



Il est demandé au coordonnateur du projet, en cumulant les éléments des éventuelles équipes participantes, d'établir un rapport sur le modèle ci-dessous et de le communiquer à l'IRESP.

A. Identification du projet

C. Autres personnes impliquées dans le projet

D. Justification des dépenses réalisées au cours de la période décrite par le rapport

E. Aides complémentaires obtenues grâce à ce projet.

(Il peut s'agir de ressources financières, ressources humaines, allocations de recherche,...)

II. Renseignements scientifiques

Description des travaux effectués en regard du calendrier établi pour la période concernée, des résultats obtenus en dégagant les faits marquants, des difficultés rencontrées et les solutions envisagées, ainsi que les réorientations éventuelles

Décrire les interactions entre les différentes équipes, les efforts particuliers en matière d'interdisciplinarité, l'ouverture internationale, etc.

Indiquer également ici les informations (événements positifs ou négatifs rencontrés au cours de la mise en œuvre du projet) dont vous pensez qu'elles peuvent être utiles à d'autres équipes.

1. Rappel des objectifs initiaux du projet

Depuis la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire de 2009, des changements radicaux sont intervenus dans le pilotage de la mise en œuvre des politiques médico-sociales aux échelons régionaux et locaux. Les agences régionales de santé résultent d'une fusion inter-organisationnelle et intersectorielle (soins, prévention, médico-social) inédite dans le système de santé français. Ces agences contribuent à une reconfiguration assez radicale des processus de planification, de programmation et de régulation de l'offre dans le champ médico-social. Le cadre institutionnel posé par la loi HPST est doublement ambivalent. Il autorise une verticalisation du pilotage de la mise en œuvre des politiques médico-sociales tout en intégrant l'héritage de la décentralisation. La loi HPST traduit également une approche néo-managériale de l'action publique (gouvernement par les instruments) tout en organisant un développement inédit de la démocratie sanitaire.

Une première recherche a été conduite dans deux régions (2011-2013) avec l'appui de la Maison des Sciences de l'Homme de Bretagne. Elle a permis de montrer qu'en 2012 cette double ambivalence s'était résolue au profit d'une verticalisation néo-managériale du pilotage des politiques médico-sociales, avec des variations régionales, liées notamment aux cultures professionnelles et aux choix stratégiques des exécutifs des agences. Toutefois, il apparaissait également que la nouvelle configuration institutionnelle n'était pas stabilisée. Les protagonistes des politiques médico-sociales régionales et locales demeureraient impliqués dans des processus d'apprentissage institutionnel (essais et erreurs, ajustements mutuels). A titre d'exemple, les responsables des ARS restaient engagés dans des dialectiques de conformation aux cadrages et orientations nationales d'une part et, d'autre part, de prise en compte des priorités locales, notamment en raison d'interdépendances politiques et financières avec les parties prenantes des politiques médico-sociales, en particuliers les collectivités locales.

La deuxième phase de la recherche, pour laquelle le soutien de l'IRESF a été obtenu, portait sur la poursuite des processus évoqués après 2012. Les questions concernaient l'évolution des modes/types de gouvernance des politiques médico-sociales régionales et locales, ainsi que les innovations dans ce domaine, mais aussi dans celui des services et dispositifs. La volonté était de traiter ces questions dans la perspective d'une comparaison européenne ultérieure dans la mesure où :

1. Le constat effectué à propos de l'état de la recherche sur les politiques médico-sociales régionales et locales françaises vaut aussi à l'échelon européen.
2. Il en va de même en ce qui concerne les évolutions sociodémographique, les attentes en termes de qualité et d'individualisation des soutiens et soins apportés aux publics âgés et en situation de handicap, ou encore les contraintes pesant sur

les ressources de la solidarité.

3. La comparaison européenne permet d'appréhender l'impact des configurations institutionnelles (entre autres facteurs) et de tirer des enseignements en termes d'innovation.

Outre la contribution à une sociologie comparée des politiques médico-sociales, une telle problématique s'inscrivait dans une perspective multidisciplinaire. Dans le domaine des sciences de gestion (Corinne Grenier), la perspective choisie offrait la possibilité d'identifier les facteurs et espaces favorables à l'innovation. Du point de vue des sciences juridiques (droits administratif, social et de la santé – Hervé Rihal), l'enjeu était d'observer le positionnement effectif des acteurs et la mise en œuvre des textes. Enfin, du point de vue de la démographie (Alain Jourdain) l'intérêt de la recherche était de poursuivre une analyse fine de l'évolution des approches, méthodes et outils de la planification dans le secteur médico-social.

Les objectifs assignés à cette recherche, **conduite dans trois régions avec une perspective de comparaison ultérieure**, étaient de plusieurs ordres:

- Analyser l'évolution des modes, types de gouvernance notamment en prenant en compte les conséquences des processus d'apprentissage de nouvelles règles de travail en partenariat en ce qui concerne le fonctionnement de la démocratie sanitaire ;
- Caractériser ces modes de gouvernances et envisager la mesure dans laquelle ils peuvent être innovants ;
- Appréhender leur incidence en termes d'innovations au plan des services et dispositifs ;
- Présenter les résultats à des collègues européens et élaborer un projet de recherche comparative en vue de la réponse à un appel à projets européen.

2. Rapport final

21. Méthodologie

Quatre méthodes ont été utilisées :

- Entretiens semi-directifs (> 20 par région, 77 en tout), faisant ensuite l'objet d'analyses de contenu thématiques et quantitatives ;
- Analyse documentaire (documents de planification, organigrammes, contrats locaux de santé) et juridique (textes de loi) ;
- Observation participante (conseil départemental des retraités et des personnes âgées – CODERPA ; conférences de territoire – CT ; comité de pilotage de l'évaluation et du suivi d'un schéma gérontologique ; formation de représentants des usagers ; participation à des groupes de travail) ;
- Analyse de données sociodémographique.

22. Rôle de chaque partenaire dans le projet.

Le rôle de chaque partenaire dans le projet est précisé dans le tableau suivant :

	Entretiens semi-directifs	Observation participante	Analyse documentaire	Analyse juridique	Analyse de données sociodémographiques	Organisation séminaires conférences
Corinne Grenier	X	X	X			X
Hervé Hudebine	X	X	X			X
Alain Jourdain	X		X		X	X
A-G. Rimbart-Pirot	X					
Hervé Rihal	X		X	X		X

- Deux jeunes chercheurs de l'équipe initialement prévue n'ont pu maintenir leur engagement dans le projet.
- La majeure partie des entretiens ont été conduits par deux membres de l'équipe ou plus permettant de mesurer en temps réel les bénéfices du travail interdisciplinaire : apport de l'expertise juridique et de la connaissance des dispositifs ; de même pour ce qui est des données sociodémographiques et de la connaissance des outils de gestion.
- Les séminaires et conférences ont permis de progresser dans la connaissance des enjeux des différentes disciplines mobilisées ainsi que d'opérer des traductions et des déplacements en termes d'approches et de méthodes. L'articulation de l'analyse juridique et des approches néo-institutionnalistes en sciences de la gestion et en sociologie de l'action publique en constitue un exemple.
- Des collègues européens ont participé à plusieurs séminaires (cf. liste des séminaires et colloques en rapport avec le projet financé).

23. Résultats

La présentation des résultats est ordonnée en cinq rubriques :

- Cadre conceptuel : une typologie des régimes de gouvernance des politiques médico-sociales
- Une analyse des systèmes de politiques médico-sociales régionales et locales
- Les variations sectorielles et régionales dans l'hybridation des modes de gouvernance des politiques médico-sociales régionales et locales
- L'articulation des logiques et instruments de gouvernance néo-managériaux et participatifs
- Les innovations dans les politiques médico-sociales régionales et locales

231. Cadre conceptuel : une typologie des régimes de gouvernance des politiques médico-sociales

L'une des approches qui a informé cette recherche est celle qui privilégie l'hypothèse de l'hybridation des modes de gouvernance de l'action publique (Torfing, Triantafillou, 2013). Si une tendance à la diffusion de nouvelles formes de gouvernance publique (participative) peut être observée, l'héritage du modèle administratif classique (hiérarchique) ne disparaît pas, tout comme les approches et instruments du nouveau management public. Deux arguments militaient en faveur de ce choix conceptuel. Tout d'abord, cette approche incorpore des hypothèses fortes quant aux liens entre formes de gouvernance et innovation dans l'action publique. Les modes de gouvernance participatifs sont ainsi supposés avoir un impact potentiel favorable sur la résolution de problèmes complexes (par exemple l'intégration des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux), ainsi que sur l'innovation (par exemple, la réponse à de nouveaux besoins ou de meilleures réponses aux besoins existant). Toutefois, les outils de pilotage

néo-managériaux peuvent conduire, dans le cas de la mise en concurrence des prestataires, ou contraindre (dans le cas du cadrage budgétaire) les protagonistes de l'action publique à innover.

En deuxième lieu, le choix de cette approche s'avère pertinent dans la perspective d'une comparaison européenne et permet de renouveler les débats auxquels l'évolution de la gouvernance des politiques médico-sociales en France depuis 2009 a donné lieu. Aborder la question de la centralisation ou de la décentralisation des politiques sanitaires et médico-sociales dans une perspective comparative est envisageable¹. En revanche, les catégories d'origine juridique mobilisées pour analyser la gouvernance des politiques médico-sociales françaises se révèlent parfois peu aptes à rendre compte des évolutions de la dernière décennie, tout en « voyageant » difficilement dans une perspective comparative. Il en va ainsi de la notion de déconcentration, qui recouvre une autonomie opérationnelle de responsables administratifs qui demeurent hiérarchiquement soumis à leur ministère. Si la notion peut demeurer pertinente pour les directions régionales et départementales issues de la réorganisation de l'administration territoriale de l'Etat de 2010 (REATE), elle l'est beaucoup moins lorsqu'il s'agit d'appréhender les marges organisationnelles et stratégiques dont bénéficient les exécutifs des ARS dans le cadre de contrats d'objectifs passés avec le gouvernement, quand bien même les premiers demeurent juridiquement et hiérarchiquement soumis au second. Ce constat conduit à forger de nouvelles notions, telles la déconcentralisation², difficile à expliquer dans un contexte autre que celui de la France.

Une analyse de l'hybridation des modes de gouvernances des politiques médico-sociales régionales et locales permet en revanche de s'appuyer sur un cadre analytique désormais éprouvé³ et de rendre compte des évolutions intervenues depuis 2009. Le renforcement de la démocratie sanitaire (loi HPST, 2009), puis les ambitions affichées de co-construction des politiques sanitaire et médico-sociales en mobilisant les parties prenantes (politiques, professionnelles, associatives, représentant d'usagers – LMNSS, 2016) peuvent être inscrites dans une tendance internationale au déploiement de nouvelles formes de gouvernance publique, plus participatives. Pour autant, la réforme de 2009 incorpore des traits qui empruntent fortement au nouveau management public. On songe au gouvernement centralisé, mais à distance, par le biais du déploiement d'instrument de pilotage (objectifs, cadrage budgétaire) et de suivi (reddition de comptes, dialogue de gestion) de la mise en œuvre régionale et locale des politiques médico-sociales. Par ailleurs, l'héritage du modèle administratif classique subsiste, tant en ce qui concerne, par exemple, la gestion des carrières des agents des ARS appartenant aux corps de l'administration sanitaire et sociale ou à l'assurance-maladie, qu'en ce qui concerne la soumission hiérarchique des directions des ARS aux autorités ministérielles.

