu'un seul ?

- C'est bien sûr une question sans réponse absolue puisque les fruits sont nombreux et qu'ils s'enrichissent les uns des autres. J'insisterais encore ici néanmoins sur le fait que nous avons très largement documenté à quel point il est illusoire de vouloir faire de l'intégration, de la gestion de cas, d'utiliser des outils ou de bâtir un système d'information et encore moins un guichet unique sans mettre d'abord en œuvre une concertation efficace à la fois sur le plan tactique et sur le plan stratégique avec un bon niveau de représentation à chaque niveau et sans mélange des deux niveaux.

## **10.5. Pistes de recherches futures, liens aux autres programmes de recherche**

Le programme PRISMA France ouvre des pistes des recherches pour le futur :

La première question qu'il est bien sûr essentielle d'évoquer ici est celle d'une étude d'impact visant à établir sur des données de devenir l'impact populationnel de la mise en place d'un réseau intégré. On pense par exemple à l'amélioration de la qualité de vie, de la satisfaction, de l'autonomie, ou à une meilleure utilisation de l'hôpital ou des médicaments par exemple. L'idée est, bien sûr, de ne pas comparer les usagers de la gestion de cas à des personnes qui relèveraient de la gestion de cas et à qui on ne permettrait pas l'accès à ce service, car cela paraîtrait éthiquement difficile à défendre et pratiquement impossible à mettre en œuvre. Il s'agit donc bien de comparer ces paramètres en fonction d'une population cible dans des territoires avec l'organisation intégrée versus sans cette organisation.

On le voit, le préalable à cette étude qui s'avérera à terme indispensable, est d'avoir un moyen d'évaluer le niveau d'intégration sur chaque territoire, ce qui nécessite de parfaire les outils mis au point durant l'expérimentation PRISMA France et déjà adaptés durant l'expérimentation MAIA.

Reste aussi à confirmer ou infirmer le potentiel intégrateur de la réforme de la loi HPST et de la création des ARS. Il paraît aujourd'hui prioritaire d'étudier la réceptivité de ces agences aux concepts de l'intégration et les stratégies construites de façon concertée pour la mettre en œuvre avec les conseils généraux.

La question des pratiques professionnelles usuelles des professionnels de la « coordination » devraient faire l'objet d'une étude comparative tellement ce mot paraît relever des réalités extrêmement hétérogènes. Cela offrirait une occasion de mieux définir la différence avec les pratiques professionnelles de la gestion de cas. Il paraît important dans cette approche, comme cela a été fait dans l'expérimentation PRISMA France, de recueillir à la fois la parole des professionnels et celle des usagers.

La question de la formation des gestionnaires de cas restent une question ouverte. La formation proposée est-elle adéquate ? Quels sont les besoins complémentaires ? Quel type de suivi proposé après la formation ?

La question des pratiques professionnelles et des enjeux éthiques de la gestion de cas paraît devoir continuer à être étudiée notamment après la phase de mise en œuvre, afin d'accéder aux pratiques « usuelles » de gestion de cas. Ce d'autant que la mise en œuvre à plus large échelle en France de cette fonction offre l'opportunité de comparaison internationale.

Durant l'expérimentation PRISMA France, les sites ont choisis le même outil d'évaluation multidimensionnel (OEMD basé sur le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle). Durant l'expérimentation MAIA, les sites se sont répartis sur trois outils. Les conditions d'implantation de ces différents outils ont fait l'objet d'une étude spécifique intitulée POEM pour la CNSA et la fondation pour la coopération scientifique. L'importance des outils dans les pratiques professionnelles de gestion de cas invitent à poursuivre les études dans ce domaine également.

Enfin, comme nous l'avons dit plus haut la question du pilotage local de ce type d'expérimentation paraît centrale. Des travaux sont en cours durant l'expérimentation MAIA pour parfaire les connaissances relatives à cette fonction.



## **Bibliographie**

Hebert, R., Raiche, M., Dubois, M. F., Gueye, N. R., Dubuc, N., & Tousignant, M. (2010).

Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): A quasi-experimental study. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, *65B*(1), 107-118.

Trouve, H., Couturier, Y., Etheridge, F., Saint-Jean, O., & Somme, D. (2010). The path dependency theory: analytical framework to study institutional integration. The case of France. *Int J Integr Care*, *10*, e049.



