

Concurrence et *benchmarking* moteurs du changement

Jean-René Loubat

■ NOUVEAU CONTEXTE SOCIÉTAL ET TRANSITION MÉDICO-SOCIALE

Dans un monde qui change de plus en plus vite, la prospective devient une discipline plus indispensable que jamais. Elle doit s'appuyer sur les principaux moteurs repérables des évolutions de nos sociétés développées. Celles-ci se caractérisent en Europe par un déclin démographique et un vieillissement sans précédent de leur population, par une croissance ralentie (due à une redistribution des cartes géopolitique et géoéconomique¹) – et, à propos du cas français, par un chômage de masse considérable.

■ Le défi de la refonte du modèle social français

Ces seules caractéristiques suffiraient déjà à expliquer la problématique financière qui est celle de la France et conséquemment des secteurs de l'action sociale et médico-sociale qui, rappelons-le, sont tributaires de la croissance et de la situation économique de notre pays. Les besoins de service aux personnes croissent plus vite que les ressources ! Les dépenses sociales représentent actuellement à elles seules 33 % du PIB de l'Hexagone, contre moins de 25 % au

Jean-René Loubat est docteur en sciences humaines, psychosociologue-consultant et auteur, président d'honneur du think tank Parcours et Innovations (www.jeanrene-loubat.fr).

1. Jean-Simon Tabournel, *32 leçons sur les défis géopolitiques du XXI^e siècle*, Lyon, Chronique sociale, 2010 ; Jean-Hervé Lorenzi, *Un monde de violences. L'économie mondiale 2015-2030*, Paris, Eyrolles, 2014 ; Jean-Hervé Lorenzi, « Le vieillissement, un phénomène mondial », dans Pierre Dockès, Jean-Hervé Lorenzi (dir.), *Le choc des populations. Guerre ou paix*, Paris, Fayard, 2010 ; Philippe Dessertine, *Ceci n'est pas une crise, juste la fin d'un monde*, Paris, A. Carrière, 2009.

début des années 1980. C'est davantage que dans les pays les plus « assistantiels » comme les pays scandinaves. Nous avons plus particulièrement développé dans nos derniers ouvrages les diverses conséquences socio-économiques – et donc politiques – de ce déséquilibre avec force éléments chiffrés². Les aberrantes et inefficaces mesures de confinement suite à la pandémie de Covid-19 vont d'ailleurs définitivement boucher l'horizon économique et social de notre pays en déclenchant un véritable tsunami de faillites, de chômeurs et de situations précaires...

La France, qui est passée en peu de temps du rang de 4^e à 7^e puissance mondiale³, ne possède plus les moyens de financer son modèle historique d'État providentiel et hyper-centralisé. Jetant un regard responsable dans le rétroviseur, le porte-parole du gouvernement reconnaissait lui-même en 2018 : « Depuis vingt ans, les majorités ont saupoudré, subventionné, multiplié les plans et organisé méthodiquement l'aumône républicaine d'un État-providence sans boussole⁴. »

La baisse durable (mais relative) des ressources allouées aux secteurs d'activité qui nous intéressent ne peut donc que se poursuivre inéluctablement... Ce processus provoque un choc de transition et la nécessité d'un changement conséquent de modèle afin « d'optimiser les ressources », tandis que l'action sanitaire, sociale et médico-sociale représente des pans de plus en plus importants de l'activité et de l'emploi de nos sociétés développées. Il s'agit là, à n'en pas douter, d'un véritable challenge pour les opérateurs, leurs managers et leurs professionnels de proximité. La mise en œuvre et la maîtrise de ces changements constituent le passionnant questionnement actuel des opérateurs qui veulent aller de l'avant.

112

■ Affirmation individuelle et défiance vis-à-vis des institutions

Mais l'on aurait grand tort de réduire cette transition à la seule logique de maîtrise des dépenses publiques, même si cette dernière en constitue l'incontournable principe de réalité. Cette transition s'avère également une *révolution culturelle* – que nous avons annoncée voici trente ans déjà⁵ – qui repose sur d'importants changements de mœurs et de postures : une affirmation des mouve-

2. *Concevoir des plateformes de service en action sociale et médico-sociale* (en collaboration avec Jean-Pierre Hardy et Marie-Aline Bloch), Paris, Dunod, 2016 ; *Optimiser les ressources des organisations sociales et médico-sociales*, Paris, Dunod, 2020.

