

MIRE/DREES

CNSA

Programme de recherche : *L'aide au domicile des personnes fragiles à l'étranger*

Apprentissage social et innovation dans les régimes locaux de soins à domicile pour les personnes âgées: Allemagne, Ecosse et Suisse.

Synthèse

Centre Marc Bloch

Université de Genève et Haute école de travail social de Genève

Wissenschaftszentrum Berlin

I. Présentation du rapport

II. Résumé des études de cas locales

III. Résultats et conclusions

I. Présentation du rapport

Ce rapport travaille la dimension locale de la régulation de l'aide et des soins à domicile de longue durée¹ des personnes âgées dépendantes. Les soins de longue durée sont l'enjeu de nombreux débats nationaux et internationaux, mais aussi de nombreuses recommandations politiques souvent, si ce n'est contradictoires, du moins ambivalentes. Le but principal de cette recherche est de comprendre comment des réseaux locaux d'acteurs se saisissent et tranchent entre ces objectifs ambigus, dans des contextes institutionnels spécifiques et contrastés. L'hypothèse centrale de cette recherche est que les acteurs politiques ancrés dans les contextes locaux, sont situés au plus près de la mise en œuvre, et sont de ce fait ceux qui procèdent à des arbitrages déterminants entre les différents discours et les différentes interprétations disponibles.

Ce projet de recherche analyse si et comment des acteurs locaux peuvent déroger à des arrangements institutionnels nationaux pour tenter de résoudre les problèmes les plus importants perçus ou adressés à leurs systèmes nationaux d'aide et de soins à domicile des personnes âgées dépendantes. Ce projet est donc centré sur l'analyse de changements qui interviennent, « par le bas », au plus près des acteurs sociaux en charge du traitement du « problème public » que représente l'aide et les soins à domicile des personnes âgées dépendantes. Le changement que nous considérons dans toute notre recherche prend deux formes bien spécifiques et s'attache à l'analyse de variables qui le sont tout autant.

En premier lieu, notre recherche s'intéresse à la capacité des acteurs locaux d'entraîner un processus de changement institutionnel et formalisé. En second lieu, le projet est centré sur les processus de changement effectif, c'est-à-dire sur les changements qui ne reposent pas forcément sur des dynamiques formalisées ou institutionnalisées. Caractéristique d'une approche en terme de régulation politique (Jobert, 1998 ; Mayntz, Scharpf 2001), notre recherche se positionne ainsi dans une perspective d'analyse qui tient compte des contraintes institutionnelles distantes, mais se centre sur les jeux d'acteurs locaux.

En complément à cette perspective en terme de régulation politique et centrée sur les acteurs, notre approche s'intéresse particulièrement au rôle des discours sociaux et politiques. Parce que ces discours reflètent les investissements de sens que les acteurs à la fois de la décision politique, mais aussi de la mise en œuvre, mettent dans leurs actes, les discours constituent pour nous un analyseur clé du changement, y compris à l'échelle locale. L'analyse des discours politiques et sociaux, par exemple sur un enjeu comme celui de l'aide et des soins à domicile des personnes âgées dépendantes, permet non

¹ Nous étudions ici la définition de l'OCDE de l'aide et des soins de longue durée. Les soins de longue durée recouvrent tout une série de services aux personnes dépendant sur une longue période de l'aide d'une tierce personne pour l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (AVQ), comme se laver, s'habiller, manger, se coucher, se lever, s'asseoir dans son fauteuil et se relever, se déplacer et aller aux toilettes. (OCDE, 2005, p.20). Dans ce contexte, il est particulièrement d'ajouter à cette liste, les soins de santé (qu'il s'agisse de soins infirmiers ou de soins strictement médicaux) car, qu'ils soient ou non reliés aux causes pathologiques de la perte d'autonomie, ils concernent également les soins de longue durée à domicile qui évitent un placement dans une institution de soin.

seulement de comprendre comment les enjeux se structurent dans des arènes spécialisées, comme le champ académique, scientifique, de l'expertise, des organisations internationales, etc. Mais ces analyses permettent également de comprendre comment à partir de thématiques apparemment similaires, des clivages discursifs bien spécifiques peuvent se forger dans des arènes de pouvoir autonomes, par exemple des arènes nationales ou des arènes locales. Les analyses de discours font ainsi du sens non seulement dans une logique « horizontale », c'est-à-dire qu'elles peuvent renseigner sur les coalitions discursives ou donner une idée des clivages structurants. Mais ces analyses permettent aussi de fonder des interprétations des relations entre les échelles de pouvoir, dans une logique ainsi plus « verticale ».

Dans cette perspective, notre recherche déploie une analyse en quatre étapes des processus de changement comme ils se déroulent concrètement dans des contextes locaux diversifiés. La structure même de notre rapport s'efforce de rendre compte de cette logique du changement. La première partie du rapport est dédiée à une analyse des enjeux de changement sur lesquels nous nous sommes concentrés : la gouvernance, les réseaux et la diversité, la qualité et la participation. Nous analysons dans cette première partie les grandes structures des débats qui se sont développés, dans les arènes académiques et expertes, mais aussi tels qu'ils sont diffusés par les organisations internationales les plus influentes comme l'OCDE ou l'Union Européenne par exemple. La deuxième partie propose une analyse des systèmes d'aide et de soins à domicile des trois cas nationaux retenus et pose la question de leurs difficultés principales à propos des enjeux de gouvernance, diversité dans les réseaux, qualité et participation. La troisième partie du rapport de recherche traite des études de cas locales qui ont été précisément retenues pour leurs caractéristiques par rapport aux cas nationaux. Enfin, la dernière partie du rapport procède à une analyse comparative des mécanismes d'apprentissage social et d'innovation institutionnelle de nos six cas locaux, saisis dans leur contexte national.

1. Ambivalences dans le domaine de l'aide et des soins à domicile

Les soins et l'aide à domicile des personnes âgées dépendantes ont donné lieu à des débats importants dans le contexte de débats sociaux plus larges portant sur les nouveaux risques sociaux (Taylor-Gooby, 2004) qui sont habituellement présentés comme le vieillissement de la population, la déstandardisation des carrières professionnelles et la déstabilisation des structures familiales, qui sont combinés à une augmentation du taux d'emploi des femmes. Ces transformations structurelles des sociétés occidentales interviennent dans un contexte tendu dans le domaine des politiques sociales, notamment dans celui des soins de longue durée. Pour une part, les dernières années ont été marquées par une critique néo-libérale dominante de toutes les dépenses sociales ainsi que par la dureté de la crise financière qui a mis sous tensions les finances publiques. D'autre part, on a assisté à une augmentation continue des attentes sociales formulées à l'égard des soins de longue durée. Les débats sociétaux à propos de la qualité des prestations de soins, du risque d'isolement des personnes, les scandales de maltraitance aux personnes, etc. ont influencé de nombreux discours et ont forgé une conscience forte dans la plupart

des pays. Ce domaine est donc marqué par un haut niveau de tensions, contradictions et ambivalences, cela non seulement dans les discours et / ou recommandations politiques, mais aussi dans les objectifs des instruments d'action publique décidés et mis en œuvre dans les différents pays.

La juxtaposition des « objectifs » formulés par l'Union Européenne – égalité d'accès, qualité, soutenabilité – est un exemple parlant de ces ambivalences². Les deux premiers objectifs affichés par l'UE tendent plutôt à considérer que les soins de longue durée constituent un droit humain qu'il faut garantir à tous. Les enjeux sont alors ceux des inégalités, de la réduction des inégalités ou s'adressent aux droits des citoyens – on parle par exemple de « choix informé » des personnes. Au contraire, le dernier objectif en terme de « soutenabilité » est associé à des mots clé ou à des mécanismes précis qui impliquent la responsabilité des individus face à la charge des soins de longue durée (assurances privées, prévention sanitaire, mobilisation des proches aidants). On retrouve une ambivalence identique dans les recommandations qu'adresse l'OCDE en la matière. Le dernier rapport de l'OCDE à propos des soins de longue durée met l'accent sur quatre priorités, en tenant compte des différents systèmes existants (OECD 2011). Ces recommandations portent sur la structure du financement, sur le rôle des aidants proches, sur la stabilité des carrières des professionnels du *care*, et sur l'amélioration des prestations rendues par rapport à leur coût (*value for money*). Ces enjeux sur lesquels portent les recommandations de l'OCDE, et qui sont par ailleurs très proches de celles formulées par l'Union Européenne, se rattachent pour une part à une vision des soins de longue durée comme prestation répondant à des besoins essentiels des individus, et à ce titre, se rattachant à un droit humain fondamental là encore. D'autre part, les soins de longue durée sont également conceptualisés comme une tâche collective qui ne peut pas être maintenue et soutenue par les finances publiques sans l'implication claire des individus à travers la prévention, la participation financière, ainsi que la mobilisation des aidants proches. Il semble ainsi exister aujourd'hui une forme de consensus, au moins parmi les organisations internationales qui influencent fortement les discours publics les plus influents. Les soins de longue durée doivent faire l'objet d'un arrangement politique négocié (*policy mix*) impliquant la coopération de nombreux acteurs et le déploiement d'une grande pluralité d'instruments, mais surtout qu'un fort partage des responsabilités. Le contenu de cet arrangement politique ainsi que les innovations qu'elles impliquent dépendent cependant des différents systèmes nationaux de soins de longue durée, ce qui suppose des arrangements spécifiques, des modes d'institutionnalisation et des modes d'action pour la mise en œuvre par les acteurs locaux qui le sont tout autant.

² <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=792&langId=en>

2. Analyser les modalités des apprentissages sociaux et de l'innovation institutionnelle dans un contexte local

Apprentissage social et innovation institutionnelle

Il existe une littérature abondante sur les transformations récentes des systèmes d'aide et de soins à domicile des personnes âgées (Pavolini, Ranci, 2008). On sait cependant relativement peu de choses sur la façon dont des acteurs locaux mettent en œuvre les dispositifs essentiels des régimes nationaux qui sont les leurs et encore moins comment ils adaptent, complètent et parfois dérogent aux principes, normes, règles, dispositifs dont ils ont la charge. Cet aspect est précisément le point central de cette recherche. Notre analyse est de ce point de vue largement inspirée par les travaux de Wolfgang Streeck et Kathleen Thelen (2005) qui distinguent le processus et les résultats du changement. Cette distinction insiste sur le fait que le changement réel peut intervenir en absence de changement des règles institutionnelles. Inversement, le changement institutionnel n'implique pas forcément des transformations notoires dans le domaine en question. Ce concept représente une opportunité de reformuler l'idée selon laquelle différentes modalités dynamiques peuvent intervenir en lien avec une norme institutionnelle (Tallard, Théret, Uri, 2000).

Le terme innovation est, dans le cadre de notre recherche, réservé au changement institutionnel. Les acteurs en cause sont détenteurs de fonctions institutionnelles, sont membres de commissions, d'organismes publics, sont élus ou administratifs, etc. La fonction essentielle que remplissent ces acteurs institutionnels est de garantir la gouvernance ou au moins le pilotage des politiques. Ils peuvent être des acteurs « de terrain » qui assurent des prestations concrètes. Ces acteurs sont alors considérés dans leur capacité à prendre des décisions qui ont un caractère public, officiel. Le type de changement en question passe en effet par des procédures formalisées, requiert des attributions spécifiques, des ressources financières, administratives qui le sont tout autant, et est le plus souvent, soumis à une forme ou à une autre de contrôle démocratique. A l'inverse, l'apprentissage social se réfère à des changements qui interviennent dans un contexte institutionnel stable. Des acteurs sociaux, non institutionnels, dans le cadre de leur activité développent de nouvelles façons de traiter les problèmes « concrets » auxquels ils sont confrontés dans le cadre de leur travail. Par exemple, dans notre recherche, il s'agit dans certains des cas retenus, de nouvelles modalités d'assurance qualité ou encore de participation des bénéficiaires. Ces apprentissages sociaux renvoient à des pratiques conduites par des organisations, des prestataires, le cas échéant, des réseaux locaux restés informels. Ces pratiques ne sont pas liées directement à des financements publics qui requièrent des procédures de validation démocratique.

