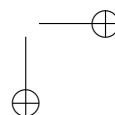
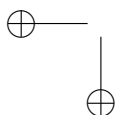
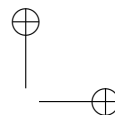
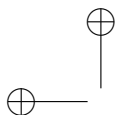


Élaborer un projet d'établissement ou de service

en action sociale et médico-sociale




Élaborer un projet d'établissement ou de service

en action sociale et médico-sociale

3^e édition

Jean-René Loubat

DUNOD

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>		<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
--	---	--

© Dunod, Paris, 2012
ISBN 978-2-10-057563-3

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Sommaire

<i>Introduction</i>	1
---------------------	---

PREMIÈRE PARTIE

NOUVEAU CONTEXTE SOCIÉTAL ET NOUVELLES RÈGLES DU JEU

1. Les ESMS à l'épreuve de la prospective	15
2. Les ESMS à l'épreuve de leur histoire	45
3. Les ESMS à l'épreuve de la performance	75
4. Les ESMS à l'épreuve des lois	99

DEUXIÈME PARTIE

L'ÉLABORATION D'UN PROJET

5. Choisir une méthode, établir un plan	129
6. L'utilité sociale de l'ESMS	155
7. L'environnement de l'ESMS	179
8. Identifier et présenter ses prestations de service	203
9. Accueil et personnalisation	235
10. La participation des bénéficiaires	267

VI

SOMMAIRE

11. La bientraitance et la qualité	293
12. Les ressources matérielles de l’ESMS	321
13. Les ressources humaines de l’ESMS	343
14. L’organisation de l’activité	369
<i>Conclusion. Pour une maîtrise de la croissance des organisations</i>	393
<i>Bibliographie</i>	397
<i>Table des matières</i>	403

Introduction

D'UN SIMPLE CREDO témoignant d'un engagement, en passant par les projets institutionnel, pédagogique, thérapeutique ou éducatif des années 80, jusqu'aux projet d'établissement, projet de service, projet associatif, projet de vie, ou encore projet personnalisé d'aujourd'hui, le *projet* s'est imposé comme un concept phare dans les divers secteurs de l'action sociale, médico-sociale et sanitaire. Dans un univers en mouvement permanent, le projet répond à une nécessité vitale : celle d'affirmer un but, une position et une identité. La loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, exige des établissements et services qu'ils remettent tous les cinq ans leurs projets sur l'établi, l'occasion de ré-interroger les positionnements et les services rendus, d'imaginer d'autres scénarios, de modifier les organisations, de réinsuffler éventuellement un sens à cette « communauté d'action et de destin » que doit être une entreprise humaine, si elle veut perdurer dans de bonnes conditions, c'est-à-dire sans user prématurément ses bénéficiaires, ses partenaires et ses personnels...

Les premières organisations à se doter de projets d'entreprises formalisés comme tels (*beliefs*) furent les multinationales américaines, notamment IBM, suivies un peu plus tard par les entreprises japonaises. Comme pour la démarche qualité, c'est lors de voyages d'études dans ces pays que les chefs d'entreprise français ramenèrent cette idée de projet d'entreprise dans leurs bagages... une idée qui devait peu à peu s'étendre à tous les domaines d'activités.

LE PROJET, MARQUEUR DE LA VOLONTÉ HUMAINE

La question du projet a pris une ampleur toute singulière dans nos sociétés développées, et donc dans les domaines qui concernent plus

particulièrement cet ouvrage, ceux de la santé et de la solidarité. En effet, le projet s'impose comme un concept incontournable pour une raison majeure : la rapidité historique des changements, qu'ils soient d'ordre social, culturel, technologique ou économique, entraîne une régulière déstabilisation des conceptions et des rituels établis et nécessite par conséquent de faire preuve d'une anticipation, d'une réactivité et d'une adaptation beaucoup plus considérables qu'auparavant.

Le projet constitue par conséquent un « processus de transformation » qui ré-interroge les identités, le sens et les valeurs de toutes les entreprises : s'il se présente comme un exercice de style spéculatif, c'est qu'il vise à repenser une forme sociale, son utilité et son fonctionnement, dans le but de distribuer une nouvelle donne.

Concernant les formes sociales qui nous intéressent, à savoir des entreprises au service des personnes – que ces dernières soient en situation de handicap, de souffrance ou de difficultés – le projet s'avère par excellence une « déclaration d'existence », répondant à deux questions fondamentales : quoi et comment ? Quelle est l'intention de tel ou tel établissement ou service susceptible de réunir un certain nombre d'acteurs et comment celui-ci compte-t-il s'y prendre pour la réaliser ? Le choix arrêté des « appels à projets », impulsé par la loi dite HPST¹, sollicite particulièrement les opérateurs en ce sens et donc leurs capacités à anticiper et à innover, c'est-à-dire à penser de nouveaux systèmes d'action plus efficaces et plus performants. Au premier abord, cette procédure – qui est une révolution – semble limiter l'initiative et les marges de manœuvre des opérateurs, mais en fait, elle privilégie ceux qui possèdent un temps d'avance et une vision prospective, ceux qui ont déjà de vrais projets sous la main. Concrètement, si la puissance publique réaffirme son rôle de commanditaire – ce qui n'a rien de choquant puisqu'elle est aussi financeur –, les opérateurs demeurent toujours force de propositions à la condition d'offrir des projets réalistes dans leur objet et rigoureux dans leur forme. En somme, l'appel à projets ne tue pas l'initiative et l'inventivité mais tend à écarter des projets autolégitimés et trop aléatoires. Et puis, est-il cohérent de pester à la fois contre le désengagement de l'État et contre sa reprise en mains de certains secteurs ?

En somme, et de manière prosaïque, le projet s'affirme aujourd'hui comme un document indispensable, permettant de bonnes lisibilité et traçabilité de l'utilité sociale de l'entreprise considérée, de son offre de services, mais aussi de son mode de fonctionnement et de son coût, ainsi que de ses engagements éthiques et qualitatifs.

1. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

LE PROJET COMME PRISE DE CONSCIENCE

Rappelons-nous la fameuse formule énonçant que ce qui différencie l’abeille de l’architecte, c’est que le second construit la cellule dans sa tête avant de la construire dans la ruche. Nous savons aujourd’hui que l’œuvre de l’abeille procède également d’un plan, mais qu’elle accomplit un schème préétabli, résultant d’une programmation de l’espèce. Cette abeille ne peut individuellement modifier le patron qui lui sert de modèle. Dans le même sens, des expériences réalisées dans l’espace, en état d’apesanteur, montrent qu’une araignée qui tisse sa toile dans de telles conditions – et produit une toile fatalement désarticulée –, s’avère incapable de constater l’étrangeté de son ouvrage et de le réajuster. Elle poursuit comme si de rien n’était.

Ces constatations sur l’intelligence inhérente au vivant nous renvoient à ce qui caractérise l’homme : la capacité de ne pas faire ce qui était exactement prévu, de s’extraire par la conscience de la routine comportementale et des contingences environnementales, de faire dévier le dessein initial, de le mettre en perspective avec un contexte, de l’adapter ou encore d’imaginer plusieurs scénarios et stratégies. La plus belle preuve d’humanité, c’est le *changement* et non la reproduction, le refus de l’inéluctable au profit de l’imagination – fut-ce parfois au prix d’une conscience malheureuse... Ce qu’exprimait le grand psychologue français René Zazzo sous la forme d’une espèce de boutade : « L’intelligence, c’est désapprendre ». Si l’homme, habité par son patrimoine de primate, peut être territorial et clanique, faire la guerre au Moyen-Orient ou ailleurs, il peut aussi refuser de la faire, aller sur la Lune ou sur Mars, construire des pyramides ou des cathédrales... se mobiliser pour penser sa vie et en modifier la course. Le projet est la prise de conscience du monde-autour-de-soi et de son existence dans ce monde (ce que les philosophes appellent une *Weltanschauung*).

LE PROJET COMME THÉORIE DE L’ACTION

Élaborer des projets nécessite donc la mise en œuvre de processus d’imagination, de préfiguration, d’anticipation, que l’on peut regrouper sous le vocable de *formalisation*. Cette formalisation est le fondement même de la pensée humaine qui classe et hiérarchise ; elle permet de passer d’un faisceau de sensations, puis d’informations à une configuration abstraite, pouvant faire l’objet d’opérations logiques et donc de modifications grâce aux langages (littéraire et mathématique).

Le projet résulte d'une abstraction – c'est-à-dire littéralement d'une prise de distance avec l'environnement – pour mieux agir sur celui-ci : c'est le plan de l'ingénieur qui représente les travaux à mener, c'est la carte du géographe qui permet de se repérer sur le territoire et contient déjà en germe l'idée de s'y déplacer ou d'y faire des conquêtes. Dans ce cadre, l'information (de *in-formare*, mettre en forme) est l'élément dynamique de toute construction et de toute modification, « c'est elle qui fait la différence », selon la très concise définition de Gregory Bateson².

En tant qu'il présuppose un état à venir, contestant l'ordre de l'environnement, le projet est une différence qui manifeste une mobilité de l'esprit. Toutefois, il peut demeurer lové sur lui-même, représenter un idéal et ne rendre aucun compte à l'environnement : c'est alors un *projet idéologique* qui menace rapidement de devenir une vision sclérosée, un délire sans lendemain. En revanche, mis à l'épreuve des circonstances, le *projet pragmatique* devient un exercice de négociation et de constante remise en cause, se soumettant à l'évaluation et acceptant les réajustements.

La démarche projet sous-entend des étapes agencées de façon circulaire (car aucune ne constitue vraiment le début du processus) : l'expérience vécue par l'acteur, la galaxie de représentations qui s'articulent progressivement entre elles à partir de cette expérience, l'émergence d'une compréhension (début d'une configuration), puis d'objectifs intéressants, enfin l'élaboration d'une stratégie précise.

Une telle démarche relève d'une « théorie de l'action », d'une *praxéologie*. Comme le montre la **figure 1** – certes de façon très simplifiée – l'acteur qui élabore un projet est amené à se poser quelques questions essentielles à tout système d'action (nous retrouverons plus loin ces mêmes questions à propos du projet d'établissement ou de service, comme dans le cadre d'une démarche qualité³).

LE PROJET COMME ENTREPRISE

La formule sonne presque comme un pléonasme, puisque le vocable d'*entreprise* signifie étymologiquement *dessein*, *projet*, mais aussi *œuvre*, *opération*, *aventure*, *attaque*, *séduction* ou *relation*. De fait, toute action dotée d'une finalité volontaire peut être taxée d'entreprise (« Belle marquise, comme je voudrais vous entreprendre ! » comme l'évoquait la plume de Molière). Ce rappel sémantique n'est pas inutile pour redonner

2. In *Vers une écologie de l'esprit*, Le Seuil, 2^e éd., 1980.

3. La « roue de Deming » (ou système PDCA), schéma fondamental d'une démarche qualité, reprend sensiblement les mêmes étapes.

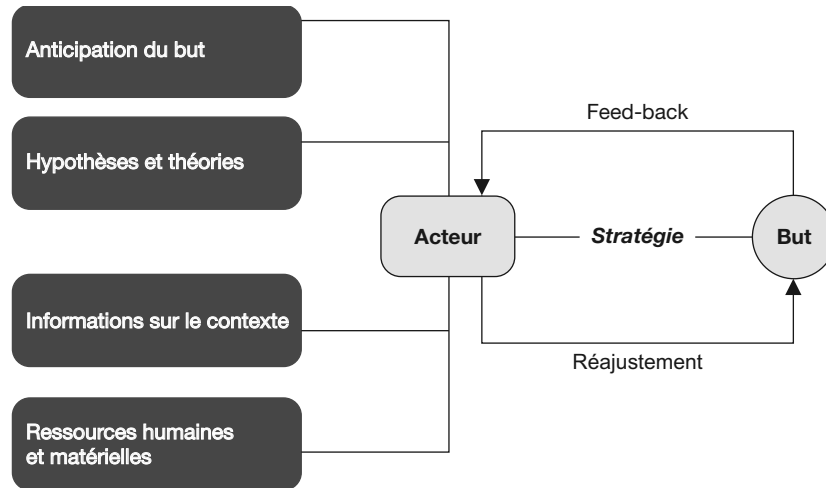


Figure 1. Schéma de l'action

à ce terme toute sa plénitude, dans la mesure où la révolution industrielle et la doctrine libérale en firent peu à peu le concept clé d'un système de production de richesses et la figure emblématique du « monde libre ». Ce terme, de plus en plus connoté, finit par se confondre avec une forme institutionnalisée et juridique particulière désignant une société, un établissement, c'est-à-dire l'organisation même de l'action, et par identification, ses locaux, ses dispositifs et ses personnels. Pourtant le terme d'entreprise ne renvoie pas en soi à une quelconque finalité industrielle ou lucrative... Signalons à ce propos que l'Europe a tranché concernant les secteurs qui nous intéressent :

« Une association sans but lucratif exerçant une activité économique d'intérêt général et sollicitant un concours financier sera qualifiée d'entreprise au sens européen et soumise à la réglementation des aides d'état pour son activité économique. »

Nous pouvons facilement admettre que toute entreprise, en tant qu'elle n'est ni spontanée, ni définitive, relève d'un projet. Si le projet préside toute forme, constitue l'architectonique de toute structure sociale – qu'il s'agisse d'un groupe de chasseurs primitifs, d'une association ou d'une entreprise de service – il est un processus vivant, au travers des acteurs qui le supportent : il naît, croît, atteint une phase de maturité, puis il décline et s'éteint. Dans sa phase d'émergence, le projet est porteur de changement, annonciateur de nouveaux regroupements, d'aucuns diraient

qu'il est instituant – il se fonde rituellement dans ce que Sartre appelait le « moment du serment », instant fondateur et visionnaire. Dans sa phase de déclin, il se confond avec la forme qu'il a agencée, il se fossilise : les procédures prennent le pas sur le sens initial, les finalités s'estompent pour céder la place à de pseudo-évidences, les actions deviennent mécaniques et les situations répétitives... Le projet devient institué.

L'entreprise perd son élan, et avec lui son âme – la morosité s'installe – elle peut encore devenir l'objet de tous les mécontentements... Nous sommes alors dans l'antichambre de la réforme ou de la révolution. Ce qui arrive aux sociétés se produit dans les établissements, les petits groupes, les équipes, les familles et les couples. Qui n'a connu de jeunes mariés bâtir plein de projets pour aboutir quelques années plus tard à la routine et l'ennui ? À la phase amoureuse, période euphorique et hyperstimulante, où la circulation des informations domine, succède – si l'on n'y prend garde – une phase de reproduction procédurale où les informations sont redondantes. Les thérapeutes familiaux connaissent bien ces familles, sans projet et sans représentation de l'avenir, qui se sont mises à fonctionner comme des systèmes fermés, imperméables à toute information extérieure. Quant aux établissements expérimentaux et « pilotes » du secteur pédagogique, éducatif ou sanitaire, que deviennent-ils vingt ans après ? Ils se transforment parfois en de véritables accumulateurs de dysfonctionnements, peuplés de personnels aigris et déçus...

