

Le projet associatif est-il le bon outil pour entreprendre le déploiement d'une plateforme de services sociaux et médico-sociaux coordonnés ?

De la tâche d'huile à la généralisation par une charte associative

Le passage progressif d'une logique d'orientation en place au profit de celle de réponse accompagnée pour tous au sein d'une plateforme de services est une petite révolution paradigmatique, qui mettra du temps pour trouver sa cohérence globale, systémique et pour devenir une réalité dans les pratiques professionnelles.

Pourquoi donc le projet associatif, juridiquement « constitué des différents objectifs fixés par les organes statutairement compétents de l'association (ou de la fondation) pour réaliser l'objet social »¹ aurait à se mêler de cette question, puisque celle-ci est impulsée par les pouvoirs publics ? Sans doute parce que c'est l'entreprise associative, si elle veut échapper à son obsolescence programmée, qui doit articuler dans les faits toute son offre de service pour répondre aux besoins, devenus impérieux, des bénéficiaires de ses services...

1. Selon la définition du **règlement n° 99-01 du 16 février 1999** relatif aux modalités d'établissement des comptes annuels des associations et fondations

Francis FEUVRIER

Directeur général association les PEP 01.

Membre du think tank « Parcours et Innovation »

INTRODUCTION

Traditionnellement, peut-être un peu caricaturalement, **le projet associatif était l'œuvre du politique**, le portage du militantisme, de la volonté de faire ensemble, et avait pour fonction de fédérer, autour de valeurs fortes les parties prenantes de l'association. Et pouvait n'être que cela.

À côté, et parfois séparément, l'on trouvait, lorsqu'il était formalisé, **le projet d'établissement**, figurant seul encore dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), même s'il n'est que brièvement décrit², qui, lui, développe « ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement ». Parce qu'il était historiquement écrit par les professionnels, en particulier les cadres, il était le vrai lieu de développement de l'expertise, le document de valeur, en opposition à un projet associatif plus bénévole, amateur, qu'il convenait de viser ou de citer par déférence pour le conseil d'administration ou pour son « supplément d'âme ».

I - LE LIEU DE L'APPROPRIATION PAR TOUS DE LA NOUVELLE DONNE

D'aucuns pourraient arguer que cette volonté ou cette mode managériale de la plateforme de services viennent des pouvoirs publics. Et donc, si l'on doit y trouver une trace dans les documents associatifs, c'est au mieux dans **le CPOM**, désormais généralisé et donc **déclinaison de la politique publique** (qu'elle soit issue d'une « stratégie nationale », nouveau nom des plans ministériels, d'un « plan régional de santé », ou d'un « schéma départemental », dans l'action sociale ou médico-sociale).

Peut-être même **le projet associatif devrait-il être le lieu de la résistance à ces concepts technocratiques**, qui symboliseraient la volonté d'efficience, laquelle consiste à demander aux associations, fondations, réduites à un rôle

2. **Article L311-8**: « Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Le cas échéant, ce projet identifie les services de l'établissement ou du service social ou médico-social au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés à l'article L. 313-12. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. »

d'opérateur ou d'« effectueur de santé », d'accueillir plus d'utilisateurs pour le même prix ou même pour moins que le tarif antérieur.

Et pourtant, dans l'association des PEP 01 en tout cas, nous avons considéré que c'est précisément dans ce document que devaient être pensés non seulement le projet politique, mais la stratégie de transformation de notre offre de service. Pour ne pas vivre les CPOM comme des contraintes, pour ne pas subir, mais proposer les modalités les plus adaptées, et parce que ces contrats de plus en plus standardisés ne donnent pas le vade-mecum de la manière de digérer la réforme, c'est bien l'organisme gestionnaire, avec son histoire, ses valeurs, sa raison d'être qui doit à la fois donner sens et penser, anticiper la mise en œuvre des grandes réformes en cours et placer les barres atteignables. Digérer, préparer, puis contractualiser.

II - LE PROJET D'ENTREPRISE, DOCUMENT MAÎTRE D'ÉTABLISSEMENTS EN VOIE DE RECONFIGURATION

S'il convient désormais de penser selon les notions, qui commencent à être définies, de dispositif³ ou de plateforme⁴, cela ne signifie-t-il pas au fond que la notion d'établissement, et même les catégories de services (SESSAD, SAVS, SAMSAH, SSIAD, etc.), sont en voie de dépassement par une notion plus englobante. Cela ne signifie-t-il pas que ces catégories, les seules présentes dans la réglementation, sauf le fameux « dispositif ITEP », encore réduit à une exception, deviennent obsolètes ? De même, les nomenclatures n'ont été que toilettées par le récent décret du 9 mai 2017⁵, et c'est encore selon ces catégories du fichier FINESS (IME-ITEP-SESSAD-ESAT-MAS dans le champ du handicap, etc.) que se comptent les activités, que se négocient et signent les CPOM.

