

Nous publions le texte de la conference de Jean-Rene LOUBAT qui s'est tenue en cloture de la journee d'etude et de formation sur « Les CPOM - Leur impact sur les reponses aux besoins des usagers et sur la gouvernance dans le secteur medico-social » organisee par le CREAL le 22 janvier 2009.

Cet ecrit restitue la totalite de l'expose qui s'etait trouve synthetise faute de temps. Il permettra aux lecteurs de situer le raisonnement et le sens des propos de l'auteur.

Les incidences des CPOM sur les réponses aux besoins des usagers et sur la gouvernance du secteur social et médico-social

par **Jean-René LOUBAT**, *psychosociologue, consultant - Lyon*

La question des Contrats d'objectifs et de moyens ne saurait etre abordee comme un avatar ou dispositif administratif supplementaires, elle s'inscrit a la fois dans une logique d'evolution structurelle, une rupture culturelle et un contexte societal en pleine mutation : celui d'une societe post-industrielle, par ailleurs ebranlee dans ses fondements par la crise economique systemique que nous connaissons.

Les secteurs de l'action sociale et medico-sociale se sont longtemps caracterises par une marginalite de fait vis-a-vis de la vie economique, et ce pour des raisons congenitales. Heritiers des paroisses, des couvents et congregations, animes par l'esprit de la Charite, ils se sont trouves a l'ecart des contradictions de l'echange et dedouane de tout rapport au marche : ils constituaient des « secteurs dependants », qui vivaient de dons puis de subsides publics. D'ou la difficulte de certains de leurs acteurs a regarder en face les realites economiques et leur tendance a oublier qu'ils dependaient etroitement de la creation de richesses de leur pays. Est-il besoin de rappeler que seuls les pays riches menent des actions sanitaires et solidaires de grande ampleur, et que la part du PIB de telles actions depend naturellement de la croissance ? Autrement dit, « l'argent ne tombe pas du ciel », meme les croyants n'en doutent pas un instant, si nous en jugeons par la campagne actuelle du meme nom qui a lieu dans les eglises de l'Hexagone...

Cette coupure de l'environnement et du marche a egalement eloigne ces secteurs des besoins des populations qui leur etaient adressees et qui, dans la plupart des cas, ne venaient pas vers leurs structures de leur propre chef. Ces caracteristiques ont conduit les etablissements sociaux et medico-sociaux a s'autolegitimer et a fonctionner sur eux-memes, sur leurs propres projets, leurs propres orientations, leurs propres valeurs, voire parfois leurs propres lois, avec tous les risques que cela comportait. Leur principal rapport avec la societe civile etait celui qu'ils entretenaient *de facto* avec les autorites dites « de tutelles », desquelles ils attendaient toujours plus d'argent et de bienveillante comprehension.

I - Le nouveau contexte des secteurs de la santé et de la solidarité

Les secteurs social et medico-social sont entres dans ce que nous appelons leur « deuxième phase historique de professionnalisation ». C'est-a-dire celle d'une véritable *organisation* de leurs modes operatoires, apres une premiere phase d'*institutionnalisation* des regles du jeu qui a couru *grosso modo* sur la periode de la seconde guerre mondiale aux annees soixante-dix. Cette seconde phase se manifeste par une exigence de resultats, un controle financier plus etroit, la prise en compte d'un rapport qualite/cout, une lisibilite et une tracabilite plus poussees de l'activite, la reconnaissance des droits des beneficiaires, l'integration des services dans un cadre commun, tant au plan legal qu'economique (c'est par exemple l'ouverture des marches), la mise en place d'outils manageriaux.

En somme, cet achevement de la professionnalisation d'un univers benevole, qui s'est effectuee par etapes, realise l'integration des structures d'action sociale et medico-sociale dans l'univers de services d'une societe postindustrielle. Ces dernieres y occupent d'ailleurs une place de plus en plus centrale, importante et incontournable, puisqu'elles representent de surcro t le principal gisement d'emplois de la decennie a venir, selon les propres chiffres du Commissariat au plan...

Actuellement, les secteurs de l'action sanitaire, sociale et medico-sociale traversent une periode de mutation decisive qui n'est que le prolongement des logiques des politiques sociales posees depuis les annees quatre-vingt, et qui s'averent par consequent parfaitement reperables. Cette mutation est animee par :

- **Une logique économique et technique**, celle d'une rationalisation des objectifs et des depenses et d'une optimisation des moyens devolus, logique qui se traduit par l'elaboration de schemas territoriaux (nationaux, regionaux et departementaux) et de contrats d'objectifs et de moyens (Com et Cpom) entre les autorites decisionnaires et les operateurs, la concentration de poles ressources, l'amelioration de la productivite et du rapport qualite/cout des services, la recherche d'innovation en matiere de dispositifs, de nouvelles modalites de redistribution de l'argent solidaire et donc de financement des dispositifs ;
- **Une logique sociale et culturelle**, celle de la mise en œuvre d'une relation de service centree sur les besoins manifestes des citoyens, d'une participation sociale accrue des personnes en situation de handicap, ainsi que d'une normalisation des relations entre prestataires et beneficiaires de ces services, dans le respect des droits de ces derniers.