LE PROJET COMME UTOPIE

Parce que projeter, c'est anticiper, le projet est une entreprise de transformation de l'environnement de l'homme, imaginant un avenir qui n'est écrit nulle part. Cette idée d'un destin de l'homme qui dépasse la tradition est l'étape la plus marquante des temps historiques de l'Humanité ; ce mythe prométhéen s'inscrit ainsi, pour le meilleur et pour le pire, dans la révolution industrielle et l'invention de la *modernité*. Elle sous-entend l'acceptation de cet espace nouveau, certes porteur d'angoisse, puisque le projet des hommes est à faire et non plus contenu tout entier dans l'ordre inconscient du monde ou un quelconque Olympe où les divinités jouent entre elles le sort des hommes.

Si le projet revient, tel un leitmotiv, dans les conversations actuelles, c'est précisément parce que nos sociétés sont amenées, plus que jamais en ce début de XXI^e siècle, à se réexaminer et à envisager leur devenir, non sans quelque perplexité. La meilleure compréhension du fonctionnement de l'écosystème terrestre, la reconnaissance de la limitation des ressources confrontée à une démographie explosive, conduisent nécessairement à

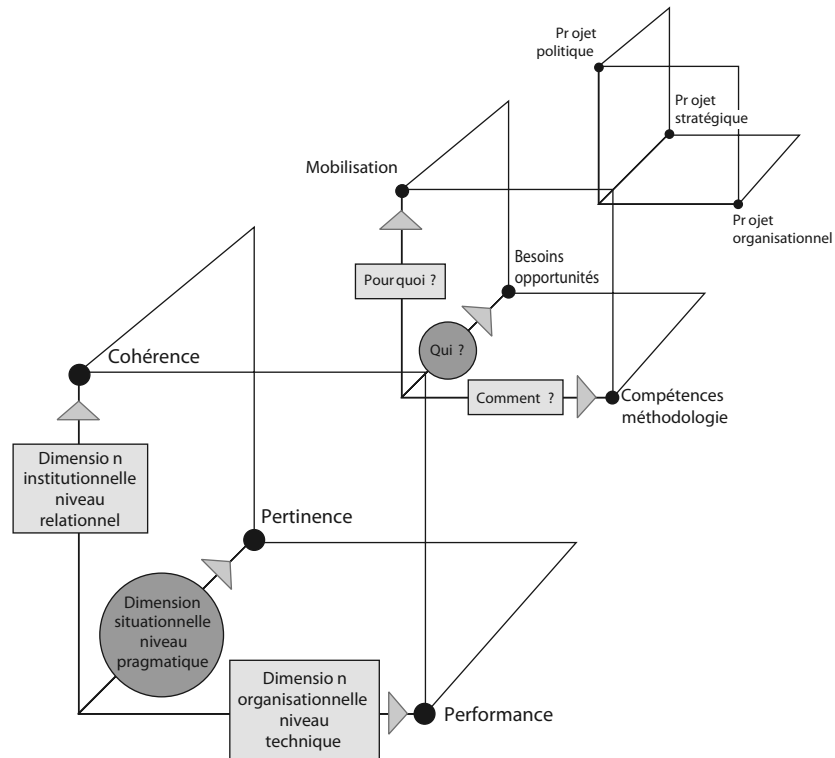


Figure 2. Les dimensions du projet d'entreprise

reconsidérer les modèles sociétaux et à produire de nouvelles façons de penser et d'agir. La question de la gouvernance mondiale est posée. Vaste projet s'il en est... Mais veillons à ne pas s'y perdre toutefois et à demeurer réaliste !

LE PROJET COMME OUTIL DE MANAGEMENT ET DE COMMUNICATION

Le projet peut encore se définir comme une interface entre les acteurs internes de l'entreprise et ses partenaires externes : il imprime une direction et attribue une identité à une communauté d'action, il énonce une utilité sociale et des bénéfices attendus auprès de l'environnement. Il constitue alors un mode d'ajustement de l'offre et de la demande et représente une passerelle entre prestataires, commanditaires et bénéficiaires. Insistons sur le fait que le projet représente aujourd'hui un puissant outil

de management, parce qu'il constitue un document d'orientations conçu pour assurer un consensus et une pérennité à l'entreprise. Par conséquent, il fait appel aux buts et aux valeurs les plus fondamentaux et les plus stables de celle-ci.

À l'intérieur de l'entreprise, le projet détermine sa vocation et ses principes éthiques, sociaux et organisationnels. Donnant de la lisibilité interne et organisant la coopération entre les acteurs, il limite les zones d'incertitude, les risques de démobilitation et les conflits. À l'extérieur, le projet présente l'entreprise, le périmètre de son champ d'action et les prestations qui fondent son utilité sociale. Il délivre également une image de sa culture, permettant ainsi à ses partenaires de mieux se situer par rapport à elle : il est un outil de communication externe et de marketing-communication.

LE PROPOS DE L'OUVRAGE

Comme nous le verrons plus loin, les secteurs de l'action sociale et médico-sociale sont nés empiriquement de la charité, puis de la conversion de celle-ci en politiques et en dispositifs impulsés et contrôlés par la puissance publique. Si les projets initiaux relevaient la plupart du temps d'une intentionnalité morale et idéologique portée par leurs fondateurs charismatiques, les projets d'aujourd'hui s'inscrivent dans une tout autre perspective, celle de la rationalité d'organisations désormais incluses dans le tissu du monde professionnel ordinaire... et donc sensibles aux effets de la géopolitique.

Le message fondamental de cet ouvrage est que le projet se trouve au cœur du fonctionnement de tout établissement ou service, que tout y ramène et qu'il est illusoire de traiter un quelconque aspect sans s'y référer. Cela n'a pas toujours été aussi évident et nombre d'établissements fonctionnaient par le passé comme de véritables patchworks de valeurs, de logiques, de corporations, de façons de fonctionner, d'options cliniques ou pédagogiques, de mosaïques de territoires qui se juxtaposaient tant bien que mal dans un environnement peu exigeant.

Actuellement, un projet d'établissement ou de service se situe dans un système étagé : à la manière d'un jeu de poupées russes, un ESMS⁴ s'emboîte dans de plus vastes projets et en contient de plus restreints mais non moins importants. Ce système peut être résumé comme suit :

4. Nous utiliserons par commodité ce sigle conventionnel pour établissement (ou service) social ou médico-social.

- au plus haut niveau, se situent les organisations internationales (OMC, FMI, ONU, BIT, Communauté européenne, etc.) qui s’efforcent de fixer des règles du jeu mondial au travers de la négociation de projets globaux ;
- les sociétés nationales possèdent des projets politiques d’ensemble et des modes de planification spécifiques ;
- chaque secteur d’activité possède ses orientations, ses objectifs et ses propres projets (comme le champ de la santé, de la solidarité et de la cohésion sociale) ;
- les associations gestionnaires ou représentatives des bénéficiaires possèdent également leur projet qui se doit d’être de plus en plus précis ;
- les établissements et services concrétisent ces projets associatifs en les convertissant en actions concrètes et élaborent leurs propres projets ;
- les professionnels de ces ESMS établissent des projets personnalisés pour les bénéficiaires qu’ils accueillent ;
- enfin, les personnes bénéficiaires possèdent des projets de vie implicites ou explicites.

Notre ouvrage vise à offrir à ses lecteurs un guide méthodologique afin de mieux se situer dans le paysage d’aujourd’hui (ses enjeux, ses logiques) et de pouvoir élaborer un projet d’établissement ou de service répondant à toutes les exigences actuelles émanant tant du contexte sociétal que des textes législatifs ou d’autres recommandations.

Rédiger un tel projet est un chantier d’importance dans la vie d’une structure comme dans celle d’un manager. Dans la plupart des cas, un dirigeant inscrit cette action dans un délai assez court car il doit gérer plusieurs chantiers à la suite ou en parallèle (CPOM, évaluation interne ou externe, document unique, bientraitance, risques psychosociaux, entretiens professionnels annuels, définitions de fonctions, GPEC, etc.), sans parler de la conduite managériale habituelle, des outils à mettre en place et leurs aléas, de la gestion des ressources humaines et ses vicissitudes ordinaires... D’autre part, le projet est aussi l’occasion de remettre à plat un positionnement et un fonctionnement et de les mettre en phase avec un environnement ; cela consomme du temps de formation auprès des personnels, car naturellement la démarche se doit d’être participative si l’on veut en garantir l’appropriation et la mise en œuvre effective. La nécessité de conjuguer réactualisation, transformation, élaboration et rédaction entraîne une démarche pragmatique qui doit aussi faire des choix, établir des priorités.

Nous avons accompagné pendant plus de vingt ans de nombreux établissements et services dans cet exercice (et nous continuons à le faire), nous avons donc appris et capitalisé beaucoup de choses au cours de ces

expériences les plus diverses grâce aux professionnels concernés. Nous avons dû évoluer dans notre démarche pour être le plus efficace possible car l'élaboration d'un projet tient compte d'une foule de paramètres parfois contradictoires.

C'est la raison pour laquelle nous avons complètement restructuré cette troisième édition. Celle-ci propose :

- une première partie, en quatre chapitres, qui brosse ce nouveau contexte sociétal déterminant de l'évolution des établissements et services et de leurs projets : la prospective, la rupture historique, la performance et les nouvelles orientations législatives ;
- une seconde partie qui traite de tous les éléments d'un projet opérationnel en dix chapitres. Nous partons d'un plan détaillé d'élaboration de projet d'établissement ou de service qui nous sert de trame et que le lecteur peut reprendre à son compte. Ne pouvant traiter de la même manière toutes les parties, nous approfondissons plus particulièrement celles qui s'avèrent les plus importantes et les plus complexes, celles-ci donnent de ce fait leur intitulé aux chapitres de cette seconde partie.

PARTIE 1

NOUVEAU CONTEXTE SOCIÉTAL ET NOUVELLES RÈGLES DU JEU

PROJET ET ÉVALUATION constituent deux termes omniprésents dans tous les textes et discours qui organisent actuellement les secteurs de l'action sanitaire, sociale et médico-sociale. Quelques autres, à consonance littéraire, les suivent de près : gouvernance, bientraitance, performance, efficience, ou d'autres encore, plus techniques et souvent d'origine anglo-saxonne, comme *management*, *empowerment*, *meanstreaming*, *benchmarking*, *coaching*, *marketing*... Quand nous avons commencé à intervenir dans ces mêmes secteurs, au cours des années 80, il n'était question que de « transfert, de phantasme, de psychose, d'institution, de thérapie, d'assemblée générale, de réunion de synthèse, de vécu, de trajectoires et d'interpellations-quelque-part »... La comparaison est éloquente.

Les secteurs de l'action sociale et médico-sociale connaissent depuis quelques années une mutation radicale dont nous avons annoncé les grandes lignes depuis une vingtaine d'années. Elle se manifeste par

une totale reconfiguration administrative : mise en place des agences régionales de santé (ARS⁵), remplacement des Drass et des Ddass, transformation de la DGAS en direction générale de la Cohésion sociale (DGCS), création d'une agence nationale d'appui à la performance (Anap), etc. Cette mutation n'est en rien conjoncturelle mais témoigne d'un processus fondamental de rationalisation, qui ne peut être dissocié d'une rupture culturelle, d'une évolution structurelle et d'un contexte sociétal lui-même en plein bouleversement : celui d'une société post-industrielle, par ailleurs ébranlée dans ses soubassements par la crise économique systémique que nous connaissons et les chocs civilisationnels qui s'annoncent.

Les secteurs dont il est question se sont longtemps caractérisés par une marginalité de fait vis-à-vis de la chose économique, et ce pour des raisons congénitales : héritiers des paroisses, des couvents et congrégations, animés par l'esprit de la Charité ou d'une solidarité militante, ils se sont trouvés à l'écart des contradictions de l'échange et dédouanés de tout rapport au marché : ils constituaient des « secteurs dépendants », qui vivaient de dons puis de subsides publics, lorsque ceux-ci ont pris largement le relais.

D'où la difficulté de certains de leurs acteurs à regarder en face les réalités économiques et leur tendance à oublier qu'ils dépendaient étroitement de la création de richesses de leur pays. Est-il besoin de rappeler que seuls les pays riches mènent des actions sanitaires et solidaires de grande ampleur, et que la part de leur PIB dévolue à de telles actions dépend naturellement de leur taux de croissance ? Autrement dit, « l'argent ne tombe pas du ciel »... Même les croyants n'en doutent pas un instant, si nous en jugeons par la campagne actuelle du même nom qui a lieu dans les églises de l'Hexagone.

Comme l'évoque Jean-Luc Durnez, ancien directeur général d'un syndicat employeur :

« La pérennité des financements des partenaires publics étant moins assurés, d'autres sources de financement doivent être trouvées. Or, pour les associations, cette démarche n'est pas aisée parce qu'elle est, parfois, perçue comme une "marchandisation" de leurs services, alors même qu'il s'agit, avant tout, de solidarité. En outre, la recherche de financements est une activité à part entière, qui nécessite des compétences que les associations n'ont pas toujours en interne. Les évolutions législatives et réglementaires imposent donc aux associations de se penser aussi, voire avant tout, comme structures économiques et d'assurer une gestion saine

5. Rappelons que les ARS remplacent pas moins de sept organismes : ARH, Drass, Ddass, Urcam, GRSP, MRS, partie sanitaire des Cram.

des finances, notamment en évitant les déficits, dont la reprise ne devrait plus être assurée⁶. »

Dont acte pour les opérateurs !

L'obsession financière et comptable dont fait preuve la puissance publique – et ce n'est qu'un début – n'est pas une manifestation d'avarice mais le contrecoup du passé, c'est-à-dire d'un système dépensier et inflationniste qui devenait objectivement incompatible avec la nouvelle donne socio-économique. Elle ne doit certes pas masquer l'importance des changements à conduire dans les dispositifs d'action sanitaire, sociale et médico-sociale afin de faire face aux impressionnants défis que sont la gestion du vieillissement de la population et ses conséquences, la maîtrise des dépenses de santé (éternel serpent de mer), le règlement des retraites et le paiement de la facture de l'assistanat social ; quatre somptueux cadeaux qu'aucune classe politique ne voudrait avoir en héritage...