Si l'on veut concevoir des offres de services ayant la fluidité voulue par une réponse accompagnée qui est encore au milieu du gué, si l'on veut penser

3. Un « dispositif » est un ensemble de services complémentaires proposés à un usager qui est constitué d'une gamme d'interventions de différents niveaux d'intensité, depuis une simple consultation ponctuelle jusqu'à l'accueil avec hébergement continu (**décret n° 2017 – 620 du 24 avril 2017**).

4. Nous partons d'un mixte de deux définitions : celle de Jean René LOUBAT : « une entité cohérente possédant un statut unique regroupant, pilotant et coordonnant divers services complémentaires afin d'accompagner dans leurs parcours respectifs des destinataires communs » ; celle de Marie Aline BLOCH : « Une entité accessible contribuant à la santé et à l'autonomie des personnes, composée de services couplés et/ou interreliés, au service du parcours des bénéficiaires. »

5. **Décret no 2017-982 du 9 mai 2017** relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques

les articulations, les plans d'accompagnement globaux, les « coordinations de parcours », et non plus les « réunions de synthèse du projet », n'est-ce pas un projet de plateforme ou de dispositif qu'il faut penser en premier ? Ce projet global pourra ensuite se décliner en projets de services de proximité puisqu'évidemment la catégorie de public accueilli fait éminemment varier les modalités précises d'intervention. Là encore, l'association PEP 01 a voulu remettre dans l'ordre les choses, écrire et discuter un projet d'association, premier, définissant les orientations politiques, mais aussi stratégiques, et les principales actions voulues par les gouvernants et les dirigeants dans leur ensemble. Et c'est à partir de ce projet, qui est le projet de développement d'une plateforme associative de services, que se déclinent les projets de structures, établissements, services, sites d'intervention, PCPE, etc.

Nous avons considéré que les réformes en cours, autour de la RAPT et de SERAFIN PH dans le médico-social, mais aussi la logique de parcours et d'inclusion présente dans les récentes stratégies de lutte contre la pauvreté et pour la protection de l'enfance, qui vont s'imposer à nous, d'une manière ou d'une autre, **pouvaient être envisagées non comme de pures contraintes, mais comme une opportunité** pour les associations gestionnaires **de créer un langage commun** concernant les besoins et les prestations de toutes les structures gérées par l'entité gestionnaire.

Ainsi, **par une coordination associative**, on peut de façon lisible : envisager de développer une conception opérationnelle d'un « parcours », proposer un « bouquet de prestations », en utilisant les premiers leviers que sont les « Pôles de compétences et de prestations externalisées » ou les futures « plateformes d'orientation et de coordination » de la stratégie nationale autisme et TND, bref, **passer de la notion d'établissement** proposant une prise en charge globale très centrée sur une approche professionnelle **à celle de dispositifs inclusifs** délivrant des activités/prestations dans les structures de droit commun, au regard de besoins variables pour chacun (nous avons rebaptisé nos IME « Dispositifs d'INclusion pour l'Accompagnement vers le Milieu Ordinaire – soit l'acronyme « DINAMO »).

III - ANTICIPER ET S'APPROPRIER

Le projet associatif doit être le premier à anticiper sur les incidences de cette révolution : prévoir les moyens d'un système d'information nécessairement piloté par le siège social, les efforts en termes de formation, de GPEC, et de communication interne qui seront nécessaires dans les années à venir, au fur et à mesure que la réforme s'imprimera dans le paysage, en partant du sanitaire pour se déployer, après le médico-social, dans l'action sociale. Or, une association pluriactivité, comme celle des PEP01, qui contribue aussi bien à une maison des adolescents qu'à des dispositifs médico-sociaux et de protection de l'enfance, pourrait au final perdre de la cohérence et limiter la mobilité professionnelle interne si elle parle plusieurs langues, et se babelise.

