



HAL
open science

Saisir le flou des politiques Alzheimer : un usage des "configurations"

Audrey Ralay-Ranaivo

► **To cite this version:**

Audrey Ralay-Ranaivo. Saisir le flou des politiques Alzheimer : un usage des "configurations". Ecole thématique PACTE/CNRS "Comparer en sciences sociales : une science inexacte ?", Dec 2011, Grenoble, France. halshs-00643215

HAL Id: halshs-00643215

<https://shs.hal.science/halshs-00643215>

Submitted on 21 Nov 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Atelier : Comparer par « concepts » ?

Saisir le flou des politiques Alzheimer : un usage des « configurations »

Audrey Ralay-Ranaivo¹, PACTE, IEP de Grenoble, audrey.ranaivo@iepg.fr

Document de travail. Merci de ne pas diffuser

Cette communication a pour objectif de proposer des pistes de réflexion sur la question de la comparaison en sciences sociales, à partir de notre recherche en cours. Nous nous appuyerons sur l'enquête que nous menons actuellement sur l'action publique locale développée autour de la question Alzheimer sur deux départements français.

Le papier a été pensé comme l'occasion de mettre à plat des choix réalisés pour mener une enquête de terrain. En effet, nous avons décidé d'utiliser les notions de configurations et de champs afin d'organiser notre récolte de données empiriques et pouvoir mener un travail comparatif.

Aussi, nous exposerons d'abord, les raisons qui nous ont poussé à nous appuyer sur des notions classiques de la sociologie ; ensuite nous aborderont les apports du concept de « configurations » pour mener un travail comparatif.

Dépasser le flou de l'objet grâce à une approche configurationnelle

L'usage des configurations permet de dépasser le double constat, suite aux entretiens exploratoires, de la spécificité du problème Alzheimer et du désordre de l'organisation administrative en s'appuyant sur les acteurs et leurs activités.

Certes, un plan national est dédié à la maladie d'Alzheimer mais au début de notre enquête, les actions publiques concrètes sur le terrain ont été difficilement repérables et visibles. Deux raisons peuvent expliquer cette insaisissabilité de notre objet. Tout d'abord, la maladie d'Alzheimer est un problème flou de part son caractère émergent. Autour de cette maladie, de nombreuses incertitudes quant à ses causes et sa nature même (pathologie du vieillissement ou du cerveau ?) persistent, la catégorie médicale et son traitement médical étant largement controversée (Béliard, 2011).

La deuxième raison qui découle de la première est que la maladie d'Alzheimer est un objet frontière entre un paysage largement fragmenté entre des secteurs, des institutions, des professions en charge des politiques de *soins* en France, et de fait, partagé entre un nombre important d'acteurs relevant de statuts, de secteurs, de financements, à première vue épars. La maladie d'Alzheimer est un cas exemplaire de problème intersectoriel, cette maladie est traitée à différents niveaux de gouvernement.

Enfin, ce flou de notre objet a été conforté par nos entretiens exploratoires et la lecture de rapports officiels où la question de l'organisation et le manque de cohérence des politiques étaient pointés comme un donné, un problème par nos premiers interlocuteurs :

« Donc, on a l'impression que c'est plus des choses disparates qui essaient de se coller les unes aux autres plutôt qu'une sorte de volonté de regrouper tout le monde,

¹ Doctorante en science politique UMR Pacte- IEP de Grenoble depuis octobre 2009. Allocataire de recherche du Cluster 12 « Dynamiques sociales et territoriales. Exclusions et intégrations. Espaces et modes de vie » de la Région Rhône-Alpes. La thèse est dirigée par Monika Steffen (PACTE, IEP de Grenoble).

**Ecole thématique Comparer en sciences sociales : une science inexacte ?
Grenoble, 1er & 2 décembre 2011**

et d'avancer en regroupant. On a l'impression que c'est plus à tel endroit il se passe quelque chose, ah ben, c'est bien, mais est-ce que ça va pouvoir s'appliquer au reste, on en sait rien, et puis finalement on s'en fiche. » Entretien, professionnel sanitaire, CHU, territoire 1

Aussi comment dépasser ce constat de flou autour notre objet (constat assez logique si on adopte une démarche critique en sciences sociales) et entrer dans la boîte noire des politiques publiques ?