3. La France s'est fait doubler tour à tour par la Chine, le Royaume-Uni, puis l'Inde... et le Brésil n'est pas si loin.

4. *Le Parisien*, 27 mai 2018.

5. Notamment dans « Le projet personnalisé », *Bulletin d'information du CREAI Rhône-Alpes*, 104, mars-avril 1992.

ments de consommateurs et de citoyens qui se considèrent désormais comme des « clients actifs » et non plus des usagers passifs, une attente de diversification des réponses au plus près de leur « projet de vie » et des situations traversées, une défiance accrue à l'égard des institutions.

Notre secrétaire d'État, Sophie Cluzel, dénonce en effet un état de fait conservateur qui a historiquement marginalisé le modèle français :

« On a bien vu qu'avec une politique "handicap" à part depuis 1975, les résultats ne sont pas bons. Il faut irriguer toutes les politiques publiques. [...] La prise en compte du handicap dans les établissements spécialisés après-guerre a généré un système à part⁶.

La rapporteuse de l'ONU, Catalina Devandas-Aguilar, avocate des droits de l'homme, lui emboîte le pas quand elle aborde les caractéristiques de notre pays avec beaucoup de lucidité :

« L'accent est mis sur la déficience de l'individu et non pas sur la transformation de la société et de l'environnement pour assurer des services accessibles et inclusifs ainsi qu'un accompagnement de proximité. Non seulement ce type de réponses isolées perpétue la méprise selon laquelle les personnes handicapées seraient « objets de soins » et non pas « sujets de droits », mais il accentue leur isolement face à la société et entrave et/ou retarde les politiques publiques visant à modifier l'environnement de façon radicale et systématique pour éliminer les obstacles, qu'ils soient physiques, comportementaux ou liés à la communication⁷. »

En cause, comme l'évoque le professeur Chapiro dans un chapitre très pédagogique sur les classifications⁸, la principale caractéristique de notre dispositif français, qui a été celui d'une vision pathologique du handicap issue des notions d'*invalidité* et d'*inadaptation*, qui participa à enfermer le handicap dans une approche médicale ; ensuite, celui d'un internement, calqué sur le modèle de la psychiatrie et de sa *doxa*, qui entraîna un véritable *développement séparé*.

Quoi qu'il en soit, la nouvelle donne qui se dessine amène les opérateurs sociaux et médico-sociaux à réinterroger leur positionnement, à devoir anticiper l'avenir et élaborer une stratégie prospective de développement afin de s'adapter au nouveau contexte, à promouvoir de nouvelles organisations (du genre plateformes de

6. Interview de Sophie Cluzel, *ASH*, 3074, septembre 2018.

7. *Ibid.*

8. François Chapiro, « Du handicap au handicap psychique : itinéraire d'une construction sociale », dans Marcel Jaeger (dir.), *Usagers ou citoyens ?*, Paris, Dunod, 2011.

service), à mieux ajuster les compétences de leurs professionnels à leurs missions (GPEC⁹), à coopérer davantage au travers de réseaux de compétences et de partenariat.

■ UN CHANGEMENT COPERNICIEN DE PARADIGME

La notion de *parcours* s'impose comme le nouveau paradigme remplaçant ou transcendant peu à peu celui de *cursus institutionnel* (du CAMSP à l'EHPAD...) lié à des filières d'établissements et de services qui avaient structuré jusqu'alors le secteur de l'action médico-sociale. La primauté du parcours entérine le recentrage sur la personne, évoqué par les textes législatifs de ces dernières décennies, et signe l'adoption d'une vision dynamique de l'existence. Fondamentalement, il s'agit de la principale clé qui ouvre les nouvelles perspectives de la transition évoquée. Les conséquences s'avèrent multiples, tant au plan du regard porté sur la personne en situation de handicap et ses besoins, qu'au plan des prestations proposées et des pratiques professionnelles, ou des organisations et du partenariat envisagés. En outre, le parcours de vie peut être décomposé en sous-parcours : parcours de santé, parcours scolaire, parcours professionnel, parcours familial et relationnel, etc.