Comme toujours au cours de l'histoire, la nécessité donne des idées ; et cette situation difficile ne doit pas générer sidération et immobilisme, mais au contraire nous inciter à faire preuve d'imagination et d'innovation. Ce qui est certain, c'est que les établissements et services traditionnels, tels que nous les connaissions, devront évoluer rapidement vers d'autres formes d'intervention et d'organisation, ré-interrogeant du même coup leur vocation, leur posture et leurs pratiques professionnelles. Ce chantier à venir est l'un des plus intéressants qui soit pour les futurs opérateurs, à condition qu'ils acceptent de dépasser leur modèle hérité et d'achever leur professionnalisation. Professionnalisation que le sociologue Max Weber définit comme suit :

« Elle constitue un des processus de la modernisation, par le passage d'une socialisation principalement communautaire à une socialisation sociétale, où le statut et la reconnaissance dépendent d'abord de critères rationnels de compétence et de spécialisation. »

Mais les contraintes économiques ne sont pas les seules à présider à la mutation que nous invoquons et il serait fallacieux d'occulter derrière celles-ci tous les changements d'envergure en cours depuis trois décennies. Une évolution considérable des mentalités a modifié progressivement le regard porté sur les personnes en situation de handicap, facilitant ainsi leur reconnaissance. C'est ainsi qu'a germé l'idée même de mettre fin à un « développement séparé » et d'imposer le *mainstreaming*. La dénonciation

6. « Quel rôle pour un syndicat employeur ? » in J.-Y. Guéguen (dir.), *L'Année de l'action sociale 2010*, Dunod, 2010.

de l’institutionnalisme et de la maltraitance, l’affirmation des droits de la personne et de son choix entre les dispositifs et les prestations, la recherche de consentement éclairé, la contractualisation, la personnalisation de son accompagnement, la sollicitation de sa participation, le recueil de sa satisfaction, etc., constituent autant d’avancées spectaculaires que les projets des établissements et des services doivent clairement intégrer, même si leur inscription dans les pratiques effectives s’avèrent parfois plus délicate.

Des modifications tout aussi conséquentes, d’ordre intellectuel, ont participé à modifier radicalement notre appréhension du handicap comme de la santé. Ce que l’on peut appeler la « révolution écologique » des années 70 a mis en exergue le rôle joué par l’environnement sur les comportements humains et a profondément influencé l’ensemble des sciences humaines (psychologie environnementale, sociologie écologique, éthologie, jusqu’à la biologie et les neurosciences). Des notions aussi importantes que celles de *situation de handicap* et d’*inclusion*, comme l’émergence de la CIH (classification internationale du handicap) puis de la CIF (classification internationale de la santé du handicap et du fonctionnement) en découlent directement.

La compréhension de ce nouveau contexte, et de ses principaux processus sociologiques à l’œuvre, nous semble indispensable et préliminaire à l’élaboration de tout nouveau projet, désormais contingenté par des exigences de plus en plus précises de l’environnement. Tel est l’objectif de cette première partie.

Chapitre 1

Les ESMS à l'épreuve de la prospective

À L'HEURE ACTUELLE, un établissement ou un service, œuvrant dans le champ de la santé ou de la solidarité¹, ne peut plus fonctionner indépendamment de son environnement, local, national ou international, qu'il s'agisse de l'appréciation des besoins des bénéficiaires, de l'évolution législative et administrative, de la conjoncture économique et politique, de la circulation des personnels, des techniques et des recherches ou des modalités de réponse et d'organisation. Le service qu'offre un opérateur n'est qu'une réponse circonstanciée, qui vaut à un instant donné, mais qui peut ne plus correspondre à la demande sociétale à moyen terme : soit que le besoin se tarisse ou se reconvertisse, soit que d'autres réponses concurrentes soient apportées. Un opérateur prestataire de services doit donc se situer de manière permanente dans un environnement social

1. Nous préférons cette appellation plus large de « santé et solidarité » à celle d'action sanitaire, sociale et médico-sociale, résultat d'un découpage historique. La santé au sens moderne englobe une part de l'action médico-sociale, et la solidarité fait état d'actions d'aide et de soutien destinées à des populations très diversifiées : personnes en situation de handicap, personnes âgées, personnes dépendantes, personnes en difficultés sociales, enfants et adolescents faisant l'objet de diverses mesures, voire tous publics...

nécessairement mouvant et soumis à de multiples variables – « effet papillon » oblige... Dans une telle conjoncture, *anticipation*, *réactivité* et *adaptabilité* deviennent de précieuses qualités.

Partant de là, deux fonctions se révèlent aujourd’hui indispensables au sein d’une entreprise quelconque : celle de *prospective* et celle de *veille stratégique*. La prospective² représente une approche qui consiste littéralement à « regarder au loin », au-delà de son strict champ d’opération, afin d’établir des scénarios possibles et de mieux se préparer à l’avenir. La capacité prospective de l’opérateur va naturellement dépendre de la globalité de sa vision, de la pertinence des informations qu’il parviendra à recueillir, de ses facultés à les analyser et à en tirer des conclusions (ce qui constitue l’objet même du *marketing* : analyser, comprendre et structurer le marché). Pour ce faire il peut solliciter des études et des sondages pour mieux maîtriser ses interactions avec l’environnement.

La veille stratégique permet à l’opérateur d’observer en temps réel les tendances de son environnement, l’émergence de nouveaux besoins, les nouvelles attentes de ses partenaires, de réagir rapidement afin de concevoir des projets pertinents et innovants, et donc de se préparer au mieux aux appels de ses commanditaires³. Pour pouvoir repenser et actualiser ses orientations, il lui faut être bien informé et se situer au cœur d’un réseau relationnel élargi comprenant des partenaires très divers : administrations, associations, élus, entreprises, groupes de pression. Il lui faut ensuite entretenir une communication permanente avec ces partenaires, être soucieux de la connaissance que ceux-ci peuvent avoir des services qu’il rend et de la façon dont il les rend. Conséquemment, le dirigeant moderne doit accepter de passer beaucoup plus de temps qu’auparavant en *relations publiques*⁴. Ces dernières s’inscrivent dans ce que les Américains appellent *publicity* (littéralement, ce qui rend publique) et qu’ils différencient d’*advertising* (qui correspond à ce que nous, Français, appelons communément publicité).

2. Mentionnons sur ce point la remarquable thèse de doctorat d’économie soutenue en 2007 par Daniel Sentein à l’université Lille 2 de droit et santé. L’auteur (par ailleurs consultant) y développe les bases d’un management prospectif. Titre de la thèse : « L’adaptation du système médico-social français au modèle européen : gouvernance d’entreprise sociale, organisation, environnement, activités ».

3. L’attitude proactive que développe Jean-Louis Deshaies dans *Réussir l’amélioration continue de la qualité en action sociale et médico-sociale*, Dunod, 2006.

4. De plus en plus absorbé par ces tâches d’interface avec l’environnement, le dirigeant doit pouvoir déléguer une grande part du management interne des services, ce qui modifie considérablement sa fonction : cf. J.-R. Loubat « Dirigeant d’ESMS : une fonction en mutation », in *Les Cahiers de l’Actif* n° 388/389, septembre/octobre 2008 et *Penser le management*, Dunod, 2006.

Bref, il ne peut plus « naviguer à vue » dans un environnement rigidifié par des contraintes administratives. L'ouverture croissante sur l'environnement amène l'établissement à s'assumer comme une *entreprise interactive*.

LES INTÉRÊTS ET ALÉAS D'UNE RÉFLEXION PROSPECTIVE

La prospective est une approche toujours soumise à caution, comme le sont d'une manière générale toutes les tentatives futurologiques. Nécessairement spéculative, elle n'en demeure pas moins un exercice de style rationnel s'appuyant sur une analyse de l'existant. Elle vise un double objectif : le premier est d'établir des scénarios plausibles, voire probables, en vue de se préparer à une conjoncture et d'améliorer la prise de décision ; le second, plus prosaïque, est de mieux comprendre le présent. Nous pourrions dire que l'un est d'ordre stratégique et l'autre d'ordre tactique. En effet, tout comme l'histoire, discipline rétrospective – qui n'en est pas pour autant plus exacte – la prospective éclaire l'actualité en nous astreignant à une analyse phénoménologique.

La prospective réinterroge le présent

Le grand historien Sir Moses Finley⁵ nous rappelle que « l'histoire ne se fait qu'au présent », qu'elle ne cesse de se défaire et de se refaire en fonction des approches et des nécessités contemporaines, et que le rapport au passé est voué à n'être qu'une tentative de compréhension. À l'opposé, mais dans le même ordre d'idée, la science-fiction – variété de prospective fantaisiste et romanesque – s'avère également le reflet d'une époque et, à ce titre, en questionne les représentations, l'esthétique, les valeurs et les angoisses : par exemple, à l'univers fonctionnaliste des années 60, fasciné par le progrès mais aussi hanté par le contact extraterrestre et la crainte d'une invasion (réplique de la « guerre froide »), a succédé celui des années 90, préoccupé par la restriction des ressources, la propension des virus, les cataclysmes écologiques ou terroristes et la fin pressentie d'une civilisation.

Le véritable auteur d'anticipation, tel Jules Verne, est celui qui saisit la logique d'une époque et se montre capable d'en tirer des perspectives d'évolution plausibles. Même s'il se veut d'abord un écrivain, l'auteur d'*Autour de la lune* et de *Vingt mille lieues sous les mers* est parfaitement documenté sur les techniques de son temps ; il a compris la révolution

5. M. I. Finley, *L'Économie antique*, Minuit, 1992 ; *L'Invention de la politique*, Flammarion, 1994 ; *Sur l'histoire ancienne*, La Découverte, 2001.

industrielle et scientifique et les conséquences de l'avènement du progrès. Dans un ouvrage de jeunesse, jusqu'à peu inédit, *Paris au XX^e siècle*⁶, les doutes pessimistes de Jules Verne s'expriment étonnamment sur l'avenir sociologique de ce progrès, tandis que ledit roman anticipe de manière extraordinaire une vie urbaine censée se dérouler un siècle plus tard. Cependant, les œuvres prophétiques faisaient déjà peur et l'éditeur de notre grand Jules, Hetzel, refusa catégoriquement de publier l'ouvrage en commentant sa réponse sur le manuscrit même : « Mon cher Verne, fussiez-vous prophète, on ne croirait pas aujourd'hui en votre prophétie. »

Un objet interdisciplinaire et systémique

La Chine et l'Inde seront-elles les grandes puissances dominantes du XXI^e siècle ? L'Islam fondamentaliste continuera-t-il son affirmation et sa progression territoriale ? L'urbanisme va-t-il poursuivre son développement ? L'Europe son déclin ? Les automobiles seront-elles encore d'actualité dans vingt ans ? La population mondiale va-t-elle encore doubler d'ici trente ans ? L'écologie va-t-elle dicter l'ensemble de nos comportements à venir et devenir la nouvelle « religion » de l'Occident ? Les femmes accoucheront-elles toujours dans quelques décennies ? La biologie de l'être humain va-t-elle poursuivre ses modifications ? L'homme deviendra-t-il bionique ? Accédera-t-il à l'immortalité (comme l'avait prédit pour 2050 un congrès scientifique qui s'était tenu dans les années 70 et qu'aborde le film *Time out*) ? La sexualité humaine va-t-elle se modifier totalement dans les décennies qui viennent ? Les sociétés développées vont-elles se réunir dans un gouvernement mondial ou bien éclater en une mosaïque de communautés et de lobbies ? etc. Qu'il s'agisse de domaines politiques, démographiques, technologiques, biologiques, ou sociaux, tout est interdépendant, mais de quelle manière et jusqu'à quel point ?

Un événement imprévu ne peut-il s'avérer finalement déterminant et modifier le cours d'une prévision ? Il n'est que de constater le rôle joué par les catastrophes naturelles dans les bouleversements politiques, voire les fins de civilisation, ou bien encore l'effet incontrôlé d'une découverte technologique paraissant mineure ou d'une utilité déterminée au départ (par exemple, le début des ordinateurs est lié au besoin de calculateurs très puissants pour la balistique des missiles militaires). Inversement, un événement prévisible, comme la raréfaction des énergies fossiles, peut entraîner des conséquences aussi diverses qu'imprévues, comme

6. Écrit en 1863, cet ouvrage était antérieur à la longue série des *Voyages extraordinaires*, inaugurée par *Cinq semaines en ballon*, qui devait faire le succès littéraire de Jules Verne. Le manuscrit fut retrouvé puis édité par Hachette en 1994.

la valorisation de technologies radicalement nouvelles, un nouveau mode de vie urbain, le déclenchement de conflits ou une nouvelle donne dans les relations internationales... Tout comme la fonte des glaces du continent arctique peut relancer l'exploitation d'énergies fossiles...

Pour qu'une prospective plausible soit possible, il est indispensable de repérer des *logiques* à l'œuvre, des chaînes d'événements possédant un lien de causalité, car la prospective s'avère d'abord une projection qui procède d'une lecture des situations. Elle exige de pouvoir identifier des paramètres fiables, de les hiérarchiser et de les articuler entre eux, illustrant la fameuse formule de Pascal, intuition d'une pensée systémique :

« Je tiens pour impossible de connaître les parties sans connaître le tout, non plus que de connaître le tout sans connaître particulièrement les parties. »

La prospective nécessite d'accorder plus d'importance à certains phénomènes qu'à d'autres et de faire des choix. Comme dans toute discipline, aussi scientifique soit-elle, elle comporte une part d'*intuition*. Elle exige un esprit symphonique, une « compréhension des dynamiques en interaction », bref, un regard interdisciplinaire, car les variables démographiques, géographiques, économiques, politiques, sociales et culturelles, sont indissociables en la matière. Par exemple, une baisse de la natalité, qui entraîne des conséquences multiples, d'ordre économique et sociologique, est elle-même la résultante de nombreux facteurs d'ordre socioculturel, comme l'évolution de la conception de la famille, l'allongement des études ou l'avènement d'un carriérisme professionnel féminin. Par exemple, dans un tout autre domaine, l'essor des plats cuisinés correspond à l'évolution du travail et du mode de vie urbain, et notamment des temps de transports (qui eux-mêmes sont liés à la croissance des villes, au prix de l'immobilier et à la séparation plus importante des lieux de travail et des lieux de vie), à l'éclatement des rôles familiaux, au travail accru de la femme et à ce qu'il est convenu d'appeler son émancipation. C'est naturellement cette complexité qui rend la prospective si délicate et si passionnante à la fois.

Les grandes tendances sont plus prévisibles que les petites

Les grands mouvements ou « lames de fond » sont plus aisément prévisibles car ils mobilisent une grande énergie et possèdent une inertie considérable, comme par exemple, l'augmentation du nombre d'enfants naturels, la pénétration du monde du travail par les femmes, la baisse des mariages ou la fragilisation des couples, qui sont des tendances lourdes et qui correspondent à des mouvements socioculturels fondamentaux de notre société. En revanche, les microphénomènes sont beaucoup plus

volatiles et instables, comme certaines décisions politiques qui peuvent être des réactions tactiques à des conjonctures limitées dans le temps et possédant un impact électoral (comme telle nouvelle loi qui répond à une vague émotionnelle déclenchée par un fait divers dramatique).