Dès lors que l'on adopte cette approche, les questions de départ doivent être reformulées. Il s'agit de caractériser les hybridations des modes de gouvernance des politiques médico-sociales aux échelons régionaux et infrarégionaux depuis 2009, puis de tenter d'appréhender leur impact sur l'innovation dans l'action publique au sein de ce secteur. Cette démarche s'est appuyée sur une typologie des types de gouvernance qui peut être synthétisée de la manière suivante :

¹ Costa-Font J., Greer S. L., 2013, *Federalism and decentralization in European health and social care*, Basingstoke, Palgrave Macmillan UK.

² Pierru F., 2010, « Napoléon au pays du New Public Management. L'exemple de la "déconcentralisation" de la politique de santé », *Savoir/agir*, 11(1), p. 29-37.

³ Torfing, J., Triantafyllou, P., 2013, "What's in a name? Grasping new public governance as a political-administrative system", *International Review of Public Administration*, 18(2), p. 9-25.

Administration publique classique :

- Modèle hiérarchique wébérien : les fonctionnaires se conforment aux ordres de leurs supérieurs hiérarchiques
- Le travail fondé sur la meilleure expertise disponible et sur le respect des procédures

Le nouveau management public :

- Recherche de l'efficience
- Pilotage à distance par les instruments (mise en concurrence, contrats d'objectifs, benchmarking, choix et satisfaction des usagers/clients).

La nouvelle gouvernance publique :

- Tout comme dans le nouveau management public : gouvernance interactive
- Introduction de dispositifs participatifs « habilitants » (empowering) : usagers/citoyens, professionnels, acteurs locaux

232. Une analyse des systèmes de politiques médico-sociales régionales et locales

Pour analyser hybridation des modes de gouvernance des politiques médico-sociales régionales et locales, il est possible d'appréhender ces dernières comme un système au cœur duquel interviennent les autorités publiques clés (ARS et conseils départementaux). A chaque modèle de gouvernance peuvent correspondre des modes spécifiques de demandes, soutiens et ressources adressés au système des politiques médico-sociales. Il en va de même en ce qui concerne les processus selon lesquels ces éléments sont traités (organisation et action au sein des autorités publiques), ainsi que les produits et résultats qui en découlent. La même analyse peut être appliquée aux mécanismes d'évaluation et de reddition de compte qui prévalent à l'intérieur de ce système.

Demandes, soutiens et modes d'allocation des ressources au système des politiques médico-sociales régionales et locales

Historiquement, l'évolution de l'offre de services médico-sociaux procédait de politiques nationales fortement médiatisées par mobilisations locales : plutôt sociales dans le cas du secteur du handicap, plutôt politiques dans le cas du secteur de la vieillesse, ce dernier trait ayant été accentué avec la décentralisation. Le caractère inflationniste et peu rationnel (au regard des critères de la planification sanitaire et sociale à la française) de ce mode de construction et de régulation de l'offre est à l'origine de tentatives successives de reverticalisation du pilotage des politiques médico-sociales (création des CROSMS en 2002, puis de la CNSA en 2010⁴). La loi HPST de 2009 contribue à parachever le renversement de la logique de construction « par en bas » de l'offre de services médico-sociaux sur un mode néo-managérial tempéré, selon des mesures variables, nous y reviendrons, par une logique participative. Le cadrage en termes d'objectifs et de budgets est effectué à partir de l'échelon national (via la CNSA, pour une bonne part), l'une des missions des ARS étant de l'articuler avec la consultation des instances de la démocratie sanitaire, ainsi qu'avec les priorités et ressources des conseils départementaux. Dans l'idéal-type de la gouvernance néo-managériale, le système des politiques médico-sociales régionales orienterait l'offre en fonction des ressources disponibles et des résultats d'enquêtes de satisfaction des usagers. Ceci renvoie à la question des « retours » (*feedbacks*) adressés au système et donc à celle des évaluations et de leur prise en compte, sur laquelle nous reviendrons. Retenons, pour

⁴ Hudebine H., Muñoz J., Jourdain A., 2015, « Une nouvelle forme organisationnelle pour une nouvelle forme de régulation de l'action publique dans le champ médicosocial ? », in Alam U., Gurruchaga M. dir., *Collectivités, territoires et santé*, Regards croisés sur les frontières de la santé, Paris, L'Harmattan, coll. "GRALE", p. 155-176.

l'instant, que le déploiement des instances de la démocratie en santé⁵ traduit un renforcement la composante « nouvelle gouvernance publique » dans la configuration post-2009 des politiques médico-sociales régionales, quand bien même, il y a déjà été fait allusion, la portée de leurs délibérations est essentiellement consultative. Dans la première phase de planification, les objectifs et cadrages budgétaires d'origine nationale l'emportent sur les avis des instances de la démocratie en santé, même si les exécutifs des ARS peuvent choisir de passer des compromis avec les conseils départementaux.

La création, l'extension ou l'adaptation des services médico-sociaux destinés aux personnes âgées et handicapées répond désormais moins aux mobilisations sociales locales (secteur du handicap) ou aux pressions politiques locales relayées par des notables (secteur de la vieillesse) qu'au pilotage national par les objectifs et le cadrage budgétaire (gouvernement centralisé à distance par les instruments)⁶. Lorsque, de manière plus exceptionnelle qu'auparavant, des membres du gouvernement ou parlementaires ont répondu favorablement à des demandes locales – en mobilisant la réserve parlementaire par exemple, le suivi des dossiers est désormais assuré à l'échelon régional. En revanche la tradition d'organisation des partenaires socioprofessionnels par les autorités publiques (incitation au regroupement des représentants de fédérations socioprofessionnelles ou prestataires de services), qui peut être associée au modèle de l'administration publique classique, demeure et peut trouver une pertinence au plan managérial lorsqu'il s'agit d'inciter aux regroupements, coopérations, mutualisation ou fusions de services.

Le fonctionnement interne du système des politiques médico-sociales régionales et locales

L'héritage du mode fonctionnement administratif classique subsiste à travers la permanence des relations hiérarchiques. Les exécutifs des ARS sont certes liés par des contrats d'objectifs avec les instances nationales, mais demeurent dans une position de soumission hiérarchique vis-à-vis des autorités gouvernementales. De même, la gestion des carrières des agents des ARS s'effectue en fonction des règles prévalant au sein de leur corps d'origine lorsqu'ils n'ont pas été recrutés de manière contractuelle. Toutefois, les importantes marges stratégiques (découpages territoriaux) et organisationnelles dont disposent les exécutifs des ARS (passage de modèles d'organisation interne en directions métiers à des directions fonctionnelles) renvoient au modèle du nouveau management public. A ce titre, les membres des exécutifs des ARS se perçoivent comme plus autonomes vis-à-vis des instances nationales que leurs collègues opérant au sein des directions régionales et territoriales des autres administrations (cf. point 234). Sur le même registre néo-managérial, les politiques de formation et de management déployées en interne dans deux des ARS étudiées visent à transcender les appartenances de corps au profit d'une « culture de projet ». Si la part des ressources pouvant être allouées de manière autonome au sein des ARS demeure limitée (moins de 2%), les exécutifs de deux des régions étudiées ont mis en place des stratégies de redéploiement des reliquats de crédits au sein des différentes directions, notamment afin de financer des projets innovants. Le traitement des demandes adressées aux ARS (et conseils départementaux), ainsi que l'allocation des ressources sont appuyés sur des outils, souvent imposés par les politiques nationales et la réglementation, qui empruntent au répertoire du nouveau management public (indicateurs – GIR moyen pondéré, taux d'encadrement ; appels à projets – AAP ; contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens - CPOM). La recherche de l'efficacité (y compris par le biais de la mise en concurrence

⁵ Conférences régionales de la santé et de l'autonomie ainsi que commissions spécialisées à l'échelon régional, conférences de territoire puis conseils territoriaux de santé à l'échelon local. Les dispositifs consultatifs et/ou participatifs demeurent, avec d'importantes variations aux échelons départementaux (évaluation et élaboration des schémas départementaux).

⁶ Hudebine H., Jourdain A., Munoz J, 2014, « Les premières années des ARS dans le secteur médico-social. », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 32(1), p. 81-96

des projets) coexiste cependant avec des procédures plus collaboratives. A titre d'exemple, l'appel à candidature (AAC) est une procédure moins complexe et rigide que l'appel à projets, soumis au droit de la concurrence. L'AAC comporte une dimension collaborative exclue dans le cas de l'AAP, à travers des échanges préalables avec les porteurs de projets. L'une des hypothèse qui peut être effectuée est que ce cadre juridique favorise des modalités de négociation des projets et d'allocation des ressources qui ne sont pas sans évoquer les régulations informelles et arrangements qui prévalaient à l'échelon départemental avant la mise en place des ARS.

Produits et résultats du système des politiques médico-sociales régionales et locales

L'offre de services médico-sociaux demeure fortement réglementée, tandis que l'allocation des ressources intègre un principe d'équité, y compris lorsque leur rareté conduit à privilégier les structures les moins dotés (sur la base d'indicateurs intégrant les taux d'encadrement et le degré de perte d'autonomie des populations accueillies). Dans la perspective adoptée ici, l'héritage des modes de régulation administratifs classiques s'articule avec la mobilisation d'outils néo-managériaux (indicateurs). Toutefois, la principale inflexion vis-à-vis des modes de régulation administratifs classiques consiste, particulièrement dans le champ du handicap, en une réorientation de l'évolution de l'offre, non plus en fonction de l'existant (approche en termes de filières), mais en fonction des parcours et projets des personnes. Cette réorientation s'appuie sur le déploiement sur la mobilisation des parties prenantes (socioprofessionnels, représentants d'usagers), tant dans l'élaboration des solutions individuelles (MDPH et CDAPH), que dans la planification de l'offre de services prenant en compte les parcours (ARS et conseils départementaux). Les observations effectuées à ce propos vont dans le sens des hypothèses selon lesquelles la mobilisation des parties prenantes dans le cadre de dispositifs participatifs peut contribuer au traitement de problèmes complexes, ici dans le cas de la mise en œuvre des priorités des politiques sociales (fluidification des parcours de manière général et proposition de solutions personnalisées dans le cas du champ du handicap). En revanche, nous y reviendrons dans le point 234, la participation des parties prenantes dans le cadre des instances de la démocratie en santé, dans la mesure où elle est encadrée, n'est pas de nature à bouleverser les agendas des politiques médico-sociales régionales et locales. Tout au plus peut-elle contribuer à focaliser l'attention des autorités publiques sur des questions déjà présentes dans les programmes dans l'action publique (exemple des aidants dans l'une des régions étudiées).

Reddition de comptes et évaluation (feedbacks)

Dans le modèle de la gouvernance administrative classique, la reddition de compte passe par le processus électoral et la mise en jeu de la responsabilité politique. Si ces mécanismes sont présents à l'échelon départemental, ils ne le sont qu'indirectement (à travers les représentants politiques au sein des conférences et commissions) dans le cas des ARS et leur portée (consultative) est limitée. Dans le modèle de la gouvernance néo-managériale, l'évaluation passe par la mesure de la performance et la sanction des prestataires déficients au bénéfice de leurs concurrents sur le marché. Dans le cas français, l'offre de services n'est pas suffisamment importante pour que les usagers (tout du moins ceux qui bénéficient d'une couverture publique) soient en mesure de sanctionner les prestataires en optant pour des concurrents. La sanction peut toutefois être indirecte pour des structures qui ne trouvent pas ou plus leur public (accueils de jour, hébergements temporaires dans le champ des personnes âgées, instituts médico-éducatifs dans le champ du handicap). L'insuffisante utilisation d'un service peut alors se traduire par une réduction ou un retrait de financement (auparavant dans le cadre de la renégociation de conventions tripartites, aujourd'hui dans le cas de celle des CPOM).

