



HAL
open science

Soigner en subsidiarité. Travail aux frontières et travail des frontières entre la ville et l'hôpital

Magali Robelet, Marie-Victoire Bouquet, Marie-Aline Bloch

► To cite this version:

Magali Robelet, Marie-Victoire Bouquet, Marie-Aline Bloch. Soigner en subsidiarité. Travail aux frontières et travail des frontières entre la ville et l'hôpital. 10ème Congrès de l'Association française de sociologie, AFS, Jul 2023, Lyon, France. halshs-04194573

HAL Id: halshs-04194573

<https://shs.hal.science/halshs-04194573v1>

Submitted on 3 Sep 2023

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.

Soigner en subsidiarité. Travail aux frontières et travail des frontières entre la ville et l'hôpital.

Magali Robelet (Centre Max Weber, Université Lyon 2) - Marie-Victoire Bouquet (Chaire santé de Sciences po) - Marie-Aline Bloch (EHESP).

L'investigation des processus sociaux qui se déroulent aux frontières (des pays, des organisations, des juridictions professionnelles, des disciplines et modèles cognitifs) s'est avérée très heuristique aussi bien en sociologie des sciences, des professions ou en sociologie des organisations. L'attention sur les frontières a enrichi la compréhension des dynamiques de changement à travers des échanges entre groupes issus d'univers hétéronomes et les mobilisations collectives autour de la définition de problèmes puisant des caractéristiques ou des solutions dans ces différents univers. Ces dynamiques ne sont pas dénuées de conflictualités qui conduisent à des mouvements de regroupement et de séparation (d'un côté ou de l'autre d'une frontière) ou de déplacement des frontières. Andrew Abbott a largement illustré ces processus en sociologie des professions et des disciplines (Abbott, 2016 ; Jouvenet, 2022). Du côté de la sociologie des organisations, les travaux des fondateurs se sont largement attachés à déconstruire l'idée d'une frontière entre entités organisationnelles formalisées et ont montré la diversité des liens entre les membres d'une organisation et leur environnement, qu'il s'agisse d'échanges inter-individuels (Crozier, 1977) ou d'inscription dans un champ organisationnel marqué par des pressions normatives (approche néo-institutionnaliste).

En invitant à une lecture topologique et dynamique des processus sociaux, l'ensemble de ces travaux donne à voir des frontières plus poreuses qu'en apparence entre mondes sociaux, que traversent et mettent en lien des acteurs, des procédures, des objets. Ils mettent ainsi en avant le rôle spécifique des acteurs en capacité de jouer avec les frontières et de se jouer des frontières, du fait de leur multi-positionnalité, de leur capacité à maîtriser le langage et les pratiques de plusieurs univers sociaux, d'aligner les comportements sur leurs intérêts ou de se laisser également instrumentaliser par les acteurs de l'environnement (Bergeron et al., 2013). Ces figures multiples, du marginal sécant à l'entrepreneur-frontière, en passant par le traducteur, le passeur ou l'entrepreneur institutionnel, constituent des entrées analytiques pertinentes pour comprendre les processus de coopération, d'innovation, de transformations de champs organisationnels. Ces figures permettent en retour de faire de la frontière un espace à plusieurs facettes, à la fois ligne de séparation et lieu de passage poreux reliant des mondes sociaux et un espace de travail collectif dans lequel s'hybrident des compétences, des savoirs, des identités. Ces travaux montrent ainsi que la frontière est le lieu de processus sociaux spécifiques que l'on peut qualifier de « processus d'organisation aux frontières », consistant en l'élaboration de règles de travail, de procédures et d'objets-frontières stabilisant – au moins pour un temps – les relations entre acteurs professionnels, organisations, institutions (Aust et Benamouzig, 2022).

L'usage analytique de la frontière se double récemment d'un phénomène social durable qui affecte les transformations de l'action publique et se traduit par la prolifération d'organisations frontières. Ces organisations sont censées résoudre des problèmes publics identifiés et formulés en termes de cloisonnement, segmentation, immobilisme, qui feraient obstacle à une flexibilité attendue face à des problèmes publics de plus en plus complexes et à la coordination entre organisations (Castel et Hénaut, 2022). Le secteur sanitaire, social et

médico-social illustre parfaitement cette tendance, déjà bien documentée depuis une dizaine d'années, particulièrement dans le domaine de la perte d'autonomie (Bloch et Hénaut, 2014, Bertillot, 2017). Nombre de ces créations organisationnelles visent une meilleure coordination entre professionnels et organisations des secteurs sanitaire (le monde hospitalier et le monde libéral), médico-social (services de contrôle et de l'ouverture des droits, institution d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou personnes en situation de handicap, services à la personne) et social (services sociaux des établissements de santé et des collectivités locales). Depuis une quinzaine d'années en effet, les rapports d'évaluation se succèdent pour mettre en évidence des « ruptures de parcours » et des pertes de chance et de qualité d'accompagnement rapportées à une organisation historique du secteur en « silos ». Ces situations seraient amenées à se multiplier avec le développement des maladies chroniques associées au vieillissement et à la dépendance des personnes âgées mais aussi du fait des aspirations au libre choix de son parcours de soin et d'accompagnement par les personnes malades ou en situation de handicap. Ces mêmes rapports (rédigés par des membres de l'IGAS ou de la Cour des comptes) critiquent les politiques existantes en matière de coordination, en particulier les réseaux de santé, d'initiatives professionnelles, portés le plus souvent par des médecins militants. Ces réseaux se seraient développés en ordre dispersé, autour de logiques de pathologies (le sida, la cancérologie, la fin de vie) ou de populations (les personnes âgées dépendantes, les populations précaires), sur des territoires géographiques construits sur la base d'affinités et d'interconnaissances professionnelles plutôt que sur des logiques populationnelles de santé publique. Les « politiques de coordination » les plus récentes sont donc marquées par une définition plus centralisée des missions et des activités attendues des organisations frontières, dans un cadre national, porté par le ministère de la Santé ou la CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie), dans un cadre budgétaire contraint par un impératif de maîtrise des dépenses de santé. Dans ce contexte de renouvellement des politiques de coordination, la frontière apparaît davantage imposée par les autorités publiques que revendiquée ou conquise par des mobilisations professionnelles. On peut alors se demander ce que deviennent les processus d'organisation mentionnés plus haut et si des entrepreneurs frontières ou des traducteurs peuvent émerger d'une telle injonction à travailler aux frontières, en transversalité et, qui plus est dans le cadre d'organisations « *agiles et apprenantes* »¹.

