

Rapport de recherche

La complexité, l'affaire de tous ?

L'identification et l'accompagnement des personnes en situation complexe

vus par les professionnels du Maine-et-Loire

Réalisation de la recherche : Jeanne CASAL et Lucie CHERON

Appui scientifique : Léonie HÉNAUT, CNRS/SciencePo

Avec le soutien scientifique : Marie-Aline BLOCH, EHESP

Avec le soutien financier : Agence Régionale de Santé des Pays de La Loire

Septembre 2022

Sommaire

REMERCIEMENTS.....	4
GLOSSAIRE.....	5
INTRODUCTION GENERALE	8
CONTEXTE DE LA RECHERCHE ET QUESTIONNEMENTS DE DEPART	8
COORDINATION, ACCOMPAGNEMENT, COMPLEXITE : DE QUOI PARLE-T-ON ?.....	9
UNE METHODOLOGIE QUALITATIVE POUR APPREHENDER LA DIVERSITE PROFESSIONNELLE	12
- Construction de l'échantillon	12
- Méthodologie d'enquête et de codage.....	17
- Avantages et contraintes de notre positionnement comme pilote MAIA.....	18
PLAN DU RAPPORT	19
PARTIE 1 : LA COMPLEXITE : UNE PROBLEMATIQUE EN PLEIN ESSOR EN MAINE-ET-LOIRE	20
1.1 L'essor de la complexité perçu par les professionnels.....	20
1.2 L'essor des instances multi-partenariales pour identifier et orienter les situations complexes	21
1.3 Des postes dédiés à l'accompagnement des situations complexes.....	31
1.4 Des formations professionnelles sur la coordination et la complexité	33
PARTIE 2 : CLASSIFIER LA COMPLEXITE.....	37
2.1 Exercer son jugement professionnel sur la situation des personnes	37
2.1.1 Le cumul de problématiques	38
2.1.2 La vulnérabilité de la personne	39
2.1.3 Le refus de soins et d'accompagnement.....	39
2.2 Prendre en compte les conditions d'exercice et les ressources territoriales.....	41
2.2.1 Des situations qui « n'avancent pas » du fait de l'inadéquation des réponses partenariales	41
2.2.2 Des situations qui ne rentrent pas « dans les cases » et pour lesquelles il n'y a pas de réponse	42
2.2.3 Être en débordement de son secteur d'intervention professionnelle et en limite de compétence.....	45
PARTIE 3 : ACCOMPAGNER LES SITUATIONS COMPLEXES	48
3.1 Travailler avec la personne	48
3.1.1 La recherche du consentement	48
3.1.2 La difficile adéquation entre demande institutionnelle et demande de l'utilisateur	51
3.1.3 L'importance de l'intervention à domicile	52
3.2 La coordination des actions et des professionnels	54
3.2.1 Le travail à plusieurs et la mutualisation des compétences	54
3.2.2 La coordination et la mise en cohérence des interventions.....	56
3.2.3 Le partage d'information et les outils numériques	57
3.3 Prendre du temps.....	58
3.3.1 Le temps du professionnel	58
3.3.2 Le temps de la personne accompagnée	60
3.3.3 Le cadrage temporel : file active et intensivité des interventions	63
3.4 Rechercher des espaces de créativité.....	65
CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....	67
LA COMPLEXITE VUE PAR LES PROFESSIONNELS DU MAINE-ET-LOIRE : DES ELEMENTS DE CONVERGENCE AU-DELA DE LA DIVERSITE.....	67
PISTES D' ACTIONS DANS LE CADRE DE LA MISE EN PLACE DU DAC	69
- Mission 1 : information, orientation.....	69
- Mission 2 : accompagnement des situations complexes.....	70
- Mission 3 : animation territoriale	70
DES PERSPECTIVES POUR LA COMPREHENSION DES ACCOMPAGNEMENTS COMPLEXES.....	72
BIBLIOGRAPHIE.....	73
TABLE DES FIGURES	75
TABLE DES TABLEAUX	75
ANNEXES	76
ANNEXE 1. EXTRAIT DE LA LOI PORTANT SUR LA CREATION DU DAC.....	77
ANNEXE 2. GRILLE D'ENTRETIEN	79
ANNEXE 3. DES EXEMPLES D'OUTILS POUR LE DAC DE MAINE-ET-LOIRE.....	81
- Exemple 1 : Le tableau de synthèse des organisations	81
- Exemple 2 : Les schémas des processus d'accompagnement.....	83

Remerciements

Nos plus vifs remerciements vont :

À notre directrice de recherche, Léonie Hénaut, pour son expertise, ses conseils et sa disponibilité,

À Marie-Aline Bloch, pour son soutien scientifique, ses questionnements et son accompagnement qui nous ont permis de faire évoluer nos réflexions,

À l'Agence Régionale de Santé qui a financé cette recherche et qui nous a offert cette belle opportunité de réflexion partenariale centrée sur la pratique,

Aux présidents et directions de nos associations, qui ont mis en œuvre l'organisation nécessaire à l'indépendance des travaux et qui nous ont accordé leur crédit et l'autonomie pour un tel travail,

À tous les professionnels qui ont participé à l'enquête de terrain en nous accordant de leur temps et leur confiance,

À Anne Gazeau, notre proche collègue et amie qui nous a soutenues et encouragées pendant les deux ans de cette recherche,

Aux différents interlocuteurs qui ont été à notre écoute,

À nos proches qui ont partagé nos inquiétudes et aussi notre épanouissement durant la réalisation de ce projet,

À celles et ceux qui œuvrent au quotidien sur le terrain, nos partenaires, nos collègues,

Nous dédions ce travail aux usagers pour lesquels nous mettrons tout en œuvre afin d'améliorer continuellement nos services.

Glossaire

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

AEH : Accompagnement Elèves en Situation de Handicap

AFM : Association Française contre les Myopathies

ARIFT : Association Régionale des Instituts de Formation en Travail social

ARS : Agence Régionale de Santé

AS/ASS : Assistant Service Social

ASE : Aide sociale à l'Enfance

ASG : Accompagnement Social Global

ASLL : Accompagnement Social Lié au Logement

AVC : Accident Cardio-vasculaire

CAAd : Comité des Acteurs en Addictologie

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite de la Santé au Travail

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CD : Conseil Départemental

CESF: Conseillère en Economie Sociale et Familiale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CNRS : Caisse Nationale de la Recherche Scientifique

COTECH : Comité Technique

COVID : COrona VIRus Disease

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DT : Délégation Territoriale

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMG : Equipe Mobile Gériatrique

EP : Evènement Préoccupant

EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

GC : Gestionnaire de Cas

HAD : Hospitalisation A Domicile

ICO : Institut de Cancérologie de l'Ouest

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IDEC : Infirmier de Coordination

IDEL : Infirmier Diplômé d'Etat Libéral

IME : Institut Médico-Educatif

IMPRO : Institut Médico Professionnel

IPA : Infirmier en Pratique Avancé

ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie

MDA : Maison Départementale de l'Autonomie

MDA : Maison Départementale des Adolescents

MDS : Maison Départementale des Solidarités

MT : Médecin Traitant

PAERPA : Programme Personnes Âgées En Risques de Perte d'Autonomie

PCPE : Pôle de Compétences et de Prestation Externalisées

PPE : Projet Personnalisé pour l'Enfant

PRIOR : Plateforme Régionale d'Information et d'Orientation sur les maladies Rares

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

RAP : Réflexion Analyse de Parcours

RESP : Réseau de Soins Palliatifs

RSA : Revenu de Solidarité Active

RSG : Réseau de Santé Gériatrique

SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à domicile

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

Introduction générale

Contexte de la recherche et questionnements de départ

Votée en juillet 2019, la Loi d'organisation et de transformation du système de santé demande aux Agences régionales de santé (ARS) de constituer un unique « Dispositif d'appui à la coordination » (DAC) dans chaque Département afin d'unifier les dispositifs de coordination existants – réseaux de santé, plateformes territoriales d'appui (PTA), Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA), coordinations territoriales d'appui du programme personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) et éventuellement les centres locaux d'information et de coordination (CLIC).¹ Comme son nom l'indique, le DAC a pour principale fonction d'aider les professionnels du territoire à assurer leurs missions d'accueil, de suivi et d'accompagnement, avec une attention particulière pour les parcours de santé dit « complexes ».

Dans le Maine-et-Loire, la mise en œuvre du DAC a commencé en 2020. Dans ce contexte, nous avons souhaité réinterroger le terme de « complexité » et comprendre ce que signifie, pour les professionnels, l'accompagnement des parcours et des situations complexes. En effet, nous avons effectué ce travail tout en occupant le poste de pilote MAIA et, de ce fait, nous disposions d'une certaine définition des situations dites « complexes » – la définition inclue dès le lancement des MAIA dans le cahier des charges élaboré au niveau national². Cependant, dans les réunions organisées sur notre territoire à l'approche de la mise en place du DAC, nous avons rencontré des partenaires qui nous ont amené à réfléchir sur cette notion de complexité. Nous avons été forcées de confronter notre perspective aux paroles des professionnels de secteurs très variés, à l'instar de cette infirmière travaillant dans un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) : « La complexité ? Ça me parle, car chaque enfant, chaque famille est complexe. C'est aussi la complexité de la dynamique familiale. »

Le déploiement du DAC a donc constitué une opportunité pour réinterroger les enjeux de l'accompagnement des parcours complexes à un moment particulièrement crucial pour les institutions et les équipes :

¹ Voir en annexe l'extrait de la loi portant création des DAC (Annexe 1).

² Décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

- *Quelles sont les différents modes d'organisations de l'accompagnement et de la coordination des situations identifiées comme « complexes » dans le Maine-et-Loire ?*
- *Comment, quand et pourquoi les professionnels parlent-ils de complexité ?*
- *Peut-on repérer des pratiques professionnelles convergentes pour accompagner les situations dites « complexes » ?*

Pour répondre à ces questions, nous avons sollicité l'appui de l'Agence régionale de santé Pays de la Loire (ARS) qui a reconnu l'intérêt de ce travail et financé la recherche. Nos porteurs associatifs nous ont également accordé du temps pour réaliser ce projet. Enfin, nous avons bénéficié de l'encadrement scientifique de Léonie Hénaut, chargée de recherche au CNRS et membre du Centre de sociologie des organisations à Sciences-Po, et du soutien de Marie-Aline Bloch, Professeur à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. L'élaboration de la méthodologie, la collecte et l'analyse des données, et la rédaction du présent rapport s'est déroulé sur deux ans, de septembre 2020 à septembre 2022. Un comité de suivi, composé de représentants de l'ARS locale et régionale et de Mesdames Hénaut et Bloch, s'est réuni trois fois pour effectuer des bilans intermédiaires et valider la progression de la recherche.

Au-delà de la production de connaissances sur la complexité et l'accompagnement des situations complexes tel qu'il est vu par les professionnels du Maine-et-Loire, la présente étude vise à soutenir le développement du DAC sur le territoire en améliorant la compréhension des points de convergence sur ce sujet, dans les organisations de travail et les pratiques professionnelles des différents publics et secteurs d'intervention.

Coordination, accompagnement, complexité : de quoi parle-t-on ?

Avant de présenter la méthodologie de l'étude, il s'agit d'introduire cette recherche en précisant le contenu d'un certain nombre de termes et concepts-clés, ce qui nous permettra de mieux cerner le périmètre de l'étude.

- Coordination

Le premier terme est celui de coordination, auquel le DAC fait directement référence dans son intitulé. Le décret précise qu'il existe deux niveaux ou types de coordination : celle qui relève

de la clinique, centrée sur l'utilisateur ou patient, et celle qui relève des coordinations territoriales. Si l'on se réfère au dictionnaire de l'académie française, coordonner signifie « *agencer certaines choses entre elles suivant les rapports qu'elles doivent ou peuvent avoir, les disposer convenablement pour une fin.* » Dans leur ouvrage, Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut définissent la coordination comme étant le « *besoin d'assurer la cohérence des différentes tâches dans un souci d'efficacité* ». ³ Nous verrons dans cette étude comment les professionnels parlent de coordination. Est-elle un moyen nécessaire de l'accompagnement des situations complexes ? Peut-on coordonner des situations complexes sans les accompagner ? Quel lien entre accompagnement et coordination ?

- *Accompagnement*

La mission 2 du DAC est centrée sur la proposition d'accompagnement et de coordination d'intensité variable en fonction de la complexité de la situation. Le décret ne précise pas la différence entre accompagnement et coordination, peut-être pour laisser une marge de liberté quant à l'application et l'interprétation de cette mission. C'est pourquoi nous avons fait le choix de prendre comme angle d'approche la question de l'accompagnement des situations complexes sans faire de distinction préalable avec la coordination. Notre postulat de départ était de faire porter la recherche à la fois sur les professionnels ayant des missions spécifiques de coordination voir qui occupent un poste de coordonnateurs, et d'autres qui en font sans que cela fasse partie explicitement de leurs missions.

Par ailleurs, l'accompagnement fait référence à une certaine posture auprès de l'utilisateur ⁴. Nous avons ainsi choisi d'interroger uniquement des professionnels qui travaillent en lien direct avec les personnes soit par le biais de visites à domicile, ou de rendez-vous sur des lieux de consultations. Le terme *accompagner* implique en effet une proximité avec la personne, usager ou patient. La définition usuelle indique : « *Se joindre à (qqn) pour aller où il va en même temps que lui.* » De nombreux ouvrages en travail social ont étudiés les formes de l'accompagnement. Maela Paul rappelle ce qui les rapproche : « *Au-delà des différentes formes d'accompagnement on peut trouver un fond commun. Elles sont toutes fondées sur une base relationnelle forte, dans laquelle la fonction de l'un est de faciliter l'apprentissage ou un*

³ BLOCH Marie-Aline, HENAUT Léonie, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris : Dunod, 2014, p. 1.

⁴ Voir par exemple STIKER Henri-Jacques, PUIG José, HUET Olivier, *Handicap et accompagnement. Nouvelles attentes, nouvelles pratiques*. Paris : Dunod, 2014.

*passage de l'autre. Il s'agit bien d'être avec et d'aller vers »*⁵. Nous verrons par les propos des professionnels interrogés que les situations complexes peuvent amplifier cette nécessité de « *base relationnelle forte* », notamment par l'implication que sollicitent ces situations où il s'agit de à la fois de se centrer sur la personne et ses besoins tout en recherchant une mise en cohérence des actions qui peuvent être multidimensionnelles.

- Complexité

Enfin, le terme *complexité* est le cœur de cette recherche puisqu'il s'agit tout au long de ce travail de saisir comment les professionnels d'horizons variés parlent de cette complexité et travaillent avec elle (ou malgré elle). Ce terme semble prendre particulièrement de l'ampleur en travail social et dans les secteurs médico-social et sanitaire depuis ces dernières années. Il ne désigne ni une catégorie de publics précis, ni un processus, mais semble se référer plutôt à un état pour caractériser un certain nombre de situations que les professionnels nomment « complexes ». Le dictionnaire Le Robert le définit ainsi : « *Qui contient, qui réunit plusieurs éléments différents* ». Il fait référence à la nécessité de tenir compte de plusieurs « éléments » pour résoudre la complexité. En France, les premiers travaux portant sur cette notion sont liés à la mise en œuvre du dispositif MAIA. Ils ont déterminé un certain nombre de critères cumulatifs pour désigner les situations « dites complexes » excluant par ailleurs d'autres situations « hors de ces critères » de prises en charge.

Dans le cadre du DAC, le législateur, afin d'éviter cet effet de catégorisation, ne précise pas la définition de la complexité : « *Le DAC aide les professionnels à organiser les prises en charges qu'ils ont des difficultés à gérer seuls dans le cadre de leur exercice habituel. Ces situations sont alors considérées complexes. Elles peuvent correspondre à un besoin d'appui ponctuel ou dans la durée.* »⁶ La complexité est donc ici moins précise que dans le cadrage MAIA. Elle semble relever de l'appréciation du professionnel et de sa difficulté à prendre en charge une situation que de spécifier une situation.

Cette recherche a pour objectif de comprendre comment les professionnels perçoivent la complexité. Au-delà des ressentis individuels, quelles convergences peut-on dégager quand

⁵ MAELA Paul, *Accompagnement, Recherche et formation*, 2009, n°62.

⁶ *Cadre national d'orientation. Unification des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes*, Ministère des solidarités et de la Santé, CNSA, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie 2020. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr>

on parle de complexité ? S'agit-il d'une complexité engendrée par les organisations professionnelles ? De nouveaux publics ? L'accompagnement des situations complexes est-elle un phénomène nouveau qui s'amplifie ? Que révèle cette nécessité de la nommer et en quoi la multiplication des situations complexes est-elle liée à l'accroissement des besoins de coordination ?

Une méthodologie qualitative pour appréhender la diversité professionnelle

- *Construction de l'échantillon*

Nous avons choisi d'étudier l'accompagnement des situations complexes en réalisant des entretiens approfondis auprès de quarante professionnels exerçant en Maine-et-Loire et représentant la diversité des profils concernés par le DAC. L'approche qualitative a pour objectif d'écouter les professionnels se prononcer sur leurs pratiques, de les questionner sur leurs accompagnements et la perception qu'ils ont de la complexité des situations qu'ils rencontrent. La démarche transversale et intersectorielle présente plusieurs intérêts, en particulier l'accès à la diversité des points de vue des professionnels, tout champ d'activité confondu, et suppose de n'exclure personne par « présumé ».

Nous avons d'abord centré l'étude sur des professionnels ayant été repérés comme accompagnant des situations complexes (par exemple, le gestionnaire de cas), puis étendu notre échantillon à des personnes dont ce n'était pas la mission déclarée mais dont nous soupçonnions qu'elles travaillent avec des situations ressenties comme telles (par exemple l'assistante de soin en gérontologie). Pour accéder au mieux à notre cible, à la fin de chaque entretien, nous avons recueilli l'avis des personnes sur les partenaires incontournables à rencontrer sur le sujet, tout en recherchant également une diversité géographique pour tenir compte des effets de territoires. C'est ainsi que s'est construit progressivement un échantillon de quarante professionnels présentés dans la Figure 1 et les Tableaux 1 et 2. Les intitulés de poste ont été ajustés pour pouvoir garantir l'anonymat des personnes tout en conservant un maximum d'information.

En définitive, l'échantillon de professionnels est équilibré entre les trois secteurs d'intervention (sanitaire, social et médico-social) et les différents publics. Un grand nombre de partenaires sont représentés sur la cartographie au niveau du territoire de l'agglomération d'Angers car beaucoup d'établissements œuvrant à l'échelle départementale sont basés à cet endroit. Parmi l'ensemble des structures sollicitées, seule l'une d'entre elles n'a pas répondu à

notre demande. Les participants se sont rendus disponibles et désireux de partager leur expérience. Ils ont tous montré de l'intérêt à l'égard de ce travail.