Ce qui caracterise le contexte societal actuel, c'est la rarefaction des ressources par rapport aux besoins, pour des raisons d'abord demographiques et leurs consequences economiques (le vieillissement de la population qui est une veritable bombe a retardement, la diminution des jeunes generations et du nombre d'actifs) sur fond de ralentissement de la croissance economique, voire de recession. La necessite de trouver d'autres reponses ne fait meme plus debat, elle va s'imposer *de facto*. L'amelioration du rapport reponse/cout est sans mystere : soit on ne repond plus a certains besoins, soit on ameliore la productivite, que ce soit par une organisation plus performante (meilleure utilisation des ressources et adoption de methodes plus efficaces) ou par des innovations (humaines et technologiques).

II - Vers une culture du résultat

C'est en effet l'émergence de politiques globales plus affirmées, en rapport avec une décentralisation et un transfert de pouvoir accru (*cf.* le rôle de plus en plus important des Conseils Généraux et des agences régionales : ARH puis ARS), le souci de rationalisation financière (approche des coûts), mais aussi l'évolution des besoins et des mœurs, ainsi que la pression des consommateurs, qui introduisent une nouvelle vision de l'utilité sociale des structures d'action sociale et médico-sociale. Cette utilité ne peut plus s'établir sur la seule base d'une profession de foi ou d'une offre de places, mais sur la base d'une opportunité et d'une efficacité recherchée, c'est-à-dire de la capacité des opérateurs à produire des « effets estimables et intéressants » pour leurs bénéficiaires en particulier et pour la société en général. La demande des clients et des autres parties intéressées n'est plus seulement une attente de places, mais une demande de promotion sociale, de développement personnel et de qualité de vie, tout cela au meilleur coût.

C'est donc une *culture du résultat* que devront intégrer les structures des secteurs qui nous intéressent dans les années à venir, concrétisée notamment par le développement de ces « contrats d'objectifs et de moyens ». Comment, pour reprendre les propos de Patrick LEFÈVRE, « des associations employant de cent à deux mille salariés et gérant des budgets très importants pouvaient-elles encore se considérer comme des organisations parapubliques ou, à l'inverse, des organisations militantes sans qu'elles n'aient à se poser la question de leur compétence, voire de leur performance¹ ? »

De manière plus caustique, Philippe DUCALET et Michel LAFORCADE notent que « les organisations sanitaires et sociales ont une originalité dont on ne sait s'il faut vraiment se réjouir : elles réussissent souvent à conserver leurs moyens alors qu'elles ont perdu leur sens. Telle institution continue à vivre alors que l'objet qui était le sien, sa raison d'être ont disparu. L'inertie du système est telle que les subsides continuent à lui être alloués même si la pathologie qu'elle traitait a disparu et si la population qu'elle accueillait a déserté. La situation est confortable pour la sécurité de l'emploi. Elle n'est pourtant pas aussi satisfaisante qu'on pourrait l'imaginer pour les professionnels eux-mêmes² ».

Cette recherche de résultat induit plusieurs étapes :

- La première est la recherche d'une plus grande transparence des relations et des transactions entre acteurs ; transparence qui débouche naturellement sur la contractualisation ;
- La seconde est l'évaluation quantitative et qualitative des résultats des opérateurs et du processus qui les rend possible ; évaluation qui débouche tout aussi naturellement sur la mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne et externe de la qualité ;
- La troisième est la comparaison et la mise en concurrence des divers dispositifs, eu égard à ce rapport qualité/coût.

¹ P. LEFÈVRE, « Promouvoir la qualité et l'évaluation dans les organisations sociales et médico-sociales », in *Les Cahiers de l'Actif*, n° 350/351 & 352/353 de juillet et octobre 2005.

² Philippe DUCALET, Michel LAFORCADE, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, 2^e ed., Paris, Seli Arslan, 2004, (p. 74).

Tout cela entraîne des conséquences en terme de financement : en premier lieu, les commanditaires ne veulent plus payer sans savoir ce que produit leur dotation. Jusqu'à présent, les financeurs ne payaient pas un service mais des ressources matérielles et des postes. Nous étions dans une logique comptable (on demande des comptes de dépenses) et non pas dans une logique manageriale (on demande une adéquation entre coût et résultat). Ils ne veulent plus acheter un *package* (un ensemble indissociable et incertain de prestations) mais payer juste ce qu'il faut pour chaque bénéficiaire. Les modes de financement seront de plus en plus corrélés avec des prestations identifiées. En second lieu, les financeurs ne veulent plus payer « toujours plus » et reprendre des déficits érigés en mode de gestion. Le mode de financement traditionnel, calqué sur celui des armées, encourageait le gaspillage et récompensait les mauvais gestionnaires : il est indispensable que les « gains de productivité » profitent aux opérateurs imaginatifs et innovants.