L'étude réalisée portait sur la période allant jusqu'à la fin de 2016. Le processus d'évaluation des projets régionaux de santé n'a donc pas pu être pris en compte. En revanche des bilans annuels de la réalisation des PRS ont été réalisés. De même, les

ARS sont destinataires des évaluations externes des structures et services médico-sociaux. Dans les deux cas, les évaluations incorporent, avec d'importantes variations régionales et en fonction des services concernés, à la fois des indicateurs de performances (dimension néo-managériale) et une dimension participative. Dans une région (voir point suivant) la CRSA a milité avec succès pour une consultation plus approfondie des conférences territoriales de santé dans l'établissement des bilans et le processus de révision des PRS.

Les variations constatées dans les approches et méthodes d'évaluation sont encore plus prononcées lorsque l'on s'intéresse aux politiques départementales (schémas du handicap et/ou personnes âgées). Ces évaluations sont fondées sur des indicateurs (pas toujours anticipés lors de l'élaboration des schémas) et comportent dans trois cas (sur six analysés) une dimension participative.

Si les résultats des évaluations conduites dans le cadre des conseils départementaux sont pris en compte dans l'élaboration des schémas de des politiques de la vieillesse et du handicap, les acteurs interviewés au sein des ARS ont fait part de leurs interrogations quant à la prise en compte des évaluations des services et des bilans annuels de la mise en œuvre des PRS. Dans le premier cas, les évaluations externes sont au mieux mobilisées dans le cadre de la négociation des CPOM. Dans le second, le sentiment est que les bilans annuels de la mise en œuvre des PRS ne sont pas pris en compte par les instances nationales. La grille d'analyse utilisée conduit donc à soulever la question des modalités de prise en compte des résultats des évaluations des services médico-sociaux par les ARS et du suivi de la mise en œuvre des PRS par les instances nationales. Cette question sera traitée dans les phases ultérieures de la recherche, qui permettra également d'analyser les processus d'évaluation conduits dans la deuxième phase planification à partir de la fin de 2016.

233. Variations sectorielles et régionales

L'un des résultats de la recherche consiste dans l'observation d'importantes variations, sectorielles et régionales (voire infrarégionales) dans l'hybridation des formes de gouvernance des politiques médico-sociales. L'une des hypothèses qui peuvent être formulées est que la portée des délibérations ou travaux conduits dans le cadre des dispositifs participatifs est inversement proportionnel aux enjeux financiers et techniques. A titre d'exemple, dans l'une des régions étudiées, lorsque des groupes de travail rassemblant des représentants d'usagers se saisissant de la question des aidants, l'exécutif de l'ARS est conduit à réaffirmer cette priorité. En revanche lorsque, dans la même région, un groupe de travail rassemblant des représentants de professionnels est mis en place en vue de l'élaboration participative d'un cahier des charges en vue préalable à un appel à projets, le processus n'aboutit pas.

De manière plus marquante, des variations régionales et infrarégionales ont été observées dans la dynamique et la dialectique des relations qui se nouent entre parties prenantes (ARS et représentant des collectivités territoriales, d'usagers, d'associations et d'organisations socioprofessionnelles). Autrement dit, des variations sont observables dans le dynamisme des dispositifs qui traduisent la diffusion de nouvelles formes de gouvernance publique, mais aussi dans l'articulation de la gouvernance participative d'une part, et des modes de gouvernance administratifs classiques et néo-managériaux d'autre part.

La loi HPST constitue la CRSA en organisme consultatif, le dernier mot sur ses avis appartenant à l'exécutif de l'ARS. Dans deux régions sur trois, les témoignages protagonistes interviewés donnent à voir un fonctionnement relativement vertical, tant dans les phases de planification, que de revue annuelle de la mise en œuvre des plans. La démocratie sanitaire peut, en particulier à l'échelon territorial, apparaître comme un exercice d'information des parties prenantes, la mobilisation de ces dernières étant parfois problématique. Dans ce cadre, comme il y a déjà été fait allusion, l'exécutif de

l'ARS et ses agents sélectionnent les propositions des parties prenantes qui sont prises en compte, en fonction des orientations nationales et du cadrage budgétaire. L'hypothèse d'une démocratie sanitaire encadrée est également confortée par le processus de cooptation des bureaux et présidents de CRSA (un exécutif d'ARS favorise par exemple l'élection d'un président de CRSA retraité de la haute fonction publique ayant effectué sa carrière dans l'administration régionale de la santé).

Une des régions étudiées fait cependant exception en ce qui concerne la capacité des protagonistes de la démocratie (tant représentative que participative) en santé à enclencher une dynamique dans laquelle l'exécutif de l'ARS peut être conduit à concéder des espaces accrus à la consultation des parties prenantes dans les processus décisionnels. Une charte formalisée gouverne les relations avec les conseils départementaux. La CRSA a obtenu un allongement des délais de consultation et la prise en compte des avis des conférences de territoire dans les processus de révision, d'évaluation et d'élaboration des plans et programmes.

Les différences sont encore plus marquantes en ce qui concerne fonctionnement de la démocratie sanitaire à l'échelon territorial. Les deux régions où le cadrage de la démocratie sanitaire est le plus prononcé, sont également celles où les agents des ARS qui en ont la responsabilité ont le plus de difficulté à mobiliser les parties prenantes, voire à pérenniser l'engagement des présidents de conférences de territoires. Dans la troisième région, la dynamique de démocratie en santé enclenchée à l'échelon régional est également observable à l'échelon territorial. Il s'agit de la région où des groupes de travail thématiques, déjà évoqués, ont mobilisé des usagers dont les propositions peuvent concourir à faire remonter la question des aidants informels dans la hiérarchie des priorités traitées par l'ARS.

Les différences observées en termes de fonctionnement de la démocratie sanitaire amènent à formuler deux types d'hypothèses d'explications. Les premières renvoient aux choix territoriaux et stratégiques effectués les exécutifs d'ARS, pour une part en concertation avec les instances de la démocratie sanitaire. Les régions où le fonctionnement de la démocratie sanitaire la plus locale est problématique sont celles où le découpage territorial est départemental ou « bi-départemental ». Dans la troisième région, la configuration des anciens territoires de santé (8 pour 4 départements) a été conservée avant qu'un regroupement partiel intervienne. Dans cette région, l'exécutif de l'ARS a également effectué le choix stratégique de financer des chargés de mission pour venir appuyer les conférences de territoire, notamment en formant et en animant des groupes de travail thématiques.

Le deuxième type d'hypothèses, qui requiert des investigations supplémentaires à poursuivre dans des phases ultérieures de la recherche, a trait à l'impact des facteurs historiques, culturels, sociopolitiques et économiques. La région où la démocratie en santé est la plus dynamique est en effet marquée par une histoire et une culture de mobilisations et d'initiatives sociales et associatives. La région où elle est la plus difficile à pérenniser est celle qui est la plus marquée par le déclin économique, le chômage, la pauvreté, mais aussi le vieillissement démographique, qui se traduisent par un effilochage du tissu associatif et socioprofessionnel. Ce type d'hypothèses est confirmé par l'observation de variations infrarégionales dans la participation aux conférences de territoires et aux consultations organisées par les départements, tout comme dans le déploiement des contrats locaux de santé qui requiert la mobilisation de partenaires politiques, associatifs et socioprofessionnels.

234. La question de l'articulation des logiques et instruments de gouvernance néo-managériaux et participatifs

L'extension des nouvelles formes de gouvernance publique (dynamisme des instances de la démocratie en santé et de la mobilisation dans le cadre des consultations départementales, conquêtes dans l'espace de consultation, ajustement l'agenda régional) est plus marquée dans l'une des trois régions étudiées. Toutefois, même dans ce cas, les marges des exécutifs des ARS pour développer des compromis avec les instances de la démocratie sanitaire sont limitées par les orientations nationales (relations hiérarchiques sur le mode administratif classique et surtout objectifs) et par le cadrage budgétaire (sur le mode néo-managérial). Ceci explique peut-être que, comme il y a déjà été fait allusion, les sous-secteurs d'intervention où les travaux et délibérations produits dans le cadre des dispositifs participatifs sont ceux où les enjeux techniques et financiers sont les moins prononcés : prévention, soutiens de second degré - aide aux aidants. Au-delà des obstacles que peuvent constituer les enjeux financiers et techniques, la clé pour comprendre les facteurs d'émergence ou d'extension d'espaces favorables au développement de nouvelles formes de gouvernance publique se trouve peut-être aussi dans les équilibres et interdépendance en termes de ressources (financières, mais aussi sociopolitiques et humaines) entre les ARS et les autres protagonistes (socioprofessionnels et politiques) de la mise en œuvre des politiques médico-sociales.

Les membres des exécutifs des ARS estiment qu'ils sont dans une position où les marges dont ils disposent vis-à-vis des autorités nationales sont plus importantes que celles dont ils bénéficieraient dans une administration déconcentrée, plus proche du régime de gouvernance administratif classique (sans bien sûr s'y réduire) dans la perspective conceptuelle adoptée ici. Ils opèrent sur la base de contrats d'objectifs et de moyens passés avec l'échelon national, tout en disposant de marges en termes de choix d'organisation, de management (nouveau management public) et de prise en compte de la démocratie sanitaire (nouvelle gouvernance publique). Pour autant, une partie importante de leur mission consiste à assurer le déploiement effectif d'instruments de cadrage précis de la mise en œuvre des politiques médico-sociale (par exemple, le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie – PRIAC, imposé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie - CNSA). Dans deux régions sur trois, les exécutifs des ARS déploient des stratégies de maximisation de leurs marges de manœuvre, par exemple au plan financier, par le biais de la mutualisation et du redéploiement des ressources non utilisées par les directions qui viennent s'ajouter au fonds d'intervention régional et permettent de développer des initiatives expérimentales. Ce type de stratégie, articulée aux politiques d'animation de la démocratie sanitaire conduit à des ajustements régionaux des référentiels nationaux, de manière plus marquée dans les champs d'intervention qui sont moins techniques et moins coûteux. Quelques exemples peuvent être évoqués :

- L'appropriation concertée des nouvelles approches de la planification (parcours) ;
- L'ajustement des objectifs nationaux (réagencement régional de la hiérarchisation des priorités : l'aide aux aidants ou l'accès aux soins des personnes handicapées remontent dans la hiérarchisation régionales des priorités en réponse à la mobilisation des protagonistes de la démocratie sanitaire et d'autres acteurs sociopolitiques) ;
- Des revendications ou expérimentations pour l'instant non abouties de ce qui pourrait être qualifié de rationnement participatif sont observables (expérimentation d'élaboration participative d'un cahier des charges). Les parties prenantes de la mise en œuvre des politiques médico-sociales intègrent les contraintes budgétaires mais revendiquent leur capacité à contribuer à une allocation plus optimale. L'on touche ici à la dernière question traitée dans le cadre de cette recherche.