Figure 1. Cartographie des professionnels interrogés en Maine-et-Loire

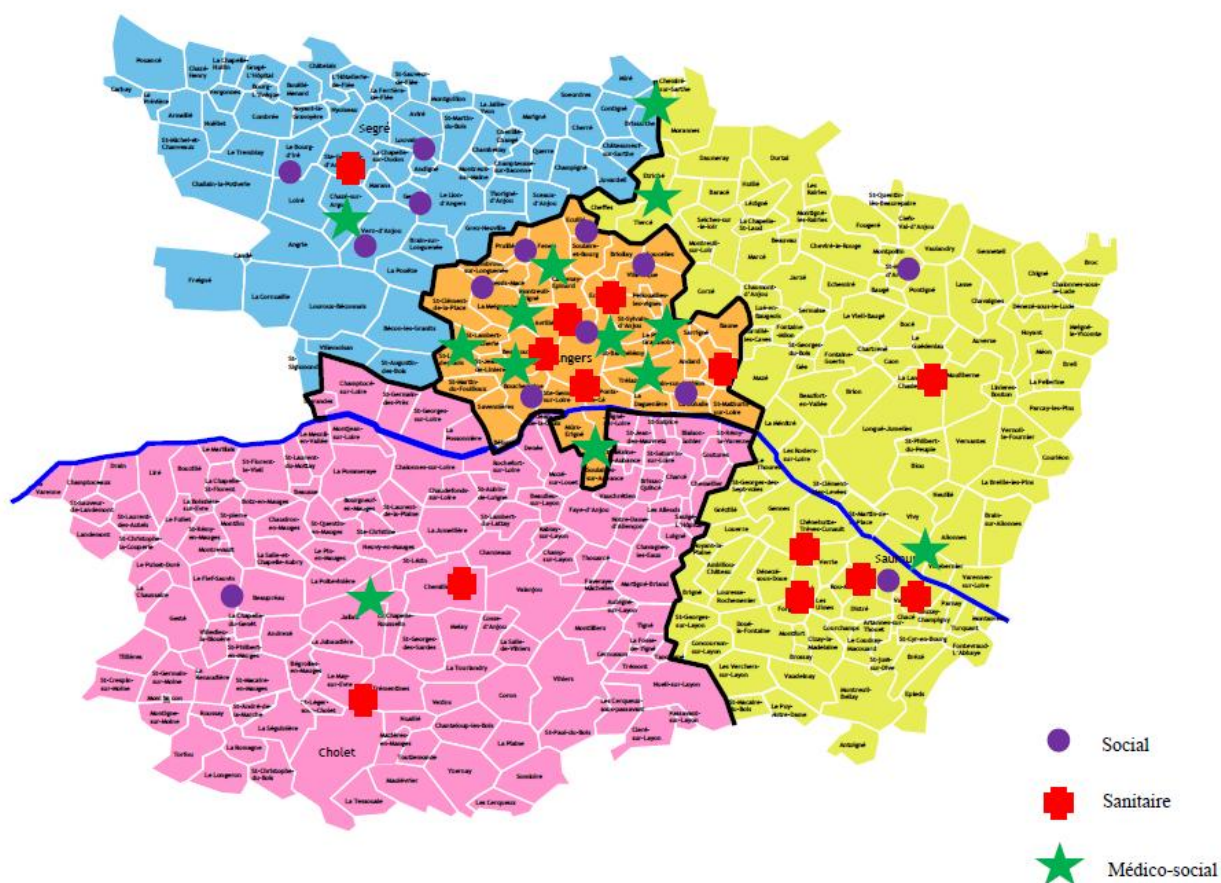


Tableau 1. Les structures couvertes par l'enquête

Secteurs	Structures
Sanitaire	Association d'addictologie Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Maison Des Adolescents Réseau de Santé Gériatrique Services de Soins Infirmiers à Domicile Service d'hospitalisation à domicile Service de soins palliatifs Centre de cancérologie Service de gériatrie Centre hospitalier Service de psychiatrie Médecine du travail
Médico-social	Association Française contre les Myopathies Etablissement et Service d'Aide par le Travail Service infirmier de l'Education Nationale Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile 0 à 3 ans Plateforme de Répit Plateforme Régionale d'Information et d'Orientation sur les maladies Rares Equipe Spécialisée Alzheimer Institut Médico Professionnel Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie
Social	Maison Départementale des Solidarités Aide Sociale à l'Enfance Maison Départementale de l'Autonomie Mission locale Centres Locaux d'Information et de Coordination gériatrique Pôle de Compétences et de Prestation Externalisées Association lutte contre les violences conjugales Association insertion par le logement Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation Association protection des majeurs

Tableau 2. Les professions des enquêtés⁷

Domaine d'activité principale	Profession
Soins infirmiers	2 Infirmiers libéraux dont un Asalée 1 Infirmière en pratique avancée en cancérologie 2 Infirmières salariées dans des services spécialisés 3 Infirmières coordinatrices (IDEC) salariées 1 Infirmière de l'Education Nationale
Médecine générale et spécialisée	2 Médecins généralistes libéraux 1 Médecin généraliste salarié titulaire d'un DESC médecine palliative 1 Gériatre hospitalier 1 Pédiopsychiatre salarié 1 Gériopsychiatre salarié 1 Médecin du travail salarié
Travail social	5 Assistantes sociales 1 Educateur spécialisé 2 Conseillères en économie sociale et familiale 2 Conseillères Mission locale
Coordination de parcours	2 Gestionnaires de cas 1 Coordonnateur protection enfance 1 Référent prévention de l'enfance 1 Coordonnateur dans des dispositifs 2 Coordinatrices CLIC 1 Référent de parcours santé
Autres	6 Responsables de structures ou associations 2 Mandataires judiciaires 1 Masseur-Kinésithérapeute 1 Psychologue 1 Assistante de soin en gérontologie salariée 1 Assistante de soin en gérontologie libérale

Dans le tableau 2, certains professionnels ont des activités de coordination et cela apparaît même parfois dans l'intitulé de leur poste (infirmière coordinatrice par exemple). Ils n'apparaissent cependant pas dans le domaine d'activité « coordination » car ce n'est pas leur domaine principal d'intervention. Dans cette catégorie sont ainsi répertoriés les professionnels pour lesquels la coordination est centrale (référents, conseillers, coordonnateurs). Ce sont souvent de nouveaux métiers qui regroupent des intitulés variés ainsi que des secteurs divers. Nous y retrouvons : les conseillers mission locale, les coordinatrices CLIC, gestionnaires de cas, Nous pouvons rappeler que ce type de métier a vu son apparition dans les années 1980 avec la mise en place des référents de parcours santé spécialisés pour les malades

⁷ Lors de certains entretiens, les professionnels étaient deux à être présents, ce qui explique la différence entre le nombre d'enquêtés et le nombre de structures.

atteints de la myopathie. En effet, c'est le premier secteur où a été lancée une expérimentation mettant en place un professionnel dédié à la coordination des soins pour le malade, cela en tenant compte de la globalité de la situation (sociale, environnementale et sanitaire).

« Le téléthon il a été fait pour ça, pour alimenter la recherche en vue de guérir ces maladies. Mais en attendant qu'on trouve des solutions l'association a voulu venir en aide aux malades et c'est pourquoi ils ont créé les services régionaux en 1988. Donc ça avance au niveau de la recherche et l'association dit que le jour où il y aura des traitements il faut que ces personnes qui sont atteintes de ces maladies elles soient dans le meilleur état possible. C'est-à-dire qu'il ne faut pas laisser l'évolution de la maladie se faire trop vite et il y a plein de choses à faire avec une prise en charge importante. Donc il y a les rendez-vous médicaux réguliers dans les centres de référence, les examens complémentaires comme les prises en charge kiné, orthophoniste etc. il y a toute une prise en charge à mettre en place et nous notre rôle ça va également être ça, c'est-à-dire vérifier avec la personne qu'elle est dans les bons réseaux, qu'elle sait qu'on peut faire en sorte que l'évolution de la maladie neurodégénérative ne soit pas trop rapide. » (Référénte parcours santé)

Notre échantillon inclut des professionnels spécialisés et généralistes, travaillant selon des modes d'adressage différents. Certains peuvent être sollicités par les personnes elles-mêmes ou par leur entourage, d'autres par les partenaires, d'autres encore par plusieurs canaux. Par exemple, le médecin généraliste reçoit tout type de patient tandis que le mandataire judiciaire doit être saisi par un jugement, et les coordinatrices CLIC sont sollicitées à la fois par les usagers et les professionnels. Cette diversité permet d'étudier la complexité dans des contextes professionnels variés sans présupposer que certains seraient plus concernés par la complexité.

Tableau 3. Profil des 40 personnes enquêtées

		Effectif	Pourcentage
Répartition par secteur professionnel	Sanitaire	13	32%
	Social	14	35%
	Médico-social	13	32%
Sexe	Hommes	8	20%
	Femmes	32	80%
Ancienneté sur le poste	<i>Moyenne : 12 ans</i>		
	Plus de 10 ans	10	25%
	Moins de 5 ans	12	30%
	Entre 5 et 10 ans	18	45%
Statut	Salariés	33	82%
	Libéraux	7	17%
Secteur géographique	Rural	5	12%
	Urbain	15	37%
	Semi-urbain	20	50%
Les publics accompagnés	Enfants	6	15%
	Personnes âgées (+ de 60 ans)	8	20%
	Handicap/maladies chroniques	11	27%
	Tous publics	7	17%
	Autres (protection des majeurs, accompagnement logement, psychiatrie, ...)	8	20%

- ***Méthodologie d'enquête et de codage***

Les entretiens ont tous été réalisés par Jeanne Casal et Lucie Chéron, soit par visioconférence soit en présentiel entre le mois d'octobre 2020 et le mois d'octobre 2021. Les échanges ont duré entre 1 heure et 1 heure 40 minutes. Les entretiens ont été enregistrés avec l'autorisation des professionnels, puis retranscrits intégralement et transmis aux enquêtés. Ils ont été menés en trois temps successifs en suivant le guide ci-dessous, dans le respect de la méthode de l'entretien semi-directif⁸.

Temps 1. Le positionnement du professionnel. Pour commencer, nous demandions aux professionnels de présenter leur poste et leur statut. Nous nous sommes intéressées à leur cadre d'exercice au sein de l'institution et leur marge de manœuvre pour l'accompagnement des situations. Enfin, nous les avons questionnés sur leurs missions principales. Globalement, cette étude ne cherche donc pas à décrire spécifiquement les modes d'organisation des structures existantes sur le Maine-et-Loire même si cette donnée est prise en compte lors des entretiens.

⁸ *Manuel de recherche en sciences sociales*, Luc Van Campenhoudt, Jacques Marquet, Raymond Quivy, DUNOD.

Temps 2. La catégorisation des situations complexes. Nous souhaitons, en second lieu, comprendre les processus de catégorisation des situations réalisés par les professionnels : que disent-ils sur la manière de prendre en compte la complexité ? Nous avons interrogé les participants sur l'existence de critères d'inclusions pour bénéficier de leur accompagnement, le degré de formalisation de l'inclusion et le degré et le moyen d'adhésion de l'utilisateur ou patient. Au-delà des critères formalisés, nous les avons interrogés sur leurs perceptions de la complexité des situations.

Temps 3. La spécificité de l'accompagnement des situations complexes. En dernier lieu, nous demandions aux enquêtés de décrire leur travail d'accompagnement pour des situations simples et complexes. Nous leur proposons de présenter une situation type et d'expliquer les liens de partenariat que cela pouvait susciter et leur manière de fonctionner avec les autres professionnels, la personne et la famille. Ils nous ont fait part des modalités de fin de leur intervention. Nous avons également recueilli leur point de vue sur les besoins auprès des publics.

Pour terminer, les professionnels ont partagé leur vision de la notion de « santé » et celle de « social ». Interroger les professionnels sur ces deux notions permettait à la fois de voir l'évolution des représentations sur la question de la santé et les différentes approches selon l'origine professionnelle. Cela permettait également de leur faire évoquer l'évolution des formations et des pratiques partenariales qu'ils avaient pu connaître au cours de leur carrière.

Les quarante entretiens retranscrits ont été codés pour chaque question dans des tableaux permettant de recouper les informations.⁹ Ce travail systématique d'analyse des entretiens vise à mettre en évidence les récurrences de discours tout en étant attentif aux biais d'interprétations.

- *Avantages et contraintes de notre positionnement comme pilote MAIA*

Maintenant que la recherche est terminée, nous pouvons faire retour sur les conditions d'enquête et notamment sur les avantages et contraintes de notre positionnement comme pilote MAIA. D'un côté, notre place de pilote a facilité les prises de contact avec notre réseau partenarial et permis, en entretien, de créer un contexte d'échange favorable au dialogue dans la mesure où nous connaissions bien le territoire. En revanche, le fait d'occuper nous même

⁹ Voir en annexe le tableau présentant les grands thèmes et questions abordés en entretiens (Annexe 2).

un rôle professionnel nous faisait courir le risque de ne pas être neutre, d'où l'importance de bénéficier d'une direction scientifique. Il a été important d'aller au-delà de nos connaissances de terrain pour n'oublier aucun partenaire accompagnant des situations complexes.

Plan du rapport

Ce rapport comporte trois parties. La première partie met en évidence l'essor de la question de la complexité en Maine-et-Loire dans les préoccupations des professionnels, des pouvoirs publics et des établissements. Nous montrerons comment cela se traduit par l'apparition d'instances multi-partenariales qui traitent les situations complexes, de postes dédiés et de programmes de formation. La seconde partie analyse le travail de classification opéré par les professionnels lorsqu'ils identifient les personnes en situation complexe. La troisième partie porte sur les pratiques d'accompagnement des situations complexes. Enfin, nous concluons en proposant quelques pistes d'action et de réflexion pour soutenir la mise en place du DAC en Maine-et-Loire et comprendre de manière générale comment améliorer l'accompagnement des personnes en situation complexe.

Partie 1 : La complexité : une problématique en plein essor en Maine-et-Loire

Comment percevoir l'essor de la notion de complexité aujourd'hui ? Est-ce un terme périphérique utilisé seulement par certaines catégories de professionnels, ou une problématique plus répandue et transversale aux secteurs sanitaire, social et médico-social ? Nous verrons dans cette partie comment la notion de complexité des situations est de plus en plus mobilisée par des professionnels d'horizons divers, et comment cette progression se concrétise dans les institutions. Nous étudierons ainsi pourquoi et sous quelles modalités la notion de complexité prend aujourd'hui son essor.

1.1 L'essor de la complexité perçu par les professionnels

Le premier constat de ce travail est que les professionnels que nous avons rencontrés dans le cadre de l'enquête, bien qu'ayant des statuts, missions, lieux d'exercices et secteurs d'intervention très différents, se sont tous sentis intéressés et concernés par la question de « l'accompagnement des situations complexes ». Par ailleurs, ils ont souvent mentionné une augmentation de la complexité dans les suivis qu'ils effectuent en évoquant à la fois l'évolution de leurs conditions de travail et l'apparition de nouveaux besoins pour des publics spécifiques.

« Il y a 15 ans de ça, on ne voyait pas des dossiers aussi compliqués que ça. Il y a une charge émotionnelle très lourde, de danger, de menace de mort, parce que parfois on est le seul professionnel à intervenir. Il n'y a pas de familles, pas d'autres professionnels à intervenir. »
(Mandataire judiciaire)

« Les visites à la demande qui sont actuellement en augmentation peut-être en lien avec le fait qu'on a un suivi régulier qui diminue, qui fait qu'on a des situations qui sont plus dégradées avant qu'on s'en rende compte et qui vont générer une demande de consultation. Je pense que cela fait partie de la réalité du terrain, donc des situations plus complexes, plus chronophages. » (Médecin du travail)

« Il y a des situations tellement complexes, j'en discutais avec une collègue qui travaille en protection de l'enfance, ils sont confrontés de plus en plus à des situations d'enfants qui cumulent des handicaps que le handicap social sa conséquence c'est également de la déficience des troubles du comportement. Moi j'ai quitté la protection de l'enfance il y a trois

ans et demi et ils disent qu'ils constatent depuis quelques temps que les jeunes qu'ils accompagnent accumulent des handicaps et qu'ils sont très en lien avec la MDA. Cette précarité sociale engendre des situations de handicap. D'ailleurs sur les chiffres de la mission locale on a 10 % à peu près qui ont une reconnaissance handicap. Apparemment, ça, c'est nouveau. » (Conseillères mission locale)

« Il s'agit pas vraiment d'un public mais là où on est le plus démunie c'est là où il y a une problématique santé qui bloque l'accompagnement et où on a pas de relais. (...) Sinon il y a également les personnes qui relèveraient soit du handicap psychique ou voir même des personnes qui relèveraient bien d'une AAH mais qui ne veulent pas. D'ailleurs souvent quand ils ne veulent pas d'une AAH c'est qu'ils n'acceptent pas le handicap psychique. Ces situations là c'est complexe de les accompagner. » (Conseillère en économie sociale familiale insertion logement)

« Pour les jeunes je trouve que c'est compliqué parce que c'est des problématiques comme les jeunes mineurs. Avant on n'en avait pas autant avec les liens familiaux plus distendus ou moins cadrés, les familles se retrouvent dans des difficultés certaines et parfois cela peut aboutir à des ruptures familiales à l'âge adulte. Du coup on a pas mal de jeunes dans la rue avec des troubles addictifs. Parfois dans leur famille mais en grande difficulté psychique. Les déscolarisations, il y en a de plus en plus. » (Assistante sociale d'un service de psychiatrie)

S'ils ne permettent pas d'objectiver les évolutions à l'œuvre dans les différents domaines d'intervention, ces discours révèlent que la complexité est l'affaire de tous. Qu'ils soient ou non spécialisés sur le sujet, les professionnels considèrent tous rencontrer des situations complexes, et de plus en plus.

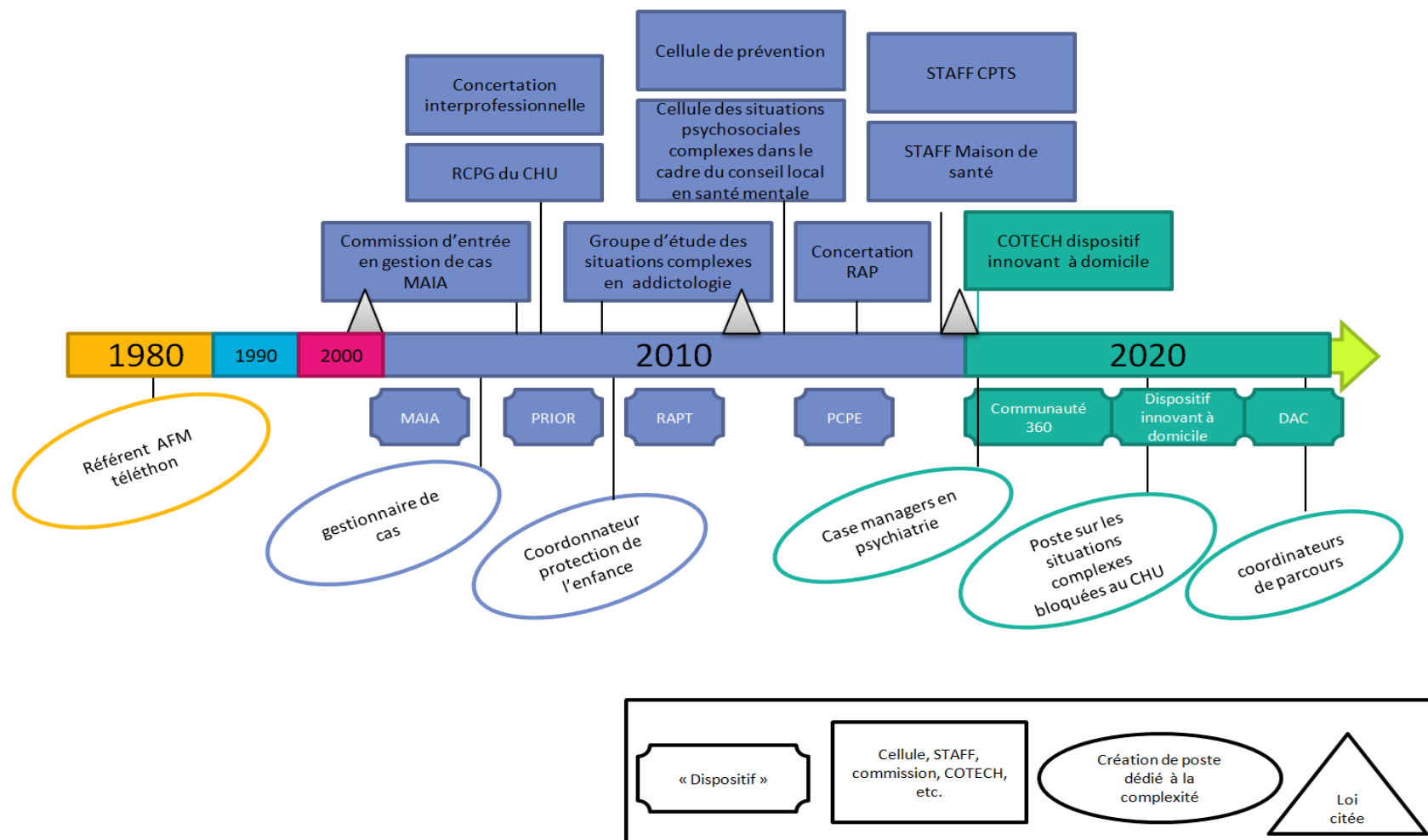
1.2 L'essor des instances multi-partenariales pour identifier et orienter les situations complexes

Sans être toujours théorisée de manière explicite, la notion de complexité devient un terme clefs pour caractériser les situations les plus difficiles, et pour proposer de nouvelles organisations de travail pour mieux les identifier et les accompagner. Dans la Figure 3, nous avons réuni en une frise chronologique les évolutions évoquées en entretiens concernant le repérage de la complexité et « l'accompagnement complexe ». Nous avons représenté, d'une part, les principales instances multi-partenariales créées au sein des établissements ou dans le cadre de la mise en œuvre de nouveaux dispositifs d'actions publiques, et, d'autre part, les

postes dédiés aux situations complexes. Nous avons également indiqué les dispositifs en question, ainsi que les lois successives ayant eu un impact sur l'évolution de l'accompagnement des situations complexes.¹⁰

¹⁰ Sans affirmer que cette frise offre une représentation absolument exhaustive des organisations et postes créés en lien avec la complexité, nous considérons qu'elle est révélatrice de l'essor de la problématique de la complexité et des solutions organisationnelles et institutionnelles qui ont été mises en place dans le Maine-et-Loire. Comme nous l'avons dit dans la présentation de l'échantillon, de nombreuses autres équipes et services accompagnent des situations complexes pour autant la problématique de la complexité n'a pas été à l'origine de la création de ces équipes, et leurs activités ne se limitent pas à l'accompagnement des situations complexes, et c'est pourquoi elles ne figurent pas dans la frise.

Figure 2. L'essor des instances multi-partenariales et des postes dédiés à l'accompagnement des situations complexes en Maine-et-Loire



Le premier constat est celui de l'essor des instances multi-partenariales ayant pour objectifs d'orienter et d'identifier les situations complexes pour mieux les accompagner, grâce à la transmission d'information et la discussion collective. Ce mouvement n'est pas propre au Maine-et-Loire. Selon Stanislas Morel, la « *rationalisation partenariale* » est progressivement devenue, dans un contexte d'austérité budgétaire, « *la solution la plus porteuse d'espoir pour répondre à des problèmes résistants* ». ¹¹ Cette notion de « partenariat » s'est « *imposée comme la plus légitime et la plus efficace pour la plupart des problèmes sociaux et médico-sociaux* » dans les champs du handicap, de la santé mentale, des maladies chroniques, etc. Elle permet d'ajuster les contraintes et de rapprocher les acteurs qui, par construction, sont éloignés : les services publics et privés, les administrations nationales, régionales et locales, les professionnels et les non-professionnels, les différentes disciplines, spécialités ou encore professions.