Enfin, il nous faut également tenir compte d'un facteur psychologique inhérent à la pensée de l'être humain : le messenger est bien souvent confondu avec le message... Autrement dit, le météorologue qui annonce du beau temps paraît toujours plus sympathique et moins douteux que celui qui prédit la tempête. De la sorte, si un sociologue annonce que le chômage va logiquement augmenter, que l'insécurité va devenir plus importante, que le risque de conflit social est réel, il peut aisément apparaître comme un oiseau de mauvais augure, qui génère ce qu'il énonce, pire encore, qui souhaite ce qu'il avance. Malheur à celui par qui le scandale arrive ! Souvenons-nous du jugement de « déclinologues » infligé par un éloquent premier ministre à l'endroit de ceux qui voyaient la France tomber (comme Nicolas Baverez⁷), mais depuis, s'est-elle relevée pour autant ?

En somme, la prospective correspond toujours à une prise de risque. Elle propose une lecture nécessairement dérangeante, car elle semble identifier et régenter le futur qui participe chez l'homme d'une représentation nécessairement idéale. Autrement dit, la prospective encourt le risque de désenchanter le monde, là où la prédiction idéologique promet des lendemains qui chantent. C'est pour toutes ces raisons que le prévisionniste est contraint de se placer depuis un ailleurs (que l'on appelle élégamment « le point de vue de Sirius ») et bien souvent... d'y retourner. Toutes ces considérations éclairent une autre antienne : nul n'est prophète en son pays.

ÉLÉMENTS DE LECTURE DÉMOGRAPHIQUES, ÉCONOMIQUES ET SOCIOLOGIQUES DU NOUVEAU CONTEXTE SOCIÉTAL

Une donne démographique totalement inédite

La démographie scelle le sort des nations... à savoir qu'elle constitue à terme la principale cause de leur puissance ou de leur déclin. Lorsqu'on demandait à Napoléon d'expliquer ses succès impériaux, il répondait : « le nombre, encore le nombre, toujours le nombre » (la France était alors une grande puissance démographique). C'est d'ailleurs dans le domaine

7. Nicolas Baverez, *La France qui tombe : un constat clinique du déclin français*, Paris, Perrin, 2003.

démographique que les premières prospectives ont été établies dès le XIX^e siècle au sein des puissances européennes, du fait de son importance militaire et que la prévision y était plus facile que dans d'autres domaines.

La population mondiale se monte actuellement à près de 7 milliards d'habitants, elle était de 3 milliards en 1960 et d'un milliard voici un siècle... Elle pourrait se stabiliser à un peu plus de 9 milliards en 2075⁸ mais il ne s'agit naturellement que d'un scénario médian. Ce fait crée une situation totalement inédite sur notre planète et remet à l'ordre du jour les prédictions de ce vieux Malthus. Nous avons du mal à imaginer que la population puisse encore doubler en quelques décennies ! Il est clair que les défis planétaires à venir tiennent essentiellement aux avatars de cette équation entre populations et ressources. Mais ce tsunami démographique est très inégal et participe à redécouper les lignes de forces géopolitiques et économiques : les pays les plus riches voient leurs populations croître beaucoup moins vite que celles des pays pauvres ou des pays émergents.

Par exemple, l'Asie représente actuellement 4,2 milliards d'habitants (soit un peu plus d'un habitant sur deux de notre planète) et possède un taux de croissance démographique de 1,1. L'Afrique compte 1 milliard d'habitants mais possède un taux de croissance de 2,2. Quant à l'Europe, elle compte 733 millions d'habitants mais possède un taux de croissance de seulement 0,1.

La question démographique n'est pas que quantitative : les pays développés voient leur population vieillir et se transformer qualitativement. De fait, il n'est pas question du seul vieillissement de la population mais d'un ensemble de caractéristiques démographiques corrélées : comme le faible taux de fécondité, l'âge de plus en plus tardif auquel les femmes génèrent leur premier enfant⁹, le déséquilibre croissant entre jeunes et plus âgés, entre actifs et inactifs, entre autonomes et dépendants, etc.

L'Afrique ne dénombre que 36 millions de plus de 65 ans (l'espérance de vie moyenne y est de 55,4 ans) tandis que la vieille Europe compte 120 millions de plus de 65 ans pour une espérance de vie de 75,8 ans. Le taux de natalité est de 34,5 en Afrique, de 18,4 en Asie, de 10,5 en Europe. Le nombre d'enfants par femme est de 4,38 en Afrique, de 2,29 en Asie et de 1,52 en Europe.

Le vieillissement de notre population (*papy-boom*) constitue l'un des phénomènes macrosociaux parmi les plus remarquables et les plus influents concernant l'avenir de notre société française – c'est aussi

8. Ces chiffres sont ceux de la division de la population des Nations unies qui vient de publier des travaux de prospective jusqu'en 2300.

9. 29,5 ans en 2003 ; 30 ans en 2010 concernant la France.

le cas des autres pays développés. Dès 1998, un cri d'alarme était poussé : certains démographes n'hésitaient pas à dire que l'on s'intéressait plus à la chute de la reproduction des baleines à bosse qu'à la baisse démographique de la population européenne ! Dans certains pays, comme ceux de l'Europe orientale, qui ne sont pas des pôles d'attraction migratoire, la population va baisser dans des proportions drastiques au cours des prochaines décennies¹⁰. Ce phénomène présente tout à la fois des conséquences économiques mais aussi politiques, sociales et culturelles d'une portée fondamentale. Jusqu'alors, il n'a jamais été constaté qu'une civilisation ou une puissance pouvait en demeurer une en connaissant un tel déclin démographique et un vieillissement aussi important de sa population (même s'il y a un début à tout...).

Au plan économique, ce vieillissement apparaît comme le principal facteur de faible croissance ; certains économistes établissent un lien entre la récession démographique et la récession économique, comme le suggérait Alfred Sauvy, par une disparition de marchés potentiels¹¹. Si la fécondité des années 60 s'était perpétuée, note Jean-Claude Chesnais, nous disposerions de 400 000 naissances de plus par an, soit aujourd'hui 10 millions de consommateurs de plus. La panne économique serait largement due à cette réduction du nombre de jeunes ménages, d'autant qu'ils sont des consommateurs de biens d'importance (logements, automobiles, mobiliers, audiovisuels, électroménagers, etc.).

Concernant le cas français, entre 2002 et 2011, le groupe des moins de vingt ans passait de 15 millions à 15,3 millions d'individus, tandis que dans le même temps le groupe des plus de soixante ans passait de 12,3 millions à 14,7 millions et le groupe des plus de soixante-quinze ans de 4,5 millions à 5,6 millions ! Ce vieillissement représente une préoccupation majeure et objective en matière de dépenses sanitaires et sociales. Si l'allongement important de l'espérance de vie des hommes et des femmes¹² témoigne d'une élévation du niveau de vie dont il y a lieu sans doute de se réjouir, force est de constater que c'est au cours de la dernière partie de sa vie que le citoyen coûte le plus cher à la communauté. Une vie plus longue fait apparaître des pathologies qui n'auraient pas eu le

10. D'après Eurostat, sept pays continuent à perdre de la population : Allemagne, Bulgarie, Estonie, Lettonie, Lituanie, Hongrie et Roumanie. D'autres pays européens, comme l'Autriche, l'Italie ou le Portugal, ne stabilisent leurs populations que par les apports de l'immigration.

11. Keynes en personne l'avait déjà évoqué entre les deux guerres.

12. L'espérance de vie des femmes est supérieure à celle des hommes, mais celle-ci s'infléchit légèrement et l'écart se réduit, en lien avec les modifications de comportements et de styles de vie des femmes : cette espérance de vie est de 84,3 ans pour les femmes et de 77,5 ans pour les hommes en 2008.

temps de se déclarer sans cela, généralement des pathologies très lourdes. C'est de cette manière que l'on explique entre autres l'accroissement spectaculaire des cancers dans notre pays, mais aussi du diabète dont les chiffres progressent de façon inquiétante. D'autre part, l'accompagnement social de personnes dans des états d'autonomie de plus en plus restreints génère certes de l'emploi, mais occasionne surtout des dépenses nouvelles. On estime que le nombre de personnes dépendantes va doubler d'ici 30 ans (dans le même temps, le coût aura été multiplié par trois !).

À ce titre, la maladie d'Alzheimer représente une véritable « bombe à retardement économique ». On estime à 800 000 le nombre de patients touchés par cette pathologie, la plupart de plus de 80 ans. On s'attend à un doublement du nombre de patient d'ici 20 ans. L'assurance-maladie et la CNSA vont devoir sortir 1,6 milliard d'euros pour financer la solidarité et l'autonomie... La recherche va dépenser 200 millions d'euros à la mise en place d'une fondation de coopération scientifique, sans parler de la création de places supplémentaires d'accueil de jour, de places dans les Ehpad, de places d'hébergement temporaire, etc. La perte totale d'autonomie coûte en moyenne 1 800 euros à domicile et 2 300 euros en établissement, mais ces chiffres sont naturellement variables. Il est clair que l'APA ne peut à elle seule payer la note à venir... Les solutions seront-elles à trouver dans des assurances particulières ? Mais est-il réellement envisageable qu'à l'âge de trente ans, un individu admette qu'il lui faudra économiser toute sa vie durant pour survivre éventuellement dans un établissement pour personnes âgées dépendantes pendant les dix ou vingt dernières années de son existence ?

La fatigabilité d'une population active plus âgée occasionne également des frais supplémentaires : 35 % des arrêts maladies concernent des plus de cinquante ans et ceux-ci ont augmenté de près de la moitié en seulement cinq ans pour atteindre 6,7 millions en 2002. La branche vieillesse représente à elle seule 42,4 % des dépenses des régimes de base en 2004.

La conséquence économique de ce vieillissement est évidente : pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, nous passerons plus de temps de vie en tant qu'inactif qu'en tant qu'actif. D'une part, nous rentrons de plus en plus tard dans la vie active, du fait de l'inflation des études et du dénigrement des métiers dits manuels (et à ce titre, la France détient l'un des plus tristes taux de chômage des jeunes de l'Europe de l'ouest... tandis qu'il est déjà en moyenne de 20,8 % en 2011 pour la zone euro !). D'autre part, nous en sortons très tôt : en France, seul un adulte sur trois

de plus de 55 ans est un actif¹³ et la moyenne de prise de la retraite, contrairement à bien des idées reçues, est de 58,7 ans pour les hommes et de 59,5 pour les femmes. À titre de comparaison, il est de 62,1 chez nos voisins germains (40 % des 60-64 ans étaient encore actifs en 2010), de 63,2 chez les Anglais et les Canadiens, de 64,6 aux États-Unis et de 69,5 au Japon.

Le temps passé à la retraite représente un indicateur important : en France le temps moyen passé en retraite est en 2007 de 28,1 années pour les femmes et de 24,5 pour les hommes. En Suède, pays à haut niveau de vie, il est de 22,9 années pour les femmes et de 16,9 pour les hommes. Aux États-Unis, il n'est plus que de 21,1 pour les femmes et de 17,6 pour les hommes. Enfin, notre temps de travail n'a cessé de diminuer régulièrement. Livrons encore quelques chiffres éloquentes : dans les années 50, la France comptait cinq actifs pour un retraité ; en 2010, ce ratio est de 3,5 pour 1 ; on estime qu'il ne sera plus que de 2 pour 1 en 2040¹⁴.

Ce phénomène présente également des effets majeurs en matière de santé. Les dépenses de santé ne peuvent qu'exploser, puisque c'est après un certain âge que se révèlent les pathologies les plus lourdes et que nous dépensons le plus, tant en soins qu'en gestion de la dépendance. Dans le même temps, les soins de pointe deviennent de plus en plus technologiques et font appel à du matériel excessivement coûteux.

Enfin, de nouveaux coûts sanitaires tiennent aux retombées de notre mode de vie, comme ceux imputables à l'obésité¹⁵, au stress et à l'anxiété¹⁶, aux polluants chimiques, domestiques, agricoles ou industriels, dont on commence à identifier le rôle dans de nombreuses maladies (cancers, maladie de Parkinson, voire d'Alzheimer), mais aussi... aux médicaments¹⁷ eux-mêmes et aux maladies nosocomiales. Les coûts en matière de santé ne peuvent qu'exploser, en fonction du paradoxe insoluble qui veut que plus nous sommes en bonne santé, plus nous voulons nous y maintenir et devenons hypocondriaques, et plus nous dépensons pour

13. Nous détenons encore un record en Europe de l'ouest, celui de l'âge de la retraite et de l'inactivité des seniors, parce que la préretraite a été utilisée comme un vrai/faux moyen de lutte contre le chômage des jeunes.

14. Source de la direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales.

15. 17 % de la population française adulte serait en surpoids mais la proportion est plus forte chez les enfants. Nous rattrapons peu à peu la situation américaine où une personne sur trois se trouve en surpoids.

16. La France détient le record du monde de consommation d'anxiolytiques, et ce dans des proportions considérables.

17. La France est, avec les États-Unis, le plus gros consommateur de médicaments au monde : 100 % de plus que les Pays-Bas, 150 % de plus que le Danemark. Lire à ce propos l'alarmant *Livre noir du médicament*, de Corinne Lalo et Patrick Solal, 2011, Plon.

cela (actuellement 11 % du PIB en France, 14 % aux États-Unis ; certains experts américains n'hésitent pas à tabler sur 33 % du PIB en 2050).

Même si l'on ne possède pas la bosse des mathématiques, l'équation s'avère simple et imparable : le vieillissement régulier de la population, plus le nombre insuffisant de jeunes générations, plus la diminution du temps de travail, plus une faible croissance, égalent une pression accrue sur une part plus faible de la population. Sur ce point, l'observatoire démographique européen (ODE) prévoit que le vieillissement diviserait par deux la part des actifs par rapport aux inactifs d'ici 2050. Un actif devra donc désormais travailler pour assurer l'avenir de ses enfants, assurer sa propre retraite et se prémunir contre la dépendance, mais aussi assurer la fin de vie de ses parents, ainsi que l'assistance d'autres inactifs toujours plus nombreux, cela fait beaucoup assurément ! L'utilisation de plus en plus fréquente de son acquis immobilier pour payer sa propre dépendance prive ses enfants d'un héritage. Phénomène nouveau, des parents transmettent des dettes à leurs enfants (phénomène de plus en plus courant en Espagne, en Angleterre et en Grèce où les prêts immobiliers peuvent courir sur cinquante ans !).

Les conséquences s'avèrent multiples et concernent aussi bien :

- la situation économique qui est au point mort (rappelons l'un des principes triviaux et fondamentaux de l'économie : il ne peut y avoir durablement de création de richesses sans actifs...) ;
- le budget de l'État (dont le déficit s'aggrave régulièrement) ;
- le paiement des retraites : entre 1980 et 2000, le nombre de cotisants est passé de 13,3 à 13,9 millions tandis que le nombre de retraités est passé de 5 à 9 millions ! Les dépenses publiques concernant les retraites atteignent 13 % du PIB en 2007, elles atteindront 14 % en 2060. Notons qu'en France la part des transferts publics dans les revenus des personnes âgées représente actuellement plus de 85 %, contre une moyenne de 60 % dans les pays de l'OCDE (73 % en Allemagne, 49 % au Royaume uni, 36 % aux États-Unis). Voilà pourquoi il faudra inéluctablement mettre en place un autre système de prévoyance ;
- la fiscalité : après avoir prôné (plus que réellement pratiqué d'ailleurs) la baisse des impôts dans une logique libérale, nous allons nécessairement assister à une augmentation forte de la pression fiscale, d'autant plus que le nombre réel de contribuables diminue au regard de la population, posant ainsi un vrai problème de justice sociale (faut-il rappeler que seule une moitié des contribuables de notre pays paye de l'impôt sur le revenu, tandis que tous les citoyens bénéficient des services publics ?).