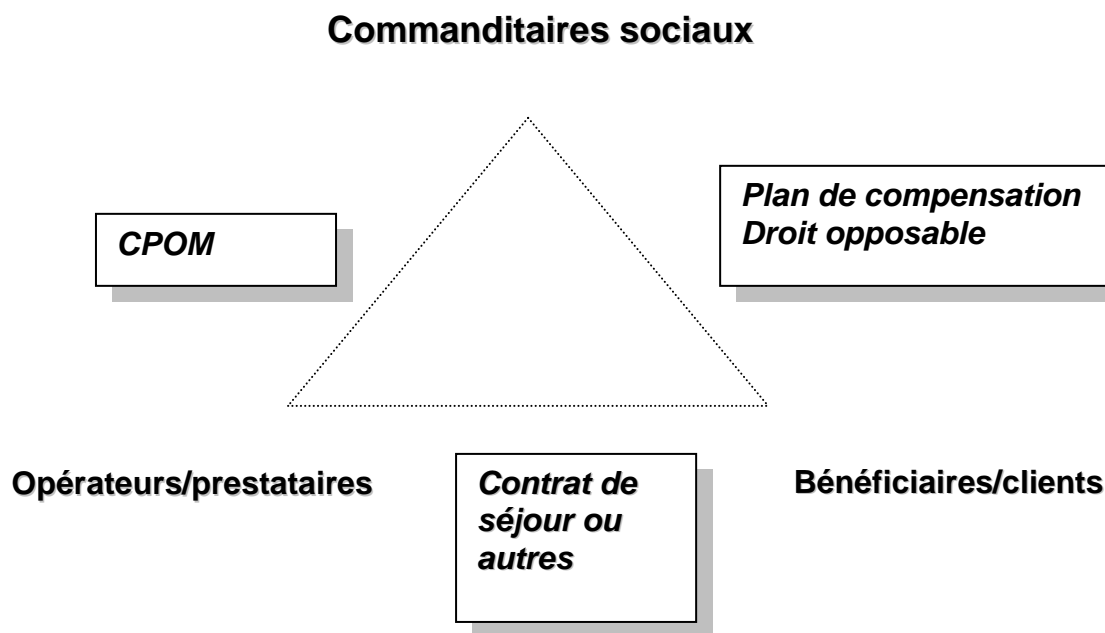
III - La contractualisation des relations entre acteurs

Dans le cas de l'action sociale ou medico-sociale, nous nous trouvions par le passé dans une situation des plus spéculatives : d'une part, le client n'était généralement pas considéré comme tel, et sa rencontre avec un prestataire (qui ne se considérait pas non plus comme tel) ne tenait pas véritablement à un choix... Ce qui lui était proposé ne dépendait pas d'un contrat, ne lui était d'ailleurs pas expliqué en termes clairs et ne débouchait sur aucune espèce d'engagement, que ce soit en termes de moyen, de résultat ou de qualité. Bref, cette étrange variété de relations discrétionnaires s'aurait bien peu démocratique...

Ce passage de relations discrétionnaires, coutumières ou rituelles, à une relation d'engagement réciproque constitue l'aspect le plus révolutionnaire de la loi 2002-2 –le plus révolutionnaire au sens historique, car c'est sur le contrat social que repose la première pierre de la République– : « *Puisque aucun homme n'a une autorité naturelle sur son semblable, et puisque la force ne produit aucun droit, restent donc les conventions pour base de toute autorité légitime parmi les hommes* ». Ainsi, Jean-Jacques ROUSSEAU entame-t-il le chapitre « *De l'esclavage* » de son ouvrage *Du contrat social*, mettant en évidence, par cette phrase éblouissante de concision, que les rapports humains ne possèdent que peu d'alternatives, et que le contrat constitue l'antidote de l'absolutisme des hommes fondés sur des rapports de force.

Car parler de contrat, c'est tout simplement admettre qu'il existe des « parties », possédant leurs intérêts et leurs points de vue respectifs et respectables ; de ce fait, la contractualisation donne réalité au partenariat, à la négociation et à l'évolution. Concernant les bénéficiaires, elle confère un contenu et un sens à la notion de citoyenneté, en leur reconnaissant le droit civique de nouer des contrats, et non plus d'être des assistés, des impotents, au sens étymologique du terme (*impotens*, « celui qui n'a pas de pouvoir, qui n'est pas maître de lui »). Concernant les opérateurs en action sociale et medico-sociale, elle traduit une exigence de « lisibilité et de traçabilité » qui modifie fondamentalement leurs relations avec leurs partenaires.

Rajoutons que le contrat n'est pas synonyme d'égalité... Du latin *cum tractare* (traiter ensemble), il scelle un accord entre des parties qui peuvent avoir par ailleurs des intérêts divergents : un contrat de mariage n'est pas nécessairement un contrat équilibré dans les apports des partenaires.



IV - Évaluation de la qualité, comparaison et concurrence

Après les tentatives d'évaluation de nature sociologique ou clinique, des années soixante-dix et quatre-vingt, l'évaluation qualitative s'est affirmée comme un incontournable outil de politiques sociales et de management. En 1992, Bernard KOUCHNER, alors ministre de la Santé et de l'Action humanitaire, déclarait lors d'une intervention au XXV^e congrès de l'UNAFAM que l'évaluation constituait un des grands axes de la politique de santé mentale : « *J'ai parfaitement conscience que le développement de l'évaluation dans notre pays est une œuvre de longue haleine. Particulièrement en psychiatrie. Cela nécessite des mutations profondes des comportements des personnels soignants et notamment impose de passer dans ce domaine, d'une culture orale à une culture écrite, s'appuyant sur des "standards de bonnes pratiques"*³. »

En 1995, un rapport de l'IGAS notait, en commentant l'application de la loi du 30 juin 1975, que « *l'introduction dans les divers mécanismes de la loi sociale de l'évaluation constitue une nécessité absolue. Pas plus qu'en matière sanitaire, on ne peut demeurer aujourd'hui sans évaluation de la qualité du service rendu... Le principe de l'évaluation doit donc être introduit beaucoup plus nettement dans la rédaction législative* »...