Le « *paradigme partenarial* » est aussi étroitement lié à « *la montée en puissance du local et la mise en œuvre d'une gouvernance* » visant à contrer l'individualisme professionnel en les coordonnant et en les attachant à travailler dans l'intérêt des « *bénéficiaires de l'action publique* ». La volonté de décloisonner et de « *favoriser les échanges entre les professions, les secteurs ou institutions est ambitieuse : elle s'attaque à des frontières, des clivages, des oppositions, [...] comme s'il allait de soi que la collaboration et la coordination étaient souhaitables et bénéfiques pour tous* » ¹². Néanmoins, l'allongement de l'espérance de vie, les caractères chroniques et multidimensionnels des problèmes bio-psycho-sociaux montrent de manière évidente que les stratégies traditionnelles d'intervention sont insuffisantes. Les objectifs de la transformation de l'offre médico-sociale notamment sont de prévenir les ruptures, l'absence et l'inadéquation des solutions, développer des réponses inclusives, consolider une organisation territoriale intégrée au service de la fluidité des parcours de santé et de vie, améliorer en continu la qualité des accompagnements en favorisant l'adaptation des pratiques. La volonté est de favoriser le « *passage à une logique de "parcours" et de réponse accompagnée* » et d'envisager le « *dépassement de la notion de "places"* ». « *Les évolutions*

¹¹ MOREL Stanislas, *Pour une sociologie du « partenariat »* in GUIRIMAND Nicolas, MAZEREAU Philippe, LEPLEGE Alain, *Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social, Décloisonner et coordonner les parcours de vie et de soin : Prises en charge intra- et inter- institutionnelles*, p. 35.

¹² Ibid., p.36.

*du secteur tendent à gommer la distinction entre les établissements et services au profit d'une réflexion globale sur les modalités d'accompagnement dans leur ensemble ».*¹³

Depuis les années 2010, nous constatons une expansion des instances et dispositifs tenant compte de la complexité. Cela est-il révélateur d'une augmentation des publics en situations complexes en Maine-et-Loire, ou plutôt d'une prise de conscience de la nécessité d'une spécialisation autour de l'accompagnement de ces situations ? Nous appelons ici *instances multi-partenariales* les organisations de travail qui mettent en présence des acteurs relevant de services et de secteurs variés, et souvent de professions différentes, pour qu'ils évoquent ensemble les situations complexes. Comme le montre le Tableau 4, ces instances se démarquent par leurs objectifs et par certaines particularités organisationnelles.

¹³ *Guide méthodologique de la mesure de l'activité des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, CNSA 2019. Disponible sur <https://www.cnsa.fr/node/4893>

Tableau 4. Présentation des principales instances multi-partenariales dédiées à l'accompagnement des situations complexes en Maine-et-Loire

Instance	Objectifs	Modalités de réunion	Principaux acteurs réunis
Commission d'entrée en gestion de cas des MAIA ¹⁴	Échanger, réfléchir avec les partenaires à des solutions, statuer sur la nécessité d'un accompagnement en gestion de cas.	Très régulière, sur demande, fiche de saisine	Mandataire judiciaire, infirmier en psychiatrie, médecin gériatre, GC, responsable d'un service d'aide à domicile, infirmière coordinatrice, coordinatrice de CLIC, infirmier ou assistant social de MDS, médecin de l'HAD, infirmière de SSIAD, professionnel de l'équipe mobile en gériatrie, etc.
RCPG du Centre Hospitalier Universitaire	Échanger, réfléchir avec les partenaires à des solutions, orienter vers le professionnel adapté.	Très régulière, fiche de saisine	Géiatres du CHU, médecins des cliniques environnantes, infirmières RSG, gestionnaires de cas MAIA, psychiatres, infirmières de psychiatrie, assistantes sociales du CHU
Groupe d'étude des situations complexes en addictologie	Échanger, réfléchir avec les partenaires concernant l'accompagnement de personne présentant une/des problématiques addictives	Sur demande, fiche de saisine	Professionnels de l'addictologie, infirmier de la MDS, professionnel de la justice, association d'entraide, un professionnel de la psychiatrie, psychologue de la santé publique, etc.
Cellule d'analyse croisée des situations psychosociales complexes dans le cadre du conseil local en santé mentale	Échanger et réfléchir avec les partenaires pour trouver des solutions	Sur demande	Professionnel de la psychiatrie, de la MDS, CCAS, de l'addictologie, mandataire judiciaire, bailleur social, etc.
STAFF des maisons de santé	Échanger sur des situations complexes et réfléchir sur l'orientation la plus adaptée	Très régulière	Médecin traitant, infirmier libéral, gestionnaire de cas, médecin spécialiste, professionnel d'une caisse de retraite, coordinatrice de CLIC, etc.

¹⁴ Commission existante avant la mise en place du DAC.

Instance	Objectifs	Modalités de réunion	Principaux acteurs réunis
STAFF des CPTS	Échanger sur des situations complexes et réfléchir sur l'orientation la plus adaptée	Très régulière	Médecin traitant, infirmier libéral, gestionnaire de cas, médecin spécialiste, professionnel d'une caisse de retraite, coordinatrice de CLIC, etc.
COTECH des dispositifs innovant à domicile	Échanger sur des situations complexes et réfléchir sur l'orientation la plus adaptée	Variable selon le dispositif : par exemple une fois par mois	Infirmière de SSIAD, responsable de SAAD, professionnel de RSG, GC, pilote MAIA, professionnel d'EHPAD, ergothérapeute de la MDA, etc.
Cellule de prévention	Échanger sur des situations complexes et réfléchir des pistes d'actions, réflexion sur des outils, interconnaissance avec les partenaires	Sur demande Fiche de saisine	Professionnels de la MDS, de la psychiatrie, mandataires judiciaires, coordinatrice du CLS, professionnels des associations des différents publics en fonction des besoins,
Concertation interprofessionnelle	Échanger sur des situations complexes et réfléchir à des solutions, pistes d'actions, remontée des dysfonctionnements	Sur demande	Infirmière coordinatrice, mandataire judiciaire, EMG, géronto-psychiatre, ID de psychiatrie, infirmière SSIAD, pilote MAIA, GC, autres professionnels selon le besoin
Concertation RAP	Échanger sur des situations complexes et réfléchir aux suggestions les plus adaptées	Sur demande	Professionnels des associations des différents publics, professionnels des MDS, tous professionnels sanitaires, sociaux, médico-sociaux (IDEC, psychiatre, professionnels des SAD, SSIAD, AS MDS, etc.

La création de ces instances démontre que les partenaires ne souhaitent pas laisser de situation « sans solution ». Elles sont fondées sur l'idée selon laquelle chacun a besoin de s'appuyer sur les connaissances de l'autre pour trouver la meilleure solution. Elles visent à favoriser l'interconnaissance entre les professionnels, leur secteur et leur mode d'intervention. Dans la majorité de ces instances, il est nécessaire de réaliser une demande pour que la situation soit

étudiée. Le recueil le consentement suit différentes procédures : soit la signature d'un document par l'utilisateur autorisant les professionnels à échanger sur sa situation, soit la présentation anonyme de cette dernière lorsque le consentement n'a pas pu être recueilli.¹⁵ Les modalités d'organisation sont souvent évolutives de façon à associer à la réflexion les interlocuteurs les plus adaptés :

« On a besoin d'être à plusieurs pour résoudre la situation et du coup on a expérimenté plusieurs types de staff dans les maisons de santé. Dans les maisons de santé voisines, il y a eu différents types d'expérimentations et ce qui améliore encore la qualité du suivi des patients c'est quand on fait intervenir d'autres acteurs que ceux de la maison de santé. Donc on a fait intervenir un spécialiste, ça, ça nous fait progresser sur le plan de la spécialité en elle-même mais pas tellement sur la prise en charge de la complexité des cas patients. Ce qui nous fait vraiment gagner en efficacité c'est quand on fait des staffs avec la CARSAT, la CPAM, le médecin conseil et le médecin du travail. Là c'est top pour les situations d'arrêt de travail prolongé pour des problématiques type troubles musculo squelettiques, tendinites chroniques, des choses comme ça, là c'est vrai qu'on a réussi à résoudre des problèmes assez intéressants. Je sais qu'à C, ils ont essayé le système justement avec la coordination, la coordinatrice de CLIC et le pilote MAIA, et là ils ont réussi à démêler des situations complexes. » (Médecin généraliste d'une CPTS)

Au fil des entretiens, nous avons remarqué qu'il existe pour certaines institutions des définitions, des critères de la complexité explicites qui guident ensuite les pratiques d'accompagnement pour ces situations. C'est notamment le cas quand cela déclenche des financements ou des modalités d'exercices adaptés. Nous le retrouvons, par exemple, dans le secteur du handicap avec la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA) où, pour faire face aux demandes d'accompagnements croissantes et en lien avec le programme de « Réponse Accompagnée Pour Tous » (RAPT), les assistantes sociales ont travaillé à définir des critères de complexité validés par leur institution pour prioriser certains accompagnements :

« Nous accompagnons plus particulièrement des situations en rupture ou en risque de rupture dans le parcours. Chaque semaine nous nous réunissons pour nous répartir les situations et nous avons travaillé sur des critères de complexités un peu comme les MAIA. » (Assistante sociale)

¹⁵ Nous reviendrons sur ce point dans la troisième partie de ce rapport consacré aux pratiques d'accompagnement.

Afin de rechercher des réponses pour les situations complexes, le secteur du handicap voit également apparaître des propositions de coordinations soutenues par le biais des Pôles de Compétence et de Prestations Externalisées (PCPE). Là encore des situations « sans-solutions » sont identifiées par la MDA et orientées par une notification vers ce type de coordination :

« On nous demande d'intervenir sur les situations les plus complexes donc s'il y a une situation qui est vraiment identifiée très complexe et que les aidants sont vraiment en difficulté et avec peut-être de la mise en danger, la MDA nous dit : “ok, vous pouvez y aller”. On intervient sur tout le département. (...) C'est la MDA qui nous transmet les demandes d'accompagnement via une notification. On ne peut pas intervenir hors champ. »
(Coordinatrice PCPE)

La loi de 2016 de modernisation du système de santé¹⁶ est souvent évoquée par les enquêtés comme ayant assoupli le cadre juridique et le partage d'informations, ce qui est perçu comme une évolution positive quant à la qualité de l'accompagnement des situations complexes. Elle renforce, du point de vue des professionnels, le décroisement des secteurs et enrichit les travaux d'interconnaissance sur les missions des uns et des autres. Certains établissements n'ont pas attendu cette loi pour réunir les acteurs et organiser les échanges sur les situations complexes, comme décrit dans la frise plus haut, mais elle a favorisé l'émergence d'instances variées regroupant des professionnels œuvrant sur des thématiques et publics divers. Quelques évolutions sur ce sujet sont encore attendues par les partenaires plus éloignés du soin :

« C'est compliqué parce que dans certains cas on n'a pas d'échange, ils nous objectent le secret professionnel. Alors à un moment, il faut se poser la question du secret partagé. C'est un point de complexité de nos prises en charge (...) Pour avoir travaillé avec des équipes soignantes, parfois c'est aidant d'avoir des éléments de santé qu'on peut renvoyer à la personne. Mais l'histoire du partage des données, c'est un vrai serpent de mer avec la justice. L'idée est de travailler sur l'adhésion, donc de travailler tous ensemble. Il peut y avoir des conséquences judiciaires. Le soin est un sujet compliqué. Exemple pour une situation où une personne a besoin d'une injection, si nous on met le rendez-vous le lendemain et qu'elle n'est pas stabilisée cela peut être compliqué. Cela peut mettre en danger la personne et l'agent. Si ça se passe mal, cela peut avoir des conséquences judiciaires. Les agents savent aussi, ils ne vont

¹⁶ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé « lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L.1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social ». Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr> (Page consultée le 28 février 2022)

pas aller là où ça fait mal mais bon. C'est important de savoir si des traitements peuvent avoir des effets secondaires. On peut se questionner s'il y a de l'agressivité, la perte de mémoire par exemple : est-ce qu'il se fiche de la mesure, etc. Ce n'est pas du tout la même évaluation et les mêmes conséquences. Dans le rapport d'incidence, cela change tout. » (Responsable d'un service pénitencier)

Deux autres lois ont été citées comme ayant des répercussions sur des situations complexes. La loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs supprimant la mise sous tutelle ou curatelle pour les motifs de « prodigalité, intempérance ou oisiveté » et le décret du 22 juillet 2019, portant diverses dispositions de coordination de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice en matière de protection juridique des majeurs sont cités mais présentés tout autrement dans notre étude. Le décret *« adapte les procédures de protection juridique des majeurs en introduisant une procédure unique devant le juge des tutelles, lui permettant de prononcer une mesure de protection judiciaire ou une habilitation familiale et de rendre pleinement effectif le principe de subsidiarité prévu à l'article 428 du code civil »*.¹⁷ Pour certains partenaires interviewés, la loi et le décret ne portent pas leurs fruits dans la mesure où ils laissent des personnes sans solution de prise en charge tout en maintenant une ambiguïté pour l'accomplissement des missions de ceux qui doivent intervenir. Ils peuvent renforcer la complexité de la situation et de l'intervention.

En quelques années, depuis 2010, les instances multi-partenariales de différents types se sont donc multipliées dans le but de décloisonner l'activité des secteurs d'intervention. La loi de 2016 visant la modernisation du système de santé a apporté une forte contribution à ce processus en favorisant le travail des professionnels de tout milieu pour répondre aux besoins des personnes dans le respect du secret professionnel. De l'avis des professionnels, des progrès sont encore à faire pour inclure de manière plus large les différentes professions œuvrant auprès des personnes dans le respect des règles de confidentialité pour les personnes, et du contexte des interventions de chacun.

¹⁷ Décret n° 2019-756 du 22 juillet 2019, <https://www.legifrance.gouv.fr> (Page consultée le 28 février 2022)

1.3 Des postes dédiés à l'accompagnement des situations complexes

En lien avec la création d'équipes multi-partenariales et de dispositifs de coordination en Maine-et-Loire, nous avons constaté, en second lieu, l'apparition de six postes ou rôles professionnels nés des besoins spécifiques de prise en charge de la complexité, comme l'indique la frise chronologique présentée plus haut. Ce phénomène n'est pas propre au Maine-et-Loire. Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut distinguent ainsi deux rôles en expansion : les « coordonnateurs de parcours » qui travaillent principalement à l'accompagnement des personnes, et les « coordonnateurs d'innovations » dont l'activité est davantage centrée sur la fabrication de liens entre les partenaires et l'animation territoriale.¹⁸

Les postes de coordonnateurs de parcours, qui nous intéresse ici au premier chef, sont créés le plus souvent pour répondre à des publics ou des problématiques spécifiques, à l'image de cette assistante sociale qui s'occupe des situations complexes à l'hôpital :

« J'interviens dans le cadre de situations complexes et bloquantes ; j'interviens pour trouver des solutions. J'interviens quand mes collègues sont en difficultés dans la prise en charge de leurs patients soit par rapport à une charge de travail importante et je viens donner un coup de main dans les situations complexes et qui durent dans le temps ; soit pour leur apporter un appui technique et appui tout court dans la recherche de solutions. Effectivement moi j'ai moins de patients qu'elles et c'était un peu l'objectif. Ce qui a été vu c'est que quand il y a des patients qui n'arrêtent pas d'arriver dans leur service et quand il y en a un qui bloque on a tendance à le mettre de côté car ce sont des situations qui prennent du temps et qui restent là. Mon poste permet de prendre en charge ces patients-là. » (Assistante sociale hospitalière)

C'est le cas également pour ce coordonnateur de la protection de l'enfance :

« J'interviens exclusivement pour les enfants accueillis en établissement. Mais aussi ce qu'on appelle chez nous les accueils singuliers. C'est ce qu'on appelle les cas complexes. Il y a plusieurs dénominations quand une situation devient complexe dans la prise en charge. Une situation peut être complexe sans être singulière. Par contre un accueil singulier est forcément une situation complexe. Elles sont tellement complexes qu'il faut des interventions dans le cadre du social, du médico-social, d'une scolarité adaptée. C'est des situations où on est en lien avec l'ARS, la pédo-psychiatrie, en lien avec tous les établissements IME, ITEP, les services spécialisés. Tous ces dispositifs le coordonnateur a la charge de veiller au projet. » (Coordonnateur de la protection de l'enfance)

¹⁸ BLOCH Marie-Aline, HENAUT Léonie, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris : Dunod, 2014, p. 1.

Nous pouvons également faire référence aux « gestionnaires de cas » (*case manager*) en poste dans les MAIA. La première mention de ce type de métier dans le Maine-et-Loire apparaît cependant dans les entretiens menés avec les référents santé de l'AFM Téléthon. Le rôle de référent a en effet été mis en place à partir des années 1980 :

« Notre objectif c'est de répondre à la demande de la personne. En tout cas de s'engager auprès de la personne à chercher des solutions et peut-être les trouver dans le meilleur des cas. Il s'agit de tout faire pour réussir à trouver des solutions. On est très attentif à ce qu'elle ait un suivi médical. De fait l'association sa première mission c'est la guérison. Le Téléthon a été fait pour ça, pour alimenter la recherche en vue de guérir ces maladies. Mais en attendant qu'on trouve des solutions, l'association a voulu venir en aide aux malades et c'est pourquoi ils ont créé les services régionaux en 1988. » (Référént de parcours santé).

D'autres rôles professionnels ont été créés spécifiquement en lien avec les instances multi-partenariales mentionnées plus haut mais ne relèvent pas de l'accompagnement à proprement parler. On peut citer, par exemple, la coordinatrice du Conseil Local en Santé Mentale qui coordonne des rencontres partenariales, et la professionnelle chargée des relations partenariales dans le champ de l'addictologie. Si l'on se réfère à la typologie des coordonnateurs proposée par Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut, ce sont des « coordonnateurs d'innovations » et non des « coordonnateurs de parcours ». Tous ont néanmoins en commun une capacité à « *travailler en réseau et à franchir les frontières institutionnelles et organisationnelles* ». Ils assurent un rôle d'intermédiaire et facilitent les coopérations interprofessionnelles et intersectorielles.¹⁹ Stanislas Morel souligne la fragilité professionnelle des coordinateurs d'innovation. D'une part, ils sont souvent soumis à un fort *turnover* ce qui peut être perçue comme un frein à « *l'impulsion d'une véritable approche concertée* ».²⁰ D'autre part, « *les coordinateurs des dispositifs partenariaux ont souvent une position institutionnelle assez faible* », ce qui les empêche parfois de soutenir l'action des coordonnateurs de parcours et de favoriser la légitimité de ces professionnels sur le terrain. Dans tous les cas, on relève une forte interdépendance entre les deux types de coordonnateurs.

¹⁹ AUBERT Isabelle. Mutations du système de santé et logique de parcours : enjeux de complexité, de coordination et d'action publique. Thèse de doctorat d'université. Paris : Université de Mines ParisTech, 2021, p.110.

²⁰ MOREL Stanislas, *Pour une sociologie du « partenariat »* in GUIRIMAND Nicolas, MAZEREAU Philippe, LEPLEGE Alain, *Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social, Décloisonner et coordonner les parcours de vie et de soin : Prises en charge intra- et inter- institutionnelles*, p. 35.

1.4 Des formations professionnelles sur la coordination et la complexité

En lien avec l'apparition de ces nouveaux métiers et des nouveaux dispositifs de coordination, enfin, nous avons constaté l'essor des formations professionnelles cherchant à proposer des socles de compétences pour ces professionnels devant faire face à des situations de complexité variables. Il existe des spécificités propres de formation dans les différents secteurs et auprès de certains publics pour les professions citées ci-dessus. A titre d'exemple, dans le Maine-et-Loire, le centre de formation ARIFTS, un organisme de formation pour les travailleurs sociaux qui propose depuis une trentaine d'année des diplômes dans le secteur social, a ouvert depuis peu deux nouvelles formations intitulées « Référent de parcours » et « Coordinateur en établissement social et médico-social », permettant l'accès à des postes de coordonnateurs de parcours et d'innovations.²¹

L'offre de formation s'adapte donc à l'évolution des besoins des personnes à accompagner et aux transformations organisationnelles. Certaines formations, comme celle des assistants sociaux, intégraient déjà initialement une approche globale de l'utilisateur. Elle était assez généraliste pour garantir un niveau d'adaptabilité important pour les diplômés et les employeurs dans l'ensemble des champs du social et du médico-social. Cependant, toujours à titre d'exemple, les formations qui préparent aux emplois dans le cas de la protection de l'enfance doivent prendre en compte des évolutions de contenu en formation initiale et permettre des approfondissements en formation continue avec notamment une accentuation sur les aspects de coordination pour répondre aux problématiques des enfants rencontrant à la fois des problématiques éducatives et de santé (psychiques et physiques).²²

Dans un souci d'adéquation entre les compétences et les missions des professionnels des futurs DAC, des formations spécifiques émergent pour éviter un écart trop important entre les attentes des usagers, des financeurs et des partenaires. Elles apparaissent pour répondre à des problèmes observés dans les trois domaines suivants : la coordination, l'analyse des besoins, et le soutien aux usagers. Dans le premier cas, il s'agit d'apprendre à palier une carence en coordination, donc de mieux connaître son environnement institutionnel et professionnel et de savoir quelles méthodes mobiliser pour communiquer avec les partenaires et les faire communiquer entre eux ; dans le second, de transformer ses pratiques d'évaluation des

²¹ <https://arifts.fr/formations/toutes-nos-formations/> (Page consultée le 17 janvier 2022)

²² Conseil national de la protection de l'enfance (CNPE), Avis recommandations et communiqués 2018, p. 46. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conseil-national-de-la-protection-de-l-enfance-cnpe/article/avis-recommandations-et-communiques-du-cnpe> (consulté le 17 janvier 2022).

besoins des personnes pour qu'elles suivent moins une « logique de ressources » et davantage une « logique de parcours » ; dans le troisième, de reconnaître l'impossibilité pour certaines personnes malades ou porteuses de handicap de communiquer et faire valoir leur projet de vie, et d'apprendre comment les soutenir pour qu'elles y parviennent.