114

■ Dynamique du parcours et logique de service

La Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie (CNSA) nous livre une définition du parcours dans un de ses documents intitulé « Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé » :

« La notion de parcours de vie recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de la vie : personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne. Utilisée dans le champ de la santé (au sens large de l'OMS), la notion de parcours de vie désigne l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes "périodes" et transitions qu'elle connaît. Ces derniers affectent son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale¹⁰. »

Le parcours est constitué, comme pour chacun d'entre nous, d'aléas, d'événements improbables, favorables ou défavorables, de désagréments ou d'heureuses surprises, de loopings et d'allers et retours ; bref, la vie n'est pas une autoroute ! Par conséquent,

9. Gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

10. www.CNSA.fr.

accompagner un parcours sous-entend la nécessité d'en suivre les sinuosités et les péripéties.

Les orientations inclusives associées au parcours créent indéniablement une nouvelle complexité et la nécessité d'assurer la cohérence et la continuité de diverses interventions dans le milieu même de la personne. Ce qui amène à repenser la notion même d'établissement – voire à l'abandonner – pour opérer davantage en réseau, en partenariat avec de multiples acteurs et services, posant ainsi la nécessité d'une véritable *coordination*¹¹ au sein de plateformes de services capables de proposer une palette diversifiée et modulable de prestations. Dès lors, la référence d'une personne bénéficiaire n'est plus à proprement parler un établissement, mais son coordinateur de parcours qui assure l'ajustement entre, d'une part, les besoins et la situation de cette personne et, d'autre part, les services qui lui sont proposés, ainsi que la liaison opérante entre les divers intervenants impliqués dans le temps (parcours) et dans l'espace (territoire).

Bref, à une culture historique des murs et à une logique d'établissement, issues de « l'hospitalisme » (qui s'exprimaient notamment par l'équation : un cas = une place = une structure), se substituent une culture de la personne et une logique de service personnalisé qui se traduisent en termes de *projet de vie* et de *parcours personnalisé de promotion*.

Une même personne doit alors pouvoir bénéficier des prestations de plusieurs services, agencés en fonction de ses besoins spécifiques, puisque le recentrage sur la personne et son parcours singulier entraîne une diversification naturelle des structures offrant des prestations. C'est dans cet esprit que le rapport Vachey-Jeannet énonçait en 2012 qu'« il faut refonder le financement des ESMS sur l'objectivation et la liaison entre les besoins des personnes qui sont accueillies et les réponses qui leur sont apportées¹² ».

L'intervention sociale et médico-sociale devra *de facto* s'orienter vers une forme de coaching social personnalisé, plus apte à répondre aux besoins et aux situations concrètes de la vie des personnes bénéficiaires et à leur parcours de vie. Par conséquent, de nouveaux cadres d'exercice professionnel et de nouvelles formations se dessinent.

11. Cf. Marie-Aline Bloch., Léonie Hénaut, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod, 2014 ; Jean-René Loubat, *Coordonner parcours et plans personnalisés en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, 2013 et 2017.

12. Argument et formulation repris par la mission SERAFIN-PH.

■ Coaching et coordination de parcours

Le rôle de coordinateur de parcours fait précisément partie de ces nouvelles fonctions émergentes¹³ (gestionnaire de cas, coordinateur de réseaux, chargé de développement, assistant personnel, conseiller en évolution professionnelle, coach de vie, coach familial, etc.) qui viennent enrichir l'éventail de compétences des dispositifs sociaux et médico-sociaux. Cette fonction de coordination est à la fois une conséquence directe du recentrage sur la personne accueillie (impulsée, comme nous l'avons vu précédemment, par les évolutions du contexte sociétal, la doctrine internationale de référence, les nouvelles politiques publiques et les textes législatifs) et de la complexification croissante des partenariats et des organisations dans ces secteurs d'activité.

Le coordinateur de parcours assure la liaison cohérente entre le projet de vie de la personne (ses aspirations), ses compétences et les ressources de son environnement. Il structure un *plan d'accompagnement* avec les partenaires nécessaires et veille à sa bonne réalisation ou aux ajustements nécessaires. Dans ce cadre, il constitue un interlocuteur privilégié pour la partie bénéficiaire, relais de ses attentes et de ses intérêts, et, plus largement, représente une interface facilitatrice entre les divers acteurs (parents, enfants, adolescents, professionnels de l'établissement et partenaires externes).