235. Les innovations dans les politiques médico-sociales régionales et locales

Une partie des changements et innovations observés en ce qui concerne la gouvernance des politiques médico-sociales régionales et locales a déjà été évoquée. Il en va ainsi des approfondissements de la démocratie en santé observés dans l'une des régions étudiées (l'implication accrue des conférences de territoires dans le processus de planification). Dans ce cas, l'expérimentation régionale a anticipé les dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, tout comme ce fut le cas, dans un département de la même région en ce qui concerne la fusion organisationnelle partielle d'un centre local d'information et de coordination (CLIC) et du dispositif MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie). L'exemple de la formalisation des relations avec les conseils départementaux (charte) a également été évoqué.

Les outils du « nouveau management public », dont le déploiement intervient plus tardivement dans le secteur médico-social que dans le secteur hospitalier, sont mobilisés pour dégager des marges de réponses à des besoins nouveaux ou émergents dans un contexte de stagnation des ressources. Le regroupement de structures médico-sociales auquel incitent les ARS vise l'optimisation des coûts de structure ...et du travail de suivi et de pilotage de leurs activités. Cette stratégie autorise aussi des politiques de redéploiement des ressources, qui peut être prévu lors de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Ainsi, sans requérir de ressources supplémentaires, un regroupement de structure pourra, par exemple, mettre en place une structure d'accueil pour personnes handicapées vieillissantes.

Une partie des innovations (ou améliorations) observées en termes de services et de réponse aux besoins répond également à des propositions formulées dans le cadre des institutions de la démocratie en santé ou à des mobilisations sociales et professionnelles. Ces deux types de cheminement de l'innovation ne sont pas mutuellement exclusifs, ainsi qu'en témoignent les processus d'adoption de la charte Romain Jacob qui vise, il y a déjà été fait allusion, l'amélioration de la prise en charge médicale des personnes handicapées. La réponse à des besoins non satisfaits, l'accès de personnes hébergées en EHPAD aux soins dentaires, peut aussi résulter de mobilisations professionnelles. Enfin, pour encadrée qu'elle soit, la démocratie sanitaire n'est pas sans influence sur l'agenda des politiques médico-sociales régionales, même s'il appartient de constater que son impact se mesure plus en termes d'inflexion de la hiérarchie des priorités (en faveur des aidants, par exemple) que d'émergence de nouveaux objectifs.

Au vu de ce qui se précède, il est possible de constater qu'aucun des protagonistes des politiques médico-sociales régionales et locales n'a le monopole de l'impulsion de l'innovation. En revanche des variations peuvent être observées selon que les innovations concernent la gouvernance et la régulation ou la prise en compte et la réponse aux besoins d'une part et, d'autre part, en ce qui concerne les sous-secteurs des politiques médico-sociales, qui ne sont pas tous affectés par les mêmes enjeux techniques ou financiers. De même, des variations régionales, voire infrarégionales dans les dynamiques d'innovation ont pu être constatées.

Les innovations en termes de gouvernance, de régulation et de pilotage des politiques médico-sociales résultent fréquemment d'arrangements entre les parties prenantes, c'est-à-dire les ARS, les conseils départementaux (ou plus rarement d'autres collectivités locales) et/ou les parties prenantes de la démocratie en santé. Un exemple déjà évoqué concerne l'implication accrue des conférences de territoire dans le processus de révision, d'évaluation et d'élaboration du projet régional de santé dans l'une des régions étudiées. Il s'agit là d'une concession de l'exécutif d'une des ARS étudiées, placé sous la pression des acteurs de la démocratie sanitaire. L'exemple de fusion partielle des dispositifs CLIC/MAIA, également évoqué, procède d'une initiative d'un conseil départemental, mais requiert l'accord et la coopération de l'ARS. Les variations régionales, infrarégionales et

sectorielles en ce qui concerne l'innovation en termes de services sont, tout comme leurs explications, similaires à celles qui ont été discutées en ce qui concerne la démocratie sanitaire.

24. Bilan scientifique du programme :

a. Manifestations scientifiques

Se reporter au point B. « Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé auxquels vous avez participé et/ou organisé durant la période (et des missions à l'étranger) »

b. Apports sur les savoirs et les méthodes, constitution d'outils de travail ;

Le principal apport de cette recherche concerne l'apprentissage du travail interdisciplinaire entre juristes, spécialistes des sciences du management, démographes et sociologues. L'une des difficultés consiste à articuler des questionnements, approches et méthodes différents. L'analyse juridique peut être centrée sur l'étude des textes et du contentieux. Dans le cadre de la recherche effectuée, l'interrogation portait, du côté des sciences de la gestion, sur les espaces favorables à l'innovation et habiletés stratégiques des acteurs. Du point de vue de la démographie, les approches et méthodes de planification, ainsi que leur évolution constituait une question clé tandis que, du point de vue de la sociologie de l'action publique, il s'agissait plutôt des types de gouvernance. Le dialogue interdisciplinaire a été facilité par un intérêt partagé pour la compréhension concrète du fonctionnement des institutions, la production et la mise en œuvre de normes et actions publiques.

Les outils d'enquête (par exemple les guides d'entretien) ont été conçus de manière collaborative afin d'intégrer les préoccupations des différents membres de l'équipe. Une grande partie des entretiens ont été conduits par deux ou trois membres de l'équipe, ce qui a permis de mesurer l'intérêt et la complémentarité des expertises de chacun (par exemple en ce qui concerne le droit du secteur médico-social, la planification). Plusieurs séminaires ont permis d'approfondir le dialogue interdisciplinaire. L'étape suivante sera constituée par la réalisation d'un numéro de revue ou ouvrage collectif.

c. Questionnements nouveaux résultant des recherches entreprises.

L'un des résultats les plus marquants de la recherche concerne les variations régionales et infrarégionales observées dans l'organisation, le fonctionnement et l'impact de la démocratie sanitaire ou encore en ce qui concerne le déploiement de dispositifs impliquant des mobilisations politiques et sociales locales (contrats locaux de santé). Ce type de résultat constitue, aux yeux de l'équipe, une invitation à approfondir, dans des phases ultérieures de la recherche, la question de l'impact des facteurs historiques, culturels, géographiques, sociopolitiques et économiques sur l'évolution des formes de gouvernance et l'innovation dans les politiques médico-sociales.

Les recherches effectuées ont permis de mesurer les limites de l'opposition entre gouvernement centralisé par les instruments et gouvernement par le compromis⁷. Le projet a permis de mobiliser et d'adapter des typologies plus complexes, d'envisager des formes d'hybridation des différents types de gouvernance (classique, management publique, nouvelle gouvernance publique) à mettre en relation avec les facteurs évoqués dans le paragraphe précédent.

L'adoption de l'approche mentionnée dans le paragraphe précédent permettra, dans la phase suivante de la recherche, de traiter la question des effets des changements et innovations étudiés sur les institutions et organisations qui pilotent les politiques médico-sociales régionales et locales (départements et surtout ARS), mais aussi à l'échelon national. A l'échelon régional, l'interrogation portera, par exemple, sur la mesure et les modalités selon lesquelles le fonctionnement de la démocratie en santé affecte les

⁷ Loncle P., 2009, « La mise en œuvre des politiques de santé publique au niveau local : l'animation territoriale en santé en Bretagne », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 27, n° 1, mars, pp. 5-30.

approches et méthodes de pilotage des exécutifs, en particulier en s'intéressant à la deuxième phase de la planification. Le même type d'interrogation pourra être développé à l'échelon départemental. A l'échelon national, dans le prolongement des travaux menés à propos des nouvelles formes de gouvernance (interactive ou réflexive⁸) de l'action publique, la question portera sur la prise en compte des effets (y compris inattendus ou non désirés) des mesures et politiques mises en œuvre.

25. Perspectives (publications, valorisation, préparation de réponses à des appels à projets, autres prolongements envisagés)

Des publications supplémentaires (notamment dans les revues Santé publique et Politiques et management publics) sont prévues ou envisagées, ainsi que la réalisation d'un ouvrage collectif. La réponse à l'appel à projets Open Research Area for the social sciences (cf. annexes) n'a malheureusement pas été couronnée de succès. Une réponse à l'appel à projets européen Research Innovation and Staff Exchange mobilisant les membres du réseau constitué est en cours d'élaboration et donnera lieu à un séminaire qui se tiendra à l'université de Roskilde au Danemark. La recherche conduite trouve par ailleurs un prolongement dans le projet Cloterres (Stratégies locales de prévention primaire et de promotion de la santé), également financé par l'IRES⁹. Un membre de l'équipe CIPMSR (Hervé Hudebine) y participe. Un séminaire mobilisant l'équipe CIPMSR permettra le 28 mars de communiquer à l'équipe Cloterres les résultats obtenus à propos des contrats locaux de santé dans le cadre de cette recherche.

III. Valorisation

A. Livrables externes réalisés

Pour les articles et communications écrites, préciser s'il s'agit d'articles dans des revues à comité de lecture / d'ouvrages ou chapitres d'ouvrage / d'articles dans d'autres revues / de communications dans des colloques ou des congrès / de dépôt de brevet... Référencer selon les normes habituelles. Indiquer également les publications prévues.

Mentionner si ces livrables peuvent ou non faire l'objet de communications externes par l'IRES.

Indiquer, le cas échéant, les thèses démarrées, en cours et/ou soutenues en relation directe avec le projet :

Préciser le titre, date de soutenance (prévue ou réelle), soutien financier, devenir des étudiants pour les thèses soutenues

Grenier C. et Rimbert-Pirot A-G., 2015, « Construction d'un territoire et territorialisation de l'action publique : Cas des Programmes Territoriaux de Santé », conférence AIRMAP, mai. (COM)

Grenier C. et Rimbert-Pirot A-G., 2015, « Outil de territorialisation de l'action publique et co-construction du territoire - Cas de mise en place d'une CHT (Communauté Hospitalière de Territoire) », in Alam U. et Gurruchaga M. (dir.), *Collectivités, territoires et santé. Regards croisés sur les frontières de la santé*, Paris, L'Harmattan, coll. du GRALE. (OS)

Grenier C. et Rimbert-Pirot A-G., 2016, « Construction d'un territoire et territorialisation de l'action publique : Cas des Programmes Territoriaux de Santé », in *Revue générale de droit médical*, 58, 89-112. (ACL)

Hudebine H., 2015, "Reforming Long Term, Domiciliary and Homecare Policies at the Regional Level in France: Radical Ambitions at the Top, Ambivalent Institutional Framework and Space for Learning and Locally Negotiated Gradual Change", Social Policy in the Spotlight: Change, Continuity and Challenge, Social Policy Association Conference, Belfast, Ulster University, 6-8 July. (COM)

Hudebine H., 2015, Ambivalences et espaces d'innovation dans la configuration des politiques médico-sociales régionales et locales, La gouvernance auscultée : une entrée conceptuelle pour penser la rénovation du système et des organisations de santé et de l'action sociale, 7^e colloque Santé de KEDGE BS, Marseille, 08-09/04/2015. (COM)

Hudebine H., 2015, Résultats de l'enquête sur les ARS, communication au colloque, Les ARS face aux ESMS : acteurs ou metteurs en scène ?, Université d'Angers, Faculté de droit, 26 novembre. (COM)

Hudebine H., Munoz J., Jourdain A., 2015, « Une nouvelle forme organisationnelle pour une nouvelle forme de régulation de l'action publique dans le champ médicosocial ? », in Alam U. et Gurruchaga M. dir., *Collectivités*,

⁸ Torfing J., Peters B. G., Pierre J., Sørensen E., 2013, *Interactive governance: Advancing the paradigm*, Oxford, Oxford University Press.