## 11. CONCLUSION

Il est délicat bien sûr de vouloir apporter une conclusion en quelques lignes à ce qui fut un travail collaboratif interdisciplinaire impliquant durant 5 années un peu plus d'une dizaine de personnes. PRISMA France a été plus qu'un projet unique mais la conjonction des plusieurs axes de recherches comme le pluriel utilisé dans l'acronyme l'annonçait. Aujourd'hui, les retombées de ce projet sont importantes, tant au niveau local sur les sites expérimentaux qu'au niveau national avec la mise en œuvre des MAIA et des gestionnaires de cas. Notre principal résultat restera qu'il semble possible d'implanter l'intégration en France selon la méthodologie PRISMA mais que cette implantation est complexe et nécessite du temps et une personne dédiée. Certains résultats sont d'ores et déjà publiés dans des revues scientifiques internationales, d'autres articles sont en cours d'écriture ou de corrections pour la communauté scientifique internationale sur l'organisation des systèmes (*Health Services Research*). Fidèle à la pratique de la recherche-action, les résultats de PRISMA France ont été délivrés au niveau local, comme auprès des décideurs, de façon continue afin de permettre les prises de décisions adéquates. Ainsi, ces résultats ne sont-ils pas seulement des résultats de « chercheurs » pour les « chercheurs ». Au contraire, ils ont pour beaucoup d'entre eux déjà participé à des prises de décisions de pilotage. Notre volonté était de réconcilier l'approche pragmatique des décideurs à tous les niveaux de décisions et la production de résultats scientifiques. L'ambition était de participer à la création d'une « organisation de notre système basée sur les preuves », à l'image de l'évolution de la médecine et de l'importance de la « médecine basée sur les preuves ». Bien sûr, un seul projet sera insuffisant à atteindre cet objectif. Cependant l'internalisation rapide de nos résultats et les produits très concrets de nos travaux, tels que la formation ou les outils cliniques, nous permettent de penser que nous avons participé à ce mouvement. Nos travaux trouveront naturellement leurs suites dans les recherches à venir autour des MAIA dans le cadre du plan national Alzheimer, dans le cadre de la mise en œuvre de la loi Hôpital Patient Santé et Territoire et notamment des Agences Régionales de Santé et naturellement des travaux autour du 5<sup>e</sup> risque.



**ANNEXES**

## **ANNEXE 1. Productions scientifiques dans le cadre du projet PRISMA-France**

### **➤ Articles dans Revues scientifiques à comité de lecture**

- Trouvé H., Couturier Y., Saint-Jean O., Somme D. L'organisation en réseau dans le champ gérontologique : à la recherche d'un nouveau mode de gouvernance ? *Géographie, économie, société*, 12 (2010): 31-52.
- Trouvé H., Couturier Y., Etheridge F., Saint-Jean O., Somme D. The path dependency theory: analytical framework to study institutional integration. The case of France. *International Journal of Integrated Care*, 10 (2010): e01-e09.
- Somme D., Carrier S., Trouvé H., Gagnon D., Dupont O., Couturier Y., Saint-Jean O. Niveau de preuve de la gestion de cas dans la maladie d'Alzheimer : revue de littérature. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 7 (2009): 29-39
- Couturier Y., Trouvé H., Gagnon D., Etheridge F., Carrier S., Somme D. Réceptivité d'un modèle québécois d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie en France. *Lien social et Politiques*, 62 (2009): 163-174.
- Etheridge F., Couturier Y., Trouvé H., Saint-Jean O., Somme D. Is the PRISMA-France glass half-full or half-empty? The emergence and management of polarized views regarding an integrative change process. *International Journal of Integrated Care*, 9 (2009): e01-e011.
- 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. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 56 (2008): 54-62.
- 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. *Gérontologie et Société*, 124 (2008) : 95-107.
- 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 - Revue de l'Ordre Professionnel des Travailleurs Sociaux du Québec*, 127 (2007): 6-15.

## ➤ **Chapitres d'ouvrage**

Trouvé H., Veil A., Hébert R., Somme D. The PRISMA France study: Is there a way to measure implementation of integration in different countries? In Krzysztof S. (Ed.) Health Management. Sciyo: Vienne (2010): 1-18.