En avril 1996, paraissaient les ordonnances instaurant le principe d'accréditation dans les établissements de santé et de soins.

En 2002, la loi 2002-2 posait que « *les établissements et services procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, [...] Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation* ».

³ B. KOUCHNER in *Synapse*, n° 91, 1992.

Par conséquent, au même titre que l'exigence de projet, l'obligation d'évaluation qualitative participe d'un réaménagement en profondeur des relations d'engagements réciproques existant entre prestataires de services et commanditaires sociaux, dans le sens de plus grandes lisibilité et traçabilité⁴ : elle est un puissant outil de changement. « *Le projet de tel établissement est-il valable, réalisable, produit-il les effets escomptés, et à quel coût ? Autant de questions auxquelles l'opérateur doit désormais s'efforcer de répondre preuves à l'appui.* »⁵

Le guide du CNESMS, repris par l'ANESM⁶, a destination des établissements et services, va naturellement en ce sens lorsqu'il évoque dans les objectifs de l'évaluation interne que « l'évaluation est une opportunité pour questionner les pratiques professionnelles et le sens de l'action, mieux connaître, mais également faire connaître les missions, les réalisations, les exigences du secteur. Elle est l'occasion de :

- Rendre lisible et valoriser l'action d'un établissement ou d'un service, dire ce qui est fait, comment cela est fait et ce que cela produit ;
- Démontrer le fondement et la pertinence des pratiques, des projets et des actions entreprises, avec des critères construits au plus près des réalités sociales et médico-sociales ;
- Nourrir un argumentaire à l'attention des partenaires et décideurs pour que les conditions favorables (y compris en termes d'allocation de moyens) puissent être créées pour accompagner, de façon positive, les projets et éventuellement permettre le réajustement de ces derniers ».

Le souci d'évaluation introduit des possibilités d'appréciation, donc de comparaison et de concurrence des dispositifs entre eux, de choix d'orientations (par exemple, certains départements ont placé en concurrence objective familles d'accueil et internats). De ce fait, elle apparaît inhérente à tout processus de planification, d'anticipation et de définition d'une politique de réforme.

Ainsi, la valorisation de l'établissement – dont son financement – ne sera plus seulement fonction de sa pertinence, eu égard à des flux de populations désignées, mais aussi fonction de la qualité de ses réponses à des besoins, de sa réactivité, de son rapport qualité/coût, de son efficacité eu égard à des changements générés. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que le projet, la qualité et l'évaluation deviennent les leitmotivs de l'action sociale et médico-sociale, subsumés dans les processus d'adaptation et d'innovation. Sur ce point, le guide du CNESMS (déjà cité) se montre des plus clairs : « *L'évaluation a vocation à aider l'établissement ou le service à se projeter, c'est-à-dire à entrer dans une démarche prospective, de construction de l'avenir, et de renouveler, de réactualiser, voire de faire émerger de nouveaux projets.* »

La concurrence permet la diversification de l'offre mais aussi la comparaison entre les offres. La concurrence est demeurée longtemps un sujet tabou dans les secteurs qui nous intéressent... ne pouvant être le fait des personnes accueillies, qui n'avaient pas le statut de clients mais d'usagers, elle consistait plutôt en une lutte territoriale entre associations et leurs idéologies.

⁴ La traçabilité se traduit par la possibilité d'identifier les séquences d'un processus d'action du début jusqu'à son terme et d'en suivre les effets, qu'il s'agisse d'un produit agricole ou industriel ou encore d'un service.

⁵ Jean-Rene LOUBAT, *La Démarche qualité en action sociale et médico-sociale*, Dunod, 2009.

⁶ Le conseil a produit ce guide en septembre 2006, avant de disparaître et d'être relayé par l'ANESMS en mars 2007. Toutefois, l'ANESM n'a pas remis en cause les éléments essentiels de ce guide.

A l'heure actuelle, l'accès progressif des bénéficiaires au statut de clients, leur « solvabilisation » (même partielle pour l'instant), la modification des dispositifs, la libéralisation en marche de l'offre, commencent à bouleverser la donne. La qualité deviendra de plus en plus un facteur concurrentiel : à l'évidence, les divers prestataires offrent des services de qualité fort différente – pour des coûts qui ne sont pas nécessairement en rapport.

Parmi les concurrents qui émergent, citons en premier lieu les services d'aide à domicile, qui ont le vent en poupe et font preuve d'un réel dynamisme, mais aussi les proches des personnes en situation de handicap, qui peuvent désormais être salariés par celles-ci. Citons également certains prestataires européens qui proposent des services intéressants (certains groupes belges sont déjà présents dans plus de cinquante départements français), ainsi que les établissements à but lucratif qui se positionnent avec une solide expérience en gestion et management. Notons que la concurrence peut aussi venir de là où on ne l'attend pas... par exemple, de nouveaux dispositifs qui reloquent les anciens : ainsi, un service public comme l'Éducation Nationale reprend à son compte certaines prestations aux instituts médico-éducatifs⁷...

Toutefois, la crainte de l'arrivée massive du secteur lucratif sur ces marchés s'avère relever davantage de l'intox idéologique (la fameuse « marchandisation du social ») que de la réalité, et ce pour une simple raison : l'improbable rentabilité d'investissements très lourds au regard de la faible solvabilité de la majorité des bénéficiaires.

