

Décembre 2012

10 €

+ 3 € (Frais de port)



ENJEUX ET PARADOXES *de la coordination*



Centre interRégional d'Etude d'Action et d'Information
en faveur des personnes en situation de handicap
et/ou d'inadaptation dans les champs social,
médico-social et sanitaire

Structure permanente de concertation et d'information dont le rôle
est d'analyser l'ensemble des besoins des personnes en difficulté,
d'élaborer des projets en partenariat avec les associations, les
professionnels et les collectivités locales, d'être en liaison avec les
administrations de l'Etat

Le CREAI est un partenaire indépendant, interface entre les pouvoirs publics, le secteur associatif et les usagers

Ses missions :

Observation Veille

Le CREAI est un pôle de convergence, lieu de partage
d'expériences :

- données démographiques relatives à la population des personnes handicapées.
- données relatives à l'environnement socio-économique pour aider à la détermination d'actions globales et de prévention
- données concernant les clientèles, les moyens d'accueil et d'aide et les modes de prise en charge
- études réalisées à la demande de ses partenaires sur les problématiques actuelles

Animation

Le CREAI est un lieu de rencontre et d'échanges :

- publications d'études
- groupes de réflexion thématiques
- journées d'étude, colloque
- rencontres interprofessionnelles
- organisation de conférence départementale et régionale

Information

Le CREAI propose à l'attention des intervenants sociaux, des services publics, des associations, des étudiants et des familles :

- UN SITE INTERNET www.creai-pacacorse.com
« actualité médico-sociale régionale, nationale, le point sur les évolutions législatives et réglementaires, la vie associative régionale, des articles de fond, une rubrique emploi ... , une revue thématique annuelle réalisée sur un thème d'actualité.
- UNE BASE DE DONNÉES INTERRÉGIONALE adresses, caractéristiques et prestations des établissements sociaux et médico-sociaux, des structures de psychiatrie et de l'Education Nationale, ainsi que les adresses des associations gestionnaires des régions PACA et Corse. Cette base fait l'objet de la publication régulière d'un Répertoire interrégional, elle est consultable sur notre site.
- LA DOCUMENTATION technique et juridique (plus de 4 000 titres), à disposition des adhérents du CREAI (Associations et établissements).
- LA DIFFUSION D'OFFRES D'EMPLOI sur le site internet du CREAI. L'accès à ces offres est gratuit.

Expertise Conseil

Le CREAI apporte des conseils et aides techniques à ses partenaires :

- aide à l'élaboration des projets d'établissements
- aide à l'organisation des services
- accompagnement des équipes éducatives à l'évolution des pratiques d'intervention en regard des nouvelles réglementations

Formation

Le CREAI est compétent dans :

- la démarche d'évaluation interne avec l'outil PERICLES développé par l'ANCREAI
- l'élaboration du projet d'établissement et sa réactualisation
- la mise en place de formation ou groupes de travail sur des thématiques d'actualité comme : Le projet personnalisé, les écrits professionnels, les maltraitances...
- l'analyse des pratiques professionnelles,
- l'organisation de formations intra établissements à la demande des structures sur des thématiques préoccupant les professionnels, comme : le secret professionnel, les violences institutionnelles comment les prévenir, la mort en établissement et le deuil...

LE CREAI S'INSCRIT
DANS UN RÉSEAU PARTENARIAL
CONSTITUÉ :

- des grandes associations et fédérations du secteur
- des Centres de Formation de la région et des autres Observatoires locaux
- des CREAI dans le cadre
l'Association Nationale des CREAI (ANCREAI)

CREAI PACA-Corse

6, rue d'Arcole - 13006 Marseille

Téléphones :

Standard : 04 96 10 06 60

Emploi-info : 04 96 10 06 66

Fax : 04 96 10 06 69

E-mail :

Secretariat général :

contact@creai-pacacorse.com

Documentation :

documentation@creai-pacacorse.com

Emploi-info :

emploi@creai-pacacorse.com

Site : www.creai-pacacorse.com

Editorial 01

Roland CANOVAS

Autour de la coordination, autour de la personne 05

Philippe PITAUD

La coordination, support d'une nouvelle approche ? 09

Brigitte DHERBEY

La coordination, mission impossible ? 13

Bernard ENNUYER

La coordination gérontologique : pouvoir de l'histoire ou histoires de pouvoirs ? 19

Jean-Jacques AMYOT

Dans l'activité, la coopération se tisse avec des projets, du passé, des savoirs, des valeurs... 27Michel-Henri MAS, Laurent MENEGOUZ,
Jacques ROLLIN, Bernard VUILLON**La coopération dans l'économie sociale et solidaire : un enjeu pour l'économie territoriale** 35

David HECKEL

De la coordination à l'intégration des services en faveur des personnes âgées 44

Florence POUINET

Le mouvement parcours : un espace de concertation et de coordination 47

Yves Pillant

EDITO

Coordination de la pensée et de l'action sont l'une des missions à laquelle se sont attachés les CREAI depuis leur création.

Un très gros travail a été fourni tout au long de ces années pour aider à mieux structurer le secteur du handicap et créer de véritables réseaux au service des personnes handicapées et de leurs familles.

Ce long cheminement est aujourd'hui contrarié, comme pour d'autres secteurs d'ailleurs, par la raréfaction des subventions et le retrait progressif de l'Etat.

Ceux qui ne comprennent pas cette fonction essentielle de liant social occupée par les CREAI dans le paysage du handicap, n'imaginent même pas qu'en entraînant leur possible disparition au nom de principes gestionnaires et comptables, ils vont créer un vide qui se posera alors en terme de problèmes nouveaux à résoudre.

Je suis heureux qu'une fois de plus, des auteurs nous aient rejoints de manière désintéressée pour témoigner avec nous, encore et encore, de la nécessité de travailler, par l'échange autour d'un thème fondamental pour le secteur social et médico-social, contribuant ainsi par la pensée et par l'action à son devenir.

Roland CANOVAS

Président du CREAI PACA et Corse



Accompagnement à la fonction de Chef de Service et Cadre Intermédiaire

Démarrage du cycle

Jeudi 24 janvier 2013

Animé par : M. Benjamin JACOBI

CONTEXTE GÉNÉRAL :

L'activité professionnelle quotidienne des chefs de service, sur le long terme auprès de tous les personnels, des usagers et de leurs familles, sollicite chacun des chefs de service et cadres intermédiaires dans l'ensemble de leurs investissements. Un des versants essentiels de l'encadrement, est ainsi constitué par la «qualité de la relation» que chacun pourra développer avec sa hiérarchie et surtout avec les différents acteurs engagés dans la vie des établissements; Ce personnel se doit donc de poursuivre le développement de ses compétences au niveau de la qualité relationnelle et de la prise de distance pour réussir au mieux dans ses tâches multiples. Prendre le temps d'interroger la complexité de ce qui se joue avec l'ensemble du personnel, avec les usagers, leur entourage, avec la hiérarchie, peut permettre que perdure du sens pour tous les acteurs des établissements et in fine une amélioration de la qualité de l'accueil et de l'accompagnement des usagers.

PRINCIPES PÉDAGOGIQUES :

- **Transparence** : circulation des informations concernant la démarche de formation instaurée,
- **Participation & adhésion** des participants à la démarche,
- **Souplesse & flexibilité** : les méthodologies et les approches proposées au cours de l'intervention doivent s'adapter aux besoins et problèmes rencontrés, dans le respect de l'esprit du contrat global et des objectifs fixés,
- **Accompagnement** : soutien et régulation en fonction des besoins rencontrés

OBJECTIFS GÉNÉRAUX :

Ces objectifs se déclinent dans les points suivants :

- Accroître les capacités des intéressés dans l'exercice de leurs fonctions
- Prendre conscience des attitudes usées habituellement avec les divers interlocuteurs du chef de service, repérer les blocages, les émotions, les ressources de chacun, et apprendre à entendre ces multiples informations,
- Interroger la "bonne distance", celle que chaque personnel éducatif et soignant tente d'établir entre lui et l'usager, celle qui permet que se développe une relation professionnelle de qualité, sans qu'opère la bascule vers l'épuisement ou le clivage
- Apprendre à respecter les limites et les résistances des différents agents, de même que ses propres limites dans la relation,
- Interroger et conceptualiser les incidences relationnelles de la situation de cadre intermédiaire : conflit, dépendance, influence, autorité ...
- Apprendre à développer la prise de recul, notamment pour ce qui concerne les relations affectives qui se tissent entre personnels et entre personnels et résidents,
- Questionner la manière collective et individuelle de faire face à l'angoisse devant la part de tragique contenue dans la situation de placement et son évolution.

Intervenant : **M. Benjamin JACOBI** : Professeur d'Université, Psychopathologie Clinique, Psychanalyste, Psychologue Clinicien.

Public concerné : Personnels d'encadrements

(éducatif, soignants, médicaux et para médicaux).

Participants : Groupe de 15 personnes (maximum)

Durée : 10 demi-journées (5 jours)

Horaire : 9 h – 12

Lieu : CREAI 6 rue d'Arcole 13006 Marseille (métro Estrangin Préfecture – Ligne 1 -)

Coût : 1 250 € (Formation prise en compte dans le cadre de la Formation Continue)

N° FC : 93130003013

Renseignement-inscription - Martine Abad Tél. : 04 96 10 06 66

E.mail : emploi@creai-pacacorse.com

La coordination : une nouvelle fonction

7 et 8 mars - 28 et 29 mars 2013

ou

6 et 7 juin - 20 et 21 juin 2013

ou

14 et 15 novembre - 2 et 3 décembre 2013

À Marseille

Public concerné :

Tout professionnels ayant une fonction de coordination

OBJECTIFS

- Comprendre le positionnement du coordinateur au sein de l'équipe de travail et ses enjeux dans l'accompagnement des usagers
- Savoir établir une communication adaptée aux différentes situations avec les professionnels, les familles, les partenaires

CONTENU

- Analyse de situations vécues au quotidien / Démarches et actions en lien avec la fonction de coordination, les projets institutionnels et les besoins des usagers
- La fonction de coordination, ses enjeux, son positionnement,
- La communication dans l'équipe, avec les différents professionnels
- Le management « entre style personnel et contexte institutionnel »
- La réflexion méthodologique intégrant les dimensions projets, qualité et bientraitance,
- Le repérage et l'analyse des situations « clés » dans l'action de coordination

Méthode participative ; travail d'exercices collectif ; remise de documents théoriques

Durée : 4 jours (2 jours + 2 jours)

Dates : trois cycles sont proposés sur 2013

*Cette formation peut également se dérouler EN INTRA
dans le cadre par exemple d'une mutualisation inter-établissements*

COLLOQUE TIC SANTE 2013

« Les clés de la réussite en e-santé et e-formation :
Communication, Coopération, Coordination, les 3 clés au service des patients

Institut du Cerveau et de la Moelle épinière (ICM) - Paris

12 Février 2013 - 13 Février 2013

LES OBJECTIFS DU COLLOQUE

Permettre aux participants de :

- Identifier et approfondir les changements induits dans les pratiques quotidiennes et les organisations par le déploiement des TIC dans le domaine de la santé et de la formation des professionnels du secteur santé
- Partager des projets et analyser des expériences dans le domaine de la e-santé pour identifier les facteurs clés de réussite
- Partager des projets et analyser des expériences dans le domaine de la e-formation des personnels de santé pour identifier les facteurs clés de réussite

Les acteurs concernés

- Personnels de direction : Directeurs des Systèmes d'Informations, Directeurs des Ressources Humaines, Directeurs des soins;
- Médecins hospitaliers et libéraux;
- Personnels d'encadrement : cadres de santé, chefs de services;
- Professionnels de santé : infirmiers, kinésithérapeutes, manipulateurs radio, diététiciennes, aides-soignants;
- Formateurs, consultants travaillant au sein d'Instituts, d'organismes de formation, de cabinets de consultants;
- Responsables et bénévoles au sein d'associations d'utilisateurs ou d'associations professionnelles;
- Toutes personnes intéressées par le déploiement des TIC pour la santé et la formation

LIEU ICM - Institut du Cerveau et de la Moelle épinière, Hôpital Pitié Salpêtrière,
47, Boulevard de l'Hôpital 75013 - PARIS

PROGRAMME DU COLLOQUE*

9h - Ouverture de la journée

9 h 15 à 10 h - Les clés de la réussite des projets de e-formation

10 h à 11 h - Table ronde - Débat sur les différents modèles et dispositifs de e-formation pour les professionnels du secteur sanitaire et médico-social

11 h à 11 h 30 - Pause - Visite des stands

11 h 30 à 13 h - Ateliers de présentation des solutions et outils d'e-santé et e-formation avec la participation de prestataires partenaires du Colloque

13 h à 14 h - Pause buffet et visite des stands

14 h à 16 h 15 - Partage d'expériences de projets et dispositifs de e-formation pour les professionnels du secteur santé

16 h 15 à 16 h 30 - Conclusions du Colloque

* Le programme définitif sera mis en ligne courant novembre, à l'issue de la sélection des communications par le Comité scientifique

Pour en savoir plus sur le colloque <http://www.colloqueticsante.fr/>

Pour s'inscrire au colloque <http://www.colloqueticsante.fr/pages/Inscriptions-5768597.html>

Autour de la coordination, autour de la personne

Philippe PITAUD¹

Au moment où les Agences régionales de santé (ARS) sont mises en place et où se développent les groupements de coopération, les politiques publiques sont à l'heure du décloisonnement, de la transversalité. De toutes parts s'exprime un sentiment d'échec face aux organisations compartimentées. Même si la thématique n'est pas neuve, l'actualité législative et réglementaire, depuis les ordonnances Juppé de 1996 dans le domaine de la santé et la loi du 2 janvier 2002 pour l'action sociale et médico-sociale, est particulièrement marquée par la double problématique de la coopération et de la coordination : coopération, car les structures, comme les acteurs, ne peuvent plus fonctionner dans l'indifférence aux autres ; coordination, car la reconnaissance des autres ne peut se limiter ni au gré à gré, ni au coup par coup.

(M. Jaeger – 2010)

Dans le champ de la réflexion sur le thème de la coordination ; M. JAEGER apparaît comme un auteur incontournable et dont l'analyse s'impose de toute évidence. D'ailleurs, les auteurs d'un rapport réalisé par le Centre de Gestion Scientifique de Mines-ParisTech sur la coordination dans le champ sanitaire et médico-social (2011) ne s'y sont pas trompés et ont fait largement appel aux travaux de ce dernier :

« Nombreux sont les auteurs à avoir donné des définitions de la notion de coordination. Pour DONABEDIAN (1980), la coordination des soins est un processus par lequel les éléments et les relations impliqués dans le soin pendant chacune des séquences de soin sont en cohérence ensemble dans une conception vue de manière globale ».

On peut aussi la positionner au regard de trois autres notions proches mais différentes que sont la coopération, la continuité et l'accompagnement.

La coordination peut apparaître comme une conséquence de la coopération. Pour JAEGER (2010) : « les deux termes ne sont pas sur le même plan : la coordination est une obligation fonctionnelle liée à des enjeux de pouvoir ; elle résulte de l'obligation morale et politique de la coopération. Cette dernière a certes, elle aussi, une dimension fonctionnelle, mais elle répond en tout premier lieu à une demande de prise en compte de la complexité et de la pluralité des besoins des personnes en difficulté.

D'autre part, la coordination se situe dans la recherche d'une cohérence d'acteurs et de dispositifs, sachant qu'il n'est guère possible, pour y parvenir, d'échapper à une formalisation des procédures». Mais on peut aussi considérer que la coopération

vient en surcroît de la coordination. En effet cette dernière consiste à synchroniser de façon cohérente et efficiente les contributions de plusieurs acteurs (avec une efficacité limitée) sans qu'il y ait nécessairement une véritable coopération qui consiste à avoir le « souci de l'autre », connaître et comprendre ses contraintes et agir en conséquence, et qui est nécessaire quand il faut atteindre de hauts niveaux de performance.

La continuité semble à son tour souvent dépendre de la coordination et aussi de la coopération. La continuité des soins est définie par Reid en 2002 comme suit : « la continuité des soins est le fait qu'un patient ressent les soins dans la durée comme cohérents et liés, et c'est le résultat d'une bonne circulation de l'information, de bonnes relations interpersonnelles et d'une bonne coordination des soins. » La bonne circulation de l'information nécessite de la coordination et de la coopération et les bonnes relations interpersonnelles sont une des composantes de la coopération.

Les professionnels ayant un rôle de coordination ou impliqués dans des coordinations ont aussi souvent un rôle d'accompagnement des personnes et c'est parfois cette fonction d'accompagnement qu'il faudra coordonner (Sticker et al., 2009). On peut considérer aussi que l'accompagnement individualisé vise tout particulièrement la continuité de la prise en charge. C'est pourquoi les fonctions d'**accompagnement** sont des fonctions visant à améliorer la coordination et la coopération afin d'assurer cette continuité.

Autour de la personne concernée (âgée, malade, handicapée ou dépendante) et compte tenu de ses attentes, de ses besoins et parfois de sa pathologie, il s'agit de :

- organiser une prise en charge optimisée, orienté sur la qualité, la fiabilité, l'adéquation, la réactivité, la multidisciplinarité, l'information circulante.
- s'ouvrir, mieux connaître, développer les relations ville/hôpital, les alternatives aux hospitalisations, l'intervention des professionnels sociaux et les relations avec les différents prestataires.
- développer les compétences individuelles et collectives par la confrontation d'expériences et d'analyses dans le cadre d'une évaluation concertée de la personne aidée.
- apprendre à se connaître et se reconnaître dans un respect mutuel qui remet en cause les clivages des filières et des hiérarchies. Organiser des interrelations transversales, tant sur le plan de la communication et l'échange d'informations que par un travail commun et complémentaire, sur les problématiques du soin et de l'accompagnement global, (B. ENNUYER)

¹ Professeur associé à l'Université d'Aix-Marseille (Master AGIS), Directeur de l'Institut de Gériatrie Sociale, coordinateur du Numéro spécial de la revue du Creai Paca et Corse

La coordination, depuis les années 80, en France, est en quelque sorte l'arlésienne du champ social et médico-social. Depuis des années, chacun s'efforce de tendre vers la coordination avec plus ou moins de bonheur et de réussite sur le terrain.

Peu à peu, elle est devenue une nécessité économique visant à occulter les restrictions en matière de subventions publiques. L'ordre vient aujourd'hui « *d'en haut* ». Il est question de mutualisation, de regroupement des forces vives, d'ajustement des pratiques, etc tout ceci produit par des technocrates généralement enfermés dans leur bureau et leurs certitudes organisationnelles. A ce propos et sans jeu de mots malsain, n'oublions pas que dans le mot ordonatio, il y a mettre de l'ordre dans ce qui est supposé par certains gestionnaires zélés, être du désordre (sic)

Mais quoiqu'il en soit, qu'elle soit issue de la base comme résultante d'un impératif de mieux servir les publics en souffrance ou qu'elle soit imposée par le haut, la coordination ne peut faire l'économie d'une démarche de concertation et d'apprentissage de l'autre. Facile à écrire ou à dire mais complexe à faire et à mettre en place au delà des discours tant les divisions entre le sanitaire et le social, entre des partenaires d'un jour mais ennemis de toujours face à la conquête des financements en voie d'assèchement, des pouvoirs sectoriels etc... bref de tout ce qui fait le genre humain et que l'on retrouve encore plus exacerbé dans des secteurs a priori marqués par un pseudo angélisme.

Quelle stratégie mettre en place pour amener l'ensemble des acteurs à débloquent un espace de concertation, compromis par des intérêts divergents ?

Comment préserver l'autonomie et l'indépendance nécessaires à l'instance locale de coordination qui ne pourra être effective que si un besoin de médiation est ressenti par les acteurs ?

La coordination, qui nécessite une approche globale doublée du maintien d'une certaine proximité, présente un triple intérêt : rétablir une relation de qualité avec l'usager, mettre en synergie les moyens et permettre une meilleure compréhension des différentes cultures institutionnelles. Force est de constater que la coordination, du fait de sa transversalité, reste envisagée dans un souci de rendre adéquates les actions entreprises en vue d'optimiser les coûts et la qualité de prise en charge.

Globalement, l'ensemble des instances de coordination existantes ou en cours d'élaboration ont effectué ou sont en train d'effectuer un travail de fond préalable de définition d'objectifs partagés par tous les acteurs de la coordination conjugué à de réels moyens de fonctionnement, ce qui par contre n'est pas le cas de toutes. Quoiqu'il en soit, il est nécessaire d'éviter les ruptures de processus qui entraînent une relative démobilisation des professionnels. En effets, être partenaires pour initier, coordonner et accompagner des politiques complémentaires autour de la personne ne se réduit pas à quelques réunions. C'est un travail de longue haleine et exigeant pour déboucher sur des dynamiques d'action et de coordination qui se veulent une réponse sociale et médicale adaptée aux besoins et répondant aux attentes des usagers.

La complexité croissante de l'action médico-sociale, les restrictions budgétaires des secteurs sanitaire et social, le coût et les déficits de la protection sociale posent périodiquement la coordination comme l'élément déterminant pour mieux associer les objectifs économiques et humains.

En effet, la coordination a pour objectif de concilier au sein d'un secteur, les actions réalisées de façon dispersée par des services spécialisés. Elle peut être organisationnelle, au travers de la puissance publique, fonctionnelle au niveau du terrain, topographique ou par champs de compétences, institutionnelle et structurelle, voire intersectorielle. Elle a un rôle technique, d'information et de concertation.

L'organisation du système de santé français est caractérisée par la multitude d'établissements et de services sanitaire et médico-sociaux et par de nombreux décideurs et financeurs (Etat/ARS, Assurance maladie, CNSA, Conseils généraux, mutuelles,...) comme l'indique la représentation schématique ci-après (source : CNSA). C'est le système en vigueur depuis la loi HPST de 2009.

Le secteur médico-social se caractérise par sa grande complexité :

- Par le nombre de types de structures (établissements et services) très important et des structures différentes selon l'âge des personnes accueillies.
- Par le flou concernant les missions dévolues à ces structures : elles sont souvent peu définies dans les textes réglementaires, laissant la place à une grande diversité de pratiques et ne facilitant pas l'orientation des personnes vers ces structures.
- Par les modes de financements très variés : par exemple certaines sont financées uniquement par l'assurance maladie et d'autres bénéficient de doubles financements (assurance maladie/CNSA et conseil général).

Ainsi donc, « la coordination est un ensemble d'interrelations qui s'organise en plusieurs unités de production ou plusieurs groupes professionnels dès lors qu'ils décident de travailler ensemble » (A. CAILLY – 1998)

On distingue trois niveaux de coordination (M. SOMMERPERE – 2002) applicables en particulier au champ de la gérontologie.

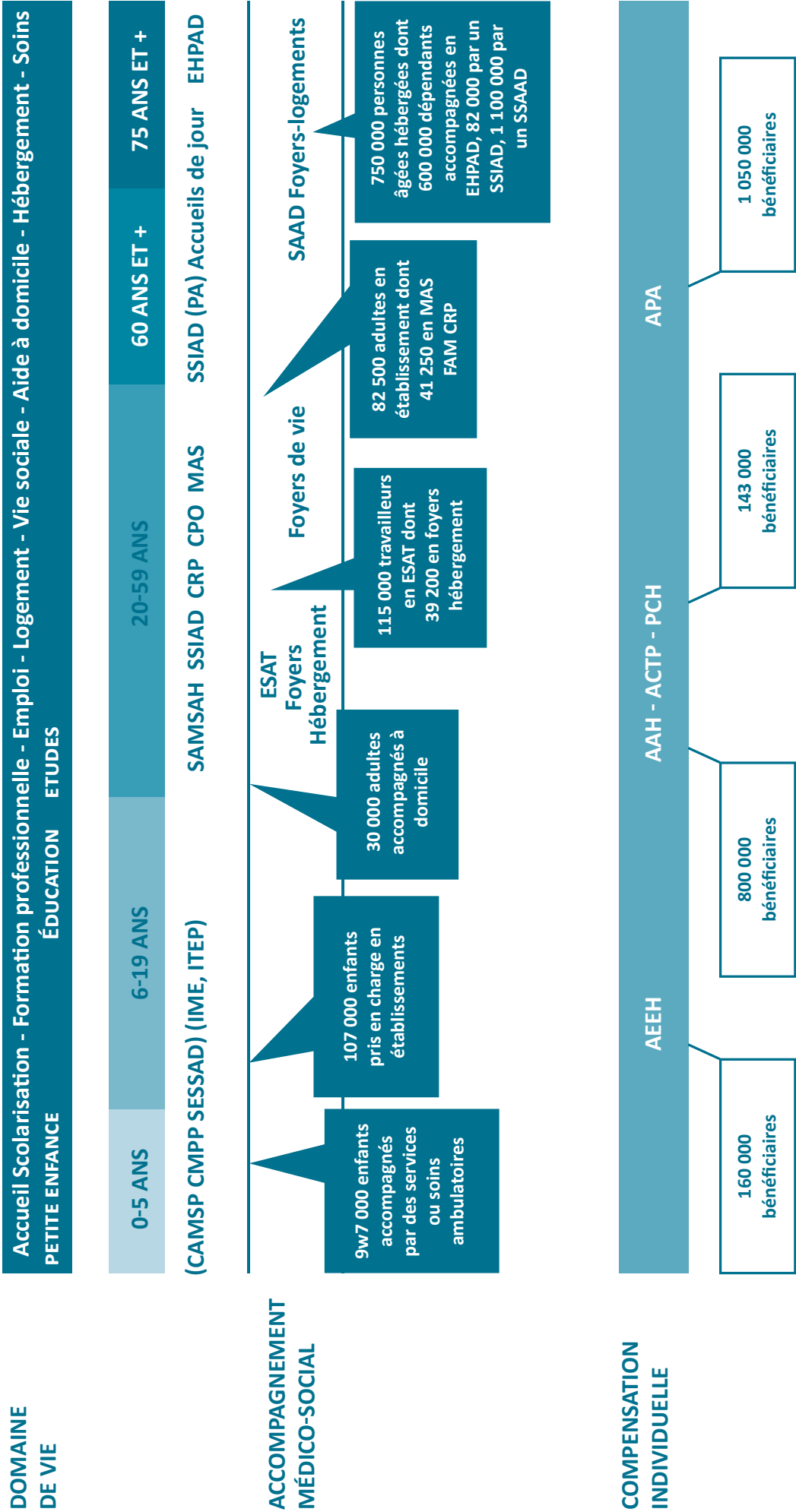
En premier lieu, la coordination de proximité est nécessaire à la cohérence et à la continuité des interventions auprès de la personne âgée et de sa famille.

Ensuite, la coordination fonctionnelle permet de résorber les difficultés de coopération entre professionnels, n'ayant ni outils ni culture communs (SCHWEYER F-X - 2005).

Enfin, la coordination institutionnelle vise à développer la cohérence de la planification et du financement des dispositifs d'offre dans un souci de performance et d'équité pour l'usager.

La coordination est un concept évolutif, à géométrie variable. En effet, « la variation des contextes politiques où elle est prônée, la diversité des objectifs qui lui sont assignés, font qu'elle est devenue un mot passe partout » (B. PUIJALON – 1992)

ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES TOUT AU LONG DE LA VIE



Source CNSA

Il apparaît donc important d'inscrire toute réflexion sur la coordination gérontologique dans un contexte historique, politique et territorial.

La coordination gérontologique répond ainsi à deux logiques (ARGOUD – 2010).

La première, territoriale et horizontale, est une émanation des acteurs locaux ; la seconde, sectorielle et verticale, traduit l'emprise des politiques publiques définies par une autorité centrale. Plusieurs grandes tendances se dessinent au fil du temps. A l'origine, la coordination était portée par l'Etat dans le cadre des programmes sectorisés et coordonnés de 1970. Elle a ensuite été reprise par les collectivités locales dans le cadre des lois de décentralisation pour apporter à l'usager une réponse individualisée et de proximité. (EHESP– 2011)

Autour de la personne concernée (âgée, malade, handicapée ou dépendante) et compte tenu de ses attentes, de ses besoins et parfois de sa pathologie, il s'agit de :

- organiser une prise en charge optimisée, orienté sur la qualité, la fiabilité, l'adéquation, la réactivité, la multidisciplinarité, l'information circulante.
- s'ouvrir, mieux connaître, développer les relations ville/hôpital, les alternatives aux hospitalisations, l'intervention des professionnels sociaux et les relations avec les différents prestataires.
- développer les compétences individuelles et collectives par la confrontation d'expériences et d'analyses dans le cadre d'une évaluation concertée de la personne aidée.
- apprendre à se connaître et se reconnaître dans un respect mutuel qui remet en cause les clivages des filières et des hiérarchies. Organiser des interrelations transversales, tant sur le plan de la communication et l'échange d'informations que par un travail commun et complémentaire, sur les problématiques du soin et de l'accompagnement global, (B. ENNUYER)

Pour ce faire, et parvenir à la mise en œuvre de ces interrelations, JAEGER (2010) évoque l'idée d'un « intervenant pivot ».

« Les objectifs sont ainsi définis : établir un lien de confiance avec la personne ; évaluer les besoins de la personne, en particulier au regard de son état mental, et dans une perspective globale (condition socio-économique, santé physique, satisfaction des besoins de base, etc.) ; élaborer, en concertation avec elle, un plan d'intervention individualisé ; dispenser des actions d'enseignement, de traitement, de réadaptation, d'intégration sociale, de soutien et d'information ; travailler en étroite collaboration avec les partenaires pour que ceux-ci contribuent à répondre aux besoins de la personne (soins partagés, interdisciplinarité) ; coordonner les services requis (médecin traitant, parents et proches, organismes communautaires et du réseau, organismes publics, etc.) ; lorsque la personne présente un potentiel de dangerosité associé à son état mental, prendre les mesures indiquées pour s'assurer de sa sécurité et de celle de son environnement.

Il souligne, enfin, la place à accorder dans les formations à une approche éthique de la coopération et de la coordination qui doit pouvoir assurer que l'évolution des politiques publiques en la matière ne porte pas atteinte aux valeurs sans lesquelles l'intervention auprès des personnes en difficulté risque de se transformer en gestion de flux et de stocks. Comme l'explique une recommandation de l'ANESM relative au projet personnalisé, « la désignation d'un coordinateur

de projet n'exonère pas l'ensemble des professionnels qui interviennent autour de la personne de maintenir un lien attentif et respectueux avec elle. La personne est d'ailleurs susceptible de choisir un moment et un professionnel pour exprimer ses avis ou montrer satisfaction ou malaise, qui ne sont ni les moments officiels de bilan, ni le coordinateur désigné [ANESM - 2009] ». On se méfiera par conséquent des discours dogmatiques sur la coopération et la coordination, qui ne tiendraient pas compte de ce rappel au principe élémentaire du droit de la personne, y compris en très grande difficulté et en situation de dépendance, de ne pas s'inscrire dans la même culture que celle des professionnels chargés de l'aider. »

Tout ceci, doit être appréhendé par des partenaires qui ont appris à se connaître et surtout à se reconnaître sans esprit partisan et dans une pratique dynamique qui refuse la sclérose et le cloisonnement ainsi que les querelles de territoires sans oublier de se garder des effets de la névrose, devenue désormais obsessionnelle, (et pour cause) résultant de la lutte pour l'accès aux subventions.