Quelle que soit la formation initiale des professionnels qui suivent ces programmes de formation, ils doivent acquérir un même socle commun de compétences, que Marie-Aline Bloch liste ainsi :

- « connaître les politiques de santé publique et l'organisation du système de santé,
- connaître les droits des personnes,
- avoir une pratique experte des dispositifs administratifs,
- comprendre et utiliser le langage médical pour faciliter les échanges entre la personne et le corps médical,
- accéder aux données d'analyse des situations des personnes et être en mesure de participer à de la planification individualisée dans le temps,
- savoir analyser des situations,
- favoriser l'expression et le choix de la personne malade elle-même,
- savoir interagir en interdisciplinarité,
- savoir structurer une coordination pour innover,
- savoir contribuer à changer le système,
- savoir prendre en compte l'expertise de la personne,
- être en état de vigilance, de réactivité et d'adaptabilité,
- communiquer à l'écrit et à l'oral,
- savoir se mettre en situation d'interdépendance,
- savoir sortir du cadre »²³

Sont également incluses dans les formations des temps de réflexions sur le positionnement éthique et déontologique des professionnels. Ils doivent savoir « entrer » et « sortir » de la vie de la personne tout en la respectant elle et son entourage :

« C'est important de ne pas surinvestir la situation, de ne pas devenir la béquille dont la personne ne pourra plus se passer. Les personnes malgré leurs troubles sont capables

²³ BLOCH Marie-Aline, Les divers « coordonnateurs de parcours », Certificat ANIME : Prendre ses fonctions de manager agile au sein d'un DAC, Module 2, UMR CNRS 6051 ARENES, 2021.

d'investir l'accompagnement et de la désinvestir car il y a du relais de pris. Je n'ai pas entendu de drame, de personne s'écrouler car nous sommes partis. On le dit souvent aux familles, on n'est pas là pour vous remplacer. » (Gestionnaire de cas).

Ils favorisent « *l'émergence et la mise en œuvre du projet de vie* ». Ils participent à la recherche de « *solutions inédites et innovantes* ». Ils sollicitent la créativité de la personne. Ils sont également « *facilitateurs d'échanges* » entre la personne malade et les divers partenaires sociaux, paramédicaux et médicaux.²⁴

Le lien qu'ils peuvent avoir avec le second type de coordonnateurs d'innovations est primordial pour favoriser la continuité du parcours de santé et ainsi réduire le risque de rupture de parcours. Les coordonnateurs de parcours se situent à la frontière avec les coordonnateurs d'innovations :

« On contribue à l'animation territoriale, de par notre travail, notre vision du métier on apporte des pierres à l'édifice auprès du pilote. Cela fait partie de nos missions de remonter les informations du terrain, d'alimenter des groupes de travail. Il y a aussi la question de la neutralité pour la transversalité notamment. C'est pour ça que la gestion de cas a été créée. C'est important de réussir à analyser les choses et de le retranscrire à nos collègues pilotes. Les ruptures sont remontées systématiquement au pilote. » (Gestionnaire de cas)

« Après si je réponds en tant que membre d'une maison de santé et plus encore en tant que membre d'une CPTS oui ça fait partie de la responsabilité de la CPTS que de coordonner sur mon territoire en particulier les vecteurs de tout le champ de la santé de mon territoire. Oui, la CPTS à la responsabilité de coordination de tous les acteurs. » (Médecin généraliste)

En conclusion de cette partie, nous avons donc constater un tournant depuis les années 2010 et plus particulièrement ces cinq dernières années quant à la prise en compte de la complexité en Maine-et-Loire, avec l'apparition d'instances multi-partenariales, de postes et de formation dédiés à l'identification et l'accompagnement des situations complexes. Cette expansion suit l'évolution de la législation nationale dans le secteur médico-social qui tient compte de l'augmentation des besoins d'accompagnements selon une logique de parcours. Cette approche sollicite des interventions intersectorielles pour tenir compte de la globalité des besoins des personnes, qu'ils soient sociaux ou médicaux. On relève, pour les situations complexes qui demandent des interventions diverses, une augmentation des professionnels spécialisés pour mettre en cohérence les actions auprès de la personne. Les poste de

²⁴ *Ibid.*

coordonnateurs sont à géométrie variable et les deux types de coordination, clinique et territoriale, sont interdépendants.

La partie suivante cherche à comprendre comment les professionnels traduisent, dans leur pratique, la prise en compte de la complexité des situations. Comment distinguent-ils une situation complexe ? Quelles différences d'approches ou convergences peut-on repérer entre les nouveaux professionnels du champ de la coordination clinique, et ceux qui exercent comme assistants sociaux, infirmiers ou médecins, selon des diplômes et des formations existants depuis plusieurs dizaines d'années ?

Partie 2 : Classifier la complexité

Comme tout travail de classification conduit dans le cadre professionnel, la définition d'une situation comme « complexe » requiert d'exercer un jugement. A quoi les professionnels sont-ils attentifs ? Sur quoi exercent-ils leur jugement ? Quelles informations mobilisent-ils ? Dans cette partie, nous allons caractériser plus avant ce travail de jugement. Nous verrons que même ceux dont le poste est dédié à l'accompagnement des situations complexes distinguent les situations « habituelles », qui sollicitent leurs champs de missions et compétences réguliers, de celles qui concernent des accompagnements *encore plus* complexes. L'analyse des entretiens révèle que la classification de la complexité combine deux types de jugement : (1) un jugement qui porte sur la situation des personnes et mobilise des informations ayant trait à l'état de santé mais aussi à la situation sociale et économique de la personne, à son logement, son âge, ses activités et ses relations ; (2) un jugement qui implique des éléments externes à la personne et qui sont liés aux conditions de travail du professionnel, à l'environnement institutionnel et aux ressources territoriales disponibles. Nous allons successivement montrer ce que recouvrent ces deux types de jugement.

2.1 Exercer son jugement professionnel sur la situation des personnes

Les publics accompagnés par les professionnels interrogés présentent des caractéristiques précises, ce que l'on désigne couramment par « critères d'inclusion », « critères d'admission » ou encore « critères d'adressage », comme le lieu de résidence, l'âge, ou la pathologie. Le nombre et le types de critères varient selon les professionnels : par exemple, une infirmière libérale peut intervenir auprès de toute personne ayant une prescription médicale pour des soins infirmiers, tandis qu'une infirmière de l'Éducation nationale s'occupe des enfants fréquentant un certain établissement scolaire, et ayant donc un certain âge et un certain lieu de résidence. Parmi les 40 professionnels de notre échantillon, plus de la moitié interviennent auprès d'usagers ou de patients répondant à plusieurs critères. Cependant, il est difficile d'en conclure que plus les critères s'additionnent et plus les situations sont complexes. De manière générale, les professionnels insistent sur le fait que ces critères de prise en charge ne sont pas les seuls éléments pris en compte pour déterminer le degré de complexité des situations. Nous avons donc cherché à comprendre sur quoi ils se fondent. Trois dimensions de la situation des

personnes reviennent de façon récurrente dans les discours des professionnels : le cumul de problématiques, la vulnérabilité, le refus de soins et d'accompagnement.

2.1.1 Le cumul de problématiques

Le premier élément déterminant de la classification en complexité, au-delà des diversités professionnelles, est que la situation de la personne présente un cumul de « difficultés », par opposition à d'autres personnes dont la situation peut être réduite à une seule « problématique » :

« Quand on fait face à différentes précarité, financière, logement, déficience ou des pathologies spécifiques. Les gens vont venir nous dire : “oui, mais les choses n'avancent pas”. » (Éducateur prévention de l'enfance)

« La particularité c'est que certains cumulent un peu tout ça. Au niveau du logement on constate qu'on a également de plus en plus de personnes expulsées pour dette locative. On a également des problèmes de parentalité et de maltraitance des enfants. » (Responsable d'un CHRS)

« Pour moi, c'est quand il y a plus qu'une problématique. C'est quand une première problématique est reliée à une autre. A partir du moment où ça commence à s'entremêler il va falloir avoir une approche pluri professionnelle donc elle devient complexe parce qu'on va devoir intégrer plusieurs champs. » (Assistante Sociale Conseil Départemental)

« Les situations complexes ont une complexité beaucoup plus large que la portée médicale. Et là pour le coup, on a besoin d'être à plusieurs pour résoudre la situation. » (Médecin généraliste)

« La complexité ce n'est pas un problème de consommation, c'est tout ce qu'il y a autour qui est problématique et qui est à comprendre. On n'est pas sur une réponse autour de l'arrêt des consommations car c'est souvent inefficace si on n'a pas travaillé tous les autres champs, l'insertion sociale, là, le bénévolat par exemple. » (Responsable dans le domaine de l'addictologie).

En filigrane, nous observons ici que la référence à un cumul de problématiques se fait souvent en lien avec la structure de l'organisation des aides et des soins en secteurs ou « champs ». Pour les professionnels dont les usagers ou patients ont déjà été définis par plusieurs critères d'inclusion, comme vu précédemment, cela signifie que la complexité vient d'un surcroît de problématiques, ou de problématiques qui ne sont pas traduites dans les critères d'inclusion.

2.1.2 La vulnérabilité de la personne

La « vulnérabilité » de la personne est perçue par les professionnels comme un second déterminant de la complexité. Là encore, la notion n'est pas facile à définir. Il s'agit parfois de la difficulté à « faire seul » des démarches, par exemple à se rendre aux rendez-vous en lien avec des problématiques de mobilités ou de compréhension. Quand les professionnels parlent d'« isolement », ils font référence à l'absence d'entourage ou de personne-ressource.

« (Cette situation) est complexe au moins dans l'accompagnement par le défaut de mobilité. Mais le fait qu'il y a un réel besoin d'être là très souvent c'est que la personne ne va pas relancer la demande d'aide. Il faut être au-devant. Tu vois dans mes accompagnements je mets un rendez-vous d'une fois sur l'autre. Si je ne le fais pas, je me rends compte que c'est difficile de réinterpeller. C'est des situations où les personnes ne sont pas autonomes pour faire les démarches. » (Conseillère en économie sociale et familiale)

« C'est aussi les situations de patients isolés où on a aucun interlocuteur et on se retrouve seul avec la personne. Ce sont des patients qui arrivent et que personne ne connaît. On se dit que c'est des personnes qui ne sont pas prises en charge. Il n'y a personne autour. » (Assistante sociale d'un centre hospitalier)

« C'est aussi ceux qui ont des toutes petites ressources sociales. Il suffit que leur mari soit hospitalisé et là il faut un bon de transport car c'est lui qui conduisait par exemple pour venir au cabinet. Ces patients-là, on est amené à faire un peu plus pour eux et faire intervenir des tierces personnes. (...) il faut s'arranger pour débloquer un budget auprès de l'assurance maladie pour que ces patients-là aient quand même accès à leurs soins. » (Médecin généraliste en milieu rural)

La notion de vulnérabilité recouvre ainsi plusieurs domaines : dans certains cas cela fait écho à un problème social (isolement), dans d'autres une question pratique (mobilité), dans d'autres un problème de précarité économique, ou bien encore il s'agit d'une combinaison de ces différents éléments.

2.1.3 Le refus de soins et d'accompagnement

Lorsque nous les amenons à caractériser les situations qu'ils considèrent comme complexes, les professionnels parlent également de la difficulté à créer de l'adhésion pour

l'accompagnement, avec notamment ce qui est souvent appelé « le refus de soins ». Ce refus est mis en lien avec une difficulté pour la personne à pouvoir prendre les « bonnes » décisions pour elle-même du fait d'une pathologie par exemple.

« Il y a des sujets dont on ne peut pas parler. On sent que c'est compliqué. Mon travail se situe surtout sur ce plan-là, sur la relation. En tout cas sur les situations complexes. C'est des gens qui n'ont plus confiance en eux, plus confiance en l'extérieur. Tout ça c'est agressif d'une certaine manière. La vie leur a appris que c'était que ça. » (Conseillère en économie sociale familiale accompagnement logement)

« Le refus de soins c'est hyper compliqué car il faut quand même s'occuper du patient. Il faut aussi accepter qu'on ne puisse pas faire les choses optimales s'il est dans le refus. » (Médecin généraliste)

« C'est assez complexe lorsqu'il y a des personnes relativement jeunes avec des cancers, des grosses pathologies. Il faut savoir ce qu'eux ont compris, ce qu'a dit le médecin, qu'est-ce que vous avez compris. Il faut savoir à quelle phase ils en sont de l'acceptation de la maladie. Soit ils sont tout à fait au clair soit ils paraissent être au clair mais en fait ils n'ont pas compris. » (Infirmière libérale)

On retrouve également les situations avec des troubles psychiques ou neurodégénératifs, dans lesquelles les professionnels sont confrontés à des refus d'accompagnement tout en s'interrogeant sur la capacité de compréhension de la personne et la nécessité de la protéger parfois contre elle-même et pour les autres.

« C'est l'exemple d'une dame qui est enceinte et qui doit être accompagnée sur la parentalité avec de grosses fluctuations d'humeur. Quand tu essaies de remettre en place les droits et qu'elle n'a pas les papiers et que la famille ne peut pas aider car ils ne sont pas soutenant. C'est une dame qui ne veut pas toujours du soin. Il n'y a pas de curateur et il n'y a pas de professionnel et quid de l'hébergement avec un bébé ? (...) Ce sont des accompagnements complexes car il y a parfois refus de la personne et c'est parfois très fluctuant. » (Assistante sociale dans un service psychiatrique)

La non-adhésion aux soins peut générer de la complexité pour les professionnels. S'agit-il d'un choix éclairé de leur part ? Le professionnel considère qu'il doit accepter la décision de la personne même lorsque cette décision a un réel impact sur sa vie. La réflexion éthique est capitale. Les professionnels sont amenés à s'interroger sur les notions de « risque » et de « danger », à les distinguer, et à agir en conséquence.

2.2 Prendre en compte les conditions d'exercice et les ressources territoriales

Les entretiens mettent en évidence que le processus de classification des situations complexes par les professionnels ne repose pas seulement sur l'appréciation qu'ils ont des situations et des problématiques des personnes. Il intègre aussi une analyse de l'offre institutionnelle et professionnelle disponible pour accompagner les personnes. Trois éléments contextuels semblent déterminer de façon routinière la classification d'une situation comme complexe par les professionnels : l'absence ou l'inadéquation de réponses apportées par les partenaires pour améliorer la situation, le caractère inclassable de la situation, et le fait d'être en débordement de son secteur d'intervention professionnel en recherchant des solutions pour accompagner la personne.

2.2.1 Des situations qui « n'avancent pas » du fait de l'inadéquation des réponses partenariales

Interrogés sur ce qu'est, selon eux, une situation complexe, les professionnels ont très souvent répondu en invoquant des blocages et des déficits dans l'accompagnement. Les situations complexes sont des situations qui « n'avancent pas », pour lesquelles « ça bloque », « on ne sait plus quoi faire », ou encore « il n'y a pas de relais » :

« La complexité vient aussi (...) des solutions à mettre en place. Peut-être que ça serait moins complexe si on avait des solutions. » (Référénte protection de l'enfance Conseil Départemental)

« C'est, par exemple, quand les soins sont nécessaires et que je ne peux pas passer la main dans une structure de soins car il y a des délais qui sont longs donc je suis conscient de la nécessité des soins, le jeune ou la jeune est dans la demande et l'entourage et puis je ne peux pas transférer vers une structure de soins adéquate et puis s'il se greffe en plus les liens avec l'éducation nationale et la justice et que je peux pas faire l'articulation par les soins, avec les soins qui ne peuvent pas se mettre en place, là ça devient complexe. » (Pédopsychiatre)

« Dans la pratique, c'est quand on arrive dans des situations où on a essayé de mettre pas mal de choses en place. Mais ça n'avance pas. Soit ça va être le patient qui va bloquer la situation et les partenaires. Et on n'a plus de moyens, on ne sait plus quoi faire. Finalement la situation elle reste comme elle était au début. Alors soit on arrête notre prise en charge et ça reste comme ça. » (Infirmière dans un service spécialisé)

Cette absence de réponse peut créer une fatigue professionnelle voire une souffrance face à l'impossibilité à faire évoluer certaines situations parfois dramatiques :

« On est en limite d'intervention. Cette jeune femme violente toujours sa maman et une maman toujours en souffrance et nous sommes très inquiets sur la santé psychique de cette mère. Mais nous n'avons pas de ressources. C'est aussi trop lent pour obtenir un dossier d'établissement la temporalité est trop longue. La difficulté aussi c'est que nous même on banalise la violence car nous n'avons pas de solution. » (Coordonnateur dispositif handicap)

La distinction entre les territoires ruraux et urbains, et le manque de ressources en zone rurale, sont souvent mentionnées. Les professionnels évoquent des difficultés à orienter vers des structures ou des dispositifs adaptés lorsque le territoire du Département n'est pas intégralement couvert par certains services. Parfois, les réorientations sont impossibles faute de ressources et les personnes n'ont donc pas accès à l'offre de manière égalitaire. La nécessité pour les établissements de répondre à des appels à candidature et/ou à projet pour disposer de certains services a pu entraîner des disparités d'accès aux soins dans les divers territoires.

2.2.2 Des situations qui ne rentrent pas « dans les cases » et pour lesquelles il n'y a pas de réponse

En lien avec l'absence de réponses territoriales ou partenariales, les professionnels désignent ces situations complexes comme des situations qui « ne rentrent pas dans les cases ».

« Il y a des jeunes qui seront toujours inadaptés. Je pense à un jeune que j'accompagne : qu'est-ce qu'on lui propose ? Travailler en milieu ordinaire cela ne paraît pas possible. La scolarité il ne peut pas y retourner. (...) Ce n'est pas sans créer des tensions avec la pédopsychiatrie qui dit qu'ils ne sont pas un lieu d'accueil. Sauf que ce sont des situations où la contenance que propose un lieu d'accueil médical où il peut y avoir des sédations médicamenteuses, des contentions très fortes. Ils ont des salles d'isolement qui sont molletonnées pour que le jeune puisse en sécurité exploser sans se faire mal. C'est des jeunes compliqués et que personne n'a envie de se farcir. Je suis un peu trash mais il y a aussi cette réalité-là. C'est ce qui rend cet accueil-là complexe car cela demande à chacun de prendre sa part, d'entendre ce que dit l'autre et de trouver un compromis dans l'intérêt du jeune. » (Coordonnateur protection de l'enfance)

« On ne sait pas vers qui se tourner. Il n'y a pas de relais possible car ça ne rentre pas dans les cases. Du coup il n'y a rien. » (Infirmière service spécialisé).

« On a une personne plutôt jeune qui nous dit : “je fais des conneries car je m’emmerde”. Par exemple : la dernière fois, il a été écroué pour un vol donc, au vu du profil, pour nous c’est rien puisqu’on passe du meurtre au vol, c’est un signe de résilience. Mais cela monte en délinquance et du coup, sur ce type de public, on n’a pas de solution avec parfois des sujets préfectures en termes de radicalisation. Pour ces publics-là, on n’a pas de structure adaptée. »
(Responsable dans un service pénitencier)

Les professionnels nomment également des catégories de publics qui sont en besoin d’accompagnement sur le territoire et qui ne trouvent pas de réponses. Les jeunes âgés de 18 à 25 ans sont principalement cités, essentiellement par les professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes de tout âge :

« Il y a aussi les moins de 25 ans, c’est très compliqué car il n’y a pas de ressource. Des sortants de l’ASE, pas de ressource ni projet. » (Conseillère en économie sociale familiale)

La particularité des jeunes de l’aide sociale à l’enfance est aussi évoquée à plusieurs reprises :

« Les jeunes de l’ASE. Ils n’ont pas le droit au RSA avant 25 ans, ils ne peuvent pas avoir l’AAH car ses parents ont peut-être l’AEH allocation enfant handicapé qu’ils peuvent conserver mais en même temps ce sont des gamins placés qui ne sont pas vraiment chez leurs parents du coup ils rentrent dans aucun dispositif car cela n’a pas été travaillé par l’ASE, on ne sait pas ce qu’ils peuvent devenir, s’ils peuvent travailler. Donc on nous les “filent” parce qu’il faut ouvrir leurs droits, cela peut prendre deux ou trois ans. Il n’y a aucune ressource donc finalement on ne gère rien. » (Mandataire judiciaire)²⁵

Le manque d’aides liées au handicap est souvent évoqué durant les échanges par les professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux, notamment ceux qui interviennent auprès de jeunes enfants et de leurs parents qui assument le rôle d’aidants :

« C’est une grosse galère les enfants handicapés, et du coup c’est les parents qui sont obligés de faire le parcours, qui sont obligés de batailler entre d’un côté l’école, les aides sociales, les

²⁵ En ce qui concerne ce point, depuis la réalisation des entretiens, la loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants a été promulguée. Elle entend améliorer la situation des enfants protégés par l’aide sociale à l’enfance. Le texte prévoit notamment l’interdiction d’ici 2024 du placement à l’hôtel, la recherche systématique de la possibilité de confier l’enfant à une personne de son entourage, la proposition systématique d’une marraine, d’un parrain ou d’un mentor pour l’enfant accueilli à l’ASE, la fin des sorties « sèches » de l’ASE à la majorité, en garantissant un accompagnement pour les 18-21 ans par les Départements et par l’État. Le principe d’un « droit au retour » à l’ASE des jeunes majeurs avant 21 ans a été inscrit, même si ces jeunes ont refusé à 18 ans de prolonger leur accompagnement ou s’ils n’en remplissaient plus les conditions. Les jeunes de l’ASE seront considérés comme un public prioritaire pour l’accès au logement social. Mieux protéger les enfants contre les violences, valoriser le métier des assistants familiaux, mieux piloter la politique de protection de l’enfance et revoir les critères de répartition des mineurs non accompagnés font également partie des objectifs de la loi.
<https://www.vie-publique.fr/loi/280364-loi-taquet-7-fevrier-2022-protection-des-enfants-ase>

aides à domicile et le personnel soignant et personne n'est coordonné, personne ne se parle et c'est compliqué. » (Médecin traitant)

« Ceux pour qui je trouve qu'il y a peu de solution c'est pour les enfants handicapés. J'ai l'impression que pour ces enfants-là c'est du bricolage. Tout est compliqué. » (Masseur-kinésithérapeute)

« Pour moi dans le handicap il y aurait des besoins. Les parents dans le champ du handicap se sentent oubliés. Il y a des associations mais est-ce qu'elles répondent exactement aux besoins ou en tout cas à la hauteur du besoin. Nous sommes sur les mêmes problématiques d'aides, on va vers l'épuisement si on en fait trop. L'espèce d'accompagnement de l'aide est différente d'un enfant (qui aide son parent âgé). L'espace-temps est vraiment différent. On n'a rien à proposer. On ouvre la porte aux parents mais on rien à leur proposer. » (Assistante de soin en gériatrie)

De manière récurrente, le besoin accru d'accompagnements ou de structures d'accueil adaptées auprès des publics de tous âges souffrant de problématiques telles que les maladies psychiques, psychiatriques, les troubles du comportement et les addictions sont nommés quel que soit le secteur d'intervention et le public cible des professionnels :

« Psychiatrie, addiction, ou personne qui ne relève pas de la psychiatrie mais qui ont des problématiques de comportement alors qu'ils pourraient avoir besoin d'intervention similaire. » (Responsable dans un service pénitencier)

« Les oubliés de toujours sont les personnes qui ont des maladies liées aux addictions, korsakoff, la tranche d'âge 60-70 ans, c'est trop jeune, la gériatrie c'est 75 ans. C'est des gens que les établissements hésitent à accueillir car ils vont vivre encore de nombreuses années et du coup ils coûtent une blinde. » (Gestionnaire de cas)

« Les patients atteints de Korsakoff jeunes, l'EHPAD aurait pu être adapté mais pas possible vu l'âge. Les patients qui se retrouvent en psychiatrie alors que ce n'est pas psychiatrique. Nous travaillons avec (un service hospitalier OU autre) pour les traumatisés crâniens effectivement ce sont des accompagnements complexes. » (Responsable en addictologie)

Enfin, la question de la précarité apparaît en filigrane dans la plupart des échanges avec les enquêtés. Cela induit une complexité car le besoin d'aides est plus important que ce soit au niveau social ou sanitaire.