Quant à la délocalisation, nos secteurs en semblent préservés. Mais demeurons prudents... Il n'est pas unimaginable, à terme, que certains clients s'adressent à d'autres pays qui proposeront peut-être des prestations équivalentes à des prix plus bas. Certains établissements hospitaliers se sont déjà spécialisés dans une offre tournée vers des ressortissants étrangers (anglais ou italiens, par exemple). Des établissements médico-sociaux de la Belgique francophone fonctionnent avec plus de 80 % de clients français. Certains retraités ont compris que séjourner toute l'année dans un hôtel en Tunisie ou au Sénégal leur revenait moins cher que vivre à Paris. Il n'est plus totalement impossible d'envisager de délocaliser certaines offres de service spécialisées concernant des populations à besoins spécifiques, même si le phénomène demeurera nécessairement limité. Qu'il soit clair que nous ne pronons pas telle ou telle solution en la matière mais que nous nous bornons à dresser un certain nombre de constats.

Bref, les personnes accueillies dans les divers établissements et services sociaux et médico-sociaux seront progressivement en mesure de comparer les diverses offres de service, ce qui leur était strictement impossible jusqu'alors. Leur accès aux résultats des démarches qualité poursuivies par les divers opérateurs constituera un élément de cette comparaison : par exemple, à l'heure actuelle, nombre de clients potentiels de services hospitaliers se renseignent sur Internet à propos de l'établissement qu'ils vont choisir avant de se faire opérer. Bien entendu, la visite du site et le contact direct avec le prestataire permettent à tout client de se forger une conviction sur la base de... ses propres indicateurs, comme nous pouvons le faire en visitant une école, une maison de retraite ou un institut médico-éducatif.

⁷ L'Éducation Nationale reprend en effet des postes d'enseignants spécialisés dans des établissements comme les IME (instituts médico-éducatifs), puisqu'elle se trouve aujourd'hui investie d'un devoir de scolarisation des enfants en situation de handicap. Les IME sont sommé de fait de réinterroger leur positionnement... Bien qu'ils puissent proposer une offre de scolarité alternative à celle de l'Éducation Nationale, comme le font déjà les établissements scolaires privés. Quand on voit le développement de l'enseignement privé, il y a la matière à réflexion et les IME n'ont certes pas dit leur dernier mot.

V - Efficacité, efficience, réactivité et innovation : le carré magique de la qualité

Revenons sur la question du resultat qui s'avere tout a la fois centrale et delicate. En premier lieu, l'*efficacite* (ou la capacite d'obtenir les effets recherches) est un terme qui peut generer des reactions culturelles d'incomprehension dans un secteur d'activite issu historiquement de la charite, qui procedait d'une intentionnalite morale et non d'une recherche rationnelle de resultats. Mais elle pose egalement des questions d'ordre methodologique et technique : on ne peut apprecier une efficacite sans avoir prealablement defini les effets attendus ! Or un grand nombre d'interventions sociales et medico-sociales poursuivaient des finalites generales, mais ne definissaient pas d'objectifs precis dont l'atteinte aurait conditionne la perennite. Par-dela des appellations floues et des agrements stratospheriques, quelles etaient jusqu'alors les attentes qualitatives reelles vis-a-vis d'un foyer d'hebergement, d'une maison d'accueil specialisee, d'un foyer de vie, d'un centre d'activites de jour, d'une maison d'enfants a caractere social, d'un centre d'hebergement et de reinsertion sociale, etc. ? L'efficacite se trouve donc conditionnee par la clarification des missions et des services a rendre aux beneficiaires – c'est-a-dire du positionnement du service – et suspendue a une methodologie d'evaluation.

Un autre terme se trouve generalement indexe a l'efficacite, et parfois confondu avec elle, celui d'*efficience*. L'efficience represente le rapport entre l'efficacite et les ressources investies (en termes triviaux : le plus gros effet pour la moindre energie). L'un des grands specialistes internationaux du management, Henry MINTZBERG, y consacre un chapitre dans son traite de reference⁸ : « Remarque sur un bien vilain mot : efficience »... Dans ce chapitre, il dresse un certain nombre de considerations des plus pertinentes sur ce concept phare des organisations, puisqu'il en fonde l'existence rationnelle. Notamment, il met en evidence la relativite de l'efficience parfois declaree par les organisations :

- L'efficience peut etre davantage une rationalisation *a posteriori* qu'une realite parfaitement ma trisee ;
- Une efficience a court terme peut se reveler tout son contraire a plus long terme ;
- L'obsession de l'efficience peut aller a l'encontre d'une efficacite plus large ;
- L'efficience de certaines organisations peut egalement nuire a l'interet general.