Bien entendu, une série d'interactions réciproques relie ces deux formes de changement. Les cas les plus fréquents sont les suivants. Le changement institutionnel doit ou devrait être mis en œuvre par les acteurs de terrain. A l'inverse, des apprentissages

sociaux, comme nouveaux usages des règles institutionnelles, peuvent rendre caduques des règles institutionnelles et ainsi induire leur changement. De façon alternative, des apprentissages sociaux informels peuvent conduire à des innovations institutionnelles de façon à être généralisés, systématisés, soumis à des contrôles démocratiques ou de manière à recevoir des financements publics. Les interactions entre ces deux formes de changement, on le verra dans les résultats de recherche produits dans le présent rapport, sont loin d'être toujours harmonieuses et positives.

Sélection des cas

La sélection des cas nationaux sur lesquels nous avons décidé de travailler – l'Allemagne, l'Ecosse et la Suisse – a été basée sur trois critères. En premier lieu, il s'agit de pays dont les régimes nationaux d'aide et de soins aux personnes dépendantes ont connu des transformations institutionnelles récentes de grande envergure. Ces transformations ont sans doute entraîné des changements similaires ou en tous les cas des besoins d'adaptation dans les systèmes locaux, plus proches de la mise en œuvre, des soins de longue durée. Ainsi, en Allemagne, le système d'assurance dépendance qui souffrait de déficits structurels est entrée dans une phase importante de réforme à la fin des années 2000 (Arntz et al., 2007). Il s'agit à la fois d'une revalorisation des montants pris en charge, d'un renforcement des prestations destinées aux personnes faisant état de besoins spécifiques – comme les personnes souffrant de démences séniles par exemple – ou encore de l'introduction de premiers éléments de case management (Bundesgesundheitsministerium, 2009). Ces transformations ont un impact sur les relations entre acteurs de la mise en œuvre sur le terrain. En 2002, l'Ecosse a décidé une des réformes les plus importantes d'Europe. Alors en effet que le New Labour de Tony Blair avait fait de ses campagnes électorales un argument central de sa stratégie électorale, ni l'Angleterre, ni le Pays de Galle n'ont engagé de réforme substantielle. L'Ecosse a seule suivi les recommandations de la Commission royale sur les soins de longue durée et a introduit la réforme du *free personal care* qui a eu un impact déterminant sur les relations entre le gouvernement écossais et les communes du pays (Bell et al., 2007; Dickinson et al., 2007). Enfin, la Suisse est un modèle particulièrement intéressant en raison de sa multi-scalarité qui introduit une pluralité notable dans les dynamiques envisageables. De fait, les politiques fédérales de soins de longue durée en Suisse constituent un cadre, également financier, inclus dans les systèmes d'assurance vieillesse (AVS, assurance vieillesse et survivants) et sont complétées par des politiques cantonales très largement contrastées (Braun, Giraud, Lucas, 2006). La Suisse est ainsi caractérisée par une pluralité de modèles à l'intérieur desquels les dynamiques sont également fort diverses.

En deuxième lieu, les trois pays sélectionnés pour notre recherche présentent la caractéristiques de tous trois relever de tradition d'autonomie des pouvoirs locaux particulièrement fortes. De ce point de vue, la tradition de la *Selbstverwaltung* allemande est proche du *self-government* britannique (Wollmann 2008), mais aussi de l'ancienne et forte tradition suisse de l'autonomie communale. De plus, ces municipalités autonomes interviennent dans des contextes qui permettent des rapports centre / périphérie contrastés. C'est par exemple le cas du fédéralisme suisse, connu pour être le système démocratique le plus décentralisé que l'on considère les modes de distribution des

ressources institutionnelles entre les différents niveaux de pouvoir, mais aussi si on considère la faiblesse des organisations d'intégration que peuvent être les partis politiques ou les médias nationaux par exemple. Le pluralisme linguistique, religieux et la diversité des traditions politiques ancrées dans les différentes régions suisses ajoutés aux traditions antifédérales et libérales particulièrement fortes en Suisse contribuent à expliquer la faible intégration de ce modèle national. Le fédéralisme allemand est certes moins différencié, notamment parce que les institutions nationales d'intégration (partis, médias, syndicats, associations, etc.) sont d'abord implantées dans l'arène fédérale (Braun 2003 pour une comparaison systématique des fédéralismes suisse et allemand). Cependant, les *Länder* et plus encore les municipalités sont des sources importantes de finances et de prestations spécifiques de soins de longue durée (Pfau-Effinger et al., 2007; Kümpers, 2008). Enfin, l'Ecosse présente une trajectoire récente de décentralisation centrée sur la mobilisation de l'identité écossaise. Cette renaissance de l'identité régionale écossaise est une rupture considérable avec la tradition britannique de centralisation (Mooney, Williams 2006) et ne s'est pas faite aux dépens de l'autonomie des municipalités.

Enfin, les trois cas retenus correspondent, pour ce qui touche à l'essentiel de leur régime d'aide et de soins à domicile, à la pluralité des modèles d'états sociaux souvent discutés dans la littérature. Le cas allemand correspond aux traditions de l'Europe continentale d'un système d'assurance fondé sur la subsidiarité. L'Ecosse correspond de fait à un modèle universaliste, fréquent dans les pays d'Europe du Nord, et enfin, la Suisse est un modèle pratiquement mixte relativement à deux strates constitutives. Le système fédéral correspond à un cadre légal qui prévoit quelques prestations en nature de format minimale et qui doivent être complétées par des prestations financées, pilotées et mises en œuvre par les cantons et les villes de façon très contrastées. On trouve ainsi clairement des inflexions libérales dans certaines configurations cantons-villes (Suisse centrale et orientale et certains cas en Suisse romande par exemple), ou alors des traditions beaucoup plus centrées sur l'Etat, notamment dans les régions catholiques, ou encore enfin, des traditions fondées sur la subsidiarité dans les cantons marqués par la tradition protestante.

Enjeux de débats, enjeux de réforme

L'analyse des dynamiques des régimes nationaux d'aide et de soins à domicile des personnes âgées est organisée autour de quatre enjeux clés spécialement importants et pertinents par rapport à notre projet de recherche. La première partie du rapport est dédiée à une cartographie des débats qui se sont développés au cours des dernières années aussi bien dans les débats publics et politiques, que dans les débats académiques. Le but de ce travail de « *mapping* » est d'identifier les clivages discursifs et les dimensions structurantes du débat en question dans ce qu'il peut avoir de commun aux différents contextes nationaux. La littérature comparative dans le domaine de l'analyse des politiques publiques comparées nous a appris que les discours ou des « *policy frames* » sont utilisés comme des ressources de pouvoir dans à un nombre varié d'échelles d'action publique. Dans la logique de notre recherche, aussi bien les dimensions de communication comme de coordination des discours (Schmidt, 2002) peuvent jouer un rôle important. La dimension de communication des discours peut occasionner une forme

de changement par l'adhésion ou la diffusion de modèles de prise en charge qui pourrait prendre la forme de nouvelles pratiques dans ce domaine. La dimension de coordination peut aider à la constitution de coalitions entre acteurs de différents niveaux ou catégories qui peuvent faciliter des formes plus institutionnelles de changement.

Les quatre débats sur lesquels nous travaillons sont la gouvernance, les réseaux et la diversité, la qualité et la participation. Les débats en terme de gouvernance s'intéressent précisément aux aspects les plus institutionnels du processus de pilotage de l'aide et des soins à domicile. Le deuxième débat s'attache à la tension potentielle entre la diversité des besoins qui émerge localement et la diversité des prestataires et des services qui se profilent dans le contexte du *welfare mix* local. Le troisième enjeu concerne les débats en terme de qualité, qui joue un rôle important pour la définition des normes essentielles dans le domaine des soins de longue durée. Enfin, l'enjeu de la participation est devenu fondamental dans le contexte présent marqué par la diffusion de la notion de « libre choix » dans le domaine du *care* de manière générale, et alors que les régulations et prestations de marché se sont beaucoup développées dans le secteur.

3. Dimensions analytiques

Nos résultats de recherche sont organisés autour de trois dimensions principales. La première concerne la nature même du changement à l'œuvre. Il s'agit alors de tirer des conclusions à partir des mécanismes et des formes qui caractérisent concrètement le processus de changement. Le second enjeu est centré sur les discours et les coalitions d'acteurs constituées à partir de ces discours. Enfin, la troisième dimension concerne les interactions entre les échelles sociales au sein desquelles intervient concrètement le changement.

4. Méthodologie

La méthodologie de notre recherche est clairement qualitative, empirique et comparative. Nous avons déployé une succession de cinq opérations de recherche, qui ne sont pas restituées dans cet ordre dans le rapport de recherche, mais qui ont guidé notre travail au long des mois d'engagement de nos équipes. Les études de cas nationales et locales sont notamment regroupées dans une annexe au rapport de recherche et ne font ainsi pas partie intégrante du rapport. Elle sont cependant un produit essentiel de notre travail de recherche, fournissent la base à la plupart de nos interprétations et donneront lieu à des exploitations ultérieures.

Opération de recherche A: explorer les systèmes nationaux d'aide et de soins à domicile de longue durée

Cette première opération de recherche présente les systèmes nationaux d'aide et de soins

à domiciles sur la base d'une grille d'analyse systématique. Les études de cas nationales proposent en premier lieu une analyse précise du système d'aide et de soins à domicile des personnes âgées dans leurs grandes structures, notamment autour des enjeux de financement, décision et mise en œuvre. La répartition des responsabilités et des attributions, notamment autour de toute une série de tâches précises (information et orientation des personnes et des familles, procédures de décision à propos des cas, nature des prestations, place des aidants proches, organisation des soins, gouvernance et planification des prestations). Une analyse des enjeux financiers du système d'aide et de soins à domicile de longue durée est ensuite produite non seulement en terme de financement (ressources), mais aussi de dépenses (besoins). Suite à cette analyse globale, des cas concrets sont ensuite produits, en fonction de situations individuelles caractéristiques. Enfin, les études de cas nationales se terminent par une triple analyse. En premier lieu, on s'intéresse aux débats et réformes récentes dans le système national. En deuxième lieu, on considère le rapport des institutions et du système national avec le changement. Enfin, on produit en dernier lieu une analyse spécifique de nos cas nationaux sous l'angle des quatre dimensions analytiques retenues : la gouvernance, les réseaux et la diversité, la qualité et la participation.

Opération de recherche B : sélection des cas locaux

Cette étape de la recherche est cruciale pour notre projet. Les apprentissages et innovations locales retenues pour la recherche ont été sélectionnés en fonction des faiblesses les plus marquantes des systèmes nationaux identifiées, notamment à l'étape de la production de l'étude de cas nationale, à travers l'examen de la littérature scientifique, mais aussi de rapports disponibles ou d'autres éléments de "littérature grise". De premiers entretiens conduits avec des experts académiques, ou des professionnels du champ ont également appuyé beaucoup la sélection des cas. Les cas locaux retenus devaient donc représenter une innovation spécialement intéressante par rapport à l'un ou à plusieurs des quatre enjeux que nous avons retenus. La dimension de l'innovation dans la sélection des cas a ainsi été appliquée de façon relative dans une double mesure. L'innovation fait du sens par rapport à l'enjeu retenu, mais aussi par rapport au contexte national (ou dans le cas de la Suisse, par rapport au contexte national / cantonal) retenu.

Nous avons retenu des innovations qui devaient au moins être diffusées dans le contexte municipal. Parfois les innovations retenues (par exemple les panels d'utilisateurs de Fife en Ecosse) bénéficient d'une audience internationale. Dans d'autres cas, cette audience est beaucoup plus modeste.

Opération de recherche C: six études de cas locales.

La troisième opération de recherche consiste porte sur l'analyse des modalités d'insertion des études de cas locales dans leur contexte national et en deuxième lieu sur l'analyse de la nature des processus politiques et sociaux locaux qui ont permis l'innovation ou l'apprentissage social. Nous avons retenu la méthodologie des études de cas encadrées ("*embedded*") dans leur contexte national (Yin 2003:13) qui joue un rôle central par

rapport à notre projet. Nos études de cas sont comprises dans le contexte du système national d'aide et de soins à domicile, par rapport aux points forts et faibles de ce système.