Somme D., Trouvé H. Implanter et évaluer une politique d'intégration des services aux personnes âgées : l'expérimentation Prisma France. In Fouquet A., Méasson L. (Eds.) L'évaluation des politiques publiques en Europe Cultures et Futurs. L'Harmattan : Paris (2009): 385-395.

Trouvé H., Somme D. 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. (Eds.), 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. (Eds.), L'intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action. EDISEM: Québec (2007): 529-547.

## ➤ **Actes de communications colloques et congrès**

63st Annual Scientific Meeting - The Gerontological Society of America, Transitions of Care. Across the Aging Continuum, New Orleans, Louisiana, November 19-23, 2010

- Network Integrated Model based on Case Management in France: Research Results and Policy Issues

LSE PSSRU Long Term Care 2010, Evidence-based Policy in Long-term Care, London, UK, 9- 11 September, 2010

- Is there a way to measure implementation of Integrated Services Delivery (ISD) in different countries? The case of the PRISMA Implementation qualitative methodology
- Analysis of the French system for Persons in complex situations in regard of the implementation of a public policy aiming to integrate health and social services

10th Annual Integrated Care Conference, All Together Now: Exploring the Many Faces and Facets of Integrated Care?, Tampere, Finland, June 16-18, 2010.

- Integrated care for patients with dementia in the Netherlands and France
- Institutional integration in France: Health Regional Agencies and Integrated Services Delivery
- Practices of writing integration from the viewpoint of clinical files in the context of implementation of PRISMA-France
- Study of the elements of coordination conventions from the effective practices in case managing

9th Annual Integrated Care Conference, Lost in Transition: Meeting the Challenge through Integrated Care, Vienna, Austria, 3 - 6 November, 2009.

- Institutional integration, Health and social care policy and social welfare: an application of the “path dependency” theory in France.
- The PRISMA France study: Implementation rate and factors influencing this rate
- Analysis of the French system for persons in complex situations in regards to the implementation of a public policy aims to integrate health and social services

19th World Congress of Gerontology and Geriatrics - IAGG, Paris, France, 5-9 July, 2009.

- Integrated networks in France: the necessity of integrating the public policy making framework.
- Level of evidence for case management in Alzheimer’s disease: Literature review

61st Annual Scientific Meeting— The Gerontological Society of America, Resilience in an Aging Society: Risks and Opportunities, National Harbor, Maryland, November 21-25, 2008.

- 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)
- Implementation measurement method of an integrated services delivery model for older people: the PRISMA France experiment

8th Annual Integrated Care Conference, Integrated Care and the Management of Chronic Illness, Göteborg, Sweden, 6-7th March, 2008.

- Implementation of an evidence-based integration model in France: Project and Research on Integration of Services to Maintain the Autonomy (PRISMA)
- Is there a way to measure implementation of integration in different countries? The case of the PRISMA Implementation qualitative methodology



- 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.

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)

Réseau de santé, intégration des services gérontologiques : Quel modèle d'évaluation ?, Paris, France, les 21 et 22 juin 2007.

Implanter c'est aussi innover ! Présentation du Programme d'implantation, du modèle PRISMA dans le contexte français

24ème congrès International de la Société de Psychogériatrie, Lyon, France, 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

29èmes Journées Annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, Paris, France les 21-23 octobre 2007.

Intégration et case-management : le projet PRISMA France



## **ANNEXE 2. Glossaire**

AGEP : Association Gériatrique de l'Est Parisien

AMSAD : Association Médico-sociale pour les Personnes Âgées

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

APAMAD : Association pour l'accompagnement et le Maintien à domicile

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de la Santé

CCAS : Centre Communal d'action sociale

CASVP : Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris

CDS : Comité départemental Stratégique

CG : Conseil général

CLIC : Centre 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, à savoir aussi appelés « coordonnateur » selon la mesure 5 du PNA

HAD : Hospitalisation A Domicile

MAIA : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (mesure 4 du PNA)

OEMD : Outil d'Evaluation Multidimensionnelle

PPE : Point Paris Emeraude (= CLIC à Paris)

PNA : Plan National Alzheimer 2008-2012

RAG : Réseau Alsace Gérontologie

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

SAD ou SAAD : Services d'aide à domicile ou Services d'aide et d'accompagnement à domicile

SPASAD : Services polyvalent d'aide et de soins à domicile (SSIAD+ SAAD)

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 3. Mémoire enjeux éthiques de la gestion de cas.**