Ce vieillissement présente enfin un impact sociopolitique, en cela que la part des personnes âgées s'avère de plus en plus significative au plan

culturel, civique et électoral : l'impact est flagrant en termes d'options politiques, de conservatisme et d'innovation. Rappelons cette vérité nue : une société de vieux est une vieille société. Il n'est d'ailleurs pas à exclure que puisse se développer un « racisme anti-vieux » dans un pays où l'on se plaît à dire que les possédants sont les plus de cinquante ans. En témoigne cet article du journal *Le Monde* :

« Dans le monde riche de ce début du XXI^e siècle, c'est finalement moins une classe sociale qui domine qu'une tranche d'âge : la tranche de ceux qui sont nés dans les années d'après-guerre. Ils ont connu les glorieuses années de croissance dans leur enfance, la libération des mœurs à l'adolescence, les prodigalités de l'État-providence à l'âge adulte. Ils sont généralement en bonne santé et surtout, dans les pays riches, ce sont eux qui détiennent les richesses¹⁸. »

Des effets de la mondialisation économique

La mondialisation des économies lie entre elles les situations des nations et met en contact des sociétés, des cultures et des logiques fort différentes, créant de véritables « chocs interculturels », défaisant ainsi certains équilibres établis. De nouvelles cartes du monde se dessinent, sur lesquelles les territoires, les flux et les empires s'établissent désormais à l'échelle planétaire, réinterprétant les rapports est/ouest et nord/sud : les pôles dominants d'échange et de puissance se sont déplacés en quelques décennies – c'est ainsi que la zone transpacifique (Amérique-Asie) est devenue le centre de gravité du nouvel ordre économique mondial : d'ici vingt ans, quatre parmi les cinq premières puissances mondiales seront asiatiques ! Plus que jamais, quelques oligarchies concentrent entre leurs mains des potentiels et des pouvoirs prodigieux, entraînant une concurrence féroce et l'émergence de méga-entreprises. Les pouvoirs financiers prennent le pas sur l'économie réelle et la spéculation sur le travail.

Les situations économiques – et donc sociales – ne dépendent plus des seules politiques nationales. L'abandon de ces repères nationaux génère en cascade une grande insécurité, une certaine perte de crédit des classes politiques, la montée de la défection électorale, ainsi que des revendications corporatistes et communautaristes plus cyniques et plus égoïstes. Les flux de populations, de plus en plus dépendants des situations économiques et politiques de l'échiquier mondial, viennent percuter les

18. O. Dousset, « Tsunami financier ou révolution démographique », in *Le Monde* du 24 octobre 2008.

identités nationales ou régionales, mettant en échec les politiques d'intégration et favorisant la montée des populismes et des replis identitaires. De la même manière, la reviviscence des religions, y compris sous des formes sectaires ou fondamentalistes, peut être expliquée par la recherche de valeurs identitaires, enracinées et sécurisantes.

Quant à la vieille Europe, elle vit un indiscutable déclin historique, qui se manifeste par un effritement des « piliers » même de la puissance d'une civilisation : elle connaît tout à la fois un déclin démographique, un déclin économique, un déclin militaire, un déclin politique et un déclin socioculturel. Bref, ce continent peine à penser son avenir et son identité – en premier lieu constitutionnel et politique – et menace de devenir un non-acteur dans l'histoire contemporaine : « *une grande Suisse* », selon l'expression d'Hubert Védrine (ancien ministre des Affaires étrangères), c'est-à-dire une zone rentière à haut niveau de vie mais ne jouant plus un rôle éminent sur l'échiquier mondial. L'incapacité pathétique de l'Europe à gérer le conflit yougoslave dans les années 90, comme ses figurations hasardeuses mais secondaires dans les crises moyen-orientales et africaines en témoignent...

Notre France rechigne à s'intégrer dans la mondialisation et souffre visiblement de son passage de statut de grande puissance du XIX^e siècle (de moyenne puissance du XX^e siècle) à celui de petit pays du XXI^e siècle. Elle a bradé son tissu industriel, vend encore – mais pour combien de temps ? – quelques produits de haute technologie (essentiellement dans les domaines de l'armement, du nucléaire, du train et de l'aviation) mais s'avère de moins en moins compétitive à l'exportation. Une partie de son avenir est déjà tournée vers la restauration du patrimoine¹⁹, le terroir, le luxe et le tourisme, suivant une « idéologie bobo » post-soixante-huitarde. Nous nous sommes certes habitués depuis des lustres aux faux augures d'une croissance à plusieurs points et à la régulière désillusion de fin d'année... Les discours idéologiques ne peuvent cependant indéfiniment masquer des réalités socio-économiques bien connues des experts.

Un ouvrage comme celui de Jeremy Rifkin, *La fin du travail*²⁰, montre que la diminution croissante du marché de l'emploi n'est pas due qu'aux seules mondialisation et délocalisations, mais aussi aux énormes bouleversements organisationnels des entreprises, notamment la robotisation et l'informatisation. Aussi, le chômage que nous connaissons ne résulte-t-il

19. Les politiques municipales ont déjà largement entériné cette situation : ravalement de façades, mise en place de secteurs piétonniers et d'une signalétique touristique, mise en valeur des vestiges, recherche de reconnaissance patrimoniale (par l'Unesco), multiplication des festivals et des événements, etc.

20. La Découverte/Boréal, 1996.

pas tant d'une baisse conjoncturelle de l'activité que d'une modification fondamentale de cette activité même ; modification que nos sociétés n'ont, à l'évidence, pas su ou pas voulu gérer depuis vingt ans. Des économistes dressent le constat qu'un demi-point de croissance en plus ou quelques pour cent de charges en moins ne généreraient pas de toutes les façons un très grand nombre d'emplois. Quant aux grands travaux publics – méthode mussolinienne – ou l'appel démagogique à la multiplication des fonctionnaires, qui y croit vraiment ? Les autres palliatifs sociaux ont été épuisés sans efficacité réelle (les « emplois-villes », les « zones franches » et toutes les variétés de contrats d'insertion). Reste que le partage du travail demeure pour l'instant une belle idée sans grande réceptivité, car elle sous-entend d'importants changements de modes de vie et d'organisation sociale, et ne tient aucun compte d'une foule d'autres problèmes comme l'*employabilité*, rarement prise en compte dans la question du chômage (dans un pays comme la France, nous estimons à plus d'un million le nombre de personnes inemployables), mais aussi le rôle démotivant des dispositifs d'assistanat (c'est ainsi, par exemple, qu'il existe environ 400 000 emplois non pourvus dans le seul domaine du bâtiment, et autant dans divers autres secteurs d'activité).

Par voie de conséquence, l'exclusion professionnelle précipite un nombre croissant d'individus dans l'exclusion sociale et culturelle, même si le prolongement démesuré des études fait avantageusement écran à la question plus dramatique encore de l'emploi des jeunes. S'il est de bon ton de déclarer que les jeunes disposant de diplômes supérieurs trouvent plus facilement du travail que les autres, on oublie généralement de préciser le niveau d'emploi qu'ils parviennent à dénicher. Dans bien des cas, ceux-ci obtiennent des postes sous-qualifiés dont ils écartent d'autant les autres postulants qui pouvaient y prétendre. À titre d'exemple, une enquête récente constatait que 80 % des personnes opérant dans les cabines de péage autoroutier disposaient du niveau bac à bac plus deux (voire plus), et que ces personnels étaient de plus en plus stables.

La psychologie collective de notre pays témoigne de tout cela : morosité, exaspération, euroscepticisme, faible lisibilité de l'avenir, crise identitaire et nostalgie du passé (comme le révèle le phénoménal succès de *Bienvenue chez les Ch'tis*, film sympathique mais qui renvoie à une identité mythique et à une France d'opérette révolue, plus proche des années 60 que de celle d'aujourd'hui – précisément cette période de l'histoire, synonyme de progrès et d'équipements des ménages, dont les Français ont toujours la nostalgie).

La prise en compte de cette nouvelle donne économique et internationale s'avère aujourd'hui incontournable concernant les secteurs sanitaire,

social et médico-social. Celle-ci ne constitue plus une vague ligne d'horizon – la *mondialisation* – mais s'invite au cœur de nos organisations et de notre vie quotidienne. Il est encore pourtant culturellement difficile d'admettre dans ces secteurs d'activité un tel effet d'annonce. Nous nous souvenons d'un certain nombre de dirigeants, comme de personnels, paraissant incrédules quand nous brossions ce tableau, voici quelques années, annonçons la réduction inéluctable des budgets d'établissements et déclinions des scénarios probables... Force est de se rendre à l'évidence, la période postérieure aux Trente Glorieuses, qui a scellé la fin du XX^e siècle, est définitivement révolue.

Mais on aurait grandement tort de mettre toutes les difficultés économiques rencontrées sur le seul compte de la mondialisation – celle-ci est autant un effet qu'une cause. Elle a également permis la prise de conscience d'une communauté de destin planétaire, notamment au travers de la pensée écologique, de la prise en compte de la finitude de toutes nos ressources et du déséquilibre croissant entre ces ressources et la population du globe. Certes, elle n'est pour l'instant que très partielle et n'a pas encore réussi à déboucher sur un véritable mouvement politique d'envergure. Quoi qu'il en soit, elle augure de l'avenir et représente une pensée de transition. Nous devons définir une nouvelle société, dans laquelle l'utilisation des ressources, de toutes les ressources, sera radicalement repensée ; ceci occasionnera assurément un nouveau style de vie, dont nous avons encore du mal à dessiner les contours. Elle nécessitera une période de transition difficile au plan économique.

L'irrésistible avancée de l'hédonisme consumériste

Parallèlement à ces modifications structurelles de leurs populations, nos sociétés font également face à des changements socioculturels aux conséquences probablement inouïes et encore insuffisamment appréhendées, provoqués par l'avènement de la *société de consommation*. Installée en France au cours des Trente Glorieuses (et en pleine expansion au début des années 60), la consommation dessina progressivement un nouveau mode de vie qui devint une véritable « contre-culture », se caractérisant par un concept de vie plus oisif, davantage centré sur le plaisir, la réalisation et la mise en scène de soi, l'audace, la transgression, la rébellion et la folie (comme le revendiquent les films de Jean-Luc Godard : *Vivre sa vie* ; *Pierrot le fou* ; *À bout de souffle*, ou ceux plus anciens de Nicolas Ray : *La Fureur de vivre* ; *À l'est d'Éden*). Les *mods* et les *rockers*, les *yé-yés*, les *blousons noirs*, les *provos*, les *beatniks*, les *hippies*, les *punks* et les rappeurs, seront autant d'expressions frappantes de cette nouvelle

façon de vivre la civilisation postindustrielle. La pilule fut également l'aboutissement d'une revendication de « relations sexuelles libérées ».

La société de consommation a donc modifié en un temps record notre vision de la société, nos aspirations, nos mœurs, nos relations aux autres, à la vie, à la mort, au corps, au sexe, à nous-mêmes, nos valeurs, nos modes de loisir et pour finir, nos institutions. De manière classique, l'appellation de société de consommation désigne une société dont l'activité économique est tournée vers la production de masse de biens de consommation. Sur un plan psychosociologique, on peut la définir plus subtilement comme une nouvelle société, radicalement différentes des anciennes par sa finalité même : la consommation y est devenue une assomption personnelle au travers d'une activité de masse. Le seul désir, objet d'un culte néopaganiste, devient le moteur impulsif et compulsif des actes d'échange (que l'on nomme d'ailleurs sans ambages « impulsion d'achat »). La société de consommation promeut ainsi une culture existentielle vouée au culte de l'instant et de la réalisation de soi. L'idolâtrie de la libération, ainsi que l'apologie de soi et du passage à l'acte (*just do it* !²¹), en constituent les piliers doctrinaux implicites.

Ce que l'on qualifie d'événements de 68 fut précisément l'aboutissement d'un mouvement tectonique entre deux types de sociétés : entre une société héritée de l'âge industriel, reposant sur la production et ses valeurs (la France du général De Gaulle) et une société de consommation et ses nouveaux modes de vie, impulsant nécessairement un libéral-libertarisme (« il est interdit d'interdire » n'est que la forme moderne du fameux « laisser faire, laisser passer » d'Adam Smith). Ce choc se traduit par une remise en cause fondamentale des standards de vie : les valeurs traditionnelles ont dû peu à peu céder la place à des attitudes plus existentielles, plus assertives, davantage centrées sur des préoccupations personnelles et l'assomption des désirs. La vie quotidienne des consommateurs et leurs comportements n'obéissent plus à des normes stables, inscrites dans la mémoire collective et des doctrines sociales, politiques, philosophiques et religieuses, mais à des « genres de vie » susceptibles de connaître de rapides changements : ainsi, au niveau de l'économie familiale, la pratique du bas de laine s'est fréquemment transformée en endettement à outrance.

Cette apologie de l'individu – véritable égotisme qui possède ses excès – remet donc radicalement en cause ce que nous pouvons appeler une culture organique et identitaire, au profit d'une culture plus morcelée

21. Notons que *Just do it* est d'abord le titre d'un ouvrage de Jerry Rubin, *yippie* des années 70, c'est-à-dire radical d'extrême gauche américain, avant de devenir le slogan d'une célèbre marque. Dans les années 80, Jerry Rubin s'est découvert une vocation de *youppie*, c'est-à-dire de *golden boy* existentiel.

et contradictoire, une *culture thématique* (à l'image des magasins, des restaurants ou des chaînes de télévision), une « culture en mosaïques » pour reprendre l'expression d'Abraham Moles²². La culture traditionnelle, régissant l'ensemble des comportements dans le sens du maintien d'une cohérence globale, a fait place à une culture de connivences et d'accointances dont le nouveau paradigme est le *réseau*. S'affirme un nouveau type de lien social s'accommodant de l'anonymat et de la préservation de l'intimité, en vertu duquel chacun souhaite adhérer volontairement à des réseaux souples et capables d'évolution (*Facebook*). Notons que même les nouvelles formes de guerre utilisent le concept de réseau (comme *Al Qaïda*).