Les études de cas locales sont organisées autour de cinq points principaux :

- une présentation et une analyse du contenu de l'innovation ;
- une analyse historique du développement du système local d'aide et de soins à domicile de longue durée ;
- une analyse qualitative de la gouvernance du système et des réseaux de pouvoir locaux dans le domaine de l'aide et des soins à domicile ;
- une analyse qualitative du réseau et des contenus des prestations disponibles localement ;
- une analyse des conditions et des dynamiques politiques qui ont permis l'innovation institutionnelle ou l'apprentissage social.

Les six études de cas sont basées pour l'essentiel sur des données qualitatives:

- littérature secondaire, documentation locale, articles de presse ;
- documents provenant de prestataires locaux ;
- une centaine d'entretiens semi-directifs ont été conduits auprès de différents acteurs locaux, aussi bien politiques que membres du réseau (1 à 2 heures chacun), ce qui correspond à environ 17 entretiens par étude de cas. La quasi totalité des entretiens ont été retranscrits.

Opération de recherche D: analyses des conditions et des facteurs favorisant l'émergence d'innovations.

Basé sur une analyse complète des systèmes locaux et régionaux gouvernant l'action publique dans le domaine des soins et de l'aide à domicile de longue durée des personnes âgées, cette étape de la recherche s'attache à comprendre quels sont les facteurs qui ont favorisé localement le processus d'innovation ou d'apprentissage.

Opération de recherche E : analyse comparative et production des résultats de recherche

Cette dernière opération de recherche est consacrée à la rédaction et à la synthèse des résultats de recherche comparative des cas d'innovation institutionnelle et d'apprentissage social au plan local, saisis dans leur contexte régional et national. Les résultats de la recherche comparative sont interprétés selon nos trois axes théoriques conclusifs portant sur la caractérisation du processus de changement, l'analyse des discours et des coalitions discursives et la dimension scalaire du changement.

Du point de vue de la méthode également, il doit être précisé que l'essentiel de l'équipe constitutive de ce projet a travaillé sur deux cas nationaux différents de façon à être directement confronté avec la perspective comparative. Ce type de démarche permet non seulement de bien saisir la logique idiosyncratique de chacun des cas locaux retenus,

mais aussi de comprendre les logiques d'insertion de ces cas dans leur contexte national particulier. La prise de distance par rapport à un seul contexte national permet de mieux mettre en perspective les cas locaux par rapport à leur contexte. Cette double focalisation de l'analyse permet à la fois de se plonger dans l'exploration de la logique du cas local, tout en conservant la distance appropriée à l'égard de la comparaison.

L'analyse des réseaux de gouvernance des systèmes locaux d'aide et de soins à domicile, mais aussi de prestataires dans le domaine a été conduite à l'aide d'une documentation diversifiée (littérature académique, rapports administratifs, sources internet comme les organismes d'agrément des prestataires par exemple) ainsi qu'au moyen d'un grand nombre d'interviews qui ont permis une récolte riche d'informations de première main.

Valorisation des résultats de recherche

Cette recherche est fondée sur la production d'une série d'études de cas qualitatives, à la fois nationales, mais surtout de six études de cas locales. Cet ensemble de recherches approfondies et comparatives constitue un apport original dans un domaine de recherche où la littérature est avant tout centrée sur des travaux institutionnels et sur la variable nationale. La diffusion et l'exploitation de ces études de cas locales constitue de ce point de vue un des points essentiels du programme de valorisation.

Pour l'essentiel, alors qu'une communication de présentation des résultats de notre recherche vient d'être acceptée pour le prochain congrès du réseau ESPA-net en septembre prochain à Edimbourg³, notre programme de valorisation comprend les trois éléments suivants :

- publication d'un ouvrage académique en anglais reprenant les points essentiels de nos résultats de recherche ;
- un article dans une revue de science politique à propos des problématiques centrales de la recherche : l'analyse du changement politique et des logiques d'échelles dans les dynamiques de l'action publique (en français ou en anglais) ;
- différents articles dans des revues spécialisées sur l'analyse des systèmes locaux de longue durée (ou, plus largement, dans le domaine du *care*) sur la question de l'apprentissage et de l'innovation dans les systèmes d'aide et de soins à domicile.

6. Construction du rapport

La première partie du rapport est dédiée à une présentation analytique du contexte de notre recherche comparative. Cette présentation s'entame par une analyse des données contextuelles des principales dimensions de l'aide et des soins à domicile des personnes âgées dans nos trois pays. Trois variables essentielles sont travaillées : dépenses dans le domaine, évolution des besoins, et structure des aidants. Cette première partie se poursuit par une description synthétique des régimes d'aide et de soins à domicile de longue durée des personnes âgées en Allemagne, Ecosse et en Suisse. Cette synthèse insiste sur les

³ http://www.espanet2012.info/stream_list

aspects du financement, de la gouvernance et de nature des prestations (des versions complètes de l'analyse des régimes nationaux sont disponibles en annexe). La deuxième partie du rapport traite les débats fondamentaux contemporains dans le domaine de l'aide et des soins à domicile des personnes âgées. La gouvernance, le pluralisme et la coordination dans les réseaux, la qualité et la participation sont les domaines qui ont été retenus. Les discours politiques, institutionnels et académiques sont résumés dans chacun des cas. Les clivages spécifiques à chacun de ces enjeux sont restitués. Ensuite, une synthèse comparative de la situation dans les différents pays est présentée pour chacun des enjeux retenus. Le but de cette analyse est d'éclairer les lectures et les conséquences concrètes des débats souvent centrés sur les discours politiques et académiques dans le domaine de l'aide et des soins à domicile. Dans la logique de notre analyse, nous présentons ensuite le choix de nos études de cas locales. Dans cette recherche, nous interrogeons la capacité des systèmes locaux d'aide et de soins à domicile à tenter de compenser les faiblesses les plus notables des systèmes nationaux dans lesquels ils sont insérés. Cette dernière section de la deuxième partie résume ainsi les limites les plus frappantes des différents systèmes nationaux et explique les choix de nos études de cas locales. Enfin, la troisième partie du rapport est consacrée à l'analyse comparée des processus de changement, qu'il s'agisse d'apprentissage ou d'innovation, à l'échelon local, dans six communes européennes. Dans une première section, nous présentons brièvement chaque étude de cas et nous fournissons des informations sur chacun des processus de changement en insistant successivement sur les trois dimensions clé de notre cadre analytique. Pour les six études de cas, nous procédons tout d'abord à une caractérisation du processus de changement lui-même. Ensuite, nous poursuivons par une analyse des discours et des coalitions discursives locales. Enfin, nous analysons le rôle des interactions entre différentes échelles d'action publique. Des versions intégrales des études de cas sont fournies en annexe. La seconde section de cette partie est dédiée à une analyse intégrée et comparative et à la présentation des conclusions de chaque perspective théorique retenue. La conclusion résume les résultats de recherche engrangés grâce à ces différentes lignes d'analyse de notre matériau empirique.

II. Résumé des études de cas locales

Allemagne 1 - Aix-la-Chapelle : Dementia-Net

Réseau soins à domicile des personnes atteintes de démences.
Lancement d'un modèle de case et care management, lancé par un géronto-psychiatre de l'hôpital local avec un réseau de médecins de ville.

Allemagne 2 - Hambourg : Conférences sur le soin (Pflegekonferenzen)

Instrument de coordination et de participation des acteurs intervenants dans le domaine du soin de longue durée, organisé au niveau des arrondissements de la ville-Etat de Hambourg (*Bezirke*), instrument proposé par le gouvernement du *Land*.

Ecosse 1 – Edimbourg : Service de re-capacitation (re-ablement service)

Lancé par la commune d'Edimbourg, ce service a pour objectif explicite de réhabiliter les personnes âgées qui commencent un cycle de soins et d'aide à domicile en six semaines de services intensifs dans le but d'alléger ensuite les prestations. L'introduction de ce service a été conjointe à la privatisation de l'essentiel des services de travail social de la ville dédiés à l'activité d'aide et de soins à domicile.

Ecosse 2 – Fife : Panels d'usagers (users panel)

Initié par une association de d'aide aux personnes âgées (*charity*), les panels d'usagers sont un instrument de participation des destinataires de l'action publique à l'évaluation et, le cas échéant, au pilotage des services qui leur sont destinés. Dans le cas de Fife, le modèle initié par des acteurs privés fait l'objet d'investissement réguliers par les acteurs publics.

Suisse 1 - Genève : Autour d'une table !

Projet, à l'initiative d'une antenne locale des services d'aide et de soins à domicile, consistant à compléter le portage de repas à domicile par des repas pris en commun, dans le cadre de restaurants de quartier, de manière à lutter contre l'isolement des personnes âgées.

Suisse 2 - Köniz : Transferts de savoir (Wissenstransfer)

Ce modèle mis en œuvre dans les services municipaux d'aide et de soins à domicile (Spitex) s'appuie sur des structures organisationnelles censées permettre la diffusion de savoirs experts et les échanges de savoirs et compétences entre les membres du personnel. L'objectif recherché est de renforcer la qualité des prestations.

III. Résultats et conclusions.

A/ Décrire le processus de changement

La comparaison entre les processus de changement dans nos six études locales met en lumière les interactions entre l'apprentissage social et l'innovation institutionnelle qui ont lieu au cours du processus de changement. Cela donne un aperçu de l'importance du degré d'institutionnalisation et de politisation pour la faisabilité et la viabilité des processus de changement et aide à comprendre les relations entre les dynamiques horizontale et verticale du changement. Enfin et surtout, les processus de changement peuvent être rattachés à différentes modalités de changement. Pour l'analyser, nous utilisons les concepts du changement graduel, tels que les suggèrent Streck et Thelen (2005) et Mahoney et Thelen (2010).

Acteurs institutionnels vs. acteurs non institutionnels et éléments du changement qui y correspondent.

Les cas locaux que nous avons retenus représentent un large spectre en ce qui concerne la signification des acteurs institutionnels et non institutionnels au cours des différentes étapes du processus de changement. Ainsi, le processus de changement à Edimbourg (programme de re-capacitation, *re-ablement program*) a été entièrement conduit par des acteurs institutionnels qui avaient la haute main sur les décisions (hiérarchie), ce qui leur a permis de faire pleinement aboutir les objectifs. Les processus de changement à Aix-la-Chapelle (réseau de soins pour personnes atteintes de démence, *dementia network*) et à Köniz (management de la connaissance, *knowledge management*) ont été en grande partie conduits par des acteurs non institutionnels, mais ont tout de même été considérablement influencés par les acteurs institutionnels à différents moments du processus, du fait de la dépendance induite par le besoin d'assurer des financements supplémentaires. Ainsi, les acteurs non institutionnels ont dû en partie adapter leurs ambitions originales aux intérêts d'agents institutionnels envahissants. Les processus de changement à Hambourg (conférences du soin, *care conference*) et à Genève (déjeuner en commun) sont le résultat de l'initiative d'acteurs institutionnels, mais leur mise en place a été réalisée par des acteurs non institutionnels, pour partie en étroite collaboration avec les acteurs institutionnalisés. Dans ces processus de changement, les promoteurs pouvaient poursuivre leurs idées originales dans la mesure où elles étaient compatibles avec les intérêts des acteurs institutionnels. Cela vaut également pour le dernier processus de changement que nous avons étudié. Dans le cas de Fife (panels d'utilisateurs), le changement a été presque entièrement conduit par des acteurs non institutionnels sans que, pendant une longue période, il n'y ait d'interférences avec les acteurs institutionnels. Cela peut en partie s'expliquer par le fait que le processus ne mettait pas clairement en danger les intérêts des acteurs institutionnels concernés. En outre, dans ce cas comme dans la plupart des autres, les acteurs non institutionnels ont pu faire usage d'un registre discursif

fourni par les acteurs institutionnels.

Institutionnalisation et politisation des arènes de décision.