Faculté de médecine Paris V Laboratoire d'Éthique médicale et de Médecine légale

#### **Mémoire pour le Master 2 de recherche en Éthique Médicale**

Présenté le 28 juin 2010 par **Aline Corvol**

**Gestion de cas en gérontologie :**

**Étude de la cohérence entre valeurs professionnelles et pratiques**

Directeur : Dr Dominique Somme

Co-directeur : Dr Grégoire Moutel

*Le mémoire sera envoyé sur demande en format PDF ([aline.corvol@egp.aphp.fr](mailto:aline.corvol@egp.aphp.fr) ou [dominique.somme@egp.aphp.fr](mailto:dominique.somme@egp.aphp.fr)) 96 pages ; 49 références*

#### **RESUME**

La gestion de cas en gérontologie constitue un nouveau champ professionnel en France, à la rencontre des secteurs sanitaires et sociaux, dans lequel un professionnel assure la coordination de l'ensemble des intervenants auprès d'une personne âgée fragile. Cette mission s'appuie sur le principe éthique de bienfaisance, et interroge les principes de respect de l'autonomie, de justice et de non-malfaisance. Notre travail a visé à caractériser les conflits de valeurs rencontrés par les gestionnaires de cas en France. A partir d'une recherche documentaire, d'une analyse *a posteriori* d'entretiens individuels, et de « Focus groups » (groupes de discussion), nous avons tenté d'identifier et de confronter les valeurs qui sont transmises aux gestionnaires de cas, celles qu'ils revendiquent et celles qu'ils mettent en pratique. Les situations rapportées ont concerné l'équilibre entre protection de la personne et respect de son autonomie, les conditions du partage d'information et la question de la répartition des ressources. Les gestionnaires de cas ont en particulier exprimé leur attachement à l'idée de respect de la personne, et à la nécessité de prendre des risques pour respecter sa volonté. L'évaluation de la cohérence entre valeurs transmises et pratiques, et la mise en perspective des principes éthiques attachés à la gestion de cas en France par l'analyse de la littérature internationale, nous ont conduit à proposer des ajustements quant à l'enseignement que reçoivent les gestionnaires de cas, et à préciser le rôle de l'institution.

#### **ABSTRACT**

Case management in gerontology is a new professional field in France, at the intersection of the health and social sectors, in which a professional coordinates all services for a frail elderly. This mission is based on the ethical principle of beneficence, and questions principles of respect for autonomy, justice and non-maleficence. Our work aimed to characterize conflicts of values encountered by french case

managers. Based on an information retrieval, an *a posteriori* analysis of interviews and focus groups, we tried to identify and confront values that are taught to case managers, values that they put forth, and values they bring into practice. The cases reported concerned balance between safety and respect for autonomy, information sharing and resource allocation. Case managers insisted on the idea of respect for the person, and the need to take risks to respect the will of a person. Evaluation of consistency between transmitted values and practices, and comparison between ethical principles linked with case management in France, and in international literature, led us to propose adjustments for the University teaching Case managers receive, and to clarify the role of the institution.

## **ANNEXE 4. Grille d'évaluation de l'implantation du modèle PRISMA France.**

### **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'EVALUATION : 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'EVALUATION : 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
<b>1.1. Présence d'une structure pour se concerter</b>	<b>Existe-t-il un mécanisme de concertation ?</b>	<b>3 points</b>	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 :</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>			
<b>1.2. Représentation des acteurs concernés</b>	Les membres représentent-ils <b>tous les groupes d'acteurs concernés</b> par les réseaux intégrés de services ?	<b>3 points</b>	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 :</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>			
<b>1.3. Continuité de la représentation</b>	Les acteurs concernés ont-ils tous des <b>représentants stables</b> ?	<b>3 points</b>	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)

<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'acteur</i></p>			
<b>1.4. Participation régulière</b>	Les représentants participent-ils <b>régulièrement</b> aux rencontres ?	<b>3 points</b>	Stabilité de la représentation de chaque groupe d'acteurs par rapport au nombre total de groupes d'acteurs (Méthode de notation par pourcentage)
<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></p>			
<b>1.5. Acteurs informés des changements dans les services</b>	Les acteurs <b>partagent-ils de l'information</b> sur les changements, dans les services aux personnes âgées visées, au sein des CDS et des CLO ?	<b>4 points</b>	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)
<p><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></p>			
<b>1.6. Acteurs inscrits dans une régulation partenariale du continuum de services</b>	Les acteurs jouent-ils un rôle dans la <b>régulation du continuum</b> de services ?	<b>4 points</b>	La régulation partenariale correspond aux niveaux d'engagement illustrés par les types de décisions. Base unitaire échelonnée : - 1 pt 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)
<p><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></p>			
		<b>/20 points</b>	