A ce propos, dans le domaine gérontologique, on ne peut que s'inquiéter de la mise en place par les conseils généraux des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), ceci au détriment des CLIC dont on risque à terme, de voir diminuer les implantations pour des raisons financières ; Une manière de déshabiller Saint Pierre pour habiller Saint Paul.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), « Les personnes âgées entre aide à domicile et établissement », *Dossiers solidarité et santé*, n°1, janvier-mars 2003.

Sommer-Père M., « Les différents niveaux de coordination », *Gérontologie et société*, n°100, 2002.

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2011
Jaeger M. « L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs » in revue *Vie Sociale* - N° 1/2010

La coordination, support d'une nouvelle approche ?

Brigitte DHERBEY¹

La coordination est généralement mise en place en vue de prévenir les effets négatifs de la dispersion, de la fragmentation et de produire une nouvelle cohérence. Sa structuration, son contenu, son périmètre, les acteurs qu'elle mobilise sont variables selon les contextes et les objectifs poursuivis. Elle s'impose désormais comme une nécessité.

Au-delà de la diversité des modèles et des expériences, la coordination est toujours une recherche d'un mieux pour les personnes. Ainsi, comme le rappelle Philippe PITAUD dans le préambule de ce numéro de la revue du Creai « La coordination, qu'elle soit gérontologique ou dans le champ du handicap vise à produire une amélioration de l'accès des personnes aux services et équipements existants dans leur environnement » Toutefois, si la coordination cherche à apporter un « plus » aux personnes âgées et / ou en situation de handicap, elle vise parallèlement l'optimisation voire la rationalisation des moyens mobilisés pour ces publics.

Elle peut-être envisagée comme solution aux doublons ou aux manques de réponses. Dans ce cas, elle est organisée de façon à fédérer les ressources d'un territoire pour créer de la cohérence, de l'initiative, de l'innovation et pour construire un dispositif adapté aux caractéristiques locales. Les acteurs mobilisés partagent le diagnostic du territoire et inventent des façons d'être en lien qui font appel à la méthode et aux outils de l'ingénierie sociale.

Cette première coordination se situe à l'échelle du territoire, lequel est variable selon l'histoire et les fondateurs de la coordination.

La coordination peut également être envisagée comme un moyen de prévenir les ruptures dans le parcours des personnes et de répondre au défaut d'information et d'accès au dispositif d'aide. Elle prend dans ce cas la forme d'une organisation structurée pour recevoir et accompagner les personnes (et leurs proches) dans leur recherche de solution. Les acteurs mobilisés partagent une même analyse des difficultés concrètes que rencontrent les habitants âgés ou handicapés d'un territoire donné. Ils s'organisent ensemble pour apporter des solutions au (x) problème(s) repéré(s).

Cette deuxième coordination se situe à l'échelle des individus en ce qu'elle s'adresse directement aux personnes et peut constituer une prestation qui leur est proposée.

Au fil du temps et particulièrement depuis les années 2000, les structures ayant une mission de coordination (exclusive ou non) se sont largement développées. L'étude récente conduite par Marie-Aline BLOCH constate : « Plusieurs structures de coordination coexistent généralement sur un même territoire. Si elles n'interviennent pas toujours au même niveau de la prise en charge, ni pour les mêmes populations, et si leurs

zones d'activité ne se recouvrent pas exactement, leurs interventions peuvent être amenées à se superposer, ce qui peut engendrer de la coopération comme de la concurrence. »¹ Trop de coordination peut donc générer de la rivalité entre les structures et rajouter de l'illisibilité à l'offre ce qui est un comble pour des structures dont la vocation est justement d'agencer, de mettre en lien pour plus de cohérence et de facilité. Les auteurs de l'étude vont même jusqu'à analyser que certaines structures ou certains dispositifs « pourraient à l'avenir jouer le rôle de méta-réseaux, c'est-à-dire celui d'un dispositif dédié, au moins pour un temps, à la coordination de structures de coordination sur un territoire ». Ainsi, la coordination suscite un ensemble d'interrogations dont la formulation exhaustive peut remettre en cause l'idée même de coordination.

Pourtant, l'histoire des expériences de coordination anciennes ou plus récentes montre qu'elles reposent presque toujours sur la volonté affirmée de leurs initiateurs de faire évoluer, de transformer voire même de bousculer l'ordre établi, les pratiques en place, les prestations proposées et d'inventer collectivement de nouvelles façons de travailler, de nouvelles réponses plus en lien avec les aspirations des personnes.

CE QUE L'HISTOIRE NOUS APPREND

L'histoire de la coordination gérontologique est déjà longue puisqu'elle est officiellement préconisée dans le « rapport Laroque » en 1962².

Elle se concrétise en 1981 -1982³ avec la création de postes de coordonnateurs gérontologiques et d'instances locales de gérontologie. Elle s'initie alors à l'échelle du territoire, les dispositifs mis en place n'ayant pas vocation à s'adresser directement aux personnes âgées. Cette première mise en œuvre de la coordination gérontologique propose une approche de l'action gérontologique qui s'adapte aux réalités et aux spécificités locales. Ainsi, la définition du territoire, les acteurs mobilisés, les structures support du dispositif, les

¹ Marie-Aline Bloch, Léonie Hénaut, Jean-Claude Sardas, Sébastien Gand Op – cit – cf. notamment la « cartographie des structures de coordination impliquées dans la prise en charge des PA et des PH » p 5.

² « La multiplicité même des individus, services et organismes appelés ainsi à mettre en œuvre la politique de la vieillesse implique nécessairement la coordination des efforts entrepris par les uns et par les autres. » Page 255 « Rapport Laroque » - Deuxième partie - Chapitre VI « la mise en œuvre de la politique de la vieillesse » -

« La coordination pratique de l'activité des divers services et organismes intéressés à la mise en œuvre du nouveau programme fixé appelle par contre des efforts nouveaux. Il n'est que par trop certain que ces services ou organismes ont aujourd'hui tendance à travailler en ordre dispersé, sans liaison suffisante les uns avec les autres, sans surtout que les activités s'intègrent suffisamment dans une politique d'ensemble. » - « Rapport Laroque » - Deuxième partie - Chapitre VI pages 256 et 257.

Rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse présidée Pierre Laroque « La politique de la vieillesse en France » - 1962 - La documentation Française - 438 pages -

³ Circulaire n° 1981-15 du 29 juin 1981 relative à la mise en œuvre du plan gouvernemental de création d'emplois et circulaire n° 82-13 du 7 avril 1982 relative à la politique sociale et médico-sociale pour les personnes âgées.

¹ Brigitte Dherbey a participé à partir de 1989 aux travaux conduits par Bernadette PUJALON sur les expériences de coordination gérontologique soutenues par la Fondation de France. Elle a accompagné et évalué des projets divers. Elle est aujourd'hui directrice d'un SAMSAH pour personnes traumatisées crâniennes et cérébro-lésées.

actions conduites, les profils des coordinateurs recrutés, ont-ils été différents selon les lieux d'implantation de la coordination.

L'histoire de la coordination passe ensuite par des expériences locales valorisées par la Fondation de France dans les années 80 – 90. Ces expériences se présentent comme des coordinations à l'échelle individuelle en ce sens que l'action mise en œuvre s'adresse directement aux personnes âgées. Elles ont comme caractéristiques communes un ancrage local fort qui les rend toutes singulières et la construction de réponses nouvelles pour résoudre des problèmes très concrets identifiés par les acteurs locaux : sorties de CRF ou d'hôpital, possibilité d'intervention 24/24 à domicile, liens entre le domicile et l'établissement, soutien du choix de lieux de vie des personnes dépendantes¹.

La coordination gériatologique débouche dans les années 2000 sur les CLIC² positionnés à la fois comme une coordination à l'échelle du territoire et des habitants âgés qui y sont accueillis individuellement. La circulaire qui les met en place précise que suite aux actions soutenues par la Fondation de France et à celles initiées par la CNAVt en 1993, « ...il est possible d'aller plus loin, d'amalgamer les expériences diverses en développant une démarche de coordination gériatologique consistant à créer des lieux regroupant l'ensemble des réponses disponibles dans les domaines social, sanitaire et dans celui de l'habitat : les CLIC »³.

Plus récemment les MAIA⁴ combinent, comme les CLIC, mais de façon plus structurée (méthodologie outils, évaluation, label,) et plus ciblée (le dispositif s'adresse à des personnes vivant à domicile atteintes de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées), les deux échelles de la coordination⁵.

Les MAIA sont présentées comme un dispositif innovant qui constitue la forme la plus aboutie de coordination gériatologique. Les résultats attendus sont exigeants : intégration des services sur le territoire, modifications des pratiques professionnelles et gestion des cas complexes c'est-à-dire intervention ciblée auprès des personnes sans solution à domicile.

Bien que la coordination gériatologique n'ait pas été conçue à l'origine pour faire face aux problèmes engendrés par la dispersion des services à domicile, elle s'est de fait centrée essentiellement sur cette question.

La politique vieillesse a en effet toujours eu un axe concernant la vie à domicile. Cet axe est dénommé « maintien à domicile » puisqu'il concerne des personnes âgées, déjà habitantes d'un domicile personnel.

Le maintien à domicile a longtemps été présenté comme précédent l'entrée en établissement. Or ; à la fin des années 80 et les travaux d'Alain COLVEZ¹ montrent que les « personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil » sont à domicile pour les ¾ d'entre elles et resteront à domicile

jusqu'au bout de leur vie. Ces travaux viennent bousculer la représentation très répandue selon laquelle l'état de santé constitue une limite au maintien à domicile et que lorsque la « dépendance » s'installe, la recherche d'un lieu d'hébergement devient quasi inéluctable. Les travaux d'Alain COLVEZ permettent donc d'établir que le maintien à domicile n'est pas seulement en lien avec la santé de la personne. Il procède d'un souhait des personnes âgées de rester chez elles.

Pierre Laroque avait déjà abordé cette question dans la première partie du rapport publié en 1962. En effet, le rapport relève dans l'état des lieux «... les personnes attachent un grand prix à leur indépendance de vie et expriment en très grande majorité leur désir de continuer à vivre dans le cadre qu'elles ont connu et auquel elles sont habituées... Les trois quarts des personnes âgées se refusent à envisager l'éventualité d'un placement et celles qui se résignent à une telle solution n'y sont poussées, en général, que par leur invalidité ou leur extrême dénuement...»²

Ainsi, le rapport Laroque mettait-il déjà en garde contre le développement de réponses vers lesquelles les personnes seraient contraintes de se diriger par défaut.

Côté handicap, la continuité et la cohérence des services s'est construite au travers de filières de prise en charge où, à chaque âge de la vie, correspond une modalité de prise en charge en fonction des déficiences et de leur degré de sévérité.

Avant la loi du 11 février 2005 sur « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », la vie à domicile ne constituait pas un axe fort des politiques publiques en matière de handicap³.

Cette réalité explique en partie le fait que la question de la coordination est relativement récente dans ce champ.

EXPRESSION ET PRISE EN COMPTE DE SES CHOIX : UN DROIT POUR TOUS QUE LA COORDINATION PEUT SERVIR.

Depuis quelques années les lois nationales⁴ ou internationales⁵ ont affirmé le droit au choix des personnes. Ce droit est clairement décrit comme la possibilité d'exprimer ses choix en matière de mode et de lieu de vie pour qu'ils soient pris en compte. Il induit une véritable révolution à la fois dans les pratiques professionnelles et dans les politiques publiques. En effet, ce ne sont plus seulement les besoins qui doivent être couverts, mais ce sont les attentes et les aspirations des personnes qu'il convient de concrétiser.

Ce droit au choix concerne toutes les personnes notamment celles qui présentent des déficiences ou des troubles psychiques, mentaux ou cognitifs et qui, plus que d'autres,

¹ Docteur Alain Colvez -Directeur de recherche à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm Montpellier) aujourd'hui à la CNSA.

² Rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse présidée par Pierre Laroque « La politique de la vieillesse en France » - 1962 – La documentation Française – 438 pages – Première partie – Chapitre VII –Section III « L'indépendance des personnes âgées » Page 111.

³ La loi de 2005 prévoit la création de la prestation de compensation du handicap (PCH). Un décret de la même année crée les services d'accompagnement à domicile pour les personnes adultes (SAVS et SAMSAH).

⁴ Lois de janvier 2002 et de février 2005

⁵ Convention internationale des droits des personnes handicapées – Article 19 : « Les États Parties à la présente Convention reconnaissent à toutes les personnes handicapées le droit de vivre dans la société, avec la même liberté de choix que les autres personnes, et prennent des mesures efficaces et appropriées pour faciliter aux personnes handicapées la pleine jouissance de ce droit ainsi que leur pleine intégration et participation à la société... ». L'article précise que les États doivent notamment en veiller à ce que « Les personnes handicapées aient la possibilité de choisir, sur la base de l'égalité avec les autres, leur lieu de résidence et où et avec qui elles vont vivre et qu'elles ne soient pas obligées de vivre dans un milieu de vie particulier ».

1 Cf. l'ouvrage « La coordination gériatologique : une vieille idée neuve » qui recense et analyse ces expériences - Sous la direction de Bernadette Pujalon – Édition Fondation de France – 1992

2 CLIC = Centre Locaux d'Information et de Coordination gériatologique –

3 Circulaire DAS-RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000 relative aux Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC). Expérimentation en 2000 et programmation pluriannuelle 2001-2005 – Page 1 : « Le contexte et la démarche de coordination ».

4 MAIA = Maisons pour l'Autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer – Mesure n°4 du plan Alzheimer.

5 « Les six axes de construction de MAIA : La concertation avec 3 niveaux identifiés, le guichet intégré, la gestion de cas, l'outil d'évaluation multidimensionnelle, le plan de services, le système d'information » Journée de l'UNAFTC – 26 septembre 2012 - Docteur Mathieu Stampà, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Hôpital Sainte Péline – co-auteur du rapport d'expertise MAIA 2ème phase expérimentale 2010 – 2011 FNG (Fondation Nationale de Gériatologie).

sont en difficulté pour faire valoir ce qui est important pour elles. Dans la conférence « Où-ai-je la tête ? Alzheimer, dépendance et vulnérabilité », Bernadette PUIJALON s'appuyant sur François Jacob, prix Nobel de médecine rappelle « Ce qu'on ne peut oublier, c'est (...) la terreur d'être dominé comme un enfant, de se faire manipuler, (...) et puis le cauchemar d'avoir à subir, d'être agité sans pouvoir réagir, s'expliquer ni même demander, (...) autrement dit le fait de devenir un objet de soin non seulement pour effectuer les actes de la vie quotidienne mais pour décider à votre place de ce qui est bien pour vous »¹.

Charles GARDOU lie la qualité de vie des personnes directement à cette question « En somme il s'agit d'offrir la possibilité à chacun, lorsque la sévérité du handicap n'y fait pas irrémédiablement obstacle, de mener l'existence de son choix, moyennant un accompagnement approprié, susceptible de garantir une qualité de vie, c'est-à-dire la maîtrise de ses actions et de son devenir, la participation au réseau social, la perception positive de soi et de l'image renvoyée par autrui »².

La loi de février 2005 précise que les personnes peuvent faire connaître leur projet de vie, aux Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) afin que ces dernières évaluent leur handicap et leur propose un plan personnalisé de compensation qui tienne compte de leurs aspirations. La loi donne même mission aux MDPH de proposer une aide à la formulation du projet de vie³.

De la loi à sa mise en œuvre, il y a pour les institutions, les structures, les professionnels, pour la société toute entière, un défi. Ce défi nous impose de chercher de façon systématique et continue à traduire dans la réalité le droit au choix des personnes et leur participation effective à la mise en œuvre des réponses qui les concernent.

L'appel à projets de la Fondation de France « Droit au choix et droit au risque des personnes âgées »⁴ constitue un formidable indicateur de la diversité et de la qualité des actions qui peuvent être mises en place.

Toutefois, cette « mise en pratique » est complexe, difficile. Elle bouscule les repères établis. C'est pourquoi toutes les voies qui y conduisent sont à explorer.

Parce qu'elle met en présence des acteurs très différents qui conjuguent leurs approches, leur compréhension de la situation locale et des situations individuelles ; Parce qu'elle se construit en regard des spécificités des territoires dans lesquels elle s'implante ; Parce qu'elle induit la construction collective de réponses nouvelles ; Parce qu'elle rend possible la souplesse et la défragmentation ; Parce qu'au bout du compte, elle permet, plus facilement que toute autre organisation, de personnaliser les contenus, les modalités de soutien et donc de réaliser des interventions « sur mesure », la coordination peut-être un des moyens de faire vivre le droit au choix des personnes âgées et / ou en situation de handicap.

¹ Fondation pour l'innovation politique (Fondapol) et espace national de réflexion et d'éthique sur la maladie d'Alzheimer- Colloque « Où ai-je la tête ? Alzheimer, dépendance et vulnérabilité » - 20 septembre 2011 – Intervention de Bernadette Puijalon – Anthropologue - Université Paris XII -

² Charles GARDOU - « Fragments sur le handicap et la vulnérabilité - Pour une révolution de la pensée et de l'action » - Editions ERES - Reliance - 2005

³ Sur cet aspect essentiel du processus de compensation du handicap, les réflexions et expériences sont encore peu nombreuses. Celle que conduit le mouvement Parcours Handicap 13 dans les Bouches du Rhône par convention avec la MDPH 13 est probablement une des plus abouties

⁴ L'appel à projets de 2012 rappelle ainsi le contexte dans lequel il s'inscrit : « L'évolution des mœurs et de la législation a considérablement renforcé le droit des personnes âgées à choisir leur mode de vie et à prendre part aux décisions qui les concernent. Pourtant, de nombreux aidants – professionnels et familles – témoignent de la difficulté à respecter ce droit au quotidien, à domicile comme en établissement. »

MAIS LA COORDINATION COMPORTE UN RISQUE MAJEUR

Sans la remettre en cause, différents auteurs interrogent la coordination. « Dans ce dispositif, les usagers sont eux souvent négligés. Leurs attentes sont mal connues, et personne ne cherche réellement à les déterminer. La loi du 2 janvier 2002 prévoit pourtant une participation directe ou avec l'aide de leurs représentants légaux à la conception et à la mise en œuvre des projets d'accompagnement qui les concernent »¹.

C'est bien des attentes dont il est question ici et non pas des besoins. Les besoins sont mesurés par les professionnels. Les attentes quant à elles, renvoient à ce qui est essentiel pour une personne. Elles ne peuvent être exprimées que par la personne elle-même.

Or, quand la coordination met en présence des « experts » dans l'évaluation des besoins, qu'elle permet de construire un consensus (y compris avec l'entourage de la personne) sur ce qu'il y a lieu de faire pour couvrir ces besoins, elle peut avoir pour résultat de rendre inaudibles les choix de la personne et de la contraindre à accepter un mode de vie qui ne correspond pas à ses aspirations.

Comment une personne fragilisée peut-elle exprimer ses goûts, ses envies, ses projets, « ses essentiels » lorsqu'autour d'elle l'ensemble de ses soignants, de ses accompagnants, de ses aidants (professionnels et proches) lui prodiguent les mêmes conseils et sont d'accord sur ce qu'il est le mieux pour elle ? Comment faire autrement que de se laisser agir sans réagir ?

PRÉVENIR CE RISQUE, C'EST PENSER LA PLACE DE LA PERSONNE DANS LA COORDINATION.

Cette place n'est pas souvent explicitée. Il y a peu de réflexions, de pratiques, d'outils qui la mettent réellement en travail et cela pour une raison simple c'est que la place des personnes dans la coordination est donnée comme évidente : elle est centrale.

L'expression « la personne est au centre » se retrouve dans tous les discours d'où qu'ils émanent. Il va de soi que la personne est au centre des préoccupations et des organisations.

C'est cette place donnée comme naturelle que nous voulons interroger.

Quelle autonomie laisse-t-elle à la personne, quelle position lui confère-t-elle ? Peut-elle faire entendre sa voix à chacun de ses interlocuteurs où qu'il se situe dans le cercle bienveillant qui l'entoure ? Est-elle prisonnière de cette place ou peut-elle à loisir se « dé-placer » pour endosser le rôle qui lui convient ?

L'idée de « mettre la personne au centre » sous-entend bien sûr que la place qui lui est accordée est la place prépondérante sur toutes les autres. Elle ne garantit pas pour autant que la parole et les attentes de la personne soient systématiquement écoutées, entendues et prises en compte.

¹ Jean-Jacques AMYOT – « Autour de la personne dépendante, coordination du maintien à domicile : nouveaux services, nouvelles organisations, nouveaux métiers » Atelier organisé par le CNFPT – Pôles de compétences Social et Santé dans le cadre des Entretiens territoriaux de Strasbourg, 5 et 6 décembre 2007- Synthèse page 3

En matière de coordination, une métaphore revient souvent : celle de l'orchestre (et du chef d'orchestre). Cette métaphore est intéressante car elle permet de situer la place de la personne.

Si l'orchestre, les musiciens qui le composent, figurent les professionnels ou les structures engagés dans une coordination, l'auteur de la musique c'est la personne elle-même qui a rendu explicites ses attentes, ses choix, ses souhaits, ses aspirations. Les professionnels les mettent en œuvre comme les musiciens créent et jouent la musique écrite par le compositeur. Ils sont plus ou moins nombreux selon la partition comme les professionnels mobilisés sont plus ou moins nombreux selon la multiplicité des aspects et / ou la complexité du projet de la personne. Plus il y a d'instruments, de musiciens et plus il y a nécessité à ce qu'il y ait un chef d'orchestre. Plus il y a de domaines d'interventions, de réponses nouvelles à mettre en œuvre, de professionnels et de structures engagés et plus l'intervention d'un pilote, d'un référent devient impérative. Tous les musiciens ou plutôt chacun d'entre eux joue sa partition, chacun a son rôle, chacun apporte son expertise exactement comme les différents acteurs de la coordination mobilisent leurs compétences propres. Le chef d'orchestre donne la coloration du jeu collectif, facilite l'harmonie entre les interprètes à l'image de ce que le coordonnateur, le pilote ou le référent font quand ils organisent la cohérence des interventions en fonction de la finalité poursuivie avec la personne.

Ce qui est déterminant et fondateur, c'est bien la personne et son projet. Elle n'est pas au centre du cercle bordé par l'ensemble de ceux qui interviennent pour elle, qui sont soucieux de sa situation et de son devenir, c'est elle qui, par sa parole, par ce qu'elle exprime, donne contenu et sens aux interventions des professionnels et à la mobilisation des structures. Elle est tout à la fois auteur et acteur.

Plus que la personne c'est alors son projet qui est central. C'est lui qui définit le contour des actions de chacun et des pratiques à mettre en œuvre. Tout accompagnement commence par son identification. L'expression de la personne est recherchée en continu. Elle constitue un repère primordial pour chacun des intervenants. La mobilisation se fait non plus autour de la personne mais avec elle autour de son projet. Chaque intervenant a un rôle dans la mise en œuvre de ce projet et ce, sans hiérarchie.

C'est à cette « révolution de la pensée et de l'action » que la coordination nous invite.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

TEXTES

Convention internationale des droits des personnes handicapées entrée en vigueur le 3 mai 2008 – ONU -

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Circulaire n° 1981-15 du 29 juin 1981 relative à la mise en œuvre du plan gouvernemental de création d'emplois

Circulaire n° 82-13 du 7 avril 1982 relative à la politique sociale et médico-sociale pour les personnes âgées.

Circulaire DAS-RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000 relative

aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Expérimentation en 2000 et programmation pluriannuelle 2001-2005

Circulaire interministérielle du 3 janvier 2011 relative à la mise en œuvre de la mesure N°4 du plan Alzheimer

OUVRAGES – RAPPORTS – ARTICLES

Marie-Aline BLOCH, Léonie HENAUT, Jean-Claude SARDA, Sébastien GAND - « La coordination dans le champ sanitaire et médico-social Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles » – Etude réalisée par le Centre de Gestion Scientifique de Mines – 2011 – 241 pages

Michel FROSSARD - « Coordination, intégration, réseaux de services » Enjeux pour la gestion des politiques publiques en direction des personnes âgées », Revue Gérontologie et société, 2002/1 n° 100, p. 35-48.

Charles GARDOU - « Fragments sur le handicap et la vulnérabilité -Pour une révolution de la pensée et de l'action » - Editions ERES - Reliance – 2010 (1ère édition 2005) – 264 pages

Pierre LAROQUE - Rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse présidée par Pierre Laroque « La politique de la vieillesse en France » - 1962 – La documentation Française – 438 pages

Bernadette PUIJALON - « La coordination gérontologique : démarche d'hier, enjeu de demain » - Sous la direction de – Edition Fondation de France – 1992 – 163 pages- Conférences et vidéo

Jean-Jacques AMYOT - « Autour de la personne dépendante, coordination du maintien à domicile » Atelier organisé par le CNFPT – Strasbourg, 5 et 6 décembre 2007

Bernadette PUIJALON - Intervention au colloque « Où ai-je la tête ? » - 20 septembre 2011 - Fondapol - Fondation pour l'innovation politique

Docteur Mathieu STAMPA, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Hôpital Sainte Péline – Intervention aux journées de l'UNAFTC – 26 septembre 2012.

La coordination, mission impossible ?

Bernard ENNUYER¹

À l'évidence, la multiplicité et la multiplication des structures gérontologiques posent, depuis très longtemps, la question du « travailler ensemble » de ces structures et acteurs du quotidien. Cette question du « travailler ensemble » a été présentée de façon un peu simpliste, à notre avis, à travers le mot de coordination. On va voir que la question est beaucoup plus complexe qu'il n'y paraît, si on veut à la fois faire travailler ensemble des professionnels d'obédiences différentes (sanitaire, social), de formations différentes, avec des familles et des voisinages « non professionnels », plus ou moins coopérants, et surtout dialoguer avec la personne concernée, sans empiéter en permanence sur cette fameuse liberté de choix, tant mise en avant par les politiques, mais aussi tant mise à mal par les pratiques professionnelles et... familiales. Cette complexité de la « coordination » est bien mise en lumière par l'ouvrage de Jean-Jacques Amyot, qui tente « de comprendre et d'éclairer ce vaste enchevêtrement »².

Contrairement à une idée reçue, la notion de coordination ne date pas des années 1981, avec l'arrivée de la Gauche au pouvoir, mais dans le champ de la vieillesse, elle est déjà présente dans le rapport Laroque « La multiplicité même des individus, des services et organismes appelés ainsi à mettre en œuvre la politique de la vieillesse implique nécessairement la coordination des efforts entrepris par les uns et les autres »³.

La finalité de la coordination ainsi proposée est l'efficacité des moyens mis à disposition et le rapport Laroque de préciser : « La coordination elle-même revêt deux aspects distincts, coordination administrative qui suppose une liaison entre les différents organismes publics ou privés contribuant à l'action sociale en faveur de la vieillesse et coordination sociale proprement dite, qui consiste à orienter un vieillard déterminé sur les services auxquels son état le conduit à faire appel »⁴. Le rapport se fait encore plus explicite : « La coordination doit donc être aménagée de telle manière qu'il n'existe pour la circonscription géographique retenue qu'un seul réseau d'action auquel puissent s'adresser, quelles que soient leurs conditions, toutes les personnes âgées et pour quelque service dont elles aient besoin »⁵. Au passage, cette vision centralisée et autoritaire de la coordination est

relativement antinomique avec la conclusion de ce rapport qui s'oppose à la création d'un « Haut-Commissariat à la vieillesse » qui matérialiserait une ségrégation des personnes âgées, dans une société qui n'a que déjà trop tendance à le faire. Nous sommes, ici, au cœur de l'ambivalence du rapport Laroque qui va proposer globalement une politique vieillesse, tout en disant par ailleurs qu'il n'y a pas de problèmes spécifiques à la vieillesse...

La coordination, que ce soit en 1981, avec la nomination des coordonnateurs, ou en 2002, avec la mise en place des CLIC (Centres locaux d'information et de coordination) n'a pas résolu cette contradiction dont on va voir qu'elle n'est pas simple : meilleure efficacité du dispositif collectif versus liberté de choix individuelle, devenue aujourd'hui la fameuse « autonomie » des personnes âgées, autonomie parée de toutes les vertus par le discours politique faisant du même coup de la « perte d'autonomie » le stigmate des gens qui vont mal et qui posent problème à la société !

QUELQUES JALONS D'HISTOIRE DE LA COORDINATION

D'une façon générale, l'émergence de la coordination, dans les années 1981, signe un tournant dans l'aide à domicile ainsi que dans les politiques vieillesse, comme nous l'avons écrit par ailleurs¹. Pour nous, à partir de ce moment-là, il n'y a plus de politique vieillesse au sens d'une vision globale des gens vieillissant dans une société et d'une réflexion sur leur place, il n'y a plus qu'une gestion au coup par coup et à moindre coût des « populations âgées » considérées uniquement comme une charge.

En 1981, l'arrivée de la gauche au pouvoir amène la création d'un Secrétariat d'État chargé des Personnes âgées. Ce secrétariat va officialiser, pour la première fois en France, une institution spécifiant « les personnes âgées » comme groupe spécifique. Cette spécification n'avait jamais été faite auparavant, puisque le rapport Laroque, on vient de le voir, s'était élevé avec force, contre ce qu'il pensait être une façon de renforcer la ségrégation des personnes âgées.

C'est d'ailleurs dans cette optique de spécification, mais finalement de ségrégation aussi, que la coordination se met en place en 1981² dans une perspective, à la fois, de

¹ Ancien coordonnateur et ancien directeur d'un service d'aide et de soins à domicile, docteur en sociologie, enseignant chercheur à l'Université Paris Descartes

² AMYOT J.-J. (2006). *Développer la coordination gérontologique*, Paris, Dunod.

³ Haut Comité consultatif de la population et de la famille (1962). *Politique de la vieillesse, Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par Monsieur Pierre Laroque*, Paris, La Documentation Française, p. 255.

⁴ Op. cit., p. 217.

⁵ Op. cit., p. 218

¹ ENNUYER B. (1996). *Coordonner ou ordonner ? Du rapport Laroque à aujourd'hui, Handicap et vieillissement, politiques publiques et pratiques sociales*, Paris, Éditions Inserm, p. 323-332.

² Circulaire 81-15 du 29 juin 1981 relative à la mise en œuvre du plan gouvernemental de créations d'emplois. Annexe II : création de 500 emplois de coordination locale des actions concernant les personnes âgées, ministère de la Solidarité nationale.

création d'emploi (déjà !) et aussi de « recette magique » : comme si les pouvoirs publics, impuissants à mettre de la cohérence dans leur politique, que, pourtant en principe, ils « maîtrisent » puisqu'ils en sont les initiateurs, avaient trouvé une parade à leur incohérence, dans cette mise en place grandiose et magique de la « coordination ». Il faut avoir vu, en effet, l'intronisation solennelle des 500 coordonnateurs, le matin du 7 avril 1982 (j'étais l'un d'eux...), journée mondiale du vieillissement, à l'hôtel Méridien à Paris (porte Maillot) pour mesurer la pompe gouvernementale qui masquait mal le manque de définition de cette nouvelle profession de « coordonnateur », dont la symbolisation, dans le montage diapositives de ce matin-là présenté par Christine Patron, était « Superman » (donc une personne qui n'existe pas « pour de vrai »....) organisant le retour à domicile d'une vieille dame à sa sortie d'hôpital.