Ainsi, « tout ce qui ressemble à un code social de dépendance ou d'effacement d'un individu par rapport à un autre apparaît contraire à sa liberté » nous dit Gérard Mermet dans sa *Francoscopie*²³. Les individus aménagent leur vie dans leur sphère propre, selon leurs intérêts particuliers, sans avoir forcément besoin de situer leurs attitudes dans un système de références plus large (la montée du désinvestissement politique en est un indicateur parmi d'autres). Comme mode de communication généralisée, la publicité renforce cette idée en s'adressant à « nous » en tant que collection d'individus et non en tant que groupes constitués. Elle ne sollicite d'ailleurs que nos désirs et nos pulsions individuelles, nous poussant toujours plus à nous distinguer et à oser la différence. Si le besoin de groupes d'appartenance se fait toujours sentir pour lutter contre l'isolement, la marginalité et l'absence insoutenable d'identité claire, c'est la forme de ces groupes qui est en train de se modifier : les bandes, les gangs, les sectes, les lobbies, les clans, les mouvements de mode (*trash*, *hip-hop*, *groove*, *rap*, *techno*, *électro*, etc.), les communautarismes, les sectes, les mafias, remplissent le vide grandissant des institutions.

Les dommages collatéraux de la consommation

Si la consommation comme nouvelle liturgie (Donnez-nous notre bien quotidien !), se nourrit parfaitement de cette tendance à l'individualisme hédoniste, la société civile en subit aussi les dommages collatéraux dont le coût devient de plus en plus élevé : toxicomanie, troubles du comportement, délaissement du travail et de la vie familiale, dépression, angoisse et démotivation, endettement, insécurité, montée de la criminalité et des sectes, solitude et taux de suicide. La baisse du nombre des

22. A. Moles et E. Rohmer, *Théorie des actes. Vers une écologie des actions*, Casterman, 1977.

23. G. Mermet, *Francoscopie 2003 : qui sont les Français ?*, Larousse, 2002.

mariages, l'élévation du nombre de divorces et du nombre d'enfants naturels, la dénatalité ou bien une natalité de plus en plus tardive, l'entrée à retardement dans la vie active, le célibat de plus en plus répandu (dans le centre des grandes conurbations de nos pays à haut niveau de vie²⁴), témoignent des phénomènes précités.

La famille elle-même peine désormais à assurer l'éducation fondamentale des enfants, mise en concurrence avec l'influence contradictoire des médias et soumise à l'éclatement des rôles parentaux. Selon les chiffres de Dominique Versini, défenseure des enfants de 2006 à 2012, et de son rapport annuel, il existe actuellement en France 1,76 million de familles monoparentales²⁵. Dans 85 % des cas, il s'agit d'une mère avec ses enfants. Les enfants concernés sont 2,8 millions. Les enfants appartenant à des familles recomposées représentent 1,6 million de personnes. 30 000 enfants sont issus d'une union antérieure, d'une adoption ou d'une insémination artificielle avec donneur. Un enfant sur quatre ne vit pas avec ses deux parents. Or, la relation entre famille monoparentale et désinsertion sociale est aujourd'hui parfaitement démontrée. Dans 80 % des cas, la garde des enfants est confiée à la mère ; la part des familles monoparentales dans la nouvelle pauvreté s'avère très importante. Le divorce est le principal facteur de paupérisation actuel (frais d'avocat, division du patrimoine par deux, vente aux enchères de biens, etc.).

En cas de divorce, l'autorité parentale est conjointe et la médiation s'imposera de plus en plus en cas de conflits. L'école publique, à la dérive, n'est plus un espace de socialisation et d'ascension sociale²⁶, selon les rapports officiels, mais un facteur aggravant d'exclusion, de reproduction des inégalités et de genèse des gangs.

En quelque sorte, les sociétés post-industrielles semblent payer le prix de leurs choix économiques et sociaux : leur principale problématique économique n'est plus essentiellement la production, mais la consommation et la domination des marchés, et au plan social, leur problématique obsédante est le maintien d'une cohérence minimale, la cohabitation de multiples références culturelles et sociales et la gestion au coût le plus juste des inégalités sociales – en langage politiquement correct, de la « cohésion sociale ».

24. À Paris intra-muros, un adulte sur deux de plus de trente ans vit seul.

25. Données de l'Insee (2005).

26. Les statistiques sont sans appel : il n'y a jamais eu aussi peu de membres de classes d'ouvriers et d'employés parmi les étudiants de grandes écoles.

LES CONSÉQUENCES DE CE NOUVEAU CONTEXTE SUR LES CHAMPS DE LA SANTÉ ET DE LA SOLIDARITÉ

Ces secteurs, autrefois plus périphériques, sont dorénavant totalement concernés par la révolution sociétale qui s'annonce, parce que là comme ailleurs, les besoins augmentent plus vite que les ressources.

Vers un nouveau paysage conceptuel et structurel

Nos établissements et services avaient appris à faire du déficit, à demander toujours plus depuis des décennies, et cela paraissait normal. Nous avons également appris en tant que consommateurs à demander toujours plus et à considérer que cela était synonyme de progrès. Nous parvenons aujourd'hui à un blocage structurel qui constitue tout simplement un avertissement et qui doit nous inciter à modifier durablement nos conceptions et nos comportements socio-économiques.

Concrètement et à court terme, une certaine austérité va conduire les secteurs sanitaire, social et médico-social à un certain nombre de lignes d'évolution prévisibles :

- la concentration, qui avait déjà débuté depuis quelques années, va s'accélérer et réduire le nombre d'opérateurs, tant pour des raisons quantitatives que qualitatives : elle vise à diminuer les interlocuteurs et à ne conserver que les plus crédibles ;
- la concentration et la hausse des exigences permettront aux structures d'atteindre une taille critique plus intéressante. Cela est évidemment vital pour les équipements de santé, gros consommateurs de haute technologie, mais aussi pour les autres équipements qui devront améliorer leur rapport qualité/coût ;
- la réorganisation des structures devrait permettre une optimisation bien supérieure des ressources, en utilisant mieux les compétences²⁷, en mutualisant les ressources matérielles et humaines, en songeant à de nouvelles interactions entre les structures et les compétences, en se dotant d'outils méthodologiques plus importants ;
- la modification des modes de réponse s'avère indispensable : en matière de santé, nous devons considérer celle-ci comme un capital à préserver et à entretenir et non plus comme l'absence de maladies déclarées (le « silence des organes » comme disaient les médecins...) ; autrement dit, les gaspilleurs devront payer plus cher. Cela se traduira par l'application

27. Il existe d'énormes gisements d'amélioration de la productivité à ce niveau : les établissements sociaux et médico-sociaux s'initient à peine à cet aspect des choses.

d'un système bonus/malus en fonction de certaines consommations, voire de certains comportements. Il nous faudra également revenir à une idée plus minimaliste du soin et admettre l'idée que tous les soins et médicaments ne peuvent être également remboursés²⁸. D'autres modes de suivi de la santé se mettront en place afin d'éviter les nombreux redoublements et les gaspillages dus à une offre médicale qui démultiplie la demande (en 5 ans, entre 1998 et 2003, notre pays a vu la demande de soins de ville augmenter d'un tiers). Le conseil et la formation prendront de plus en plus de place en matière de santé et nombre de soins pourront être dispensés à domicile.

Concrètement, nous devons passer progressivement d'un modèle d'*organisations pyramidales* à des *organisations satellitaires*, capables de souplesse et d'adaptation aux besoins. Ce qui signifie remplacer chaque fois que possible des établissements lourds par des dispositifs plus adaptatifs et plus écologiques²⁹, des réseaux, des plates-formes de services, des centres ressources, capables de délivrer des prestations plus ciblées et plus limitées dans le temps. Là encore, l'amélioration managériale sera décisive dans l'optimisation du rapport qualité/coût des structures³⁰.

Un meilleur ajustement de l'offre et de la demande

La re-conceptualisation du handicap

Comme en matière de santé, l'évolution historique du concept de handicap déplace les futurs services à rendre, et tout manager conséquent se doit d'anticiper ce mouvement. La *situation de handicap*, conçue depuis les années 80 (CIH de Philip Wood, puis CIF) comme « une restriction de capacités et une altération de la participation sociale », entraîne l'émergence de services d'accompagnement, de conseil, de promotion personnelle et de *coaching* personnalisé à l'endroit des personnes concernées. Tandis que l'ancienne conception historique en faisait une annexe pathologique nécessitant un quasi-internement dans des établissements conçus sur le modèle des services psychiatriques.

28. Est-il normal, et dans l'esprit initial de la « sécurité sociale », que des stars du show business se fassent rembourser leurs opérations de chirurgie esthétique ?

29. Par dispositifs écologiques, nous entendons des maillages de services agissant auprès de et dans l'environnement de la personne bénéficiaire.

30. Sur ce point, je propose sept points d'amélioration dans mon ouvrage *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Dunod, 2006, (p. 137, 138).

*L'émergence de nouveaux besoins :
vers un marketing des services sociaux et médico-sociaux*

S'il est classique de subordonner une offre de services à une analyse de besoins, force est de constater que les établissements et services sociaux et médico-sociaux ne menaient jusqu'alors aucune étude systématique de besoins. Seuls les besoins de places au sein des structures étaient pris en compte par les divers schémas administratifs. Il apparaît pourtant primordial que certaines entreprises de services (notamment les associations gestionnaires) mènent ce genre d'approche : d'une part, elles peuvent réaliser des enquêtes auprès des populations qu'elles accueillent déjà, mais elles peuvent aussi solliciter leur environnement, via leurs adhérents et leurs multiples partenaires, afin de constituer des groupes témoins, de rassembler certaines informations existantes et d'en tirer des conclusions pertinentes. Certaines associations en pointe ont réalisé ce genre d'études au moyen de divers outils (entretiens systématiques, grilles), ce qui leur a permis de définir une politique générale, de recentrer les projets et le management de leurs établissements, mais aussi de créer de nouveaux services plus adaptés.

De nouvelles formes de services à caractère social germent sur les risques de dissolution sociétale que nous évoquions précédemment et les besoins qui en découlent. Nous pouvons alors en déduire que ce secteur va devoir s'intéresser de plus en plus au corps, à l'image de soi, aux relations affectives, à la solitude et au vide existentiel... Il va devoir traiter de l'obésité et des déboires corporels, des difficultés que présentent certaines personnes dans leurs relations quotidiennes et des effets de la désespérance, des difficultés entre voisins, entre conjoints, entre parents et enfants, entre professeurs et élèves, entre soignants et patients, entre employeurs et employés, etc. Les diverses formes de médiation en tous genres ont un boulevard devant elles. Les futurs marchés des secteurs qui nous intéressent s'avèrent parfaitement prévisibles sociologiquement parlant. C'est pour cette raison que le marketing des services sociaux et médico-sociaux a tout l'avenir devant lui... le seul problème étant la solvabilité.

La mise en concurrence de l'offre

La donne est en train de changer, et changera davantage encore, tant pour des raisons de modification des dispositifs et de rationalisation des coûts, que d'affirmation progressive des bénéficiaires. La meilleure couverture de l'offre, l'expérience accumulée qui permet une comparaison entre les divers services proposés, l'introduction surtout du rapport qualité/coût, le recours à l'appel d'offres et à l'appel à projets mettent en concurrence

de manière plus significative les divers services existants. La concurrence s'affirme jour après jour, pas nécessairement entre associations mais entre diverses variétés de réponses : les familles d'accueil, par exemple, concurrencent sérieusement certains établissements d'action sociale ; des services d'accompagnement concurrencent les foyers traditionnels ; de nouveaux prestataires à but lucratif sont présents, etc.

D'autre part, l'évolution des mentalités, se traduisant par un recentrage sur les bénéficiaires et leur progressif accès au statut de « clients », modifie la donne relationnelle entre prestataires et bénéficiaires : le bénéficiaire va se trouver de plus en plus en position de choisir son prestataire, voire en position d'employeur, mettant ainsi de facto en concurrence les divers opérateurs quant à leurs propositions de prestations de services, l'étendue de leur gamme, les modalités de délivrance des prestations, leur pertinence et leur attractivité.

L'affirmation de la relation client

Ce passage du « statut d'usager vers celui de client » constitue une évolution historique propre à tous les services publics, voire certains services privés³¹. L'une des particularités des services est l'importance accordée à la *relation* entre prestataire et consommateur, du fait même de la dominante intangible du service qui nécessite la mutuelle présence entre le prestataire et le bénéficiaire (elle s'avère plus fugitive lorsqu'elle concerne un produit qui transite entre les parties, et beaucoup d'industriels utilisent pour ce faire des distributeurs intermédiaires). On estime, en moyenne, que 50 % des personnels d'une entreprise de service sont en contact commercial avec les clients. Dans les services d'action sociale et médico-sociale, c'est généralement beaucoup plus, voire la totalité des personnels (les secrétaires participent à l'accueil, les cadres interviennent dans les prestations et les relations avec les clients, les agents de service conseillent parfois les bénéficiaires sur l'entretien de leur chambre, etc.).

Comme toute relation, celle-ci n'est pas exempte d'un rapport de pouvoir qui tend à rendre la clientèle captive dès lors que son choix est limité. Ceci explique le tabou du terme de *client* dans la culture des secteurs qui nous intéressent : leurs établissements et services fuyaient consciemment ou non cette relation de service, lui préférant une intervention discrétionnaire laissant toute latitude au prestataire.

31. Tel est le souhait de tous ceux qui bénéficient de services d'intérêt général, comme ces utilisateurs des transports parisiens qui déclarent : « Quand serons-nous considérés comme des clients et non comme les usagers forcés de ces bétailières ? » in F. Amedeo, « Quand la SNCF déraile en banlieue parisienne » in *Le Figaro* du 10 février 2009.

Le développement du coaching social

Le positionnement des services d'intervention sociale et médico-sociale, au sens le plus large, doit naturellement prendre en compte cette nouvelle orientation sociologique fondamentale : celle d'un mouvement de balancier qui voit notre pays passer du « tout institutionnel » au « tout à domicile ». Dans ce sens, une forme d'intervention doit tout particulièrement attirer l'attention des services innovants : ce que nous appelons le « coaching social ». En tant qu'intervention, le *coaching* est la combinaison d'un diagnostic-conseil, d'une relation d'aide et d'un entraînement personnalisé. C'est tout à la fois un appui technique et une posture relationnelle que propose un professionnel (le coach) auprès de personnes qui en manifestent le besoin.

Une action sociale ou médico-sociale traditionnelle et institutionnelle, fournissant des assistances émiettées, ne parvient pas toujours à aider véritablement la personne, parce qu'elle dissocie la fourniture de l'assistance et l'accompagnement opérationnel lui-même. Les personnes intéressées n'ont pas nécessairement besoin d'une aide bienveillante ou d'une écoute lénifiante, mais plutôt d'un conseil opérationnel, d'une « aide à faire » produisant des résultats. L'aide véritable doit viser la promotion de la personne, doit pouvoir établir des priorités, s'avérer par conséquent personnalisée et engagée dans l'intérêt de celle-ci. Ce qui amène ces professionnels à s'intéresser à de très nombreux domaines de la vie qui s'avèrent interdépendants : la recherche de logement et d'emploi, mais aussi le conseil conjugal, l'hygiène de vie ou la médiation avec l'environnement.