La comparaison entre les six cas locaux retenus fournit deux grandes idées concernant les effets possibles de l'institutionnalisation et de la politisation des arènes de décision. Premièrement, un processus de changement donné peut prendre place au sein de plusieurs arènes de décision à la fois (ou les affecter), mais aussi consécutivement. Les différentes arènes peuvent varier du point de vue de leurs niveaux d'institutionnalisation et/ou de politisation. Ainsi les changements peuvent prendre place dans une grande variété de contextes, qui peuvent aller d'une quasi absence d'institutionnalisation et de politisation (comme dans les cas de Fife, Genève, Aix-la-Chapelle et Köniz à leurs débuts) jusqu'à un niveau moyen de politisation (cas de Hambourg) en passant par un haut niveau de politisation (comme à Edimbourg, ou dans leurs dernières phases Aix-la-Chapelle, Köniz, et dans le cas de Genève à sa toute fin). Deuxièmement, l'institutionnalisation des arènes de décision tout comme un haut niveau de politisation, mais également l'inverse, peut faciliter le changement: un haut niveau de politisation contient le risque du rejet des idées nouvelles (comme ce fut le cas, à la fin, à Aix-la-Chapelle et Genève, et d'une manière encore indéfinie à Köniz) mais peut également les faciliter (comme à Edimbourg et Hambourg). Cependant la dernière option requiert que les nouvelles idées soient soutenues par les relations de pouvoir sous-jacentes, ou au moins, ne les mettent pas en danger. Une moindre institutionnalisation des arènes de décision et une faible politisation peut faciliter le changement dans la mesure où celui-ci peut se produire sans trop attirer l'attention des arènes institutionnelles (comme à Fife et Hambourg, mais aussi à Genève au début). D'un autre côté, une politisation assez peu développée au départ du processus de changement, peut être ensuite compensée par l'ambition des promoteurs du processus de changement qui souhaiteront étendre leur influence, y compris dans des arènes plus institutionnalisées et politiques (dans le cas d'Aix-la-Chapelle). Ainsi, on peut conclure que soit un faible niveau de politisation soit la correspondance entre des idées nouvelles et des relations de pouvoir sous-jacentes peuvent permettre aux acteurs locaux dont les ambitions et engagements sont clairs (ce qui est un point commun entre nos six cas locaux et peut-être une condition nécessaire à n'importe quel changement) d'initier des processus de changement qui correspondent à leurs ambitions. La poursuite du processus est forgée, entre autres, par le degré de politisation et d'institutionnalisation des arènes directement concernées.

Les directions du changement.

Nous avons étudié des processus locaux (c'est-à-dire municipaux) de changement. Dans pratiquement tout nos cas, les niveaux supérieurs - qu'il s'agisse du niveau régional, du niveau cantonal ou du niveau du *Land* – exerçaient également une influence sur la mise en place ou la poursuite d'innovations locales. Dans la plupart des cas, les niveaux inférieurs, principalement le niveau du quartier, étaient également affectés et se sont même avérés constituer en eux-mêmes un échelon de mise en œuvre qui recouvre une marge de manœuvre importante aux acteurs locaux ou infra-locaux, la plupart du temps non institutionnels. Ainsi chaque niveau fournit une échelle qui permet d'influencer concrètement la forme des innovations étudiées. Les six études de cas montrent qu'avoir la possibilité d'influencer la mise en place des innovations à différents niveaux ne dépend

pas simplement du mode de gouvernance en jeu à chaque niveau, mais est aussi affectée par la manière dont se combinent les niveaux horizontaux et verticaux qui sont en jeu. Les cas de Hambourg et Genève montrent par exemple comment l'autonomie (sub-)locale peut contrebalancer au niveau horizontal un processus centralisé et descendant d'introduction d'un nouvel instrument. De ce point de vue, le caractère hiérarchique de la mise en place d'un instrument, de l'exécution d'une décision à un niveau inférieur est déterminant. La marge de manœuvre reconnue aux acteurs infra-locaux l'est également.

Modalités de changement.

Dans quatre de nos six études de cas - à Fife, Hambourg, Aix-la-Chapelle et Genève - nous avons observé des processus de changement par ajout de dispositifs (*layering*) (Mahoney & Thelen, 2010; Streeck & Thelen, 2005): les nouveaux éléments ont été implantés dans des ensemble existants, sans supposer la disparition d'instruments anciens. En revanche, ces nouveaux instruments ont progressivement changé le statut et la structure de l'institution. Dans les deux derniers cas le changement par ajout de dispositif (*layering*) était combiné à une "conversion" (ibid.), c'est-à-dire que les acteurs locaux ont développé un usage spécifique et nouveau de dispositifs anciens. A Genève, les modes différaient en fonction de l'institution soumise au changement. A Edimbourg, qui est certainement l'endroit où nous avons constaté le changement le plus radical, nous avons été confrontés à un processus de remplacement institutionnel (ibid.) combiné avec un processus de "déplacement" (ibid.) Et à Köniz, où nous avons observé le changement au niveau même de l'organisation en charge des soins de longue durée pour l'ensemble de la municipalité, nous avons également pu retracer un processus de "déplacement" (ibid.) également. La comparaison des processus de changement ainsi que de leurs résultats suggère que le "changement par ajout de dispositif" constitue le type de modalité de changement qui en plus d'avoir le plus de chance de se produire, a également de grandes chances de réussir avec succès. Les explications précédentes suggèrent une raison possible à cela : les processus de changement par ajout de dispositif ne mettent pas obligatoirement ni immédiatement en danger les institutions et instruments en place, c'est pourquoi ils ne provoquent pas de fortes résistances. Dans les cas où cela se produit, par exemple dans les cas de "remplacement" d'instruments par d'autres, le soutien de relations de pouvoir fortes est nécessaire, c'est par exemple directement le cas à Edimbourg.

Dans nos études de cas locales, les acteurs institutionnels bénéficiaient partout de pouvoir structurels forts. Par conséquent, les processus d'apprentissage social à l'initiative d'acteurs non institutionnels avaient des difficultés à aboutir dans les cas où ils étaient confrontés à des acteurs institutionnels et mettaient en danger leurs intérêts personnels, même s'ils suivaient la logique de changement par ajout de dispositifs (comme dans les cas d'Aix-la-Chapelle et de Genève).

B/ Les dynamiques discursives de l'innovation locale

Dans de nombreux domaines de l'action publique, l'innovation tient aux cadres, aux discours, aux référentiels qui sont produits par les politiques publiques ou dans le cadre d'innovations sociales portées par des acteurs non institutionnels. Ces éléments cognitifs sont capables de produire des "cadrages" qui guident l'action des intervenants de différents niveaux et statuts. Dans le cas du soin aux personnes âgées, les projets innovants sont ceux qui contestent les discours dominants en matière de gouvernance, de coordination, de qualité et de la participation dans le domaine. Comme tel, un projet n'est pas "innovant" en lui-même, partout et pour toujours. Sa dimension innovante tient à la construction d'un discours lié au débat propre au lieu de sa mise en place, et qui peut être contesté et transformé. Dans l'analyse de nos six études de cas, inscrites dans le contexte de l'Europe contemporaine, cette dimension constructiviste de l'innovation apparaît clairement du fait de son lien direct avec le contenu politique de la dimension innovante du projet. Les luttes politiques sont au cœur du cadrage de l'innovation (a), autant qu'elles orientent la construction de lignes de clivage au sujet des changements (b). Par conséquent, les innovations sociales conservent difficilement leur dimension innovante et ont tendance à se voir normalisées ou intégrées au nouveau référentiel de marché ou de gouvernance rationalisée.

Encadrer l'innovation: innovation sociale vs innovation par le marché

Les six projets qui ont été analysés dans ces études de cas locales apparaissent d'abord comme des innovations qui dérivent de l'expérience spontanée de professionnels de terrain du réseau de prestation de soins à domicile. Sous cet aspect, ils appartiennent d'abord au cadre des innovations qui peuvent améliorer la qualité des soins aux personnes âgées et/ou l'efficacité du réseau (amélioration de la coordination).

La *situation* des personnes âgées précaires est au cœur des projets retenus à Genève, Fife, Edimbourg ou Aix-la-Chapelle. A Genève, l'instrument innovant est conçu pour améliorer la santé et l'intégration sociale des personnes âgées précaires ne pouvant se déplacer, alors qu'à Fife, l'objectif est de permettre leur participation dans le contexte du soin dont ils bénéficient. A Edimbourg, la période d'aide intensive (re-capacitation) vise explicitement à développer les capacités des personnes âgées précaires et à les aider à gagner en autonomie à un stade avancé de leurs vies. A Aix-la-Chapelle et Köniz, la référence à la performance et à l'efficacité passe par le besoin crucial de *coordonner le réseau* et est couplée avec l'argument de la qualité des prestations d'aide pour les âgés précaires (dans le cas d'Aix-la-Chapelle, pour les patients atteints de démence et leurs proches). Il n'y a qu'à Hambourg que le patient n'apparaît pas explicitement comme une raison première dans la mesure où la "*care conference*" (conférence sur le soin) est clairement conçue comme un moyen d'améliorer la coordination entre les différentes parties prenantes.

Néanmoins, ces références au bien-être des personnes âgées fragiles, tout comme les arguments portant sur l'amélioration de la coordination, doivent être compris dans leurs contextes discursifs. Autrement dit, les discours innovants ne s'enracinent pas

seulement dans l'expérience des professionnels de terrain mais sont également liés, politiquement, à des débats plus généraux au niveau régional ou national. Compte tenu de ce contexte, il est possible d'identifier deux positionnements différents de l'innovation locale.

Premièrement, il est fait référence à un moyen de compléter ou d'équilibrer les mesures régionales ou nationales. A Fife, le projet vise à inclure les âgés précaires dans la mise en place du "National community care act" de 1990. Ainsi, le vocabulaire de la participation et de l'inclusion est emprunté au contexte national. A Aix-la-Chapelle, le projet est conçu pour répondre à une proposition du ministère de la santé pour des "projets phares" en matière d'aide aux personnes atteintes de démence. Dans le même temps, à Hambourg, les conférences sur le *care* visaient à contrebalancer la mise en place de la loi fédérale de 1996 sur l'assurance de soins longue durée, notamment en ce qui concerne l'orientation avant tout marchande de ses principes fondateurs. Enfin, à Edimbourg, il est fait explicitement référence au concept largement répandu de "réhabilitation" (re-capacitation) alors que l'ambition implicite était de maîtriser ou de réduire les coûts de plus en plus importants de la mise en place du Scottish Free Personal Care Program.

Il n'y a qu'en Suisse, pays très décentralisé, que l'argument novateur est construit en référence aux discours locaux et cantonaux (même si le contenu de l'innovation peut toujours être interprété comme une remise en question du cadre national. Ainsi, à Genève, le projet est d'abord présenté comme le résultat d'un processus d'apprentissage parce qu'il a été conçu à partir d'une évaluation scientifique des soins aux personnes âgées, dans un contexte plus général de réflexion à propos des conséquences non attendues des politiques d'aide aux personnes âgées. En même temps, la ville de Genève a adopté le projet comme un moyen de se faire une place dans la compétition classique entre ville et canton et d'utiliser l'action de la communauté comme un nouveau moyen de fournir des services à sa population vieillissante. A Köniz, l'organisation locale Spitex tout comme la cantonale argumentent en faisant référence à des problèmes au niveau du canton, comme la professionnalisation grandissante des services.

Finalement, le discours de l'innovation est caractérisé par ses deux niveaux d'appréhension. Au premier niveau, l'argument est construit comme une innovation qui met l'accent sur l'amélioration de la qualité du bien-être des personnes âgées en difficulté (que cela passe par une aide intensive, de la participation, des déjeuners conviviaux ou un diagnostic précoce). Néanmoins, une analyse plus attentive révèle des motivations supplémentaires qui sont relativement similaires dans les six cas. Ces motifs peuvent être explicitement ajoutés au premier type de rhétorique mais peuvent aussi avoir implicitement cadré le projet.

Le premier de ces motifs est l'ajustement à la *marchandisation croissante* du secteur. Cette raison a orienté le projet d'Aix-la-Chapelle car la volonté de l'hôpital de s'adapter et d'anticiper l'évolution des priorités de financement des assurés constitue une des motivations pour développer la protection de la démence de manière à éviter d'avoir à financer le remboursement de personnes qui seraient hospitalisées sans que cela soit réellement nécessaire. On peut dire la même chose du projet d'Edimbourg qui apparaît comme un moyen de justifier la réorganisation des prestations de services vers une privatisation par le biais de l'efficacité. A Hambourg le même argument de l'adaptation à la marchandisation croissante est utilisé, par contraste, pour contrebalancer les effets

négatifs de ce processus. Mis à part cette raison, *l'argument du contrôle des dépenses* est également profondément ancré dans les projets d'Edimbourg, d'Aix-la-Chapelle mais aussi de Köniz.