Le coordinateur de parcours remplit une fonction très relationnelle, en face à face avec le bénéficiaire mais aussi au cœur d'un réseau d'intervenants et de partenaires, qu'il s'agisse des proches ou des aidants des bénéficiaires, des professionnels de dispositifs ou bien d'acteurs de l'environnement. Bref, outre des capacités d'organisation et de mise en forme écrite, le coordinateur de parcours et de projets doit maîtriser les processus de communication, de consultation, d'entretien, de négociation et savoir faire preuve de diplomatie.

■ La matrice du *case management*

La coordination de parcours porte parfois d'autres noms selon les pays ou les tendances (on parle tour à tour de *case manager*, de *care manager*, de *disability management coordinator*, de *health coordinator*, de *return to work coordinator*, de *gestionnaire de cas* ou de *ressources* [au Québec]). Elle appartient à une matrice historique, celle du *case management*. Le *case management* comprend

13. Jean-René Loubat, « Coordinateur de parcours : la fonction pivot des dispositifs sociaux et médico-sociaux de demain », *Les Cahiers de l'Actif*, 492-495, mai-août 2018 ; « Coordinateur de parcours : une nouvelle fonction à part entière », *ASH*, 3105, 5 avril 2019.

tout à la fois une orientation sociale, une posture relationnelle et un ensemble de procédés professionnels. Il s'appuie sur une prise de conscience que les modèles d'assistantat social étatiques touchent à leurs limites, que ce soit en termes d'efficacité comme de ressources allouées. D'une part, ces derniers n'ont pas toujours fait la preuve de leur capacité à atteindre leurs objectifs : favoriser le retour à l'emploi, extraire des publics de la précarité, réduire la marginalité ou la délinquance ; d'autre part, la nouvelle donne économique internationale ne permet plus aux États, même les plus développés, de poursuivre aveuglément dans la voie d'une distribution inflationniste d'allocations et de ressources.

Le *case management* propose de traiter le problème de la précarité, de la situation de handicap ou de l'état de santé sous un autre angle, celui de la situation personnelle d'un individu dans un environnement donné, en s'appuyant sur ses ressources propres et en bâtissant un plan d'action doté d'objectifs et s'inscrivant dans une durée déterminée. Le *case management* concerne des domaines très divers, comme le retour à l'emploi, l'accompagnement dans un processus complexe de soin, l'accès au logement, la réalisation d'un projet de vie, etc. J'évoquais dès les années 1980 cette double nécessité de personnalisation et de prise en compte écosystémique dans le domaine psychiatrique où j'intervenais alors¹⁴.

Tour à tour avocat, courtier et coach, le coordinateur de parcours obéit à une méthodologie qui comprend les étapes suivantes :

- l'accueil de la personne bénéficiaire ;
- le recueil de son projet de vie et de ses attentes ;
- l'appréciation de la situation de la personne bénéficiaire ;
- l'élaboration d'un plan d'accompagnement personnalisé (le plan d'action) et sa négociation ;
- le suivi de la mise en œuvre du plan et sa co-évaluation ;
- les ajustements et évolutions de parcours.

La fonction de coordinateur de parcours s'est considérablement développée au cours de ces dernières années et possède un réel avenir du fait même de l'augmentation et de la diversification du partenariat. Elle ressemblera sans doute progressivement à une forme de

14. « Les compétences sociales du malade », *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, 4, 1988.

« coaching social personnalisé ». Des débats auront nécessairement lieu afin de savoir si ces coordinateurs doivent demeurer au sein des opérateurs ou s'ils doivent leur devenir progressivement extérieurs afin d'échapper à des conflits d'intérêt...

À terme, la coordination de parcours pourrait d'ailleurs s'exercer au sein d'organisations de services à la personne, au service d'ONG et d'associations de défense des consommateurs ou représentatives des bénéficiaires, soit de manière libérale pour le compte direct de bénéficiaires, comme le prône Guillaume Weppe, consultant, ex-directeur de plateforme et défenseur engagé de l'inclusion :

« Mon point de vue serait que ce soit plutôt un service indépendant que l'utilisateur pourrait solliciter en direct avec des exigences propres et le financer lui-même. Cela renforcerait le système contractuel entre client et prestataires et la recherche d'une satisfaction client.