## 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
<b>2.1. Profession de gestion de cas</b>	2.1.1. Quel est l' <b>écart</b> du nombre de gestionnaires de cas (ETP) en poste comparé à l' <b>objectif</b> fixé par les acteurs CDS/CLO ?	4 points	Base unitaire décomposée : <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 points pour les engagements des organismes en cours de réalisation (Méthode de notation relative : 0,5 - 1 - 1,5 - 2)</li> <li>- 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)</li> </ul>
	2.1.2. Les gestionnaires de cas ont la <b>possibilité de suivre une formation</b> de qualité ?	4 points	Base unitaire décomposée : <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 points pour la présence de tous les gestionnaires de cas à l'intégralité des sessions de formation (Méthode de notation par pourcentage</li> <li>- 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)</li> </ul>
	2.1.3. Le nombre de gestionnaires de cas (ETP) en poste est-il cohérent avec l' <b>estimation</b> faite par le comité de pilotage ?	2 points	(Méthode de notation relative : 0,5 - 1 - 1,5 - 2)

<p style="text-align: center;"><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>Dénombrement du nombre de gestionnaires de cas en équivalent temps plein (ETP)</i></p>			
<b>2.2. Fonctions du gestionnaire de cas</b>	2.2.1. Quel est l'écart entre le Caseload moyen des gestionnaires de cas et celui recommandé (40 par gestionnaire de cas) ?	<b>5 points</b>	<p>(Méthode de notation relative avec seuil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0% : 0 point</li> <li>- 20% : 1 point</li> <li>- 40% : 2 points</li> <li>- 60% : 3 points</li> <li>- 80% : 4 points</li> <li>- 100% : 5 points</li> <li>- 120% : 4 points</li> <li>- 160% : 2 points</li> <li>- 180% : 1 point</li> <li>- 200% : 0 point)</li> </ul>
	2.2.2. Dans les dossiers de gestion de cas, y a-t-il des <b>traces des échanges d'informations et des systèmes utilisés</b> pour ces échanges ?	<b>5 points</b>	<p>Recensement nature et quantité des échanges d'informations  Base unitaire décomposée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 point pour contacts avec médecin traitant (Méthode de notation par pourcentage par dossier)</li> <li>- 2 points pour traçabilité de la coordination des intervenants (Par dossiers et intervenants pertinents : 0,5 - 1 - 1,5 - 2)</li> <li>- 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)</li> </ul>
<p><i>Méthode 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 anonymisés des personnes suivies en gestion de cas</i></p>			
		<b>/20 points</b>	

## 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
<b>3.1. Existence d'une porte d'entrée unique à la gestion de cas</b>	3.1.1. Le guichet unique est le seul <b>moyen d'accès à la gestion de cas</b> ?	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 <b>lieu d'interaction et de liaison des secteurs sanitaires et sociaux</b> ?	2 points	(Méthode de notation relative : 0,5 - 1 - 1,5 - 2)

<b>3.2. Guichet unique centralisateur de l'information sur le réseau de soins et services</b>	3.2.1. Le guichet unique est une <b>structure d'accès à l'information</b> sur le réseau ?	3 points	<p>Base unitaire décomposée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 points pour information accessible : <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 point : aux personnes âgées et leur entourage (Méthode de notation binaire : Oui = 1 / Non = 0)</li> <li>- 1 point : aux professionnels (Méthode de notation binaire : Oui = 1 / Non = 0)</li> </ul> </li> <li>- 1 point pour moyens d'accès à l'information : <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0,5 point : téléphone (Méthode de notation binaire : Oui = 0,5 / Non = 0)</li> <li>- 0,5 point : déplacement sur place (Méthode de notation binaire : Oui = 0,5 / Non = 0)</li> </ul> </li> </ul>
	3.2.2. Le guichet unique est une <b>structure d'information crédible</b> sur le réseau ?	2 points	<p>Base unitaire décomposée : un professionnel est responsable de définir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 point : une méthode de recueil des informations (Méthode de notation binaire : Oui = 1 / Non = 0)</li> <li>- 1 point : une méthode d'actualisation des informations (Méthode de notation binaire : 1 point : Oui = 1 / Non = 0)</li> </ul>
<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>			
<b>3.3. Repérage</b>	Le guichet unique fonctionne avec un <b>outil dédié et commun pour repérer</b> les personnes âgées à risque de perte d'autonomie ?	6 points	<p>Base unitaire décomposée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 points : procédure de repérage définie (Méthode de notation binaire : Oui = 2 / Non = 0)</li> <li>- 2 points : procédure de repérage respectée pour l'accès à gestion de cas (Méthode de notation par pourcentage)</li> <li>- 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)</li> </ul>