Dans les deux cas de Genève et de Fife, ces justifications supplémentaires ne sont pas présentes dans les premières conceptions et promotion de ces projets. Dans le premier cas, le projet de "déjeuners en communs" est strictement conçu - au moins au début - en référence à l'isolement et aux problèmes de santé, en ligne avec le développement des services d'aide personnes âgées dépendantes dans le canton. Cela peut être en partie expliqué par la généalogie du discours sur "l'isolement des personnes âgées fragiles", qui a de profondes racines historiques. A Fife, la participation des personnes âgées précaires est aussi construite comme une dimension innovante des mesures, indépendamment de la marchandisation du secteur.

A titre de conclusion préliminaire, on peut distinguer deux types de discours de l'innovation. Le premier s'articule aux nouveaux discours sur la marchandisation et le contrôle des coûts qui encadrent le développement de l'aide à domicile de longue durée au niveau européen. Dans cette perspective, on peut l'appeler *l'innovation dirigée par le marché*. Le second est construit en référence à l'expérience de terrain des professionnels, ou au discours portant sur les droits des personnes âgées. Dans cette perspective, on peut parler *d'innovation sociale*.

Les coalitions de discours: les dernières ripostes du public.

Le processus d'innovation peut être analysé comme une lutte entre les discours sur la compétitivité et l'interprétation de la réalité de l'aide à domicile de longue durée. En considérant nos six cas dans cette perspective, on peut observer que l'innovation au niveau local génère différentes coalitions de discours qui vont dessiner trois lignes de clivages différentes. Deux d'entre elles ont à voir avec la redéfinition du service public dans le contexte de l'aide et des soins à domicile de longue durée, alors que la dernière se rapporte à la participation du public au réseau de la gouvernance. Il est intéressant de noter que la variété des cas montre qu'en ce qui concerne l'aide à domicile, les discours de l'innovation peuvent être mobilisés par les différents bords des coalitions en fonction du contexte.

La première de ces lignes de clivage oppose les discours *en faveur de la privatisation de l'aide et des soins à domicile* et les discours *qui s'y opposent ou soutiennent le service public*. Cette division est fortement liée au problème de la qualité. Et en effet, ce type de clivage structure le débat à Hambourg et Edimbourg. A Hambourg, ce débat national encadre la discussion, si bien que l'instrument des "*care conference*" (comme moyen de contrebalancer le principe du marché) n'apparaît pas comme un sujet très important. A Edimbourg, la coalition critique était relativement faible et se concentrait, d'une manière plus défensive, sur le besoin de préserver le service public. Elle était soutenue à la fois par les chercheurs académiques et par les agents de la mise en œuvre (*street-level bureaucrats*) des conseils municipaux, qui étaient sceptiques à l'égard de l'évolution de la qualité de l'aide dans le cadre d'un marché privatisé. A Köniz et Aix-la-Chapelle, cette opposition structurante a pris une forme légèrement différente du fait de la confrontation entre l'argument de la qualité défendu par les professionnels de l'aide, le discours des autorités cantonales en termes de problème de coûts et de valorisation de la compétition entre fournisseurs (à Köniz), et le discours centré sur le contrôle des coûts

développé par l'assurance privée à Aix-la-Chapelle, qui refusait de rembourser les activités de coordination. A Köniz, le canton soutient la marchandisation en différenciant l'intérêt privé des fournisseurs de l'intérêt public. Selon cet argument, la qualité contribue à l'intérêt public mais aussi à l'intérêt des fournisseurs et cela justifie le fait que la qualité n'a pas à être financée par les contributions publiques. Ce type de positionnement se retrouve également à Edimbourg.

La seconde ligne de clivage oppose le discours des *promoteurs de l'innovation sociale* (diverses coalitions de chercheurs académiques, d'associations, de fonctionnaires de proximité) à celui de l'*administration* aux niveaux local, régional ou national et même au discours des autorités politiques. Le cas de Genève est une bonne illustration de ce problème. Dans ce cas, l'innovation était défendue d'une manière clairement différente par la coalition de chargés d'études et d'agents de la mise en œuvre, qui l'avaient conçue et testée comme un projet pilote à l'échelle infra-locale d'un côté, et par les services sociaux de la ville ainsi que de la principale organisation des services d'aide et de soins à domicile (Spitex) au niveau du canton de l'autre côté. Un exemple d'objet de controverse pourrait ici être la nécessité de financer des services à la personne afin de pouvoir accompagner les personnes âgées au déjeuner. D'un côté, cette mesure est présentée comme formant le cœur du projet ; de l'autre elle est évaluée comme une mesure ne pouvant pas être intégrée dans les catégories de financement, ou comme une mesure qui serait trop coûteuse. Mais ce clivage peut aussi être observé dans le cas d'Edimbourg, Köniz et Aix-la-Chapelle.

Les cas de Hambourg et de Fife permettent de percevoir un dernier clivage lié à la réticence vis-à-vis de l'innovation de la partie la plus puissante du réseau, car celle-ci pourrait remettre en cause la répartition traditionnelle du pouvoir. En particulier dans le cas des innovations qui visent à accroître la participation, leurs promoteurs sont d'abord confrontés à des réticences, voire à des oppositions. C'était évidemment le cas à Fife dans la mesure où les panels d'usagers (*users panel*) visaient à augmenter le pouvoir des personnes âgées fragiles dans la définition des services. C'était également le cas à Hambourg, étant donné que les « *care conférences* » étaient d'abord conçues de manière à ce que leurs membres puissent définir de façon autonome les attributions de ces différents conférences et influencer les relations de pouvoir avec les conseils de quartiers (municipalités décentralisées des *Bezirke*).

Les discours qui changent: de l'innovation sociale à l'instrumentalisation sociale

L'élément le plus frappant en ce qui concerne l'évolution du concept des projets innovants de leur promotion à leur mise en place dans nos six cas est le processus de normalisation des discours novateurs. Ce processus se double de surcroît de la transformation, dans les discours, de l'innovation sociale en instrument de gouvernance.

Ce *processus de normalisation* peut être identifié dans au moins quatre cas. Cela peut prendre la forme d'une réduction de la portée de l'innovation en termes de contenu du discours ou en termes de portée de l'influence: à Genève par exemple, l'argument portant sur la redéfinition générale de la qualité pour dans le cadre de l'aide et des soins à domicile de longue durée (du point de vue de l'isolement et de l'alimentation) a tout simplement disparu avec la mise en place du projet, de même que sa dimension de restauration de l'autonomie, qui était défendue par une partie des acteurs sociaux. Ainsi cette innovation

a été normalisée en devenant un nouveau service du secteur du portage de repas à domicile. Dans d'autre cas, la normalisation passe par la réduction ou la maîtrise du champ d'influence : à Fife, les panels n'ont gagné leur crédibilité qu'au moment où ils ont prouvé qu'ils se concentraient uniquement sur des problèmes marginaux et qu'ils ne bouscullaient pas le pouvoir des travailleurs sociaux ou du conseil municipal du point de vue de la définition des programmes. A Hambourg, la portée des conférences sur le soin (*care conference*) a été progressivement restreinte afin qu'elles ne viennent pas contester les relations de pouvoir dans la région. A Aix-la-Chapelle, le projet a été adapté aux exigences du financeur en réduisant par exemple l'accès au groupe cible du fait de l'introduction de nouveaux critères.

Deuxièmement, le *processus d'instrumentalisation* est lié à une réinterprétation du projet ou, pourrait-on dire, à sa ré-articulation au sein d'un discours hégémonique qui encadre la nouvelle gouvernance des soins aux personnes âgées dans l'Europe contemporaine. On voit ici comment un projet peut-être réinterprété dans le discours de la "maîtrise des coûts" ou de la "rationalisation" de la gouvernance, ou comme un nouvel instrument de la stratégie de "privatisation". A Edimbourg, la réforme a été considérée comme un succès et devrait être normalisée en tant qu'exemple de bonne pratique dans le discours national (écossais). Au cours de ce processus, l'accent mis sur le bien-être des personnes âgées a été réduit en faveur d'un discours portant sur la réorganisation de la prestation de services et de son efficacité croissante aussi bien qu'en faveur de la privatisation du secteur de l'aide et des soins à domicile des personnes âgées. A Köniz, l'objectif professionnel premier de fournir des soins de qualité s'est de plus en plus déplacé vers la fonction de garantie des conditions de financement.

Y compris pour les projets de Fife et de Genève, qui apparaissent d'abord comme de l'innovation sociale, on peut observer de telles réinterprétations et instrumentalisations dans le contexte de la rationalisation de la gouvernance. A Fife, les panels d'utilisateurs sont désormais principalement utilisés comme moyen d'améliorer l'efficacité et de réduire les coûts, dans un contexte plus général d'austérité et de récent changement politique. A Genève le projet est désormais présenté par l'association cantonale Spitex comme un moyen de soutenir la nouvelle politique qui vise à faire évoluer la part des soins hospitaliers par rapport à celle des soins à domicile, dans un contexte d'austérité financière.

C/ Les échelles politiques comme ressources de pouvoir

Le recours à l'outil des échelles politiques pour l'analyse de notre étude portant sur l'aide à domicile de longue durée des personnes âgées au niveau local s'avère fructueuse. Le concept d'échelle politique porte sur l'idée d'encastrement et de relations. Idées, acteurs, organisations, instruments d'action publique, institutions, fournisseurs de services, administrations...cet ensemble d'éléments, pris en compte dans la plupart des analyses politiques dispose de quelques caractéristiques communes. En premier lieu, ces différents éléments appartiennent tous à des contextes, milieux, réseaux, territoires, etc. spécifiques. Ils sont ainsi tous rattachés à des ensembles ou à des échelles politiques qui les déterminent d'au moins deux façons cruciales.

D'un côté, les échelles politiques constituent les cadres de référence forgeant des légitimités spécifiques. De l'autre, les échelles politiques forment des systèmes concrets de contraintes, organisés autour de relations de pouvoir spécifiques qui affectent la plupart des dynamiques sociales et institutionnelles. La plupart du temps, ces contraintes sont construites au sein de contextes nationaux.

Premièrement, les éléments d'un système de politiques sont intégrés dans un environnement cognitif. Les acteurs (acteurs du marché mais aussi professionnels), les organisations (entreprises mais aussi administrations), ou encore les institutions agissent en référence aux normes du système auquel ils appartiennent. Les cadres dominants aident les différents acteurs à donner sens à leurs contextes d'action. Ces cadres sont structurés à différents échelons. Tout cadre politique correspond à un espace social spécifique. Le soutien social est une dimension importante de la légitimité politique. Toutefois, la dimension symbolique des cadres est au moins aussi importante. Par exemple, une association d'entreprises locales, non spécifique à une branche, mais qui s'efforce de représenter toutes les entreprises d'un territoire peut paraître crédible si elle s'exprime en tant que représentante de "l'économie locale". En outre, les formes de l'action collective, et dans certains cas les logiques de solidarité utilisées par différents groupes sociaux, peuvent correspondre aux cadres qu'elles défendent. Ainsi, une association de proches aidants de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer disposera d'une légitimité spécifique, si, dans un contexte de proximité, ces proches parviennent à des formes de solidarité qui font du sens dans un espace qui évoque les relations familiales, ou de communauté proche. A l'inverse, un syndicat interprofessionnel dispose d'une légitimité cohérente avec d'éventuelles revendications d'égalité salariale (salaire minimum interprofessionnel par exemple) ou de justice sociale, lorsque les pratiques de négociation du syndicat, les formes de solidarités entre branches, etc. correspondent à ce genre de revendication. Dans de tels cas, la cohérence entre le contenu des revendications ou du programme politique et la logique d'organisation de ses promoteurs vient les renforcer. D'un autre côté, les acteurs publics centraux sont crédités d'une forte légitimité lorsqu'ils prennent position en termes d'intérêt général ou national. En conséquence, l'échelle politique n'est pas seulement un discours mais aussi la base sociale formée par l'ensemble des partisans et destinataires d'un discours ainsi que sa cohérence avec la nature de l'organisation en elle-même.