[...] Car en fait ce que l'on recherche auprès de ce service, c'est une compétence en termes de promotion de parcours de vie¹⁵. »

En attendant, et même si l'exercice indépendant se développe, nombre de services de coordination s'inscrivent au sein d'opérateurs, voire peuvent être avantageusement mutualisés entre plusieurs opérateurs, au même titre d'ailleurs que divers services et compétences.

VERS DE NOUVEAUX POSITIONNEMENTS ET DE NOUVELLES ORGANISATIONS

Le nouveau contexte sociétal qui s'est instauré et le changement de paradigme qui s'est imposé dans les secteurs de la santé et de la solidarité entraînent une ré-interrogation des positionnements et des fonctionnements des divers acteurs concernés. C'est bien à un *aggiornamento* global que nous avons affaire et non à une série de simples réformes comme nous en avons déjà si souvent connues. L'action médico-sociale se trouve en effet remise en question sur tous les plans :

– tout d'abord celui de ses relations avec ses bénéficiaires (tant en matière de prise en compte des projets de vie que des réponses apportées et des modalités d'accompagnement) ;

– l'interrogation s'avère donc à la fois d'ordre technique et éthique :

15. Guillaume Weppe, « La coordination de parcours, un service où tout est toujours possible », *Les Cahiers de l'Actif*, 504-507, mai-août 2018.

- celui de ses relations avec ses commanditaires et ses partenaires (nouveaux contrats, nouveau mode de financement, nouveaux rapports de coopération),
- celui de ses organisations (l'établissement traditionnel cède la place à des services, des dispositifs variés, des pôles de compétences et des plateformes de service),
- enfin, celui de son management (depuis la gouvernance jusqu'à la gestion des ressources matérielles et humaines : optimisation des ressources, GPEC, évolution des fonctions et nouvelles motivations).

■ Vers un new deal avec la puissance publique

La transition médico-sociale constitue donc un « phénomène global » qui renvoie directement à des politiques publiques et aux relations afférentes avec les citoyens. On peut parler à ce titre d'un *new deal public*, tant il s'agit de reconsidérer en profondeur les rapports entre la solidarité nationale et les initiatives privées, concernant des sujets fondamentaux comme la santé, les conditions de vie, l'accès au travail et à la culture, et plus largement à l'ensemble des services publics pour les membres d'une société.

Confrontée à ces phénomènes, la puissance publique cherche des **alternatives plus efficaces** aux modalités actuelles, tant en matière de santé, de gestion du vieillissement que de l'ensemble des diverses aides sociales. Visant une optimisation des ressources, elle modifie conséquemment ses relations avec les opérateurs sur lesquelles elle s'appuyait (voire se déchargeait) jusqu'alors ; elle introduit des notions comme l'évaluation, la qualité, la performance, l'efficacité, la concurrence, le *benchmarking* (en français : parangonnage), et tend à reprendre les choses en main. Elle redéfinit et contractualise – plutôt à son avantage d'ailleurs – les transactions avec les opérateurs privés, elle limite leur nombre par la hausse des exigences et les pousse à coopérer sur des territoires définis. Elle ne néglige pas la sollicitation d'opérateurs à but lucratif tout en sachant que la solvabilité de certains publics en limite le recours.

Tout cela n'a pourtant rien d'extraordinaire et de surprenant en soi car la plupart des pays développés possèdent les mêmes préoccupations. C'est bien plutôt un « choc culturel », plus spécifique à notre pays et son histoire, qui occasionne d'infinis craintes, débats et spéculations... Des pays comme le Canada, les pays scandinaves, le Royaume-Uni, puis plus récemment ceux d'Europe du Sud, ont su opter pour des systèmes plus inclusifs et moins dispendieux sans déclencher de réactions particulières.

En effet, la France est un pays hyper-étatisé qui a développé une économie administrée peu commune englobant tout un ensemble de secteurs d'activité, dont ceux de l'action sociale et médico-sociale qui avaient pris des habitudes de financement reproductibles sans contrepartie. La reprise en main change la donne et modifie les réflexes dans les relations entre acteurs, ce qui fait « crier au loup » certains d'entre eux, dénonçant un abandon du service public ou sa déqualification. Ces simplifications idéologiques masquent pourtant la plupart du temps la protection de pré carrés, de marchés captifs et de corporatismes divers.