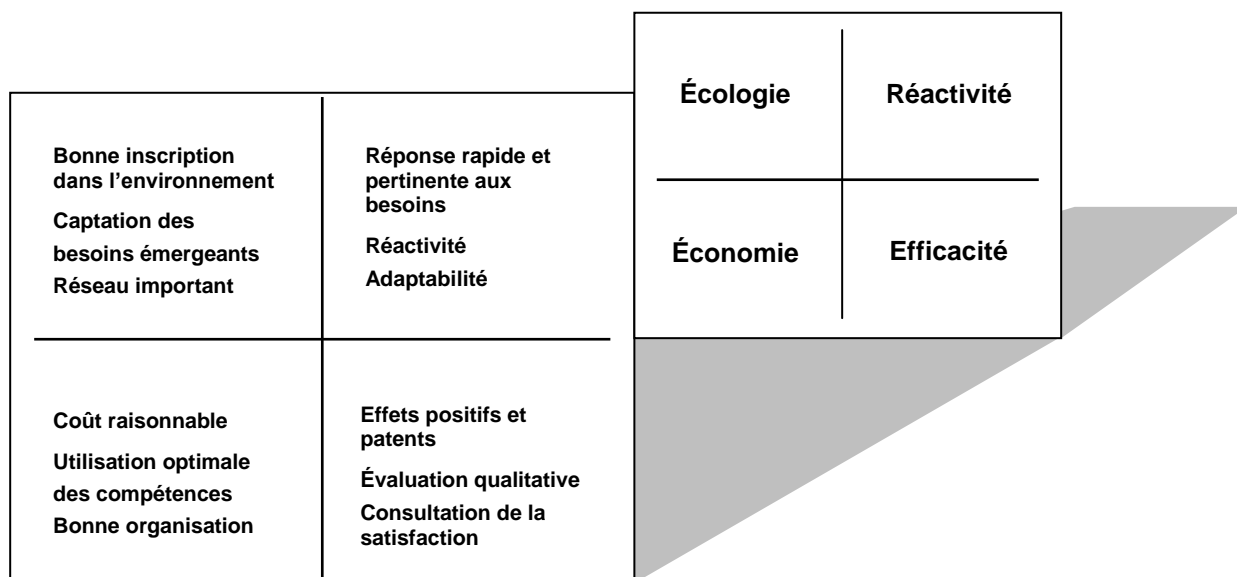
Quels que soient ses risques de perversion, l'efficience est le but recherche par toute organisation et, a vrai dire, par toute entreprise humaine. Aussi, n'y a-t-il rien d'etonnant a ce que les autorites qui passent commande a des operateurs sociaux recherchent egalement le meilleur rapport qualite/cout ou la meilleure efficience possible. C'est bien cette preoccupation qui se trouve aujourd'hui au cœur de la mutation des secteurs qui nous interessent et qui conditionne a terme une partie de leur survie ou de leur evolution. Cependant, les divers acteurs ne se font pas necessairement la meme idee de l'efficacite recherchee et ne possedent pas fatalement les memes criteres d'efficience...

Nous pouvons dire que l'efficacite renvoie a ce que nous appelons *l'assurance qualite de service*, tandis que l'efficience est tourne vers les commanditaires et financeurs, et se traduit par ce que nous appelons *l'assurance qualite du processus*.

⁸ *Le Management, voyage au centre des organisations*, Paris, Editions d'organisation, 1990.

Quant a l'innovation, elle suppose une capacite d'anticipation, c'est-a-dire de reperege et de conceptualisation des besoins émergents. Le talent des operateurs tiendra de plus en plus a cet axe de relation entre les attentes des consommateurs et la faculte du prestataire a proposer une offre *ad hoc*. Le caractere *ad hoc* de l'offre depend, quant a lui, de l'ecoute du marche : « le client est notre boussole » doit constituer l'adage de tout prestataire de services. C'est pour cette raison que la recherche et la prospective⁹ representent les atouts majeurs de l'entreprise de demain, car il s'agit d'anticiper les tropismes et de prendre en compte de plus en plus de parametres sociaux, culturels et psychologiques.

Les secteurs social et medico-social se trouvent au cœur de cette problematique : leur evolution depend entierement de leur capacite a anticiper les tendances societales et culturelles de nos societes post-industrielles, car ils seront de moins en moins en position de receptionnistes d'usagers captifs et de plus en plus en position de conquerants de clients, aupres desquels ils devront faire valoir le bien-fonde de leurs services. Concretement, cela signifie qu'un service social et medico-social ne doit pas seulement s'interesser a ses seuls clients designes, mais a tous ceux qui pourraient le devenir et profiter ainsi de ses services pour leur plus grand benefice.



V - Un peu de prospective

Dans la suite logique de ce que nous venons d'évoquer, nous nous dirigeons vers le dépassement historique du concept d'établissement comme entité et interlocuteur privilégié. Ce dépassement se réalise à plusieurs niveaux :

- Celui d'une concentration des operateurs et d'un questionnement des capacités gestionnaires et manageriales des acteurs associatifs ;

⁹ Mentionnons sur ce point la thèse de doctorat d'économie récemment soutenue par Daniel SENTEIN à l'université Lille-II de droit et santé : *L'adaptation du système medico-social français au modèle européen : gouvernance d'entreprise sociale, organisation, environnement, activités.*

- Celui d'une reconfiguration des organisations des secteurs social et medico-social pour aller vers la notion de « plateforme de services et de poles de competences » ;
- Celui d'un nouveau mode d'intervention aupres des beneficiaires, reposant sur une reponse a la carte en termes de prestations et s'articulant autour de leur projet de vie et de leur projet personnalise d'accompagnement.