Alors, la coordination : difficile, voire impossible rencontre de plusieurs mondes qui se côtoient et se concurrencent, qui se connaissent et en même temps s'ignorent, en fonction des situations et de leur intérêt propre d'institution, au-delà de celui de leurs « clients » ? La coordination, mission impossible, car le même gouvernement qui la décrète est celui qui multiplie les textes réglementaires, les sources de financement, les structures d'accompagnements et les nouveaux métiers dans la plus grande incohérence. 1981 symbolise, pour nous, cette impuissance politique française fondamentale à affronter les vraies questions, en créant de fausses solutions... en tout cas pour ce qui concerne les politiques vieillesse.

On retrouve, à quelque chose près, la même situation en l'an 2000, lors de la mise en place des CLIC par le Gouvernement alors que l'attente générale était la réforme de la PSD¹ par la mise en place d'un nouveau risque de sécurité sociale en direction des personnes dites « dépendantes ». De plus, cette mise en place de la coordination, solution technique à l'incohérence des dispositifs Gouvernementaux, signe, comme nous l'avons dit plus haut, le changement de cap : le maintien à domicile ne relève plus d'une éthique, mais de « technologies du domicile » et surtout de sa capacité à faire baisser le chômage en absorbant des populations non qualifiées².

D'une façon certaine, l'arrivée des coordonnateurs en 1981 et plus tard des instances locales de coordination gérontologique, qui préfigurent, dès 1983, les futurs CLIC, annonce la dépossession des personnes âgées de leur liberté individuelle et de leurs choix de vie au sens large, au profit des experts : ceux qui savent ce qu'il faut faire et ce qui est bon pour les personnes âgées...

Attardons-nous un peu sur le rôle des coordonnateurs de 1981.

La circulaire de septembre 1981 mettant en place les coordonnateurs précisera ce qu'elle entend par coordination, dans deux directions :

a) Une coordination des équipements et des services, un effort particulier devra être apporté aux contacts entre établissements hospitaliers et services à domicile, pour qu'il en résulte **un ensemble cohérent et continu**¹.

b) Une coordination autour de la personne âgée elle-même, qui lui permettra de mieux utiliser la gamme des équipements de services qui lui est destinée »².

D'une façon générale, les coordinations qui se sont mises en place, à partir des années 1982, se sont organisées plutôt autour du deuxième axe, c'est-à-dire la coordination des services autour de la personne âgée, tellement le premier objectif, rendre cohérent un dispositif qui n'a pas été conçu comme tel, était inaccessible.

Car là, la mission du coordonnateur est vraiment digne de Superman, c'est-à-dire d'un rôle magique. Comment, en effet, sur le terrain, rendre cohérents, des lois, des décrets, des circulaires, des règlements, qui se contredisent, s'entrechoquent, ayant été pensés dans la plus grande incohérence, en fonction, comme le dira plus tard, Pierre Laroque lui-même, d'une politique « au coup par coup ». Il est d'ailleurs tout à fait symbolique qu'un des grands initiateurs des postes de coordonnateurs, en 1981, Alain Gillette, ait écrit peu de temps auparavant à propos de la mise en place d'une structure, qu'elle soit nationale, régionale, départementale, locale, capable de rassembler les différents acteurs de la politique vieillesse : « Fonctionnerait-elle que les féodalités, les antagonismes, non seulement entre partenaires distincts, mais de surcroît, même au sein des administrations publiques et parapubliques, en limiteraient grandement l'efficacité »³. Nous avons pu en tant que coordonnateur de l'instance mise en place dans le 17^e arrondissement, de 1982 à 1999, méditer à loisir sur cette phrase d'anthologie, à coup sûr, celle d'un connaisseur ! (Alain Gillette était énarque).

¹ On retrouve cette rhétorique dans les « emplois d'avenir » proposés par le gouvernement actuel, « les emplois d'avenir intéresseront-ils l'aide à domicile », www.tsa-quotidien.fr/action-sociale/ du 30/08/2012.

¹ C'est nous qui soulignons cet objectif.

² Secrétariat d'État chargé des personnes âgées, Circulaire n°34 du 18 septembre 1981 relative aux emplois de coordination et d'aide-ménagère pour les personnes âgées.

³ GILLETTE A. (1978). *Votre commune et les personnes âgées*. Éditions du moniteur, Paris, p. 146.

LA COORDINATION, MAIS ENCORE ?

La coordination, comme le disait, en 1992, un excellent travail de la Fondation de France, « reste un terme flou et suspect, notion brandie pour justifier des fins diverses, il n'en a jamais été donné de définition précise »¹.

Coordination, dit le dictionnaire : arrangement des parties d'un tout selon un plan logique pour une fin donnée.

La question fondamentale qui sous-tend, dès lors, tout projet de coordination est « quelle est la fin donnée » ? Est-ce le souhait pour les élus nationaux ou locaux de faire « quelque chose pour les vieux », ou à tout le moins de s'intéresser au sort des personnes âgées, ce qui pour certains élus paraît un bon investissement électoral ?

Est-ce la volonté de certains professionnels de sortir de leur isolement, de comprendre la logique des autres, ou bien tout simplement de savoir ce qu'ils peuvent faire ensemble et prosaïquement, de se rencontrer régulièrement pour échanger sur leurs difficultés réciproques ?

Est-ce vraiment le souhait de décideurs nationaux d'essayer de mettre un peu de cohérence sur le terrain, pour arriver à faire fonctionner à minima tant de structures et de textes de lois, mis en place sans aucun projet d'ensemble, par des Gouvernements successifs ?

Est-ce, plus cyniquement, le souhait des mêmes décideurs d'obtenir des professionnels « coordonnés » qu'ils en fassent toujours plus avec de moins en moins d'argent, la coordination devenant une gestion « rationnelle » de la pénurie de moyens, pénurie dénoncée depuis tant d'années par les mêmes professionnels ?

Ou bien s'agit-il vraiment de permettre aux gens vieillissants, avec des difficultés de vie quotidienne, de s'y reconnaître dans toute cette complexité d'aides et de règlement divers, afin qu'ils puissent, eux-mêmes, garder une liberté de choix et de jugement, dans ce qu'ils veulent vivre au quotidien ?

On comprendra, aisément, qu'en fonction de la réponse apportée à cette fin donnée à la coordination, ou le plus souvent d'ailleurs en l'absence de toute interrogation sur cette fin donnée, on ait des modèles de coordination à l'infini².

À partir des années 1981, la plupart des coordinations qui se sont mises en place se sont organisées autour de deux axes :

- Une connaissance aussi complète que possible des acteurs, des services et des structures œuvrant dans le périmètre géographique couvert par la coordination, et ce, grâce à des rencontres régulières, où notamment les structures et les équipes s'expliquent mutuellement leurs actions et les

limites des actions, ce qui permet à chacun, sinon de partager, au moins de comprendre la logique des uns et des autres, tenant à leur formation, à leur parcours de vie individuel, à la structure à laquelle ils appartiennent et à son mode de financement, à leur vision personnelle de la vieillesse et du vieillissement, etc.

- Le deuxième axe, qui complète le premier, est un travail autour de situations difficiles vécues par certaines personnes âgées, situations pour lesquelles une concertation semble indispensable pour essayer de trouver, avec la personne, la meilleure orientation possible ou, tout du moins, la moins mauvaise.

Il faut bien dire qu'une des difficultés de ces réunions tient souvent au désaccord des professionnels sur la situation, surtout lorsqu'elle est « limite ». Il y a les tenants du maintien à domicile, les tenants de l'entrée en institution, il y a ceux qui ne savent pas. Il y a aussi la confrontation avec la personne âgée ou, quand ce n'est pas possible, avec sa famille ou son référent familial. Et puis, toujours, derrière ces analyses, il y a trop souvent l'impossibilité de trouver une solution satisfaisante du fait du manque de moyens, ce qui fait, qu'en général, les réunions de coordination se réduisent souvent à une gestion qui se voudrait rationnelle et logique de la pénurie de moyens. En effet, lorsqu'il y a des moyens pécuniaires, en général les situations difficiles trouvent une issue.

Autre difficulté, tout aussi dangereuse que le manque de solution à une situation difficile, le consensus de la coordination qui se trouve former un bloc homogène contre lequel l'avis de la personne âgée, voire celui de sa famille, ne pèse pas très lourd, surtout quand nous sommes dans une situation où la personne âgée est en difficulté psychique importante.

Le danger de la coordination est, alors, celui de la « mise en ordre » ou tout simplement « d'ordonner ». Il s'élabore, alors, au sein de la coordination une espèce de culture commune, sur ce qu'est une personne âgée, sur les « bonnes pratiques » et sur les « bonnes » décisions qu'il faut prendre. En ce sens, le danger de la coordination est, alors, de créer une illusion de « bonne réponse », qui enferme la « personne âgée » dans une espèce de classification technique type, dans laquelle à chaque « problème » identifié correspond une solution type...

Tout un discours technique tenu sur la coordination — voir à titre d'exemple la circulaire de la Direction générale de l'action sociale à propos des CLIC¹ — masque la réalité fondamentale suivante : beaucoup de situations difficiles, à domicile, n'ont aujourd'hui pas d'issue, non pas à cause du manque de coordination, mais essentiellement du fait qu'il n'y a pas, sur le terrain, les moyens concrets de la politique du maintien à domicile, affichée dans le discours depuis 50 ans, mais jamais vraiment mise en œuvre de façon concrète comme l'a dénoncé en 2005 un rapport accablant de la Cour des Comptes². De plus, depuis la mise en place des secteurs

¹ Fondation de France (1992). *La coordination gérontologique. Démarche d'hier, enjeu pour demain*, Les cahiers, n° 5.

² Centre pluridisciplinaire de gérontologie de Grenoble, Fondation nationale de gérontologie. (1998). *Évaluation d'un dispositif expérimental de prise en charge des personnes âgées. Formalisation et évaluation de modèles de coordination gérontologique*, Paris. FROSSARD M., BOITARD A., JASSO MOSQUEDA G. (2001). *L'évaluation des coordinations gérontologiques*, Grenoble, Université Pierre-Mendès-France et Centre pluridisciplinaire de Gérontologie.

¹ Circulaire DAS-RV2 n° 2000/310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

² Cour des Comptes (2005), *les personnes âgées dépendantes, rapport public particulier* n° 4499, Editions des journaux officiels.

gérontologiques du VI^e plan en 1971... au plus haut niveau de l'État, personne n'a pensé la cohérence des différents dispositifs mis en place, c'est aussi un des constats de la Cour des comptes.

Si, en effet, on ne peut être que d'accord avec la circulaire du 6 juin 2000, lorsqu'elle écrit que le soutien à domicile est l'axe prioritaire en direction des personnes âgées et qu'il est nécessaire « d'en repenser les moyens et de concourir à leur mise en cohérence », ce qui est le rappel de l'objectif des coordonnateurs de 1981, ensemble cohérent et continu.... on peut sérieusement douter de la volonté (et de la capacité), au plus niveau de l'État, de mettre de la cohérence dans les nouvelles mesures prises.

Pour donner un exemple actuel de cette incohérence, arrêtons-nous un instant sur la situation des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) et des « gestionnaires de cas » mis en place dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012, Plan voulu par le Président de la République en personne.

La redécouverte des « coordonnateurs » dans le cadre du Plan Alzheimer.

Dans le rapport Ménard commandé par le Président de la République, en 2007, on retrouve une antienne maintes fois réitérée sur la nécessaire coordination : « chap. IV : renforcer la coordination entre intervenants médicaux et médico-sociaux et offrir une réponse personnalisée et évolutive aux patients et à leur famille »¹.

Ce rapport fait le constat de dispositifs d'aide et de soins juxtaposés sans communication et partage d'informations, de territoires d'action différents et d'évaluateurs multiples. Le rapport propose, une fois de plus !, l'intégration des dispositifs d'aide et de soins et suggère de créer « un lieu de coordination associant secteur sanitaire et médico-social » (Résolution 15) et pour animer ce lieu, il propose dans sa mesure 28 : « identification d'un référent médico-social unique pour les cas complexes » comme « piste de réflexion : la création d'un métier de gestionnaire de cas (...) La gestion du parcours de vie de ces personnes (les malades) requiert un niveau de compétences techniques et organisationnelles de plus en plus élevé pour les soignants. Elle réclame aussi un temps d'organisation de plus en plus lourd et difficilement mobilisable dans des emplois du temps surchargés. La création d'un métier de « gestionnaire de cas complexes » reposant sur un cœur de métier comme infirmier ou assistant social constitue donc un besoin émergent. Ce coordinateur pourrait garantir une véritable prise en charge multidisciplinaire adaptée à la situation de chacun »².

Cette proposition du rapport Ménard deviendra dans le plan Alzheimer³ du 1^{er} février 2008 la mesure n° 5 « Mise en place de « coordonnateurs » sur l'ensemble du territoire » faisant

suite à la mesure n° 4 : « labellisation sur tout le territoire de « portes d'entrée uniques » les « Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer » (MAIA) ». Selon ce plan « Le coordonnateur est un « chef d'orchestre » de la prise en charge médico-sociale et sanitaire assurant la liaison entre les équipes et garantissant une véritable prise en charge multidisciplinaire adaptée à la situation de chacun »¹.

L'employeur des coordonnateurs sera la MAIA avec un objectif de 1000 coordonnateurs répartis sur tout le territoire en 2012.

Les coordonnateurs de soins en gériatrie mis en place à partir du plan Alzheimer, une démarche assurément à contre sens.

On nous explique aujourd'hui que les structures spécialisées au départ sur la maladie d'Alzheimer que sont les MAIA, vont élargir leurs compétences à d'autres pathologies chroniques. En clair les MAIA préfigureraient le modèle de coordination de demain dans le champ de la vieillesse qui va mal.

En fait il fallait faire le contraire... c'est-à-dire s'appuyer sur les CLIC présents sur le terrain depuis dix ans et plus, pour la plupart d'entre eux, car nombre de CLIC se sont installés sur des coordinations déjà existantes auparavant. On aurait pu élargir leur compétence aux malades Alzheimer, comme certains le faisaient déjà, ce qui aurait eu l'avantage à la fois de faire des économies puisque les infrastructures étaient déjà présentes et de banaliser la maladie ce qui était l'objectif de la commande du plan Alzheimer. Au lieu de faire rentrer la maladie d'Alzheimer dans le champ commun des pathologies, le modèle MAIA en devenant le modèle normatif pour les autres pathologies, n'est ni plus ni moins qu'une « Alzheimerisation » de la société ! Drôle de banalisation de cette maladie, nous sommes tous des déments en puissance...

Si on revient sur la mission des CLIC à leur origine, en 1999, le rapport de Paulette Guinchard-Kunstler², renouant avec la coordination des années 1981, propose de créer « des bureaux d'information et d'aide à la décision » : « cet échelon de proximité doit être conçu comme un véritable lieu d'accueil et d'écoute des personnes en perte d'autonomie et de leur famille, afin d'offrir les réponses appropriées et de mettre en œuvre les services nécessaires »³. Les finalités de cette coordination sont : assurer la fonction de lieu d'accueil personnalisé quelle que soit l'origine de la demande, être en mesure d'effectuer une évaluation pluridisciplinaire, proposer l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé qui intégrera les aides financières disponibles.

L'objectif de la circulaire du 6 juin 2000 (citée plus haut) relative aux centres locaux d'information et de coordination est d'aboutir au maillage, sur le territoire national, de centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC). Le cahier des charges du 18 mai 2001 définit de façon

¹ Rapport au président de la République remis le 8 novembre 2007. Commission nationale chargée de l'élaboration de propositions pour un plan national concernant la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées présidée par monsieur le professeur Ménard

² Op.cit., p. 48 et 49.

³ Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012, www.plan-alzheimer.gouv.fr/

¹ Op.cit., p. 24

² GUINCHARD-KUNSTLER P. (1999). Vieillir en France, rapport à Monsieur le premier ministre., p. 48 et 49.

³ Op.cit., p.43

précise les différents niveaux de labellisation des CLIC.

Label niveau 1 : missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles.

Label niveau 2 : niveau 1 + missions d'évaluation des besoins et élaboration du plan d'aide personnalisé.

Label niveau 3 : niveau 2 + missions de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé.

L'annexe du cahier des charges précise qu'« à terme, c'est à ce niveau de labellisation (niveau 3) que doivent tendre tous les CLIC »¹.

Alors une question très (trop ?) simple se pose : pourquoi n'avoir pas intégré dans ces quelques 550 CLIC, qui couvrent actuellement le territoire national, et dont la plupart sont de niveau 3, une compétence Alzheimer en formant de façon complémentaire une ou plusieurs des personnes coordonnatrices. C'était quand même, semble-t-il, beaucoup plus efficace et beaucoup moins ségrégatif pour les malades Alzheimer. Concrètement aujourd'hui des Conseils généraux en difficulté financière ferment des CLIC qu'ils finançaient, pour ouvrir des MAIA expérimentales, parce qu'il y a de l'argent de l'Etat, via la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Quel gâchis financier et quel gâchis de compétences professionnelles en grande partie due à la méconnaissance du monde médical pour le social. De plus la coordination entre ces structures sera toujours problématique, puisque les CLIC sont sous le contrôle des conseils généraux alors que les MAIA seront en fonctionnement normal sous l'obédience des Agences Régionales de Santé....

On retrouve la coupure dramatique entre secteur sanitaire et médico-social d'un côté et secteur social de l'autre. Rappelons que le secteur médico-social n'existe pas, sauf à être une vraie collaboration du sanitaire et du social, ce qui n'est pas le cas actuellement. Le médico-social n'est que l'alibi du secteur sanitaire pour imposer sa vision médicale de la société au social. Là est la vraie maladie française, sans doute beaucoup plus dommageable pour nombre de nos concitoyens que les pathologies ordinaires que cette politique publique cloisonnée est censée accompagner.

Ces propos, peut être « outranciers » pour certains de nos lecteurs, sont à mettre au compte de ma fréquentation assidue du terrain du maintien à domicile comme professionnel de ce champ depuis plus de quarante ans, années pendant lesquelles j'ai pu voir défiler les modes et ressasser grosso modo les mêmes questions à propos de l'accompagnement des personnes « vulnérables » sans progrès notable. La plupart des professionnels de terrain constatent même aujourd'hui une vraie régression des moyens alloués à domicile ou en hébergement, au motif de la crise...

Aujourd'hui devant l'aggravation des difficultés de tous ordres des personnes vulnérables et des professionnels, cette

incompétence et ce mépris d'une partie de nos « élites » vis-à-vis des familles et des professionnels sont devenus insupportables.

EN CONCLUSION, QUELQUES REFLEXIONS CRITIQUES SUR LE RESEAU ET LA COORDINATION

On ne peut s'empêcher de penser que ce « réseau de coordination gérontologique organisant le maillage du territoire national à partir des échelons de proximité »¹ s'apparente à un filet de capture. En effet, étymologiquement, le réseau (rets) a à voir avec le maillage et le filet.

Comme le dit Pierre Musso, l'histoire du réseau filet est un moyen de surveillance politico-sociale². Le réseau, tout comme le tissu, soutient autant le corps qu'il l'emprisonne. On retrouve cette dualité dans la coordination : à la fois aider et emprisonner. C'est dans les sociétés et institutions éclatées que le réseau sert de concept liant.

Quand on parle de coordination pour mettre de la cohérence, on admet implicitement que la société actuelle est fragmentée et complexifiée en unités de plus en plus diverses.

De plus, le réseau et la coordination apparaissent comme un masque égalitaire qui déguise une réalité en fait très hiérarchisée. La coordination a, comme corollaire, le fait de masquer les relations de pouvoir. C'est le mythe régulateur et égalitaire de la coordination, entretenu par certains experts du champ de la vieillesse, qui parlent de réponse de proximité avec un diagnostic partagé, de médiation et de régulation³.

Il nous semble, quant à nous, que la réalité est beaucoup plus complexe « Derrière la figure simpliste du réseau égalitaire, démocratique et relationnel, se cache toujours sa réalité inverse, un instrument de pouvoir hiérarchique »⁴. La coordination, c'est à la fois ce qui lie, au sens de relier, et ce qui enserme et contrôle. On est dans l'ambivalence de la communication et du contrôle. Contrôlé par la périphérie, le réseau peut être vu comme un espace de communication, mais, contrôlé par le centre, il devient un espace de surveillance.

Pour en revenir à notre idée de départ, c'est à dire la coordination des années 1981 vue comme un moyen « magique » de résoudre des contradictions insurmontables, d'aucuns parlent aujourd'hui du réseau comme d'une nouvelle « divinité » technicienne, voire hyper technicienne.⁵

Pour en finir avec la coordination, quand elle existe, le mieux qu'elle puisse faire, avec une certaine lucidité, c'est de mettre en évidence les carences du dispositif actuel : Quoi coordonner quand les équipements de base sont défectueux ?

¹ Circulaire DGAS/AVIE/2C, du 18 mai 2001, cahier des charges national pour 2001 du dossier de labellisation d'un centre local d'information et de coordination gérontologique, p.10

² Op. cit.

³ MUSSO P. (2003). Critique des réseaux, Paris, PUF.

⁴ BLANCHARD N. (2004). « Du réseau à la coordination gérontologique : un nouveau paradigme pour le secteur médico-social », *Retraite et société*, n° 43, p. 166-185.

⁵ MUSSO P., op. cit., p. 306.

⁶ Op. cit., p. 5.

Quoi coordonner quand l'avalanche des lois, des décrets fait que la plupart des professionnels et des structures ne peuvent plus suivre ? Quels choix, alors, pourraient exister pour une personne âgée, pas mal fatiguée au bout de sa vie, dans ce déluge de réglementation, de textes, de « bonnes pratiques » et de diminution des crédits où beaucoup de professionnels expérimentés se perdent aujourd'hui ? A minima la coordination pourrait éventuellement être utile localement... pour autant que soient remplies, d'après notre expérience de coordonnateur, au moins deux conditions préliminaires :

- Il faut, d'abord en amont, sur un territoire clairement délimité, une volonté politique forte et effective de mise en place de moyens d'aide conséquents (aide à domicile, services de soins, accueils de jours et temporaires, etc.).
- Il faut ensuite que ces moyens soient pensés dans une cohérence d'ensemble et non pas dans une logique de faire des « coups médiatiques », comme c'est le cas dans le plan Alzheimer

Aujourd'hui, aucune de ces deux conditions de base minimales pour qu'il y ait une réelle possibilité — et non pas un simulacre — de travailler et réfléchir ensemble, personnes âgées, familles, professionnels, décideurs et financeurs ne nous semblent réunies, sauf à de très rares exceptions, tenant notamment, à la fois, à la présence de leaders charismatiques et à la volonté politique de quelques Conseils généraux... dont on peut rappeler qu'ils sont à la fois les maîtres d'œuvre et les financeurs des quelque 547 CLIC répertoriés¹, en France, fin 2012.

Alors la coordination, mission impossible ? A l'évidence oui, tant qu'il n'y aura pas, au plus haut niveau de l'Etat, la volonté de redéfinir un vrai projet politique d'intégration des personnes vieillissantes quelle que soit leur situation de handicap, comme l'a été dans les années 1960, la réflexion portée par le rapport Laroque.



¹ www.personnes-agees.gouv.fr

La coordination gérontologique : pouvoir de l'histoire ou histoires de pouvoirs ?

Jean-Jacques AMYOT¹

Inextricable dispositif...

Les formes de construction de l'action gérontologique constituent un terrain particulièrement favorable pour la naissance et la renaissance de la coordination. Plus que dans tout autre sous-ensemble de l'action sanitaire et sociale, le secteur des personnes âgées a développé une structuration alambiquée. Un rapport² de la Cour des comptes ne fait que confirmer que nous sommes face à un incroyable écheveau dont la lisibilité est réservée aux experts. Une simple liste des institutions, des services, des acteurs, des dispositifs, des administrations et collectivités territoriales impliquées met immédiatement en évidence une diversité considérable. La mise en réseau potentielle de ces éléments donne à voir une réalité extrêmement touffue à la dynamique implexe. En fait, ce maquis des acteurs et des modes d'intervention vient de la gestion des innovations et des évolutions qui conduisent à des créations qui ne fusionnent pas, ne font disparaître ce qui leur a précédé.

Ce social stratifié a subi ainsi de nombreuses influences qui lui ont insufflé une précieuse dynamique et une somme d'ambigu it , de stigmates et d'incoh rences³.   l'heure où les coûts sont si contraignants qu'ils régulent au premier chef les dispositifs, la coordination se pose comme l'élément déterminant pour mieux associer les objectifs économiques et humains. Selon la formule encore et toujours reprise, redonner une place prépondérante à l'individu tout en lissant des surcoûts préjudiciables pour la collectivité. Elle est appelée de nos vœux pour venir estomper les effets néfastes d'une diversité mal gérée qui nuit à la clarté de l'action et d'un compartimentage de secteurs et de branches.

Nous nous trouvons donc confrontés à un secteur qui, peut-être plus que tout autre, requiert un plan d'ensemble qui puisse permettre de développer collectivement l'efficacité de chacun des acteurs. C'est l'objectif affiché de la coordination.

LA COORDINATION, UNE MALADIE CHRONIQUE OU UN SOIN DE LONGUE DURÉE ?

Quel est donc cet étrange mal qui habite l'action gérontologique ? Est-ce la coordinite qui s'exprime lors de l'utilisation excessive ou abusive de la coordination ou s'agit-il de l'incoordinite ou carence de coordination qui fait fi des différentes médications prescrites depuis cinquante ans sans grand résultat ? Il ne s'agit pas là d'une observation isolée : tous ceux qui ont eu à gérer la politique de la vieillesse au plus haut niveau de l'état ont établi des constats plus sombres encore. Ces médiocres effets positifs tiennent peut-être à une mauvaise connaissance du mal, à la croyance que derrière un symptôme ne se tapit qu'un seul agent pathogène, à l'utilisation d'une classe thérapeutique inadaptée ou à de malencontreuses mutations issues de presque un demi-siècle de résistance et d'évolution de son environnement.

Les tentatives de mise en œuvre de la coordination ne manquent pas. Dès l'origine des politiques de la vieillesse de l'ère moderne, les préconisations du rapport Laroque, ou du moins certaines d'entre elles, seront mises en œuvre dans le cadre des VIe et VIIe plans quinquennaux développés entre 1971 et 1980. Ils adopteront une coordination organisée et gérée sur une base géographique plutôt que par champs de compétences. Durant cette période, de très nombreux services, prestations et équipements seront mis en place. C'est précisément en raison de l'incohérence de ce foisonnement qu'un besoin croissant de coordination se fait sentir à la fin des années soixante-dix. Il faut ajouter que nous ne sommes plus sur un mode de « structuration-création-développement » au plan du terrain ; il s'agira plutôt désormais d'un mode « d'organisation-représentation-répartition » au plan des pouvoirs. Reportée à la coordination, cette analyse met en perspective les conditions de cette nouvelle floraison. Après le défrichage, la reproduction. Les services se multiplient de manière désordonnée, se superposent et en viennent à se trouver dans une situation de concurrence.

La solution proposée sera d'incarner la coordination. Même si les coordonnateurs du PAP 15¹ leur ont préexisté, la coordination n'avait jamais été érigée en une fonction et une compétence professionnelle à part entière. Le coordonnateur de l'action gérontologique est une profession officiellement créée par la circulaire du 29 juin 1981 du ministère de la

¹ Psychosociologue, Directeur de l'OAREIL – Derniers ouvrages parus : *guide de la prévention et de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées*, Paris, Dunod, 2010 ; *travailler auprès des personnes âgées*, 3e édition, Paris, Dunod, 2008.

² OAREIL : Office aquitain de recherche, d'étude, d'information et de liaison sur les problèmes des personnes âgées (oareil.org)

Rapport public particulier Les personnes âgées dépendantes, novembre 2005

³ Amyot J. J., *Développer la coordination gérontologique*, Paris, Dunod, 2006 (Avec la collaboration d'Yves Mar caux)

¹ Plan d'action prioritaire. Politique finalisée du VIIe plan quinquennal (1976/1980).

Solidarité nationale. Les coordonnateurs se sont vus confier des missions allant de la simple connaissance du terrain au développement de la concertation, de l'information, voire à l'engagement de nouvelles actions à la coordination autour de la personne. Dans le même temps, les instances locales de coordination préconisées par la circulaire du 7 avril 1982 avaient pour objectif clairement édicté de mettre en place un partenariat local afin d'assurer, notamment, une meilleure utilisation des moyens existants.

Il est vrai que l'État, à cette époque, avait à orchestrer une autre coordination qui concernait largement la nôtre : la décentralisation de 1982 arrivait sur les rives du secteur sanitaire et social. Nouveau partage de pouvoirs, de compétences, sans que l'État disparaisse pour autant. Les besoins de coordination aux plus hauts niveaux se faisaient sentir et les craintes d'états dans l'État rendaient certains particulièrement prudents. Au vu des nouvelles données du pouvoir local, d'aucuns en appelleront à rester vigilant sur les modes de coordination qui risqueraient d'institutionnaliser les effets pervers de la décentralisation avec une résurgence du centralisme.

Sur le plan sanitaire, l'actualité de la coordination est liée aux ordonnances du 24 avril 1996 dites Juppé. Le Code de la Sécurité sociale envisage alors, pour une période déterminée, que des actions expérimentales puissent voir le jour dans le domaine médical ou médico-social afin de promouvoir notamment « une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention ». Il est évident que les personnes âgées ne sont pas absentes des préoccupations sous-jacentes à ces textes. Le cahier des charges de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés rend la référence explicite en spécifiant que la filière traduit la manière de traiter dans sa totalité, étape par étape, des groupes de population, éventuellement ciblée, par exemple la population âgée. Quant au réseau, on trouve parmi ses objectifs le suivi d'une population sur critères d'âge.

Au cours de la fin des années quatre-vingt-dix, la coordination va disputer à la dépendance, la pôle-position des termes les plus en vogue sur notre secteur. Et pour cause ! Les secrétaires d'État et ministres successifs feront le même constat : malgré les nombreuses tentatives de réduire les dissonances de l'action gérontologique, les faits sont là : la cohérence n'a pas gagné de terrain...

Nous voyons trois raisons essentielles pour que la coordination revienne sur le devant de la scène à cette époque. En premier lieu, la phase d'innovation-structuration de l'action gérontologique a pratiquement disparu au profit d'une évolution des services et des prestations, en partie portée par une volonté accrue d'efficacité. Rendre compte, s'inscrire dans une démarche qualité, être contraint à des objectifs de rentabilité, nécessitent de se centrer sur son pôle de compétences et, en conséquence, d'être plus acquis à des stratégies de partenariat plutôt qu'à un développement de nouveaux services et prestations. Ce positionnement est renforcé par le fait que les réglementations et les législations

sont de plus en plus complexes et contraignantes. Une large gamme de services et d'équipements doit mettre en œuvre un éventail de compétences et de ressources humaines dont peu d'organisations du secteur gérontologique peuvent bénéficier. Il s'agit donc non plus de se diversifier, mais de se recentrer sur un métier et de tisser des liens en amont et en aval.

En second lieu, la coordination gérontologique reprend du service avec la loi du 24 janvier 1997 qui instaure la prestation spécifique dépendance et consacre dans sa première partie la coordination des prises en charge. Sans se leurrer sur l'importance effective de sa place, elle apparaît comme corrélative du dispositif dépendance.

Par ailleurs, les emplois jeunes relancent les postes de coordonnateurs au sein des associations, des communes et des centres communaux d'action sociale. On voit ainsi réapparaître, vingt ans après les coordonnateurs de 1981, un métier qui fut pourtant tant décrié. Sur le même principe, les instances locales de coordination des années quatre-vingt sont remplacées, après un temps d'absence, par des espaces seniors, des pôles seniors, des bureaux d'information seniors. Ils assurent, pour le compte d'une municipalité ou d'un CCAS, une coordination interne des services ou une coordination générale de l'information plutôt centrée sur les jeunes retraités.