⁹ <https://www.cloterres.fr/>

Hudebine H., 2016, "Promoting Democracy and Participation in Social and Long Term Care while Reducing the Scope for Social Innovation", 3rd conference Espanet Poland, "Social Investment and Development", University of Warsaw, 22-24 september. (COM)

Hudebine H., Grenier C., 2017, « La nouvelle gouvernance des politiques médicosociales : variations régionales », Colloque Santé, Marseille, Kedge BS, 17 et 18 mai 2017, *Soutenir durablement l'innovation dans l'écosystème de la santé : Innovons pour innover !* (COM)

Hudebine H., 2017, "New Public Governance in Social and Long Term Care policies at the sub-central level in France", *Transforming Care Conference*, Politecnico Milano, 26-28 juin (COM).

Hudebine H., 2017, "Innovation and Hybridization in Regional and Local LTC Governance Models: Case Studies from France", séminaire du CER GAS, université Bocconi, Milan, 3 octobre.

Hudebine H., 2017, "Long-Term Care Policy Governance in France", conference Integrare sanità e sociosanitario: unificare o distinguere?, université Bocconi, Milan, 4 octobre (conference invitée).

Jourdain A., 2015, « Enjeux des schémas », communication au colloque, Les ARS face aux ESMS : acteurs ou metteurs en scène ?, Université d'Angers, Faculté de droit, 26 novembre. (COM)

Jourdain A., Munoz J., Hudebine H., 2017, « Les acteurs de la loi HPST confrontés à la recentralisation du secteur médicosocial », *Santé publique*, vol. 29, n° 3, p. 345-360.

Jourdain A., Munoz J., Les acteurs de la "sanitarisation" du médico-social dans les premières années de la loi HPST : une clé pour comprendre le changement ?, La gouvernance auscultée : une entrée conceptuelle pour penser la rénovation du système et des organisations de santé et de l'action sociale, 7° colloque Santé de KEDGE BS, Marseille, 08-09/04/2015. (COM)

Rihal H., 2016, « La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement », *Actualité juridique droit administratif*, p. 851-856. (ACL)

Rihal H., 2016, « L'appel à projets », *Revue de droit sanitaire et social*, 2016 p. 425-432. (ACL)

Rihal H., 2016, « L'évolution de la subordination des politiques des établissements de santé à leur tarification », *Les cahiers du droit de la santé*, mai. (ACL)

B. Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé auxquels vous avez participé et/ou organisé durant la période (et des missions à l'étranger)

(préciser la date, le lieu, l'objet, le nombre des participants)

- Séminaires

L'innovation dans les politiques sociales et médico-sociales locales : entre marges et contraintes – une perspective comparative, LABERS, Université de Bretagne Occidentale, Brest, UFR Lettres, Sciences Humaines et Sociales, 10-11/09/2014. (Coordonné par H Hudebine – 15 participants)

La démocratie dans le secteur médico-social en question, LABERS, Université de Bretagne Occidentale, Brest, UFR Lettres, Sciences Humaines et Sociales, 11-12/09/2015. (Coordonné par H Hudebine -15 participants)

Les espaces favorables à l'innovation dans le champ de la santé : Comment des espaces peuvent favoriser l'émergence, la pérennisation et la diffusion des innovations ? Comment des espaces peuvent favoriser la transformation du système de santé ?, KEDGE BS, Marseille, 30-31/05/2016. (Coordonné par C Grenier – 40 participants)

Innovation and change in social and long-term care policies at the sub-central level: proposal for a European research network, LABERS-UBO, LISE-CNAM, 1-2/12/2016. (Coordonné par H Hudebine – 12 participants)

- Colloques

La gouvernance auscultée : une entrée conceptuelle pour penser la rénovation du système et des organisations de santé et de l'action sociale, 6° colloque Santé de KEDGE BS, Marseille, 08-09/04/2015. (Coordonné par C. Grenier)

Les ARS face aux ESMS : acteurs ou metteurs en scène ?, Université d'Angers, Faculté de droit, 26-27 novembre 2015. (Coordonné par H Rihal)

Soutenir durablement l'innovation dans l'écosystème de la santé : Innovons pour innover !, 7° colloque Santé de KEDGE BS, Marseille, 17 & 18 mai 2017. (Coordonné par C. Grenier)

- Faits marquants

Réponse à l'appel à projets « Open Research Area for the Social Sciences », déposé le 05/07/2017.

Titre : Sub-Central Innovation in Long-Term Care Policies.

ANNEXES

Partenaires dans le cadre de la réponse à l'appel à projets Open Research Area for the social sciences (p. 17)

Réponse à l'appel à projets Open Research Area for the Social Sciences (p. 18)

Programme du séminaire “Innovation and change in social and long-term care policies at the sub-central level” (16/12/2016 – p. 29)

1. Partenaires dans le cadre de la réponse à l'appel à projets Open Research Area for the social sciences:

Role	Name & First Name	Organisation	Laboratory or Unit	Position
France				
Principal Investigator	Hudebine Hervé	Université de Bretagne Occidentale	Laboratoire d'Etudes et de Recherches en Sociologie	Senior Lecturer - sociology
Co-Investigator	Grenier Corinne	KEDGE Business School	Centre d'Etudes et de Recherche en Gestion d'Aix-Marseille	Senior Professor
Co-Investigator	Giraud Olivier	CNRS - CNAM	Laboratoire Interdisciplinaire de Science Economique	Senior Research Fellow
Germany				
Principal Investigator	Theobald Hildegard	University of Vechta	Department of Education and Social Sciences	Professor, Organisational Gerontology
Co-Investigator	Pfau-Effinger, Birgit	University of Hamburg	Department of Social Science	Professor (chair), Social Structure Analysis
Team Member	Grages, Christopher	University of Hamburg	Department of Social Science	Post-doctoral researcher
United Kingdom				
Principal Investigator	Veronesi Gianluca	University of Bristol	School of Economics, Finance and Management	Professor, Healthcare Management
Co-Investigator	Baglione Simone	Glasgow Caledonian University	Yunus Centre for Social Business and Health	Professor, Politics
Co-Investigator	Mazzei Micaela	Glasgow Caledonian University	Yunus Centre for Social Business and Health	Research Fellow
Japan				
Co-Investigator	Saito Yayoi	Osaka University	Graduate School of Human Sciences	Professor in Political Science
Principal Investigator	Ishiguro Nobu	Osaka University	Graduate School of Language and Culture	Associate Professor in Social Policy
Denmark, Switzerland				
Cooperation partner	Dahl, Hanne Marlene	University of Roskilde	Department of Social Sciences and Business	Professor, Political science
Cooperation partner	Lucas Barbara	University of Geneva	RESOP, Institut de recherche sociale et politique	Professor, Social Policy

ORA Outline Proposal Template

Call 2017/2018

TABLE OF CONTENTS

I. Project Identification

II. Resubmissions

III. Full List of the Applicants

IV. Research Description

V. Bibliography

VI. Budgets, Justification of Resources and Financial Forms

Annexes

- Summary of Japanese Proposal (only if applicable)

I. PROJECT IDENTIFICATION

Project Acronym: SCI-LTC

Project Title: Sub-Central Innovation in Long-Term Care Policies

Main Applicant: Hervé Hudebine

Main discipline for this proposal and other contributory disciplines, if applicable:

Political science, social policy, management, sociology, gerontology, geography

Keywords (max. 8 separated by a semicolon ";")

Long-term care policies, sub-central and local levels, innovation, comparative analysis

Duration (24 to 36 months): 36 month

Abstract (up to 1,500 characters, spaces included):

Long-term care policy actors and stakeholders face significant and contradictory challenges in terms of available collective resources, demographic trends and increasing demands, including from a qualitative and civic point of view. Such challenges are compounded by the complexity of a policy field characterised by institutional, financial, organisation and professional tensions. Such tensions are borne by sub-central and local actors and stakeholders, which may be forced to innovate in order, if not to overcome, to better management. One of the main contentions of this project is that the sub-central and local levels constitute the relevant loci to observe and analyse the initiation, dissemination and implementation of innovations. Such innovations may affect the governance of LTC policies, but also the integration of and the content of the services provided. This research project will involve a comparison of the innovation processes in France, Germany, the United Kingdom (and in association with Denmark and Switzerland), and also a comparison between sub-central units. This research will be based on a neo-institutionalist and multi-scalar perspective. One of its distinctive characteristics is the focus on the relations between innovation in terms of governance and innovation in terms of services. This research will be conducted with a view to draw lessons both in academic and in practical terms, as it will aim both an academic and a non-academic audience.

II. RESUBMISSIONS

Applications that are resubmissions of a previously unfunded ORA project must be a substantial revision of the original proposal taking into account reviewer comments and further advances within the relevant field of expertise. National agencies may reject applications if they do not consider these to be substantial revisions. No resubmissions are allowed for UK applicants.

Did you submit the proposal in a previous ORA call? Who were the PIs involved in the application?

☒ No.

☐ Yes. Substantial amendments have been made.

Please specify the changes made and the PIs involved in the previous application (up to 1,000 characters, spaces included):

III. FULL LIST OF THE PROJECT PARTICIPANTS

(Principal Investigators: PI, Co-Investigators: CI, Team Members: TM, in all contributing countries. For definitions see Call text section III.2 "Guidelines for Outline Proposals").

For every single project participant, please fill in the tables below. Add lines as necessary and if relevant, please group participants in teams. In the "position" column, please specify the duration of the contract, if on a fixed-term contract)

France

Role	Name & First Name	Organisation	Laboratory or Unit ¹⁰	Email Address	Average time spent on project in hours per week	Position (<i>Emploi actuel et statut : CDD, CDI...</i>)
PI	Hudebine Hervé	Université de Bretagne Occidentale	Laboratoire d'Etudes et de Recherches en Sociologie	Herve.hudebine@univ-brest.fr	20 hours	Senior Lecturer (MCF) - sociology
Co-I	Grenier Corinne	KEDGE Business School	Centre d'Etudes et de Recherche en Gestion d'Aix-Marseille	corinne.grenier@kedgebs.com	7 hours	Senior Professor
Co-I	Giraud Olivier	CNRS - CNAM	Laboratoire Interdisciplinaire de Science Economique	olivier.giraud@cnam.fr	10 hours	Senior Research Fellow

¹⁰ (for public research organizations only)

Germany

Role	Name & First Name	Research Organisation	Department, Institute or Centre	Email Address	Average time spent on project in hours per week	Position
PI	Theobald Hildegard	University of Vechta	Department of Education and Social Sciences	hildegard.theobald@uni-vechta.de	10 hours	Professor, Organisational Gerontology
Co-I	Pfau-Effinger, Birgit	University of Hamburg	Department of Social Science	pfau-effinger@wisso.uni-hamburg.de	5 hours	Professor (chair), Social Structure Analysis
TM	Grages, Christopher	University of Hamburg	Department of Social Science	grages@wisso.uni-hamburg.de	40 hours	Post-doctoral researcher

The Netherlands

Role	Name & First Name	Research Organisation	Department or Institute	Email Address	Average time spent on project in hours per week	Position (<i>functie en duur aanstelling</i>)
PI						
Co-I						
TM						

United Kingdom

Role	Name & First Name	Research Organisation	Department, Institute or Centre	Email Address	Average time spent on project in hours per week	Position
PI	Veronesi Gianluca	University of Bristol	School of Economics, Finance and Management	Gianluca.Veronesi@bristol.ac.uk	5	Professor, Healthcare Management
Co-I	Baglione Simone	Glasgow Caledonian University	Yunus Centre for Social Business and Health	Simone.Baglioni@gcu.ac.uk	3	Professor, Politics
Co_I	Mazzei Micaela	Glasgow Caledonian University	Yunus Centre for Social Business and Health	micaela.mazzei@gcu.ac.uk	8	Research Fellow

Japanese Associate Partner

Tick this box if the proposal has a Japanese associate partner, who applied separately to JSPS for funding (see the annex to this form, describing the Japanese team and component of the proposed research).