Nos interrogations (qui met en œuvre les dispositifs du plan Alzheimer et quels moyens mobilisent-ils pour mettre en œuvre leurs objectifs de pluridisciplinarité et de transversalité dans un système *a priori* fragmenté?) rejoignent une visée classique de la sociologie : celle d'ordonner le réel malgré son incohérence et son désordre apparent. Pour cela, Norbert Elias propose d'analyser les activités, les interdépendances entre les acteurs, qui constituent des ensembles dynamiques, s'inscrivant dans une temporalité, des « configurations »². Selon Nathalie Heinich, le concept de configurations rejoint celui de champs de Bourdieu³. Aussi, le recours à ces concepts nous est apparu pertinent pour leur caractère polyvalent, leur usage ayant été fait sur des terrains d'enquête et surtout car elles donnent la primauté aux acteurs et leurs activités et rejoint notre première hypothèse : la mise en place d'une action publique autour d'un problème passe par la constitution d'un ensemble de relations formelles et informelles entre des acteurs spécifiques.

De plus, notre travail exploratoire nous a aussi montré le caractère *territorial* des dispositifs découlant des plans Alzheimer. En effet, la logique de plan est celle d'une gestion territorialisée du problème Alzheimer (Thoenig, Duran, 1992) : les acteurs locaux décident de décliner ou pas à l'échelle locale les dispositifs du plan. En plus, cette logique d'action publique ne date pas des plans Alzheimer mais caractérise les politiques médico-sociales et celles ciblées sur les personnes âgées surtout (Guillemard, 1986; Frinault, 2009). Aussi, en considérant le local comme un espace de décision où sont négociés entre les acteurs locaux (tant privés que publics) le contenu, mais également les objectifs et la définition même des politiques (Gaudin, 1999 ; de Maillard, 2002), l'usage des « configurations » et de « champs » s'est avéré d'autant plus pertinent et nous a permis de préciser notre première hypothèse. Les configurations s'inscrivent aussi dans un espace, et on peut supposer que les politiques de santé et celles traitant de la maladie d'Alzheimer sont aussi, voire surtout, le produit de configurations *locales* (Fassin, 1998 ; Borraz, 1999).

Deux choix méthodologiques découlent de notre hypothèse : une focale ethnographique « par le bas » a été de fait retenue afin d'être au plus près des acteurs, et de véritablement cartographier les relations instituées et implicites entre eux ; une démarche comparative entre deux territoires départementaux, afin de tester le local en tant que variable explicative de la mise en forme d'une politique Alzheimer.

² Dans son ouvrage *Qu'est-ce que la sociologie ?*, Norbert Elias utilise l'image du jeu pour définir le concept de configuration « Ni le jeu, ni les joueurs » ne sont des abstractions. Il en va de même de la configuration que forment les quatre joueurs autour de la table (...) ce qu'il faut entendre pas configuration, c'est la figure globale toujours changeante que forment les joueurs ; elle inclut non seulement leur intellect, mais toute leur personne, les actions et les relations réciproques. Comme on peut le voir, cette configuration forme un ensemble de tensions (...) Une configuration peut être structurée comme un jeu à l'intérieur duquel il existe une hiérarchie de plusieurs relations du type « moi et lui » ou « nous et eux », pensons par exemple au football ». (Elias, 1993, pp 157-158)

³ Comme le rappelle Vincent Dubois, dans la sociologie des champs, les deux axiomes centraux sont « l'homologie entre les positions et les prises de position » et l'établissement « entre le contenu d'une politique (son orientation et son style) et la structure relationnelle de l'espace des agents engagés dans sa production » (Dubois, 2010, p.8-9)

Ecole thématique Comparer en sciences sociales : une science inexacte ? Grenoble, 1er & 2 décembre 2011

Des concepts qui permettent l'identification de variables et la comparaison

Cette approche par le bas et comparative nous a conduit à définir le protocole d'enquête qui suit.

Tout d'abord, l'étude de l'action publique locale sur deux territoires départementaux via l'identification des acteurs prenant en charge des personnes ayant une maladie d'Alzheimer, tels que certains services de Centre hospitaliers universitaires (les Consultation mémoire et les services gériatriques notamment), les Conseils généraux (les services Autonomie et Santé), et des structures médico-sociales telles que des accueils de jour, des maisons de retraite, les services d'aide à domicile etc.

De plus, sur chacun des territoires, nous procédons à l'étude d'un nouveau dispositif découlant du Plan, les *Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer* (MAIA). Ces Maia constituent des portes d'entrée dans nos configurations territoriales, car le rôle de ce nouveau dispositif est de mieux coordonner, formaliser les relations entre les professionnels et les structures en charge de personnes Alzheimer, via la mise en place d'une méthodologie de coordination, *l'intégration des services* et d'une nouvelle fonction d'accompagnement, la *gestion de cas*.