Or, les concepts sont plus ou moins appropriés selon les établissements; les projets personnalisés sont tous spécifiques, les terminologies varient (nous savons tous que chacun parle de son projet, la MDPH de son PPC, du PAG, l'enseignant référent du PPS, l'éducateur d'ITEP du PPA, celui d'IME du PIA, le médecin du projet de soin, et le bénéficiaire, au mieux, envisage-t-il un projet de vie, etc.), ils sont construits différemment selon l'histoire et les influences propres de chaque institution. SERAFIN-PH sera l'occasion, pour nous, de rendre lisibles tous ces projets, que nous appellerons « plans personnalisés » pour leur donner une dimension opérationnelle, puisque là encore c'est bien le projet de vie que ces plans déclinent, et non le contraire. Et les structures sociales délivrent des prestations dans des termes proches de la nomenclature SERAFIN...

IV - LA COORDINATION DE PARCOURS, UNE VOLONTÉ À AFFIRMER PAR LA GOUVERNANCE POUR NE PAS RESTER CONFIDENTIELLE

Ainsi, le développement de fonctions de « coordinateurs de projets » est venu tout d'abord de la volonté et la conviction d'un directeur, inspiré de consultants, comme Jean-René Loubat, dans son établissement. Et c'est par capillarité que nous les avons d'abord testés, évalués, puis essaimés, tout en les transformant en des « médiateurs/coordonateurs de parcours ». Si le parcours suppose le passage dans de multiples entités, internes ou externes à l'association, il devient évident que progressivement les professionnels de la coordination ont vocation à rejoindre le niveau mutualisé d'une cellule associative, dont il convient de penser la gouvernance, pour qu'elle soit à la fois « meta », au service des bénéficiaires, sans être hors sol ou déconnectée des réalités.

Le projet associatif annonce et planifie le développement d'outils de ces nouveaux professionnels, mais aussi ceux des cadres de management doivent être harmonisés et développés par l'association même, par exemple :

- ✓ un cadre **déontologique**/Une fiche de **fonction associative** ;
- ✓ un **guide** d'accueil et d'entretien des bénéficiaires ;
- ✓ une check-list de **besoins** en lien avec les prestations ;
- ✓ un **processus** unique précisant les rôles de chaque intervenant ;
- ✓ Une **grille commune** des Projets Personnalisés (négociation, co-évaluation, etc.), liée aux prestations délivrées.

V - CHACUN SON RÔLE : UN REPOSITIONNEMENT SYSTÉMIQUE DES ACTEURS

Cela va sans dire, cette révolution est fondée sur la pleine reconnaissance du pouvoir d'agir des personnes, de leur capacité à être actrice de leur inclusion, pour peu que l'on compense les handicaps ou les limites de leur parcours actuel. Il convient de reconnaître pleinement aux parents/aidants, et sans esprit de concurrence là aussi, l'autorité pleine sur l'éducation de leur enfant (que seule la justice peut limiter), la fonction première d'observation des comportements et d'estimation des besoins (expertise d'usage), la décision in fine et la participation à la co-évaluation.

Dans cette révolution, il me semble que chaque métier doit se repositionner :

- **Les coordinateurs de parcours** autour de l'attention et la vigilance au respect des désirs, des rêves, des besoins, en définissant avec les bénéficiaires, dans une fonction médiatrice, les prestations *utiles*, souhaitables, peut-être idéales, avec une « autorité de compétence » auprès des structures d'accompagnement (les établissements).
- **Les managers de services**, souvent les anciens chefs de service, chargés, eux pour rendre effectifs les plans personnalisés, d'utiliser au mieux les ressources : garantir en quelques sortes les prestations *possibles* (avec les limites du réel, le budget, la législation sociale, les personnels disponibles, avec leurs compétences et leurs limites, le territoire d'intervention, etc.). Ils doivent, plus qu'avant, piloter l'activité du service, et décider de l'affectation des ressources, notamment en moyens humains, salariés ou en convention avec le secteur libéral. Et cela en exerçant une vigilance accrue quant à la qualité du service rendu, qui devrait être la mesure des évaluations internes ou externes.

- **Les directeurs de niveau I**, eux, vont sans doute s'éloigner du terrain pour penser, évaluer et corriger les limites organisationnelles, mesurer et ajuster l'activité globale, désormais en file active, désormais d'intensité variable, de services inscrits dans les territoires selon des niveaux de généralité (niveau 1) ou d'expertise (niveau 2 et 3), et ajuster au sein des CPOM les sous- budgets de chaque entité. Ils deviennent des entrepreneurs du changement par délégation de l'association, avec de fortes délégations.
- **Les professionnels d'intervention**, enfin, la majorité des salariés donc, sont chargés de la noble tâche de la délivrance des prestations, directes/indirectes : chargés de l'accompagnement ou du soin spécialisé, ou de fonctions supports, avec un souci d'efficacité. Le développement de la coordination professionnalisée, qui ne doit pas être envisagé comme un mépris des professionnels de terrain, repositionne de nombreux métiers, ou des fonctions existantes (au premier rang, les assistants de service sociaux, les référents éducatifs, les coordinateurs médicaux...).