X

Cooperation Partners:

Please mention those scientists from countries not participating in ORA and non-academic partners with whom you are cooperating or have agreed to cooperate on this particular project (name and organisation).

These partners should provide their own funding. Please also mention the indicative percentage of working time spent on this project.

<i>Name and Title</i>	<i>University/Institute/Organisation</i>	<i>Percentage of Working Time (indicative)</i>	<i>Source of Funding</i>
Dahl, Hanne Marlene, Professor, Political science	University of Roskilde, Department of Social Sciences and Business, Denmark	15%	Funding currently sought
Lucas, Barbara, Professor, Social Policy	University of Applied Sciences and Arts Western Switzerland, Geneva	15%	Funding currently sought

IV. RESEARCH DESCRIPTION

1 Aims and background of the research proposed

Governments are facing increasing demands for long-term care (LTC) while collective resources are limited. This project aims **to compare innovation in LTC policies at the sub-central level in France, Germany, the UK and Japan** (in association with Denmark and Switzerland) in order **to draw lessons** regarding the management of the above mentioned tensions.

Long-term care can be defined as “**a range of services required by persons with a reduced degree of functional capacity, physical or cognitive, and who are consequently dependent for an extended period of time on help with basic activities of daily living**, such as bathing, dressing, getting in and out of bed or chair, moving around and using the bathroom. This personal care component is frequently provided in combination with help with basic medical services” (Ranci and Pavolini, 2013). In this field, European governments are faced with **increasing ageing** of their population, demand for **better quality of care, individualized** caring and the promotion of users’ rights; these have to be combined with the **optimisation of collective resources**. Such problems exacerbate structural and organisational **challenges**, such as the **integration of social and health care** policies, and the development and coordination of professional and informal care provision (Gori, Fernandez, 2015; Ranci, Pavolini, 2013). Challenges is an apt term as this field is marred by “**wicked**” problems, among which: the **institutional and financial compartmentalization** of health and social care; discrepancies between the **cultures and modes of organisations** of the professionals involved; the **ethical and social issues** (infringements on privacy) involved by the coordination of professional and informal help.

In addition, the ambivalences characterising the objectives of LTC policies (i.e. containing spending while responding to increasing need in a qualitative and individualized manner), are compounded by **tensions with respect to their governance styles**¹¹. Historically, the relevant scale to identify needs, to co-ordinate, to adapt and to personalise responses (services, help and care packages) is the **local level**. However, as investments in LTC have increased, so have concerns about quality standards and also, more recently, about pressures on social security and public budgets (Burau, Dahl, 2013; Theobald, Ozanne, 2016). Government responses to these concerns have often involved a **recentralisation of LTC policies**, through the deployment of steering, monitoring and assessment tools. Such centralised government at a distance often creates tensions with local LTC decision makers and stakeholders as it is synonymous with a restriction of their discretion margins, and may also challenge their value choices.

In this context, **LTC policy implementation at the sub-central and local levels is a crucial matter for research, as it is the loci where** the above mentioned challenges, **tensions and ambivalences are addressed and managed**. Indeed, the management of the tensions created by potentially contradictory objectives imposed from the top, and the necessity to respond to increasing needs and demands (from a quantitative and qualitative point of view) implies that **sub-central actors should be granted (explicit or implicit) margins of discretion**. This is in line with a classical hypothesis in policy analysis, namely that implementation level constitutes an integral part of the policy making process. In such configurations, intermediary actors, organisations and institutions **may be forced to innovate** or to consider innovations promoted by professional, voluntary and user organisations.

In this project, we will consider both social and policy innovation. A policy innovation can be defined as a new programme, which does not necessarily involve the invention of a new policy, as it can be borrowed from other governments (Berry, Berry, 1999). Depending on the countries and the cases considered, policy innovations may be initiated at the central level, emerge from sub-central or local policy innovations that have been institutionalised, or derive from social innovations. The latter are defined as new ideas meeting new social needs and creating new social links (Jenson, Harrison, 2013). Giraud et al. (2014) characterise social innovations as new discourses which participate in the struggle for representation in the policy field and also as ideas, practices, objects that are perceived as new by individuals or other units of adoption. Such innovations may affect governance, service provision, quality of care, professional and voluntary organisations involvement into the innovative dynamics, as well as users’ participation in policy-making, implementation and evaluation. In this project, we intend to **consider the interactions between policy and social innovations, but also between governance and LTC services and support innovation. These questions will be considered in a cross-country and sub-central unit comparative perspective**, which will involve the following aims.

1.1. Identifying patterns of innovation and change in LTC policy at the sub-central level

We will consider **innovation in terms of governance and co-ordination** of the policies and organisations, and **also in terms of services and care**, and also assess the claim that innovation in governance is required to innovate in services (Moore & Hartley, 2008).

When identifying patterns or types of innovation we will first focus on the **key actors and organisations** pushing for innovation and change in LTC. These may differ according to the country, sub-central units, but also with regard to the LTC policy sub-sectors or issues considered (e.g. governance, co-ordination, integration of health and care pathways, home and domiciliary help and care, prevention, informal helpers support, etc.). **Sub-central public authority’s decision makers** may play a significant role, but so can **local politicians, professional and non-governmental organisations, users’ associations**. Also, as already mentioned, innovations may be initiated at central level.

¹¹ Richardson (2012) distinguishes between consensual and impositional governance styles, but one may also distinguish between hierarchical, network and market governance styles (Meuleman, 2008). Such typologies can be adapted and combined to study central-local government relationships as well.

In order to characterise innovations, we will also focus on their **objectives** (increased efficiency and/or responsiveness of policies and services, identification of unmet, or better knowledge of, needs, professional, frontline staff and user involvement i.e. more interactive/participatory governance). Finally, we will consider the **scope** (radical/incremental), the **diffusion** and the **institutionalisation** of policy and social innovations.

1.2. Identifying and explaining divergences and convergences with regard innovation patterns

The analysis of innovation patterns will aim to identify and explain convergences and divergences. It will be conducted in a **comparative perspective, both at a country and a sub-central level**. Policy and social innovations responding to similar issues (e.g. professional and informal care coordination, help and care pathways, recruitment and working conditions of care workers) will also be compared. Convergences and divergences with regard to innovation patterns (e.g. with regard to the adoption of new policy instruments aimed at improving co-ordination, quality assurance, cost control, personal services, complex cases management, user involvement) will also be identified. A comparative analytical framework (see point 3) will be used in order to attempt to account for the above mentioned convergences and divergences.

1.3. Analysing the interactions between governance innovations and services or help and care arrangement innovations

As already mentioned, the making and implementation of LTC policy involve complex and wicked problems. New forms of (public, interactive, participatory or reflexive) governance (Ferlie and McGivern, 2013; Torfing, Triantafyllou, 2013) are deemed to facilitate the resolution of such problems, notably because they are supposed to be conducive to social and policy innovation. A third aim of the proposed comparative research will therefore be **to assess whether new forms of governance lead to policy innovations** with regard to sub-central LTC policies, while **considering the impact of key (cultural, institutional, social, geographical and cultural) variables** (Sorensen & Torfing, 2011). One of the associated issues will also be to assess the impact of new forms of governance in two respects. Firstly, interactive (or participatory) forms of governance may contribute to a **better incorporation of the adverse or unintended effects of top-down decisions**, plans and reforms (and also of local initiatives) in the policy-making and adjustment process. Secondly, they may have an impact on the **transformative potential of innovations** and changes initiated at the sub-central level in the LTC policy field. Namely, new types of public governance (Osborne, 2010; Torfing et al., 2013) may not only increase the space for local LTC policy experiments or social innovations, but also have a favourable impact on their dissemination and on their institutionalisation as collaboration between actors can strengthen the constitutive cycles of innovation (Sorensen, Torfing, 2011). This means that the comparative analysis of innovation in the LTC field will be conducted in a **multi-scalar perspective**, considering both horizontal and vertical interactions between levels of governance, sub-sectors and actors involved in the policies (Giraud, 2012). The intended research design will therefore include the possibility for innovations being initiated or imposed from central level, or for spaces for innovation being opened from the "top". It will allow for the analysis of the way these latter innovations (which may or may not have been "social" or "local" in the first place) are appropriated or resisted.

2 Position in the context of existing research

Cross national comparisons of LTC policies indicate that a process of convergence is at work in Europe and in other advanced countries such as Japan. This convergence operates either through the adoption of policy instruments and service models typical of other European national health care systems (Bode, Champetier et al., 2012; Bode et al., 2013), or through increased rationing in more generous systems and improvements of the coverage in the less generous ones (Martin, Le Bihan, 2014). These processes result in a new form of 'restricted universalism', characterized by universal entitlements to LTC benefits constrained by limitations in provision due to financial constraints and budget ceilings (Ranci, Pavolini, 2015). With regard to the issues raised in this research proposal, existing studies show that LTC policies tend to evolve through gradual change (displacement, layering, drift, conversion and exhaustion – Ranci, Pavolini, 2013, 2015). Research focused on local social innovations in LTC shows that these tend to be normalised under the influence of centrally initiated neo-managerial and bureaucratic, professional and market logics when they are more widely diffused (Giraud et al., 2014). However, one should not exclude the possibility for more radical innovations and changes at the sub-central level, if only as a response to significant (financial and institutional) changes at the national or countrywide level (see Glasby, 2015). Policy innovation and change may also be the result of a learning process (Grin, Loeber, 2006), where errors and failures becoming apparent at the local level trigger more transformative initiatives, as was the case with the 2001 LTC reform in France (Frinault, 2009).

Comparative LTC policy studies have focused on help and care packages provided to elderly persons in different European cities, taking into account variations related to their socio-economic status (Martin, Le Bihan, 2014). However, **neither the sub-central level, nor innovation was their focus, while they are crucial if one is to understand how the challenges faced in the LTC policy field may be better met**. A study dedicated to federalism and decentralization in European health and social care (Costa-Font, Greer, 2013) provides a significant insight into the politics and governance arrangements of LTC policies at the sub-central level and touches the issue of innovation, but only with regard to the hypothetical impact of central-local governments relations. This latter issue is at the heart of the work of H. Theobald and E. Ozanne (2016) with a focus on the link between horizontal and multi-level governance structures on the one hand, and the patterns of universalism, and integration of LTC policies and services on the other hand. More to the point, Burau and Dahl (2013) focus on the interplay between the national and the local levels in order to analyse changes in Danish LTC policy. Aside from the latter examples, few comparative studies of LTC policies have focused on the sub-central level and even less so to consider the issue of social and policy innovation.

Nevertheless, the theoretical foundations of the proposed research do borrow to some extent to existing comparative studies about LTC policies.