■ Concurrence, comparaison et progrès

Parmi les simplifications fréquemment évoquées, il est question de dénoncer la *concurrence*, terme fétiche de tous les antilibéraux, et par une chaîne sémantique classique – héritée du catéchisme marxisant – on entend rapidement *compétition*, *marché*, *profit*, *marchandisation*, *huberisation*, *mondialisation*, etc. Ces termes, bien souvent davantage employés pour leur résonance émotionnelle et idéologique que pour leur signification rationnelle, doivent être ramenés à leur étymologie.

120

Par exemple, les concurrents (du latin *cum occurrere*) ne sont pas nécessairement des ennemis mais également ceux qui vont au-devant l'un de l'autre, qui se rencontrent, qui vont dans la même direction ou qui mènent une activité similaire. La concurrence ne se résume pas à une lutte ou un affrontement brutal entre acteurs, une espèce de « darwinisme social » comme l'appellent volontiers ses critiques (c'est d'ailleurs tristement travestir l'œuvre de Darwin qui ne mérite pas ça...).

La concurrence entraîne la comparaison, et de la comparaison naît l'amélioration (tel est l'intérêt du *benchmarking*). La recherche de progrès se trouve au cœur de la condition humaine, elle en constitue même le marqueur le plus singulier et le plus mystérieux. Elle relève aussi de l'ordre du défi personnel : par exemple, le perfectionnisme de l'artiste relève bien d'une concurrence (permanente, voire parfois sans issue) entre soi et un idéal de soi. Le créateur qui est immédiatement satisfait de son œuvre, dans quelque domaine que ce soit, ne possède aucune chance de devenir talentueux. Celui qui refuse la comparaison refuse le progrès ou en tous les cas s'exclut de sa quête.

La « concurrence déloyale » vise précisément à éviter toute comparaison possible et donc à briser les concurrents. Elle n'est pas la concurrence mais en constitue la perversion ; en quelque sorte l'équivalent du dopage dans le sport... Notons que parmi ceux-là mêmes qui dénoncent aujourd'hui l'idée de *concurrence*

entre prestataires, nombreux sont ceux qui ont établi des rentes de situation quasi monopolistiques... Ce qui constitue d'ailleurs l'un des principaux obstacles aux coopérations, fusions ou rapprochements entre acteurs qui apparaissent aujourd'hui souhaitables.

■ La nécessité de nouvelles organisations

Dans toutes les sociétés, l'organisation du travail répond au double souci de coopération et d'efficacité, c'est-à-dire de la meilleure utilisation possible des ressources matérielles et humaines pour le meilleur résultat souhaitable¹⁶. Cependant, les configurations juridiques et concrètes dans lesquelles s'inscrit cette organisation du travail varient selon les sociétés, les cultures, les époques, les technologies, les circonstances, etc. La sociologie des organisations s'intéresse donc nécessairement aux dimensions historique et géopolitique, en quête d'une « généalogie » des formes sociales organisées.

Les organisations sanitaires et sociales sont les héritières d'institutions confessionnelles et caritatives ou à vocation de transmission culturelle : couvents, hospices, écoles. Elles ont en partie échappé à la Révolution industrielle touchant les organisations productrices de biens. En partie seulement car l'émergence de la notion de services consommables et leur progressive technologisation ont contribué à transformer certaines institutions – l'hôpital par exemple – pour qu'elles deviennent des hauts lieux de technicité et de recherche d'efficacité. Mais les institutions sociales et médico-sociales, de par leur vocation fortement caritative et idéologique, sont demeurées largement à part, confinées dans une marginalité de fait, porteuses d'une culture assistantielle (la *solidarité* représentant la version laïco-républicaine de la *charité*).

La fin du XX^e siècle les voit cependant rattrapées par les préoccupations sociétales dominantes et des exigences de normalisation (culturelle, administrative et juridique) et de rationalité (gestionnaire, économique, technologique). Ce mouvement ne va désormais plus cesser de s'amplifier. La puissance publique – qui est leur principal commanditaire et financeur – leur demande à la fois de s'adapter aux attentes de leurs publics dans une logique de prestations de service et de répondre aux exigences d'efficacité de toute organisation, y compris les organisations de service public ou d'intérêt général¹⁷.

16. Notons au passage que ce sont paradoxalement ceux-là mêmes qui fustigeaient « l'exploitation de l'homme par l'homme du capitalisme » qui ont poussé le plus loin cette obsession d'efficacité avec le fameux « stakhanovisme »...