Autre domaine fructueux du coaching : celui de l'insertion et de l'évolution professionnelles. Les structures de travail protégé ont échoué historiquement à jouer un rôle de tremplin vers le milieu ordinaire (par exemple, les Esat insèrent chaque année en milieu professionnel ordinaire moins de 1 % des personnes qu'ils accueillent). Certes, le dispositif avait été pensé au cours de la période des Trente Glorieuses et s'est avéré assez vite décalé des réalités socio-économiques de l'après-choc pétrolier.

Pour une optimisation des ressources

Cette nécessaire amélioration du rapport entre efficacité et coût (*efficience*) entraîne les conséquences suivantes.

Une diversification et souplesse de l'offre

Aujourd'hui, la pertinence des structures sanitaires, sociales et médico-sociales va dépendre de plus en plus de leur opportunité, c'est-à-dire

de leur capacité à anticiper les besoins évolutifs des populations et à proposer des réponses originales, innovantes, voire inventives, eu égard à un environnement, à un état des équipements et à un certain rapport qualité/coût. Nous allons vers une offre à la carte ! Cela signifie que la forme de la structure – au sens le plus physique de son architecture, comme au sens le plus social de son organisation – va s’avérer de plus en plus indissociable de son positionnement. Le management devient global, c’est-à-dire qu’il ne se résume plus à une gestion des ressources matérielles et humaines, mais englobe la totalité du projet, de la conduite et de la réussite de l’entreprise.

L'exigence de résultats et de qualité

En matière d’action sociale et médico-sociale, il conviendra de repenser les dispositifs et d’opter pour des solutions plus efficaces et moins dispendieuses. Nous devons changer de postulat : il faudra que l’efficacité d’un dispositif soit démontrée pour le maintenir et non attendre qu’il soit nuisible pour le supprimer. Il nous faudra débrider l’imagination au détriment des solutions institutionnelles traditionnelles.

L'importance croissante du management

Conséquemment aux questions de restructuration, de mutualisation des moyens et de rationalisation des coûts, que nous avons évoquées, l’un des vastes chantiers de la décennie à venir concerne les modes de management des établissements et services, ainsi que la gestion des personnels (la fameuse GPEC³²). Le changement d’échelle réinterroge l’organigramme et les fonctions, tandis que les nouvelles exigences introduisent de nouvelles fonctions et de nouvelles compétences. Les organigrammes des ESMS se trouvent ainsi « étirés » à la fois verticalement et horizontalement. De multiples conséquences en découlent :

- l’affirmation d’une véritable politique managériale de la part des employeurs ;
- l’émergence d’équipes de direction consistantes et capables de conduire cette politique ;
- la nécessité d’établir de nouvelles modalités de gestion des personnels plus professionnelles en matière de recrutement, de mobilité, d’évolution de carrière et d’*empowerment*.

32. Gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

Une action sociale à repenser totalement

Des différents secteurs d'activité qui nous intéressent, celui de l'action sociale apparaît comme le plus mal loti et c'est probablement dans ce domaine que les changements les plus radicaux devraient avoir lieu. Nous disons « devraient » car il faut bien reconnaître, dans le même temps, que ce secteur est aussi le plus marginal et le plus délaissé : c'est qu'il concerne essentiellement des catégories stigmatisées qui ne constituent pas des lobbies. Il est également clair que le facteur idéologique et les enjeux politiques y sont plus sensibles et que le changement s'y avère plus difficile qu'ailleurs.

Les dispositifs mis en place après la seconde guerre mondiale, dans un certain contexte sociopolitique, sont largement obsolètes et n'ont pas suivi le même mouvement de réforme que l'action sanitaire et médico-sociale. Nous ne sommes plus du tout dans la même société que celle de 1945 ! Notre société actuelle se caractérise par :

- un fort accroissement des écarts sociaux et économiques ;
- la marginalisation durable d'une partie de plus en plus importante de la population française (difficultés d'accès à l'emploi, au logement et aux soins, modes de survie faits d'expédients, recours à l'économie parallèle et/ou à l'assistanat) ;
- l'émergence de l'équivalent de la « question noire » américaine, comprendre la non intégration durable de fortes minorités ethniques et la constitution de ghettos (que la France a longtemps feint d'ignorer) ;
- la fin de l'ascenseur social représenté par les études et les institutions traditionnelles.

Dans ce contexte, les structures devront démontrer leur efficacité et non plus la postuler. Lorsqu'on constate que certaines familles possèdent jusqu'à 18 intervenants qui se croisent dans les escaliers durant des années sans résultat patent...

Une plus grande distinction des problématiques, des besoins et des objectifs

Actuellement, des adolescents en difficultés psychologique et familiale peuvent se retrouver avec des délinquants endurcis ; les modes d'identification des besoins sont reliés à des modes de désignation ou de signalement sociaux complètement dépassés et faussés.

Les dispositifs vis-à-vis des jeunes cas sociaux connaissent une érosion certaine : une fois encore, les profils et les formations ne correspondent

plus à la situation³³. De nombreux établissements, tels les centres d'accueil d'urgence ou les maisons d'enfants à caractère social (Mecs), peuvent nous laisser perplexes quant aux risques de *surmarginalisation*, de coupure de leur milieu ordinaire, voire de violences, qui peuvent exister. Force est de constater que ces dispositifs ont été pensés dans un tout autre contexte social et culturel et n'ont pas su prendre en compte des évolutions psychosociales considérables.

Des méthodes et des formations plus adaptées

En second lieu, les méthodes et les formations devront également varier et s'adapter aux divers besoins et aux divers publics, et leur efficacité devra être évaluée. Il n'est plus pensable qu'un même professionnel généraliste s'adresse à des toxicomanes, des adolescents souffreteux, des dealers, des sans domiciles fixes, etc. Les modes d'intervention sont encore largement calqués sur l'entretien de type clinique ou de type service social, là où il faut démultiplier les méthodes plus actives. Le débat actuel sur l'inefficacité de la psychanalyse à propos du traitement de l'autisme, soulevé par le rapport de la Haute autorité de santé (HAS), pose plus largement la question de l'obsolescence de certaines approches. Inspirons-nous de ce qui se fait dans d'autres pays ! C'est une révolution des mentalités et des approches qui s'avérera nécessaire dans ce secteur, mais est-il prêt à la vivre ?

Une indispensable mais improbable réforme de l'école

C'est tout le système éducatif français qui est à revoir. Le travail social devrait être davantage associé à l'action des écoles et des enseignants ; en effet, la tâche des enseignants devient de plus en plus délicate : de pédagogues, ils doivent tour à tour jouer les rôles d'assistantes sociales, d'éducateurs, de parents supplétifs, de psychologues, d'ethnologues... Eux aussi sont bien souvent en ligne de front de l'ensemble des difficultés sociales et familiales vécues par les enfants dans les quartiers, parce que l'école demeure le dernier maillon de contact avec la société instituée. Toutefois, cet état dans l'état que constitue notre « école républicaine » n'a pas fourni la moindre preuve qu'il pouvait en quoi que ce soit s'adapter et changer, si ce n'est de ministres...

33. Signalons à ce propos un ouvrage original et d'actualité d'Omar Zanna : *Restaurer l'empathie chez les mineurs délinquants*, Dunod, 2010.

Une redéfinition de mission pour la prévention

La prévention est en crise : on ne trouve plus que difficilement d'éducateurs de prévention, tandis que l'internat, qui faisait fuir auparavant les éducateurs mâles, redevient aujourd'hui un havre de paix qui s'avère de nouveau recherché. Peut-on envoyer au « casse-pipe » de jeunes éducateurs bacheliers pour arpenter les banlieues françaises ? Après avoir connu ses âges héroïques, la prévention souffre plus que jamais d'une indéfinition de sa mission.

Une action plus systémique

Le travail social va devoir se recentrer sur une action sur les milieux, auprès d'ensembles humains, et non plus seulement auprès d'individus (l'anti-*casework*, en quelque sorte), visant à remailler des réseaux et à restaurer de la vie civile. La multiplication des dispositifs de longue haleine autour d'un même cas a visiblement fait long feu. Il est plus important aujourd'hui de développer le fonctionnement d'ensembles, de groupes, de réseaux, que de chercher à « réparer » des individus que l'on ne peut plus séparer de leur milieu et assister à bout de bras. Le problème est que l'idée est séduisante mais les moyens pour la réaliser beaucoup plus improbables.

CONCLUSION : DES SECTEURS « CONDAMNÉS » À L'INVENTIVITÉ

Bien sûr, un tel tableau panoptique et rapide de quelques grandes lignes d'évolution sociétales peut paraître à certains égards quelque peu restrictif. On aurait cependant tort de ne retenir que le côté obscur du tableau – après tout, cela dépend de quel point de vue l'on se place – mais il ne sert à rien de tourner le dos aux faits. Nous sommes convaincus que les transformations d'importance dont nous avons besoin proviendront précisément de ces difficultés que nous éprouvons aujourd'hui, difficultés qui sont les terminaisons ou les impasses de choix sur lesquels nous avons fonctionné jusqu'alors, nous invitant à une vision cyclique de l'histoire des sociétés.

Concrètement, les opérateurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, devront impérativement modifier leur conception de leur action et faire preuve d'inventivité. En effet, la crise que nous connaissons, aussi pénible, injuste et révoltante soit-elle, constitue sur un plan systémique un levier

pour un changement d’envergure. Le « changement dans la continuité³⁴ » demeure une belle formule rhétorique, qui n’est précisément prononçable que lorsque rien ne change.

Dans les faits, tous les changements sociaux d’envergure, qu’il s’agisse de changements politiques, institutionnels ou familiaux, passent par une crise plus ou moins sévère, car nous ne changeons que rarement spontanément... La crise (du grec *krisis*, décision) désigne cet instant pathétique du choix, la croisée des chemins, ce point de non-retour qui oblige les acteurs à changer radicalement de références et oser prendre des décisions – précisément celles qu’ils n’auraient jamais envisagées précédemment. De la même manière que seule la crise pétrolière permettra l’émergence rapide d’autres modes de déplacement, la crise économique nous amènera à reconsidérer notre mode de vie.

Nous nous trouvons donc à l’aube d’un nouvel ordre social, comme nous pouvions l’être à la veille de la Révolution industrielle. Cette dernière avait modifié comme jamais auparavant la relation de l’humanité avec le monde : ce dernier était désormais à transformer. De telles périodes, de part l’incertitude qu’elles développent, génèrent nécessairement beaucoup d’angoisse, de tensions et de conflits. Souvenons-nous des *luddites* qui brisaient les machines au début du XIX^e siècle. Les révolutions qui fonctionnent effectivement ne sont pas celles que l’on avait écrites et ne se passent pas là où on les attendait... Par exemple, l’accumulation de capital dans l’Italie de la Renaissance n’a pas produit directement la révolution industrielle, et les révolutions socialistes ne se sont pas produites dans l’Angleterre ou l’Allemagne industrialisées (comme prévu par Marx) mais dans des pays pauvres et paysans (la Russie, Cuba ou la Chine).

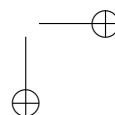
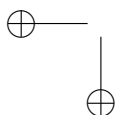
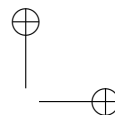
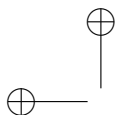
Les révolutions d’envergure qui bouleversent les sociétés humaines ne sortent pas comme un lapin du chapeau d’un philosophe quelconque mais sont les fruits d’un faisceau d’interactions. Les hommes peuvent penser le changement à l’intérieur d’un système, mais ne pensent que difficilement un changement *de* système. N’oublions pas, après tout, qu’*apocalypse*, qui signifie dans la langue d’Aristote « révélation », n’incline pas à la fin mais à un nouveau départ. La crise, aussi apocalyptique soit-elle, représente donc toujours un nouveau départ...

34. Ce fut un temps le slogan de Valéry Giscard d’Estaing, mais il s’agissait d’une formule de circonstance car Giscard se faisait élire sur le thème du changement, tout en ayant besoin des voix et du soutien de la vieille garde gaulliste.

LES GRANDES TENDANCES SOCIÉTALES

Si l'on veut explorer de manière plausible les évolutions des secteurs qui nous intéressent, il convient donc de les inscrire dans des mouvements sociétaux fondamentaux de grande amplitude que nous avons appelés des *lames de fond*. Nous en retenons une vingtaine, tels que :

- le vieillissement de la population ;
- la baisse du nombre des actifs ;
- l'amplification des flux migratoires ;
- l'élévation des déplacements et de la mobilité ;
- l'urbanisation croissante ;
- le développement de la consommation ;
- le culte de la jeunesse et de l'apparence ;
- le rôle de plus en plus déterminant des médias ;
- l'affirmation croissante de l'individualisme et des droits individuels ;
- le passage du tout institutionnel au tout à domicile ;
- la transformation du lien social (passage d'appartenances institutionnelles à des réseaux) ;
- la remise en cause de toutes les formes d'autorité ;
- la fragilisation du lien familial ;
- la mutation des rôles sexuels ;
- la judiciarisation accrue des rapports sociaux ;
- l'augmentation des diverses formes de transgression, de violence et de toxicomanie ;
- l'affaiblissement des nations-états ;
- la montée de toutes les formes de communautarisme, y compris religieux ;
- la montée réactive de néoconservatismes, populismes et des identités ethnico-culturelles ;
- l'affirmation de l'écologie comme nouvelle doctrine universelle de référence.



Chapitre 2

Les ESMS à l'épreuve de leur histoire

SI DANS beaucoup d'autres domaines d'activité, on ne concevrait pas de travailler sans projet clair, sans plan d'action et feuille de route précis, les secteurs social et médico-social ont pu fonctionner durant des décennies en prenant beaucoup de liberté avec la question du projet et de sa réalisation. Pour l'essentiel, cela a été rendu possible par la marginalisation dont ils ont fait l'objet, par leur protection vis-à-vis du marché et des contraintes économiques environnantes et par leur inscription dans une logique administrative parallèle ; mais aussi par une idéologie et une culture de référence qui permettaient d'occulter commodément le problème de la méthodologie et de l'utilité sociale, tour à tour en les sublimant ou en les réduisant à des pseudo-évidences qui servaient jusqu'alors de ciment commun. Définir aujourd'hui un projet pour un établissement ou un service social ou médico-social, c'est accepter de faire entrer ce type d'action dans une véritable professionnalisation, et du même coup, de l'extraire du « volontarisme social », produit du sérail du catholicisme idéaliste, des idées saint-simoniennes et d'un conservatisme pragmatique.

Pour comprendre la portée d'une telle évolution, il est important de resituer le travail social dans son contexte historique. En effet, nombre de difficultés pour aborder l'indispensable transformation de ces secteurs, à

l’aube du troisième millénaire, tiennent à des *caractéristiques culturelles* – et non techniques – des établissements sociaux et médico-sociaux.