3 Theoretical foundations and methodology of the research proposed

3.1. Theoretical Foundations

Comparative analyses of long term care policy reforms (Ranci, Pavolini, 2013) have been based on a **neo-institutional approach to innovation and change**, where sources of change are not simply exogenous shocks or environmental shifts (e.g. social, demographic and economic factors or crises). They occur also when problems of rule interpretation and enforcement open up spaces to implement rules in new ways (Mahoney, Thelen, 2010), and when governance principles and modes evolve. Such an analytical framework could be well suited to the analysis of innovation and change at the sub-central level. Tensions within social and LTC policies (both in terms of priorities and governance styles) are likely to open spaces for innovation and change at the sub-central local levels, both in terms of governance and coordination, of users and professionals participation and in terms of social services. Based on this analytical framework, key factors will be taken into consideration when analysing patterns of innovation and change at the sub-central level in a cross-country comparative perspective comparison:

- The policy inheritances¹², the funding mechanisms and the institutional configurations of LTC policies (including the welfare paradigms and arrangements and the characteristics central-local relations);
- The national and regional political and cultures (conceptions of fair social protection, individual autonomy, family solidarity; adequate sub-central government autonomy¹³), focusing on how and in which situations they have an impact;
- Socio-demographic characteristics, and economic factors and the way they are framed.

3.2. Methodology

Such a framework also allows for a **multi-scalar analysis** (Giraud, 2012), which will for instance involve 1) a consideration of sub-central or even local, welfare mixes and LTC care regimes (e.g. variations in the deployment of quasi-market mechanisms and the commodification of provision), and 2) social, professional and political dynamics. **One of the distinctive characteristics of this project is that the consideration of both the countrywide contexts and the analysis of the LTC policy configurations at the sub-central level will be combined with more bottom-up analysis focusing on the dynamics of local policy and social innovations** (i.e. local policy and social experiments, the way their initiators gather support and the dissemination of these policy and social innovations).

As the empirical research will focus on the sub-central levels, the study of the **national (countrywide) frames** of social and long-term care policies (phase 1) will be based on **existing literature** and the analysis of **policy documents** (plans, programmes, report). **Semi-structured interviews** with national (countrywide – 5 per country) decision makers playing a key role in the central-local relations in the social and long-term care field could be envisaged during the course of the research. During the **first phase** of the research (see point 5), **interviews with key decision makers (e.g. health and social authorities executives) and stakeholders (e.g. user and provider representatives)** will be conducted in order 1) to analyse the configuration of LTC policy in the sub-central units studied - 2 per country¹⁴ - and 2) in a more informative manner in order to identify exemplary cases (Yin, 2003) of policy and social innovations (**10 interviews per sub-central unit**). Our analytical frameworks will also be discussed with key informants experts in the field.

In the **second phase**, research work (**observations, 30 interviews and 2 focus groups per sub-central unit**) will concentrate on the study of exemplary cases providing an opportunity to test the above mentioned hypotheses. Namely, the research will focus on innovative LTC **governance mechanisms, policy instruments** and levers deployed (or initiated) at the sub-central and local levels. We will also analyse the **politics of innovation** in the long-term care policy field. **Exemplary cases** (including with respect to international, cross-spatial and cross-level learning such as integration instruments) could include:

- **Governance, coordination and/or integration instruments** (social and LTC policy plans, programmes, contracts, instruments at the strategic, professional and individual/family levels of multi-disciplinary services involving professionals and/or voluntary organisations, etc.);
- Implementation **monitoring**, quality assurance, guidance instruments, and cost control instruments;
- **Quasi-market mechanisms** (competitive tendering);

¹² "Policy inheritance" refers to the notion that government options for current and future policy changes are invariably affected by policies that have been inherited from previous administrations (Rose and Davies (1994).

¹³ "A system of meaning embedded in history through collective practices, which are more or less formally institutionalized (...) and support common representations of what is value (values)" (Barbier, 2012, 106).

¹⁴ Bretagne, Provence-Alpes Côte d'Azur; Hamburg, Lower Saxony; England, Scotland; two in Japan. 2 local authorities (départements, counties, metropolitan authorities or municipalities), districts) will be studied in each sub-central unit.

- Policy instruments (**forums or emerging spaces** deemed favourable to innovation, Zietsma & Lawrence, 2010) enabling the participation of users (citizens) and professionals in the making, implementation or evaluation of social and long-term care policies at the sub-central and local levels.
- **Innovative services** (with regard to care pathways or family care for instance)

4 Added value of international collaboration and contribution of the partners

The project partners have a strong research **background in the field of LTC or social and policy innovation**. The sample of countries reflects a diversity of welfare systems, LTC regimes and central-local relations. Members of the consortium:

- Reflect a **diversity of social sciences backgrounds** (social policy, political science, sociology, gender studies, organisational gerontology, health and social care management).
- Have a **strong experience in comparative studies and/or in the coordination of research projects** involving several partners. They **have conducted research with one or more participants in this project, and/or have attended seminars held to prepare for this project**.
- Are **experienced in a diversity of research methods** (quantitative data analysis, qualitative and case analysis, policy evaluation and transfer), which will be drawn upon to implement the work-plan in an efficient and timely manner.
- Have **capacities in knowledge transfer and application oriented deliberations** that are based upon previous experiences in drafting evidence based practical and policy recommendations.
- Have **experiences in the dissemination of research results on behalf of decision makers, professionals and civil society organisations**.

5 Work plan

Year 1	1) Literature review (<i>equitably shared between country teams and according to academic disciplines</i>) and document analysis, development and adjustment of the comparative research design and methodology (e.g. harmonisation of interview guides), identification and interviews with key informants involving. 2) Fieldwork and analysis of the sub-central LTC policy, identification of exemplary cases and of the relevant actors, interim report and scientific article based on initial results) – <i>equitably shared among country teams also</i> .
Year 2	Based on the analytical framework developed in year 1: exemplary cases field work (interviews, observation, focus groups), interim report and article 2 - <i>equitably shared among country teams</i> .
Year 3	Final report, book, dissemination (academic and non-academic conferences)

6 Expected output / impact and dissemination (both academic and non-academic)

- We expect to produce two interim reports and one final report. They will form the basis of **journal articles** submitted at the end of years 1, 2 and 3 of project (*5 per country team in The Gerontologist, Ageing and Society, Health Affair, Journal of European Public Policy, Journal of European Social policy*). An **international academic colloquium** will be organised in **Brest** during the third year, with a view to disseminate the results of the research in the academic community and to publish a collective book.
- Our intent is **to draw lessons from this comparison** (in the meaning of Rose, 2005) with regard to social and policy innovation, **with a view to inform policy makers, practitioners and civil society organisations**. In addition to the above mentioned international academic colloquium, we intend to organise **conferences (1 per country) aimed at diverse audiences (citizens and civil society organisations, practitioners, policy makers)**. These events will also offer the opportunity **to confront our results with the experiences of policy actors, services providers and user representatives**. In other words, we are planning an **interactive presentation of our research results**.

V. BIBLIOGRAPHY

- Barbier J. C., 2012, *The Road to Social Europe: A Contemporary Approach to Political Cultures and Diversity in Europe*, London, New York, Routledge.
- Berry F. S., Berry W. D., 1999, "Innovation and diffusion models in policy research", in Sabatier P. A., ed., *Theories of the policy process*, p. 169-200.
- Bode I., Champetier B., 2012, « L'eupéanisation des régimes de care aux aînés. Apports d'une méthode ouverte de comparaison », *Sociologie*, 3(3), p. 283-298.
- Bureau V., Dahl H. M., 2013, "Trajectories of Change in Danish Long Term Care Policies - Reproduction by Adaptation through Top-Down and Bottom-Up Reforms", in Ranci, C., Pavolini, E., eds., *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe - Investigating Institutional Change and Social Impacts*, New York, Springer, p. 79-95.
- Costa-Font J., Greer S. L., 2013, *Federalism and decentralization in European health and social care*, Basingstoke, Palgrave Macmillan UK.
- Ferlie, E. and McGivern, G., 2013, "Bringing anglo-governmentality into public management scholarship: The case of evidence-based medicine in UK health care", *Journal of Public Administration Research and Theory*, Advance access published February 27.
- Frinault T., 2009, *La dépendance: un nouveau défi pour l'action publique*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Giraud O., 2012, « L'analyse scalaire des régimes d'action publique en Europe : l'apport méthodologique des comparaisons infranationales », *Revue internationale de politique comparée*, vol. 19, n° 2, p. 15-36.
- Giraud O., Lucas B., Falk K., Kumpers S., Lechevallier A., 2014, "Innovation in Local Domiciliary Long Term Care: From Libertarian Criticism to Normalisation", *Social Policy and Society*, 13(3), p. 433-444.
- Glasby J., 2015, "The end of local government as we know it'-what's next for adult social care?", *Social Policy Review 27: Analysis and Debate in Social Policy*, p. 73-89.
- Gori, C., Fernandez J. L., 2015, *Longterm Care Reforms in OECD Countries: Successes and Failures*, Bristol, Policy Press.
- Grin J., Loeber A., 2006, "Theories of Policy Learning: Agency, Structure, and Change", in Fischer F., Miller G. J., Sidney M. S., Eds., 2006, *Handbook of public policy analysis: theory, politics, and methods*, New York, CRC Press, p. 201-219.
- Jenson J., Harisson D., 2013, "Social innovation research in the European Union: approaches, findings and future directions", *Policy Review*, Brussels, European Commission.
- Mahoney J., Thelen K., 2010, "A Theory of Gradual Institutional Change ", in Mahoney J., Thelen K., eds., *Explaining Institutional Change – Ambiguity, Agency and Power*, Cambridge University Press, p. 1-37.
- Martin C., Le Bihan B., 2014, « Dépendance, soins de longue durée et politiques publiques en Europe », in Hummel C., Mallon I., Caradec V., ed., *Vieillesse et vieillissements. Regards sociologiques.*, p. 127-140.
- Meuleman L., 2008, *Public management and the metagovernance of hierarchies, networks and markets: the feasibility of designing and managing governance style combinations*, New York, Springer Science & Business Media.
- Moore M., Hartley J., 2008, "Innovations in governance", *Public Management Review*, 10 (1), p. 3-20.
- Ranci C., Pavolini, E., 2013, *Reforms in long term care Policies in Europe*, New York, Springer.
- Osborne S. P., Ed., 2010, *The new public governance: Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*, London, New York, Routledge.
- Richardson J., 2012, "New governance or old governance? A policy style perspective", in Levi-Faur D., ed., *The Oxford Handbook of Governance*, p. 311-324.
- Rose R., 2005, *Learning from comparative public policy: A practical guide*, London, New York, Routledge.
- Rose R., Davies P. L., 1994, *Inheritance in public policy: Change without choice in Britain*, Yale, Yale University Press.
- Sorensen E., Torfing J., 2011, "Enhancing collaborative innovation in the public sector", *Administration & Society*, 43, p. 842-868.
- Theobald H., Ozanne E., 2016, "Multi-level governance and its effects on long-term care support", in Fernandez J-L., Gori C., eds., *Long-Term Care Reforms In OECD Countries: Successes and Failures*, Bristol, Policy Press, p. 271-291.
- Torfing, J., Triantafillou, P., 2013, "What's in a name? Grasping new public governance as a political-administrative system", *International Review of Public Administration*, 18(2), p. 9-25.
- Torfing J., Peters B. G., Pierre J., Sørensen E., 2013, *Interactive governance: Advancing the paradigm*, Oxford, Oxford University Press.
- Yin, R. (2003). *Case study research: Design and methods*, Applied Social Research Methods series, 3rd ed., London: Sage Publications.
- Zietsma, C., & Lawrence, T. B. (2010). Institutional work in the transformation of an organizational field: The interplay of boundary work and practice work. *Administrative Science Quarterly*, 55, 189-221

VI. BUDGET PER COUNTRY

Please report the total amount of funds you are requesting per country, using the table below. In order to provide correct figures, please refer to section V of the Call text "Country-Specific Additional Information" and the National Financial Forms.