La création des Dispositifs d'appui à la coordination (DAC), par la loi OTSS de 2019 et sa mise en œuvre par les ARS offre une bonne occasion pour interroger ces processus d'organisation aux frontières, dans un contexte où les professionnels de première ligne, au contact des personnes accompagnées pas plus que les militants des réseaux de santé, ne sont pas à l'origine de cette nouvelle organisation – et ont même pu s'opposer à leur création.

Le caractère d'organisation frontière du DAC se lit dans les textes constitutifs de ce nouveau dispositif et dans le « cadre national d'orientation », cahier des charges national élaboré en concertation entre des représentants du ministère de la Santé et des représentants des dispositifs de coordination existant (réseaux de santé, MAIA, CLIC...). Les DAC sont d'abord des organisations ad hoc constituées par fusion de dispositifs de coordination présents sur un territoire défini par l'ARS. Concrètement, l'activité des anciens réseaux, MAIA et autres

¹ Expression utilisée dans le document « Cadre national d'orientation pour l'unification des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes », diffusé en novembre 2020 et élaboré par le ministère de la Santé, la CNSA et l'assurance maladie, en concertation avec des représentants des réseaux, MAIA et autres dispositifs de coordination.

dispositifs se trouvent gérés par un porteur unique, ce qui se traduit par la disparition de certaines organisations porteuses (associations porteuses de réseau par exemple). Les nouvelles organisations doivent adopter une charte nationale de communication matérialisée dans un logo et abandonner tout signe rappelant les anciennes organisations. Au cours de ces processus de fusion, souvent conflictuels, des relations de coopération peuvent se perdre sur le territoire quand d'autres sont à construire pour les nouveaux représentants du DAC.

Les « frontières » des missions et des populations ciblées sont également prédéfinies dans les textes. Le DAC apporte un appui à la coordination des parcours que « les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux estiment complexes » (Art. L. 6327-1 du Code de la Santé publique). La population ciblée par les DAC n'est donc pas, contrairement à celle des réseaux et des MAIA définie par une pathologie ou un critère d'âge et de perte d'autonomie mais par une situation de complexité, qui soulève des difficultés d'accompagnement pour les professionnels. Cette notion n'est pas définie par les textes et est justement au cœur du travail organisationnel aux frontières du DAC. Si la complexité paraît restreindre le périmètre d'intervention du DAC au regard des populations ou situations traitées dans les anciens dispositifs, l'objectif de « polyvalence », autrement dit de l'accompagnement de toutes les situations complexes adressées, quels que soient l'âge ou la pathologie des personnes, contribue à étendre les domaines d'intervention des professionnels de l'accompagnement (infirmières et travailleurs sociaux) au regard de leurs pratiques antérieures, délimitées par des critères d'inclusion (âge, autonomie de jugement et isolement social par exemple). Les textes cadrent également les activités des professionnels du DAC en énonçant un objectif de « subsidiarité » des modalités d'intervention du DAC, qui ne doivent donc pas se substituer à des professionnels de soins ou des travailleurs sociaux. D'après les textes, les activités des professionnels du DAC sont circonscrites à des actions d'évaluation globale et pluridimensionnelle des situations et d'élaboration de plans d'accompagnement qui seront réalisés par d'autres intervenants à qui ils délèguent les tâches « d'effectif ».

Le DAC apparaît donc comme une organisation de professionnels positionnée par les autorités publiques aux frontières de plusieurs « mondes » (en particulier les organisations et professionnels de santé libéraux, les organisations hospitalières, les organisations traitant des problématiques sociales elles-mêmes segmentées selon les populations ou pathologies traitées). Le processus de mise en œuvre des DAC, tout en donnant à voir la porosité des frontières entre ces mondes et les échanges qui s'y nouent à l'occasion de la création d'une nouvelle organisation, nous invite néanmoins à envisager d'autres aspects moins enchantés du travail à la frontière. En effet le DAC offre un cas original pour réfléchir à ce que le travail dans une organisation frontière fait et fait faire aux professionnels, lorsque la frontière apparaît moins comme une position offrant des ressources à combiner et des opportunités d'action que comme une position assignée présentant des formes variées de dépendances et de contraintes. Si certains des acteurs rencontrés au cours de notre enquête auprès de cinq DAC d'une même région ressemblent à des entrepreneurs frontières (on pense à certains directeurs ou directrices de DAC), d'autres, plus nombreux sont plutôt des travailleur-frontière de première ligne, dont il est attendu qu'ils et elles rendent un service consistant à dénouer une situation complexe déléguée par d'autres, en créant des liens entre professionnels ou organisations.

Terrains et méthode d'enquête

Ce travail repose sur une enquête conduite dans le cadre de l'évaluation de la politique de déploiement des DAC dans une ARS, au cours de l'année 2021. L'intérêt de cette temporalité est de pouvoir observer et analyser les processus d'organisation en train de se faire, ce qui permet de pointer les tensions, conflits, difficultés rencontrées et les vécus de travail des différents professionnels de ces nouvelles organisations.