17. C'est la vocation de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) instaurée par la loi dite HPST de juillet 2009.

Cette demande sollicite une véritable « réingénierie » (*reengineering*) qui consiste à re-conceptualiser radicalement une organisation et ses processus afin d'en repenser le fonctionnement pour améliorer son efficacité globale, qu'il s'agisse de la qualité de ses produits et prestations, de son processus de production, de sa communication, de sa distribution, etc.

■ Plateformes de service et plasticité organisationnelle

Nous nous dirigeons par conséquent vers le dépassement historique du concept d'établissement comme entité spatiale et budgétaire pour aller vers une nouvelle variété de services, beaucoup plus souples, plastiques, adaptatifs et réactifs, qui interviennent auprès de l'environnement du bénéficiaire, ou à son domicile, de façon personnalisée et contractuelle (comme le prône le rapport de l'ONU). Ces services peuvent constituer de nouvelles organisations « satellitaires¹⁸ », conçues selon des modèles circulaires et non plus linéaires et pyramidaux, obéissant à une articulation souple et évolutive de processus complémentaires les uns aux autres et proposant un véritable accompagnement à la carte.

Dans une organisation moderne, dont la réactivité est l'une des principales vertus, la re-modulation nécessaire doit être rendue rapide et simple. Le terme de *plateforme* est un générique qui convient pour désigner cette nouvelle variété d'organisation à géométrie variable, capable de restreindre ou d'étendre ses champs de compétence. Nous pouvons définir celle-ci comme : « Une entité cohérente possédant un statut unique regroupant, pilotant et coordonnant divers services complémentaires et modulables afin d'accompagner dans leurs parcours respectifs des destinataires communs¹⁹. »

Cette notion de plateforme peut toutefois désigner des réalités diverses, allant de plateformes virtuelles mettant en relation *via* Internet des consommateurs et des prestataires à des plateformes très matérialisées possédant des locaux et des ressources humaines importantes. Les deux types de plateformes coexistent actuellement concernant les secteurs qui nous intéressent. À plus long terme, les plateformes de service ont vocation à s'éloigner de plus en plus des ESMS traditionnels pour devenir des réseaux inclus dans l'environnement, réseaux comprenant en guise de noyau un centre de coordination et un service logistique et managérial minimal (ce dernier devant être de plus en plus concentré et allégé).

18. Satellitaires parce qu'en orbite autour des bénéficiaires et de leurs besoins.

19. Jean-René Loubat, Jean-Pierre Hardy, Marie-Aline Bloch, *Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, 2016.

Pour l'instant, les plateformes de service proposent de mutualiser les ressources des (ex)établissements et (ex)services afin de répondre aux seuls besoins manifestes et d'optimiser l'utilisation des ressources en évitant les doublons, triplons, etc. Plusieurs démarches actuelles de mise en plateformes sont significatives des méthodes de réingénierie telles que regrouper plusieurs postes en un seul, réduire les niveaux hiérarchiques, mettre les tâches en parallèle plutôt qu'en série, créer un point de contact unique pour le client, etc.

Ces plateformes de service ressemblent à des marguerites de prestations ayant pour cœur une cellule d'accueil et de coordination des parcours, véritable instance de promotion sociale, chargée d'identifier la situation de chaque bénéficiaire, de réaliser un *check-up* de ses besoins, de ses compétences et des ressources de son environnement afin de planifier un plan d'accompagnement et de développement personnalisé. Dans l'avenir, de telles cellules pourraient être habilitées à établir des états des lieux des besoins, des bilans de compétences, de véritables diagnostics de situation et à susciter des réseaux de prestations autour d'un bénéficiaire devenu davantage demandeur par les systèmes de compensation actuels (cf. la loi du 11 février 2005) ou à venir. La mise en place des PCPE (pôles de compétences et de prestations externalisées) dans la foulée du rapport de Denis Piveteau répond d'ailleurs à cette attente.

On l'aura compris, ces plateformes vont de pair avec une nouvelle approche inclusive et de nouvelles postures professionnelles, elles ne peuvent en aucun cas désigner de simples agrégats d'établissements ou services existants. Pourtant, la tentation est forte pour certains opérateurs de céder à un effet de mode et de rebaptiser leurs anciens complexes « plateforme de services »...