Cette coordination qui prend naissance avec le nouveau siècle se matérialise rapidement par deux dispositifs : les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et les médecins coordonnateurs des EHPAD, c'est-à-dire une tentative de mise en cohérence territoriale autour de la personne et la création d'un poste de pilotage du soin.

Finalement, ces approches successives témoignent d'une pensée collective souhaitant trouver plus de cohérence pour ce vaste chantier de l'action gérontologique. La décentralisation, un dispositif unifié qui charpente équipements, services et établissements pour la prise en charge de la dépendance, la qualité et la coordination en sont les expressions les plus présentes. Malheureusement, les dispositifs de coordination sont ceux des pouvoirs publics qui font l'économie d'une démarche de résolution de problèmes en sortant à intervalles réguliers le joker prêt à l'emploi. Nous savons tous que la recherche d'une plus grande cohérence sur un secteur qui emploie des centaines de milliers de professionnels, qui englobe du public et du privé, qui répond à des besoins immédiats et à long terme, qui fait appel à des sources de financements plutôt complexes, et surtout qui s'est créé au fil du temps sans impératifs collectivement élaborés, nécessite des années d'effort. Sortir la coordination de son havresac, c'est faire miroiter quelques changements autour d'un thème consensuel et mou qui ne provoque finalement que des réactions de principe. Pourquoi ? Tous les professionnels de la gérontologie se sentent concernés par la coordination ! Néanmoins, par définition, ils ne sont impliqués qu'à la marge : paradoxalement, l'investissement coordination est émiété, partagé. Dès lors que les difficultés surviennent, chacun retourne à son métier et peu ont pu en

faire profession. La coordination est à l'action gérontologique ce qu'est la politique étrangère au gouvernement : on ne manifeste pas souvent, on ne se mobilise jamais, on peut s'émouvoir ou s'interroger sur les causes de tel retrait en se disant que la diplomatie devait avoir une raison qui ne peut nous être révélée.

L'ANALYSE CHRONO-LOGIQUE : VALSE DES MISSIONS ET BONNE À TOUT FAIRE

L'histoire a des vertus, notamment pour mettre en évidence des enchaînements qui ne seraient que des séquences sans son éclairage particulier. Si cette approche de la coordination est pertinente, son histoire devrait permettre de dégager, dans l'apparent chaos suscité par une simple lecture, des logiques successives et, en conséquence, mettre à jour de multiples arrangements, des plans, des enjeux et des objectifs au sein de cette suite de législations et d'expériences. En d'autres termes, la coordination n'a-t-elle pas servi de moyens à des stratégies dont elle n'était que la mère porteuse ? Nous croyons pouvoir répondre par l'affirmative dans la mesure où chaque période procède d'objectifs et d'une logique qui lui sont propres.

Mission maintien à domicile

La politique de la vieillesse portée sur les fonts baptismaux par le rapport Laroque et qui s'est incarné dans les sixièmes et septième plans a des maîtres mots - prévention, intégration - et un domaine de prédilection, le maintien à domicile. L'objectif annoncé est d'en faire bénéficier 100 000 personnes afin d'éviter des entrées en maison de retraite. La coordination apparaît comme une injonction secondaire pour éviter gabegie et désordre. Elle n'est même pas un élément de la boîte à outils ; plutôt une consigne.

Mission emploi

Au cours des années 70, la crise économique causée par les chocs pétroliers engendre notamment une forte montée du chômage qui devient une sorte de peste semblant ronger les forces vives du pays. Toutes les politiques sectorielles doivent participer à la lutte contre l'épidémie. Les coordonnateurs de 1981 sont d'abord conçus dans la fervente détermination d'une politique de l'emploi. L'annexe II de la circulaire du 29 juin 1981 qui crée le dispositif est intitulée : « Création de 500 emplois de coordination locale des actions concernant les personnes âgées » et le mode de recrutement prévu est le suivant : « La création d'un emploi de coordination doit permettre de recruter un demandeur d'emploi inscrit à l'ANPE ». L'objectif premier était celui de l'emploi et c'est bien cette collusion entre politique de l'emploi et politique de la vieillesse qui a perverti le projet dans ses fondements.

Missions contre-pouvoir

Jusqu'aux lois de décentralisation, si l'État ne s'était jamais réellement inquiété de ses propres abus de pouvoir, le voilà fort ému des risques liés au processus de décentralisation. Une instance de coordination est donc créée en 1986 sous la forme du Conseil départemental de développement social qui sera supprimé la même année. Vingt ans après, Dominique Argoud rappelle que « l'importance prise par le

département depuis la décentralisation s'est traduite par une complexification du jeu entre les trois principales collectivités publiques que sont les communes, les départements, et l'État. Chaque collectivité est en effet susceptible de devenir l'alliée d'une autre en cas d'opposition entre deux collectivités de niveau territorial différent, sur fond de dualisme entre le sanitaire et le social »¹.

L'autre exemple, plus récent et plus massif, d'une mission de contre-pouvoir dévolu à la coordination est celui des CLIC. Près de quinze ans après le début de la décentralisation, l'État décide de mettre en place, sur un plan national, un dispositif de coordination de terrain. On pourrait considérer que c'est bien le rôle d'initiateur de l'État est ici en jeu. Cependant, il est d'usage de remarquer qu'il ne s'agit pas d'une législation qui s'imposerait aux conseils généraux pour qu'ils mettent en œuvre le dispositif. De toute la première période les départements sont écartés. Le Secrétariat d'État aux personnes âgées, sous couvert du Ministère des affaires sociales, va décider seul des modalités du dispositif, opter seul pour une « expérimentation » de 25 sites qui seront choisis, sans que l'on sache encore aujourd'hui selon quels critères. Il organisera des réunions inter-régionales avec les DRASS, son administration déconcentrée, et ce choix met « hors zone » les départements. Ce sont les changements politiques, mais surtout l'impossibilité pour l'État d'assumer financièrement le développement du plan CLIC qui fera basculer les lieux décisionnels, sous couvert de la nouvelle décentralisation. Les représentants de l'État avaient pour ambition de mettre en œuvre un contre-pouvoir et la coordination s'y prêtait fort bien. Après les extrêmes disparités de mise en œuvre de la PSD, devant l'émiettement de la politique vieillesse départementalisée, qui pouvait s'insurger contre un rôle autoproclamé, taillé à sa mesure, de grand coordonnateur pour un État bienveillant qui garantirait l'égalité aux citoyens et la cohérence des actions en faveur des personnes âgées ?

Mission dépendance

Si au début des années 80 puis à la fin des années 90 la mission dévolue à la coordination est d'ériger un contre-pouvoir à la position de plus en plus centrale des conseils généraux, quel rôle lui a-t-on fait jouer durant cet intervalle ? Précisons d'abord qu'entre les coordonnateurs et les CLIC aucun dispositif d'importance n'a vu le jour en matière de coordination. La grande préoccupation de la période est la dépendance et la loi instaurant la PSD laisse entendre que la coordination a une place centrale dans le dispositif. D'ailleurs, un Comité national de la coordination gérontologique est créé, chargé du suivi de la mise en œuvre des conventions passées entre les départements et les organismes de Sécurité sociale, avec une mission de médiation. L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui prendra la suite ne pourra prétendre donner à la coordination un rôle central, les CLIC étant venus entre temps kidnapper la coordination pour ses propres œuvres. Nous savons d'ailleurs que le chevauchement des missions des équipes APA et CLIC ne simplifiera pas les problèmes de coordination, loin s'en faut !

¹ D. Argoud, *les politiques de la vieillesse : bilan de vingt ans de décentralisation (1984-2004)*, Revue de sociologie de la santé, décembre 2005.

Le ministère devra alors sur son site Internet tenter de différencier leurs rôles respectifs, comme d'ailleurs ceux des CLIC et des réseaux de santé gérontologiques : la coordination à l'épreuve de sa propre coordination !

Ainsi, du rapport Braun de 1987 à la PSD de 1997, la coordination est celle de la dépendance ou du moins est-elle pressentie pour la servir. La coordination serait tantôt celle des actions de terrain, tantôt celle des financements, parfois celle des pouvoirs publics qui se chamailleront pour en obtenir la gestion.

Mission sanitaire

Les réseaux gérontologiques relèvent fortement d'une logique sanitaire. Leur mission pourrait donc être de « sanitiser » l'action gérontologique et de participer ainsi à assurer la prééminence du modèle médical. Paradoxalement, ils sont perçus comme trop sanitaires par les acteurs sociaux, mais trop peu sanitaires par la famille des réseaux : « Ne figurent pas sur cette carte les réseaux gérontologiques, les réseaux alcool, les réseaux psychiatriques... qui ont un réel impact d'organisation des soins entre les diverses structures de santé, mais où sont très peu impliqués les généralistes [...]. À part l'énorme concentration de la région parisienne (cinquante-deux réseaux), apparaissent un certain nombre de zones assez urbaines où les réseaux sont nombreux, mais aussi de larges zones, en général rurales, très dépourvues, et où ne se développent guère que des réseaux gérontologiques »¹. On appréciera la formule...

Mission économique et mission humaniste ?

Toujours mis en avant, mais ne dépassant jamais l'affirmation gratuite d'une vérité qui semble aller parfaitement de soi, les bénéfices économiques et la vocation humaniste de la coordination traînent dans les discours et les préambules des dispositifs... Les argumentations sont plutôt rares et ce qui prévaut est une sorte d'équilibre entre la rationalité financière et la volonté éthique.

Le risque de confusion des genres : vocable unique, réalité équivoque

Cette succession de missions assignées à la coordination la réduit à un discret servage. Mais cette distorsion n'est pas la seule entrave à sa mise en œuvre. Si la coordination a tant de difficulté à devenir un processus intégré aux multiples démarches professionnelles et institutionnelles, c'est aussi parce qu'elle est sujette à de nombreuses interprétations, qu'elle est appréciée de manière plurivoque, qu'elle porte avec un seul vocable une diversité de pratiques, d'expériences et d'objectifs.

Pour certains, il s'agit avant tout de la constitution d'un sas, d'un passage obligé qui conduit à une orientation. Les services d'information seniors développés dans des contextes communaux en sont les meilleurs exemples. Pour d'autres, souvent incarnés par les professionnels qui interviennent dans le cadre du domicile, la coordination a davantage pour mission de rompre leur isolement, isolement préjudiciable aux personnes âgées elles-mêmes. Il s'agit d'un point de

rencontre et d'échange où vont s'exprimer et s'ajuster, de manière plutôt informelle, les actions, la culture, les valeurs et les interrogations de chacun. On trouve par ailleurs, sous un angle plus formalisé, des objectifs d'ordonnement, d'agencement des phases d'un processus. Ce type de mission assignée à la coordination conduit à la mise en place de réseaux, l'élaboration de filières et la construction d'outils plus ou moins élaborés sous forme de protocoles. Un quatrième positionnement par objectifs peut être appréhendé autour d'une concertation technique ponctuelle.

Nous pouvons aussi appréhender cette notion-orchestre sous la forme d'une esquisse de typologie de la coordination en partant des objectifs qui lui sont dévolus.

Typologie de la coordination par objectifs.

Objectifs	Cible principale de l'action
Information/orientation	Personnes âgées
Évaluation besoins/plan d'aide	Personnes âgées
Rencontre/échange	Professionnels
Concertation/Bonnes relations	Professionnels ; organisations
Procédures réseaux/Suivi filières	Organisations
Réduction des coûts	Financeurs

L'approche qui consiste à inventorier les actions qui relèvent des coordinations constitue un autre éclairage du problème, et pas des moindres ! Informer les personnes âgées, les familles et les professionnels, créer les services et les équipements manquants, mettre en place des dispositifs de formation et d'évaluation, assurer la cohérence des prises en charge, développer des filières spécifiques pour les personnes âgées, devenir un guichet unique face à la pluralité des professionnels impliqués dans l'action, assurer une coordination des financements, concevoir des passerelles pour des problématiques intersectorielles telles que les handicapés vieillissants ou les immigrés âgés, assurer des missions d'orientation, d'écoute, offrir des permanences de psychologue, construire des prestations d'aide aux aidants... Bref, rien ne paraît pouvoir échapper à cette marmite que l'on remet à chauffer régulièrement au gré des difficultés rencontrées, des humeurs ministérielles et des soucis des professionnels, sans qu'on la remplisse des ingrédients à la hauteur de l'appétit dont on fait preuve à chaque réanimation.

Nous prenons conscience, chemin faisant, d'une complexité croissante accompagnée du sentiment de nous éloigner progressivement de cette recherche de la simplicité qui échoit à la coordination dans la mesure où le but pratique et la finalité ultime consiste à proposer un ensemble de services dont le mode d'emploi serait le plus lisible du monde. La conséquence de ce cheminement inverse est un retour incessant au modèle en reconstruisant de nouveaux dispositifs : Sisyphe est un acteur gérontologique.

La dimension stratégique : oubli, déni ou dédain ?

Si l'expérience en matière de coordination ne nous a

¹ Circulaire n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux, annexe V

appris qu'une chose c'est qu'il ne peut s'agir simplement de transposer sur le terrain des directives publiques, mais d'apprendre à travailler en commun au sein d'un ensemble disparate de missions, d'objectifs, d'ambitions, de représentations des acteurs, d'organisations et de professionnels, ensemble mû par des forces individuelles ou institutionnelles qui se contrarient (valeurs, éthique, ancrage dans l'habitude ou la tradition, intérêts particuliers, logiques professionnelles...).

Ainsi, la coordination est sans conteste un positionnement stratégique dans la mesure où elle consiste en un ensemble de décisions et d'actions relatives au choix des moyens et à l'articulation des ressources en vue d'atteindre un objectif. Quelles que soient les missions confiées à la coordination, elle mettra en œuvre, de manière plus ou moins élaborée, une tactique lui permettant d'atteindre son but. D'ailleurs, sa définition dans un dictionnaire courant le confirme : « Arrangement des parties d'un tout selon un plan logique pour une fin donnée ». On y trouve quatre éléments essentiels, l'ordre, la composition, la logique du concepteur et l'aboutissement voulu du projet qui sont, en quelque sorte, les ingrédients de la stratégie.

Pour qu'il y ait stratégie, il faut que plusieurs options soient en compétition et que chacune d'elles recèle une part d'incertitude. Dès lors qu'une des options semble porter un maximum d'avantages et qu'elle recueille une majorité de suffrages, il ne s'agit plus d'une stratégie mais d'un chemin tracé sur lequel tous s'accordent. Cette dimension stratégique est masquée par l'unicité du vocable « coordination » qui laisse accroire que le lien efficace n'est accessible que par un seul chemin, même si, nous l'avons vu, le mot recèle une pluralité de pratiques. Pourtant, d'autres secteurs d'activité utilisent un ensemble de termes qui donnent une plus grande précision à la nature du lien. On peut citer des options génériques (partenariat, coopération, accord), mais également les ententes contre un tiers (coalition, alliance, pacte), le lien ciblé ou ponctuel (convention, accord, réseau, contrat), la préférence unitaire (groupe, fusion, absorption) et les formes liées de manière traditionnelle au secteur non lucratif (association, fédération, union).

Parmi tous ces modes, le partenariat, figure de proue, est l'expression la plus usitée. Expression du désir de liens des organisations face aux modèles et aux dispositifs, il donne à voir les liens choisis et non subis. Le partenariat porte en lui la volonté délibérée d'être en relation ; il l'exprime sans ambiguïté. Quand nous qualifions une personne ou un organisme de partenaire, (dont l'étymologie est la même que partage), nous manifestons une relation privilégiée. Nous n'avons pas pour partenaires des personnes ou des structures que nous n'avons pas rencontrées. Les conditions habituelles du partenariat se forment dans la connaissance réelle des partenaires, dans l'histoire des organisations impliquées, par la personnalisation des relations, dans la confiance partielle et réciproque, dans la proximité. Il y a dans le partenariat la volonté d'un rapprochement basé sur des sensibilités communes, comme l'indique le terme de partenaire dans la quotidienneté de nos vies privées.

Finalement, le partenaire n'est pas nécessairement celui avec qui l'on agit, mais avec qui l'on peut agir, avec qui nous voudrions agir. Nous avons la conviction que nous partageons une philosophie (Principes, vision du monde, valeurs...) pour l'action ou le domaine concerné. Avant même de l'interroger pour qu'il participe à une action commune, nous pensons à lui comme partenaire et nous le croyons sur la même longueur d'ondes : « Un système de relations de rôles est coopératif dans la mesure où le comportement de l'un des individus en interaction, ou de plusieurs, influe de la même manière sur tous les membres en ce qui concerne l'action en direction du but. Par là même, un système de rôles est compétitif dans la mesure où le comportement de la part d'un individu en interaction qui le rapproche de son but éloigne nécessairement un ou plusieurs autres du but qu'ils s'étaient fixé [...] Une relation de rôles coopérative se caractérise par un comportement mutuellement facilitateur induit par la reconnaissance d'un "destin commun" désiré par tous. Les relations de rôles compétitives se caractérisent par un comportement mutuellement opposé en raison de la croyance en des destins opposés¹ . »

Il faut comprendre ici que coordination et coopération ne sont pas de vagues synonymes : elles représentent des phases d'un processus. La croyance en un destin commun puis des comportements coopératifs rendent la coordination possible. C'est seulement là qu'intervient la coordination. On comprend mieux pourquoi les dispositifs institutionnalisés de coordination plaqués sur le terrain par les pouvoirs publics sont des portes ouvertes sur l'échec. Dans un sport collectif, chercher à coordonner ou imposer une coordination à des joueurs qui n'auraient pas envie de coopérer paraîtrait à tous parfaitement absurde. C'est le cas de figure du professeur de collège qui entreprend l'apprentissage du volley-ball et qui sera d'abord confronté à la constitution des équipes, au sentiment d'équipe, aux amitiés et aux inimitiés, avant de régler le jeu et ses problèmes techniques. Dans les dispositifs publics de coordination, on fait comme si ces aspects essentiels des relations humaines, de la constitution d'un groupe, de la mise en œuvre d'une dynamique étaient acquis. On fait comme si en tous les professionnels étaient inscrits l'envie et le besoin de collaborer. Dans le jeu de la coordination, le méta-jeu social n'est même pas inscrit au programme.

¹ Newcomb T.M., Turner R.H., Converse P.E., *Manuel de psychologie sociale*, Paris, PUF, coll. « Bibliothèque scientifique internationale », 1970, p. 434.

UN FOISONNEMENT DE RÉFÉRENCES : DES REPÈRES POUR SE PERDRE...

Filières, équipes mobiles, médecins traitants, services polyvalents, plates-formes de services, médecins coordonnateurs, réseaux sanitaires et CLIC sont les principaux dispositifs qui ont pour objectif de produire de la coordination. Ce foisonnement engendre en même temps un besoin de coordination. Si l'on prend les CLIC pour organisations centrales, la question de leur relation avec les autres dispositifs est ouverte : quelle mise en cohérence avec les équipes médico-sociales, les réseaux sanitaires, les CCAS... ?

Notre serial coordinator paraît adhérer au fameux titre de l'ouvrage de Paul Watzlawick, Comment réussir à échouer¹. Puisque tout le monde s'entend sur le fait que les bienfaits de la coordination vont de soi, il suffit de multiplier les coordinations pour que le monde professionnalisé de l'accompagnement de la vieillesse se porte comme un charme. L'ultrasolution qui consiste en la multiplication d'une bonne solution aboutit ici à son contraire, comme la formule publicitaire qui veut que trop d'information tue l'information. Des coordinations qui se multiplient finissent très rapidement dans une telle opacité qu'il faut alors envisager de coordonner la coordination. C'est d'ailleurs ce que nous prédisions dès 1988².

TROIS DISTORSIONS POUR UNE COORDINATION IMPRODUCTIVE

La distorsion interprofessionnelle : figures et représentations de la coordination et du réseau

Souvent, la représentation de la coordination s'élabore à partir d'un manque, d'un défaut fonctionnel, d'une absence : il suffirait que l'infirmière rencontre au moins une fois la garde à domicile, il suffirait que l'hôpital contacte la maison de retraite, il suffirait de joindre la famille... Néanmoins, chaque catégorie d'acteurs envisage la coordination à partir d'elle-même et non comme un point d'interaction et de mise en commun d'information et de pratiques. Cette perception engendre d'emblée un pluriel : il n'existe pas une coordination, mais des coordinations, chacune développant sa coordination...

L'autre point de vue concerne l'institutionnalisation de la coordination. Dès lors que se créent des instances et des professionnels de la coordination qui en deviennent les garants et les experts, le risque est que les autres professionnels s'en dessaisissent, ne se sentant plus investis de cette mission et n'en ayant ni le temps, ni le financement. Confier la coordination à quelques-uns, d'ailleurs souvent extérieurs au suivi et à l'accompagnement des personnes, voilà le plus beau des paradoxes !

La distorsion politique : le palimpseste public

La deuxième distorsion est d'ordre politique. Nous avons démontré plus haut que chaque initiative publique est, en fait, portée par une stratégie conjoncturelle qui n'a pas

grand-chose à voir avec un espace de cohérence autour de la personne. Nous sommes effectivement en présence d'un véritable outil polyvalent dont la « duplicité se manifeste sur le plan socio-économique, lorsque la « technicité » sert de paravent au pouvoir réel, et que l'on maudit les « technocrates » auxquels on serait pourtant prêt à confier la solution de tous les problèmes¹ ». Elle a l'avantage, chaque fois qu'elle revient au-devant de la scène, de rassembler sous son nom les tenants de la rationalisation des dépenses et ceux qui défendent une position humaniste, s'assurant ainsi d'une moindre résistance des acteurs.

La distorsion sectorielle : les interférences techniques

Les initiatives de coordination se multiplient et s'entremêlent pour former in fine un paradoxe eu égard à leurs missions. Ainsi, une partie de l'énergie qui devait être déployée en direction des personnes âgées le sera à tenter d'évacuer les contaminations de dispositifs, de réduire les doubles emplois, de redéfinir les contours, les pouvoirs, les moyens...

DES USAGERS ESCAMOTÉS

Nous voilà donc en présence d'un numéro de prestidigitation, un tour de passe-passe qui inverse deux positions, en l'occurrence la personne et le dispositif, ce dernier au cœur de toutes les attentions et la personne, en arrière plan, devenue objet de l'expertise.

De manière générale, la grande difficulté des professionnels est de ne pas créer des systèmes qui satellisent les usagers au lieu de les intégrer. La transformation de leur appellation, notamment lors du passage de bénéficiaire à client, a très souvent été accompagnée d'un discours qui voulait qu'ainsi les services les prennent mieux en compte, s'attachent avec attention à leurs attentes, leurs désirs et leurs droits. Nous savons pourtant tous, comme simple client, que cette logique est assez puérile. Si la participation des usagers est plus une problématique qu'une réalité, qu'en est-il de leur place dans les dispositifs de coordination ? Très rapidement, cette participation s'impose à l'esprit soit comme une difficulté majeure, soit comme un élément allant de soi.

Certains rappellent, à juste titre, qu'avant même de définir la place de la personne âgée, la coordination entre professionnels est plus une gageure qu'un processus quasi-naturel. En conséquence de quoi s'impose l'idée que, faire rentrer les usagers dans le bal, ne ferait que rendre la tâche encore plus compliquée. Le redoublement imaginé de la complexité ne cherche pas à évincer, mais à différer. Commençons entre professionnels pour aplanir les difficultés... D'autres, au contraire, voient cette intégration-participation non seulement comme évidente (Quelques personnes de plus), mais également comme un atout. Après tout, pourquoi ne seraient-ils pas cette pièce stratégique capable de rappeler au long cours, à l'ensemble des professionnels, qu'il ne s'agit pas de mesurer la réussite de la coordination aux gains et aux pertes perçus par chaque acteur et chaque organisation, mais que la finalité s'incarne

¹ Paris, Éditions du Seuil, 1988.

² Amyot J.-J., *La Coordination et la sectorisation de l'action gériatrique*, OAREIL.

¹ Cornélius Castoriadis, « Technique », *Dictionnaire de la philosophie*, Paris, Encyclopaedia Universalis/Albin Michel, 2000, p. 1820-1839.

dans cette personne. Sans elle, pas de sens à l'action des professionnels : « L'intervention d'un réseau s'opère à partir de la personne âgée, et non à partir des intervenants. C'est le respect de la citoyenneté de l'individu, y compris les sujets âgés, qui permet de définir des choix d'intervention. Le maintien du rôle social de la personne âgée dans un projet de vie cohérent et le désir d'adhérer à ce projet limiteront les conséquences du stress et de vécu d'abandon »¹.

Les coordinations sont conçues pour mieux répondre aux besoins et aux attentes des personnes âgées ? Que sait-on de la position des intéressés eux-mêmes ? Que sait-on de leurs attentes vis-à-vis de la coordination ? Voilà une étrange question... Ils ne comprendraient pas : c'est une affaire entre professionnels.

Michel Frossard et Anne Boitard dans le compte-rendu d'une étude² insistent en particulier sur le fait que la personne « achète sans le voir, et parfois sans le savoir, un produit qui débouche sur un service composite multidimensionnel ». Ils ont rappelé l'impossibilité d'effectuer un choix en référence à un modèle répertorié, normalisé, ils ont mis en évidence l'information limitée et imparfaite des professionnels et des bénéficiaires quant aux différentes possibilités ou modes de coordination, posant enfin l'absence de statistiques probabilistes relatives à l'efficacité ou aux défaillances de différents dispositifs de coordination qui pourraient être mis en concurrence en situation de choix. L'utilisateur au centre du dispositif, sans le savoir ? Cynisme, indifférence, prise de pouvoir, ou partie de colin-maillard ?

Proposer aux personnes âgées qui bénéficient des services de la coordination d'être des partenaires ? Voilà qui paraît, à ce point de notre réflexion, relever de la rêverie ou de la provocation. Il semble bien que nous ayons déjà fort à faire pour les informer : « Nous espérons bien que le réflexe «CLIC» s'imposera comme s'est imposé le réflexe «SAMU» (il y a 30 ans personne ne connaissait la signification de ce sigle)³ » a-t-on pu lire sur le site du Ministère. L'utilisateur ne serait pas exclu sine die. Il réapparaît lors de la phase technique : « Notre responsabilité est de faire en sorte que les dispositifs de coordination inscrivent dans la durée la participation de la personne âgée et de sa famille en particulier sous la forme de négociation du plan d'aide, de contractualisation des interventions, ... »⁴. Il est convoqué pour négocier les aspects factuels, ceux qui nécessitent de très bonnes connaissances préalables, lui qui est inscrit dans la finalité (vivre à domicile, rester chez soi, garder son compagnon...).

N'aurait-on pas pu au moins, à l'instar des réseaux, prendre en compte les différentes modalités de relation entre les professionnels et le public cible ? L'annexe 1 de la circulaire⁵ du 25 novembre 1999 précise ce que doit comporter un réseau. Le 8e point est relatif à la place des usagers :

« Ils doivent être au centre des préoccupations du réseau, sous des formes évolutives avec le temps : en tant que patients au début ; en tant qu'utilisateurs sujets de droits ensuite ; en tant que partenaires enfin dans la détermination de besoins à combler et des stratégies pour y parvenir ». Nous ne sommes pas dupes de la difficulté du passage de l'écrit à la réalité quotidienne. Cependant, l'inscription permet de situer cette participation comme une règle à laquelle il faut revenir : lex est quod notamus¹.

En les escamotant, les coordinations créent le risque, en contradiction avec ce qui fait le cœur même de leur mission, de développer la perte d'autonomie des individus et des groupes familiaux qui s'inscrivent dans cette démarche. Une coordination où l'on s'occupe de tout, une coordination qui vous « prend en charge », c'est la porte ouverte à la dépendance... institutionnelle.

La place des usagers dans les dispositifs de coordination gériatrique devrait être prise en compte en regard de la loi du 2 janvier 2002 et des textes d'application qui en sont les prolongements. Parmi les nombreux droits qui sont désormais reconnus aux usagers, figurent ceux relatifs à leur participation directe ou avec l'aide de leurs représentants légaux à la conception et à la mise en œuvre des projets d'accompagnement qui les concernent. La charte des droits et libertés des personnes accueillies que l'on trouve en annexe de l'arrêté du 8 septembre 2003 qui fait partie de ce corpus de textes affirme le droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement dont l'utilisateur bénéficie, ainsi que sur le fonctionnement et l'organisation des institutions médico-sociales dont les CLIC font partie intégrante. L'article L. 311-3 de la loi du 2 janvier 2002 stipule notamment qu'est assuré à la personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux « la participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne ».

Qui sont donc ces usagers qui n'en bénéficient pas ? Des individus protégés, inadaptés, administrés, bénéficiaires, représentés, alibis, patients, clients² dont l'homme de l'art a besoin pour démontrer son savoir-faire ?

POUVOIR DE L'HISTOIRE OU HISTOIRES DE POUVOIRS ?

On l'a vu, la coordination a traversé toutes les époques de l'action gériatrique sous l'aspect de formules publiques et de nombreuses expériences de terrain. Elle apparaît tantôt comme mot d'ordre du pouvoir central, tantôt comme prière des professionnels, tantôt comme leurre, tantôt comme panacée. Elle peut changer de logique, modifier sa nature profonde pour être but, moyen ou les deux confondus. Elle s'accommode avec tout ce qui passe à sa portée.

¹ Olivier Drunat, « Droit des personnes âgées et réseau gériatrique », *Gérontologie*, N° 106, p. 42-46.

² M. Frossard, A. Boitard, « Evaluation des réseaux de coordination gériatrique : une approche socio-économique », *Revue d'épidémiologie et santé publique*, 1997, 45, 429-437.

³ www.social.gouv.fr/htm/dossiers/clic.

⁴ Claude Périnel, directeur national de l'action sociale CNAV, actes du colloque de l'UNIORPA du 25 octobre 2001, p. 7.

⁵ DGS/SQ2/DAS/DH/DSS/DIRMI N° 99-648. Non parue au J. O.

¹ Ce que nous écrivons fait loi. Devise de la chambre des notaires, à Paris.

² Roland Janvier et Yves Matho, *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les organisations sociales et médico-sociales*, Paris, Dunod, 2004, p. 205 à 219

Elle se lie avec l'identité professionnelle, le pouvoir, la stratégie, la communication, le changement, la qualité, la bientraitance... Elle ne néglige aucune discipline : le droit, les sciences politiques, la sociologie, la médecine, l'économie... Riche, on lui prête les intentions les plus diverses, grandioses ou retorses. La coordination comme relation de pouvoir, comme résolution de problèmes, comme politique de communication, comme occultation de problèmes, comme dispositif ou appareil du Pouvoir, comme volonté de changement... Elle mime des personnages clefs de la mythologie. Pour l'économiste, elle se présente avec le double visage de Janus, dispendieuse et parcimonieuse ; pour le sociologue, elle se pare des traits de Sisyphe qui, devant une réalité toujours insatisfaisante à l'aune du paradigme, retourne incessamment au modèle en reconstruisant de nouveaux dispositifs ; pour le professionnel, c'est le rôle d'Ariane qui lui sied le mieux, les délivrant du labyrinthe... Elle sait aussi se plier aux figures de la modernité. Elle ressemble souvent, dans sa présentation, ses vertus et ses objectifs à une sorte d'antivirus informatique qui non seulement repérerait les anomalies avant qu'elles ne fassent des dégâts, mais réparerait inmanquablement les parties détériorées par des processus non conformes.