Nous avons réalisé des études de cas de cinq DAC de la région (choisis notamment pour la diversité territoriale et la plus ou moins grande précocité de leur labellisation comme DAC). Nous avons réalisé en tout environ 80 entretiens auprès d'acteurs au sein et autour des DAC (adresseurs et partenaires aval), des observations de situations de travail (suivi de staff d'inclusion, de VAD) et analysé une grande diversité de documents internes aux DAC (statuts, documents de communication, compte rendu de CA, procédures et fiches, logiciels, CR de réunions, etc).

Nous proposons de suivre la suggestion de J. Aust et D. Benamouzig d'analyse des frontières sous deux dimensions.

Tout d'abord, nous montrerons comment se négocie le « travail aux frontières » entre les différents professionnels intervenant dans les DAC et à qui il est demandé de « s'ouvrir à la polyvalence ». Cette ouverture ne se fait pas sans tensions et conflits, entre accompagnement des équipes aux changements, apprentissages collectifs et défense d'identités et d'expertises professionnelles. Le travail organisationnel qui s'opère lors de la création de ces nouvelles organisations passe par la définition de règles de divisions du travail, de formalisation de procédures, d'échanges de pratiques entre professionnels en provenance de différents mondes (sanitaire, social, médico-social).

Ce premier processus, marqué par des tentatives d'ouverture et d'échanges plus ou moins abouties selon les contextes organisationnels, s'accompagne d'un processus « de travail des frontières » qui conduit, pour les acteurs qui s'y attèlent (plutôt ici les directeurs et directrices de DAC) à définir des limites (ou du moins à essayer d'avoir la maîtrise de ces limites) à l'intervention du DAC. Ce travail conduit, paradoxalement, à définir des principes de tris et de sélection des situations là où l'organisation devait offrir des réponses inconditionnelles aux demandes et à conforter les séparations entre les organisations et les institutions là où le DAC devait apporter de la transversalité et de la fluidité.

1. Travailler aux frontières : l'ouverture périlleuse à la polyvalence

Le travail aux frontières de plusieurs organisations et groupes professionnels hétéronomes n'est pas nécessairement nouveau pour la plupart des salariés des DAC de 1^{ère} ligne, dont la dénomination conseillée par le ministère est « coordonnateur » ou « référent » de parcours. Nombre de ces professionnels effectuaient déjà dans leur activité antérieure, à l'hôpital, en réseau ou en MAIA des fonctions de coordination, qui les conduisaient à évaluer – souvent en associant différentes compétences - la situation de la personne et à envisager un plan d'accompagnement mobilisant différentes ressources. Néanmoins, l'exercice professionnel dans le cadre d'un DAC modifie leur périmètre d'intervention à la fois sur la diversité des liens qu'ils sont censés mobiliser (pas seulement avec l'hôpital par exemple pour une IDEC en réseau de soins palliatif ou un service social de département pour un gestionnaire de cas en MAIA) et sur les populations qu'ils sont censés accompagner, non réduite à une pathologie ou à des situations aux critères bien délimités (MAIA).

Dans ce nouveau contexte, l'atteinte de l'objectif de polyvalence paraît périlleux, c'est-à-dire à la fois difficile et risquée. Elle est difficile car elle se heurte à des oppositions des professionnels qui définissent leur cœur de métier à partir de la référence à un public et/ou à une professionnalité héritée d'une socialisation professionnelle robuste (IDE, assistante sociale, CESF) auxquels ils et elles sont attachés. Concrètement, dans chacun des DAC enquêtés cela conduit à des négociations tendues entre direction du DAC (souvent aussi ancien professionnel souvent prof de santé) et professionnels et entre professionnels et à des compromis sur les fiches et les intitulés de postes, les organigrammes. Ce travail d'organisation est marqué par des tensions entre la préservation d'une expertise professionnelle et l'ouverture à l'expertise de la complexité. En d'autres termes la « polyvalence » attendue des organisations conduit les acteurs des DAC à renégocier les territoires professionnels internes à l'organisation... avec parfois des réactions de défense de territoire professionnel. Elle est par ailleurs risquée car les collectifs des DAC sont fragiles, souvent constitués ou reconstitués de façon itérative, dans un contexte de recrutement difficile. Dans ce contexte, tout conflit persistant et tout ressenti d'usure ou d'insatisfaction professionnelle peut faire craindre des départs, qui fragiliseraient les collectifs et l'activité du DAC

L'objectif de traitement des demandes d'appui « tout âge, toutes pathologie » est au cœur de la construction d'une position aux frontières, permettant d'échanger et de créer des liens avec d'autres acteurs de l'accompagnement des situations. Il s'agit donc de construire une organisation du travail, au double sens de constituer des équipes (les DAC enquêtés comptent entre 15 et 22 salariés) et d'organiser le travail pour répondre aux objectifs de polyvalence et de subsidiarité. La façon dont la polyvalence de l'activité du DAC se construit dépend donc d'abord des ressources humaines dont l'organisation hérite du fait du processus de fusion entre organisations. Par ailleurs, la construction de la polyvalence passe par une activité tâtonnante de formalisation des organisations de travail et de nouvelles modalités de division du travail. Enfin, les tensions autour de certaines recommandations du cahier des charges des DAC, entre notamment gestion des flux de demandes et attachement au cœur de métier peuvent réactiver les risques de défection.