Globalement, l'établissement classique, herite de grands modeles institutionnels et architecturaux historiques¹⁰, tels que le couvent, l'hopital, l'école, la pension, la caserne, la mairie, avec leurs facades demonstratives, leurs frontons edifiants et leurs escaliers imposants, s'avere depasse ! Il evolue vers une nouvelle variete de services, beaucoup plus souples, plastiques, adaptatifs et reactifs, qui ne sont plus des lieux d'internement ou de prise en charge, mais qui se manifestent par des sieges techniques et des *pools de competences* intervenant aupres de l'environnement du beneficiaire, ou a son domicile de facon personnalisee et contractuelle. Notons au passage qu'ils se delocalisent du meme coup, abandonnant les campagnes verdoyantes, les chateaux et les parcs, pour s'installer au coeur des villes.

Les nouvelles organisations vont s'affirmer comme « satellitaires »¹¹ ou structurees par reseaux, c'est-a-dire se concevoir selon des modeles circulaires et non plus lineaires, obeissant a une articulation souple et evolutive de processus complementaires les uns aux autres, mais tous convergents vers la qualite et la performance. Dans une organisation moderne, dont la reactivite est l'une des principales vertus, la « remodulation » necessaire doit etre rendue rapide et simple.

Le service considere devient un dispositif a geometrie variable, susceptible de changer de cap, d'augmenter sa gamme de prestations ou bien de la reduire, de la specialiser davantage ou bien de modifier les modalites de delivrance de ses prestations, ou encore de se deplacer en matiere de concept de services : tel est le cas, par exemple, de certains SESSAD, SAVS, SIS, SAMSAH, etc., qui proposent un veritable accompagnement a la carte, s'orientant deliberelement vers le conseil ; tel est le cas de certains services sociaux ayant fait le choix du conseil familial et de la mediation ; ou encore de certains etablissements ayant delaisse l'internat au profit d'autres prestations d'animation et d'aide a la participation sociale.

La configuration de ces nouveaux poles de services ressemble a une marguerite de prestations ayant pour cœur une « cellule de promotion sociale », chargee d'identifier la situation du beneficiaire, de realiser un check up de ses besoins, de ses atouts et de ses competences et de planifier un projet personnalise de developpement. Certaines associations et leurs structures tentent d'aller vers ce type de configuration, meme si elles se heurtent au conservatisme ambiant et aux blocages administratifs persistants. Dans l'avenir, de telles cellules pourraient etre habilitees a etablir des etats des lieux des besoins, des bilans de competences, de veritables diagnostics de situation et a susciter des reseaux de prestations autour d'un beneficiaire devenu « client » par les systemes de compensation (cf. la loi du 11 fevrier 2005).

De maniere plus simple, c'est un nouveau paradigme d'intervention, plus proche du *coaching*¹², qui est en train de se dessiner autour des etapes suivantes :

- L'étude de la situation de la personne : ses attentes et ses aspirations, ses atouts et ses faiblesses, les contraintes et les opportunités de son environnement ;

¹⁰ Relevant essentiellement d'une culture et d'une symbolique demonstrative de l'Eglise et de l'Etat.

¹¹ Satellitaires parce qu'en orbite autour des beneficiaires et de leurs besoins.

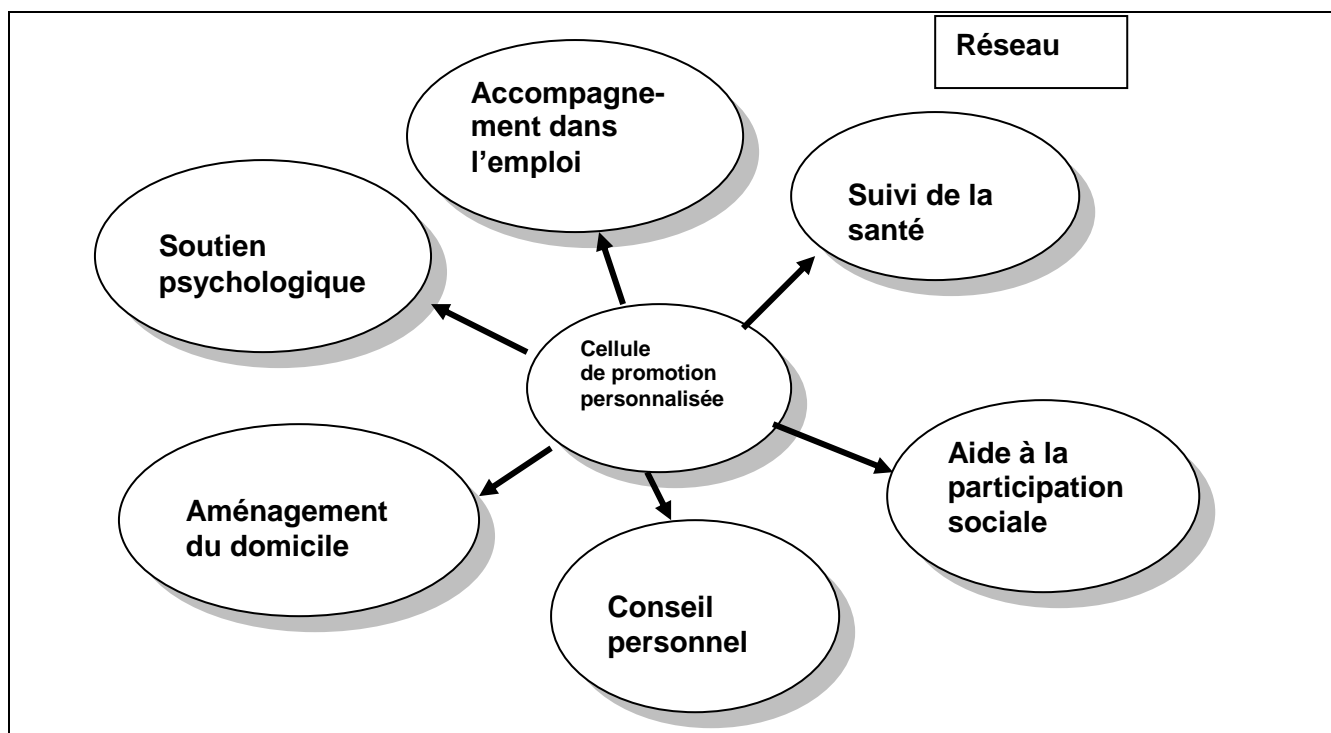
¹² Jean-Rene LOUBAT, *Promouvoir la relation de service*, Dunod, 2007.