« Tout ce qui est public jeune, également 65 ou moins. C'est le parcours du combattant pour eux. C'est triste pour eux mais s'il n'y a pas de ressources financières il n'y a pas grand-chose. On a eu deux patients jeunes là avec de grosses ressources : sa femme a mis un plan d'aide qu'on n'a jamais vue parce qu'il y a plein d'argent. Elle a les moyens et elle donne les moyens. Une autre situation où là du coup c'est des toutes petites ressources c'est très compliqué et il n'y a pas d'argent. Madame est complètement perdue dans les aides parce qu'au niveau compréhension ce n'est pas simple. Là c'est compliqué. Et puis dans le contexte actuel où il n'y a pas de personnel, pas de place en SSIAD, c'est vraiment la pénurie du personnel. Ça, ça nous inquiète parce que vers qui on peut orienter ces personnes ? On arrive avec des situations catastrophiques, par exemple on ne peut plus faire de relais vers le centre de soins car ils ne prennent plus de patients. C'est tellement la pénurie d'infirmiers qu'il n'y a plus de relais vers les SSIAD ni vers les centres de soins infirmiers. Ça questionne sur le sens du travail, nos valeurs et notre choix de métier car nous sommes là pour accompagner les personnes et leur donner des solutions ou les aider à trouver des solutions. Finalement, on n'a rien à leur proposer. On ne peut pas répondre à leur demande. Ça, c'est compliqué. »
(Infirmière service spécialisé)

L'étude suggère ainsi que les publics auprès desquels le futur DAC aura sans doute un rôle à jouer, tout en ayant à l'esprit le principe de subsidiarité, sont les suivants : les jeunes de 18 à 25 ans, les enfants en situation de handicap, les personnes âgées s'occupant d'un enfant (désormais adulte) handicapé, les personnes souffrant de maladies psychiques, psychiatriques, des troubles du comportement ou d'addictions.

2.2.3 Être en débordement de son secteur d'intervention professionnelle et en limite de compétence

Enfin, lorsqu'on leur demande ce qui caractérise les situations complexes selon eux, les professionnels parlent des cas où ils sont en débordement de leur secteur d'intervention et éprouvent un sentiment d'impuissance :

« Quand la situation nous met face à l'impossible ou face à l'impuissance c'est là où c'est complexe. Il faut déjà comprendre qui fait quoi. Chacun est en difficulté dans son coin. Parfois c'est fluctuant, un jour ça va un jour ça ne va pas. On n'a pas toujours la possibilité en fonction de notre charge de travail de réagir en temps réel. » (Infirmière libérale)

« Comment dire... (les dossiers des patients en situation complexe) c'est ceux que je ramène chez moi le soir. C'est ceux qui m'inquiètent. Ceux auxquels je dois penser. » (Médecin généraliste)

« On se dit : je n'avance à rien, ça n'avance pas. Et heureusement qu'on ne le pose pas en termes d'objectifs. » (Conseillère en économie sociale et familiale accompagnement logement)

Nous retrouvons ainsi de manière récurrente une tension entre la demande de l'institution et la difficulté du professionnel face à certaines situations, qui le contraint à faire des choix allant parfois jusqu'à dépasser son cadre de mission :

« La loi nous demande de laisser la personne autonome, de privilégier l'autonomie et en même temps on a le bailleur qui ne veut pas que la personne s'alcoolise. On ne doit pas faire les déclarations mais on a des gens qui n'ont pas de moyen de transport, pas d'internet, on a des gens qui ne peuvent pas faire leurs impôts donc on est obligé de faire alors que normalement on ne devrait pas. Le décalage il est aussi sur ce qui est attendu de nous en termes d'obligation légale et le nombre de dossiers suivis et la complexité des dossiers qui n'est pas prise en compte même au sein de notre institution. Les dossiers ont changé de nature et on attend toujours plus. Grâce aux lois le juge s'est retiré de certaines décisions et donc cela repose sur le mandataire, c'est lui qui doit décider doit signer et donc il n'y a plus de garantie en termes de responsabilité au-dessus. » (Mandataire judiciaire)

L'enquête montre que les professionnels expriment des limites différentes en fonction de leur appartenance professionnelle et de leur modalité d'exercice. Par exemple, les professions du secteur sanitaire (médecin généraliste, infirmier libéral) indiquent être en limite d'intervention notamment quand les situations sollicitent des besoins d'ordre « sociaux » et administratif.

« Soigner les gens finalement c'est facile ; pour moi, le complexe, ce qui nous prend le plus de temps c'est le psychologique et l'administratif. Après soigner les gens on est formé à cela. » (Kinésithérapeute) ;

« Les situations complexes ont une complexité beaucoup plus large que la portée médicale. (...) Ce qui nous fait vraiment gagner en efficacité c'est quand on fait des staffs avec la Carsat, la CPAM, le médecin conseil et le médecin du travail. » (Médecin généraliste en exercice regroupé)

Inversement, les professionnels du secteur social (assistant social, conseiller en éducation sociale familiale, éducateur spécialisé) ont tendance à rencontrer des difficultés d'interventions dans les accompagnements sollicitant des suivis médicaux précis et réguliers.

« Qu'est-ce qu'on fait sur le plan de la santé pour tous ces gens-là ? Moi, je suis en difficulté. Je vois des gens qui étaient suivis pour le diabète et ils ne le sont plus et je ne sais même pas

ce qui est grave ou pas. Je ne sais même pas par où commencer. » (Assistante sociale Conseil Départemental)

« Il y a des grands courants de pensée du côté du psy et on sollicite facilement le CMP. Cependant, on peut occulter des soins d'ophtalmo, et parfois on passe à côté et il faut avoir une vision du soin globale qu'on n'a pas forcément. » (Coordonnateur protection de l'enfance)

Au-delà des spécificités de leurs champs de missions et des publics qu'ils accompagnent, les professionnels rencontrés ont donc fait état de critères similaires de définition de la complexité en relation avec les ressources disponibles sur leur territoire.

Pour conclure cette partie, la complexité n'est pas aisée à définir en une série de critères. Les professionnels interviennent certes selon des problématiques identifiées et des critères cumulatifs mais ces derniers ne sont pas les seuls à être pris en compte pour déterminer le degré de complexité d'une situation. Comme le montre notre étude, la complexité n'est pas forcément, ni seulement, liée aux caractéristiques de la personne repérée par les professionnels. Elle peut être également générée par les conditions d'exercice des professionnels : l'absence, l'inégalité ou l'inadéquation des réponses partenariales et des ressources disponibles sur le territoire. Les deux types de jugement que nous avons mis en évidence – le jugement sur la situation et le jugement sur l'environnement – sont exercés ensemble par le professionnel, qui en tire une classification. Il apparaît d'ailleurs que, le plus souvent, la définition d'une situation comme complexe réside dans la tension qui émerge entre la particularité de la situation et les contraintes associées à l'environnement.

Au travers des exemples utilisées, il apparaît que la classification en complexité peut intervenir alors que l'accompagnement est déjà lancé. Dans ces cas-là, la situation *devient* complexe et requiert des ajustements. Dans d'autres, la situation est définie comme complexe avant de faire l'objet d'un suivi, et le suivi est alors conçu pour résoudre les difficultés nées de la complexité de la situation. Dans tous les cas, un travail d'accompagnement spécifique est mis en œuvre, ce que nous allons étudier maintenant dans la troisième partie de ce rapport.

Partie 3 : Accompagner les situations complexes

En quoi consiste l'accompagnement des situations complexes ? Chacun des quarante professionnels interrogés a été invité à décrire la manière dont il accompagne les situations et plus particulièrement celles qu'il considère complexes. Malgré la diversité des modalités d'exercices et des professions d'appartenance des enquêtés, l'analyse a mis en évidence quatre axes structurant cette activité : il s'agit de (1) travailler avec la personne en prenant en compte toute la spécificité de sa situation, (2) collaborer avec différents professionnels, (3) prendre du temps et (4) rechercher des espaces de créativité. Dans cette partie, nous présentons successivement ces quatre aspects et soulignons les convergences et les différences observées.

3.1 Travailler avec la personne

3.1.1 La recherche du consentement

Pour l'ensemble des enquêtés des trois secteurs d'intervention, l'accord oral de la personne est systématiquement recueilli pour officialiser le suivi et obtenir son consentement. Ce dernier est l'un des éléments qui est revenu fréquemment notamment lorsqu'il s'agit de situations complexes avec parfois la difficulté à entrer en relation avec la personne. Cela peut être engendré par la vulnérabilité de la personne qui est par sa situation ou sa pathologie en difficulté pour comprendre la proposition d'accompagnement. Les retours des partenaires sur ce point sont souvent évoqués lorsqu'il s'agit de débiter l'accompagnement.

« Sur le consentement je leur dis que je ne ferai rien sans leur accord et qu'on travaillera et tous ce qu'on fera ce sera ensemble. Je le dis au fur et à mesure de la rencontre pas forcément dans quelque chose de très formalisé. Les personnes qui me demandent qui je suis et pourquoi souvent je m'appuie sur la petite carte de visite. Très vite ça part dans des échanges naturels. On met un point d'honneur à les écouter, ce n'est pas formel mais cela reste un recueil de consentement régulier constamment. » (Gestionnaire de cas)

« Souvent on lui rappelle le contexte, on va d'abord s'assurer qu'elle est d'accord pour nous recevoir, ça c'est la première chose et qu'à partir de là on lui rappelle pourquoi on se rencontre et puis s'assurer qu'elle est bien d'accord avec cette démarche là et que on va l'accompagner, on demande son autorisation de nous rencontrer et puis après on l'informe sur les différentes aides possibles en fonction de ses besoins et de ses attentes (...) on sait très bien qu'une personne âgée peut avoir du mal à tout mémoriser certaines fois et donc du coup si on rajoute

en plus ce document à expliquer, à faire signer ça va alourdir quoi, ça arrive parfois qu'on ait à faire à la famille et pas l'utilisateur, c'est compliqué du coup, la famille elle elle se saisit de ce qu'on lui apporte comme information comme démarche et puis voilà nous on intervient pas spécialement et même si on a déblayé un peu, on va dire le besoin on va pas faire signer l'utilisateur dans cette situation-là. » (Coordinatrice)

Une particularité est observée pour les professionnels dont l'intervention est soumise à une décision de justice. L'accord et l'adhésion de la personne sont toujours recherchés mais l'aspect obligatoire du suivi est forcément présent :

« Notre mission est la prévention de la récidive au travers de l'identification des besoins d'intervention de la personne, on appelle ça des besoins criminogènes. On identifie son degré d'adhésion, où il en est dans le cycle du changement et pour qu'on mette en œuvre des actions pour travailler sur les besoins identifiés. Il y a deux types d'intervention : individuelle ou collective. Notre mission : prévenir la récidive dans un cadre judiciaire. On réalise un projet d'accompagnement. (...) il y a une affectation nominative obligatoire par conseiller. » (Responsable d'un service pénitencier)

Cette difficulté à entrer en relation avec la personne peut aussi être causée par le fait qu'elle a été orientée par un professionnel sans avoir compris la raison précise de cette proposition :

« Pour le réseau de soins palliatifs, dans la grande majorité des cas on essaie d'intervenir en se présentant comme une équipe de soins palliatifs donc ce qui peut amener une émotion ou une incompréhension du patient c'est pour ça qu'on a essayé autant que possible de faire en sorte que celui qui formule la demande puisse préparer, c'est pas toujours le cas mais après en l'occurrence ça se passe souvent mal au début mais après ça permet aussi de débloquer des tabous enfin des représentations et puis de mettre en avant tout de suite la démarche palliative. L'évolution finalement ça se passe généralement plutôt bien le fait d'être transparent. » (Médecin salarié)

La recherche de l'adhésion de la personne pose alors une difficulté éthique pour le professionnel qui se retrouve en position à la fois de respecter le choix de la personne tout en tenant compte de sa fragilité et des potentiels risques qu'elle peut prendre.

Pour la grande majorité des partenaires, le consentement est recherché de manière systématique comme préalable indispensable à l'instauration d'un lien de confiance au moins minimal pour débiter l'accompagnement. Très peu de professionnels interrogés dans cette étude demandent la signature d'un document pour contractualiser le consentement. A titre

d'exemple, des gestionnaires de cas recueillent de manière systématique et continue le consentement pour intervenir donc effectuer leur suivi compte tenu des critères de leur accompagnement et de la pathologie des personnes accompagnées (atteintes d'une maladie neurodégénérative). Cette pratique de consentement oral existe dans la mesure où, d'un point de vue juridique la signature d'un document administratif nécessite de pouvoir le comprendre et de pouvoir réaliser l'acte de la signature. Cela n'est pas toujours le cas auprès de certains usagers notamment ceux étant atteints de troubles du discernement de sorte qu'ils ne sont pas en capacité de recevoir l'information qui les concerne (article L.1111-2 du code de la Santé Publique).

D'autres documents, des outils par exemple, utilisés par les partenaires existent sans forcément être signés par les personnes. Les documents à signer sont liés au partage de données confidentielles, à l'utilisation d'outils numériques dans la majorité des cas. Concernant ces outils, il peut s'agir de documents sous forme de projet de vie, individualisé, projet de soin, de santé. Dans la plupart des cas, ce type d'écrit n'est pas à signer. Il arrive parfois que ce type d'outils soit transmis à l'entourage/l'aidant. Il s'agit d'un outil d'accompagnement/de suivi ; comme on le voit dans l'exemple suivant :

« Dans la logique, les coordonnateurs sont positionnés sur la mise en œuvre du PPE, l'élaboration de son suivi et du bilan. On voit ponctuellement les jeunes. On rencontre les parents en fonction de leur capacité, plusieurs fois. Nous avons une trame de PPE avec les grands items sur : la vie quotidienne, la scolarité, la santé, la participation financière, les droits de visites, du lien à la famille élargie, etc. L'objectif de cela est de penser ce projet non pas juste du côté de la protection mais qu'est ce que les parents veulent aussi. Comment ils peuvent se saisir de cette mesure de placement. Qu'est ce qu'ils veulent y faire. Nous on rencontre les parents dans ce cadre-là avec les partenaires, par exemple le soin. On rencontre également l'enfant pour lui dire ce qui va être fait pour lui, en fonction de l'âge. Pour les grands on les fait participer. » (Coordonnateur de la protection de l'enfance).

Certains professionnels ont indiqué que la forme des documents n'est pas toujours adaptée en réponse aux demandes des usagers. La réalisation de ce type d'outil peut entraîner une difficulté, accroître la complexité et engendrer un besoin de temps d'accompagnement plus long. Temps dont ils ne disposent pas toujours par ailleurs compte tenu de leur file active. Le professionnel s'adapte lorsqu'il en a la possibilité et que le cadre légal ne l'impose pas.

Dans le contexte de l'accompagnement des situations complexes, l'échange à l'oral est l'usage pour officialiser un suivi. La signature de documents autres que ceux relatifs au partage de données ne semble pas évidente.

3.1.2 La difficile adéquation entre demande institutionnelle et demande de l'utilisateur

A propos des situations qu'ils considèrent complexes, les professionnels insistent particulièrement sur la difficulté à mettre en œuvre certaines missions qui semblent décalées par rapport aux besoins de l'utilisateur et à sa réalité. Ils indiquent la difficulté de mise en œuvre de la mission pour laquelle ils doivent intervenir et la possibilité pour l'utilisateur de l'accomplir ou de répondre à son besoin. Les professionnels citent par exemple les « projets personnalisés » à rédiger avec des objectifs et des moyens clairement établis, qui ne sont pas toujours audibles ou appropriables par les personnes.

« Je ne peux pas écrire quelque chose de projet pur, parce que ça c'est quelque chose d'intellectuel et que les gens ce n'est pas cela qu'ils viennent chercher. Ils viennent aussi chercher de l'humanité et de la simplicité auprès de nous parce que de plus en plus de services sont par internet, par téléphone et ils veulent du contact humain et pas forcément de la contractualisation. On force les gens à rentrer dans des choses mais les gens ils attendent des prises en charge globale. Ils n'attendent pas qu'on les saucissonne. (Assistante social Conseil Départemental). »

Ce type de difficulté est évoqué plus spécifiquement par les acteurs du social et de la justice. Nous retrouvons le même cas de figure concernant l'interprétation du cahier des charges cadrant l'activité et la perception de la réponse à apporter pour l'utilisateur avec une disparité des pratiques professionnelles dans un même cadre d'emploi. Voici un exemple :

« Les objectifs de l'institution c'est d'éviter les placements. Sur nos missions c'est écrit : « prévenir le danger et ou réduire le risque de danger ». Effectivement durant toute la période de réorganisation on est venu dire : qu'est-ce qu'on met derrière l'éducateur de prévention ? C'est quoi la prévention ? et eux ils ont à dire que tout ce qui peut être fait pour éviter le placement c'est de la prévention. C'est comme ça que c'est dit. C'est pour ça qu'il y a autant d'écarts de pratique entre les référents prévention. Ils sont liés à l'interprétation de la commande. Il y a ceux qui vont s'inscrire dans une démarche de conseils très pratico-pratique. Il y a ceux qui sont dans une démarche d'aider le parent à faire par lui-même. En termes de pratique, c'est différent. » (Éducateur)

Ce décalage se retrouve également quand l'institution demande la mise en œuvre d'une méthode empruntée à un autre modèle et public différent :

« Sur le projet du XXX, il s'agit de la mission réseau transférée au CSAPA et donc une validation par *le financeur* d'une feuille de route. Cette feuille de route, elle a cette grande mission notamment la N°4 qui est la gestion des situations complexes en addictologie. En fait, cette feuille de route est calquée sur les feuilles de route mises en place notamment par les PAERPA. *Le financeur* a demandé à travailler sur les fonctions du PAERPA adaptées à l'addictologie. Les partenaires se sont donnés la gestion des situations complexes. On a mis en place un groupe de travail et on a élaboré le flyer de communication, les outils de saisine voilà comment on répondait à cela. En fait, les deux ça vient d'un modèle qu'on nous a invité à adapter et à la fois une priorisation des partenaires et pourtant pas de saisine de leur part. Au départ, on a eu tout un travail d'élaboration, effectivement on a passé du temps sur qu'est-ce que la complexité en addictologie. On savait ce que ça n'était pas mais on a eu du mal à définir qu'est-ce que c'était. » (Responsable en addictologie)

Ici la transposition du modèle PAERPA à l'addictologie a créé une difficulté de réponse adéquate (« *pas de saisine de leur part* »).

Le changement des modalités ou de la méthode de travail peut engendrer de la complexité, par exemple lorsqu'il n'y a plus la possibilité de se rendre au domicile des personnes.

3.1.3 L'importance de l'intervention à domicile

Nous observons qu'un grand nombre d'interviewés évoquent de fait l'importance d'intervenir à domicile. Se distinguent alors les professionnels qui se rendent à domicile et ceux qui reçoivent les patients ou usagers uniquement au bureau ou dans des institutions (services hospitaliers, soins de suites). Leur perception de la complexité est parfois différente. En effet, les professionnels qui ne voient pas les patients dans leur lieu de vie décrivent moins précisément la complexité des situations. Ils indiquent également être plus en difficulté pour agir sur la question de l'environnement.