1.1. Des « équipes » opérationnelles des DAC plus ou moins polyvalentes

La création d'un DAC s'accompagne de la construction quasiment d'une organisation du travail, susceptible de faciliter l'ouverture ou le passage des frontières, autrement dit les échanges entre savoirs, pratiques, règles organisationnelles provenant de différents mondes

sociaux. L'objectif de construction de ces équipes permettant d'offrir des réponses « tout âge, toutes pathologies » est fortement dépendant de la composition de ces équipes. Or celle-ci est l'héritière du contexte de constitution du DAC et des organisations fusionnées, assises sur des formes de spécialisation.

Au moment de la fusion autour d'un porteur unique du DAC, l'attachement aux populations ou à l'exercice d'une expertise clinique sur des pathologies peut conduire à des défections. Ici, les médecins pionniers des réseaux ne se retrouvent plus dans un dispositif imposé par le ministère dans lequel ils estiment perdre leur autonomie et une certaine liberté d'entreprendre ; là les gestionnaires de cas d'une MAIA ne souhaitent pas intégrer un DAC porté par un ancien réseau de soins palliatif et cancérologie, qui les exposerait à une population plus jeune. La composition des nouvelles organisations est le produit d'histoires souvent conflictuelles entre organisations préexistantes (un réseau de santé et certains services hospitaliers par exemple). Les « équipes » ne sont pas l'addition des professionnels des dispositifs antérieurs mais le produit des défections, des mobilités professionnelles, du turnover, des recrutements.

Certains DAC ont la réputation d'être davantage « sanitaires » que d'autres (quand les équipes sont essentiellement constituées d'infirmières) ou d'être colorés « gérontologie » ou « soins palliatifs ». Ces ancrages professionnels produisent non seulement des attachements à des formes de spécialisation (sur des publics) et d'expertise (sanitaire ou sociale selon le métier d'origine) mais aussi des attachements à des liens professionnels, par exemple dirigés voir concentrés vers un service hospitalier particulier, pourvoyeur de demandes d'appui. La diversification des compétences et de la connaissance des publics est donc aussi une diversification potentielle des liens sur le territoire. Le choix de la plupart des directeur.rice.s de DAC rencontré.es est de construire la polyvalence, moins par extension des situations traitées par chaque coordonnateurs de parcours que par de nouveaux recrutements diversifiant les compétences. C'est le cas dans le DAC A, issu d'une fusion avortée entre un réseau tri-thématique (cancéro, soins palliatifs et géronto) et une MAIA dont les gestionnaires de cas n'intègrent pas le DAC mais dont celui-ci récupère la file active. Afin d'absorber cette file active, le directeur, conscient du caractère très « sanitaire » de l'équipe du réseau (constituée exclusivement d'infirmières) cherche à « socialiser » (selon ses termes) les coordonnateurs de parcours (par le recrutement de deux CESF). Si tous les postes ont la même appellation de « coordonnateurs de parcours », ils sont profilés selon une expertise métier qui oriente les suivis vers tel ou tel professionnel, qui ne sont donc pas interchangeables. Certains profils demeurent néanmoins rares dans les DAC enquêtés, en particulier sur les thématiques de l'addictologie ou du handicap, qui peuvent pourtant être à l'origine de situations complexes adressées au DAC.

Des frontières de juridictions professionnelles sont donc bien perceptibles entre les professionnels constituant les équipes de DAC, provenant d'horizon différents : IDE de coordination en soins palliatifs, travailleur social gestionnaire de cas en MAIA par exemple. Si ces frontières sont poreuses et que les organisations du travail favorisent les échanges entre professionnels autour des cas, dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire des populations, il existe bien une division du travail travaillée, négociée, formalisée mais non dénuée de tensions entre ces professionnels de façon à viser la polyvalence des réponses fournies collectivement, sans renoncer aux spécialisations et au cœur de métier de chacun.

1.2. La négociation d'une division du travail interne

Les premières années des DAC sont marquées par des échanges intenses entre la direction du DAC et les professionnels de l'accompagnement autour de l'organisation du travail. Ces derniers sont en effet loin d'être rassurés sur le contenu de leur activité et sur l'afflux anticipé de demandes d'appui sur des situations qu'ils estiment ne pas maîtriser ou qu'ils ne souhaitent pas traiter. Beaucoup de ces professionnels s'estiment « spécialistes » de certaines populations ou pathologies et ne pas concevoir une compétence de « coordination pure » qui serait valable pour toutes les demandes d'appui.

Les réunions se multiplient pour établir de nouveaux repères professionnels, comme des procédures d'inclusion des demandes et des fiches de suivi, mais aussi pour échanger sur les situations concrètes dans le cadre de staffs « pluridisciplinaires » qui reconnaissent de fait l'existence de plusieurs points de vue sur une même situation. Dans plusieurs des DAC enquêtés, la directrice ou le directeur a eu recours à un consultant pour « accompagner au changement » et rassurer les équipes. Les nouvelles situations sont présentées comme des occasions de déployer des savoirs et des savoir-faire déjà acquis et non comme des situations nécessitant des ruptures radicales avec les pratiques professionnelles antérieures.

« Le consultant en conduite de changement nous a bien dit : ' vous allez continuer de faire ce que vous faisiez, et autre chose '. Et moi j'ai retenu ça en fait, parce qu'on aimait ce qu'on faisait. Et après on s'est ouvert à tout âge, toute pathologie, des choses très compliquées. Et du coup on avait besoin de continuer de faire ce qu'on faisait avant pour garder le plaisir de ce travail-là. Et puis ça avait du sens en fait, c'est pas que se faire plaisir. Mais ce qu'on avait fait avant, ça ne disparaissait pas parce que ça avait eu du sens pendant des années, donc ça continuait d'avoir du sens même si on s'ouvrait à autre chose. (Infirmière, DAC A)

Les échanges entre professionnels provenant de différents mondes sociaux passent donc par un travail d'accompagnement des professionnels, par de la formation sur certaines problématiques et par les réunions de staff. Ils passent également par la formalisation d'une division du travail interne entre professionnels de l'accompagnement, le plus souvent autour de « niveaux de complexité ».