- La détermination d'axes promotionnels : qu'est-ce qui peut être valorisé, développé ou obtenu dans le sens de la reconnaissance et de la promotion de la personne ?
- L'accompagnement dans la mise en œuvre d'un plan d'action par des conseils, de la stimulation, des soutiens, des mises en situation, de la co-évaluation, des reajustements.

Les nouvelles technologies vont également influencer les modalités d'intervention et les modes d'organisation : Internet ouvre de multiples perspectives de soutien, d'assistance, de conseil ou d'aide psychothérapique. Tout un « télétravail social » est imaginable afin d'apporter une aide à des personnes pouvant demeurer à leur domicile.

Enfin, le processus de concentration va se poursuivre : la nécessité de réduire les coûts et de faire face à de multiples nouvelles exigences entraîne inéluctablement l'augmentation de la taille critique des structures et le devoir de mutualisation des moyens. Jusqu'alors, un certain nombre d'associations fonctionnaient sur le modèle des « Chevaliers de la Table ronde », c'est-à-dire selon un système féodal d'attribution de fiefs et d'allégeance au suzerain. Dans ce cas, les échanges entre établissements étaient des plus faibles. La mutualisation génère donc des effets sur l'organigramme comme sur le style de management¹³.

Cette mutualisation peut se faire au sein d'une même entreprise d'action sociale ou médico-sociale, par la reconfiguration interne que nous avons évoquée, ou par des regroupements territoriaux entre associations appartenant à une même fédération, ou encore par des groupements de coopération ou des fusions (cette dernière étant beaucoup plus simple à réaliser). Les associations devront se positionner et s'affirmer comme de véritables « managers » de leurs structures et se doter des compétences nécessaires sous peine de disparaître.



¹³ Jean-Rene LOUBAT, *Penser le management en action sociale et medico-sociale*, Dunod, 2006.

VI - Conclusion : de la réactivité que diable !

Songez combien de temps il faut actuellement à nos secteurs et nos établissements pour intégrer les exigences d'une loi et prendre un virage... Pas moins de vingt ans¹⁴ ! Combien de temps a-t-il fallu pour intégrer des outils de management élémentaires ?! Combien de temps a-t-il fallu pour prendre conscience de l'importance des cadres et les former ?! Combien de temps faudra-t-il pour faire évoluer des conventions parfaitement obsolètes ?! Pour mettre en place une démarche qualité ? Etc., etc.

Si nous ne voulons pas que de tels secteurs se transforment en *Jurassic Park*, il convient d'accélérer le mouvement de modernisation, comme certaines associations et certains services le font déjà de manière volontariste. Mais il faudra nécessairement que les barrages administratifs sautent, car il existe actuellement trop de contradictions avec cette modernisation : les modes de financement s'averent encore en décalage avec de nouvelles relations de service, les conventions d'un autre âge sont en désaccord avec l'introduction d'outils de gestion de ressources humaines et de GPEC (gestion prévisionnelle des emplois et des carrières), les formations et les approches par métier sont en contradiction avec les nouvelles organisations de travail et le *reengineering*, la remanence de courants idéologiques et de combats d'arrière garde, ou encore le corporatisme, viennent limiter les transformations et les innovations.

Nous pouvons cependant espérer que ce tableau critique deviendra de plus en plus obsolète au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux, et que ceux-ci pourront précisément dépasser ces points faibles congénitaux, hérités de l'histoire. Ce que l'on peut souhaiter de mieux aux plus de 30 000 établissements et services médico-sociaux de notre Hexagone est bien de poursuivre leur professionnalisation, d'être de plus en plus garants d'une *assurance qualité de service* auprès de leurs bénéficiaires, et d'une *assurance qualité de processus* auprès de leurs commanditaires sociaux. La crédibilité des établissements sociaux et médico-sociaux constituera leur principal atout dans la période tempétueuse (tant au plan économique, social et politique) qui s'annonce pour la décennie à venir. La « révolution culturelle », que nous avons si souvent évoquée et invoquée depuis les années quatre-vingt, franchira ainsi une nouvelle étape décisive.

¹⁴ Au bas mot : la loi de 2002 est amorcée en 1996, mais en fait, elle est pressentie bien avant. Les décrets mettent des années à paraître. Aujourd'hui, une partie seulement des exigences est posée. L'évaluation externe ne sera pas opérante avant 2010 ; les conséquences des applications de la loi ne seront pas pleinement tirées avant 2015. La même chose s'est passée pour les « Annexes XXIV » revues en 1989 !