Elle remporte le palmarès de l'ambiguïté. Aucune autre mission gérontologique ne peut se targuer d'avoir eu à naître et à mourir autant de fois, tour à tour brusquement adulée et négligemment méprisée, ici jugée comme un détour coûteux et inutile, là comme indispensable au développement de la qualité de notre secteur. Elle est sous les feux de la rampe et, au même moment, ceux qui l'ont porté au pinacle la font pâtir des restrictions budgétaires. Doit-on lire dans ces positions équivoques que la coordination n'est pas considérée comme un besoin mais reste une fioriture, un intéressant vecteur de communication pour montrer sa bonne foi, une panoplie de secours lorsque ces mêmes pouvoirs publics veulent se payer à bon compte un rôle de régulateur de bonnes pratiques selon l'expression qui fait flores ? Avons-nous affaire à une sorte de fusibles gérontologiques, une politique de cadeau promotionnel ou sommes-nous en présence d'une modalité d'action complexe dont nous n'avons pas encore pris la mesure ?

Sans nul doute, la question est celle de son enjeu qui se dégage mal du fatras d'actions et d'acteurs qui la compose. En effet, il n'est pas si aisé de saisir la coordination dans la variété de ses modes, de ses usages, de ses dispositifs. Elle se déploie sous des formes extrêmes qui permettent de la considérer tantôt sous l'angle du jacobinisme, tantôt dans un cadre plus fédéraliste. Coordination avec un chef d'orchestre, un comité de pilotage, un financeur-législateur, une tutelle-acteur, avec ou sans coordonnateur, bref, tout peut être imaginé et fait au nom de la coordination sans que les liens de pouvoir et les stratégies des acteurs soient suffisamment pris en compte.

Dans l'activité, la coopération se tisse avec des projets, du passé, des savoirs, des valeurs...

Michel-Henri MAS¹
Laurent MENEGOSZ

Jacques ROLLIN
Bernard VUILLON

Les revues qui « ouvrent en grand » d'authentiques questions se font de plus en plus rares. Trop souvent, il faut composer d'emblée avec des limites gestionnaires, techniques,... admises plus ou moins implicitement comme des faits peu discutables.

La Revue du CREAL PACA sait éviter ces pièges. Elle nous invite à ne pas « penser à l'étroit ».

Aussi, nous – ORT² – nous félicitons de pouvoir apporter notre pierre à ce numéro. En complémentarité avec les autres articles, l'ambition de notre contribution se veut une invitation à « regarder autrement » ce qui se joue dans le travail et, en l'occurrence ici, dans les situations de coopération. Levons tout de suite l'ambiguïté qui pourrait s'introduire avec l'expression « regarder autrement ». Il ne s'agit en aucune manière de produire une « nouvelle théorie », mais de se mettre en chemin pour faire apparaître « des réserves d'alternatives »³.

Il est symptomatique de voir que les nombreuses réformes du secteur médico-social (Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance de mars 2007, Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires...) ont comme préoccupation d'améliorer la « coordination », la « coopération », entre les établissements. On parle alors de « transversalité » pour mieux gérer la multiplicité des établissements, l'émiettement des services. Il est question de « décloisonner », de réagir face à des organisations trop « compartimentées ».

Le point d'ancrage idéologique, ou dit autrement, les valeurs qui motivent ces réformes sont, selon le terme choisi, le service rendu au patient, à l'utilisateur, au client, tout en visant l'usage optimum des ressources disponibles. La loi 2002 ⁴ fait valoir « les droits des personnes », veut « affirmer et promouvoir les droits des usagers », veut « diversifier les

missions et les offres en adaptant les structures aux besoins », et pour cela « instaurer une coordination entre les différents acteurs ». Il est important de souligner un choix politique qui relève de valeurs, par définition non mesurables. Mais, s'il n'est pas de notre ressort d'exprimer un quelconque avis sur ces choix politiques, nous nous interdirons tout autant de prétendre pouvoir tout dire, de l'extérieur, des effets qu'ils peuvent produire. Nous soutiendrons, au contraire, qu'il n'y a jamais de simples enchaînements mécaniques entre les choix politiques et ce que font les acteurs sur le terrain.

Dans un contexte où « les organismes gestionnaires et leurs établissements et services médico-sociaux sont amenés à opérer d'importants changements dans leurs modalités de gouvernance, de gestion et d'organisation »¹, qu'en est-il au niveau du travail, et plus précisément de l'activité de travail?

Voilà les questions qu'il faut poser, non pas dans l'illusion de pouvoir produire des réponses définitives – c'est impossible – mais de faire émerger en continu grâce à des dispositifs de coproduction de connaissances de nouvelles perspectives pour « coopérer autrement », pour « coordonner autrement », pour « travailler autrement » et « faire travailler autrement ».

De tels dispositifs, dans le champ du social et du médico-social, pourraient en particulier contribuer à maintenir l'exigence de qualité d'une mission de service public, à rappeler les valeurs associatives fondées sur des principes, à participer à l'évolution et au développement des métiers,...

« TRAVAIL PRESCRIT », « TRAVAIL RÉEL »

Les réformes impulsées dans le cadre de l'évolution des politiques publiques posent pour leur mise en œuvre la question classique de l'écart entre « travail prescrit » (le travail qui est demandé) et « travail réel ». La coordination, la coopération² envisagées par les « protagonistes des réformes » et celles vécues « par les protagonistes qui œuvrent dans les services, sur le terrain » recouvrent-elles les mêmes réalités?

Quiconque a une expérience du travail peut témoigner – et cela quelle que soit sa situation de travail - d'une différence entre la théorie (son cadre de travail) et la pratique.

¹ Pour le Groupe d'Etude « coopération » de l'Observatoire et Rencontres du Travail

² ORT, c'est l'acronyme d'Observatoire et Rencontres du Travail. Une association qui a pris le parti du « primat de l'activité pour aborder les questions sociales ». Voir www.rencontresdutravail.com

³ En particulier des possibilités de faire et de faire faire autrement le travail

⁴ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (1), NOR: MESX0000158L Version consolidée au 03 janvier 2002

¹ SANAP, les coopérations dans le secteur médico-social. Guide méthodologique 2012

² A distance de l'activité réelle, il est possible de les différencier en convenant que la coordination vise plutôt des questions d'articulation de structures entre elles, d'organisation (registre du prescrit), alors que la coopération laisse entendre une plus forte implication humaine, une entente entre personnes travaillant conjointement pour un même objectif (registre noué plus directement avec le travail réel).

Cette différence, cet écart¹ sont généralement perçus comme un « allant de soi », comme une sorte d'imperfection qui nous demande de « faire avec ». En fait, derrière ce phénomène souvent considéré comme secondaire, si ce n'est négligeable, se glisse une marque du génie humain, sa capacité à être plus qu'un simple rouage, sa capacité à être normatif, sa capacité à faire le travail...

C'est dans cette posture d'accueil de ces écarts qu'il faut se mettre si l'on veut dépasser ces « allant de soi » et aussi les sources d'incompréhensions (de tensions) qu'ils nourrissent entre les acteurs.

Pour donner un exemple d'incompréhensions (qui ne sont jamais neutres pour l'efficacité du travail collectif), prenons l'exemple de la coopération. Nous nous proposons de « mettre en dialogue » deux sources pour la connaissance du travail et de la mise en œuvre de la coopération dans le secteur du médico social.

L'une, sera le Guide méthodologique de l'ANAP, 2012. Il a pour intérêt à nos yeux d'être à la fois le résultat d'un recueil d'expérience d'établissements organisés en Groupe de Coopération Sociale et Médico Sociale, et un outil illustratif d'un modèle d'organisation du travail. Ce travail de synthèse, porteur du discours réformateur, est en appui technique à la mise en œuvre de la coopération. Il peut d'une certaine manière être considéré comme une expression du registre du prescrit.

L'autre² source, est un entretien réalisé auprès d'un personnel dans un foyer d'hébergement. Ce discours témoigne d'une expérience singulière du travail. Il peut être pris comme un indice parmi d'autres du registre du « travail réel », du « travail réel dans une situation donnée à un moment donné ». Quand on se met authentiquement à l'écoute des protagonistes de l'activité, quand ils peuvent s'exprimer librement sur comment ils voient leur travail, c'est une forme de discours que l'on peut recueillir assez fréquemment.

On trouve dans cet entretien une réponse à la question: « Qu'est-ce que cela évoque le mot « coopération » pour quelqu'un qui travaille dans un foyer d'hébergement? ».

Deux approches de la coopération

Deux manières de parler du travail sur un même objet, la coopération - et deux prismes (ou registres) différents vont apparaître.

Dans le premier texte, *Le guide méthodologique*, nous trouvons dans une démarche très structurée la reprise des objectifs des protagonistes des réformes: « Réduire les inégalités de ressources à l'intérieur des régions comme entre régions (ex.: adaptation et transformation des prestations

à assurer dans le cadre de coopérations avec différents acteurs, trouver un équilibre entre domicile et établissement);

Développer une offre de services qui dépasse l'approche segmentée par structure pour promouvoir une logique de parcours de vie et de soins dans le cadre de coopération et d'une approche territorialisée (...);

Intégrer la rénovation du processus d'autorisation (...). Dorénavant, les projets de création, de transformation et d'extension qui font appel à des financements publics sont autorisés par l'autorité compétente après mise en œuvre de la procédure d'appel à projets¹.

Pour atteindre ces objectifs, le guide propose des outils et démarches méthodologiques qui structurent en trois temps la dynamique de coopération:

« **Comprendre et connaître:** La compréhension du territoire est une composante première pour initier une dynamique de coopération entre les acteurs. Elle suppose une approche objective de ce territoire mais également une action volontariste impliquant autorités publiques et opérateurs pour initier un dialogue et partager des opportunités. Les outils proposés à ce niveau s'adressent plus particulièrement aux ARS² et aux Conseils généraux »

« **Décider:** Les outils (proposés à ce niveau) s'adressent plus particulièrement aux administrateurs et instances dirigeantes des associations et établissements publics qui sont seuls en capacité d'anticiper cette étape de décision. Ils doivent faciliter l'analyse objective des points forts et points faibles de chaque partenaire ainsi que des opportunités offertes par la coopération et des risques à ne pas prendre. (...) l'implication des agences régionales de santé et Conseils généraux peut apparaître déterminante.

« **Mettre en œuvre:** la mise en œuvre d'une coopération peut découler « simplement » d'orientations stratégiques clairement définies. (...). Les outils proposés à ce niveau s'adressent aux opérateurs, porteurs d'un projet de coopération. S'ils recouvrent une dimension de management de projet, encore peu développée au sein des structures médico-sociales, un focus est également effectué sur les impacts de la coopération avec une proposition de trame méthodologique et des exemples d'indicateurs. »

Ce discours qui annonce des procédures, des étapes, des méthodes... relève avant tout du registre que nous appellerons la « coopération prescrite ». Il nous apprend beaucoup sur ce qu'il y a à faire. Mais le « travail réel », dans ses bigarrures, reste peu visible. Si maintenant, nous nous mettons à décrypter l'entretien d'un personnel dans un foyer d'hébergement, la formulation spontanée, ancrée dans une réalité de travail immédiate, montre une approche de la coopération bien différente:

¹ Repérable aussi dans l'écart entre le temps des institutions (compté, prévisible et mesurable par des plannings de tournées) et le temps des usagers (singulier, individualisé, relié à des besoins). P. Bres, « Si le temps nous était compté... l'activité des intervenants d'un SAMSAH du Var à partir d'une approche temporelle », Mémoire de Master II d'Ergologie / DEIS, Université de Provence, Département d'Ergologie, Juillet 2011.

² Voir le contenu de cet entretien dans l'encart

¹ ANAP, Les coopérations dans le secteur médico-social, Guide méthodologique 2012 – 2014, La coopération, une réflexion à fort enjeu dans le contexte de renforcement du niveau régional des politiques publiques déconcentrées. p. 12.

² Agence Régionale de Santé

Question: « Qu'est-ce que cela évoque le mot «coopération» pour quelqu'un qui travaille dans un foyer d'hébergement? »

Réponse: « (...) Chaque membre de chaque structure en veut aux autres. On est plutôt dans le registre du conflit. C'est comme les problèmes de phénomène de groupe. On peut essayer de comprendre ça (ce qui se passe) avec la « Pulsions de haine ». Un peu comme partout, il y a «eux» et «nous». C'est un peu comme la fonction « bouc émissaire ». Et le « bouc émissaire » dans nos relations, c'est l'autre structure.

L'ESAT, ils nous imposent des choses. Ils ne respectent pas les contrats. Depuis que l'ESAT a fait appel à une société de restauration, il faut que la planification des repas se fasse 15 jours à l'avance. Pour aider les résidents dans leur inscription au repas, il faut connaître leur planning de travail. Nous demandons donc à l'ESAT de pouvoir disposer de ce planning au moins un mois à l'avance. Mais le contrat n'est pas respecté. Ce n'est pas fait ou c'est mal fait !

Il faut le dire aussi, il y a de la mauvaise volonté. Ils nous envoient les changements de planning au dernier moment et, en plus, c'est souvent le vendredi après-midi. Or le vendredi après-midi, au foyer, c'est le seul moment de la semaine où on n'a pas accès au bureau où se trouve le fax. On peut quand même reconnaître que nous non plus, on n'y met pas toujours du nôtre... ».

L'écart entre ces deux points de vue sur la coopération peut paraître brutal. D'un côté, il s'agit de « coopérations avec différents offreurs », de « dépasser l'approche segmentée des structures » en autorisant une « mise en œuvre de procédure d'appel à projet », alors que de l'autre côté, les rapports entre structures sont ramenés de façon beaucoup plus terre à terre à cette évidente banalité que dans le travail on est toujours quotidiennement dans des rapports entre personnes et entre collectifs qui peuvent être souvent aisés mais aussi parfois tendus.

Un discours est-il plus « vrai » que l'autre? Faut-il se résigner à ce que chacun parle de son côté en ignorant l'autre discours ? Faut-il œuvrer pour qu'un discours fasse disparaître l'autre ? Un compromis entre ces deux discours est-il possible voire souhaitable ?

Nous répondrons non rapidement à toutes ces questions. Car la moindre hésitation pourrait nous entraîner à négliger qu'il y a ici matière à ouvrir des dialogues susceptibles d'enrichir le point de vue des uns et des autres, d'enrichir en particulier le point de vue que l'on porte sur le travail de l'autre, d'apprendre avec lui à mieux organiser le travail, à développer de bonnes conditions de coopération.

Mais avant de poursuivre sur les raisons qui invitent à entendre ces « histoires » du terrain à des fins de pouvoir modifier, transformer, enrichir les modalités de travail, les pratiques professionnelles et l'accompagnement des publics accueillis, il nous semble utile de présenter la distinction à faire entre « travail » et « activité de travail » et aussi pourquoi la notion de norme est un passage obligé pour mieux comprendre « l'activité de travail ».

DISTINGUER « TRAVAIL » ET « ACTIVITÉ DE TRAVAIL »

Si la volonté de coordination, de soutien à l'action est claire dans le guide ANAP car il s'agit d'un texte écrit, longuement mûri a contrario, le point de vue donné dans l'entretien du personnel du foyer d'hébergement est plus dans l'expression d'un ressenti critique d'une situation vécue. Ce type d'entretien, que l'on pourrait multiplier, mérite attention dans sa singularité. Il témoigne d'une situation professionnelle réelle, une situation que les concepteurs de la réforme ne peuvent jamais anticiper d'une manière exhaustive. Cela tient à leur éloignement des situations de travail, de ce qui se joue dans le détail du travail.

Cet entretien dissonant avec le discours gestionnaire possède pour le moins une vertu, il permet de mettre en évidence une « faille » dans les « certitudes » d'une rationalité qui ne se laisserait pas déranger par les « rationalités » de l'activité de travail.

Piloter correctement une réforme visant une meilleure coopération, est-ce possible sans avoir l'humilité et la sagesse de reconnaître qu'il n'y aura jamais superposition entre le Prescrit et le Réel?

Pour saisir le caractère irréductible de cet écart entre le prescrit et le réel, introduisons la distinction qu'il y a lieu de faire entre « travail » et « activité de travail ».

Lorsqu'une personne travaille, on va dire qu'elle fait un soin, une surveillance, qu'elle s'occupe des repas, etc., c'est le « travail » vu par les actes qu'il faut faire. Maintenant si l'on déplace son attention de l'acte réalisé, prévu et codifié par la profession, vers la personne qui le fait, on peut se demander: « mais que fait la personne qui travaille? ». La réponse est moins simple, on est passé du « travail » à « l'activité de travail ».

On peut distinguer notamment trois dimensions de cette activité:

- La personne fait ce qui lui est demandé, elle est payée pour ça ;
- La personne fait ce qui ne lui est pas explicitement demandé et qui pourtant est indispensable pour que le travail soit fait ;
- La personne construit des liens conviviaux, efficaces, avec les personnes qui l'entourent, client, patient, livreur, collègues, supérieur hiérarchique, équipe, etc. C'est une nécessité pour que le travail (actuel et futur) soit fait dans de bonnes conditions, avec plus d'efficacité

Le premier point « ce qui est demandé » est généralement plutôt visible, souvent quantifiable. C'est ce qui est, plus ou moins, spécifié dans le contrat de travail, c'est ce qui donne lieu à reconnaissance de la part du gouvernement du travail, c'est ce qui donne lieu à rémunération¹. Cela recoupe globalement le travail prescrit.

¹ L'Organisation Scientifique du Travail (OST) définie par Taylor pose comme a priori qu'il est possible de réduire le travail à cette unique dimension.

Le deuxième point est généralement plus facilement « oublié » quand on n'est pas directement au cœur de l'action. Par analogie avec conduire une voiture, on pourrait dire que c'est l'angle mort du management. Dans ce deuxième point, on est sur « ce que ça demande » à l'opérateur pour que le travail soit fait, sur ce que ça va mobiliser chez lui comme ressources¹. Ça peut être d'avoir à agir avec un matériel pas adapté ou qui fonctionne mal, avec un stress à supporter, avec l'obligation de répondre à des situations non prévues, avec un déficit de compétences, avec une santé médiocre, avec des absences dans le collectif de travail... On pourrait étendre cette énumération. En fait, la liste est infinie, toujours singulière, variable d'une personne à l'autre, et d'un moment à un autre. On est dans le « ici et maintenant » de l'action² ;

Le troisième point, la qualité des relations inter-individus, bien que rarement envisagée spontanément comme faisant partie du travail, peut s'avérer décisive pour la qualité du travail (par exemple: transmissions des informations, des savoirs...). Entretenir des rapports de bonne entente avec son entourage n'est jamais gagné une fois pour toutes ! Ce peut être aussi une charge pesante,... Pour autant, les résultats du travail dépendent fortement de cette relation de travail.

Et cela est d'autant plus facile à comprendre quand l'atteinte des objectifs du travail repose sur une « bonne » coopération.

Distinguer trois dimensions dans l'activité, nous aura permis d'imaginer ce qui est négligé, et donc assez souvent mutilé, si l'on s'arrête à la seule première dimension. Mais cela ne nous dit pas ce qu'est l'activité. Elle (comme la vie) n'est jamais une « somme de composants de base ». Elle restera toujours en partie énigmatique ; même si la mobilisation du concept de « norme », nous aide à l'approcher dans sa dynamique.

ENTRE « PRESCRIT » ET « RÉEL », UNE RELATION PAR LA NORME

Pour comprendre le lien entre travail prescrit et travail réel, c'est-à-dire pour pouvoir comprendre le passage de l'un à l'autre et ainsi dégager de nouvelles façons de faire³ ou de faire faire, il convient en prenant appui sur le patrimoine ergologique de passer par la norme.

Lorsque le prescrit parle de « coopérations avec différents offereurs », de « dépasser l'approche segmentée des structures » en autorisant une « mise en œuvre de procédure d'appel à projet », on peut considérer qu'il s'agit là de normes. Ce sont des manières d'agir que l'on préconise à soi, aux autres, au nom de valeurs jugées bénéfiques, en

l'occurrence parce qu'elles contribuent à répondre de façon positive à « l'évolution des besoins et de la demande des usagers et de leur famille ». Ces normes qui dessinent le prescrit sont dans l'anticipation, pré-définissent ce que devra être le travail à effectuer ; avec le vocabulaire¹ de l'ergologie, il s'agit de normes « antécédentes ». Cette réflexion en amont de l'action, cette anticipation sur la réforme que l'on veut mettre en œuvre est absolument nécessaire.

Mais les hommes ne sont pas de simples machines. Il est inévitable, dès le moment où les préconisations sont mises en œuvre dans des temps et des lieux toujours singuliers, que ces normes antécédentes soient « renormalisées » par les personnes pour pouvoir parvenir à « exécuter » les décisions prises.

L'activité déborde toujours ce qui a été anticipé par les normes antécédentes. Ceux qui font le travail vont rencontrer « des trous de normes », des « trous dans la prescription² » qu'il leur faudra combler en mobilisant leurs propres normes.

Loin d'être stables et immuables, ces normes antécédentes comme celles qu'il faudra mobiliser sur le lieu de l'action pour que le travail se fasse vont se mettre en dialectique. D'une part, les normes antécédentes vont devoir évoluer pour tenir plus ou moins compte de l'expérience acquise au fil de l'activité du travail, d'autre part au fil de l'évolution des normes antécédentes, ceux qui font le travail seront appelés à faire évoluer leur expérience.

En conséquence, la réforme fait naître en permanence de nouveaux « débats de normes », au cœur même de l'activité de travail.

LA COOPÉRATION ENTRE « DÉBAT DE NORMES », « SAVOIRS » ET « UN MONDE DE VALEURS »

Les évolutions dans les politiques publiques, les réformes préconisant des coordinations, les normes préconisant de nouvelles coopérations dans le champ du social sont plus ou moins directement reliées à des valeurs en permanence en travail et aussi à des savoirs. Pour ces derniers, le guide de l'ANAP, par exemple, en constitue un des supports.

De même, les acteurs du travail s'engagent dans une situation de travail avec leurs propres normes, leurs propres savoirs et leurs propres valeurs³. Dans toute situation de travail et en particulier dans les situations de coopérations, il faut s'attendre à trouver une multitude et une grande diversité de normes. C'est dans ce « débat de normes » que chacun devra choisir et se

¹ P. BRES, p83 « [...] Comme l'explique Carole, aide soignante « pour une personne qui est alitée ou au fauteuil, qui ne peut pas accéder à la douche c'est plus compliqué, il faut tout un système pour faire un shampoing et forcément le temps qui va avec, là où chez certains je mets 5 minutes, je vais mettre 20 à 30 minutes ».

² A contrario de Taylor, cette définition magistrale du travail donné par Christophe Dejourn « Le travail, c'est l'activité coordonnée déployée par les hommes et les femmes pour faire face à ce qui, dans une tâche utilitaire, ne peut être obtenu par la stricte exécution de l'organisation prescrite », *Le Facteur humain*, p. 43, puf, 2002.

³ Il s'agit de trouver des possibilités de faire « autrement », des « réserves d'alternatives ». L'usage du mot « réserves » pour suggérer que même peu visibles, « ces réserves pour un faire autrement » existent dans toutes les situations. Encore faut-il le savoir pour les rendre disponibles. Voir ci-dessous notre proposition de Groupe de Rencontres du Travail.

¹ Voir www.rencontresdutravail.com ou *L'Activité en Dialogues*, sous la direction d'Y. SCHWARTZ et L. DURRIVE, Ed. Octares 2009.

² On peut comprendre ce que nous voulons dire par « trous de normes » et « trous dans la prescription » en imaginant « une grève absolue du zèle » où l'acteur ferait strictement ce qui lui est demandé de faire. Cela serait impossible et invivable.

³ P. BRES; p86 « l'intervenant doit sans cesse être dans l'arbitrage. Aller vite et aller à l'essentiel, réévaluer les priorités en fonction de l'état de la personne et, avec elle, représentent les injonctions qui l'obligent à jongler mentalement en permanence avec les tâches à réaliser et les objectifs à atteindre. [...] Entre l'écoute, le réconfort et la toilette indispensable, que privilégier quand le temps est compté ? »

choisir¹. Ces remarques suggèrent qu'il est possible d'aborder la coopération sans en rester à ce qu'exprime le personnel du foyer d'hébergement ni à ce qu'endit le guide méthodologique de l'ANAP². Il est possible de réintégrer les dynamiques que porte l'activité humaine pour définir de nouvelles formes de coordination autorisant de nouvelles coopérations.

Mais au préalable, il faut se doter de nouveaux dispositifs de production de savoirs, plus précisément de coproduction de savoir, parce qu'il s'agira de mobiliser des savoirs élaborés à distance des situations de travail et des savoirs qui surgissent dans l'activité, parfois à l'insu des porteurs de l'activité eux-mêmes mais qui ne sont pas repérables sans leur contribution.

Il faut apprendre à faire vivre ces nouveaux dispositifs de savoirs, ce qui n'est pas toujours facile. Il faut, en effet, se défaire d'une posture qui fonctionne avec des savoirs à diffuser pour privilégier une posture où tout le monde apprend à partir de « l'énigme de l'activité ».

POUR UNE APPROCHE ERGOLOGIQUE DE LA COOPÉRATION, LE GROUPE DE RENCONTRE DU TRAVAIL

A ce stade, il convient d'évoquer ces dispositifs à mettre en place. En premier lieu, précisons qu'ils sont tout d'abord des « états d'esprit » avant d'être une construction sociale, un Groupe de Rencontre du Travail par exemple.

Le GRT, ce n'est ni un Cercle de Qualité, ni un Groupe de Parole, ni un groupe d'analyse des pratiques professionnelles et encore moins un groupe de supervision.

Les objectifs et les contenus de ces outils d'intervention sont différents ; lorsqu'on est dans un Cercle de Qualité, on débat de la production, lorsqu'on est dans un Groupe de Parole, on débat des problèmes personnels,... Lorsqu'on est dans un groupe d'Analyse des Pratiques Professionnelles, ou de supervision on tente de comprendre la situation problème, l'usager, ses modes de communication et sa problématique.

Dans ces groupes d'Analyse des Pratiques ou de supervision, les référents conceptuels et théoriques tels que la psychologie, la sociologie, voire parfois l'ethnologie sont mobilisés. Ils aident les professionnels à mettre à distance ce qui s'est joué dans la relation à l'Autre. L'analyse dans ces réunions est, alors, circonscrite au travail relationnel et communicationnel entre l'usager, sa situation et le ou les professionnels en charge de l'accompagnement. L'objectif est d'aider chaque professionnel à entretenir ses capacités et ses compétences à maintenir une relation d'aide de qualité par l'écoute et la prise en compte de l'usager dans

sa globalité en tentant de neutraliser sa propre histoire, ses émotions, ses représentations.

Dans un Groupe de Rencontres du travail, on ne part ni de l'organisation, ni des sujets, ni uniquement des modes ou de l'état de communication entre les personnes, on part du travail, ou plutôt de l'activité de travail. On débat de l'activité, celle des individus au sein d'un collectif, celle des collectifs au sein d'une communauté. « Débattre de l'activité », c'est la repérer dans la dialectique « normes antécédentes / normes renormalisées », c'est donc s'intéresser aux valeurs, aux savoirs qui alimentent et qui sont les produits de l'activité.

Pour cela, le Groupe de Rencontres du Travail est un lieu où l'on réfléchit à plusieurs, où l'on croise des expériences, des histoires de vie au travail.

Le GRT permet de donner (ou de redonner) une place aux savoirs investis dans l'activité et à faire valoir le « point de vue de l'activité ».

Le GRT demande donc que soit instauré un climat de confiance qui ne peut être perturbé par des relations d'autorité.

C'est au fil des débats, animés pour qu'ils restent ancrés sur l'activité de travail, que peuvent se dégager de nouvelles compréhensions du travail, en particulier l'apport des uns et des autres au travail collectif. C'est avec cette démarche que l'on parvient, alors, à faire émerger des « faire autrement ». Certains demanderont leur prise en compte par les organisateurs du travail, d'autres seront immédiatement praticables par le participant lui-même, directement à son niveau.

Un GRT est une des formes que peut prendre le Dispositif Dynamiques à trois Pôles qu'Yves Schwartz présente dans le Paradigme ergologique ou un métier de philosophe¹.

QUELS ENJEUX, QUEL INTÉRÊT PEUVENT MOTIVER LE SECTEUR DU SOCIAL ET MÉDICO SOCIAL DANS LA MISE EN PLACE DE GRT POUR « INTERROGER L'ACTIVITÉ » ?

Trois bonnes raisons peuvent ici être avancées. En temps que groupe de coproduction de savoirs « à partir de ce qui se joue dans le travail et dans les coopérations » le (ou les) GRT pourrai(en)t contribuer à :

1. Maintenir l'exigence de qualité d'une mission de service public

a) Les missions confiées aux établissements et services de ce secteur sont des missions de service public. Toute structure associative du secteur du social et médico social a pour visée, dans son projet, la qualité de la prestation auprès des usagers. Cet objectif prioritaire est assuré au quotidien par des professionnels mettant en œuvre leur expérience, leurs compétences, leurs

¹ Yves Schwartz utilise le concept de « dramatique d'usage de soi ». A l'origine, un drame – individuel ou collectif – a lieu quand des événements surviennent, rompant les rythmes des séquences habituelles, anticipables de la vie. D'où la nécessité de réagir, dans le sens de traiter ces événements, « faire usage de soi ». En même temps, cela produit de nouveaux événements, donc transforme le rapport avec le milieu et entre les personnes. La situation est alors matrice de variabilité, matrice d'histoire parce qu'elle engendre de « l'autrement », à cause des choix à faire (des micros-choix) pour traiter les événements. L'activité apparaît comme une tension, une « dramatique ». Voir le vocabulaire ergologique dans L'Activité en dialogues, Editions Octarès, 2009.

² Ces deux textes sont néanmoins précieux comme point de départ et comme support vers l'élaboration de nouveaux savoirs.

¹ Ces trois pôles renvoient à un pôle des savoirs académiques (conceptuels, règles du métier), à un pôle des savoirs d'expérience et à un pôle des exigences épistémologiques et académiques (éthique), qui vise un monde commun à construire (un vivre ensemble). On trouvera un schéma sur ces trois pôles dans de nombreux écrits ergologiques et tout particulièrement dans la thèse de Stéphanie MAILLOT, *Penser les processus de changement à travers l'expérience de la mobilité professionnelle*, Diffusion ANRT p. 133

savoir faire sur leur poste de travail.

b) Les conditions de travail des salariés participent de la qualité du service rendu à l'utilisateur. Cette mission de service et/ou d'accompagnement des personnes est donc pleinement satisfaite dès lors que les personnels agissent dans un environnement de travail où ils se sentent entendus, en dialogue. Se préoccuper régulièrement des situations de travail dans lesquelles se réalisent les actes de travail, les évaluer, c'est s'engager dans un processus permanent de progrès et d'amélioration de la qualité de service rendue à l'utilisateur.

c) Être au plus près de l'individu et ses besoins tel que le préconise Vincent Gaboriau¹ « *n'oublions pas que la mutualisation est réalisée par, pour, et avec des individus. Si les intérêts personnels de certains ne doivent pas guider les choix politiques et administratifs, il faut reconnaître qu'on ne peut pas mettre en place et faire vivre une mutualisation contre les individus ; qu'ils s'agisse des administrés, usagers de service public ou des agents. Il ne faut pas oublier l'un ou l'autre, ni sacrifier l'un au profit de l'autre* » ;

d) Être au plus près du territoire.