ANR France ¹⁵	€ 385 089,66
DFG Germany	€ 456 100
ESRC UK (incl. 80% FeC)	£ 460,700
NWO The Netherlands	€
- Personnel Costs	€
- Material Costs	€

Please provide a brief explanation of the requested budget below (100 words max per country. Split by research organisation, if relevant).

France

The amounts include directly allocated costs and incurred costs. The time allocated is as follows: 50% for the main applicant, 30% for one CI (Olivier Giraud) and 20% for the other (Corinne Grenier). One post-doctoral researcher will be recruited in Brest (two years: contribution to the literature review, field work – including in the PACA region, and analysis). A research assistant will be recruited for 3 years in Brest also (0,5): contribution to field work, editorial support, development of the project. The cost of the field work includes travelling and overnight staying. Transcribing the interviews will be sub-contracted. Three meetings per year, including travel expenses) are also costed.

Germany

The amounts include directly allocated costs and incurred costs. The time allocated is as follows: 20% for the PI (Hildegard Theobald) and 13% for the other Co-I (Birgit Pfau-Effinger). Two post-doctoral researchers will be recruited in Hamburg and Vechta (contribution to the literature review, field work and analysis). Two student assistants (one for 20 h / month, the other 30 h / month) will be recruited for 3 years: assisting with field work and interviews transcriptions. The cost of the field work includes travelling and overnight staying. Three meetings per year, including travel expenses) are also costed.

United Kingdom:

The amounts include directly allocated costs and incurred costs. The time allocated is as follows: one PI and two CIs (respectively 10% for the PI, 5% for one of the two CIs and 20% for the other), two research assistants, one dedicated full time to the project (Bristol) the other assigned at 50% (GCU). The recruiting of RAs is necessary because of the field work to be conducted (170 interviews plus other field-work related activities). The cost of the field work includes travelling and overnight staying. The RAs will also be responsible for transcribing the interviews and carrying out preliminary analysis. Three team meetings per year are costed (travel expenses).

Important note: the cost of the final international conferences will be shared and additional funding will be searched (e.g. Brittany subsidies supporting the organisation of international academic conferences in order to promote this region).

¹⁵ including the eligible 8% administrative costs for public research organisations. See ANR's règlement financier for applicable rules of funding

SUMMARY OF JAPANESE PROPOSAL

Japanese team

- Yayoi Saito

Osaka University, Graduate School of Human Sciences, Professor in Political Science

Email: ana27521@nifty.com

- Nobu Ishiguro

Osaka University, Graduate School of Language and Culture, Associate Professor in Social Policy

E-mail: nobuishi@yk9.so-net.ne.jp

Research description

The Japanese research team aims to make a significant contribution by adding Japan to the proposed European comparative study on social change and innovation in LTC at the sub-central and local levels, since the Japanese welfare state has some interesting attributes as described below.

Esping-Andersen (1997) found it difficult to identify Japan in the typology of Western welfare regimes, as Japan combines the attributes of different regimes. Lee & Ku (2007), in analysing the East Asian welfare regimes, concluded Japan's position lies between the corporatist countries (such as France and Germany) and the developmental East Asian countries (such as South Korea and Taiwan). Demographically, Japan is different from East Asian countries. In most European countries, modernity (in the sense of Ochiai 2011) occurred over a longer period, while in East Asian countries, except in Japan, it was an extremely rapid development. Korean researcher Chang (2000) called this 'compressed modernity', while Japan's was called 'semi-compressed modernity', that is, its period of modernity was shorter than that of European countries but longer than other East Asian countries (Chang 2000, Ochiai 2011).

These ambiguous and mixed attributes are also observed in LTC policies. The Japanese LTC system is based on the LTC Insurance scheme, similar to the German LTC Insurance. However, Japan also applied different approaches when compared to the German one; there is no cash scheme and financing is only half insurance-based in Japan's case. Japan has been working to achieve universalisation of publicly financed social services and community-based care provisions (partially similar to the Nordic countries). However, the quantity of services is so limited that defamilialisation has not been achieved. Parallel to the expansion of LTC services, recentralisation trends to steer and control, as in Europe, have been observed. Tensions arise because the nationally standardised framework often does not fit with the local varieties. Therefore, LTC policy implementation at the local level (as well as sub-central level) is a crucial research topic in Japan as in Europe. Not only local governments but also sub-central governments (prefectures) act as intermediary actors to devise innovative solutions to respond to contradictory situations (e.g. Kanagawa Prefecture introducing care technology, EU-Japan Centre for Industrial Cooperation 2016). One can also observe the emergence of innovative initiatives with regard to coordination and services in the civil society, promoted by voluntary and user organisations (e.g. some user-owned cooperative health care providers providing care services for older people, Saito 2013).

Our hypothesis is that participating countries including Japan show potential convergences for change and innovation in LTC at the sub-central and local level, as well as variations with regard to the actors and organisation involved, and the focus and scope/impact of innovation. Comparison will take into account the socio-economic and cultural factors embedded in the country-specific LTC policies in order to contribute to developing the theoretical framework further for analysing social innovation processes.

In parallel with the European team, the Japanese team will conduct a literature review, a document analysis, and a qualitative research (e.g. semi-structured interviews with key informants in order to analyse the sub-central configurations of LTC policy and to identify exemplary cases and relevant actors).

Collaboration with the proposed European research participants has already started in the form of joint sessions and joint articles, and both parties have fully discussed the proposed research topics and methods and agreed on continuous collaboration.

BIBLIOGRAPHY

Chang, K.S. (2000) *South Korea under Compressed Modernity: Familial Political Economy in Transition*, New York: Routledge.

Esping-Andersen, G. (1997) Hybrid or unique? The Japanese welfare state between Europe and America, *Journal of European Social Policy* 7(3): 179-189.

Lee, Y.J. & Ku, Y.W. (2007) East Asian Welfare Regimes: Testing the Hypothesis of the Developmental Welfare State, *Social Policy & Administration* 41(2): 197-212.

Ochiai, E. (2011) Unsustainable Societies: The Failure of Familialism in East Asia's Compressed Modernity, *Historical Social Research* 36(2): 219-245.

EU-Japan Centre for Industrial Communication (2016) *Human Assistant Robotics in Japan: Challenges and opportunities for European Countries*.

Saito, Yayoi (2013) Potential of cooperative organisations providing health and long-term care, *The Norin Kinyu* 66(12): 17-32 (in Japanese).

3. Séminaire européen

Innovation and change in social and long-term care policies at the sub-central level

Seminar held in Paris, CNAM, Laboratoire Interdisciplinaire pour la Sociologie Economique (LISE)

1st and 2d December 2016

2 rue Conté, 75003 Paris



We are grateful for the support of the following organisations:



Thursday 01/12/2016 (Room 31.2.87)

9 h 00: coffee

9 h 15: Introduction, presentation of the network and research project (Hervé Hudebine).

9 h 40: Innovation and change in social and long-term care policies at the sub-central level: existing research

Presentation: 20 – 25 minutes

Discussion: 10 – 15 minutes

9 h 45: Corinne Grenier, Alain Jourdain, Hervé Rihal: “Innovation and change in social and long term care policies: preliminary results of the research conducted in three French regions”

10 h 20: Coffee Break

10 h 35: Hanne Marlene Dahl and Kathrine Carstensen: “Local initiatives regarding the implementation of care pathways and the coordination of elderly care in Denmark”.

11 h 10: Hildegard Theobald, “The influence of the bottom-up solutions of the beneficiaries of the long-term care schemes on public debates and political regulations in Germany”

11 h 45: Barbara Lucas and Olivier Giraud: “Innovations in local care systems – perpetuation or normalization?”

12 h 30: Lunch

13 h 45: Elisabetta Notarnicola: "From gattopardism to radical innovation: policy variations in italian social and long term care policies"

14 h 20: Simone Baglioni, “The implementation of devolution at macro-urban areas level and the impact on social care policy”

14 h 55: Laying the bases for a comparative research project: possible research designs in Denmark, Germany, Italy, Scotland / the United Kingdom, Switzerland and in France.

(10 mn presentation of a possible research design outline by each country team / representative)

16 h 00: Coffee break

16 h 15: Laying the bases for a comparative research project: analytical frameworks, methodologies and possible case studies

17 h 15: End

19 h 45: Dinner (L’Absinthe café, 54 Rue de Turbigo)

Friday 02/12/2016 (Room 31.2.85)

9 h 00: Coffee

9 h 15: Presentation and discussion about funding opportunities (Hervé Hudebine)

*NB: The only relevant call for proposals with a deadline in the medium term is RISE (http://ec.europa.eu/research/mariecurieactions/about-msca/actions/rise/index_en.htm). **Do not hesitate to make additional suggestions you may deem relevant.***

9 h 45: Simone Baglioni: Presentation of the Research and Innovation Staff Exchange

RISE is meant for organisations such as universities, research centres or companies – that propose a short term exchange to their staff. Proposals should include at least three partners, which can be universities, research institutions, or non-academic organisations.

10 h 15: Preparation of a response to the next call for proposals (Deadline 05/04/2017)

10 h 45: Coffee break

12 h 00: lunch

14 h 00: end

Participants

- Simone Baglioni, Professor, Politics, Yunus Centre for Social Business and Health, Glasgow Caledonian University, Glasgow, United Kingdom.
- Kathrine Carstensen, Research Assistant, Health Technology Assessment & Health Services Research, DEFACTUM, Central Denmark Region, Aarhus, Denmark.
- Hanne Marlene Dahl, Professor, Political Science, Department of Social Sciences and Business, University of Roskilde, Denmark.
- Olivier Giraud, Research Director, Political Science, Lise-CNRS-Cnam, Paris, France.
- Corinne Grenier, Senior Professor, Strategy, Innovation, Governance and Network, Kedge Business School, Marseille, France.
- Charlène Hoareau, PhD Student, Management Science, CERGAM, Université Aix-Marseille, Junior Lecturer, Kedge Business School, Marseille, France.
- Hervé Hudebine, (project co-ordinator), Senior Lecturer In Sociology and Social Policy, Université de Bretagne occidentale, Brest, Laboratoire d'études et de recherches sociologiques (LABERS), France.
- Alain Jourdain, Professor of Demography and Sociology, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (School of Public Health), Centre for Political Research in Europe, Rennes.
- Barbara Lucas, Professor, Social Policy, HETS, HES; SO, University of Applied Sciences and Arts Western Switzerland, Geneva.
- Elisabetta Notarnicola, Research Fellow, Management and Innovation, CERGAS, Università Bocconi, Milan.
- Hervé Rihal, Professor of Public Law, director of the Centre for Political and Legal Research Jean Bodin, Université d'Angers, France.
- Hildegard Theobald, Professor of Organisational Gerontology, Universität Vechta, Institut für Gerontologie, Germany.

Glossaire

Livrable : tout composant matérialisant le résultat de la prestation de réalisation. Toute production émise par le titulaire au cours du projet : document, courrier revêtant un caractère officiel, module de code logiciel, dossiers de tests, application intégrée, objet, dispositif...

Livrable interne : réalisé au sein du programme et non communiqué à l'extérieur du programme.

Livrable externe : élément diffusé ou livré hors de la communauté du projet de recherche.

Faits marquants : élément non nécessairement quantifiable mais significatif pour le projet.