Derrière la peur de l'incompétence face à des situations complexes inédites, se lit la crainte d'une dissolution d'expertises professionnelles structurantes pour les carrières (vocation initiale et évolutions) et l'exercice des métiers (qualité du travail).

*« L'idée c'était de préserver ce truc-là, cette spécificité « personnes âgées », spécificité d'âge, spécificité de profils de maladies neuro-évolutives etcetera. **Du coup, pour nous c'était clair, l'idée c'était de garder la gestion du cas.** Et de pas aller, nous, vers d'autres populations. Toucher à la psychiatrie, oui, parce qu'il y a des personnes âgées qui vont avoir des troubles psychiatriques depuis longtemps et du coup, il faut qu'on soit formés à la psychiatrie qu'on comprenne ce que c'est la géronto psy etcetera. Mais on voulait pas du tout s'ouvrir vers d'autres populations, et on ne savait pas trop comment ça allait se passer pour ceux qui allaient accepter de s'ouvrir à d'autres populations. (...) Moi, mon avis perso, c'est de préserver [la spécificité des MAIA] parce que je pense qu'il faut que la gériatrie, la personne âgée reste une spécialité à part entière si on veut que ça avance là-dessus. Par ce qu'il y a du travail. Donc on a cette appétence pour la gériatrie, on a été formés là-dessus, on ne peut*

pas, comme ça, dire : on va s'occuper d'un handicap mental parce qu'on n'a pas les compétences pour le faire ! » (Gestionnaire de cas du DAC B)

Pour les équipes de DAC, la déspecialisation du dispositif représente un risque individuel de dévalorisation professionnelle, mais aussi un risque collectif de disqualification du travail de coordination en le dissociant des capacités de production de l'expertise des situations. Autrement dit, la légitimité du professionnel à échanger avec d'autres, du fait de cette expertise métier et/ou d'une connaissance fine des populations accompagnées est enjeu dans la définition des formes de division du travail interne au DAC.

Ces enjeux se traduisent par des choix en termes de division du travail et d'affectation des situations entre les professionnels, choix plus ou moins bien acceptés selon les cas. Dans le DAC A, l'option choisie a été de préserver les identités de métier (coordinatrice de parcours de profil IDE ou travailleur social) et d'orienter les situations en fonction de ces expertises métier. Dans le DAC B, la coexistence de deux groupes bien distincts, déjà aguerris à la coordination, les coordonnateurs issus des réseaux de santé et les gestionnaires de cas des MAIA conduit à stabiliser une division du travail en fonction du niveau de complexité de la situation, ce qui conduit à différencier des suivis très complexes et intensifs (souvent plus longs) confiés aux gestionnaires de cas (en se référant aux anciens critères d'inclusion des MAIA - absence d'autonomie décisionnelle et absence d'aidant) et les situations moins complexes confiées aux « coordonnateurs de parcours ».

« Nous, on a conservé le côté MAIA qui s'occupe des personnes qui ont des troubles décisionnels, des troubles cognitifs et pas d'aidants, et nous le DAC [sous-entendu l'équipe CP], du coup, on représente la polyvalence, donc tout le reste. » (Coordinatrice de parcours DAC B)

Si cette division du travail permet d'arbitrer l'affectation des situations aux différents professionnels, elle s'accompagne d'un ressenti de « sale boulot » chez les coordonnateurs de parcours, qui ont l'impression de ne prendre que les situations délaissées par les gestionnaires de cas qui prennent moins de temps et donc accroissent la « file active » de ces professionnels. Cette division du travail est encore source de tensions lors des réunions de travail auxquelles nous avons assisté.

1.3. L'attachement aux visites à domicile : une controverse au cœur du travail aux frontières

Pour la plupart des professionnels de la coordination rencontrés dans les DAC, le cœur de leur activité de travail consiste à produire une évaluation globale des situations prenant en compte de multiples dimensions en plus du problème de santé à l'origine de la demande. Ils et elles se définissent comme des professionnels du domicile et ont pour certain.es une longue expérience de la coordination pour le maintien à domicile (par exemple pour faciliter les sorties d'hospitalisation dans le cadre des réseaux de cancérologie ou de soins palliatifs). Ils et elles sont en particulier très attachés à la pratique de la visite à domicile, qui permet de mieux apprécier la capacité de l'entourage à accompagner la personne ou le niveau d'autonomie des personnes dans les gestes du quotidien (prise de médicament, toilette).

Or, le recours à la visite à domicile dans le cadre des situations et des missions relevant du DAC fait l'objet de controverses entre les autorités publiques (représentants du ministère de la santé et chargés de mission DAC au siège de l'ARS) et les représentants des DAC. Pour les premiers, le recours à la VAD « ne doit pas être systématique » car il est chronophage et se

fait au détriment du nombre de situations traitées. Pour les professionnels de l'accompagnement dans les DAC, la VAD est indispensable à la qualité de leur travail et la menace de la disparition des VAD a même fait fuir certains de ces professionnels.

Le compromis trouvé dans la région d'enquête a consisté à maintenir une tolérance à l'égard de la pratique de la VAD, à condition de la soutenir par l'élaboration de bonnes pratiques de VAD dans les DAC (autour d'un groupe de travail sous l'égide de l'association régionale des professionnels des DAC).