Deuxièmement, les différentes contraintes, qu'elles soient financières,

administratives, électorales, ou qu'elles relèvent du marché, structurent le domaine des politiques de soins de longue durée. Les propositions ou projets de réforme sont intégrées dans un réseau de relations et d'interdépendances qui influencent n'importe quelle trajectoire concrète de changement. Acteurs administratifs ou de marché, bénéficiaires et fournisseurs, autorités locales comme fédérales, gouvernements centraux ou décentralisés, doivent s'adapter aux règles, aux pouvoirs et à toutes les formes de liens. Une nouvelle fois, la dimension scalaire et les relations de cette dimension scalaire aux ressources de pouvoir spécifiques ou logiques de pouvoir influencent fortement la capacité de déclencher le changement, même au niveau local. Les espaces administratifs, politiques, marchands, des idées, culturels, etc. sont organisés autour de relations de pouvoir spécifiques. Les systèmes institutionnels, les marchés, les partis politiques ou les professions peuvent être largement décentralisés ou au contraire très centralisés. En dépit de cette variété d'arrangements d'échelles, il y a dans la plupart des pays des cadres nationaux qui sont marqués par la logique scalaire dominante des arrangements politiques institutionnels que l'on ne doit pas perdre de vue lorsque l'on observe les dynamiques scalaires d'un domaine politique spécifique.

Les échelles comme cadres de référence pour l'innovation institutionnelle et l'apprentissage social

Dans nos études de cas au niveau local, les cadres de référence de l'innovation institutionnelle ou des processus d'apprentissage social sont intégrés dans des dimensions scalaires spécifiques. Dans le cas de Hambourg par exemple, les conférences sur le soin (*Pflegekonferenzen*) ont été inspirées par la tradition politique social-démocrate d'Allemagne de l'Ouest en terme de "cité sociale". Il s'agit là d'un cadre de référence de nature politique, qui prend sens dans le contexte du fédéralisme allemand. Le *Land* de Hambourg, alors dirigé par le SPD, l'a importé de la forteresse sociale-démocrate de Rhénanie du Nord Westphalie, au cours d'une période de changements à l'échelon national dans le domaine des soins de longue durée. Ce changement avait été initié par le gouvernement fédéral, dominé par le parti Chrétien-démocrate, par le biais de la loi sur l'assurance soins de longue durée qui prévoyait l'introduction de marchés de prestataires pour fournir les services de soin. Cette loi a été perçue par les acteurs hambourgeois comme une menace à l'encontre du système traditionnel d'organisation de l'offre de soin et du *welfare mix* Ouest-allemand traditionnel. La politique d'échelles des partis politiques, aussi bien au niveau fédéral qu'au niveau des *Länder* a joué un rôle important dans le cas allemand. Le cas d'Edimbourg partage quelques points communs avec celui de Hambourg. La source d'inspiration du "*re-ablement service*" (service de re-capacitation), récemment introduit dans la capitale de l'Ecosse, se trouve également dans une région différente, en l'occurrence, l'Angleterre. De la même façon, la décision de coupler l'introduction du "*re-ablement service*" avec la privatisation de l'offre de soins de longue durée est d'avantage d'inspiration anglaise ou britannique qu'écossaise. En effet, l'Ecosse est la région du Royaume-Uni qui avait le plus préservé sa tradition du public et des services municipaux d'action sociale, bien que d'importantes vagues de privatisation/marchandisation avaient déjà transformé le secteur des soins de longue durée dès le début des années 1990 dans le reste de la Grande-Bretagne. Dans le cas de Hambourg, la mobilisation du répertoire politique (SPD) de mesures constituait une réponse à la marchandisation. A l'inverse, l'usage qu'a fait le conseil de la ville

d'Edimbourg du répertoire anglais ou britannique d'instruments d'action publique ne doit pas d'abord être compris dans le contexte écossais national. Cette dynamique n'est intelligible que dans le contexte local de changements à l'échelle locale. Dans le cas de Hambourg, la référence au répertoire social-démocrate national a révélé une stratégie de résistance au changement initiée au niveau fédéral. Dans le cas d'Edimbourg, la mobilisation de répertoires nationaux est conçue comme un élément déclencheur du changement au niveau local. En cela, le panel d'utilisateurs à Fife est comparable au cas d'Edimbourg. Les débats nationaux – dans le contexte de la Grande-Bretagne – sont mobilisés localement de manière à provoquer le changement et à légitimer toute une série de décisions prises dans le domaine des soins de longue durée.

Dans le cas suisse, l'innovation sociale des repas en commun est inspirée par une tradition de longue durée des actions communautaires. L'importance dans l'histoire locale de la pensée communautaire de l'accès aux services sociaux constitue le soubassement du processus d'apprentissage social. Le réinvestissement et la revitalisation de cette tradition locale doivent aussi se comprendre dans le contexte du principe de subsidiarité suisse. Le niveau local, dans la façon de concevoir la prise de décision politique typique de la Suisse, et en particulier en matière de politique sociale, représente l'échelon le plus susceptible de promouvoir des modes de vie locaux. Pourtant, dans ce cas spécifique, le cadre de référence reste le niveau local appréhendé dans ses dimensions historiques. L'échelon local comme les références historiques constituent d'importants cadres de légitimation dans le cas de Genève. Ces dimensions permettent de construire une légitimité que peuvent s'approprier les différentes parties prenantes et les acteurs institutionnels du réseau politique genevois.

Le cas de Köniz du (*transferts de connaissance* dans la prestation d'aide et de soins à domicile) doit également être appréhendé dans le contexte du fédéralisme et de la subsidiarité suisse. Cependant, dans ce cas, le cadre de référence est d'abord situé en dehors du contexte des institutions politiques. Cela a à voir avec la dimension professionnelle du management de l'aide et des soins à domicile. On peut tirer des conclusions similaires pour le cas d'Aix-la-Chapelle. Dans le cas en effet du réseau des soins aux personnes atteintes de démence, le cœur du processus initial d'apprentissage social repose sur un cadre professionnel de référence. Dans ces espaces professionnels qui ne sont pas directement reliés à des valeurs ou institutions politiques, les réseaux personnels et les relations jouent un rôle plus important que dans les autres cas et qui mobilisent des acteurs plus classiques des réseaux locaux, proches des acteurs politiques et administratifs du monde local. Dans les cas d'Aix-la-Chapelle et de Köniz, le pouvoir de légitimation des cadres professionnels semble avoir suffi à au moins initier le processus de changement.

Dans le cas des conférences sur le soin à Hambourg (*Pflegekonferenzen*), nous avons affaire à un instrument de gouvernance dont l'objectif est de promouvoir l'efficacité et l'équité grâce au mécanisme de la démocratie participative. L'échelon local, voire infra-local de la participation démocratique constitue un facteur clé de légitimation dans ce cas. Le même cadre démocratique à petite échelle est également en jeu dans le cas de Fife. A Edimbourg, le couplage du service de *re-ablement* avec la privatisation semble constituer une formule "équilibrée" entre espace discursif et espace des contraintes. Il semble que les intérêts des bénéficiaires à l'échelle micro se soient conciliés avec les intérêts locaux en termes de privatisation et de contrôle des coûts défendus par la municipalité. A

Genève, l'échelle de la communauté (déjeuners en commun) est à la fois l'échelle de légitimité pertinente et le niveau opérationnel adéquat.

Les échelles comme relations de pouvoir concrètes

Les cadres de décision sont liés à la structure scalaire des relations de pouvoir. Ces relations scalaires sont marquées par des schémas récurrents dans chaque contexte national. Les ressources organisationnelles, discursives, financières, en termes de mobilisation sociale ou de soutien politique sont essentielles à la constitution de ces relations de pouvoir. Cependant, les dimensions institutionnelles et administratives des relations de pouvoir forment un cadre de référence qu'il faut avoir à l'esprit lorsque l'on cherche à tenir compte des dynamiques propres à un domaine d'action donné.

L'Etat fédéral joue un rôle important dans l'organisation des systèmes de protection sociale qui financent une partie des prestations. L'Allemagne représente un mélange intéressant de normes nationales, régionales et locales. En plus des principes constitutionnels et nationaux d'homogénéité des conditions de vie au niveau du territoire fédéral (Loi Fondamentale de la RFA) et des systèmes nationaux d'assurance sociale, les traditions locales et régionales en matière d'aide sociale sont très importantes. Le système de soins de longue durée est caractéristique de cet aspect. Le régime fédéral d'assurance construit un cadre général qui est adapté par les différents *Länder* via la mise en place de lois et d'accords spécifiques passés avec les caisses d'assurance qui sont organisées au niveau du *Land*. Les municipalités sont clairement le maillon faible dans le nouveau système allemand des soins de longue durée. En dépit de traditions locales fortes dans le pilotage des prestations de soins, le régime actuel n'accorde aucun rôle décisif aux autorités locales allemandes dans le domaine des soins de longue durée.

Le cas de l'Ecosse est particulièrement intéressant parce que les relations d'échelles y sont à la fois incertaines et contestées. Avec la France, le Royaume-Uni a longtemps été caractérisé comme un archétype de centralisation institutionnelle et politique. Depuis la révolution de la décentralisation (*devolution*) à la fin des années 1990, cette image a radicalement changé. C'est le cas en particulier dans le domaine des soins de longue durée. Considéré comme la figure de proue du gouvernement "national" écossais, le domaine d'action des soins de longue durée a été presque complètement retiré du système de décision britannique. Le système de financement et l'agencement de la majeure partie des institutions a été transféré de Westminster à Edimbourg. En charge de la mise en place et de l'organisation des prestations de soins, les autorités locales écossaises constituent probablement les acteurs locaux les plus puissants parmi nos trois cas.

En Suisse, en vertu du principe de subsidiarité, la décentralisation, les arrangements à petite échelle et même les solutions privées sont presque systématiquement privilégiées face aux décisions fédérales. Dans le domaine des politiques de soins de longue durée, l'essentiel de la régulation est concentrée au niveau cantonal et l'échelon local (municipalités) joue un rôle central dans l'organisation des prestations de services dans la plupart des cantons suisses.

• Le cas allemand

Les logiques d'échelle d'Aix-la-Chapelle et de Hambourg sont très différentes malgré leur appartenance au même système national. Aix-la-Chapelle est une autorité locale de

moyenne envergure (260000 habitants) située dans le *Land* de Westphalie du Nord, le plus peuplé d'Allemagne (18 millions d'habitants). Etant une ville-Etat, l'échelle des relations de pouvoir dans le cas de Hambourg est beaucoup plus claire. Il n'y a pas d'autorités locales puissantes à Hambourg, mais seulement des arrondissements (*Bezirke*) aux compétences et à légitimité limitées. Dans le cas d'Aix-la-Chapelle, la division des différentes institutions impliquées - l'Etat fédéral, le *Land*, la caisse d'assurance du *Land* et l'autorité locale - ont plutôt bénéficié aux promoteurs du "réseau pour l'aide aux personnes atteintes de démence". A différentes étapes du développement du pilote de ce projet, des arrangements spécifiques, des soutiens financiers ou administratifs ont été obtenus. Dans ce cas, les discontinuités du système fédéral allemand se sont plutôt avérées être une ressource qu'un obstacle. Dans le cas de Hambourg, la concentration de capacités institutionnelles au niveau local a permis un processus de changement institutionnel harmonieux. Dans un deuxième temps, la mise en place des "conférences du soin" au niveau infra-local des quartiers a été plus ou moins une réussite. A ce niveau infra-local, les capacités des différentes administrations de quartiers et des leaders à susciter une collaboration active des parties prenantes en présence s'est avérée très hétérogène.

• *Le cas écossais*

Dans le contexte écossais des relations d'échelles centrées autour du pouvoir, les autorités locales bénéficient d'un haut niveau d'autonomie. Les processus de changement auquel nous avons pu assister à Fife et Edimbourg sont typiques de ce modèle. A Edimbourg, l'innovation du *re-ablement service* (re-capacitation) s'est présentée comme une conséquence directe du changement de majorité politique au conseil municipal. Le soutien du gouvernement écossais a probablement joué un certain rôle. Mais la concentration du pouvoir des autorités locales sur l'organisation des prestations de soins de longue durée était assez forte pour suffire à déclencher le changement.