De fait, les professionnels interrogés nomment le lieu de vie comme essentiel pour saisir les éléments de blocage notamment quand on cherche à aider la personne à rester à son domicile. Les professionnels font référence régulièrement à la question de l'insalubrité, de l'hygiène et

les conséquences que cela entraîne sur la santé. Un professionnel chargé de l'accompagnement social lié au logement met en exergue cette difficulté :

« Monsieur décrit des conditions de vie déplorable. Il n'utilise plus ses toilettes il va au WC public tous les jours car il y a eu un dégât des eaux, les toilettes sont bouchées, *etc.* L'ASS le voit au bureau. Il ne laisse pas accès. Par moment elle ne le voyait plus. En plus de cela on a été interpellé par la mairie et le bailleur parce qu'il y a des odeurs. » (Conseillère en économie sociale familiale insertion logement).

Pour développer ce point nous pouvons reprendre les entretiens des professions libérales. Par exemple celui du kinésithérapeute qui explique comment la question du lieu de vie du patient peut être complexe :

« Autre situation, je vais jusqu'à S, je travaille à G, car ce petit monsieur a fait 4 AVC et les ambulanciers ne trouvaient pas de kiné sur le secteur de S, le kiné a pris sa retraite et personne ne voulait le prendre à L. J'avais un créneau donc j'ai dit ok on y va. Je l'ai pris en soin au cabinet et c'est l'ambulance qui me l'amenait sauf que COVID donc domicile donc j'y suis allé à domicile et puis maintenant les ambulanciers ne veulent plus le prendre parce qu'il est trop lourd soi-disant. Donc ce monsieur n'a plus de soin d'orthophonie. Il n'a plus que moi, le kiné car je suis le seul qui va le voir dans le fin fond de S. C'est une problématique qu'on retrouvera de plus en plus (...) Pour ce patient on a l'impression d'un « lâchage » partout donc je suis coincé (...). Et puis son médecin est très dans l'autorité, alors il ne propose rien. Du coup il dit au patient "vous n'avez qu'à acheter une voiture équipée" donc voilà c'est pas possible pour lui. » (Masseur Kinésithérapeute)

Les médecins libéraux nomment également l'importance et la difficulté aujourd'hui de se rendre au domicile.

« En tant que médecin traitant, on a perdu la possibilité d'aller au domicile, c'est dommage parce que quand je rentre à domicile, c'est comme quand je dis bonjour au patient et que je lui sers la main, je sais s'il a de la fièvre, je sais s'il a peur parce qu'il a les mains moites et je sais s'il tremble enfin je sais plein de choses rien qu'en lui serrant la main. Là quand je rentre dans sa maison, c'est pareil, je vois plein de choses qui me sautent aux yeux et le fait de ne plus aller à domicile à la fois, c'est une obligation car sinon je ne pourrais pas prendre en charge autant de patients. C'est quand même quand on demande de faire des visites, que je peux les faire, j'y vais avec grand plaisir car ça me permet de découvrir le milieu dans lequel vit mon patient. Du coup comme je ne peux pas y aller, les staffs c'est pour moi une richesse d'informations car les infirmières, elles y vont à domicile. C'est un sentiment partagé par les

autres médecins. Les domiciles ça nous manque, c'est des informations qu'on n'a plus mais on n'y retournera pas parce qu'en termes de gain de temps et de suivis de nos soins c'est clair qu'on ne peut pas aller aux domiciles. Aujourd'hui le soin se passe dans le cabinet. Mais on perd des infos. » (Médecin généraliste exercice regroupé).

Les freins à la continuité des interventions à domicile sont identifiés de longue date. Des services dont la mission est de coordonner les interventions des professionnels ont été créés dans les années 2000. Nous l'avons évoqué à plusieurs reprises dans la partie 1 de l'étude. Néanmoins, des limites structurelles à leurs interventions sont ressorties du fait des stratégies d'attribution des missions, de distribution des prestations et financements propres à chaque corps de métier et acteur. Selon le contexte d'intervention, certains professionnels ne peuvent pas ou plus se rendre au domicile des personnes, ce qui peut créer une déconnexion avec l'ensemble des besoins des bénéficiaires.

3.2 La coordination des actions et des professionnels

Au regard de ce que nous avons évoqué ci-dessus, l'intégration des services et la coordination des actions et des professionnels est perçue comme une réponse propre aux contraintes de chacun des systèmes. Il s'agit d'un modèle organisationnel basé sur la coopération de structures partenariales pour qu'une gamme complète de services soit coordonnée, reliée de manière fluide et continue pour répondre aux besoins spécifiques des usagers. Mais comment réussir concrètement l'articulation de services et de techniques très hétérogènes sur de nombreux plans, pour que la personne soit « au centre » surtout lorsque les ressources manquent ou sont peu disponibles ?

3.2.1 Le travail à plusieurs et la mutualisation des compétences

Les situations complexes ont la particularité de rendre nécessaire d'agir sur plusieurs dimensions de la situation pour faire évoluer positivement la situation. Dans l'exemple suivant, évoqué par une CESF, la mise en place d'une mesure d'Accompagnement Social Lié au Logement (ASLL) pour une personne en situation complexe nécessite ainsi de prendre en compte d'autres dimensions que la question du logement :

« C'est un Monsieur qui habite à B... (ville semi-rural) qui est âgé. Il a plus de 60 ans. Il a eu deux femmes, quatre enfants. Il a divorcé il y a 16 ans de sa deuxième femme. A ce moment-là il était en couple, il avait une maison et il travaillait. Il y a eu une séparation avec cette

dame et pour lui tout s'est écroulé. Dans la manière dont il a vécu les choses, donc avant il avait une maison et aujourd'hui il a un appartement. Apparemment, le bailleur l'a obligé à déménager en appartement car il était tout seul. Il a changé de village. Il s'est arrêté de travailler. Il y avait un problème d'alcool probablement derrière tout ça. Finalement on l'a mis à l'écart du travail, mis à l'écart de sa famille et il est arrivé à l'âge de la retraite. (...) Un accompagnement ASLL a été demandé par cette assistante sociale qui connaît ce Monsieur depuis très longtemps. Par moment, elle ne le voyait plus. En plus de cela on a été interpellé par la mairie et le bailleur parce qu'il y a des odeurs, ... donc l'ASS elle a travaillé l'acceptation d'une mesure ASLL pendant un an. » (Conseillère en économie sociale familiale accompagnement logement).

Dans le cas de cette situation, la professionnelle considère indispensable de travailler en premier lieu la recherche du consentement, l'accès aux soins concernant la problématique addictive, la question de l'isolement, de son histoire de vie. Ce sont autant de domaines à travailler, en amont ou en parallèle, pour résoudre la question du logement.

Les professionnels se retrouvent ainsi à rechercher d'autres partenaires et compétences pour agir sur les différents axes d'intervention. Nous comprenons que la difficulté sera ensuite d'expliquer à la personne concernée pourquoi et comment d'autres acteurs vont venir l'aider. L'intervention d'autres professionnels est à la fois une nécessité et un passage parfois délicat à mener pour que la personne en comprenne le sens et ne sente ni trop envahie, ni dépossédée de son projet. Pour cette même situation, la professionnelle explique ensuite :

« Il est parti à l'hôpital et c'est à partir de ce moment là où on a pu commencer à bosser des choses en partenariat avec les services sociaux de l'hôpital et où il y a eu appel à la MAIA etc. (...) On a fait une demande de mesure de protection également. La MAIA intervient pour tout ce qui est l'aspect santé, moi je prends la partie logement. (...) L'idée c'est de mettre en place les ADMR. La MAIA l'aide pour tout ce qui est santé car sinon c'est un Monsieur qui n'irait pas aux rendez-vous médicaux. Il y a des traitements qui sont lourds. Il a rencontré un médecin traitant. L'ASS prend le relais sur la veille administrative et budgétaire le temps de la mise en place de la mesure de protection. Donc tout s'est bien réparti. » (Conseillère en économie sociale familiale accompagnement logement).

Cet extrait met en évidence comment les compétences des divers professionnels sont nécessaires et de quelle manière elles sont mises en cohérence par rapport à la situation de la personne.

3.2.2 La coordination et la mise en cohérence des interventions

L'intervention de professionnels de secteurs différents auprès d'une même personne nécessite une coordination à la fois pour que les professionnels identifient bien les limites et actions de chacun mais aussi pour discuter des objectifs de l'accompagnement avec la personne concernée. Dans l'exemple cité plus haut, la professionnelle exerçant l'ASLL indique que sa position de proximité avec la personne peut l'amener à jouer le rôle d'intermédiaire avec d'autres professionnels et de coordonner des actions. Elle précise toutefois que son intervention n'est pas spécifique à la coordination.

« Alors ça ne se fait pas d'un coup. Cela se fait sur des mois de prise en charge. D'un côté, on connaît très très bien la personne qu'on accompagne et on arrive à relever plein de choses et on peut le redire aux partenaires. Cela va vraiment dans les deux sens. La personne a appris à nous connaître, donc elle sait comment on fonctionne et elle peut se livrer plus facilement, en tout cas elle peut donner des choses. Nous on a appris à connaître la personne aussi et on arrive à relever des signes. » (Conseillère en économie sociale familiale accompagnement logement)

Même si un gestionnaire de cas MAIA a été introduit dans la situation il est intéressant de relever que la question de la coordination n'a pas été « transférée » directement sur celui-ci. La nécessité de coordonner des actions s'est d'abord posée pour le professionnel intervenant en proximité avec la personne.

« Ça, c'est un travail de fond avec des moments qui sont aussi décourageant. En plus, durant le confinement il ne pouvait plus aller au café. J'étais son seul lien et je le retrouvais recroquevillé sur son canapé. C'est un Monsieur qui se laissait mourir, en état de dénutrition etc. Alors à la fois il ne faut pas être trop nombreux car plus on multiplie les intervenants, plus c'est des liens à nouer. A la fois, il faut être suffisamment nombreux pour avancer. Car avec des gens comme ça le travailleur social il vient porter. Il n'est pas question d'autre chose. Moi l'autonomie je veux bien mais on n'en est pas là. Il faut faire, aider, relever, et porter. » (Conseillère en économie sociale familiale accompagnement logement).

En reprenant les entretiens, il apparaît que cette question de la coordination pour les situations complexes peut être plus ou moins une difficulté en fonction du professionnel. Soit celui-ci reconnaît que cela fait partie de son champ de mission et compétence voire est dans la dénomination de son poste (gestionnaire de cas MAIA, référente parcours santé ; coordinatrice CLIC, infirmière coordinatrice, ...); soit cela n'en fait pas partie et il va chercher un relais professionnel pour coordonner les actions. Cependant, la coordination des

actions repose au départ sur le professionnel de première ligne, intervenant « en proximité » de la personne. C'est pourquoi plusieurs professionnels interrogés témoignent se retrouver dans cette position de coordination par nécessité car ils sont également légitimés par la personne pour servir d'intermédiaire avec les autres partenaires. C'est de cette position de proximité dont témoigne la professionnelle dans cet exemple :

« Moi il m'appelle XXX très souvent et il me dit “tu”. On n'a pas que le rôle de comprendre, d'orienter, de parler, on fait aussi. Parfois c'est plus facile de faire et de se taire, ou de faire et de parler en même temps, ou d'emmener en voiture et on n'est pas dans un bureau. »
(Conseillère en économie sociale familiale accompagnement logement)

Ce type de témoignage émane notamment de professionnels qui se retrouvent seul intervenant dans la situation et qui sont amenés à rencontrer très régulièrement la personne à domicile (kinésithérapeute, aide à domicile, mandataire judiciaire, infirmier libéral). Ces professionnels indiquent que, dans les situations perçues complexes, ils se retrouvent de fait, et parfois malgré eux, dans une position de référent de la situation. Ils peuvent être dans le dépassement de leurs missions et dans un rôle d'intermédiaire et de coordination avec d'autres partenaires.

L'exemple du mandataire judiciaire illustre également ce rôle de coordination et fait le lien avec la difficulté d'autonomie évoquée pour l'élaboration d'un projet avec la personne, ce qui engendre donc un besoin accru de coordination :

« Notre rôle c'est aussi de faire l'interphase, envoyer vers les partenaires du droit commun de faire en sorte que justement certains partenaires même s'il y a une mesure de protection acceptent de faire la démarche avec l'usager en directe. On peut avoir soit un rôle d'assistance ou de représentation mais on peut aussi avoir un rôle à l'extérieur pour que l'usager puisse lui faire valoir ses droits, où il y a moins d'enjeux. De toute façon, c'est lui qui doit faire tout seul. La protection juridique a pour finalité de favoriser l'autonomie. » (Mandataire judiciaire)

3.2.3 Le partage d'information et les outils numériques

Les entretiens ont également permis d'évoquer la mise en place d'outils numériques pour partager des informations et coordonner des actions. Quelques professionnels interrogés indiquent bénéficier d'outils informatiques de partage de données, des messageries sécurisées ou de logiciel métier, mais il ne s'agit pas de la majorité, par exemple :

« Globules, c'est le principal outil de partage qu'on a mis en place niveau de la CPTS. On utilise des boîtes mails sécurisées et des messageries sécurisées santé notamment avec les spécialistes. On a mis en place WALER un réseau de suivi des projets. C'est tout. » (Médecin généraliste libéral en exercice regroupé)

« On un logiciel national qui est obsolète mais il y a écrit, MT, suivis, relation d'aide, etc. c'est le seul qu'on est. Tous les enfants qu'on voit sont dedans. C'est en cours de changement. Les médecins ont des dossiers sur une plateforme nationale mais nous on n'y a pas accès. Nous on remplit encore des fiches papiers qu'on donne au médecin. On devrait y avoir accès mais ce n'est pas possible au niveau législatif. C'est un peu pénible car au niveau des outils chacun fait un peu ce qu'il veut. Sinon chacun fait des stats. On a une fiche de transmission pour l'hôpital. Si c'est pour une EP on a un document spécial pour les EP. On a également nos outils à nous pour les entretiens » (IDE scolaire)

L'intérêt d'outils numériques communs est évoqué dans quelques entretiens mais ceux-ci semblent encore peu développés. Les partenaires utilisent en majorité des outils propres à leur spécialité. Toutefois beaucoup voient l'intérêt d'outils harmonisés et ils sont favorables à l'utilisation de logiciels numériques partagés pour améliorer l'accompagnement des situations complexes.

Ils sont nombreux à évoquer l'intérêt du réseau partenarial au-delà des outils pour améliorer les accompagnements :

« C'est le réseau personnel interprofessionnel qui fonctionne aussi. Les partages de situations, je pense qu'on va le développer dans le réseau IPA. » (IDE en cancérologie)

3.3 Prendre du temps

3.3.1 Le temps du professionnel

La particularité de l'accompagnement auprès de situations complexes est le temps qu'elle mobilise pour le professionnel. De fait, c'est un élément récurrent de discours que nous avons pu constater. Il peut mettre en tension le professionnel qui s'interroge alors sur sa capacité à pouvoir poursuivre l'accompagnement sans que cela soit au détriment de ses autres suivis. En effet, les situations complexes nécessitent de dégager du temps car soit la personne concernée doit être rencontrée à son domicile et parfois plusieurs fois avant de pouvoir entrer en relation ; soit ce sont les aidants, l'entourage ou les professionnels connaissant déjà la situation qui sont à contacter pour comprendre ce qui peut faire difficulté ou blocage.

Ce temps de rencontre, de compréhension, d'évaluation et d'analyse de la situation pour le professionnel peut se complexifier si la personne concernée est dans le refus d'aide. Il faudra alors négocier avec elle les domaines où elle accepte d'être accompagnée. Cela tout en tenant compte de sa vulnérabilité, en équilibre avec ses droits fondamentaux de liberté et de ses choix de vie.

En reprenant l'exemple de la situation accompagnée par une professionnelle de l'insertion sociale par le logement, nous constatons comment le temps est une donnée indispensable pour que le professionnel puisse dégager des marges de manœuvre et des leviers pour aider la personne à surmonter ses difficultés.

« L'ASS de la MDS a mis un an pour que le Monsieur accepte l'ASSL. Moi j'arrive dans la situation à ce moment-là. (...) On se retrouve tous les 10 jours devant l'arrêt de bus qui est devant chez lui. Il ne me laisse jamais entrer. On se voyait dans l'arrêt de bus. Il ne veut pas me laisser entrer et il m'apporte du travail pour me laisser à l'écart. Il y a aussi des moments où je sonne et il ne répond pas alors qu'il est là. Le seul lien qu'il ait, c'est que tous les matins il va boire une bière au café à B.... C'est la seule chose qui se passe. C'est quelqu'un de grandement isolé. Moi je vois également un état de santé qui se dégrade. On a pris des rdv à la maison médicale, Monsieur n'avait pas vu de médecin depuis 10/15 ans. Il n'avait pas de médecin traitant. Je l'emmène. Je le laisse dans la salle d'attente. En fait ça ne fonctionne pas il part. Cela se produit deux fois. Même ça je n'y arrive pas. Je ne rentre pas dans le logement. Je n'arrive pas à mettre en place des soins. Au niveau financier et administratif, on maintient les choses mais ce n'est pas bien non plus car je n'ai pas accès aux choses. La question revient à plusieurs reprises de comment est-ce qu'on fait ? (...) Que je sois là ou pas. Monsieur met tout en place pour que ça ne se passe pas bien. » (Conseillère en économie sociale familiale Accompagnement logement)

Dans ce contexte, il importe de garder en tête que la proposition de démarche d'accompagnement émane d'une assistante sociale qui a orienté Monsieur vers cette professionnelle. En d'autres termes, ce n'est pas Monsieur qui a initié la sollicitation et l'accompagnement bien qu'il ait donné son accord. La mise en route de démarches par les professionnels en fonction de critère inclusif montre également la manière dont cela entraîne un besoin de temps voire un surcroît de complexité. Cet extrait met également en évidence l'état de blocage de la situation, le temps que mobilise le professionnel pour chercher à trouver des « portes d'entrée » et le questionnement/doute du professionnel sur sa compétence à faire évoluer la situation.

C'est la persévérance dans le temps qui permet pourtant de débloquer à un moment donné la situation avec un recentrage sur le souhait du Monsieur à changer de logement même si ce projet semblait difficilement réalisable :

« L'idée c'est de voir les choses autrement. Sachant que Monsieur ne veut pas rester dans ce logement. Il veut déménager. Il veut un pavillon avec un extérieur. Ce qui est trop cher et qu'il est incapable d'entretenir. C'est là la différence entre la réalité et ce qu'il vit. Donc on s'est dit qu'il faut quand même travailler la demande de logement et voir si on peut reloger le Monsieur et on verra comment ça se passe pour le reste. » (Conseillère en économie sociale familiale Accompagnement logement)

Ici on comprend que la professionnelle a changé d'angle, elle travaille le projet de Monsieur en espérant que cela aidera sur la mise en confiance pour travailler les autres axes.

Un événement de santé va également accélérer et faciliter l'intervention de la professionnelle.

« En parallèle la santé de Monsieur se dégrade et quand j'arrive à le voir il a les doigts de pieds tous bleus. Il n'arrive plus à marcher et là il me laisse monter. A ce moment-là je lui dis que je ne partirai pas tant qu'on n'aura pas appelé le SAMU. Donc il est parti à l'hôpital et c'est à partir de ce moment là où on a pu commencer à bosser des choses (...) ». (Conseillère en économie sociale familiale Accompagnement logement)

Ces éléments se retrouvent également dans les autres entretiens où les professionnels sont sans cesse à la recherche de solutions tout en s'adaptant à l'évolution de la situation.

3.3.2 Le temps de la personne accompagnée

Dans le déroulé de la situation précédemment citée, comme pour beaucoup d'accompagnements, il y a eu une tension pour la professionnelle entre la demande de l'institution à atteindre des objectifs dans une certaine durée, d'une part, et les objectifs propres de la personne avec une temporalité souvent différente, d'autre part. Cela peut générer pour le professionnel une difficulté sur l'appréciation de son efficacité. Vais-je remplir les objectifs de l'accompagnement (la question du logement ici) si je n'arrive pas à « convaincre » la personne sur certaines orientations prioritaires et réalités contextuelles (le Monsieur souhaite vivre dans un pavillon ce qui est inadapté compte tenu de sa santé) ? Comment être dans les délais qui sont impartis pour cette prise en charge tout en tenant compte du « projet de la personne » ?

Pour préciser, la notion de « projet » dans ce secteur d'activité ou de « projet de vie » est une notion centrale dans l'accompagnement des professionnels. Nous pouvons nous référer à Frederik Mispelblom Beijer qui pose la question suivante dans l'ouvrage *Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social, Décloisonner et coordonner les parcours de vie et de soin* :

« Mais est-ce que ces usagers auraient l'idée de concevoir un "projet de vie" sans l'intervention des professionnels du secteur social? »²⁶ Le projet, ou projet de vie, fait partie de ce que nous pourrions appeler le mythe de l'individu autonome censé diriger sa vie, être libre et maître de ses choix. Chacun d'entre nous élabore des projets, petits ou grands, sur le long ou le court terme, mais spontanément rédigeons nous par écrit un projet de vie si nous ne sommes pas dans un contexte de dispositif d'accompagnement ? Cela ne signifie pas qu'il ne faut pas discuter avec la personne sur tel projet ou tels objectifs à mettre en place et à atteindre, leur vie ne s'y résume pas. Ce travail d'élaboration nécessite donc du temps. L'accompagnement et le projet de vie sont liés car « les accompagnants ne suivent pas les accompagnés sur n'importe quel chemin. »²⁷

La question de la temporalité est ainsi un enjeu pour évaluer l'efficience des accompagnements proposés. C'est également une donnée particulièrement nécessaire à prendre en compte quand on parle d'accompagnement de situations complexes pour explorer les leviers possibles et laisser la possibilité d'une relation entre l'usager ou patient et le professionnel s'installer. Les professionnels rencontrés expliquent bien comment « prendre du temps » est parfois indispensable pour comprendre pourquoi la personne semble être bloquée dans ses prises de décisions. En effet, le « refus » de la personne, le fait « que ça n'avance pas » est à saisir dans une trajectoire de vie plus large. Comment la personne en est arrivée là ? Pourquoi n'accepte-t-elle pas les aides proposées et pourquoi reste-t-elle dans des conditions de vie si précaires ? Est-ce pour des raisons liées à son histoire ou des éléments extérieurs ? En reprenant notre exemple, c'est ce temps de l'analyse partagé avec la personne lors de son retour d'hospitalisation qui a permis de dépasser ce blocage.