Les coopérations entre établissements doivent répondre aux besoins des usagers dans le but de répartir de façon égalitaire sur un territoire l'offre d'hébergement ou de services. Ce « service de proximité », doit être à la fois proche des lieux de vie des usagers et proche des besoins spécifiques de la personne en situation de handicap ou de fragilité sociale. En conséquence, les organisations de travail inter structures, pour être efficaces et opérationnelles, ne peuvent se présenter comme un niveau supplémentaire de procédures et de gestion de l'activité, à distance des réalités de terrain. La mise en dialogue dans un Groupe de Rencontres du Travail est gage d'un processus permanent de connaissance des situations et des « réserves d'alternatives » qu'elles détiennent.

2. Rappeler les valeurs associatives fondées sur des principes:

Par essence, toute association se définit par ses missions, mais aussi par ses valeurs. Tout Projet Associatif affiche ses principes et actions et positionne clairement la structure dans un « contrat d'engagement civique », un projet « d'intention politique » en quelque sorte qui fixe des axes d'orientations sur une période donnée. S'engager à maintenir un dialogue permanent avec l'activité de travail, c'est assurer à chacun la mise en œuvre concrète des valeurs associatives. Par exemple, si les valeurs d'égalité et de citoyenneté sont affichées, quelle place est accordée alors au quotidien à la participation des usagers dans l'élaboration des différents projets de l'établissement et services? Comment fait-on, dans le travail réel, pour reconnaître l'autre, reconnaître ces savoirs de l'expérience, à la fois ceux des professionnels mais aussi ceux des usagers bénéficiant du service? Comment ces derniers peuvent-ils participer à l'évolution de l'organisation du travail?

3. Participer à l'évolution et au développement des métiers

La mise en mots des expériences construites sur, et par le travail permet de valoriser les savoirs enfouis (ou investis) en savoirs formels (ou académiques). Les échanges entre les

différents acteurs dans un collectif ont alors un double effet:

- La verbalisation devient un moment de formation, de transformation des individus et du collectif et participe donc du développement des pratiques professionnelles ;
- La verbalisation est un moment de capitalisation de savoirs mis en patrimoine, faisant norme (ou faisant fonction de référentiel de pratiques) constitutif de l'identité de métier.

Voilà énumérées trois bonnes raisons. Un début de travail en GRT ne manquerait pas d'en faire apparaître d'autres. En tous cas, ces démarches de rencontre du travail ouvertes à l'altérité, à l'inattendu, à la capacité inventive de celui qui fait le travail... sont toujours riches d'enseignement. Les occasions d'échanger sur sa propre activité, comme le souligne P. Bres, soudent les individus, fédèrent les équipes de travail autour de valeurs partagées et d'une culture commune¹ Quand on les a pratiquées, on ne peut plus croire que la coopération peut se réduire à l'application de prescriptions, de protocoles, d'attitudes préconisées. On est plus enclin à « réfléchir autrement ».

¹ P. BRES, p98 « La culture de l'établissement est activement construite par les acteurs, même inconsciemment. Il s'agit en fin de compte d'un processus dynamique, évolutif, d'un processus d'apprentissage qui se déroule à travers les solutions qu'un groupe a trouvées par rapport à des problèmes apparus. Il s'agit de favoriser la communication et la coopération, grâce à laquelle les salariés ne se sentent pas comme une multitude de « combattants solitaires ». Il est alors possible de voir se développer une culture créant une identité professionnelle et amenant les professionnels à s'investir collectivement dans une mission commune, vers des buts communs à court et à long terme ».

¹ V. GABORIAU, MCF en droit Public à l'Université d'Angers « La Mutualisation dans les services publics, nouvel enjeu de coopération », in *Le Contrat dans le secteur social et médico-social* pp45-55 ; *Revue de Droit sanitaire et sociale* n°1 Janvier – Février 2012.

Pôle Ethique : Projet Associatif

- Missions / Contrat d'engagement civique
- Valeurs non dimensionnables : égalité, citoyenneté, solidarité, bien-être de la personne...

PÔLE DES EXIGENCES ÉTHIQUES ET ÉPISMOLOGIQUES
Vers un monde commun à construire

COPRODUIRE DES CONNAISSANCES

sur l'oeuvre collective et sociale qui a pour but
d'apporter une aide à l'utilisateur

L'activité de travail étudiée comme débat de normes

PÔLE NOURRI DES SAVOIRS ACADÉMIQUES
Retravail des connaissances instituées

Pôle Gestionnaire / Opérationnel du travail :
Tout ce qui détermine le travail

- Les cadres de Lois : loi 2002-2 ...
- Les conventions avec les institutions / les financements
- Les différents projets : Projet d'établissement ; Evaluation interne, gestion des risques, démarche qualité, GPEC

PÔLE NOURRI DES SAVOIRS D'EXPÉRIENCE
Retravail des situations rencontrées

Pôle des savoirs de terrain

- L'expérience des usagers
- L'expérience des salariés : réservoir d'alternatives pour répondre de façon adaptée à la situation qui est donnée

LE DISPOSITIF DE COPRODUCTION DES CONNAISSANCES DANS LE CHAMP DU SOCIAL ET DU MÉDICO-SOCIAL, À CONSTRUIRE

LA « COOPÉRATION » ENTRE FOYER D'HÉBERGEMENT ET ESAT, VUE DE L'INTÉRIEUR PAR UNE ÉDUCATRICE

(Entretien réalisé en juillet 2012)

Question: Qu'est-ce que cela évoque le mot « coopération » pour quelqu'un qui travaille dans un foyer d'hébergement?

Réponse: La coopération? La coopération entre qui et qui? Entre nous dans le foyer ou entre les structures...

Question: Plutôt entre les structures...

Réponse: c'est la communication qui est mauvaise. Chaque membre de chaque structure en veut aux autres. On est plutôt dans le registre du conflit. C'est comme les problèmes de phénomène de groupe. On peut essayer de comprendre ça (ce qui se passe) avec la « Pulsions de haine ». Un peu comme partout, il y a « eux » et « nous ». C'est un peu comme la fonction « bouc émissaire ». Et le « bouc émissaire » dans nos relations, c'est l'autre structure.

L'ESAT, ils nous imposent des choses. Ils ne respectent pas les contrats. Depuis que l'ESAT a fait appel à une société de restauration, il faut que la planification des repas se fasse 15 jours à l'avance. Pour aider les résidents dans leur inscription au repas, il faut connaître leur planning de travail. Nous demandons donc à l'ESAT de pouvoir disposer de ce planning au moins un mois à l'avance. Mais le contrat n'est pas respecté. Ce n'est pas fait. Ou c'est mal fait !

Il faut le dire aussi, il y a de la mauvaise volonté. Ils nous envoient les changements de planning au dernier moment et, en plus, c'est souvent le vendredi après-midi. Or le vendredi après-midi, au foyer, c'est le seul moment de la semaine où on n'a pas accès au bureau où se trouve le fax. On peut quand même reconnaître que nous non plus, on n'y met pas toujours du nôtre...

Et puis, c'est aberrant de voir comment l'ESAT impose ses horaires. C'est comme la journée INTER ESAT, cette journée « fête/détente » qu'ils organisent. Ils ont fini par la rendre obligatoire. C'est dingue d'obliger les gens à s'amuser ! En fait, pour échapper au caractère obligatoire certains résidents se sont mis en congés. Et alors, le directeur de ESAT les a pris un par un dans son bureau pour les convaincre d'annuler leur jour de congé !

C'est dingue !

Et puis, pour un « atelier protégé » la manière dont ils traitent leurs « employés », ce n'est pas glorieux ! Ils changent à tout bout de champ le planning des travailleurs handicapés et c'est à nous de nous adapter. N'importe quel employé qui se respecte n'accepterait pas une telle désinvolture de la part de son employeur.

Un autre exemple du décalage entre l'appellation ESAT et leurs pratiques, c'est qu'ils s'intéressent davantage au rendement qu'à la fonction sécurisante voire thérapeutique qu'ils sont censé assurer.

On a appris que l'ESAT voulait « virer » certains résidents parce qu'ils ne font pas le résultat attendu. Or, nous nous ne sommes pas en capacité de maintenir leur place dans le foyer s'ils ne travaillent plus. C'est fâcheux !

Qu'est-ce qu'on peut faire s'ils se séparent de certains résidents? On modifie nos horaires de travail pour être davantage présent en journée. On peut l'envisager, mais le soir nous serons en nombre insuffisant pour accompagner ceux qui travaillent en journée. Ou alors, il faut envisager un départ de ces résidents vers d'autres structures. Mais ceux à qui il faudra demander de partir sont au foyer depuis souvent plus de dix ans et peu à peu sont parvenus à s'y construire des repères. Les faire partir, ce serait très déstructurant pour eux. C'est des années de travail qui disparaîtront avec cette rupture.

On peut aussi s'interroger sur leurs pratiques d'embauche récentes. Pendant qu'ils envisagent de se séparer des « déficients à faible rendement », ils recrutent des « cas psy » que nous nous devons d'accueillir au foyer. Ce recrutement massif de « cas psy » déséquilibre la vie au foyer.

La convention qui devrait réguler le rapport entre handicap psychique et déficience mentale est tombée aux oubliettes. Si d'emblée, on voit que ce sont ceux qui relèvent de la catégorie « déficience intellectuelle » qui sont victimes des nouvelles orientations de l'ESAT (ne serait-ce que parce qu'une présence trop forte des cas psy les perturbe), on voit moins que nous, éducateurs, nous avons de moins en moins de temps à consacrer aux uns et aux autres. Oui, nous, éducateurs, on a de plus en plus de mal à fournir un accompagnement de qualité aux uns et aux autres.

Bref pour revenir à la question du départ, la coopération sur le papier ça peut faire illusion. Mais vue de l'intérieur, entre l'ESAT et nous c'est un peu la guerre !

Il faut dire qu'ils n'ont pas le même parcours de formation que nous. Un moniteur d'atelier protégé, c'est avant tout un professionnel dans son domaine (cuisinier, paysagiste, lingère...) qui a intégré une dimension pédagogique et humaine tournée vers le handicap. Pour nous, c'est la dimension pédagogique et humaine qui est venue en premier. De plus, la formation d'éducateur incite à approfondir en permanence l'analyse des situations.

Au final, il y a certainement un minimum de coopération pour la prise en charge du résident, mais cela ne se fait pas en dehors d'une ambiance non conflictuelle. Et c'est peu dire !

Les résidents, nous au foyer, eux dans l'ESAT et plus largement l'ensemble de l'institution en subissent sournoisement les effets négatifs.

La coopération dans l'économie sociale et solidaire : un enjeu pour l'économie territoriale

David HECKEL¹

Depuis cette fin de printemps 2012, l'économie sociale et solidaire (ESS) bénéficie d'un Ministère délégué. Ce Ministère est une reconnaissance institutionnelle des réalités des organisations de l'ESS (OESS), qui devrait faire franchir une étape décisive à notre mouvement d'entreprises de personnes.

Les organisations du secteur social et médico-social contribuent à faire exister l'économie sociale et solidaire dans notre région et sur l'ensemble du territoire national.

Elles sont un acteur majeur de cette singulière histoire de nos entreprises sociales qui au moyen d'une organisation collective non lucrative cherchent à répondre au besoin fondamental d'émancipation des populations.

C'est dans ce contexte de reconnaissance croissante du poids et de l'importance de l'ESS en tant que force socio-économique qu'il nous est apparu intéressant d'éclairer la réflexion du CREAL PACA-Corse sur la thématique de la « coopération et la coordination dans le secteur social et médico-social » des constats et enjeux qui traversent l'ensemble des acteurs de l'ESS sur les questions de la coordination et de la coopération socio-économique.

Cette contribution est donc volontairement généraliste. C'est un pas de côté par rapport à une expertise sur la question des regroupements, mutualisations et coopérations dans le secteur social et médico-social.

La Chambre Régionale de l'Economie Sociale et Solidaire est une confédération des fédérations de l'ESS. En tant que telle, elle concentre son observation sur les traits communs du modèle socio-économique des organisations qui composent son mouvement d'entreprises.

C'est pourquoi dans une première partie nous nous attacherons à rappeler ces traits communs et l'importance de ce qu'ils représentent dans notre région.

Dans une seconde partie nous éclairerons l'enjeu de la coopération et de la coordination de deux évolutions qui influencent l'organisation de l'ensemble des acteurs de l'ESS: La régulation concurrentielle des activités et ses effets pour les OESS ainsi que la montée en complexité des régulations territoriales.

Notre troisième partie sera consacrée à un état des lieux de deux grandes formes de coopération interentreprises présentes dans notre territoire:

- Les coopérations thématiques, dans le cadre d'une filière ou autour d'une problématique donnée.
- Les coopérations territoriales; dans le cadre des relations de proximité que peuvent nouer entre eux les acteurs à un échelon local, lui-même plus ou moins large.
- Cet état des lieux donnera à voir la diversité des initiatives et des pratiques dans notre région.

Enfin nous concluons notre présentation, en rappelant qu'au-delà des enjeux de positionnement dans le marché, la coopération et la coordination entre acteurs de l'ESS n'a de pertinence que si elle permet aux OESS de renforcer leur finalité de transformation sociale.

PARTIE 1: ECONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE: DE QUOI PARLE T-ON?

Un modèle socio-économique spécifique commun à trois statuts juridiques distincts: les associations, les mutuelles et les coopératives

« Comment favoriser une croissance économique équilibrée qui conjugue les principes de gestion durable des ressources, d'équilibre territorial et de justice sociale? »¹. Cette question a toujours son actualité dans une économie française où les tensions sur le marché du travail s'aggravent, où le pouvoir d'achat n'augmente pas par une mise en défaut de la demande intérieure et où les meilleures prévisions tablent aujourd'hui sur une croissance 2012 ne dépassant pas les 0,2 % sur l'année².

La crise actuelle, qui n'est pas seulement économique, souligne plus encore le diagnostic qu'il est nécessaire de trouver d'autres formes de solidarité, de créativité et de développement territorial qui mettent l'économie au service du développement personnel de chacun, solidaire du développement de tous.

Dans ce contexte, l'économie sociale et solidaire, que représente la Chambre Régionale de l'Economie Sociale et Solidaire, qui réunit les mutuelles (de banque et d'assurance), les coopératives (de production et de consommation) et les associations d'intérêt général, prend une valeur toute particulière dans notre économie régionale.

¹ Directeur de la Chambre Régionale de l'Economie Sociale et Solidaire

² Schéma Régional de Développement Economique – Année 2006

² <http://www.insee.fr>

Son poids est déjà considérable:

- 17 400 établissements employeurs: soit 8,9 % des employeurs privés en région
- Près de 162 000 salariés: soit 13,6 % des salariés du secteur privé de la région
- 3,8 milliards d'euros de salaires bruts sont distribués par année

Les entreprises d'économie sociale et solidaire mettent en pratique un modèle «socio-économique» et «sociopolitique». Le management permanent de cette tension produit une chaîne de valeurs spécifique:

- Un esprit d'entreprise tourné tout autant vers une gestion économique que vers un intérêt social et non vers l'accumulation du profit, permettant de rééquilibrer la place du travail et la place du capital.
- Une gouvernance démocratique permettant notamment de faire de l'entreprise une organisation favorisant un travail collectif, par l'obligation de la relation sur le sens du projet économique: notre entreprise préfère-t-elle la richesse ou bien la justice?
- Une gestion éthique par la recherche d'une politique salariale équilibrée, un dialogue social coordonné et articulé à l'ensemble des dimensions de la vie de l'entreprise.
- Un ancrage territorial qui s'appuyant sur une dynamique territoriale de proximité permet le développement:
 - De synergies et de réseaux de solidarité.
 - D'une meilleure accessibilité aux services et aux emplois.

Les organisations de l'ESS sont donc aujourd'hui de véritables entreprises sociales, dans le sens où elles s'inscrivent durablement comme un acteur autonome dans le paysage économique et elles apportent toute leur contribution au développement des territoires.

Majoritairement situées dans l'« économie présentielle » les activités de l'économie sociale et solidaire sont un élément non négligeable de l'attractivité des territoires.

- ☛ Pour aller plus loin: « Atlas commenté Nationale de l'ESS 2012 » – CNCRES – Edition Dalloz – Juris associations Hors série – février 2012

L'ESS en Provence Alpes Côte d'Azur: Une réalité plurielle

Plus de 13 % de l'emploi privé régional

Avec près de 162 000 salariés dans l'ensemble des entreprises de l'économie sociale et solidaire, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur est la 3ème région de France en volume d'emplois¹ relevant de ce champ. En région, un emploi sur dix relève de l'ESS soit 10,0 % des effectifs salariés de la région (13,6 % de l'emploi privé). Ces emplois représentent 137 087 équivalents temps plein et plus de 3,8 milliards d'euros de salaires bruts distribués (hors cotisations patronales).

La diversité de l'économie sociale et solidaire et son poids dans certains secteurs, notamment dans l'action sociale, en font un acteur incontournable dans l'accès des populations aux services aux personnes, à la santé, aux loisirs. 63,1 % de

l'emploi régional dans le secteur Sport & Loisirs relève de structures de l'ESS, 59,7 % dans l'action sociale, 35,3 % dans les Arts & spectacles, 33,9 % dans les activités financières & d'assurances, 15,3 % dans l'enseignement.

En termes d'emplois, l'économie sociale et solidaire sera fortement touchée par les départs à la retraite, avec plus de 29 % de ses effectifs qui seront potentiellement concernés à l'horizon 2022. Ces taux atteignent 33,3 % pour les effectifs ESS dans la santé et 29,6 % dans l'action sociale.

Concernant plus particulièrement le secteur de l'action sociale, avec plus de 60 000 salariés, l'ESS représente 74,3 % des emplois privés du domaine de l'action sociale en région (hors emploi public) et 74,6 % des établissements. La quasi-totalité de ces emplois sont dans des associations (98,4 %).

Le secteur de la santé compte 15 860 effectifs salariés en région Provence-Alpes-Côte d'Azur relevant de l'ESS. Soit 13,0 % de l'emploi du secteur (et 29,5 % de l'emploi privé), réparti sur plus de 360 établissements (soit 4,4 % des établissements de santé de la région). 75,9 % sont des emplois associatifs, 13,6 % mutualistes et 10,1 % dans les fondations.

- Les ¼ des entreprises de l'ESS de la région font moins de 10 postes, soit 10 000 employeurs
- Mais elles n'emploient que 17,3 % des salariés de l'ESS, soit environ 13 000 personnes
- Plus on monte en taille, plus l'emploi est important jusqu'à 250 postes
- En particulier, 53 000 personnes, soit quasiment 1/3 des salariés de l'ESS, sont employés dans des moyennes entreprises 50/249 postes

Alors que les autres entreprises privées sont:

- Plus nombreuses dans les toutes petites (artisans,...) à moins de 10 postes, soit 88 % des entreprises privées
- L'emploi est réparti de manière relativement homogène selon toutes les tailles

- ☛ Pour aller plus loin: Panorama de l'économie sociale et solidaire en Provence-Alpes-Côte d'Azur – Edition juin 2012 de la CRESS PACA – Téléchargement : www.cresspaca.org

PARTIE 2: LES ORGANISATIONS DE L'ESS A L'EPREUVE DE L'ECONOMIE CAPITALISTE

Les OEES confrontées à de nouvelles rationalités

Le contexte économique de maîtrise des dépenses publiques (Loi Organique relative aux Lois de Finance – LOLF – 2006) et l'intensification des logiques marchandes ont renforcé l'impératif pour les entreprises de l'Economie Sociale et Solidaire d'adapter leurs organisations aux contraintes d'un quasi-marché, tant bien même celui-ci s'organise pour certaines de ses activités dans une régulation conventionnée (Loi 2002-2) avec les pouvoirs publics.

¹ Ile-de-France avec 386 304 salariés et Rhône-Alpes avec 242 140 salariés - Source : Insee-Clap 2010 ; Traitement : Observatoire Régional de l'ESS – CRESS PACA

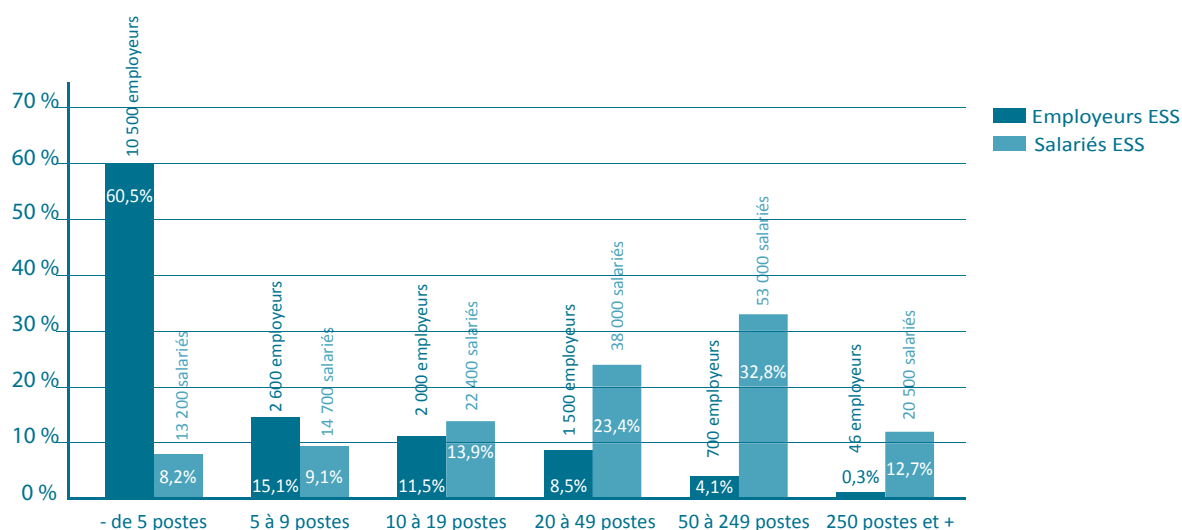
	Nb d'établissement employeurs de l'ESS	Nb de salariés ESS	Pds de l' ESS sur les établiss. employeurs (privée - public)	Pds de l' ESS sur l' emploi total (privé - public)
Action sociale	2463	60 016	64,9%	59,7%
Dont Accueil d'adultes handicapés ou pers. âgées	64	-	91,4%	-
Dont Accueil de jeunes enfants	323	3 780	74,1%	75%
Dont Accueil d'enfants et d'adolescents	32	-	74,4%	-
Dont Accueil d'enfants handicapés	40	-	90,9%	-
Dont Aide à domicile	380	12 799	48,7%	68,5%
Dont Aide par le travail	123	7 266	95,3%	96,6%
Dont Hébergements médico-social et social	635	22 208	56,1%	48,8%
Dont Action sociale non classée ailleurs	846	11 126	74,9%	53,8%

Source : Insee Clap 2012 ; Traitement : Observatoire Régionale ESS - CRESS PACA

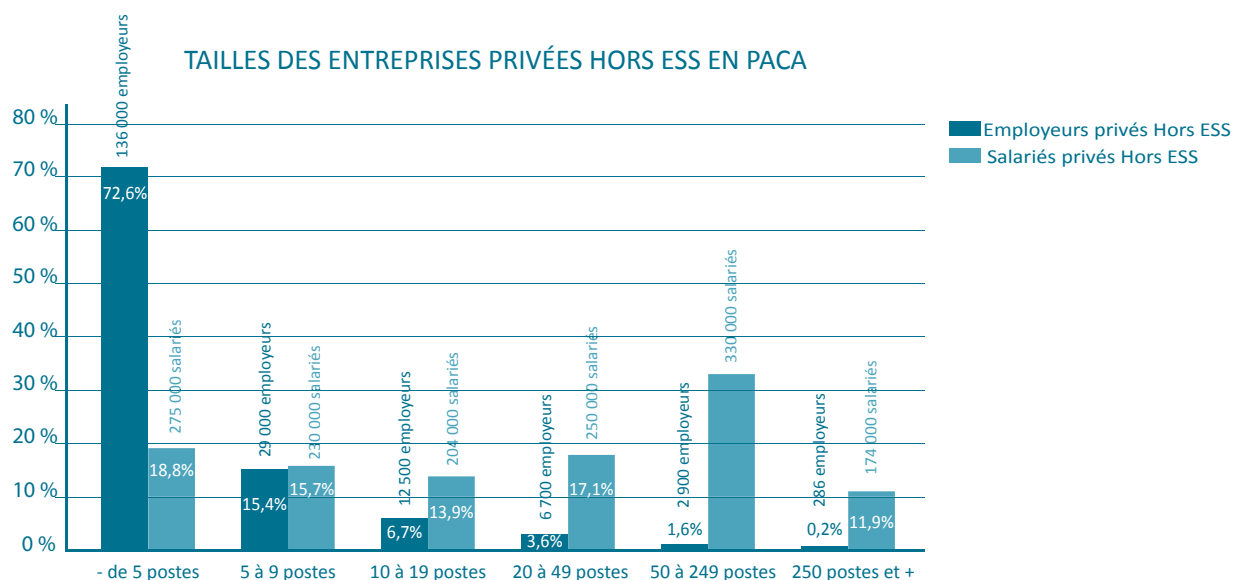
Champ : effectifs au 31/12/2010

Note : Les cases portant la mention « - » sont soumises au secret statistique de l'INSEE.

TAILLES DES ENTREPRISES DE L'ÉCONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE EN PACA



TAILLES DES ENTREPRISES PRIVÉES HORS ESS EN PACA



Dans ce type de régulation les pouvoirs publics recourent en partie à des principes de comportements économiques du marché. Rationalité et efficacité économique obligent les organisations de l'ESS à emprunter aux modèles managériaux de la « firme »¹ une partie de leurs modèles d'organisation.

Ainsi, on observe un premier mouvement de « course à la taille (Addes, 2012) qui repose sur des stratégies d'expansion. Ces stratégies procèdent soit par fusion- acquisition (intégration d'une activité), soit par structuration en terme de filières »². Cette structuration verticale et sectorielle est plus particulièrement vraie pour les grands groupes de l'ESS tels que les Mutuelles ou les Coopératives qui ont ainsi pu préserver leur place et les spécificités de leurs services dans le marché.

« Dans les champs des services sociaux et de la lutte contre l'exclusion, on observe des coopérations inter-associatives portées à la fois par les associations et les pouvoirs publics, qu'elles prennent la forme d'ensemblers ou de groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) »³. Cet autre exemple, correspond à un modèle de mutualisation qui emprunte aux logiques de grappe d'entreprises la logique d'articulation de dynamiques verticales et horizontales permettant à différents agents économiques de constituer un système d'acteurs qui tire son efficacité de la complémentarité de ses dispositifs de coordination. L'efficacité est produite par la qualité des interactions entre les acteurs qui doivent coordonner l'existence de quatre dimensions:

- Un espace d'intervention commun (localisation – chaîne de valeurs),
- Un plan technique (moyens – compétences),
- Un projet (institutionnel – service - ...),
- Une représentation commune.

Ce type de dynamique que l'on observe aujourd'hui (outre le secteur médico-social) dans les différentes activités des domaines socioculturels, du sport, des loisirs, de la formation professionnelle permet aux acteurs de l'ESS de trouver une forme d'organisation préservant leur autonomie de projet.

Enfin on peut observer une troisième forme de coopération entre les organisations de l'ESS, axée sur l'élargissement interne ou externe des « parties prenantes ». Cette dynamique s'appuie sur le territoire comme « centralité » du projet. Elle vise à rechercher dans une meilleure internalisation des ressources du territoire un renforcement de l'ancrage économique et social des activités. Orientée essentiellement vers une offre de services relationnels, elle vise à créer un élément de différenciation concurrentiel sur la base de la diversification des « associés ».

¹ La firme constitue, à côté du marché, l'organisation centrale de l'activité économique. La firme est un « nœud de contrats », un « ensemble de compétences » et une « hiérarchie »

² ESS et Mutations organisationnelles – Nadine RICHEZ-BATTESTI et Marie-Claire MALO dans la Revue la RECMA – Juillet 2012 – N°325

³ Idem

La société coopérative d'intérêt collectif (SCIC)¹ participe largement de ce mouvement en proposant d'associer dans une nouvelle forme de coopérative des acteurs multiples (privés – publics – civils) d'un même territoire.

Dans le même temps s'organisent dans les territoires des espaces de coopération stratégique entre acteurs de l'ESS et collectivités. Reconnu depuis peu sous le vocable « PTCE » (Pactes Territoriaux de Coopération Economique) à la faveur d'un appel d'offre national, ces espaces se déclinent sous trois formes:

- **Pôle territorial de coopération entrepreneuriale:** « cluster ou groupe de coopérations interentreprises ESS pouvant être organisés en filière », tels les PRIDES (Pôles Régionaux d'Innovation et de Développement Economique Solidaire) dans la région Provence Alpes Côte d'Azur.
- **Pôle territorial de coopération ESS:** « Réseaux territoriaux d'acteurs de l'ESS ».
- **Pôle territorial de coopération socio-économique:** « Réseaux territoriaux ESS/privé/public » à vocation économique.

Ces espaces de coopération « ont pour objectifs de renforcer les stratégies de coopérations durables sur les territoires et de faciliter la mutualisation dans le cadre d'engagements mutuels territorialisés ».²

La taille des organisations de l'ESS en PACA, est un marqueur de ces différents mouvements. On constate en particulier que:

- 20 % des entreprises privées de 50 à 249 postes relèvent de l'économie sociale et solidaire (moyenne régionale). C'est par ailleurs cette taille d'entreprises qui a le mieux résisté des OEES en 2011 aux effets de la crise³.
- Dans certains départements, au sein des PME de 20 à 49 postes, 30 % d'entre elles sont des organisations coopératives, associatives et mutualistes.

Les OEES et le territoire

Le constat est commun que celui d'une complexification des régulations qui s'enchevêtrent dans le territoire. La décentralisation a introduit des niveaux intermédiaires de pouvoirs (communaux, intercommunaux, départementaux) tout en faisant perdurer des régulations verticales. Il en résulte une régulation croisée des orientations verticales et des politiques horizontales (Bernard EME – 2005) conduisant au renforcement d'une sphère technicienne d'experts. Avec le développement de la régionalisation et de l'eupéanisation « la gouvernance territoriale n'est plus seulement locale, mais devient multi niveaux ou polycentrique »¹.

Dans cet enchevêtrement les acteurs de l'ESS sont aux prises avec des multiples sphères de gouvernances et doivent multiplier leur présence dans différents niveaux de coopération.

¹ www.scic.coop

² ESS et Mutations organisationnelles – Nadine RICHEZ-BATTESTI et Marie-Claire MALO dans la Revue la RECMA – Juillet 2012 – N°325

³ « Baromètre conjoncturel de l'économie sociale et solidaire en Provence-Alpes-Côte d'Azur n°1 » - septembre 2012 - CRESS PACA – Téléchargement : www.cresspaca.org

⁴ ARNAUD A.-J., SIMOULIN V., 2011, « Gouvernance territoriale » - Dictionnaire des politiques territoriales – Presse de Sciences-Po

Ce morcellement, conduit certains acteurs de l'ESS, suivant leurs activités à adopter une diversité de stratégies pour permettre une prise en compte globale de leur projet ; La spécificité des projets de l'ESS réside le plus souvent dans l'articulation de plusieurs dimensions.

La mise en concurrence selon des domaines cloisonnés d'activité qui s'ajoute vient heurter la logique des acteurs de l'ESS qui envisageaient la construction de leur projet dans une élaboration démocratique de co-construction des réponses territoriales aux besoins sociaux.