Il s'agit donc bien **dans le projet associatif** d'un souci de repositionner les ressources humaines au sein d'une « gestion prévisionnelle des emplois et compétences » : la définition de fonctions, définies de façon commune au sein de l'association PEP 01 a ainsi été décidée en 2015, et va faire l'objet d'un premier ajustement dès l'an prochain.

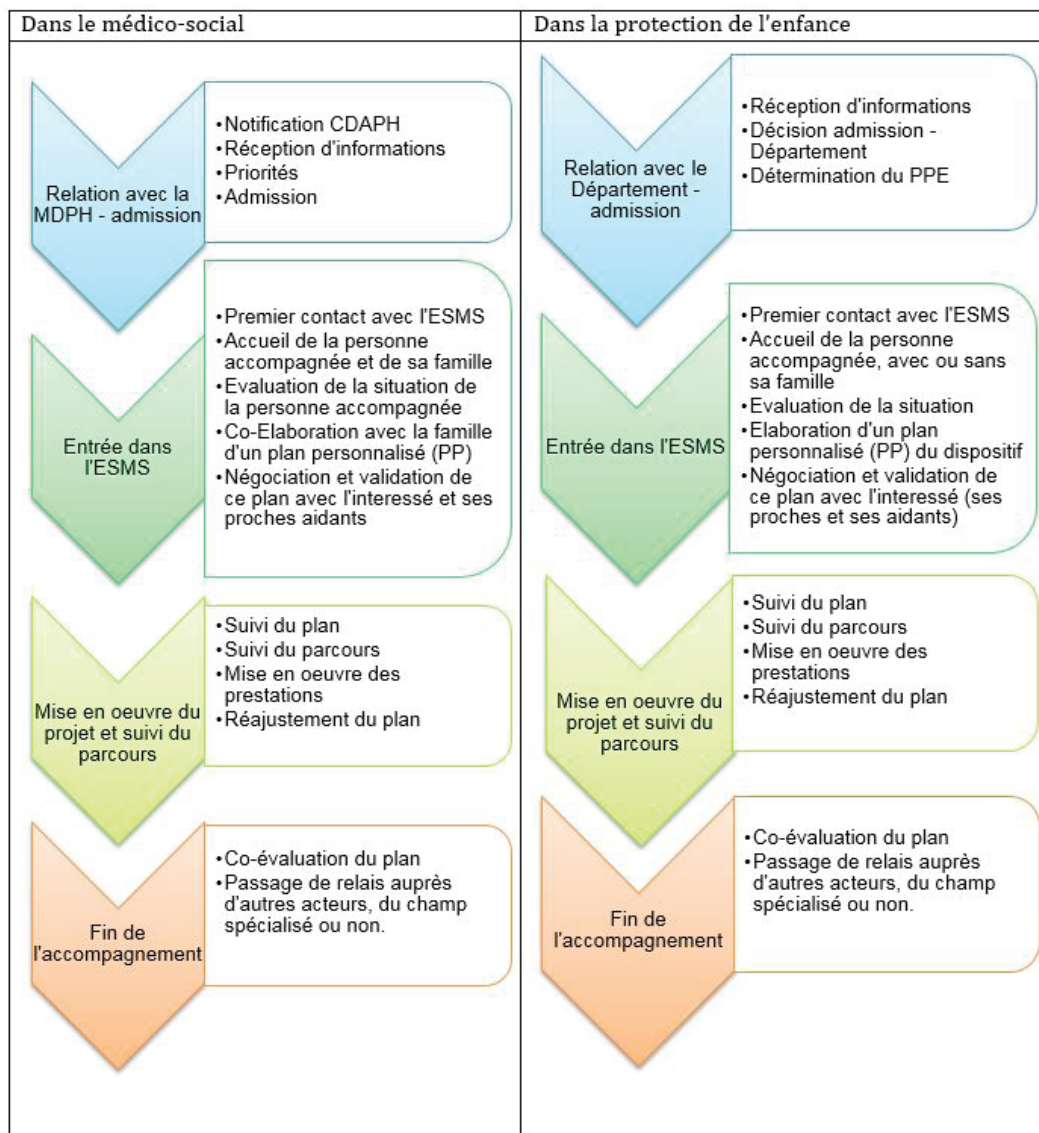
Comme cela va de soi, aucun de ces changements ne doit s'opérer sans garde-fou et soutien : le dialogue social, une bonne dose de formation, initiale et continue, le souci de la qualité de vie au travail et la perception par chacun de la raison d'être de chaque acteur. La démocratie associative consiste donc à associer à ces changements les parties prenantes : bénévoles, bénéficiaires, familles, salariés, qu'il convient inlassablement d'écouter et de vouloir convaincre, avec comme boussole générale la bientraitance des bénéficiaires au final.