²⁶ MISPELBLOM BEIJER Frederik, *Dangers et opportunités de la nouvelle doxa professionnelle pour le decloisonnement et la coopération* in GUIRIMAND Nicolas, MAZEREAU Philippe, LEPLEGE Alain, *Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social, Décloisonner et coordonner les parcours de vie et de soin : Les « parcours de vie coordonnés » : un oxymore ?*, p 169.

²⁷ MISPELBLOM BEIJER Frederik, *Ibid.*, p 169.

« Monsieur est rentré de l'hôpital malgré l'état de son logement. Dans ce logement rien n'a bougé depuis la séparation. Il ne s'est rien passé depuis 16 ans. Quand il est rentré à domicile il a pris conscience de l'état de son logement. Il arrive à le dire. Depuis, j'y vais toutes les semaines et on a commencé à faire du ménage. » (Conseillère en économie sociale familiale accompagnement logement)

Pour cette situation, plusieurs mois se sont écoulés entre la demande d'orientation en ASLL et le début réel des démarches pour la personne. C'est seulement après cette étape que la professionnelle a pu aborder les autres domaines de difficultés nécessitant l'intervention d'autres partenaires.

Cette tension entre la temporalité de la personne ou des demandes des patients, et la demande de l'institution, est souvent citée dans les entretiens conduits avec les professionnels en exercice libéral :

« Dans l'action médecin traitant de la gestion des urgences, l'institution a aussi une responsabilité, ce n'est pas une responsabilité qui m'incombe à moi seul. Notamment avec son médecin traitant, d'accord, des fois il faut que j'accepte l'accès à tous les patients qui me demandent mais si tous mes associés me quittent je ne vais pas pouvoir prendre en charge tous les patients de tous mes associés. » (Médecin généraliste libéral exerçant de manière regroupée)

« La demande de l'institution c'est des prises en charge de rééducation et la prise en charge, on peut séparer le délai de prise en charge et la longueur de la prise en charge. Le délai hélas c'est qu'on a des listes d'attente, en fait on a même plus de liste d'attente tellement on est surchargé de boulot dans certaines zones et même là où il y a assez de kinés on est surchargé. Ce qui crée une tension importante sur les prises en charge des pathologies et cela crée un vrai problème sur les pathologies chroniques. Par exemple, à l'heure actuelle, j'ai 40% de pathologie chronique donc j'ai de la neuro en grande partie, donc des gens que je n'aurais plus quand ils seront décédés. Du coup pour pouvoir faire d'autre chose donc on est amené à refuser des gens car sinon on sait qu'on ne fera que des maladies chroniques et on aura plus du tout de place pour faire autre chose. » (Masseur - Kinésithérapeute libéral)

Cette tension entre demande institutionnelle et réalité de « terrain » est très souvent évoquée par les partenaires proposant un accompagnement à tous publics sans critère d'âge.

3.3.3 Le cadrage temporel : file active et intensivité des interventions

Les contraintes liées au temps apparaissent également lorsque l'on interroge les professionnels à propos des indicateurs d'activités. Nous avons retenu celui de la « file active » pour étudier l'impact des indicateurs sur les durées et intensités des accompagnements. Une file active correspond ici au nombre de personnes accompagnées au moins une fois dans l'année. Les entretiens révèlent l'existence de trois types de files actives :

- La file active réglementaire : le nombre maximum de personnes qu'un professionnel peut accompagner est fixé par un cahier des charges, ou déterminé par le nombre de places de l'établissement dans lequel il travaille ;
- La file active flexible : il existe un cadre de travail fixé par une réglementation mais les règles sont modulées localement par le service ou l'établissement en fonction des demandes qui sont adressées et des ressources ;
- Le libre choix ou l'absence de file active : dans ce cas, le professionnel est le seul à décider d'accompagner ou non un patient ou usager supplémentaire.

Les professionnels soumis à une file active réglementaire, encadrée par un cahier des charges, un protocole, une convention, un contrat ou un nombre de lits ou de places précis, œuvrent principalement dans le champ du handicap et de l'enfance répartis essentiellement entre le social et le médico-social :

« Nous trois nous sommes référentes des enfants. Nous nous occupons de l'accompagnement des enfants, du quotidien de l'enfant. On se partage 10 enfants. » (Infirmière SESSAD 0-3 ans)

« On a la file active du département où on travaille. Moi par exemple j'ai 80 situations actives. Mais elles n'ont pas toutes le même poids. » (Référent de parcours de santé)

Dans les cas suivants, la file active est déterminée par un cahier des charges mais modulée par le service :

« Dans le cahier des charges il est écrit : l'XXX doit intervenir. Nous, on ne le fait pas, c'est pas forcément un critère qu'on retient. On a cette liberté de faire une prise en charge au-delà de ces chiffres, par contre c'est la prise en charge qui compte. » (IDEC dans un service spécialisé)

« On a quand même décidé entre nous du nombre de patients que je voyais cela s'est fait petit à petit, là je l'augmente et je le décide en fonction du nombre de patients que je veux voir et je vois la liste et je m'organise. » (IDE IPA en cancérologie)

Dans ce contexte de file active, les partenaires ont la possibilité de réaliser des ajustements pour que l'accompagnement soit le plus adapté possible. Ce type de fonctionnement est pour ces derniers considéré comme une vraie chance pour faire un travail de qualité. A l'inverse, dans l'exemple suivant, on remarque la difficulté pour ceux qui ne peuvent pas négocier de marge de manœuvre.

« Un mandataire temps plein à 52 dossiers. Sur XXX on est calibré pour 595 mesures. En fait, c'est en fonction de notre autorisation de fonctionnement (...) on ne peut jamais dire non. Donc il a été acté que notre chef de pôle envoie un mail au juge en début de mois par exemple pour dire, il y a telle place. En fait, ils n'en tiennent pas compte. C'est à nous de nous réorganiser en interne pour passer des dossiers. C'est du domino, on déplace des dossiers, on essaie de faire du mouvement de charge. On ne pourra pas refuser des mesures. » (Mandataire judiciaire)

De manière générale, les professionnels ont dû réfléchir à une « file active raisonnable » au regard des missions qu'ils ont à accomplir. Ils ont mis en place une démarche de « délimitation » afin d'éviter une surcharge de travail ingérable ne leur permettant plus d'accomplir leurs missions. Ce point est lié également aux critères d'accompagnement étudiés précédemment puisque la densité du public et l'offre d'accompagnement peuvent amener un afflux plus ou moins important de prise en charge pour certaines professions.

Un peu plus de la moitié des professionnels interrogés, qui interviennent dans les trois secteurs, déclarent ne pas avoir de file active spécifique. En d'autres termes, ils répondent à chaque demande. Ceci est particulièrement valable pour les professionnels exerçant de manière libérale.

« Y a -t-il une file active : en termes de nombre de patients non. » (IDEL exerçant en libéral)

« Elle est définie par le professionnel en fonction de son appréciation. » (ASG libérale).

Ils évoquent également une certaine liberté de jugement pour “doser” leur accompagnement :

« Alors notre file active n'a aucune interdiction à part la demi-heure de soin par patient, finalement on n'a pas d'obligation. » (Masseur-Kinésithérapeute exerçant en libéral)

« Pas de durée ni de file active mais obligation légale de suivre les patients acceptés : on a la liberté de prendre 5 000 patients si on a envie après faut juste qu'on les assume. » (Médecin traitant exerçant en libéral de façon regroupé)

« Non nous n'avons pas de limite. Ça tourne beaucoup je pense qu'on a une file active importante mais nous n'avons pas de comptabilité. » (AS de psychiatrie)

« On ne peut pas refuser une prise en charge. On reçoit parfois des dessaisissements, des personnes qui viennent d'un autre département. A ce jour il n'y a pas de numéros clausus. » (Responsable d'un service pénitencier).

De manière implicite, ces professionnels ont néanmoins une file active déterminée par les horaires et les capacités de travail.

Pour conclure, qu'il y ait une file active définie par un cadre réglementaire précis, par une équipe qui ajuste ce cadre ou qu'il y ait une absence de file active, les interventions ou accompagnements des professionnels dépendent systématiquement de critères qui influent sur le nombre d'accompagnement qu'ils peuvent prendre en charge. Par ailleurs, plus les professionnels rencontrent des situations complexes et plus cette question du cadrage du temps est importante. Il apparaît donc que la prise en compte de la temporalité d'accompagnement des situations complexes devient de plus en plus prégnante aujourd'hui au regard des constats des professionnels.

3.4 Rechercher des espaces de créativité

En dernier lieu, les entretiens mettent en évidence la recherche de solutions « innovantes » pour répondre à l'essor de ces situations complexes. En effet, les professionnels étant parfois « en butée » ou démunis face à la situation, ils mobilisent d'autres ressources pour trouver des pistes d'amélioration de la situation. Nous proposons de nommer ce phénomène la recherche d'espaces de créativité ou encore l'agilité du professionnel dans les situations de blocages. Cela nécessite que le professionnel se sente suffisamment impliqué et « autorisé » au regard de ses missions et de son institution pour faire ce que l'on peut appeler communément « un pas de côté ». Par exemple, un travailleur social accepte de dépasser son champ de mission pour à la fois pallier une ressource inexistante mais également pour trouver des marges de manœuvres pour faire avancer la situation.

« Concrètement, moi je vais déménager, je vais désencombrer, je vais faire du ménage etc. Normalement, je ne fais pas ça. Donc c'est là qu'il y a un écart. Normalement on doit prescrire les actes et ne pas les faire. Normalement on doit aller chercher les ressources mais à un moment donné on ne les a pas. Et si la personne qui doit venir aider elle met également six mois à entrer en relation, ce n'est pas possible. Donc oui il y a un écart mais à partir du moment où on bosse avec de l'humain c'est compliqué de passer d'une phase objective avec un cahier des charges à l'accompagnement réel. Pour moi cet écart là il est normal finalement. Il y a un écart qui est accepté et on a des marges de manœuvres clairement qui sont d'autant plus permises par l'association. » (Conseillère en économie sociale familiale accompagnement logement)

D'autres exemples de prise d'initiative et d'écart par rapport à la pratique habituelle ont été cités au cours de l'enquête. Il est cependant relaté la difficulté à « porter » seul la situation pour le professionnel si aucun relais n'est trouvé.

« C'était une personne adulte hospitalisée qui n'avait pas de logement, qui avait des troubles psychiques, qui avait des problèmes financiers. Il y avait une curatrice, des infirmiers, tout ce qu'il fallait et bien j'étais obligé de prendre des décisions qui n'étaient pas de mon ressort et je me suis épuisée. La complexité parfois tu la ressens ce n'est pas forcément objectif. Tu te trouves isolée et tu portes la culpabilité du bien-être du patient car tu es tout seul. Heureusement ce n'est pas ce qui arrive le plus souvent. » (Assistante sociale psychiatrie).

Ici l'assistante sociale rapporte comment elle s'est retrouvée à prendre des décisions et réaliser des actions qui ne relèvent pas de ses missions car la situation n'évolue pas et demandait une certaine réactivité. Le dépassement des missions et la recherche de nouvelles solutions peuvent donc mettre également en tension le professionnel qui peut avoir l'impression d'être « trop » impliqué dans la situation.

Conclusion. Pour accompagner leurs situations et plus encore pour celles qui sont complexes, les professionnels adaptent leur pratique et posture. Ils analysent à la fois le contexte de personne et leur propre réalité professionnelle pour dégager des réponses les plus adaptées possibles aux usagers et aux patients. Nous retiendrons que la tension exercée par le cadre d'intervention est d'autant plus forte en fonction de la possibilité de consacrer le temps nécessaire pour répondre aux besoins des situations complexes. Ceci est valable aussi bien pour faire connaissance, rechercher le consentement et créer du lien avec la personne au début du suivi qu'au cours de ce dernier.

Conclusion et perspectives

La complexité vue par les professionnels du Maine-et-Loire : des éléments de convergence au-delà de la diversité

Le questionnement de départ était de comprendre si, au-delà des diverses professions, nous pouvions repérer des éléments de convergences sur ce qu'est la « complexité ». Cette désignation concerne-t-elle des situations hétérogènes et subjectives, ou englobe-t-elle des situations semblables ? Quelles pratiques communes les professionnels mettent-ils en œuvre pour faire face à ces situations ?

L'utilisation de la notion de complexité est un phénomène qui s'est accentué ces dix dernières années. Cela ne semble pas être une spécificité locale liée au Maine-et-Loire mais le résultat de plusieurs facteurs : l'évolution législative prenant en compte la personne de manière de plus en plus spécifique et dans une logique de parcours, l'augmentation de certains publics ayant des maladies chroniques et des poly-pathologies, le manque et les inégalités de ressources territoriales pour répondre aux besoins de certaines catégories de personnes.

Cette recherche a mis en évidence, d'une part, des points de convergences sur la façon dont les professionnels définissent la complexité : ils exercent leur jugement à la fois sur la situation de la personne et sur les ressources dont ils disposent (Figure 3). D'autre part, des convergences existent dans les pratiques d'accompagnement des situations complexes : sans forcément le savoir, les professionnels sont d'accord sur le fait qu'il s'agit de travailler avec la personne en prenant en compte toute la spécificité de sa situation, de collaborer avec différents professionnels, de prendre du temps, et de rechercher des espaces de créativité (Figure 4). Cela signifie qu'il est possible de s'extraire de la subjectivité individuelle des discours pour en tirer un cadre de définition de la complexité plus général et englobant une diversité professionnelle. Les figures 3 et 4 présentent de façon synthétique les résultats de l'étude.

Figure 3. En synthèse : classifier la complexité des situations

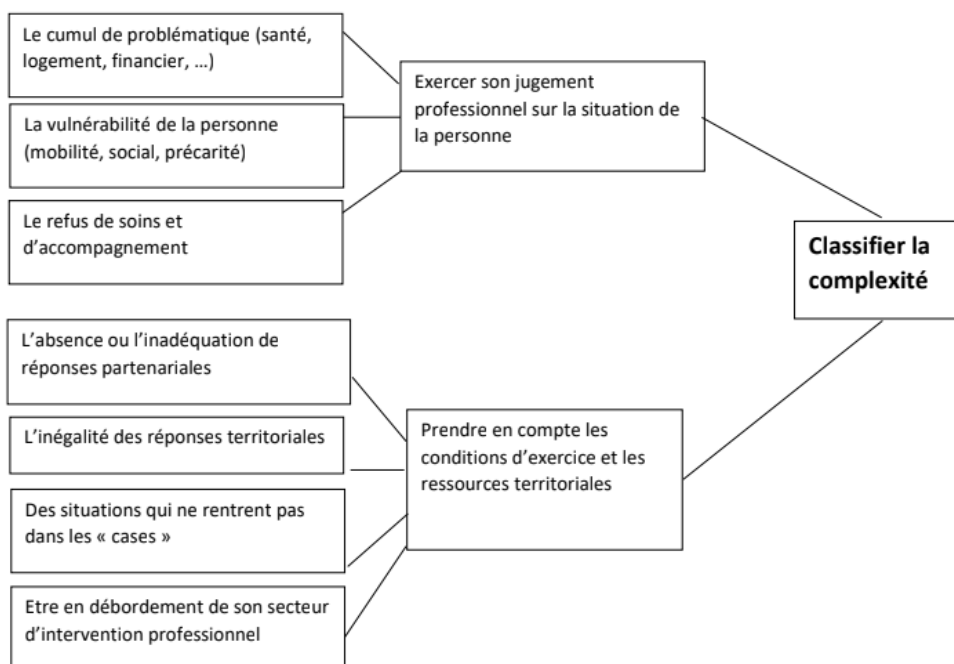
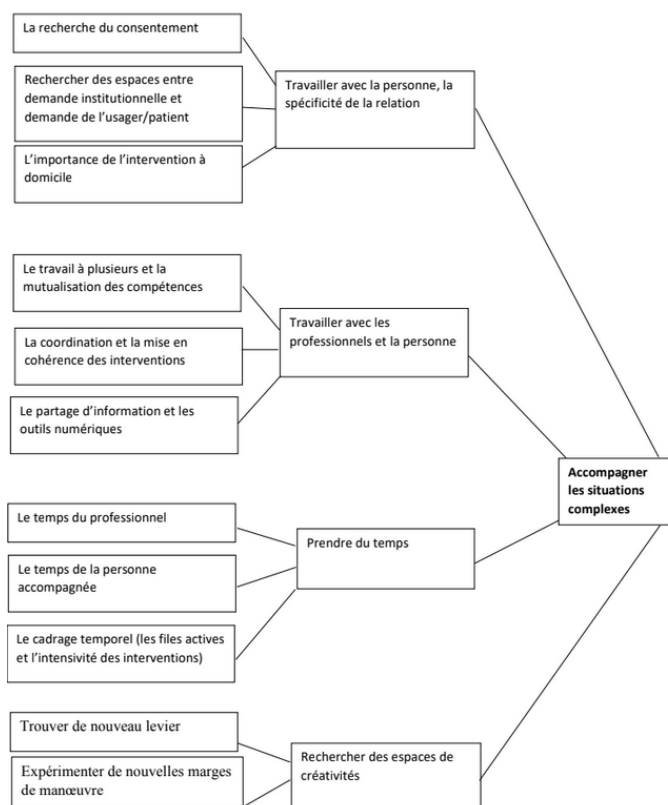


Figure 4. En synthèse : accompagner les personnes en situation complexe



Pistes d'actions dans le cadre de la mise en place du DAC

Depuis plusieurs années, les instances et les professionnels dédiés à l'accompagnement des situations complexes se sont multipliés avec la volonté d'améliorer continuellement la qualité de leur accompagnement. Dans le cadre des situations complexes, la volonté du travail ensemble et le décroisement des secteurs est en cours, les partenaires se sollicitent entre eux pour épauler au mieux la personne, son entourage et pour permettre l'accès aux services les plus adaptés. Les professionnels sont outillés de manière différente pour accomplir leur mission. Leur volonté est de favoriser les échanges entre eux et de tendre vers des outils communs, éventuellement par la voie du numérique, tout en maintenant des spécialités qui leur sont propres. Ils officialisent leur accompagnement avec l'accord oral de la personne, les sollicitations écrites n'étant pas toujours adaptées au regard de la vulnérabilité.

L'accompagnement des situations complexes nécessite de s'adapter aux tensions entre la demande institutionnelle et la demande de l'utilisateur ou patient, de favoriser la mobilité des professionnels (intervenir à domicile notamment), de travailler à plusieurs, de mutualiser les compétences, de mettre en cohérence les interventions, de donner le temps pour créer une relation, pour l'intervention du professionnel en adéquation avec celle de la personne.

Le cadrage de l'activité doit donc être à la fois calibré et flexible pour prendre en compte cette particularité de l'accompagnement. Les professionnels ont aussi besoin d'un espace de créativité qui va favoriser la relation avec la personne accompagnée et le bien-être de celle-ci. Les résultats que nous venons de synthétiser pourraient être confortés à plus long terme et pourraient être poursuivis pour une quantification statistique avec un questionnaire adressé à l'ensemble des professionnels du territoire voire au-delà.

Au regard des travaux de notre recherche, nous pouvons d'ores et déjà soumettre des pistes d'action et des outils concernant chacune des trois missions favorisant la mise en place du DAC en Maine-et-Loire.

- *Mission 1 : information, orientation*

Le DAC prend en compte toutes les demandes liées à une problématique médicale ou sociale, quel que soit l'âge ou la pathologie, sans critères d'exclusion et en s'appuyant sur les ressources du territoire. Il s'agit ici d'informer et d'orienter vers les offres les plus adaptées en

cohérence avec la demande. Or, les différents établissements concernés œuvrent auprès de publics très divers et suivent des organisations du travail spécifiques. Pour que les professionnels en charge de cette mission répondent dans un délai raisonnable aux partenaires, il sera nécessaire pour eux d'avoir une vision globale de « qui fait quoi sur le territoire ? » et de comment fonctionnent les partenaires rapidement. Nous proposons d'utiliser deux types d'outils : un « tableau de synthèse des organisations » et des « schémas de processus d'accompagnement ». Des exemples sont reproduits en annexe (Annexe 3). Ces outils, qui restent à alimenter, permettraient d'avoir une vision des multiples fonctionnements des acteurs du territoire (public, mission, critère d'admission, durée de réponse et de suivi, etc.) pour pouvoir les solliciter de la manière la plus efficace possible. Ils pourraient également être utilisés par les professionnels en charge de la mission 2 car tout professionnel peut avoir besoin de ces éléments d'information.

- ***Mission 2 : accompagnement des situations complexes***

En ce qui concerne les professionnels en charge de l'accompagnement des situations complexes, ou « référents de parcours », il semble primordial de travailler à ce qu'ils soient bien identifiés par les acteurs du territoire puisque les personnes à accompagner ne pourront pas directement les contacter. Ces acteurs, c'est-à-dire tous les professionnels du territoire susceptible de solliciter le DAC, auront aussi à réaliser un travail de préparation en amont de l'accompagnement complexe, auprès de la personne, pour créer une relation de confiance et permettre à la personne d'intégrer le processus d'accompagnement. Il serait opportun de créer une carte de présentation commune pour les référents de parcours. Dans les situations complexes, de plus en plus souvent, les personnes de tous âges souffrant de « problèmes psy » tels que les maladies psychiques, psychiatriques, les troubles du comportement et les addictions sont rencontrées. Il faudrait que les référents de parcours puissent se familiariser avec les discours et les modes d'intervention spécifiques à ces problématiques, soit par des concertations partenariales régulières, soit par des immersions de professionnels dans les institutions et services concernés.