Dans ce contexte, quel que soit les secteurs d'activités, les organisations de l'économie sociale et solidaire vont se déployer « dans des logiques intersectorielles de nature transversale¹ » reposant sur des formules partenariales. L'organisation en réseau et son corollaire, la coordination, devient un enjeu central dans une perspective d'organisation de l'activité économique pour dépasser les limites et les dysfonctionnements des différentes régulations. Cette logique de réseau s'inscrit dans une proximité multiple qui combine proximité géographique, proximité institutionnelle et proximité organisationnelle des acteurs.

Ces processus complexes de constructions territoriales ont certainement pour conséquence de confronter les organisations de l'ESS, comme les autres organisations économiques, à une certaine « déterritorialisation » ou encore un « désencastrement » de leurs activités, entendu au sens où le territoire ne constitue plus une « centralité » de leur projet.

PARTIE 3: LE DEVELOPPEMENT DE LA COOPERATION INTER-ENTREPRISES EN PACA

Faire ensemble

La notion de coopération interentreprises correspond à différentes formes de relations permettant aux entreprises d'atteindre des objectifs qui leur sont individuellement inaccessibles. La mutualisation constitue en une des modalités particulières de coopération, consistant pour les entreprises impliquées à mettre en commun des idées, des compétences, des ressources.

D'une manière générale, sur la base de nos observations des pratiques en Région, trois niveaux de formalisation peuvent être distingués en matière de coopération interentreprises: **Un niveau « informel »** qui donne lieu à des échanges d'informations, de réflexions, de pratiques.

- **Un niveau « formel »** qui donne lieu à une mutualisation de services, d'équipements, d'actions ou de moyens pour une durée déterminée.
- **Un niveau « ultime »** qui se traduit, lorsqu'il s'agit de fédérer des parties prenantes entre elles sur le long terme, par la création d'une structure juridique nouvelle.

Ces formes de coopération interentreprises se déclinent selon deux grandes approches :

- **Thématique**, dans le cadre d'une filière ou autour d'une problématique donnée.
- **Territoriale**, dans le cadre des relations de proximité que peuvent nouer entre eux les acteurs à un échelon local, lui-même plus ou moins large.

Des constats transversaux à l'ESS en PACA

1. La grande diversité de l'ESS est génératrice de méconnaissance, de cloisonnement, voire de méfiance réciproque entre les acteurs

- Les entreprises de l'ESS partagent de nombreux points communs et des liens assez denses existent entre leurs responsables. Cependant force est de constater que des méconnaissances et cloisonnements demeurent, notamment entre les membres des différentes familles juridiques ou entre ceux des divers réseaux sectoriels que compte le champ. Paradoxalement, cette diversité constitue à la fois un inconvénient et un avantage au regard du thème de la coopération interentreprises :
 - Un inconvénient, en ce qu'elle nuit à l'émergence d'une identité collective forte et d'un sentiment d'appartenance affirmé chez les acteurs.
 - Un avantage, dans la mesure où elle est porteuse de multiples complémentarités et, partant, de nombreuses potentialités de partenariat.
- La diversité de l'ESS tient également à la taille des entreprises qui la composent. Les travaux de l'Observatoire Régional montrent ainsi que, même si la grande majorité des organisations employeuses de l'ESS sont des micro-entreprises (moins de 10 salariés), celles de petite (10 à 49 salariés), de moyenne (50 à 249 salariés) ou de grande (250 salariés et plus) taille y représentent des parts systématiquement plus élevées que dans le reste de l'économie privée.

² Les organisations de l'économie sociale et solidaire : gouvernance, régulation et territoire. Danièle DEMOUSTIER et Nadine RICHEL-BATTESTI. Géographie, économie, société. 2010. Volume 12

Ainsi, le poids de chacune de ces quatre catégories d'entreprises s'établit-il respectivement à :

Répartition des établissements employeurs privés en région Provence-Alpes-Côte d'Azur		
	ESS	Reste de l'économie privée
Micro-entreprises : moins de 10 postes (ou sans salariés)	7,2%	92,8%
Très petits établissements (TPE) : de 10 à 49 salariés	14,8%	85,2%
Moyens établissements : de 50 à 249 postes	19,3%	80,7%
Grands établissements : de 50 à 249 postes	13,6%	86,4%

Source : Insee Dads 2010; Traitement ; Observatoire Régional ESS - CRESS PACA

- Des phénomènes de méfiance réciproque sont parfois observés au sein même de l'ESS, qui se nourrissent, pour une bonne part, des rivalités concurrentielles pouvant exister entre entreprises exerçant des activités similaires. Apparue de longue date entre les coopératives ou entre les mutuelles, qui sont pleinement insérées dans le marché, cette réalité concerne de plus en plus souvent les associations, du fait du recours croissant à la procédure d'appel d'offres par les pouvoirs publics.

2. Un besoin de moyens et de compétences

Même si ce constat n'est pas réservé aux entreprises de l'ESS, un certain nombre d'entre-elles, en particulier de petite taille, souffrent d'un réel déficit de moyens ainsi que de connaissances et compétences sur des fonctions pourtant stratégiques (veille juridique, technique, commerciale..., accès à certains marchés, GRH, etc.). Pour ces entreprises, les démarches de coopération constituent un moyen privilégié pour acquérir non seulement des outils, des moyens d'action accrus, mais aussi des savoir-faire supplémentaires dans ces domaines.

3. L'éloignement des entreprises de l'ESS du monde de la recherche

Les liens entre le monde de la recherche et les entreprises de l'ESS sont faibles. Celles-ci notamment ne sont guère impliquées dans les pôles de compétitivité ou les pôles d'excellence rurale, souvent du fait que les thèmes servant de support à ces derniers correspondent peu à leurs préoccupations premières.

Il y aurait pourtant un véritable intérêt à ce que, sur certains sujets novateurs pour lesquels l'ESS est particulièrement bien placée (mise en place de circuits courts de distribution, production et distribution d'énergies renouvelables...), les entreprises se rapprochent des laboratoires de recherche, afin notamment de concevoir des modèles d'organisation et de fonctionnement à même d'assurer la pérennité des activités.

Les besoins sont donc ici essentiellement de l'ordre de l'innovation sociale et/ou organisationnelle.

Pourtant, les ressources universitaires existent:

- La RECMA (www.recma.org), Revue internationale de l'Économie Sociale, et l'ensemble de ses archives depuis 1999 qui rassemble un grand nombre de contributions de chercheurs en France et à l'étranger en particulier Jean-François DRAPERI, Danièle DEMOUSTIER ...
- Le LEST, Laboratoire d'Économie et de Sociologie du Travail, Aix-Marseille Université, et en particulier ses travaux sur les Services à la Personne et plus généralement la qualité de l'emploi dans l'ESS
- Le Master RH Économie Sociale et Solidaire, Faculté de Sciences Economiques et de Gestion à Marseille, dirigé par Nadine RICHEZ-BATTESTI et Francesca PETRELLA
- Le Master Politiques Sociales, Université d'Avignon et des Pays de Vaucluse, dirigé par Patrick GIANFALDONI
- L'ADDES (www.addes.asso.fr), Association pour le Développement de la Documentation en Économie Sociale
- Le Réseau EMES, Emergence des Entreprises Sociales (www.emes.net)
- L'Observatoire Européen de l'Entrepreneuriat Social et de l'ESS (www.ess-europe.eu)
- L'Observatoire des pratiques innovantes du CJDES (www.cjdes.org)

Non pas « une » mais « des » formes de coopération interentreprises

1. Développement et consolidation de secteurs ou filières¹

Accompagner et aider à structurer des secteurs ou filières existants

Plusieurs secteurs d'activité dans lesquels les entreprises de l'ESS sont très présentes se caractérisent par une atomisation et une certaine fragilité de l'offre.

¹ Un secteur d'activité regroupe des entreprises de fabrication, de commerce ou de service qui ont la même activité principale. Dans le cas où plusieurs activités coexistent, le secteur d'un établissement ou d'une entreprise correspond à celle qui dégage le plus de chiffre d'affaires. Chaque établissement appartient à un secteur et un seul. L'analyse par filière s'intéresse au contraire à toutes les activités nécessaires pour produire, vendre et consommer un produit. Ainsi, un établissement peut contribuer à plusieurs filières simultanément, puisque c'est le mode d'utilisation de sa production qui détermine la ou les filières auxquelles il appartient (Source : Insee).

On peut penser notamment au domaine de la culture ou encore à celui des services à la personne. D'autres secteurs, comme celui du médico-social, au sein desquels l'ESS occupe aussi une place relativement importante, connaissent eux de profondes transformations de leur mode de régulation.

Plusieurs acteurs régionaux ont intégré à leur mission de faciliter des modalités de partenariats et de coopérations interentreprises :

- L'URSCOP
- L'URIOPSS
- Le PRIDES PSP: Pôle Services à la Personne¹
- Le PRIDES CARAC'TERRE pour le Tourisme Social
- L'ARCADE pour le secteur des Arts et Spectacle
- Le CNAR Social – Médico-social et Santé, dans le cadre du C2RA, géré en région par la CRESS PACA
- Etc.

Mailler économie et recherche-développement dans une logique de « pôles de compétitivité »² ESS

L'innovation est très souvent vue uniquement sous l'angle technologique. Même si cette dernière forme n'est pas étrangère à l'ESS, c'est essentiellement en termes d'innovation sociale que les OESS font la démonstration de leur capacité à produire des réponses novatrices aux attentes exprimées par la population.

Toutefois, face à la complexité croissante et à l'ampleur des mutations sociétales actuelles, il est souhaitable de favoriser un rapprochement entre, d'une part, les entreprises de l'ESS et, d'autre part, les laboratoires de recherche et unités d'enseignement en sciences humaines et sociales.

Ce rapprochement avec le monde de la recherche a un autre terrain d'application privilégié, celui de l'innovation organisationnelle, composante clé, entre autres, de la créativité des entreprises ainsi que de la qualité du travail en leur sein.

La CRESS PACA³ a engagé depuis deux ans un travail sur l'innovation sociale avec pour visée de :

- Développer la culture de l'innovation sociale sur les territoires (acteurs, accompagnateurs, politiques).
- Outiller et sensibiliser les accompagnateurs sur l'innovation sociale pour sécuriser les créations et développements d'activités relevant de l'IS.
- Favoriser la mise en réseau des projets et des accompagnateurs pour développer les échanges de pratiques, les synergies et coopérations, la capitalisation et l'essaimage.

¹ Guide de la coopération – Services à la personne – PSP&URIOPS – Septembre 2009 – Téléchargement : www.psp.paca.fr

² Un pôle de compétitivité est, sur un territoire donné, l'association d'entreprises, de centres de recherche et d'organismes de formation, engagés dans une démarche partenariale (stratégie commune de développement), destinée à dégager des synergies autour de projets innovants conduits en commun en direction d'un (ou de) marché(s) donné(s) (Source : site national des pôles de compétitivité français).

³ Suivre l'actualité de ce dossier sur : www.cresspaca.org

2. Développement territorial

Accompagner l'émergence de réseaux d'entreprises d'un même territoire

Répondant à des besoins de proximité, les entreprises de l'ESS sont étroitement attachées au territoire qui les a vu naître et se développer. Pour autant, il existe généralement peu de relations entre les acteurs de l'ESS au niveau territorial. Cela peut s'expliquer, en partie, par le fait que les têtes de réseau et Fédérations sont organisées aux échelons départemental et régional.

De nombreuses initiatives territoriales cherchent à favoriser dans notre région la mise en réseau des entreprises de l'ESS de leur territoire. Les plus structurées à ce jour sont les suivantes :

- Le réseau PROMESS dans le Vaucluse
- Le RESSPA en Pays d'Arles
- La Courte Echelle à Saint-Rémy
- Le réseau RAMSESS pour le Grand Marseille
- Le réseau de l'UDESS 05 dans les Hautes-Alpes
- La CLAIE dans les Alpes-Maritimes
- Le réseau du DRA (Dispositif Régional d'Accompagnement) dans les Alpes de Haute-Provence
- Le réseau du DRA dans le Var
- Le réseau régional des PILES
- Etc.

L'ensemble de ces initiatives participent à :

- Un renforcement de la notoriété et de la visibilité, tant vis-à-vis des citoyens que des partenaires institutionnels des organisations de l'économie sociale et solidaire.
- La mise en œuvre de nouvelles activités économiques porteuses d'un modèle de développement local durable et solidaire.

CONCLUSION

Les évolutions décrites, qu'il s'agisse de la complexité des régulations territoriales ou du renforcement des concurrences, posent le défi pour les acteurs de l'Economie Sociale et Solidaire de « pouvoir exister face à l'Etat et face au marché ». Les différentes formes de coopération apparaissent comme un type d'organisation permettant aux OESS de résister aux schémas de standardisation et de banalisation de leur projet socio-économique.

Pour autant ces formes d'organisation pourraient paradoxalement amplifier le phénomène d'isomorphisme managérial auquel elles sont confrontées. Deux espaces de réflexion et d'action (tels des gardes fous) doivent être affirmés pour que les OESS renforcent leurs spécificités :

Les conditions et les formes de l'échange réciproque permettant aux parties prenantes de l'organisation de participer à son projet de démocratie économique. La place de l'ESS¹ dans une économie de proximité pose la question de la capacité des OESS à tisser des relations et à passer

¹ L'ESS : Une réponse à la crise ? Capitalisme, territoires et démocratie – Jean-François DRAPERI – DUNOD – 2011

des alliances avec d'autres « agents socio-économiques » de la vie locale. Enjeu qui interroge dans d'autres termes la capacité de coordination des OESS.

Pour une économie démocratique au sein des entreprises

Le projet d'entreprise de l'économie sociale et solidaire est de donner le pouvoir aux personnes et non à l'argent. Son modèle économique est celui d'un partage collectif des richesses produites. En tant qu'entreprises de personnes elles proposent un projet social collectif, un partage démocratique du pouvoir et la création de biens communs.

Cette ambition de démocratisation de l'économie doit continuer à se jouer au sein de l'organisation et de la gouvernance de l'entreprise. Le « gouvernement » de l'OESS doit offrir ce cadre spécifique où l'autonomie du travailleur (bénévole et/ou salarié) peut-être élaborée, débattue collectivement et paritairement, autrement dit démocratiquement. La partie prenante que sont les bénéficiaires ou les usagers ne doit pas être négligée. En proposant ce débat au cœur de l'activité professionnelle, bénévole et/ ou militante l'entreprise de l'ESS devient politique. C'est dans cette synergie entre développement individuel et développement collectif que peut s'exercer le rôle émancipateur de l'ESS.

Sachons, avec la modestie de nos pratiques, nous rappeler qu'il n'y aura pas de démocratie économique sans émancipation sociopolitique de l'ensemble des parties prenantes de nos organisations.

Pour une économie territoriale

L'économie de proximité¹ offre aujourd'hui dans la géographie du « territoire » l'opportunité aux acteurs économiques, sociaux et publics d'un même espace d'investir un projet commun de développement économique en corrélation étroite avec l'enjeu social et l'enjeu environnemental.

A l'enjeu de gouvernance interne affirmé s'ajoute un enjeu externe, nécessitant un engagement volontaire des acteurs de l'ESS dans la gouvernance territoriale. En prenant le temps de décrire les formes d'organisations de coopérations interentreprises qui se dessinent dans différents territoires de la région nous souhaitons souligner que ce mouvement est possible. Au sein de ces réseaux d'acteurs de l'ESS se débattent les questions d'une coopération ou d'une mutualisation avec les associations de commerçants, les syndicats professionnels ou encore les autres entreprises de personnes (artisans) de leur territoire.

UNE CHAMBRE REGIONALE POUR LA PROMOTION ET LE SOUTIEN DES MODELES SOCIO-ECONOMIQUES DES ENTREPRISES DE L'ECONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE

La Chambre Régionale de l'Economie Sociale et Solidaire Provence Alpes-Cote d'Azur (CRESS PACA) a été fondée en 1985. Elle rassemble fédérations et unions d'acteurs, associatifs, coopératifs, mutualistes de niveau régional, ainsi que les syndicats d'employeurs du secteur.

L'ambition politique de la Chambre Régionale

La Chambre Régionale de l'Économie Sociale et Solidaire de Provence-Alpes Côte d'Azur (CRESS PACA) promeut les activités sociales et économiques qui visent la dignité de chaque être humain et mobilisent les ressources nécessaires à la satisfaction des besoins essentiels des citoyens.

- Quelle que soit la place de chacun dans une société donnée, le bien-être et le progrès social reposent sur l'émancipation, la promotion et la responsabilisation du citoyen.
- Pour y parvenir, le citoyen doit être considéré simultanément comme producteur et consommateur des biens et services produits.
- Dans cette vision, le progrès économique est soutenable s'il est mis au service du progrès social: la multiplication des biens est un support à la multiplication des liens.
- Les organisations de l'Économie Sociale et Solidaire qui soutiennent cette vision de l'activité économique sont nécessairement amenées à penser leurs modalités de conception de production et de distribution selon des principes et des règles particulières qui ont en commun d'insuffler les valeurs de la démocratie dans les activités économiques.

¹ L'économie de proximité : Une réponse aux défis majeurs de la société française – Pierre MARTIN – Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE) – Septembre 2010

Les missions de la Chambre Régionale

La Chambre Régionale déploie trois grandes missions:

- 1 Une mission de représentation** qui vise à faire de l'Économie Sociale et Solidaire « un tout » homogène et cohérent auprès des acteurs publics et privés et s'appuie sur les territoires à partir desquels elle se fabrique. Pour cela elle développe un programme d'actions visant à amplifier le sentiment d'appartenance à l'ESS.
- 2 Une mission de promotion** qui vise à créer les conditions favorables au développement de l'Économie Sociale et Solidaire en diffusant (en interne et en externe) une meilleure connaissance sur les initiatives et projets qui sont la preuve quotidienne de son intérêt sociétal. Pour cela elle anime le 1er Observatoire Régional de l'Économie Sociale et Solidaire.
- 3 Une mission de soutien** qui vise à offrir une gamme de services qui renforcent l'Économie Sociale et Solidaire dans les territoires en rassemblant les compétences nécessaires sur un mode coopératif et mutualisé.

Quatre axes d'intervention prioritaires

Amplifier le sentiment d'appartenance à l'ESS

1. La Chambre Régionale cible ses efforts pour initier, au travers de son dispositif d'animation une plateforme de dialogue et de mobilisation permanente des acteurs qui se reconnaissent dans l'ambition politique promue par les formes d'organisation de l'économie sociale et solidaire.

Elle joue le rôle d'animateur central pour:

- Faire vivre le débat régional autour des grands enjeux de l'ESS.
- Coordonner les acteurs et leurs interventions en faveur du développement des formes d'organisation de l'ESS dans les territoires.
- Animer des politiques régionales.
- Contribuer aux dispositifs d'animation territoriale dédiés aux différentes formes de soutien à l'ESS.
- Représenter l'ESS au sein des espaces de dialogue et de concertation de l'État, du Conseil régional, des Départements et des partenaires sociaux.

2. Observer et analyser les évolutions des modèles socio-économiques de l'ESS

La mise en œuvre de la fonction d'observation de l'économie sociale et solidaire en région Provence Alpes Côte d'Azur est nécessaire pour soutenir la croissance des entreprises régionales en:

- Accompagnant la montée en puissance du secteur de l'économie sociale et solidaire mesurée par le dynamisme de création d'établissements et d'emplois.
- Réduisant la faible visibilité de son poids économique, liée à la spécificité de l'observation du secteur de l'économie sociale et solidaire et au manque de moyens de diffusion de l'information produite.
- Disposant de données fiables permettant d'orienter les choix stratégiques de développement de l'économie régionale, adaptés aux besoins des populations.

De la coordination à l'intégration des services en faveur des personnes âgées

Interview de Florence PUGNET ¹

Le nombre croissant des personnes âgées en perte d'autonomie et le développement parallèle d'une offre de services et de soins foisonnante ont amené les pouvoirs publics à se saisir depuis quelques dizaines d'années déjà de la question de la coordination des soins et des accompagnements nécessaires à la personne prise en charge, dans un souci de cohérence et de continuité des parcours.

QUELS SONT LES OBSTACLES RENCONTRES LORS DES PRISES EN CHARGE ?

Nombreux sont les obstacles qui menacent le bon déroulement des prises en charge. Il y a tout d'abord des difficultés de lisibilité des offres ou dispositifs pour la personne et son entourage ; il y aussi le morcellement des services, des structures et du financement ; la coexistence de professionnels relevant de différents champs professionnels ne partageant ni culture ni outils communs. Les organisations de leur côté sont soumises soit aux difficultés de pérennisation de leurs financements pour celles qui dépendent de fonds publics, soit à une rivalité ardente pour les structures appartenant au secteur concurrentiel.

Comment dans ces conditions, articuler au mieux l'ensemble des services et soins attendus par les personnes en grande fragilité tout en permettant aux professionnels de coopérer dans un souci de croisement des compétences garantissant au mieux les conditions de sécurité, de qualité et d'efficacité. En France, le modèle longtemps privilégié a été celui de la coordination des services : l'« organisation volontaire de professionnels, pouvant inclure des bénévoles, qui mettent en commun leurs moyens, leurs ressources pour développer des actions d'information, d'aides, de soins, de prévention destinées à résoudre des situations complexes ou urgentes, identifiées comme prioritaires sur un territoire selon des critères élaborés au préalable en concertation. »

Le problème soulevé par le modèle « coordination » est le manque de légitimité pour les structures de coordination, de type CLIC ou réseaux par l'ensemble des partenaires pour le suivi au long cours de la personne, suivi nécessaire dans le cas de personnes présentant des problématiques lourdes et imbriquées les unes aux autres dans tous les aspects de leur vie : sanitaire, social, médico-social ou vie quotidienne.

Y A-T-IL UNE ALTERNATIVE A LA COORDINATION ?

Oui. Un autre mode organisationnel, l'intégration, apparaît comme une alternative à la coordination. Des services intégrés sont « un ensemble de services mis en œuvre pour une population particulière sur un territoire, ou pour la population d'un territoire, par un même entreprise ou organisation qui les rassemble sous un même pouvoir de décision. »¹

EN QUOI L'EXPERIENCE CANADIENNE A-T-ELLE SERVI D'EXEMPLE ?

Une recherche visant à faire baisser le taux d'institutionnalisation au Québec a conduit à l'élaboration du modèle PRISMA (programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie) dans les années 90. Les freins repérés au cours de cette recherche sont clairement définis. Il s'agit de l'existence de multiples portes d'entrée dans le système médico-social, des évaluations successives des patients sans outil d'évaluation standardisée, du recours répété et injustifié aux services d'urgence, et enfin de la transmission incomplète des informations conduisant au final à une réponse incomplète aux besoins.

Le modèle PRISMA a pour objectif l'amélioration de la continuité des soins et des services par la diminution des inégalités de prise en charge et de la fragmentation des aides. Ce modèle s'intègre au système déjà existant, sans création de structures ou de dispositifs nouveaux. Les acteurs des champs sanitaire, social et médico-social mutualisent leurs compétences et partagent les informations entre eux.

Les points clés du modèle PRISMA :

- La concertation des acteurs,
- L'organisation en « guichet unique » : un lieu où toutes les demandes d'aides et prise en charges convergent,
- La mise en place de nouveaux professionnels : les « gestionnaires de cas » pour un suivi au long cours par une personne unique de la personne en situation complexe,
- Un outil d'évaluation multidimensionnel standardisé,
- Un travail en commun des acteurs sur un langage, des procédures et une mise en partage des informations.

Toutes ces mesures correspondent à la mise en œuvre progressive de l'intégration.

¹ Pilote de la Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) territoire du Grand Versailles (78)

¹ coordination, intégration, réseaux de services – enjeux pour la gestion des politiques publiques en direction des personnes âgées – Michel FROSSARD in : « Gérontologie et société » pp 35-48 Ed FNG – 2002

*LE GESTIONNAIRE DE CAS CLEF DE VOUTE DU DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE :

Il est l'interlocuteur unique du système d'aides et de soins. Il est en lien direct avec la personne prise en charge. Il demeure référent tout au long de la prise en charge. Son rôle est d'évaluer les besoins multidimensionnels de la personne, d'élaborer un projet de suivi individualisé en lien avec les autres intervenants, assurer le suivi et la réévaluation régulière de la situation et des besoins qui en découlent, d'animer l'équipe pluridisciplinaire intervenant auprès de la personne.

L'étude d'impact réalisée sur 3 sites québécois à partir de l'année 2000 a permis de mettre en valeur les résultats très satisfaisants de la mise en place du dispositif PRISMA :

- Une perte d'autonomie freinée,
- Une augmentation générale de la satisfaction des personnes suivies,
- Une baisse des souhaits d'aller rapidement vers des hébergements collectifs,
- Une baisse notable de recours aux dispositifs sanitaires d'urgence.

POURQUOI LE PLAN ALZHEIMER A-T-IL REPRIS CETTE METHODE ?

Le Plan Gouvernemental Alzheimer lancé en 2008 propose des mesures visant à mieux connaître, diagnostiquer et prendre en charge la maladie. L'accent a été particulièrement mis sur la recherche et la prise en charge de malades et de leurs aidants.

La mesure N°4 du Plan propose la mise en place d'un dispositif innovant : MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer) ; Très largement inspiré du modèle PRISMA qui a été transposé sur le territoire français à partir de 3 sites expérimentaux qui ont été sites « PRISMA » entre 2006 et 2008.

Le dispositif MAIA vise lui aussi à proposer une meilleure articulation des structures d'information, d'accompagnement et de soins en direction des personnes fragiles présentant des problématiques complexes. La complexité étant constituée par l'intrication de plusieurs difficultés touchant tous les aspects de la vie de la personne.

On retrouve dans le dispositif MAIA des axes et mesures relativement similaires à ceux développés dans l'expérience PRISMA, avec quelques aménagements.

Les objectifs du dispositif :

- Construire des parcours de prise en charge individualisés, harmonisés et complets pour chacun depuis le diagnostic jusqu'à la prise en charge à domicile ou l'entrée en établissement.
- Contribuer au décloisonnement du territoire en créant des passerelles entre les champs traditionnellement cloisonnés : sanitaire, social et médico social, mais aussi : privé et public, institutionnel et libéral. En mettant en place des outils, référentiels et pratiques co-construits et partagés.

POURQUOI UNE EXTENSION AUX PERSONNES DEPENDANTES ?

La maladie d'Alzheimer a été choisie pour son aspect de maladie « pilote » qui permettrait par la suite d'étendre le dispositif à d'autres sujets âgés en état de fragilité.

Le déploiement territorial du dispositif MAIA a fait ressortir tout l'intérêt qu'il y aurait à élargir le champ des bénéficiaires de la mesure, à toutes les personnes âgées en perte d'autonomie, dont la situation présente une grande complexité et des besoins à évaluer régulièrement pour prévoir les soutiens adéquats, évolutifs eux aussi au fur et à mesure de la prise en charge.

OU EN EST LE PROCESSUS D'INTEGRATION AU NIVEAU NATIONAL ?

17 sites expérimentaux ont permis le déploiement sur le terrain du dispositif MAIA depuis 2009. Portés par des structures très diverses, de statut juridique différent (Conseils Généraux, Clic, réseaux de santé... et installés dans des contextes d'habitat diversifiés (urbains, semi-urbains ou ruraux), ces dispositifs ont donné lieu à évaluation. Les résultats positifs de celle-ci ont amené les pouvoirs publics à ouvrir 40 nouveaux sites en 2011, puis à prévoir 100 nouvelles MAIA pour 2012.

Ce déploiement national a été étayé par une inscription dans le droit commun. Le dispositif est concerné par :

- L'article L 113-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- L'article 78 de la loi N° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la Sécurité Sociale.

QUELLE EST VOTRE EXPERIENCE SUR LE TERRITOIRE GRAND VERSAILLES ?

Née en 2011, cette MAIA se développe sur 14 communes limitrophes de Versailles représentant 242 000 habitants dont 48 000 personnes de plus de 60 ans.

Un porteur ayant un statut d'association : la Coordination Gériatrique COGITEY. Les réalités très contrastées des territoires communaux, la grande richesse d'offres de services et de soins sur l'ensemble du territoire et l'action volontariste des institutions locales représentent les caractéristiques principales de ce dispositif MAIA.

Son développement s'appuie, comme toutes les MAIA, sur le cahier des charges défini au plan national, et particulièrement sur ses 6 axes principaux :

3 mécanismes :

1. La concertation entre les acteurs, à différents niveaux : clinique, tactique et stratégique selon que l'on travaille entre intervenants auprès de la personne prise en charge, à partir des structures proposant les offres de suivis et de soins ou entre décideurs et financeurs ;

2. Le guichet intégré qui correspond à l'élaboration de procédures et d'outils communs entre partenaires du territoire ;

3. La gestion de cas avec 3 professionnels prenant en charge l'accompagnement et le suivi de personnes en situations complexes disposant de temps. La prise en charge d'un gestionnaire de cas permet au professionnel de prendre le temps nécessaire pour faire un état des lieux approfondi de la situation et des besoins de la personne, et assurer le lien avec l'ensemble des intervenants, sur le long terme.

QUELS EN SONT LES BENEFICES ATTENDUS ?

La MAIA du Territoire Grand Versailles correspond à une attente chez beaucoup de partenaires.

L'intégration est rendue de plus en plus nécessaire par la complexification des offres, dispositifs et structures à destination des plus fragiles et par l'augmentation des situations de grande dépendance à domicile. Cette méthode ne demande qu'à s'adapter aux réalités du territoire en permettant l'élaboration des meilleurs outils partagés. Les partenaires pourraient être assimilés à une cordée de montagnards, chacun solidaire de tous les autres, mais représentant ensemble, une force potentialisée supérieure à l'ensemble des forces individuelles additionnées.

En conclusion, la méthode d'intégration représentée par les différentes facettes du dispositif MAIA permet d'envisager des bénéfices,

- Pour les personnes âgées : une continuité de la prise en charge sanitaire, sociale et médico sociale indépendamment des évolutions du parcours de vie, et un maintien à domicile la mieux adaptée aux besoins possible,
- Pour les partenaires du guichet intégré : un gain de temps et d'efficacité par meilleure cohérence entre les interventions,
- Pour le système sanitaire et médico-social, des économies à escompter tout au long du parcours de prise en charge.

Propos recueillis par le Dr Jean-Pierre AQUINO

Le mouvement parcours : un espace de concertation et de coordination

Yves PiLLANT¹

L'introduction de ce numéro pose clairement la problématique de la coordination : exigée par les textes et les évolutions législatives pour les acteurs du secteur médico-social, elle n'en est pas moins rendue complexe par la persistance d'intérêts et de stratégies institutionnelles différentes voire divergentes et par le temps nécessaire aux évolutions qu'elle induit dans les pratiques professionnelles.

Depuis plus de 10 ans, le département bénéficie d'un contexte associatif innovant puisqu'un « Réseau Social du Handicap » - le Mouvement Parcours Handicap 13 - s'est structuré autour de l'idée qu'agir dans la proximité et se connaître entre acteurs locaux permettent de construire des réponses adaptées.

Dès les années 2000, les associations locales se sont rassemblées pour constituer sur chaque territoire du Département, une association P.A.R.C.O.U.R.S. Handicap 13 acronyme de « Pour l'Accompagnement, des Ressources, de la Coordination, de l'Orientation : Un Réseau Social du Handicap ». En 2005, pour favoriser la cohérence des actions et organiser la représentation de ce Mouvement auprès des institutions, les 6 associations se sont regroupées au niveau départemental en créant l'association de coordination Inter Parcours Handicap 13.