Nos territoires locaux d'enquête ont été choisis pour leur différences au niveau des politiques sanitaires et sociales menées : il s'agit de départements ne faisant pas partie de la même région, donc ne relevant pas des mêmes instances déconcentrées de l'Etat au niveau sanitaire (les Agences régionales de santé), des départements n'ayant pas développée des politiques similaires en matière de dépendance. Par contre, ces deux territoires avaient pour point commun d'avoir répondu à l'appel à candidatures MAIA. Cependant, tandis que le premier a vu son projet retenu par les instances nationales, le second n'a été accepté que cette année, lors du deuxième appel à projets.

Penser en termes de configurations et procéder par une approche relationnelle, nous permet de porter notre attention sur les acteurs et surtout les relations entretenues entre eux. De fait, en s'intéressant aux positions, aux rapports de force qu'existent entre les acteurs, de manière inductive, des axes structurants se dessinent.

Un axe qui nous semble structurer, donner forme au développement d'une politique Alzheimer, est celle du rapport entre local/national. Sur un territoire, cela se traduit tout d'abord par les rapports entretenus par les institutions du département et des Agences régionales de Santé, qui sont amenés à collaborer étant donné que la population Alzheimer relève de compétences à la fois sociales (médico-sociales) et sanitaires. Cependant d'autres acteurs viennent complexifier ce rapport local/national : les services spécialisés des Centres Hospitaliers universitaires qui peuvent établir des liens directs avec les équipes responsables au niveau central du Plan national par exemple (par des activités d'expertise et d'évaluation des mesures par exemple). Ou encore, les autres acteurs à dimension nationale qui partagent la mise en œuvre du Plan comme la Caisse Nationale SA qui dans notre cas, a apporté directement des financements aux projets locaux sans passer par l'intermédiaire des structures déconcentrées de l'Etat⁴. Ainsi, on peut voir des rapports local/national traditionnels, formalisés de la gouvernance sanitaire et sociale sur un territoire et d'autres rapports plus ad hoc et spécifiques à la question Alzheimer (ici souvent légitimés par l'application du programme national).

Un autre axe structurant est celui entre les secteurs de politiques publiques, social/médico-social/sanitaire. En effet, même si la logique sectorielle est dénoncée comme inopérante et problématique pour répondre aux besoins des malades d'Alzheimer et leur

⁴ Tel a été le cas dans le premier territoire étudié, où la mise en place de la MAIA s'est réalisée durant la création des Agences régionales de santé et la fin de l'activité des Directions départementales. De fait, le développement de la MAIA dans ce territoire s'est réalisé sans la participation claire d'un représentant de l'Etat au niveau local.

**Ecole thématique Comparer en sciences sociales : une science inexacte ?
Grenoble, 1er & 2 décembre 2011**

famille, les secteurs comptent, et les relations qui s'établissent entre eux sont décisives. En effet, la possibilité de développer un dispositif spécifique Alzheimer s'appuie justement sur une logique de transversalité, soit de réunir plusieurs secteurs en son sein. Par exemple, la légitimité de la MAIA sur le premier territoire étudié s'appuie sur le recrutement de professionnels relevant à la fois de la santé (psychologues, neuro-psychologues, infirmière), du para médical (ergothérapeute) ou du social (éducateur spécialisé, animateur en gérontologie). Ces professionnels permettent ainsi la cohabitation de différentes identités professionnelles dans un même dispositif. Mais surtout, ils permettent aussi d'inscrire le dispositif même dans les secteurs, qui constituent eux-mêmes des configurations spécifiques, des ensembles d'acteurs. Ainsi l'établissement de partenariat ne répond pas juste à des logiques fonctionnelles mais aussi s'appuie sur des réputations, des rapports de confiance, de collaboration établis antérieurement. Par exemple, le fait qu'un gestionnaire de cas, neuropsychologue, ait travaillé dans la consultation mémoire de CHU bénéficie directement au dispositif MAIA, la phase de reconnaissance étant raccourcie, le gestionnaire de cas devenant un porte parole de la MAIA auprès de son ancien employeur. A l'inverse, les partenariats établis avec des structures dans lesquelles aucun des professionnels n'avaient travaillé en tant que collaborateur ou partenaire ont été plus longues et difficiles à créer (notamment dans le premier territoire avec les services de gériatrie du CHU).