Les arguments en faveur de ce compromis sont que la VAD est source d'apprentissage sur les nouvelles situations et source d'échange avec les partenaires du DAC. Le domicile est en effet un espace commun et la VAD une pratique commune avec d'autres professionnels, du sanitaire ou du social. Elle est donc un espace propice aux échanges et à l'interconnaissance avec les partenaires potentiels et de négociations des territoires.

2. Travailler les frontières : sélection des demandes et des alliances sur le territoire

La réalisation de la mission d'appui à la coordination pour les situations jugées complexes par des professionnels adresseurs (ou l'entourage de la personne) exige non seulement un travail d'organisation de la polyvalence en interne mais également un travail de construction de liens avec les acteurs du territoire, susceptibles de participer à l'appui de la situation (par l'ouverture de droits sociaux, par une solution de logement, par la mise en place d'une aide à domicile, par un rendez-vous de consultation mémoire, etc).

Ce travail est engagé à la fois par les directeur.rices de DAC et par les professionnels de l'accompagnement, au cours de leur travail de diagnostic des situations et d'élaboration des plans d'accompagnement. La difficulté est de trouver le « bon positionnement » auprès des partenaires, pour à la fois répondre aux missions et préserver le travail des équipes, qui pourraient ne pas suivre le rythme d'arriver des nouvelles demandes, buter sur un manque de compétences ou subir un travail délaissé par d'autres. Le travail d'ouverture sur le territoire consiste donc bien à travailler les frontières et à poser les limites de l'intervention du DAC. Ce faisant, les séparations entre mondes professionnels et institutionnels sont réactivées.

Les membres du DAC engagent donc un double travail de délimitation de la frontière du DAC : d'un côté, un travail de limitation de l'activité, plutôt portée par les professionnels de terrain, face à la crainte de l'afflux de demandes et d'un autre côté un travail de construction d'une position sur le territoire, mené surtout par les directeurs et directrices de DAC. Dans les deux cas, ces activités de délimitation et d'affirmation des frontières sont dépendantes des autres acteurs du territoire, de leurs stratégies à l'égard des cas complexes et de leurs ressources.

2.1. Les travailleurs des DAC comme douaniers : l'organisation de la régulation des demandes

Dans tous les DAC enquêtés, les professionnels de l'accompagnement craignent un afflux de demandes à la fois en volume (augmentation de leur file active de dossiers traités, en particulier pour les GC) et en diversité (situations ne relevant pas de leur cœur de compétence). Cette crainte fait apparaître un besoin de régulation des demandes, soutenu par les directions des DAC qui cherchent à « protéger » les ressources humaines en interne, en particulier le travail des coordonnateurs de parcours chargés des suivis (cœur de l'activité du DAC). Cette nécessité perçue de limiter les demandes conduit à la fois à construire une

procédure de traitement des demandes (division du travail entre accueil téléphonique et coordonnateurs de parcours) et de développer la connaissance du territoire pour pouvoir orienter les demandes ne nécessitant pas de suivi vers les ressources locales (travail des chargés d'animation territoriale).

Partout se constitue une fonction de régulation, peu à peu formalisée après le test de diverses formules. Si les procédures peuvent varier d'un DAC à l'autre, dans tous les cas, les postes d'accueil téléphonique sont équipés de ressources en compétences cliniques pour faciliter la différenciation des situations, entre celles relevant d'un suivi interne et celles devant faire l'objet d'une réorientation vers les acteurs du territoire.

« Qu'est-ce qu'on prend ? Qu'est-ce qu'on ne prend pas ? Enfin, quand je dis « qu'est-ce qu'on ne prend pas », c'est qu'est-ce qu'on suit en interne, qu'est-ce qu'on va réorienter vers l'externe ? Et ça, pour faire ça en fait, la secrétaire, enfin le métier de secrétaire initiale ou d'assistante de coordination, c'est bien dans des situations simples, mais ça nécessite un niveau de réponse qui soit supérieur après... et un niveau de connaissance du territoire » (Directeur du DAC A)

D'une part, le travail de filtre et d'orientation vers les « partenaires » du DAC requiert un apprentissage et une expérience pour identifier les situations ne relevant pas d'un suivi par le DAC et d'autre part, les situations aiguillées en interne vers le staff d'inclusion font l'objet d'un étayage pour faciliter justement la répartition des situations entre les différents professionnels de l'accompagnement. Les secrétariats d'accueil téléphonique sont donc « équipés » en différentes ressources : dans le DAC A, une IDE de régulation vient épauler la secrétaire médicale chargée de l'accueil et étayer toutes les demandes formulées par des professionnels (médecins traitants ou travailleur social) ; dans le DAC B, un secrétariat renforcé est constitué d'une secrétaire d'accueil et de deux professionnels de l'accompagnement qui tournent sur le poste d'accueil de façon hebdomadaire. Des fiches d'informations (souvent héritées des MAIA, notamment le FAMO) sur les situations facilitent également le travail de tri, d'étayage et d'affectation des situations.

Cette pratique de régulation téléphonique est parfois mal perçue par les professionnels qui s'adressent au DAC et avaient l'habitude de relations plus interpersonnelles avec les professionnels.

« Il fallait que tout passe par l'accueil et la coordination d'accueil parce que l'HDJ avait tendance à l'époque à appeler directement le professionnel qu'ils voulaient. Par exemple, on va appeler directement le gestionnaire de cas ou alors là ça serait plus social, on va demander à une assistante sociale. Et en gros, toutes ces demandes, elles chuintaient complètement l'accueil, ce qui n'était pas logique. Mais c'est très simple, je vous dis, un process unique, c'était simplement de dire que maintenant, toutes les demandes passent par l'accueil, la coordination d'accueil, elles sont évaluées et réparties. Alors en gros, c'était pour... parce qu'au final, on s'apercevait qu'on était une structure, mais on n'avait pas la main sur notre propre organisation et l'attribution des dossiers, ce qui était quand même un comble. (Directeur DAC C)

La fonction de régulation est également équipée par un travail de connaissance du territoire : les répertoires des ressources, les réunions, les évaluations en binôme (par exemple avec les services sociaux du Département) permettent à la fois une ouverture aux situations nouvelles et une délimitation du recours aux DAC.