Dans le cas de Fife, les promoteurs des "panels d'utilisateurs" n'étaient pas des acteurs institutionnels mais des dirigeants locaux d'associations caritatives, également importants au niveau national. D'un côté, l'implication des autorités locales a affaibli l'autonomie de cet outil, mais de l'autre, elle a fortement stimulé son intérêt et sa visibilité. C'est pourquoi le cas de Fife n'est pas particulièrement intéressant parce qu'il permettrait de tirer des conclusions au niveau des relations d'échelles verticales dans le contexte du système de pouvoir écossais mais plutôt parce qu'il permet de penser la logique de la sphère publique locale dans ce contexte. Les panels d'utilisateurs sont un forum public local initié par les acteurs privés. Cependant, ce forum traite d'une question publique particulièrement saillante dans le débat public écossais - les soins de longue durée constituant, dans le contexte écossais, un débat déterminant pour les politiques nationales. De ce point de vue, cet outil de participation était autant perçu par les autorités locales comme une menace que comme une opportunité. Les gouvernements locaux sont généralement désireux de maîtriser de plus ou moins près le forum public sur leur territoire. La transformation de ce forum en instrument de légitimation au niveau local constituait un moyen d'accroître le contrôle sur cette sphère publique locale. La légitimité des panels d'utilisateurs locaux a cependant été renforcée par son caractère de "modèle", d'autant qu'il a été consulté pour de vastes réformes en Ecosse.

• *Le cas suisse*

Dans le cas de la Suisse nous sommes confrontés, bien que dans une moindre mesure, à des configurations contrastées des relations de pouvoir (relative), en dépit de leur appartenance au même contexte institutionnel. Dans le cas de Köniz (comme celui d'Aix-la-Chapelle), nous avons affaire à une petite autorité locale faisant partie d'un canton assez grand et peuplé, celui de Berne. De plus, et cela correspond à un des éléments typiques des relations d'échelle en Suisse, le canton de Berne est plutôt centralisé. Cette tendance à contrôler les différentes tâches dévolues aux autorités locales est particulièrement développée dans les domaines d'action bénéficiant de budgets importants dont fait clairement partie le domaine des soins de longue durée. Le projet de *"knowledge management et transfert de connaissance dans les services d'aide et de soins à domicile"*, au contraire du cas allemand d'Aix-la-Chapelle, a plutôt été freiné par les incertitudes et les conflits au sein du système fédéral suisse de financement de l'hôpital de jour. L'échelle des relations de pouvoir à Genève est plus typique de la version décentralisée du fédéralisme suisse et de ses nombreuses contradictions actuelles. D'un côté, la tradition institutionnelle de décentralisation et les discours actuels de valorisation de la participation encouragent l'autonomie locale des différentes municipalités qui forment le canton, voire des quartiers qui forment ces communes. De l'autre, les logiques de rationalisation financière, administrative et technique impliquent la standardisation et l'intégration de ces services. Le projet "déjeuner ensemble" a souffert de cette contradiction typique des systèmes contemporains d'échelles décentralisés.

Conclusion

Cette recherche s'est centrée sur l'échelon local de la régulation de l'aide et des soins à domicile de longue durée pour les personnes âgées. L'objectif principal en a été de comprendre comment des réseaux d'acteurs locaux se saisissent concrètement des objectifs ambivalents et parfois contradictoires qui sont assignés à ce domaine d'action publique, dans des contextes institutionnels bien spécifiques. Nous nous sommes précisément intéressés à des enjeux qui correspondent à des faiblesses des systèmes nationaux.

Ambivalences dans les débats publics. La seconde partie du rapport a été consacrée à l'analyse des débats les plus importants à l'heure actuelle dans le domaine de l'aide et des soins à domicile des personnes âgées : la gouvernance, les réseaux et la diversité, la qualité et la participation. Pour chacun de ces enjeux, nous avons cartographié les débats contemporains. Nous avons relevé une grande pluralité de concepts, d'objectifs, mais aussi d'instruments, et plus encore, une grande variété de valeurs attachées à ces différents éléments. La forte ambivalence des valeurs (enjeux politiques), mais aussi des objectifs en terme d'action publique (enjeux plus opérationnels) qui servait de point de départ à notre recherche est confirmée. Une tension majeure se manifeste parmi ces ambivalences, et cela de manière transversale aux différents enjeux contemporains que nous avons observés. Il s'agit de la tension, voire de l'opposition entre le registre de la protection (droits humains, protection contre la vulnérabilité, etc.) et celui de la marchandisation et de l'individualisation (privatisation, marché, responsabilisation des prestataires et des destinataires) qui se profile ainsi comme un clivage structurant.

Gouvernance, coordination et diversité, qualité et participation sont des enjeux avant tout compréhensibles dans les contextes nationaux. Ces différents enjeux prennent des formes et activent des notions bien spécifiques dans les différents contextes nationaux, mais aussi locaux. Les réinterprétations nationales dépendent d'ailleurs largement des développements récents dans les différents contextes. Dans le cas allemand par exemple, l'introduction au milieu des années 1990 de marchés très forts dans le secteur n'a pas éradiqué la place des associations traditionnellement en charge de la mise en œuvre des politiques sociales et proches de mouvements religieux ou politiques. De tels cadres sont bien plus que des institutions et servent de filtres, le plus souvent nationaux, à des changements en cours. Ainsi le changement dans ce domaine comme dans d'autres doit être appréhendé de façon multi-scalaire pour comprendre les réappropriations nationales, mais aussi la tension entre cadre national et cadre local. Les spécificités des régimes scalaires nationaux / régionaux / locaux manifestent clairement les fortes différences entre nos trois points de vue.

Localement cependant, des discours spécifiques s'imposent et représentent des reformulations des slogans ou recommandations issus des débats internationaux (la soutenabilité des arrangements politiques dans le domaine de l'aide et des soins à domicile par exemple) et la réalité matérielle des contraintes à l'œuvre dans les contextes locaux. Cependant, les processus d'apprentissage sociaux et les innovations

institutionnelles finissent le plus souvent par se confronter aux formes de "normalisation" qui sont propres aux logiques d'institutionnalisation. Les tensions entre les aspirations à la conception de l'aide et des soins à domicile comme un droit humain et la rationalisation marchande se retrouvent dans pratiquement chacun de nos six cas. Les apprentissages sociaux ne doivent certes pas d'emblée passer par les fourches caudines des normes institutionnelles. Au fil du temps cependant, ces expérimentations se retrouvent souvent confrontées, à un stade ultérieur de leur développement, à ces processus d'institutionnalisation la plupart du temps au motif qu'il faut généraliser des pratiques micro-locales ou obtenir des financements pérennes. L'institutionnalisation s'accompagne alors fréquemment d'une dénaturation des enjeux et objectifs initiaux.

Les références spécifiques retenues dans les innovations et les apprentissages locaux – comme l'univers professionnel à Köniz ou Aix-la-Chapelle, la tradition historique à Genève, l'inscription politique et la référence à la solidarité à Hambourg – se retrouvent alors soumises à des mécanismes qui déconstruisent les logiques originelles pour se caler sur des procédures plus standards. Le pari fait par différents acteurs publics de maintenir à la marge la marche de l'institutionnalisation apparaît de ce point de vue comme une mesure préventive. Ainsi à Hambourg, le financement des *Pflegekonferenzen* reste symbolique : à peine 1000 € annuels pour des structures qui doivent se réunir plusieurs fois par an et doivent avoir une action qui se déploie dans des zones urbaines de plusieurs centaines de milliers d'habitants. L'absence de contrainte (institutionnelle) est à ce prix, le risque de la marginalisation l'est aussi. La principale critique adressée aux conférences hambourgeoises sur le soin est bien leur incapacité à entraîner des effets sur les normes structurantes du système local d'aide et de soins à domicile. La fonction de coordination de secours assignée à cet instrument dans un contexte miné par le poids de la compétition marchande est pour certains elle-même en danger.

Nos études de cas locales montrent les formes de légitimité attachées aux arrangements ou aux instruments de l'aide et des soins à domicile. En premier lieu, l'analyse des *mécanismes du changement*, en phases, mais aussi en fonction des directions activées (top-down / bottom-up, vertical ou horizontal) permet de typifier les processus à l'œuvre. Le changement prend une forme plus ou moins radicale, instituée, progressive, portée par des dynamiques sociales plutôt que politiques.

L'analyse des *discours* a révélé les logiques politiques des dynamiques en cause. Les acteurs du champ de l'aide et des soins à domicile sont ainsi confrontés à des mots clés imposés par les acteurs institutionnels, aussi locaux, en terme de marchandisation et de rationalisation le plus souvent, qui dans certains cas locaux (en Allemagne par exemple) heurtent les traditions des acteurs traditionnels du secteur. Les innovations institutionnelles, mais plus encore les apprentissages sociaux peuvent être considérés comme des formes de résistances du secteur public qui s'efforce d'améliorer des services, de façon concrète, en dépit de la forme des processus de normalisation.

Enfin, les analyses en terme d'*échelles comme cadre d'analyse des relations de pouvoir* sont centrées sur la tension entre aspects discursifs et les dimensions plus contraignantes des instruments d'action publique. Les liens entre les symboles et les valeurs portés par des cadres institutionnels – "le local est le cadre approprié de définition des services de proximité", "le national est adapté à défendre la solidarité nationale" – et les pouvoirs qui sont concrètement attachés à ces cadres institutionnels représente une

donnée particulièrement structurante et souvent négligée de l'action publique. Les niveaux institutionnels ont des mandats politiques qui ne leur permettent pas de tout faire. Les acteurs sociaux qui interviennent à ces mêmes échelles d'action publique sont eux-mêmes soumis à ces appariements entre ordre symbolique et ressources institutionnelles. Les acteurs sociaux ont cependant la possibilité de s'ouvrir des espaces politiques spécifiques en produisant des arrangements propres entre des formes de solidarité mises en pratiques – entre branches, secteurs d'activité, régions, au sein d'une communauté, entre classes sociales ou autre – et des normes de contenu faisant du sens pour les acteurs. Dimension symbolique et strictement sociale ou politique sont alors intimement liées. En dépit de cette autonomie, des acteurs non institutionnels, localement, la confrontation avec le pouvoir institué impose la confrontation avec le mandat, le périmètre d'intervention légitime des institutions. Dans le cas de Hambourg par exemple, le pouvoir institutionnel a fait le choix de créer un mandat ouvert à un échelon politique de rang inférieur (les arrondissements ou *Bezirke*), tout en y attachant des ressources de pouvoir très faibles. A Genève en revanche, le jeu de la répartition des attributions entre les pouvoirs du canton qui correspond à l'agglomération et celles de la ville de Genève qui dispose d'une autonomie et d'une légitimité beaucoup plus forte qu'un *Bezirk* hambourgeois, donne lieu à des tensions que les acteurs non institutionnels ne peuvent pas dépasser, en dépit de leur créativité.

Le domaine de l'aide et des soins à domicile des personnes fragiles, et notamment des personnes âgées dépendantes, est une zone de tensions fortes entre valeurs de protection et de marchandisation / individualisation. Ces tensions se reflètent dans les objectifs opérationnels des politiques conduites, dans les budgets nationaux, régionaux, locaux devant soutenir les prestations les plus diverses dans le secteur, mais aussi dans la pluralité des apprentissages et des innovations que nous avons observées dans six localités européennes. Partout, les machines institutionnelles, y compris à l'échelle locale, sont des outils de rationalisation pratiquement implacables. En dépit de la grande variété des mécanismes et des arrangements politiques et sociaux analysés, la contradiction entre les besoins contrastés d'imagination et d'apprentissage sociale et les procédures d'intégration de ces dynamiques aux logiques de l'efficace institutionnelle, centrée sur la maîtrise des coûts, reste forte.