<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>			
<b>3.4. Fonction de triage</b>	Le guichet unique permet de <b>coordonner l'accès</b> aux soins et services ?	<b>2 points</b>	<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"> <li>- 1 point : réalisation de la fonction (Méthode de notation relative : 0 - 0,25 - 0,5 - 0,75 - 1)</li> <li>- 1 point : efficacité de l'orientation (Méthode de notation relative : : 0 - 0,25 - 0,5 - 0,75 -1)</li> </ul>
<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>			
<b>3.5. Stratégie proactive</b>	Les professionnels du guichet <b>utilisent la relance</b> dans une perspective préventive de la perte d'autonomie ?	<b>3 points</b>	<p>Base unitaire décomposée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 point pour appropriation, par le personnel, de l'utilité de cette fonction (Méthode de notation binaire : Oui = 1 / Non = 0)</li> <li>- 1 point pour possibilités d'exercice de cette fonction (ressources humaines disponibles en particulier) (Méthode de notation binaire : Oui = 1 / Non = 0)</li> <li>- 1 point pour pratiques de relances à visée préventive effectives (Méthode de notation relative : 0,25 - 0,5 - 0,75 - 1)</li> </ul>
<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>			
		<b>/20 points</b>	

## 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
<b>4.1. Outil commun d'évaluation partagé</b>	4.1.1. Un outil commun a été <b>défini</b> et <b>validé</b> 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> <i>Analyse ordre du jour et compte-rendu des CDS et CLO</i> <i>Observation directe des réunions des CDS et CLO (+/- enregistrées)</i> <i>Entretiens individuels semi directifs (1 tous les ans) pour chaque groupe d'acteur</i>		
	4.1.2. Il existe un <b>processus d'évaluation</b> 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> <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 (1 tous les ans) pour chaque groupe d'acteurs</i> <i>Entretiens individuels avec les gestionnaires de cas (1/6 mois)</i> <i>Observation du travail des gestionnaires de cas (1 journée/6mois)</i> <i>Analyse de dossiers anonymisés des personnes suivies en gestion de cas</i>		
<b>4.2. Un outil d'évaluation reconnu</b>	4.2.1. Toute la <b>population cible</b> à la gestion de cas est évaluée avec cet outil ?	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 anonymisés des personnes suivies en gestion de cas</i>		



	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)
<p style="text-align: center;"><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></p>			
<b>4.3. Outil de classification des profils des personnes âgées</b>	4.3. Une <b>classification systématique du profil</b> des personnes prises accompagnées est effectuée à l'issue de l'évaluation ?	2 points	(Méthode de notation par pourcentage)
<p style="text-align: center;"><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></p>			
		<b>/15 points</b>	

## COMPOSANTE : PLAN DE SERVICES 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
<b>5.1. Planification individuelle</b>	Existe-t-il un <b>PSI dans les dossiers</b> des gestionnaires de cas ?	3 points	(Méthode de notation par pourcentage)
<b>5.2. Consentement explicite</b>	Les dossiers comprennent une procédure de <b>consentement</b> 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)</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>			
<b>5.3. Normalisation des contenus des PSI et procédures d'actualisation</b>	5.3.1. Les <b>PSI énumèrent</b> 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 <b>mécanismes de suivi et d'actualisation</b> 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>			
<b>5.4. Formalisation et effectivité de procédures de partage des PSI</b>	Les PSI sont <b>mutualisés</b> 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>			