Aujourd'hui, le Mouvement Parcours compte plus de 120 associations et organismes qui adhèrent à une charte départementale fondée sur les règles éthiques et déontologiques définies dans la déclaration des droits de l'homme. Cette Charte engage notamment les signataires dans une démarche de collaboration, de coordination et de concertation. Les associations membres de Parcours peuvent ainsi mettre à disposition et fédérer sur chaque territoire un potentiel existant d'experts - personnes en situation de handicap, familles, services, établissements - de centre de ressources, de documentations, de formations et de réadaptation qu'il s'agisse d'enfants, d'adolescents, d'adultes ou de personnes vieillissantes. C'est bien cette idée de mutualisation, de proximité et de partenariat, de réseau en somme, qui porte les Associations Parcours pour favoriser le parcours de vie des personnes en situation de handicap.

Le Mouvement Parcours se veut ambitieux : accompagner la personne en situation de handicap dans l'expression de

ses souhaits ; appuyer les professionnels dans l'évolution de leurs pratiques ; susciter l'évolution des mentalités et le changement du regard porté par la société sur les personnes handicapées pour passer « **de la prise en charge à la prise en compte** »¹ **de la personne**. Le Mouvement inscrit par ailleurs résolument son engagement et son action dans la coopération et le dialogue avec les instances publiques.

Les principes mêmes qui fondent ce Mouvement constituent les leviers permettant de surmonter les divergences d'intérêts et de stratégies institutionnelles pour aller vers une coordination plaçant la personne handicapée au centre de toutes les réflexions et actions. Les principes d'action du Mouvement préconisent la prise en compte de :

- La situation et de l'environnement de la personne - et non uniquement de sa déficience
- La proximité afin d'offrir des réponses plus adaptées aux attentes et besoins des personnes en situation de handicap - et de leur entourage -

Dès lors, comment qualifier les actions de coordination impulsées et mises en œuvre au sein du Mouvement Parcours : toutes procèdent de cette approche fondamentalement territoriale, visant à apporter à la personne des réponses adaptées à ses attentes et ses besoins, au plus proche de son lieu de vie.

Prendre le territoire de vie de la personne comme une entrée permet de développer une action sociale coordonnée et territorialisée. A une organisation centralisée de l'action sociale qui décide les dispositifs et leur financement d'une façon généraliste et sectorielle vient se combiner une action qui colle au terrain pour développer un travail-ensemble qui met en lien les acteurs, articule leurs interventions, promeut l'interdisciplinarité et sollicite des dynamiques interinstitutionnelles.

Cette mise en lien des acteurs participant de la réalité d'un territoire se concrétise par le développement de réseau entre acteurs d'un même secteur et la construction de partenariats entre acteurs de secteurs différents¹.

¹ Rapport de Jean-François CHOSSY, *Passer de la prise en charge... à la prise en compte, Evolution des mentalités et changement du regard de la société sur les personnes handicapées*, novembre 2011.

² Autrement dit, dans notre approche, prenant acte d'une organisation de la société par secteur, la distinction essentielle entre ces deux notions repose sur le fait que le réseau est intra-sectoriel tandis que le partenariat est inter-sectoriel.



Face à la complexité des situations, à la nécessité de promouvoir des réponses individualisées au plus près de la situation des personnes, les logiques sectorielles et segmentées ont montré leurs manques ; comme le dit Patrice DHUME, la synergie portée par le travail en réseau et en partenariat est bâtie sur « les failles générées par la définition des champs institutionnels sectoriels ; c'est la remise en cause du système sectoriel, de ses limites, et plus spécifiquement de l'incapacité des institutions et des corps professionnels à répondre à l'évolution des problèmes sanitaires et sociaux »¹. La structuration du travail par secteur avec les cultures professionnelles qui y sont attachées rend urgentes des pratiques intra, inter et trans-sectorielles. L'ingénierie sociale est une discipline qui va outiller techniquement ces pratiques².

Penser à partir du territoire devient donc penser une action sociale en choisissant une échelle qui rend possible une articulation entre acteurs et secteurs. Le territoire «est aujourd'hui considéré comme le meilleur garant, sinon l'exclusif terrain, d'une possible globalisation et transversalité de l'intervention publique marquée par un nouveau rapport entre le sectoriel et le global. Il s'agit en principe de substituer à des politiques sectorielles ou à des approches par problèmes ou par public (...³) une totalisation des registres d'intervention dans un projet spécifique sur un même espace local, avec une harmonieuse complémentarité des acteurs »⁴.

Mobilisant ses acteurs, le territoire va devenir le support d'une action sociale qui s'incarne en ce qu'elle s'implante, qui devient réelle en ce qu'elle active les ressources en présence. « Territorialiser c'est organiser autrement les compétences : non plus d'après des logiques cloisonnées de métiers segmentés mais selon des formes mutualisées et coordonnées propices à l'initiative et à l'innovation⁵ ». A partir d'un territoire, des dynamiques transversales permettent de dépasser la juxtaposition des strates formant secteurs tout en valorisant le local et la population composant ce local⁶. La mise en œuvre d'une action sociale territorialisée vient donc percuter des pratiques institutionnelles très habituées. L'action sociale ne se pense plus à partir du découpage du social en politiques sectorielles et en thématiques cloisonnées mais par la définition de projets de développement selon une approche globale et territoriale de la réalité sociale. Cette démarche provoque un renversement de perspective : « non plus les problèmes d'abord mais le territoire »⁷.

¹ DHUME Fabrice. *Travailler ensemble*. Editions ASH

² « L'ingénierie sociale est d'abord un art combinatoire, jouant dans la pluridisciplinarité et dans l'interinstitutionnel. De même qu'un ingénieur technique sait combiner et faire collaborer tous les corps de métier concourant à une même œuvre, l'ingénieur social est un diplomate, capable de faire travailler tous les acteurs si divers et si exclusifs ensemble, en respectant la légitimité de chacun. On peut dire que c'est un agent de passage du sectoriel au global ». GONTCHAROFF Georges, *De l'ingénierie sociale*, Informations sociales n°4, mai-juin 1990.

³ « Au mieux juxtaposées ou empilées et s'ignorant peu ou prou dans l'inextricable capharnaüm des compétences institutionnelles »

⁴ THAURIALE Thierry, « Travail social et territoire », *Informations sociales*, n° 104, 2002, p.98. La complémentarité qualifiée d'harmonieuse est trace d'une certaine utopie...

⁵ BERNOUX J-François. *Mettre en œuvre le développement social territorial*. Dunod, 2005

⁶ « Faire société ne peut se réduire à penser d'en haut la satisfaction des besoins et le traitement des problèmes sociaux, sans que soit reconnue la capacité de tout individu à être acteur des projets qui le concernent ni sans que soit reconnue l'interaction population / environnement ». BERNOUX Jean-François, *Mettre en œuvre le développement social territorial*. Ed Dunod, 2005

⁷ BERNOUX J-François. *Mettre en œuvre le développement social territorial*. Dunod, 2005. p.37

De par son histoire, le champ du handicap est très fragmenté. Ce sont souvent des familles qui se sont organisées en association pour créer des réponses adaptées aux besoins de leurs proches. On retrouve donc une multitude d'associations où chacune se caractérise par un type de handicap spécifique. La légitimité des revendications a souvent conduit à la défense d'un pré carré sinon à un processus identitariste où bien des affirmations sont sur le mode « il ne faut pas confondre » : ne pas confondre handicap mental et handicap psychique, handicap de naissance et handicap acquis, stabilisé et évolutif, etc.

Se mettre à travailler ensemble avec, pour origine, cette forte quête de différenciation réclame donc un certain déplacement culturel. Il a fallu toute l'audace du mouvement PARCOURS HANDICAP 13¹ pour promouvoir un décloisonnement des acteurs du champ du handicap dans les Bouches du Rhône : décloisonnement entre associations mais aussi entre bénévoles et professionnels, usagers et/ou leur famille et spécialistes. Après treize années de développement c'est aujourd'hui 120 structures associatives qui composent le mouvement² établi sur six territoires identifiés³. Cette mise en réseau favorise la connaissance des différents types de handicap et promeut un partage de problématiques que chacun découvre comme bien plus transversales qu'il ne le croyait ; « chacun aperçoit qu'il n'est pas aussi indépendant de ses semblables qu'il se le figurait d'abord⁴ ». La prise au sérieux de la parole des personnes en situation de handicap, de leur entourage familial et des professionnels permet de progresser dans une compréhension de positionnements qui ne peuvent se superposer mais qui sont appelés à se rendre complémentaires au service de la personne en situation de handicap. Au travers des débats et d'une conflictualité constructive se mettent en œuvre des enjeux de reconnaissance où chacun apprend à considérer l'autre dans une proximité qui ne nie pas les particularités. La force du mouvement entraîne ses membres dans une vision partagée sans amalgamer ces positionnements.

Le réseau est organisateur d'une diversité et la nature même du réseau est sa capacité à créer un grand nombre de liaisons ; importe ici sa connexité. Aussi l'animation de ce réseau exige des pratiques de gouvernance qui s'opposent à la structuration que symbolise l'organigramme pyramidal avec son pouvoir hiérarchique unilatéral⁵. L'évolution et la transformation des rapports sociaux de production, la complexité des dimensions à décider et la conscientisation d'un plus grand nombre d'acteurs sont venues reconfigurer les rapports entre base et sommet au point d'envisager le pilotage d'un réseau comme une logique de pyramide inversée⁶. La nature du réseau où les acteurs appartenant au même secteur choisissent de travailler entre pairs d'une

¹ Voir le site

² Pour alléger le propos, le mouvement sera indiqué par le premier mot PARCOURS

³ <http://www.parcours-handicap13.fr/qui-sommes-nous/presentation>

⁴ Voir la carte en annexe

⁵ ZASK Joëlle, *Participer, essai sur les formes démocratiques de la participation*. Ed Le bord de l'eau, 2011. L'auteur cite A. de Tocqueville dans un travail sur la notion d'association.

⁶ Sur ce thème voir BATIFOULIER Francis et NOBLE François, *Fonctions de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale*. Dunod, 2005

⁷ La formule n'est pas des plus heureuses puisqu'elle redit l'importance de la pyramide ; elle veut juste insister sur le fait que la base est positionnée au sommet.

façon volontaire et engagée relève de relations sociales dont l'horizontalité à animer serait anéantie par tout effet de subordination.

Mais la notion de gouvernance vient aussi altérer des habitudes de centralisme. Le mouvement PARCOURS combine trois échelles de coopération : chaque membre du mouvement en tant qu'association autonome ayant sa propre vie en dehors du mouvement mais irriguée par la dynamique du réseau ; 6 associations PARCOURS, installées sur les 6 territoires administratifs du département, en tant qu'unités territoriales cherchant à être au plus près des réalités sociales, économiques et politiques d'un territoire local ; INTERPARCOURS mobilisant les six PARCOURS pour prendre une dimension départementale et être un interlocuteur représentant le champ du handicap auprès notamment du Conseil Général de la MDPH, ARS.... Le processus de gouvernance veut provoquer une interaction entre les acteurs de chaque échelle tout autant qu'entre ces trois échelles¹. Cette combinaison d'échelles n'est pleinement opérante que par la mise en œuvre du principe de subsidiarité qui veut que soit privilégiée l'échelle la plus locale d'un pouvoir de décision aussi longtemps que l'échelle départementale ne peut pas agir de manière plus efficace.

Il faut mesurer la lourdeur de ce multilatéralisme. Et la tentation est grande, dès que le temps presse ou qu'un acteur institutionnel d'importance saisit le mouvement, de retourner la « pyramide inversée » pour retrouver les logiques de décision à concertation minimale. Ces processus de gouvernance, selon la qualité de l'animation conduite, font la vérité des principes de ce réseau qui affirme « la place centrale de la personne en situation de handicap et sa citoyenneté pleine et entière ». A tout moment, avec les meilleures raisons du monde, les personnes en situation de handicap se retrouvent évincées de la coopération, entourées de personnes valides reprenant une « position haute » pour conduire des transformations « sur la base de leur seule analyse »², oubliant la place d'acteur des principaux concernés et donc ne mettant pas en œuvre à petite échelle l'inclusion que l'on souhaiterait au niveau de la société toute entière ! Le réseau doit trouver des modalités de fonctionnement qui permettent de « se placer ensemble dans une position de recherche » et qu'au sein des travaux, il soit donné à chacun, selon ses moyens, « un temps pour bâtir sa propre pensée » et une modalité adéquate pour la partager.

A partir de ce réseau, chaque PARCOURS, sur son territoire³, conduit une ingénierie sociale capable de mobiliser⁴ les acteurs de différents secteurs auprès d'une situation de handicap. Cette mobilisation opère un mouvement inverse des habitudes de mises en établissement ; alors que celles-

ci désimplantaient les personnes pour les regrouper dans un espace spécialisé, il s'agit ici de privilégier les acteurs présents et le droit commun pour les rapprocher de la personne dans son environnement. Ainsi le développement d'une action sociale territorialisée devient, pour le mouvement, un projet de territoire.

Cette ingénierie met en œuvre, en préalable, un recensement des acteurs. C'est un travail laborieux de connaissance de potentiels partenaires dans les secteurs de l'éducation, du sanitaire, des loisirs, des transports, de l'aide à l'emploi, de la formation, etc. Le projet de territoire va consister à construire un maillage territorial ayant au moins deux objectifs : provoquer avec célérité une mobilisation des acteurs (quel que soit leur secteur) autour d'une situation posant difficulté ; considérant le handicap comme une restriction de participation¹, permettre l'accès des personnes en situation de handicap à l'ensemble des secteurs d'activité, condition nécessaire à l'exercice de la citoyenneté.

Quelques exemples :

- L'organisation de formations partagées, sur les territoires, destinées aux adhérents du Mouvement Parcours et à ses partenaires institutionnels ou associatifs. Outre l'objectif de créer du lien entre les participants (associatifs et institutionnels), ces formations permettent de sensibiliser les acteurs à la culture et aux pratiques induites par la Loi de 2005, d'informer sur les principes, les valeurs et les actions du Mouvement Parcours.
- Sur le territoire de l'association PARCOURS Handicap 13 Marseille Nord, est mené un travail d'identification des acteurs des différents secteurs afin de développer des partenariats permettant de les mobiliser lorsque des besoins apparaissent².
- Dans le champ de l'Enfance³, des commissions locales multi partenariales sont créées sur chacun des 6 territoires du département, afin de :
 - Favoriser la rencontre des acteurs concernés par l'accueil d'enfants, d'adolescents et d'adultes en situation de handicap ;
 - Développer le réseau local des acteurs impliqués autour du projet de vie de l'enfant pour une meilleure cohérence des actions ;
 - Établir un état des lieux et un diagnostic partagés des ressources et des besoins locaux de ces enfants, adolescents, jeunes et de leur famille dans l'objectif de mettre en œuvre des actions territoriales en cohérence avec les actions départementales ;
 - Réfléchir et trouver des solutions aux situations dites « complexes » recensées.

¹ On est ici très proche de la logique d'un « programme concerté pluri-acteur ».

² Voir la Charte du Croisement des Savoirs et des Pratiques avec des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale.

³ Le possessif est une façon de parler car « dans une certaine mesure, le territoire devient un lieu d'évocation de problèmes n'appartenant à aucun des acteurs ». Jacques DE MAILLARD, La politique de la ville en quête d'intermédiaires, In Le gouvernement du compromis, Ed. Economica, 2002.

⁴ On entend par mobiliser le fait de solliciter tel ou tel acteur afin qu'il s'engage à mettre en œuvre sa mission et ses compétences au service d'une personne dans le cadre d'un projet.

¹ «Constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subies dans un environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions... ». Définition du handicap par la loi du 11 février 2005.

² En ingénierie sociale ce travail de développement des partenariats appelle des compétences autour des notions de négociation et de traduction pour permettre à des acteurs de champs professionnels à la culture différente de se rejoindre dans un travail partagé.

³ L'enfance est ici entendue comme englobant les situations des enfants, adolescents et jeunes adultes (0-25 ans).

- Un groupe de travail départemental sur le vieillissement des personnes en situation de handicap a été mis en place au début de l'année 2012 et s'est fixé les objectifs de travail suivants : apporter de l'information sur les dispositifs existants, dresser un état des lieux des besoins et imaginer des solutions alternatives et nouvelles de transition, de répit, d'hébergement et/ou d'accompagnement. Le groupe propose d'élaborer différents outils de recensement pour mettre en exergue des actions ou projets innovants (partenariats, établissements, réseau...) proposant des initiatives concrètes à destination des personnes en situation de handicap vieillissantes.
- Le Groupe de travail sur la mobilité des travailleurs entre les ESAT est issu de la volonté commune d'acteurs du champ médico-social des Bouches-du-Rhône de co-construire des modalités d'accompagnement au profit des personnes en situation de handicap. Il a créé des outils juridiques et opérationnels pour permettre aux travailleurs en situation de handicap un libre choix de leur activité et du lieu où celle-ci va être pratiquée en milieu protégé
- Un Groupe de travail « accès aux soins des personnes en situation de handicap » réfléchit, en partenariat avec les services hospitaliers, à des préconisations concrètes et pratiques pour améliorer le parcours de soins des personnes en situation de handicap.
- Un groupe de travail sur l'accès aux loisirs des enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de handicap a récemment été mis en place sur le territoire du Pays d'Aubagne, avec l'objectif d'améliorer l'accueil des enfants et jeunes âgés de 3 à 25 ans dans les centres de loisirs (accueil de Loisirs avec ou sans hébergement, municipal ou associatif).
- Un groupe de travail réunissant les SAVS et SAMSAH du département travaille à une lecture partagée du nouveau cahier des charges sur le fonctionnement des services proposé à la fin de l'année 2011 par le Conseil Général des Bouches-du-Rhône ; il est un lieu d'échange de pratiques, de réflexion partagée et de coordination.

Les contenus de ces deux derniers exemples d'actions de coordination portent sur la capacité du réseau à sensibiliser à la question du handicap et à accompagner le milieu ordinaire qui se trouve souvent déstabilisé par l'accueil d'une personne autrement valide¹. Entre la toute spécialisation d'un secteur et la non spécialisation de notre société, s'élabore ici une articulation où chaque association, à partir de sa connaissance pointue de tel ou tel type de handicap, apporte à un acteur du secteur non spécialisé des éléments favorisant une lecture des phénomènes relationnels et un accompagnement permettant leur analyse². Cette promotion, par le réseau, d'une combinaison entre acteurs du droit commun et associations spécialisées est une des conditions du développement d'une logique inclusive.

¹ Autrement capable » (M. NUSS), autrement valide, etc. C'est le « autrement » qui compte ; indiquant le poids d'altérité qui se met à l'œuvre dans le jeu des relations habituelles.

² Par exemple des temps d'analyse de la pratique avec les acteurs d'un Centre de loisirs qui accueillent un enfant ayant des troubles autistiques.

Cette orientation repositionne les établissements spécialisés dans une nouvelle dynamique. Un établissement est une chance pour un territoire en ce qu'il anime des modalités d'accueil et dispose d'un ensemble de compétences spécialisées. Dans un projet de territoire il est donc un pôle ressource qui peut offrir du répit à une famille, un accueil en cas d'urgence, une mobilisation de son plateau technique pour une aide ponctuelle¹, un accompagnement d'expériences singulières, etc. Loin d'être dans une logique captatrice d'un public, l'établissement spécialisé se rend interactif avec son environnement², développant des pratiques au service du maintien en milieu ordinaire³. Cette offre de service peut aller jusqu'à une déspecialisation de certains types d'accueil, notamment temporaire et séquentiel² pour rendre efficiente la dimension de pôle ressource. Les professionnels bénéficient alors d'un accompagnement des associations compétentes dans tel ou tel type de handicap qui activent le même dispositif que le milieu ordinaire⁴. Le projet de territoire qui met en œuvre une action sociale territorialisée vient ainsi impacter le projet de service.

Les pratiques de mutualisation et de coordination développées depuis plusieurs années par le Mouvement Parcours produisent également des effets positifs à des échelles plus restreintes – entre deux ou plusieurs acteurs – avec la mise en place de nouvelles coordination et la recherche de solutions mutualisées innovantes :

Quelques exemples :

- Le Foyer de vie l'Astrée, qui accueille des adultes ayant une déficience intellectuelle, ouvre ses portes, en accueil de jour, à 3 personnes suivies par le SAMSAH TC-CL 13 de l'AFTC 13. Ce projet a vu le jour grâce aux souhaits de ces deux structures de mettre en commun leurs moyens et de sortir de la logique de l'accompagnement par type de déficience, pour privilégier une logique de territoire, de projet de vie et de parcours choisi. Cette expérimentation est source d'effets positifs pour tous les acteurs, que ce soit pour les personnes suivies par le SAMSAH TC-CL 13, qui bénéficient d'une nouvelle possibilité d'activité près de chez elles, pour les familles, qui se voient offrir une solution de répit, ou pour les résidents du foyer de vie, heureux d'accueillir de nouvelles personnes et de partager leurs activités.
- Le cadre du Parcours Marseille Sud a permis le rapprochement entre les SAMSAH portés par l'Association ISATIS et l'ITEP porté par l'Association SERENA. Des réunions de travail communes se sont tenues entre les équipes afin de réfléchir à des relais possibles pour des jeunes atteignant leur majorité et sortant des services de l'Association SERENA.

¹ Par exemple pour faire intervenir une ergothérapeute dans l'analyse d'une situation de handicap à domicile, cette analyse pouvant servir à l'élaboration du PPCH.

² Le décret précisant les contenus de l'évaluation externe (n° 2007-975 du 15 mai 2007) fait de l'interaction entre l'établissement et son environnement un axe important de l'évaluation à conduire. ³ L'hospitalisation d'un aidant met en péril une situation à domicile ; un accueil temporaire peut ici éviter cet écueil.

⁴ Exemple du Foyer de vie l'Astrée qui accueille des adultes ayant un handicap mental et qui, en accueil de jour, ouvre ses portes à des personnes ayant subi un traumatisme crânien.

⁵ Rappelons ici qu'en règle générale, les professionnels ne sont pas, dans leur formation initiale, spécialisés dans un type de handicap ; ce sont les habitudes du milieu professionnel fréquenté qui provoquent une spécialisation.

- Une orientation vers un service médico-social de type SAMSAH peut être à envisager et il convient alors de préparer l'orientation avec la personne concernée.
- Il s'agit donc dans le cadre d'un travail partenarial de favoriser le parcours du jeune à sa sortie d'ITEP et de permettre un relais vers un autre partenaire, dans un souci de maillage de trajectoire.
- Ces échanges ont par la suite donné lieu à la constitution d'un groupe de travail réunissant l'ITEP SERENA, les CFA, la Mission Locale de Marseille et l'Association ISATIS afin d'envisager les actions possibles autour du public 16/20 ans. Lors de son ouverture en décembre 2010, le Foyer d'Accueil Médicalisé de la Fondation de l'Armée du Salut « La Résidence Georges Flandre », a bénéficié de la préparation d'une « liste d'attente » par des adhérents de Parcours Nord.

Cette préparation a été bénéfique pour :

- Les personnes accueillies, qui ont pu trouver une suite à leur parcours de vie sans changer radicalement de quartier. De plus cette coordination a permis de bien préparer les personnes et leurs familles à une étape importante de leurs vies.
- Les établissements d'origine, qui ont pu, en toute tranquillité, accompagner vers un autre lieu des personnes qu'elles accompagnaient parfois depuis des décennies.
- La résidence Georges Flandre, qui a trouvé dès son ouverture des personnes prêtes à être accueillies et a pu avoir une montée en charge rapide.



FORMATIONS PROPOSÉES

Stratégie, projet et Evaluation

- Le projet d'établissement : Bilan
- Le projet d'établissement : Réactualisation
- Démarche d'évaluation interne des établissements et services
- Rédiger son rapport d'évaluation interne
- L'évaluation externe
- La démarche qualité en établissement médico-social
- La démarche HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point) : mise en place en restauration collective sociale et médico-sociale
- Les différentes étapes de la démarche R.A.B.C. (Risk Analysis and Biocontamination-Control System)

Adaptation des pratiques professionnelles

- Le projet personnalisé
- Les écrits professionnels
- Le secret professionnel, le travail en équipe et le signalement de la maltraitance
- La Responsabilité éducative
- Vie quotidienne et bientraitance
- Vieillesse et vieillesse de la personne handicapée
- La sexualité des personnes handicapées
- Travail avec les familles
- Prévention et gestion de l'usure professionnelle
- Comprendre et prévenir les situations agressives
- Autisme : Gestion de la crise et de la violence
- Approche de l'autisme
- Epilepsie : aspects médicaux, psychologiques et sociaux
- Approche neuropsychologique de la dyslexie/dysorthographe : dépistage, diagnostic et aménagements pédagogiques
- Approche du handicap
- Connaissance du handicap psychique
- Accompagnement des pratiques professionnelles (sur site uniquement)
- Harmonisation des pratiques professionnelles : « le choc des cultures » sanitaire, sociale, médico-sociale, comment s'entendre ?

Prévention des risques professionnels

- Les risques professionnels : connaître, évaluer pour mieux prévenir
- Risques psychosociaux : prévenir à la source pour pouvoir agir
- Document unique d'évaluation des risques : appui méthodologique à la rédaction

Encadrement : fonctions et outils

- La coordination : une nouvelle fonction pour les éducateurs spécialisés
- Accompagnement à la fonction de chef de service et de cadre intermédiaire
- L'entretien annuel d'évaluation
- Mettre en oeuvre une démarche compétence : la GPEC

Sous la direction de Fabrice Gzil, Emmanuel Hirsch

Alzheimer, éthique et société

Une approche multidisciplinaire originale et concrète des personnes malades reconnues dans leurs droits et leurs valeurs au sein de la cité, respectées et accompagnées dans le parcours de la maladie. Familles et professionnels éprouvent le plus grand besoin de disposer d'éléments de connaissance concernant la maladie d'Alzheimer (environ 850 000 personnes atteintes en France). Aujourd'hui les traitements font défaut alors que quantitativement le nombre des personnes progresse. La prise en charge des personnes dépendantes, les conditions d'accueil et de suivi, leur accompagnement ainsi que de celui de leurs proches constituent un défi en termes de santé publique.

Cet ouvrage basé sur l'expertise développée par l'EREMA répond au besoin de lisibilité, de repères et de modes d'action face à cette maladie aux enjeux sociaux complexes.

320 pages, 19,50 €

Franck Jahan, Matthieu Leclair

Le projet gérontologique territorial : un défi pour les élus locaux

Guide pour le penser et le formaliser

Au moment où les décideurs locaux ont la responsabilité de penser l'accompagnement des personnes âgées d'aujourd'hui et de demain, ce premier ouvrage méthodologique guide les élus dans l'élaboration de leur projet gérontologique territorial. Celui-ci constitue un vrai défi en termes de logement, de santé, d'accompagnement des personnes dépendantes, de solidarités, d'image, de sens de la vie..., qu'ils vont devoir relever pour faire face au vieillissement de la population. Les auteurs proposent ici des pistes de réflexion opérationnelles pour les aider à penser ce projet, à le formaliser, à le mettre en œuvre et à l'évaluer.

128 pages, 20,50 €

Anne-Marie Bernard, Josette Demmou, Véronica Gargan, Michèle Girardet, Geneviève Jolicœur, Charlotte Périé

La relation d'aide en service social

À la fois guide méthodologique et analyse des pratiques, cet ouvrage constitue un véritable outil de formation professionnelle à destination des assistants sociaux dont la fonction est aujourd'hui mise à rude épreuve. La précarité des situations sociales, la diversité et la multiplicité des dispositifs législatifs, le poids des exigences institutionnelles tendent à instrumentaliser la demande des usagers et la réponse professionnelle. Il devient alors difficile d'écouter, de comprendre, de reconnaître et d'accompagner le cheminement de la demande, afin d'établir une relation d'aide qui ait du sens pour l'usager et pour l'assistant de service social.

184 pages, 20 €

Benjamin Jacobi

Cent mots pour l'entretien clinique



Clair et rigoureux, cet ouvrage, sans cesse réédité depuis sa parution en 1995, constitue un outil pertinent pour tous ceux qui ont professionnellement à mener des entretiens cliniques. Favoriser l'usage des mots pour dire, proposer des mots pour continuer à entendre et à faire entendre ce qui est dit sont les objectifs de cet ouvrage qui ne constitue pas un exposé des techniques mais offre au lecteur des éléments de réflexion clinique sur les principes organisateurs de la conduite de l'entretien.

368 pages, 12 €

Élisabeth Zucman

Auprès de la personne handicapée

Une éthique de la liberté partagée

Élisabeth Zucman témoigne de son parcours personnel de médecin entièrement consacré à l'accompagnement d'enfants, d'adultes polyhandicapés et de leur famille. Elle raconte son aventure faite de péripéties, de rencontres, de luttes, d'espoirs, de déceptions, significatifs des préoccupations d'une société peu soucieuse du bien-être de ces personnes affectées de déficiences à la fois mentales et physiques.

Par son engagement, elle a contribué à l'émergence de véritables approches médicale et sociale de la personne polyhandicapée et de ses proches. Elle a développé une clinique du polyhandicap qui, s'appuyant sur des compétences professionnelles complémentaires, fut une véritable révolution, au service d'une cause qui ne mobilisait que quelques vagues et vaines expressions d'une compassion sociale sans lendemain.

224 pages, 12,50 €

Sous la direction de Philippe Pitaud

Vivre vieux, mourir vivant

Cet ouvrage collectif ouvre une réflexion non seulement sur la mort en elle-même mais aussi sur les circonstances en amont (accompagnement des mourants, soins palliatifs, question du sens de la vie/de la mort...) et en aval (travail

de deuil, place des religions/finitude, l'acceptation de la mort par les équipes soignantes et/ou médico-sociales, etc.). Occultée, dissimulée, refoulée, la mort est devenue dans nos sociétés industrialisées, synonyme de solitude voire de non-accompagnement. Mais les causes sociales et culturelles ne suffisent pas à expliquer la solitude de bien des mourants. Il faut également analyser nos résistances inconscientes pour tenter de comprendre nos fuites et nos dérobades. Il n'est pas uniquement question de domestiquer, d'apprivoiser voire de converser avec la mort mais il s'agit surtout d'humaniser et de dédramatiser le mourir, de lui rendre une dimension humaine totalement oubliée et laissée pour compte dans l'ère de l'industrialisation et de la technologie que nous vivons.

224 pages, 20 €

Sous la direction de Philippe Pitaud

Sexualité, handicaps et vieillissement

Vieillir avec ou sans déficiences pose avant tout la relation de l'individu au monde qui l'entoure, aux interactions avec les autres et interroge en permanence sur l'échange, au sens du partage, et dans ce mouvement, de l'amour à donner mais également à recevoir, la sexualité n'étant, elle, que l'une des formes de la manifestation de cet amour si vital et indispensable pour notre survie quotidienne. Les professionnels de ce secteur, acteurs de l'accueil en institution comme du soutien au domicile, mais

également les familles, trouveront là un espace de réflexion, de confrontation et de débats pour se pencher, en retour, sur leurs pratiques professionnelles comme sur leur engagement auprès de ces populations souvent privées d'une vie intime.

256 pages, 23 €

Programme des Formations 2013



Pour les professionnels des secteurs
sociaux, médico-sociaux, éducatifs et sanitaires