Enfin, un autre axe structurant que nous distinguons est relatif à la distance vis-à-vis d'un patient Alzheimer. Autrement dit un axe où les acteurs se répartissent suivant les effets directs ou indirects de leurs activités sur le patient et sa sphère familiale. Ainsi, un médecin généraliste ou spécialiste, les structures hospitalières pouvant établir des diagnostics traitent directement le patient, ou encore les services sociaux des villes et des CG traitent directement de la situation sociale de la personne. Au contraire, d'autres spécialistes ou structures sont interpellés, impliqués dans le parcours dans du malade via des actions périphériques (l'« aide aux aidants », l'accompagnement de la famille ou des individus qui se chargent de la personne malade). Ainsi certains acteurs et activités apparaissent comme des portes d'entrée pour les malades, les officialisent comme populations-cibles d'une action publique tandis que d'autres, sont des prolongements, des compléments, aux effets plus indirects sur le parcours de la personne. Cependant, on peut noter qu'au sein d'un même dispositif peuvent cohabiter des activités qui ont des effets directs et indirects. Ainsi, le gestionnaire de cas a pour mission l'accompagnement rapproché de personnes en situation dite complexe, impliquant des rencontres régulières avec le patient et sa famille, mais aussi avec les intervenants professionnels, tandis que les activités du pilote de la Maia sont des activités de coordination administrative et institutionnelle.

Bref, dans notre cas, l'apport principal de penser par configurations est de pouvoir avoir une vision dynamique et processuelle de notre objet. L'immersion et la confrontation de nos entretiens nous ont permis de constater que les acteurs impliqués dans la question Alzheimer se situent sur des continuums sectoriels, spatiaux et statutaires. Ainsi, cela nous permet d'établir des comparaisons à différents niveaux, de positionner les acteurs individuels et collectifs dans l'ensemble mouvant que constitue notre objet d'études.

Conclusion : Comparer des configurations ou grâce aux configurations ?

A notre stade d'enquête, nous ne pouvons pas affirmer comparer par concepts, et dans notre cas précis, nous ne pouvons pas dire que nous comparons des configurations locales traitant de la maladie d'Alzheimer car l'espace de nos configurations n'est pas encore déterminé. A notre stade, nous supposons qu'elles sont d'ordre territorial et se partagent entre d'autres sous-champs, mais, cette hypothèse ne pourra être validée qu'après notre enquête de terrain terminée et notre deuxième territoire observé et décortiqué. Cependant, nous pouvons dire que

**Ecole thématique Comparer en sciences sociales : une science inexacte ?
Grenoble, 1er & 2 décembre 2011**

nous comparons grâce aux concepts de configurations et de champs, dans la mesure où penser en termes d'interdépendance d'acteurs et d'activités nous permet de « découvrir » des données, possibles variables explicatives pour notre objet d'étude, et d'établir également des ponts avec d'autres domaines, d'autres politiques sectorielles (logement, emploi par exemple) ou d'autres moments de réforme dans notre domaine (la mise en place de l'Allocation personnalisée autonomie).

Bibliographie

- Béliard, Aude (2010) *Des familles bouleversées. Aux prises avec le registre diagnostique Alzheimer*, Thèse, Sociologie, Université Paris 8
- Borraz, Olivier, Loncle, Patricia, Arrouet, Cristel (1999) *Les politiques locales de lutte contre le sida : une analyse dans trois départements français*, Paris, L'Harmattan
- Elias, Norbert (1993) *Qu'est-ce que la sociologie ?* Paris, Editions de l'Aube
- Dubois, Vincent. « Les champs de l'action publique », 2010. <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00498020/fr/>.
- Fassin, Didier. (1998) *Les figures urbaines de la santé publique : enquête sur des expériences locales*. Paris, Éditions la Découverte
- Frinaut, Thomas (2009) *La dépendance : un nouveau défi pour l'action publique*, Res publica, Rennes, Presses universitaires de Rennes
- Gaudin, Jean-Pierre (1999) *Gouverner par contrat : l'action publique en question*, Paris: Presses de Sciences Po
- Guillemard, Anne-Marie (1986), *Le déclin du social : formation et crise des politiques de la vieillesse*, Paris, Presses universitaires de France.
- Heinich, Nathalie (2002) *La sociologie de Norbert Elias*, Paris, Repères
- Maillard (de), Jacques, (2002) « Les politiques sociales contractuelles entre conflits et apprentissages », *Politix*, 60, 2002, p. 169-191
- Thoenig, Jean-Claude, Duran Patrice (1996) « L'État et la gestion publique territoriale ». *Revue française de science politique* 46, n°4, pp 580-623.
- Topalov, Christian (1999) *Laboratoires du nouveau siècle : la nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France, 1880-1914*. Paris, Éd. de l'École des hautes études en sciences sociales