<p><b>5.5. Rapport des intervenants au PSI</b></p>	<p>Les gestionnaires de cas <b>communiquent avec les intervenants en référence au PSI ?</b></p>	<p><b>2 points</b></p>	<p>Base unitaire décomposée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 point pour communication avec le PSI des GC vers les intervenants (Méthode de notation relative : 0,25-0,5-0,75-1)</li> <li>- 1 point pour intervenants actifs dans demande d'information du PSI (Méthode de notation relative : 0,25-0,5-0,75-1)</li> </ul>
<p><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'acteur</i>  <i>Observation du travail des gestionnaires de cas (1 journée/6mois)</i>  <i>Entretien individuel avec les gestionnaires de cas (1/6 mois)</i>  <i>Analyse de dossiers des personnes suivies en gestion de cas</i></p>			
		<p><b>/15 points</b></p>	

## 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
<b>6.1.</b> Définition de <b>procédures standardisées</b> de partage d'information	6.1.1. Les acteurs ont défini la <b>nature des informations partageables</b> aux intervenants ?	3 points	(Méthode relative : 0,5 – 1 - 1,5 – 2 - 2,5 - 3)
	6.1.2. Les acteurs ont défini des procédures <b>d'éthique professionnelle de gestion de cas sur le partage d'informations cliniques</b> ?	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)
<p><i>Méthode de collecte de données :</i></p> <p><i>Ordre du jour et compte-rendu des CDS et CLO</i></p> <p><i>Observation directe des réunions des CDS et des CLO (+/- enregistrées)</i></p> <p><i>Entretiens individuels semi directifs (à T0, T1, T2) pour chaque groupe d'acteurs</i></p> <p><i>Rapports d'activités éventuels des acteurs</i></p> <p><i>Observation du travail des gestionnaires de cas (1 journée/6mois)</i></p> <p><i>Entretiens individuels avec les gestionnaires de cas (1/6 mois)</i></p> <p><i>Analyse de dossiers des personnes suivies en gestion de cas</i></p>			

<b>6.2. Déploiement de l'outil</b>	6.2.1. Les acteurs <b>sont informés des procédures</b> 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)
	6.2.2 Le système de partage d'information est <b>accessible et utilisé</b> par tous ?	2 points	Base unitaire décomposée - 1 point pour accessibilité au système de partage d'information (Méthode de notation relative avec seuil : - 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 : - 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%)
<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>			
		<b>/10</b> points	

## PRÉSENTATION DES AUTEURS

### Sous la direction de :

Dominique Somme, Ph.D.

Olivier Saint-Jean, Ph.D.

### Auteurs (ordre alphabétique) :

**Dominique Somme**, docteur en santé publique, praticien gériatre à l'HEGP AP-HP, enseignant à l'Université Paris Descartes, investigateur du projet pilote PRISMA-France, expert dans le cadre du plan national Alzheimer, spécialisé dans le champ des soins et services de longue durée.

**Frédéric Balard**, docteur en anthropologie, ingénieur de recherche à la Fondation Nationale de Gérontologie, associé au Centre Démographie et Santé de l'INSERM, responsable de l'étude du vécu des personnes âgées dans PRISMA-France, spécialisé dans l'analyse des conditions de vie des personnes très âgées.

**Yves Couturier**, docteur en sciences humaines appliquées, Professeur à l'Université de Sherbrooke, Directeur de la Chaire de recherche du Canada sur les pratiques professionnelles d'intégration des services en gérontologie, Responsable de l'étude des pratiques professionnelles de gestion de cas dans PRISMA-France, spécialisé dans les pratiques de travail social, notamment de gestion de cas.

**Dominique Gagnon**, doctorant en gérontologie, enseignant à l'Université de Sherbrooke, étude des pratiques professionnelles de gestion de cas dans PRISMA-France, spécialisé dans les pratiques de travail social, notamment de gestion de cas.

**Olivier Saint-Jean**, docteur en médecine interne et en gériatrie, Professeur à l'Université Paris Descartes, chef de service à l'HEGP AP-HP, investigateur du projet pilote PRISMA-France, spécialisé dans l'organisation des soins gérontologiques et gériatriques.

**Hélène Trouvé**, docteur en sciences économiques, ingénieur de recherche à la Fondation Nationale de Gérontologie, associée au pôle Institutions du Centre d'Économie de la Sorbonne, responsable de l'étude d'implantation PRISMA-France, spécialisée dans l'analyse des politiques sociales.