2.2. Limitation ou extension du périmètre d'intervention du DAC : entre démarche entrepreneuriale et dépendance aux ressources du territoire

Il peut être tentant de faire des directeur.rices de DAC des entrepreneurs frontières ou des traducteurs. De nombreux travaux sur le développement des organisations ou des professionnels de la coordination mettent ainsi en évidence les caractéristiques hybrides des organisations et des professionnels agissant aux frontières de plusieurs univers sociaux, qui mobilisent des compétences et des ressources variées, jouent de leur multi-vocalité ou multipositionnalité (Bergeron). Les difficultés, les déficits de légitimité deviennent alors des ressources d'action dont ils se saisissent pour créer d'autres liens. L'enquête que nous avons conduite auprès des DAC fait en effet émerger quelques figures hybrides mais nous voudrions ici insister sur la dépendance aux ressources et au contexte territorial qui peut empêcher le déploiement de ces activités d'entrepreneur frontière et les effets des stratégies de délimitation du périmètre d'intervention du DAC sur le renforcement de certaines frontières professionnelles et institutionnelles.

Afin de remplir leurs missions, les membres des DAC doivent se faire connaître et reconnaître du territoire de façon à négocier l'action du DAC en « subsidiarité » et non en substitution des intervenants du territoire. Il s'agit à la fois de convaincre les partenaires d'adresser des situations complexes mais de les rassurer sur le fait qu'ils ne vont pas les concurrencer sur le cœur de leur activité, pour n'intervenir qu'en marge, sur certaines situations spécifiques. Face à cet impératif, les directeurs et directrices de DAC adoptent des stratégies variées, en fonction de leurs propres ressources, de la composition des équipes de DAC et des liens déjà existants et de la réputation du DAC auprès des acteurs du territoire.

Les DAC, comme on l'a vu sont issus de la fusion de différentes organisations, fusion qui a pu conduire à conforter des liens (assurer un ancrage auprès d'un établissement de santé) mais aussi défaire certains liens lorsque – comme cela a quasiment toujours été le cas – la fusion s'est réalisée à l'issue de conflits entre professionnels et organisations du territoire. Par ailleurs, le DAC se présente sur le territoire avec une réputation (de bon / de mauvais travail) et une coloration (plutôt gérontologique, plutôt soins palliatifs) qui influe sur les anticipations des demandes que se font les professionnels des DAC et qui conduit à chercher à conforter ou modifier cette coloration. Là aussi il s'agit d'une question d'équilibre : il faut rassurer les médecins sur le maintien d'une identité sanitaire du DAC tout en développant des relations avec les services sociaux du département par exemple, sans basculer dans une identité de service social.

Certains directeurs de DAC, face à ses enjeux, s'engagent dans une démarche entrepreneuriale, se saisissant de toute opportunité d'alliance et de partenariat. Ils disposent de conditions favorables pour cela. Prenons le cas du DAC A : sollicitée par la DD de l'ARS pour des missions liées au COVID (vaccination à domicile, animation des équipes de médiation de lutte anti-covid, suivi des covid longs complexes...) l'équipe du DAC a été connue positivement sur le territoire à cette occasion. La DD ARS continue de mobiliser le DAC sur d'autres projets sur le territoire, comme le SAS. Cette alliance avec l'ARS peut être à double tranchant car elle identifie le DAC à un prestataire de l'ARS et peut faire craindre aux partenaires sanitaires surtout une perte d'autonomie (cf les réactions des CPTS). Le directeur de ce DAC entame aussi des relations de partenariat avec les services sociaux du département, eux-mêmes en restructurations. Les relations sont plus difficiles ici à établir, les CD pouvant être tentés de déléguer une partie de l'activité de leurs services sociaux vers le DAC, tandis que les équipes opérationnelles peuvent voir le DAC comme un concurrent.

« Les mots qui ont été utilisés quand les DAC sont arrivés, c'est : « on n'est pas que sanitaire », donc ça sous-entend que s'ils sont pas que sanitaire, ils font la même chose que nous, donc là c'était compliqué » (Directrice d'une association porteuse d'un PAT-pôle autonomie territorial)

« Maintenant qu'on est polyvalent, on peut nous coller n'importe où » (directrice DAC B)

Les équipes de ces services cherchent néanmoins à négocier des territoires d'intervention en distinguant des niveaux de complexité sociale et médicale. Ces négociations se jouent donc finalement à l'échelle des professionnels de l'accompagnement des situations, par la participation à des VAD communes ou à des staffs communs, permettant de distinguer les situations relevant de telle ou telle organisation. D'autres directeurs de DAC sont plus prudents sur la communication autour des missions du DAC et ont attendu la consolidation des équipes pour se lancer dans une stratégie partenariale, qui passe par des formations en commun (sur le handicap avec les professionnels des services sociaux du CD) et par le test de certaines situations (par exemple pour certaines situations de l'ASE, dans le DAC B). Dans le département du DAC B, la crainte porte surtout sur l'afflux de demandes d'appui sur des situations de précarité, dont les services sociaux ne peuvent plus s'occuper.