Dans la plupart de nos études de cas, les apprentissages sociaux correspondent à des outils de coordination d'acteurs de terrain qui, précisément, ne se montrent satisfaits ni des logiques gestionnaires portées par les responsables institutionnels locaux, ni de la norme, souvent triomphante du marché. Cette focalisation sur les instruments de coordination illustre à nouveau le fait que la tension majeure entre besoin de protection et marchandisation n'est pas résolue localement de façon convaincante par les outils de gestion publique contemporains ou par d'autres formes d'institutionnalisation relevées. Dans le cas écossais, et notamment d'Edimbourg, l'adaptation radicale de l'action publique locale à la norme marchande peut cependant être interprétée comme une volonté de mettre en cohérence l'univers du public et celui des prestataires. Les instruments d'action publique introduits tiennent tous de la logique marchande : privatisation, appel d'offre centré sur les prix (*negative auction*), bourse quotidienne aux contrats (*care jobs*). A Hambourg en revanche, l'imposition du marché pour les prestataires, il y aura bientôt vingt ans, continue de heurter à la fois une bonne partie des acteurs de ce qui représentait

traditionnellement un réseau sectoriel, mais aussi les acteurs publics. A Aix-la-Chapelle (réseau de soins et instruments de care et case management), mais aussi dans les deux cas suisses (repas pris en commun à Genève et instrument de transfert de connaissance dans le soin à Köniz), le soucis est bien le même. Les acteurs sociaux cherchent une voie étroite entre le marché et le nouveau management public. A Hambourg, ce sont les institutions de la ville-Etat elles-mêmes qui s'efforcent de défendre un outil non institutionnel (les conférences du soin) de coordination.

Les échecs relatifs, les réalisations décevantes, la faible soutenabilité des apprentissages sociaux et des innovations institutionnelles relevées ne doit pas être niée à l'issue de ce parcours de recherche comparée. Pour toute notre équipe, cette recherche a été une plongée dans l'observation empirique approfondie. Dans plusieurs localités, les incertitudes et les tensions dans les discours se reportent largement sur les acteurs de la mise en œuvre. Tensions et difficultés économiques, salaires et fonctionnements insatisfaisants des professionnels, taux de *turn over* insoutenables dans les structures, diabolisation des acteurs marchands, des normes publiques rationalisées ou à l'inverse des "fonctionnaires inefficaces" du soin et des positions de rente... Le constat de la fragilité, des incertitudes et des tensions dans le secteur de l'aide et des soins à domicile des personnes âgées en Europe ne peut être évité.

La quête des acteurs locaux pour des instruments cognitifs, des lieux et des instruments de coordination en est une indication. Cette quête, et les échecs relatifs des expériences locales qui ont tenté de mettre en œuvre de tels instruments (Hambourg, Fife, Genève) est cependant une indication d'un probable besoin de clarification des responsabilités dans un secteur dont l'expansion se fait plus sous la pression de contraintes immédiates de tout ordre que d'une ligne politique coordonnée. A défaut de clarification à une échelle de pouvoir supérieure, si les acteurs locaux doivent inventer des innovations institutionnelles ou des apprentissages sociaux susceptibles de faire vivre des "coordinations positives", il faudrait a minima que des formes de soutien plus réalistes et plus durables soient susceptibles de leur en fournir une véritable chance.

De ce point de vue, l'apparente autonomie forte des pouvoirs locaux dans les différents pays ne suffit pas à porter des alternatives durables. Au contraire, il semble que l'autonomie de l'action publique locale soit couplée avec une responsabilité forte qui pousse les institutionnels locaux à se montrer garants de l'orthodoxie manageriale la plus stricte. Seul le cas allemand montre en la matière une spécificité intéressante car les communes n'ont pratiquement plus d'attributions officielles dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance dépendance : *Bund, Land*, caisses privées (organisées au niveau des *Länder*) et marchés locaux ont la main sur le secteur, ce qui semble paradoxalement laisser une marge de manœuvre plus importantes aux communes d'outre-Rhin.

Enfin, il semble que l'intérêt pour les instruments cognitifs ou de coordination doive être rapproché du défi, peu abordé dans le présent rapport, de l'intégration des proches aidants dans les systèmes de soins. Partout, cet objectif fait partie du "paquet" des objectifs ambivalents si ce n'est contradictoires assignés à l'aide et aux soins à domicile des personnes âgées. L'intégration de ces personnes dans des réseaux de soins professionnelle n'est pas aisée en soi. Le poids des tensions qui parcourent ces réseaux presque partout pousse sans doute les systèmes locaux à repousser la mise à l'agenda concrète de cette question à des jours meilleurs.

Références bibliographiques :

- ARNTZ, Melanie; SACCHETTO, Ralf; SPERMANN, Alexander; STEFFES, Susanne; WIDMAIER, Sarah (2007). *The German social long-term care insurance: Structure and reform options*. IZA, Discussion Paper, n° 2625. Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit, Bonn.
- BARTLETT, R and D. O'CONNOR (2010). *Broadening the Dementia Debate. Towards social citizenship*. Bristol, The Policy Press.
- BELL D., BOWES, A., DAWSON A. (2007), *Free personal care in Scotland – Recent developments*, York, Joseph Rowntree Foundation.
- BENZ A., LÜTZ S., SCHIMANK U., SIMONIS G. (dir) (2007), *Handbuch Governance: theoretische Grundlagen und empirische Anwendungsfelder* Wiesbaden.
- BERESFORD, P. and CROFT, S. (1993). *Citizen Involvement : A Practical Guide for Change*. London : Macmillan.
- BODE I. (2006), « Disorganized welfare mixes: voluntary agencies and new governance regimes in Western Europe », in *Journal of European Social Policy*, 16(4), 346 –359.
- BRAY, Suzy (2000). « Participation and involvement in social care : an overview », in H. Kemshall and R. Littlechild (eds). *User involvement and participation in social care*. London, Jessica Kingsley : 9-28.
- CARR, S. (2004). *Has service user participation made a difference to social care services ?*. LONDON, SCIE.
- CROZIER M. (1970), *La société bloquée*, Paris.
- DH (Department of Health) (2006). *Our health, our care, our say : a new direction for community services*. London, DH.
- DH (2005). *Independence, well being and choice : our vision for the future of social care for adult in England*. London, DH.
- DH (2001). *National Services Framework for older people*. London, DH.
- DWP (Department of Work and Pensions) (2005). *Opportunity Age : Meeting the challenges of aging in the 21st century*. London, DWP.
- EVERS A., WINTERSBERGER H. (dir) (1990), *Shifts in the welfare mix: their impact on work, social services and welfare policies*, Frankfurt, New York.

EVERS A. (1995), Part of the welfare mix: The third sector as an intermediate area. *Voluntas*, 6(2), 159–182.

EVERS A., OLK T. (dir) (1996), *Wohlfahrtspluralismus: vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft*, Opladen.

EVERS A. (2005), Mixed Welfare Systems and Hybrid Organizations: Changes in the Governance and Provision of Social Services. *International Journal of Public Administration*, 28(9 & 10), 737-748.

HIRST, P. (2000), « Democracy and Governance », in Pierre J. (dir), *Debating Governance - Authority, Steering and Democracy*, Oxford, 13–35.

GLASBY, Jon (2008). « « Who cares ? ». Policy proposals for the reform of long term care. » Health Services Management Center, University of Birmingham.

GLASBY, Jon (2007). *Understanding Health and social care*. Bristol, The Policy Press.

JACK, R. (1995). « Empowerment in community care » , in R. Jack. *Empowerment in community care*. London, Chaptman and Hall : 11-42.

JOBERT, B., 1998. La régulation politique: le point de vue d'un politiste. Dans J. Commaille & B. Jobert, éd. *Les métamorphoses de la régulation politique*. Paris: LGDJ, p. 119–144.

KERRY, Allen and Jon GLASBY (2010). « The billion dollar question » : embedding prevention in older people's services -10 « high impact' changes ». Health Services Management Center, University of Birmingham, Policy paper 8.

KERSBERGEN K. VAN, WAARDEN F. VAN (2004), « 'Governance' as a bridge between disciplines: Cross-disciplinary inspiration regarding shifts in governance and problems of governability, accountability and legitimacy », *European Journal of Political Research*, 43(2), p.143–171.

KONKRET CONSULT RUHR (2011). Manual for the Self-Evaluation of Long-Term Care Home Care Services based on the Charter of Rights for People in Need of Long-term care & Assistance (Long-Term Care Charter). http://www.pflege-charta.de/fileadmin/charta/pdf/manual_home_care_services.pdf

KNOCKE D. et al., 1996. *Comparing Policy Networks Labor Politics in the U.S., Germany, and Japan*, Cambridge.

MAHONEY J., THELEN K. (2010), A theory of gradual institutional change. In J. MAHONEY J., THELEN K. (dir), *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power*, Cambridge, 1-37.

MAYNTZ R. (1979), Regulative Politik in der Krise?, in J. Mathes (dir), *Sozialer Wandel in Europa - Verhandlungen des 19. Deutschen Soziologentages*, Frankfurt, 55–81.

MAYNTZ R., SCHARPF F. W. (1973), *Planungsorganisation. Die Diskussion und die Reform von Regierung und Verwaltung*, München.

MAYNTZ R., SCHARPF F. W. (1995), Steuerung und Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren, in R. Mayntz, F. W. Scharf (dir), *Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung*, Frankfurt, 9–38.

MAYNTZ R., SCHARPF F. W. (1995), *Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung*, Frankfurt.

MEANS, R. (2007). « The re-medicalisation of later life », in Bernard Miriam and charf Thomas (eds). *Critical Perspectives on Ageing Societies*. Bristol, Policy Press : 45-56.

MINISTRY FOR FAMILY AFFAIRS SENIOR CITIZENS WOMEN AND YOUTHS (2007). Charta of Rights for People in Need of Long-term Care and Assistance.

MUR-VEEMAN I. et al. (2003), Development of integrated care in England and the Netherlands: Managing across public-private boundaries. *Health Policy*, 65(3), 227–241.

OCDE (2005a). « Ensuring quality long-term care for older people ». Policy Brief, OCDE, March 2005.

OECD (2005), *Long-term care for older people*. <http://www.sourceoecd.org/9264008489>

OECD (2011), *Help wanted*, OECD, Paris

PASC (2000). *User Involvement in Public Services*. Sixth Report of Session 2007-08. London, Public Administration Selected Committee, House of Commons.

PATEMAN, C. (1970). *Participation and Democratic Theory*. Cambridge. Cambridge University Press.

PETERSEN, Alan and Lupton, Deborah (1996). *The new public health. Health and self in the age of risk*. London, Sage.

PAVOLINI E., RANCI C. (2008), Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries. *Journal of European Social Policy*, 18(3), 246 –259.

PIERRE J. (2000), Understanding Governance, in PIERRE J. (dir), *Debating Governance - Authority, Steering and Democracy*. Oxford, 1–10.

RAY, Mo (2007). « Redressing the balance ? The participation of older people in research », in Bernard Miriam and Scharf Thomas (eds). *Critical Perspectives on Ageing Societies*. Bristol, Policy Press : 73-87.

RENSCHLER, I., Maggi, J., Cattacin, S. and D. Haussler. (2005). “Citoyenneté active et politique de la santé en Suisse: les politiques santes à l’épreuve des changements. *Revue Suisse de Sociologie*. 31 (1): 79-101.

SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN (2009), *Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*, Bundestagsdrucksache 16/13770.

SCHMIDT V. A (2002), Does Discourse Matter in the Politics of Welfare State Adjustment?, *Comparative Political Studies*, 35(2), 168–193.

STREECK W., THELEN K. (2005), Introduction: Institutional change in advanced political economies, in STREECK W., THELEN K. (dir), *Beyond continuity: institutional change in advanced economies*, Oxford, 1-39.

TAYLORE-GOUBY, P. éd., 2004. *New risks, new welfare : the transformation of the european welfare state*, Oxford ; New York: Oxford University Press.

TOWNSEND, P. (2007). « Using human rights to defeat ageism : dealing with policy-induced « structured dependence » ». in Bernard Miriam and Scharf Thomas (eds). *Critical Perspectives on Ageing Societies*. Bristol, Policy Press : 27-44.

VICTOR C. R. (1997), *Community care and older people*, Nelson Thornes.

WEARNESS K. (1987). “A feminist Perspective in the New Ideology of “community care” for the Eldery.”. *Acta Sociologica*. 30, 2: 133-150.

WHITE L. A. (2002), Ideas and the Welfare state - Explaining Child Care Policy Development in Canada and the United States. *Comparative Political Studies*, 35(6), 713–743.

WOLLMANN, H. (2008), Reformen in Kommunalpolitik und –verwaltung, England, Schweden, Frankreich und Deutschland *im Vergleich*, Wiesbaden, VS Verlag.

YIN, R.K. (2003). *Case Study Research: Design and Methods*, Sage Publications.