VI - UNE CHARTE ASSOCIATIVE POUR ENGAGER TOUTES LES PARTIES PRENANTES ASSOCIATIVES

Au final, est annexée au présent projet associatif une « Charte associative d'engagement relative à la coordination/médiation de parcours personnalisé des bénéficiaires des structures des PEP 01 ». Celle-ci trace des orientations et engagements, de façon transversale aux activités des PEP 01, en matière de coordination de parcours et de personnalisation de l'accompagnement des personnes vulnérables (soit en situation de handicap, soit en protection de

l'enfance, soit dans le champ large de l'action sociale plus ordinaire) accueillies et accompagnées par les différentes structures de l'association.

Par exemple avons-nous essayé de décrire par un processus unique les passages dans les unités sociales ou médico-sociales, comme suit :



VII - UN PROCESSUS D'HARMONISATION DES PRATIQUES EN CHANTIER...

Après avoir, expérimenté de nouveaux métiers, tenté une organisation fondée sur des dispositifs, même en protection de l'enfance, essaimé des coordinateurs de parcours dédiés dans chaque structure (à temps partiel ou plein), même en protection de l'enfance, défini des fonctions associatives pour chacun des 26 métiers de l'association, cartographié les besoins et prestations (SERAFIN –PH) de chaque ESMS, articulé Projet associatif et Projets d'établissements-services, écrit la charte, les principes de coordination, il reste du chemin à... parcourir. Citons deux ou trois chantiers structurants :

Une cellule associative de coordination de parcours, en 2 sous étapes :

- **2018/2019** : des formations communes, un outillage, des échanges de pratiques, une supervision commune : de la compétence pour un nouveau métier. Le PCPE, la participation aux GOS pour des PAG, ou les services nouveaux, au bénéfice par exemple d'un emploi accompagné pour les jeunes, peuvent être des laboratoires de futures cellules dédiées, telles les MAIA, à de la coordination renforcée de parcours, dans la logique de renforcement du droit commun, avec peu de prestations délivrées de façon spécifique.
- **À l'horizon 2020** est envisagé un service de coordinateurs, mais reste à régler les questions de gouvernance : Qui les manage ? Quels liens avec les ESMS, avec les managers de services, avec les professionnels d'intervention ? Comment actionner des prestations croisées ? Quels liens avec les partenaires, l'ASE, la MDPH, les enseignants référents ? Quel positionnement géographique ? Etc.

Enfin une question encore en balbutiement, celle du système d'information (comptage d'activité, adaptation du dossier informatisé usager pour en tirer des plans personnalisés référés aux besoins et aux prestations). Une étude en cours en région Auvergne-Rhône-Alpes, avec NEXEM-FEHAP-ARS, la participation de 3 ESMS de l'association à l'Étude Nationale de Coûts est évidemment autant de tests pour préparer ces évolutions, sans que l'on sache d'ailleurs si la réforme SERAFIN-PH sera menée à son terme et la forme qu'elle prendra dans l'allocation de ressources.

(EN CONCLUSION)

Dans son journal, Jules Renard, qui savait de quoi il parlait lorsqu'il décrivait l'enfance malheureuse, a estimé que « Le projet est le brouillon de l'avenir. Parfois, il faut à l'avenir des centaines de brouillons ». Cela ne prouve-t-il pas qu'il nous faudra encore quelques projets associatifs pour faire émerger la réponse accompagnée idéale pour tous que le secteur social et médico-social appelle de ses vœux depuis la sortie des rapports Hocquet-Piveteau-Dessaule. En tout cas, les associations, qui ont été à l'avant-garde de l'action sociale au XXème siècle, ont vocation semble-t-il, à penser des projets d'entreprise, au sein de l'économie sociale et solidaire, d'une certaine ambition si elles veulent embrasser l'ensemble des enjeux à venir pour parvenir à l'action (médico) sociale renouvelée qui est demandée par la puissance publique, pour le siècle en cours.