■ Un management en ébullition

Le changement important d'organisation que génère l'évolution actuelle et à venir des dispositifs d'action sociale et médico-sociale déconstruit en partie les repères traditionnels et peut donc créer un sentiment d'insécurité chez certains acteurs professionnels (d'où les formules répétées comme des mantras : « C'était mieux avant ! » ou « On le faisait déjà ! »).

La progressive reconfiguration des opérateurs médico-sociaux en de nouvelles organisations (plateformes de service) entraîne notamment le déclin de certaines fonctions et l'apparition de nouvelles, et donc un élargissement et une modification des organigrammes : par exemple, les demandes relationnelles, de vie affective et sexuelle, de la part d'adultes en situation de handicap, amènent l'émergence de nouvelles prestations et de nouvelles compétences (*love coach*,

conseiller conjugal, sexologue, etc.). D'autres demandes inclusives vont dans le même sens : affirmation de *job coach*, *home coach*, *school coach*, pair-aidant, gestionnaire de cas, coordinateur de parcours, coordinateur de réseau, assistant personnel, etc.). De même, nous pouvons fort bien imaginer qu'un quelconque service d'aide à la vie sociale aura besoin demain d'experts en domotique, robotique, communication assistée...

La reconfiguration modifie également les repères identitaires : dans une organisation en plateforme de services, les personnels sont affectés à de nouveaux services plus spécialisés, en fonction de leurs champs dominants de compétences et d'expériences, et non plus à un établissement ou un service polyvalent au sens classique.

Quant aux cadres, ils voient aussi leurs rôles évoluer au sein d'organisations moins verticales et plus transversales : ils sont amenés à passer d'une place dans une cascade hiérarchique (directeur général, directeur de pôle, directeur, directeur-adjoint ou chef de service d'une structure) à une mission de chef de projet plus ciblée au sein d'une équipe de direction (responsabilité d'un service déterminé, coordination d'un champ organisationnel : qualité, information, ressources humaines, gestion des parcours, etc.) ou encore à des missions d'ingénierie.

L'un des enjeux majeurs du management de demain, soucieux de rendre les organisations plus efficaces, portera sur sa capacité à responsabiliser davantage l'ensemble des acteurs. Les organisations intelligentes reposeront plus que jamais sur la *responsabilité personnelle* (et non plus seulement sur l'autorité officielle et l'expertise supposée), sur la sollicitation de toutes les compétences détenues (et non plus seulement celles d'une fonction arbitrairement déterminée par un référentiel métier ou un référentiel de formation). Pour cela, il s'agit de promouvoir les possibilités d'*autocontrôle* des pratiques chez les professionnels. Ce qui nécessite de les recentrer sur l'atteinte d'objectifs, de les former à enrichir qualitativement leurs modes d'observation et d'appréciation des comportements et performances des personnes accueillies au moyen d'un outillage spécifique.

L'une des clés de ce nouveau management est de transformer chaque acteur de l'organisation en un *promoteur de qualité* pour les situations et processus de travail qui le concernent. La *démarche qualité totale* (TQC), inspirée historiquement par les entreprises japonaises, est née de ce souci de « rassembler tous les ruisseaux d'amélioration de l'organisation pour constituer un grand fleuve ».

Mais un tel management ne peut être opérant que si chacun de ses acteurs a la volonté de faire fonctionner son entreprise, si chaque

professionnel dispose d'une *bonne lisibilité de l'utilité de l'organisation*, s'il y adhère et s'il est convaincu de la nécessité et de la capacité de l'organisation à atteindre ses objectifs. Mieux encore, s'il peut agir lui-même sur l'amélioration des processus qui lui permettent d'atteindre les objectifs (par exemple, par sa contribution à des groupes de progrès).

Le professionnel doit donc s'identifier aux résultats de cette organisation et se sentir valorisé par l'appartenance à cette « communauté de destin » qu'on appelle une entreprise, y compris par un intéressement financier – question taboue qu'il faudra pourtant bien traiter tôt ou tard si l'on ne veut pas niveler par le bas et générer une immense démotivation comme dans le secteur de l'enseignement public...

Pour nous résumer, les conséquences managériales de la transition médico-sociale reposent largement sur la capacité des employeurs à promouvoir et à organiser le changement, à gérer les phénomènes identitaires et d'appartenance, bref, à développer une véritable *culture d'entreprise*.