Les stratégies d'alliances sont enfin fortement dépendantes du territoire : les modalités de réorganisation des services sociaux (certains PAT font de la coordination et de suivi intensif lorsqu'ils sont des ressources humaines qui le permettent, d'autres ne le font pas), l'état de la démographie médicale et des ressources en expertise en psychiatrie, gériatrie ou soins palliatifs ont des effets sur la définition du périmètre d'intervention des DAC, qui s'avère donc variable d'un territoire à l'autre. Certaines activités d'effectif, comme les soins palliatifs ont été maintenus lorsqu'il n'a pas été possible de les « convertir » dans une équipe mobile de soins palliatifs ancrée à un établissement de santé. Dans d'autres DAC, la présence de ressources médicales fait du DAC le seul recours pour certaines expertises, comme c'est le cas pour el DAC A donc la médecin gériatre continue de réaliser des évaluations gériatriques, du fait des délais pour une consultation gériatrique à l'hôpital.

Dans tous les cas, du fait de la nécessité de délimiter la frontière de l'activité, les représentant.es des DAC sont finalement conduits à endosser une identité sanitaire, à la fois pour être des interlocuteurs crédibles des médecins (les MT ou les médecins hospitaliers) et pour se distinguer des interlocuteurs médico-sociaux ou sociaux (les services sociaux des Conseil départementaux, les équipes d'évaluation pluridisciplinaires...).

Conclusion

Renforcement ou confirmation des frontières

- Reconfiguration des espaces internes de travail autour de niveaux de complexité : dans le DAC mais aussi de façon parallèle dans les services sociaux départementaux, avec des spécialistes de situations complexes et des situations partagées avec les DAC quand la personne présente un problème de santé. Aussi gradation de la complexité sociale au sein de chaque éco-système professionnel
- Les organisations frontières se multiplient et sont en lien entre elles mais au sein d'un univers qui demeure fragmenté = des organisations à la frontière de l'hôpital (les EMG

ou EMSP) et du domicile (les DAC, les CPTS) mais les mondes demeurent séparés, des zones de frottement apparaissent par les échanges entre organisations frontières.

- Des acteurs médiateurs des réformes qui participent de façon silencieuse, discrète à une reconfiguration des relations entre l'État et les professions et organisations bien établies. Rationalisation, formalisation des organisations et de leurs relations à partir d'une réforme pensée de façon très centralisées = une autonomie laissée dans la mise en œuvre des réformes organisationnelles, très différente de l'autonomie revendiquée par les professionnels cliniciens (cadrée par le niveau national et reposant sur des référents cognitifs managériaux davantage que cliniciens). Politiques d'organisations (PH et HB) organisations moins hiérarchiques, plus agiles, flexibles, moins susceptibles de reproduire les oppositions entre managers et professionnels... Affaiblissement de formes de conflictualité pour produire du consensus, de la négociation, des compromis

Transversalité et complexité comme façon de reproblématiser les enjeux des politiques de santé, d'introduire d'autres configurations de relations entre les acteurs du soin et de l'accompagnement.

Bibliographie

- Abbott A., 2016, Les choses des frontières, in Demazière D. et al., *Andrew Abbott et l'héritage de l'école de Chicago*, p. 119-144.
- Aust J., Benamouzig D., 2022, Chapitre 12. Des frontières des organisations à l'organisation des frontières, In Borraz O. (dir), *La société des organisations*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 199-212.
- Aust J., Gozlan C., 2021, Faire charnière entre l'État et les professions. Fabrique des réformes managériales et mobilisations professionnelles, *Politix*, 135, p. 7-18.
- Bergeron H., Castel P., Nouguez É., 2013, Éléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière. Genèse et diffusion d'un programme de prévention de l'obésité, *Revue française de sociologie*, 54, 2, 263-302.
- Bertillot H., 2017, Intégrer les services pour rationaliser l'action publique. Les nouveaux professionnels de la transversalité dans le secteur de l'autonomie, *Terrains et travaux*, 30, 1, p. 5-30.
- Bloch M-A., Hénaut L., 2014, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod.
- Campéon A., Le Bihan B., Sopadzhyan A., 2021, Dynamiques locales de coordination dans le secteur de la perte d'autonomie : recompositions professionnelles autour de la gestion de cas, *Sciences sociales et santé*, 39,4, p. 5-31.
- Casal J., Chéron L., 2022, *La complexité, l'affaire de tous ? L'identification et l'accompagnement des personnes en situation complexe vus par les professionnels du Maine et Loire*, Rapport de recherche pour l'ARS Centre Val de Loire, sous la direction de L. Hénaut et MA Bloch.
- Castel P., Hénaut L., 2022, Chapitre 9. Création organisationnelle et cercle vicieux néo-bureaucratique, In Borraz O. (dir), *La société des organisations*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 157-170.

Christensen T., 2007, The Whole-of-Government Approach to Public Sector Reform, *Public Administration review*, 67, 6, p. 1059-1066.

Douillet A-C., Lebrou V., Sigalo Santos L., 2023, Franchir les frontières bureaucratiques. (Dé)sectorisation et transversalité dans l'action publique, *Gouvernement et action publique*, 12, 1, p. 9-26.

Hénault-Tessier M., Dalle-Nazébi S., 2012, Traiter les appels d'urgence. Fabriquer une information pour l'action, *Revue d'anthropologie des connaissances*, 6, 1, p. 89-114.

Terssac G. de., 2011, Théorie du travail d'organisation, in Maggi B., *Interpréter l'agir : un défi théorique*, Paris, PUF, p. 97-121.

Trompette P., Vinck D., 2009, Retour sur la notion d'objet-frontière, *Revue d'anthropologie des connaissances*, 3, 1, p. 5-27.

Schlegel V., 2021, Partage juridictionnel et socialisation au travail pluridisciplinaire dans la prise en charge des personnes sans domicile, *Sociologie du travail*, 63, 3, 2021.