- ***Mission 3 : animation territoriale***

Le travail de présentation des référents de parcours peut être couplé avec des travaux d'ordre juridique sur la question du recueil du consentement dans un cadre de complexité (présence de troubles neurodégénératifs, psychiatriques, etc.) et sur la question des échanges d'information si des partenaires d'horizons plus larges sont conviés. La création d'un guide

juridique avec les acteurs pourrait être l'occasion d'organiser des conférences sur ces thèmes en mettant en lien les questionnements éthiques. L'accès à un programme d'ateliers éthiques pour tout professionnel est également intéressant à travailler avec les partenaires spécialisés sur les questions spécifiques du recueil de consentement, de l'introduction et la sortie de l'intervention du professionnel, le signalement au Procureur de la République, le droit de retrait, le refus de soins, le débordement des missions, avec la possibilité de former un ou des professionnels du territoire en lien par exemple avec l'Espace de réflexion éthique des Pays de la Loire et les autres partenaires qui œuvrent sur le territoire.

Les trois missions sont systématiquement liées entre elles, le déploiement d'actions étant en relation permanente entre les besoins du public et des professionnels. Dans une perspective de mise en place de ces dernières, il importera de respecter le principe de subsidiarité indiqué dans la loi sur le DAC.

Des perspectives pour la compréhension des accompagnements complexes

Si la mise en œuvre régulière d'une concertation interprofessionnelle pour croiser et mutualiser les pratiques professionnelles pour les accompagnements complexes semble nécessaire, la proposition d'un cadre de définition des situations complexes peut également permettre d'aller plus loin dans les échanges partenariaux et le renforcement du décroisement.

La nécessité du temps professionnel corrélé au temps de l'utilisateur est indissociable. Ceci est particulièrement valable dans la prise en charge des situations complexes dont l'objectif est de faire émerger de nouvelles solutions pour débloquer les freins au projet de la personne. Au regard des récits des professionnels, la résolution des situations complexes passe nécessairement par un accompagnement de proximité : *« on comprend alors que l'accompagnement de personne ne pourra jamais se réduire à des procédures pensées hors sujet, hors contexte, hors projet, tels des algorithmes »*²⁸.

L'analyse des ruptures de parcours de manière harmonisée entre les professionnels des différents secteurs et œuvrant auprès des publics variés pourrait améliorer les conditions d'exercice et le maillage de l'offre territoriale par le biais de formations communes sur la méthode pour les professionnels concernés.

Ces quelques propositions, pour certaines déjà expérimentées, pourraient permettre de favoriser l'accompagnement des situations complexes, en améliorant les conditions d'exercice des professionnels, en prenant en compte les différents territoires et en respectant la spécificité de la relation avec la personne.

²⁸ BEAUVAIS Martine, Des principes éthiques pour une philosophie de l'accompagnement, *Savoirs*, 2004, p.99 – 113.

Bibliographie

Ouvrages

BLOCH Marie-Aline, HENAUT Léonie, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris : Dunod, 2014.

MISPELBLOM Frederik, « Dangers et opportunités de la nouvelle doxa professionnelle pour le décroisement et la coopération », in GUIRIMAND Nicolas, MAZEREAU Philippe, LEPLEGE Alain (dir.), *Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social, Décloisonner et coordonner les parcours de vie et de soin : Les « parcours de vie coordonnés » : un oxymore ?* Nîmes : Champ social éditions, 2018.

MOREL Stanislas, « Pour une sociologie du "partenariat" », in GUIRIMAND Nicolas, MAZEREAU Philippe, LEPLEGE Alain (dir.), *Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social, Décloisonner et coordonner les parcours de vie et de soin : Prises en charge intra- et inter- institutionnelles*, Nîmes : Champ social éditions, 2018.

STIKER Henri-Jacques, PUIG José, HUET Olivier, *Handicap et accompagnement. Nouvelles attentes, nouvelles pratiques*. Paris : Dunod, 2014.

VAN CAMPENHOUDT Luc, MARQUET Jacques, QUIVY Raymond, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris : Dunod, 2017.

Rapport

BLOCH Marie-Aline, *Dispositifs de coordination : En finir avec le « mille-feuille à la française » pour la santé des personnes, des professionnels et des territoires*, Univ Rennes, EHESP, CNRS, ARENES-UMR 6051, 2022.

Revues

MAELA Paul, « Accompagnement », *Recherche et formation*, 2009, n° 62.

BEAUVAIS Martine, « Des principes éthiques pour une philosophie de l'accompagnement », *Savoirs*, 2004, p. 99-113.

Thèse

AUBERT Isabelle. *Mutations du système de santé et logique de parcours : enjeux de complexité, de coordination et d'action publique*. Thèse de doctorat d'université. Paris : Université de Mines ParisTech, 2021.

Sites internet

Cadre national d'orientation. Unification des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes, Ministère des solidarités et de la Santé, CNSA, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie 2020. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr> (Page consultée le 28 février 2022)

Conseil national de la protection de l'enfance (CNPE), Avis recommandations et communiqués 2018, p. 46. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conseil-national-de-la-protection-de-l-enfance-cnpe/article/avis-recommandations-et-communiques-du-cnpe> (Page consultée le 17 janvier 2022).

Décret n° 2019-756 du 22 juillet 2019, <https://www.legifrance.gouv.fr> (Page consultée le 28 février 2022)

Guide méthodologique de la mesure de l'activité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, CNSA 2019. Disponible sur <https://www.cnsa.fr/node/4893> (Page consultée le 28 février 2022)

<https://www.vie-publique.fr/loi/280364-loi-taquet-7-fevrier-2022-protection-des-enfants-ase> (Page consultée le 17 janvier 2022)

<https://arifts.fr/formations/toutes-nos-formations/> (Page consultée le 17 janvier 2022)

Table des figures

Figure 1. Cartographie des professionnels interrogés en Maine et Loire	13
Figure 2. L’essor des instances multi-partenariales et des postes dédiés à l’accompagnement des situations complexes en Maine-et-Loire	23
Figure 3. En synthèse : classifier la complexité des situations.....	68
Figure 4. En synthèse : accompagner les personnes en situation complexe.....	68

Table des tableaux

Tableau 1. Les structures couvertes par l’enquête.....	14
Tableau 2. Les professions des enquêtés.....	15
Tableau 3. Profil des 40 personnes enquêtées	17
Tableau 4. Présentation des principales instances multi-partenariales dédiées à l’accompagnement des situations complexes en Maine-et-Loire	26

Annexes

Annexe 1. Extrait de la loi portant sur la création des DAC

Annexe 2. Grille d'entretien

Annexe 3. Des exemples d'outils pour le DAC de Maine-et-Loire

- Exemple 1 : Le tableau de synthèse des organisations
- Exemple 2 : Les schémas des processus d'accompagnement

Annexe 1. Extrait de la loi portant sur la création du DAC

Décret n° 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux

NOR : SSAH1934896D

ELI : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2021/3/18/SSAH1934896D/jo/texte>

Alias : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2021/3/18/2021-295/jo/texte>

JORF n°0068 du 20 mars 2021

Texte n° 13

Article 1

Le chapitre VII du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Chapitre VII « Dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes »

« Art. D. 6327-1.-Le dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes assure, dans le cadre de ses activités d'intérêt général, un service polyvalent à tout professionnel qui le sollicite, pour la réalisation des missions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 6327-2 afin d'offrir à la personne prise en charge une réponse globale et coordonnée quels que soient son âge, sa pathologie, son handicap ou sa situation. « Ces missions sont réalisées en concertation avec le médecin traitant ». « Il participe à la coordination territoriale des acteurs notamment par l'analyse des besoins et la structuration du parcours de santé complexes, par l'appui aux pratiques interprofessionnelles et par le soutien aux initiatives des professionnels ». « La personne concernée est informée du recours au dispositif d'appui à la coordination afin qu'elle puisse exercer son droit d'opposition ».

« Art. D. 6327-2.-Chaque dispositif d'appui à la coordination dispose d'un système d'information unique partagé entre les professionnels intervenant dans le dispositif. Il permet l'échange et le partage d'informations concernant une même personne prise en charge entre professionnels exerçant au sein du dispositif d'appui à la coordination et avec les professionnels tiers intervenant auprès de la personne dans l'équipe de soins définie par l'article L.1110-4 ». « Le système d'information du dispositif d'appui à la coordination répond aux exigences de sécurité et d'interopérabilité prévues par l'article L. 1110-4-1 et s'inscrit dans la stratégie définie par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1431-2 ».

« Art. D. 6327-3.-Les missions du dispositif d'appui à la coordination sont assurées par une personne morale unique par territoire ayant conclu à ce titre un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de santé concernée, le cas échéant conjointement avec les conseils départementaux conformément à l'article L. 1435-3 ».

« Art. D. 6327-4.-Chaque année, avant le 30 avril, le dispositif d'appui à la coordination transmet à l'agence régionale de santé et, le cas échéant, au conseil départemental, un rapport d'activité portant notamment sur la réalisation des objectifs et des engagements évaluée selon

les indicateurs de suivi et de résultat prévus au contrat, ainsi qu'un bilan financier et les documents comptables s'y rapportant ».

« Art. D. 6327-5.-Sans préjudice des missions dévolues aux commissions de coordination des politiques publiques mentionnées à l'article L. 1432-1, l'agence régionale de santé et les conseils départementaux veillent à la cohérence de leurs politiques en matière d'appui aux parcours de santé complexe ».

« Art. D. 6327-6.-I.-Les dispositifs spécifiques régionaux mentionnés à l'article L. 6327-6 sont constitués de titulaires d'une autorisation d'exercer une des activités de soins mentionnées à l'article R. 6122-25 ». « Au titre de leurs missions, les dispositifs spécifiques régionaux peuvent, en tant que de besoin, mobiliser d'autres établissements de santé, des professionnels de santé libéraux, des centres et maisons de santé, des communautés professionnelles territoriales de santé, des établissements et services sociaux et médicosociaux, des organisations à vocation sanitaire, sociale ou médicosociale, ainsi que des représentants d'usagers ».« II.-Leurs missions sont, dans le champ des activités de soins qui les concernent mentionnées à l'article R. 6122-25, les suivantes » :

« 1° Assurer l'animation et la coordination des acteurs de soins à des fins de prévention primaire, secondaire et tertiaire, ainsi que de soins, sans se substituer aux structures et aux acteurs qui en ont la responsabilité »;

« 2° Mener des actions visant à promouvoir la lisibilité de l'offre de soins, notamment par l'information au grand public »;

« 3° Mener des actions de promotion de la qualité et de la coordination des soins auprès des acteurs de santé hospitaliers et de ville, du secteur social et médico-social intervenant dans les parcours de soins des patients concernés »;

« 4° Mener des actions favorisant l'adéquation du niveau de prise en charge au degré de complexité des situations. A cet effet, les dispositifs spécifiques régionaux veillent aux équilibres d'accès aux soins sur le territoire au regard des évolutions des pratiques et des techniques de prise en charge »;

« 5° Participer, notamment par la formation et la diffusion de protocoles régionaux, à l'amélioration et à l'actualisation des connaissances et des pratiques professionnelles »;

« 6° Assurer, le cas échéant et sans préjudice des interventions du dispositif d'appui mentionné à l'article L. 6327-2, des missions de prévention et d'accompagnement aux parcours de soins des patients requérant des expertises particulières, déterminés par les agences régionales de santé en fonction des besoins identifiés sur leur territoire.».

Annexe 2. Grille d'entretien

les indicateurs recherchés	Les questions à poser	Les réponses
Le positionnement du professionnel : - sa profession et son statut - son degré de légitimité pour l'accompagnement /degré de contrainte du cadre imposé par l'institution (mandaté, à la demande de l'utilisateur, imposé par un cadre administratif ? ex : les bénéficiaires du RSA) - son cadre de mission principale (réinsérer socialement la personne ? la soigner ?)	1) Quelle est votre profession ? 2) Qui vous demande d'accompagner ce/ces public(s) ? / - - comment les personnes prennent contact avec-vous ? 3) Pour quoi, dans quel objectif accompagnez-vous ces personnes ?	
Comprendre les processus de catégorisation en situation complexe : - les critères d'inclusions - le degré de formalisation de l'inclusion (orale, écrite, signée, passage en commission) - le degré d'adhésion de l'utilisateur/patient (accompagnement contraint ou libre ? : accompagnement en protection de l'enfance ? accompagnement dans le cadre des mesures de protection)	4) Quels sont les critères requis par les bénéficiaires pour être accompagnés ? 5) Comment est-ce signifié à la personne ? (oral, écrit) 6) Quelle est la demande de l'institution et qu'est-ce qui est réellement mis en place ? (Écart entre le travail prescrit et le travail réel). 7) L'accompagnement est-il initié à sa demande ? imposé par un cadre légal ou administratif ?	
Comprendre l'accompagnement et sa « complexité » : - nombre d'acteurs impliqués pour la situation - les différents secteurs engagés (social, sanitaire, médico-social) - la durée de l'accompagnement (fixée dans un cadre légal, indéterminée, renouvelable) - la file active - les critères de sorties	8) Avec qui travaillez-vous pour accompagner ces situations ? de quelles professions/ institutions sont-ils ? 9) Avez-vous un rôle de coordination de ces acteurs ? et comment cela se concrétise-t-il ? 10) Pourriez-vous me décrire un accompagnement type ? Un accompagnement complexe ? 11) Quel est la durée de vos accompagnements ? est-ce libre ou imposé ? 12) Avez-vous un nombre maximal de personnes dont vous vous occupez, une « file active » cadrée par un texte ? Combien avez-vous de personnes en moyenne ? 13) Comment prennent fin les accompagnements ? 14) Connaissez-vous d'autres professionnels œuvrant auprès de votre public et qui accompagnent des situations complexes	

les indicateurs recherchés	Les questions à poser	Les réponses
le lien avec les problématiques de santé	auxquels nous n'avons pas pensé ? 15) Y a-t-il un public, qui, de votre point de vue à des besoins importants et pour lequel il y a besoin d'augmenter les aides ? 16) Quel outil numérique utilisez-vous ? 17) Définition de la santé 18) Définition du social 19) Quel est votre positionnement vis-à-vis de l'animation territoriale ?	

Annexe 3. Des exemples d'outils pour le DAC de Maine-et-Loire

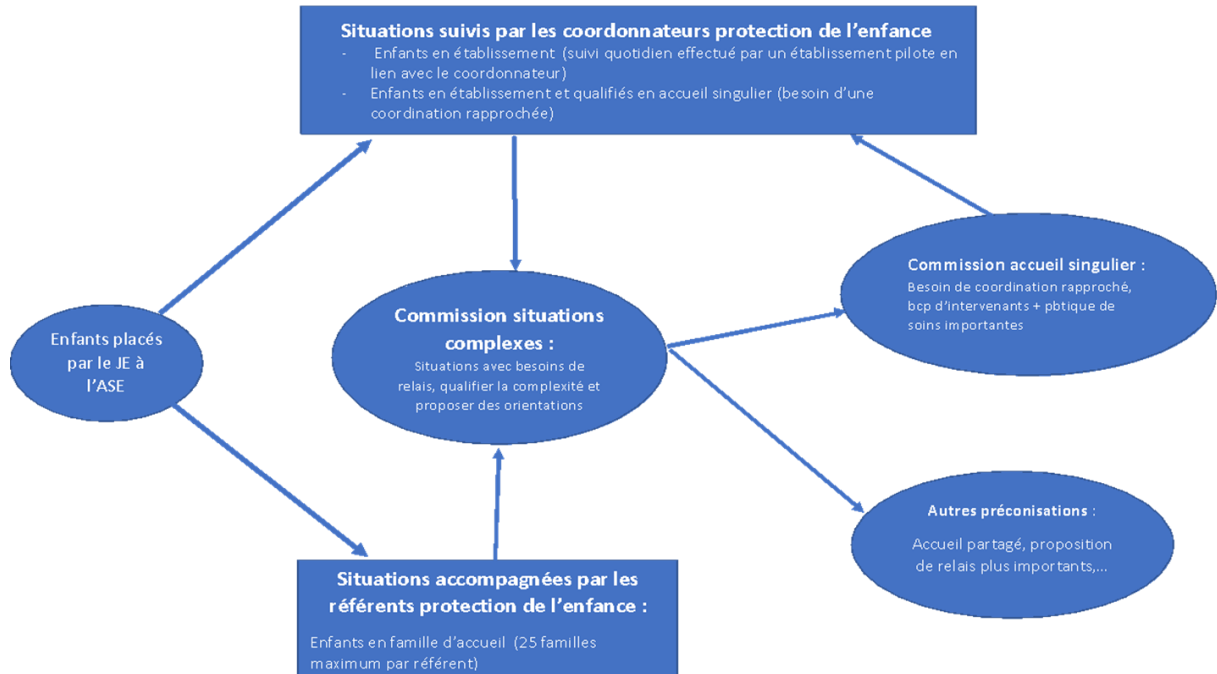
- Exemple 1 : Le tableau de synthèse des organisations

Structures	Public	Missions	Critères d'admissions	Composition de l'équipe	Durée de réponse et du suivi	Partenariats	Financements	Coordination de la situation d'une personne	Coordination des partenaires	Lien avec le MT
L'enfance										
Structure pour Mineurs/jeunes majeurs	11-21 ans Jusqu'à 25 ans pour le PAEJ (12-25ans)	Accueillir, écouter, informer, orienter Promotion du bien être des ados, aller vers, Ressource pour les pros, point accueil écoute jeunesse	Age et lieu de résidence Analyse des demandes des pros Fin avec relais vers structure de fin ou arrêt si plus besoin ou spontané	Equipe pluri professionnelle à disposition (6)/pluri institutionnel Regard croisé/évaluation Binôme en fonction de la demande, compétence spécifique thérapie familiale, addictologie, enseignement, 1 professionnel de la MDA : référent local	Durée moyenne de réponse 1 semaine (rencontre) Courte durée (3 rencontres en moyenne)	MDA, Education nationale, mission locale, ALIA, département, CESAME, clubs sportifs, insertion professionnelle,	Ministère de la cohésion sociale ARS, Département	oui	Non Pas inscrit dans les missions, nécessité pour fonctionner d'être en lien permanent CLS (MDA sollicitée comme structure pilote pour travailler le thème de la jeunesse) faire du lien	Oui si nécessaire
Etc.										
L'adulte										
Etablissement d'insertion champ du handicap	18 ans (amendements CRETON) jusqu'à l'âge de la retraite 60-62 ans	Favoriser l'inclusion par le travail, accompagner les travailleurs à se tourner vers le travail extérieur à l'établissement, soutien médico-social	Age, notification institutionnelle, lieu de résidence, capacité de mobilité, adaptation à de la pathologie (ex : pathologies psychiatriques)	Réflexologue, chargé de formation sociale, secrétaire, référent de parcours, moniteurs d'ateliers, directeur adjoint (équipe qui peut varier selon l'établissement)	Jusqu'à la retraite, ou démission,	Entreprises, mandataires judiciaires, MDA, médecine du travail, hôpitaux services de psychiatries, IME	ARS, activités professionnelles	Oui, Elaboration de projet individuel	Non	Très rarement

Structures	Public	Missions	Critères d'admissions	Composition de l'équipe	Durée de réponse et du suivi	Partenariats	Financements	Coordination de la situation d'une personne	Coordination des partenaires	Lien avec le MT
Etc.										
La personne âgée										
Structure de coordination	Plus de 60 ans	Informar, orienter, Repérer les besoins et proposer la mise en place de service, accompagner la mise en place de services et la constitution de dossiers de prise en charge pour les pers en perte d'autonomie	âge et lieu de résidence demandes de la pers ou de la famille ou des partenaires	Equipe essentiellement composée de coordinatrices, secrétaire, directeur, (équipe qui peut varier selon la structure)	Dans le mois, selon le besoin	Municipalités, hôpitaux, professionnels libéraux, SAD, SSIAD, service de téléassistance, associations d'usagers, etc.	Département	oui	Coordination d'actions collectives pour le public, participation à de nombreuses actions partenariales	Oui si besoin
Etc.										

- **Exemple 2 : Les schémas des processus d'accompagnement**

Processus d'entrée en accompagnement pour les enfants placés en protection de l'enfance (organisation ASE CD 49 en octobre 2020)



Résumé

Réalisée à l'occasion de la mise en place du Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) en Maine-et-Loire, cette recherche a pour objectif de comprendre comment les professionnels de tous les secteurs perçoivent la « complexité » des situations des personnes, et comment ils accompagnent les situations dites complexes : quelles convergences peut-on dégager ? S'agit-il d'une complexité engendrée par le manque de ressources, par les défauts de coordination entre administrations et entre organisations, ou par de nouveaux publics ? L'accompagnement des situations complexes est-il un phénomène nouveau qui s'amplifie ?

Ce rapport est centré sur la parole de quarante professionnels du Maine-et-Loire exerçant sous des statuts et dans des secteurs très variés : libéraux et salariés; médico-social, sanitaire et social. Il démontre que la question de la complexité est en essor dans les préoccupations des professionnels, et à l'origine de la création d'instances multi-partenariales et de postes dédiés. L'analyse des entretiens met aussi en évidence les ressorts du travail de classification opéré par les professionnels lorsqu'ils identifient les personnes en situation complexe, ainsi que les pratiques d'accompagnement qu'ils mettent en œuvre pour ces situations. En conclusion, des pistes d'action sont proposées pour soutenir le déploiement des DAC.

Mots clefs

- | | |
|--|--|
| – Situation complexe | – Accompagnement |
| – Coordination | – Maine-et-Loire |
| – Professionnels sanitaires, sociaux, médico-sociaux | – Dispositif d'Appui à la Coordination |