L’ADN INSTITUTIONNEL DES ESMS

Héritiers de l’Ancien Régime, de par leur filiation historique avec l’Église catholique romaine, animés par l’esprit de la Charité qui reposait sur une doctrine que nous appelons *l’hospitalisme compassionnel*, les secteurs dont il est question sont les petits-fils des congrégations qui accueillaient des populations stigmatisées : « misérables, ladres, gueux, infirmes, femmes de mauvaise vie, enfants coupables, vicieux et abandonnés, crétins, idiots et imbéciles », selon la terminologie en vigueur à l’époque.

Au plan historique, les secteurs sanitaire, médico-social et social sont donc issus d’une même matrice : celle de *l’hospice*, lieu d’asile caritatif pour les plus démunis. De cette origine, représentée par la saynète emblématique de Saint-Martin partageant son manteau ou l’interventionnisme héroïque d’un Saint-Vincent de Paul¹, allait émerger progressivement toute une généalogie d’établissements destinés à accueillir des populations très variées, mais toutes frappées du sceau de la stigmatisation et de la souffrance, du manque et de la différence, du pathos et du malheur.

Quelques étapes décisives

Passons sur le rôle des institutions religieuses, des hospices et des premiers bureaux de bienfaisance de l’Ancien Régime, passons sur la période révolutionnaire qui va tenter de substituer l’idée de « justice sociale » à la charité, car ce n’est pas l’objet de cet ouvrage², pour nous intéresser plus spécialement à la période de la révolution industrielle qui va réellement entraîner une rupture historique sans précédents dans nos sociétés et en constituer le principal moteur d’évolution. C’est en effet au cours du XIX^e siècle, sous les coups de boutoirs de la révolution industrielle, que l’on prend conscience de la nécessité de mieux gérer les flux de populations et de prendre en main les problèmes de société qui ne manquent pas de surgir, problèmes qui entament la cohésion

1. Il est à noter que la pratique de maraude du SAMU social procède en droite ligne historique de cette « tournée des pauvres ».

2. L’action sociale de ces époques se trouve par exemple très bien évoquée dans l’ouvrage de Jean-François Bauduret et Marcel Jaeger, *Rénover l’action sociale et médico-sociale*, 2^e éd., Dunod, 2005.

sociale, altèrent le progrès – et menacent les classes dominantes. C'est à cette période que se formalisèrent des analyses sociales conservatrices, présentant les sociétés occidentales comme assiégées par de nouveaux barbares et mettant notamment l'accent sur les risques de déstabilisation sociale. Sur le terrain, ce sont des militants et des bénévoles, armés d'idéaux (la plupart du temps catholiques), qui se chargent de recoudre les déchirures les plus voyantes du tissu social, décrites par les premiers ingénieurs sociaux, tels Le Play ou Blanqui, qui jetèrent les bases de l'enquête et de l'intervention sociales.

« À certaines époques funestes, le peuple a abusé de la prospérité due à la vertu des générations précédentes ; et il a été entraîné au mal par le sensualisme des riches, l'orgueil des lettrés et la tyrannie des gouvernants. Ces trois causes de corruption sont réunies, depuis deux siècles, dans l'Occident ; et elles y ont fait naître, contre les institutions du passé, des sentiments de haine et de mépris dont l'histoire n'offre aucun exemple. Ceux qui, de nos jours, se révoltent ainsi contre l'enseignement traditionnel nient l'existence de Dieu, la nécessité du complément apporté à la nature de l'homme par la révélation du Décalogue, le contraste absolu de l'homme et de l'animal. [...] Ces nouveautés déchaînent en Europe l'instabilité et la discorde. Elles tarissent, par conséquent, les sources de la prospérité. Elles se développent surtout près des bassins houillers de l'Occident ; et elles provoquent, dans ces localités, les états d'ébranlement ou de désorganisation décrits dans les tomes V et VI des *Ouvriers Européens*³. »

Les positions officielles de l'Église romaine continuèrent d'influencer directement l'action sociale dans son intentionnalité en faisant étroitement coïncider sa vision et ses intérêts avec ceux des pouvoirs en place. En 1910, le pape Pie X condamnait le « modernisme », et le mouvement du Sillon, et déclarait dans une lettre adressée aux archevêques le 25 août :

« La société n'est plus à inventer, ni la cité nouvelle à bâtir dans les nuées. Elle a été, elle est ; c'est la civilisation chrétienne, c'est la cité catholique [...] Il lui suffit de reprendre, avec le concours des vrais ouvriers de la restauration sociale, les organismes brisés par la révolution et de les adapter au nouveau milieu créé par l'évolution matérielle de la société. »

Il résumait par là l'option dominante de l'Église catholique qui ne parvint jamais à intégrer les révolutions démocratique et industrielle (mises tour à tour sur le compte des protestants, des francs-maçons, des juifs ou des rose-croix...). Il est clair que ce discours annonçait l'idéologie

3. Frédéric Le Play, *La méthode sociale*, présenté par A. Savoye, Paris, Méridiens-Klincksieck, 1989.

montante de la Révolution nationale de Vichy. Cette dernière constituant une nouvelle péripétie du conflit historique entre l'État républicain et l'Église : en quelque sorte, la revanche sur une III^e République anticléricale finissante. Bien entendu, les travailleurs sociaux étaient comptés alors parmi les « nouveaux ouvriers » de cette restauration sociale évoquée par Pie X...

Certes, il a toujours existé des mouvements religieux plus critiques et plus novateurs au plan social⁴, mais ils devaient demeurer marginaux par rapport à la doctrine officielle de l'Église catholique romaine qui donnait le ton à l'action sociale dans son ensemble. Une action sociale, largement initiée et orientée par d'éminents notables, conçue comme le meilleur antidote contre les revendications, le syndicalisme et le féminisme. Dans une telle conception, la société était un ordre figé et l'action sociale visait la rédemption des personnes, l'atténuation des souffrances existentielles, mais ne s'inscrivait pas dans un véritable projet d'alternative sociale. Il faudra attendre la montée de mouvements laïcs pour promouvoir d'autres intentionnalités, ou encore l'influence du concile « Vatican II » sur ce qu'il conviendra d'appeler une aile chrétienne progressiste et œcuménique.

Après la première guerre mondiale, l'État devait commencer à reprendre en main une part de cet univers associatif émietté, largement issu de la séparation de l'Église et de l'État, au fur et à mesure que les enjeux se modifiaient. La santé fut bien sûr concernée en premier lieu car elle intéressait tout le monde et engageait le sort de la République, tant au plan militaire qu'industriel, puis ce fut le tour de la protection de l'enfance et de la situation des personnes invalides de guerre. Les politiques de santé publique et d'éducation allaient d'ailleurs aboutir à l'émergence de nouveaux corps d'intervenants, toujours fortement marqués cependant du sceau du sacerdoce : visiteuses à domicile, assistantes sociales, puis éducateurs notamment. L'État français va ainsi instituer les premiers travailleurs sociaux dans le cadre de politiques hygiénistes.

Dans le même ordre d'idées, les premières écoles de travail social font toute référence à une posture charismatique et à un idéal philosophique et moral. Elles sont fondées au début du XX^e siècle par des religieux ou des militants religieux, comme l'École pratique de formation sociale, l'École libre d'assistance privée (fondée par l'abbé Viollet), l'École normale sociale. Notons que les protestants ne devaient pas être en reste, fondant par exemple l'École pratique de service social en 1913. En 1942, l'abbé Plaquevent crée la première école d'éducateurs : l'Institut pédotechnique

4. Nous pensons à des mouvements civils, mais aussi à des « ordres intellectuels », comme les jésuites, dominicains, franciscains, lassaliens, qui produisirent de nombreux penseurs et pédagogues inspirés et novateurs.

de Toulouse (aujourd'hui l'IRFCES Saint-Simon) dans le sillon de son ouvrage : *Pour l'essor du catholicisme en France*. Il fondera d'ailleurs une association intitulée sans surprise *L'Essor*. Les premières écoles d'éducateurs sont des internats qui tiennent du camp scout et du séminaire ; elles font obligation d'une vie communautaire où l'on partage tout : on partage le gîte avec le directeur et l'on mange tous à la même table avec les enfants. Le métier de travailleur social est alors une vocation, un engagement personnel et un don de soi. Comme on le dira plus tard : « il faut payer de sa personne », avant que cette formule consacrée n'emprunte, dans les années 70, sa version psy : « il faut travailler sur soi ».

La professionnalisation

Mais c'est essentiellement après la seconde guerre mondiale qu'eut lieu ce qu'on peut appeler une véritable et massive phase d'institutionnalisation : il s'est agi en premier lieu de faire entrer une myriade de mouvements dans une configuration administrative générale. Cette phase s'est notamment concrétisée par l'élaboration d'une typologie institutionnelle, l'attribution de statuts, l'allocation de budgets publics, la signature de conventions, la mise en place d'agréments et de commissions, de cursus de formation et de statuts professionnels⁵. Ce processus ressembla à une espèce de « sécularisation », via une indemnisation d'acteurs jusqu'alors bénévoles, de façon à les faire rentrer dans un système professionnel. Il fallait également tout simplement remplacer les personnels religieux, qui vieillissaient et dont le nombre déclinait, par des personnels laïcs. Marqué par le pacte social de la libération et la période de reconstruction nationale, le secteur social s'alignait en quelque sorte sur le reste de la société par le biais du salariat et d'une reconnaissance administrative.

Malgré tout, derrière cette professionnalisation de surface, ce secteur demeurait un tantinet marginal de par sa culture de référence et ses modes de fonctionnement. De fait, la société restait divisée en deux : d'un côté, une société industrielle centrée sur la production, la technologie, le progrès et la performance, de l'autre côté, une société traditionnelle se référant largement à des valeurs préindustrielles et préoccupée avant tout de cohésion morale et sociale. La séparation de l'Église et de l'État, au début du siècle, devait consommer la rupture entre deux modèles de société et de cultures. Ne pouvant plus agir de manière aussi directe sur les

5. Une accélération considérable du processus s'est produite au début des années 60 : avènement de fédérations d'associations, des Ddass et des CREA (1964), des syndicats d'employeurs, de conventions (1965, 1966), de divers diplômes (éducateur spécialisé en 1967), de statuts et de dispositifs, en attendant la fameuse loi de 1975.

instances temporelles, l'Église occupa le terrain de la régulation sociale (soins, éducation, assistance, réinsertion, etc.), marquant ces secteurs de son empreinte.

Le tournant des années 80

Le premier choc pétrolier de 1973, qui allait ébranler les sociétés développées, fut le prélude d'un questionnement fondamental de l'utilisation des fonds publics. Quant à la rupture culturelle des années 80, elle devait commencer à confronter les ESMS, ces héritiers des congrégations, des paroisses, des mouvements de jeunesse et des maisons du peuple, avec la logique économique et sa rationalité. Les années 80 de la *new wave* et des *yuppies*, de l'ère Reagan et Thatcher, de la Perestroïka, puis de la chute du mur de Berlin, marquèrent en effet un tournant radical, annonçant une nouvelle donne de la société postindustrielle qui se caractérisait par un désengagement de l'État et une accélération du système libéral de concurrence : les dysfonctionnements et lourdeurs des administrations sont alors mis en avant (l'*Armée rouge* se délite... et les entreprises publiques en général n'ont pas le vent en poupe). Les années 80 furent des « années libérales⁶ », au cours desquelles le désengagement de l'État pouvait apparaître comme une panacée aux yeux de certains, et où l'on se prenait à rêver de rationalisations en tous genres. Se retrouveront sur la même longueur d'ondes, les tenants d'une rigueur administrative républicaine et les apologues d'une régulation par le marché, ces derniers rêvant d'introduire ladite régulation dans l'action sanitaire et sociale.

Bref, la transition sociale, économique et culturelle de ces années 80 réhabilita l'entreprise, imposa le paradigme entrepreneurial et introduisit en force la « société de service » dans des secteurs qui n'y étaient pas habitués (hôpital, mairie, fonction publique, etc.) y compris dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Le marketing, la méthodologie d'évaluation, le management et la qualité commencèrent à y faire leur apparition. L'évolution générale de la société encourageait alors l'insertion dans l'économie de marché de secteurs périphériques qui jusqu'alors demeuraient sur le seuil. Sans « perdre son âme », pour reprendre l'expression consacrée, les secteurs du travail social et médico-social étaient en quelque sorte sommés de s'intégrer dans la nouvelle société, voire dans certains cas de se révolutionner : il fut demandé aux ESMS et leurs professionnels de travailler avec des méthodes plus explicites, d'évaluer leurs actions, de mieux se situer par rapport à leur environnement, bref de

6. C'est en effet au cours de l'ère socialiste que les idées libérales devaient le plus se développer en France.

se comporter davantage comme les autres entreprises. On proposa même aux opérateurs de « se vendre » et de rechercher des fonds alternatifs, c'était l'époque d'émergence du marketing social, du *Charity business*, des ONG, du kouchnérisme. D'où un violent choc culturel, porteur de conflits et de déstabilisations en tous genres.

Dans leur ouvrage datant de 1984, *L'évaluation du social : une question pour les acteurs et pour la recherche*⁷, M. Chauvière et D. Renard attribuaient la montée d'intérêt vis-à-vis de l'évaluation aux effets directs de ce qu'on appelait alors « la crise économique » et d'une logique conséquente de restrictions budgétaires. Il était en quelque sorte demandé à des processus évaluatifs de permettre une « chasse au gaspi » (ou encore de dénicher les *coûts cachés*, selon la célèbre formule d'Henri Savall⁸). Objectifs financiers et moraux se conjugueront progressivement – sous le régime socialiste – pour admettre que l'évaluation des actions sociales est un juste compte à rendre à la société civile quant à l'utilisation des deniers publics.

Dépasser l'héritage traditionnel

Cet « ADN institutionnel » laissera des traces jusqu'à aujourd'hui, parfois d'autant plus actives qu'elles deviendront peu à peu inconscientes, transmises comme des évidences. Il constitue un noyau dur, parfois enfoui, qui ressurgit régulièrement en autant de postures de résistance au changement, car le changement est dès lors toujours perçu comme hostile, porté par le Léviathan de l'économie et du libéralisme... On ne peut comprendre, par conséquent, la raison et la cohérence de ces résistances (au *contrat*, au *service rendu*, à la *qualité*, à la *performance*, au *management*, aux *procédures*, etc.) si l'on ne réfère pas ces secteurs d'activité à leur matrice doctrinaire originelle et que l'on ne reconnaît pas que ces secteurs sont au fond récemment – et encore pas totalement – professionnalisés et que, d'une certaine manière, ils sont en train de réaliser leur révolution industrielle...

Le travail social a donc vécu pendant longtemps sur une idéologie pré ou anti-industrielle, récusant les valeurs et technologies de l'entreprise, puisant principalement ses références dans un humanisme chrétien, puis dans un laïcisme militant, issu des mouvements d'éducation populaire, de la gauche chrétienne ou de l'extrême gauche, tout aussi anti-entrepreneurial.

7. Édité par la Mission recherche expérimentale (MIRE).

8. Cf. *Reconstruire l'entreprise : analyse socio-économique des conditions de travail*, Dunod, 1979 ; « L'intégration des nouveaux critères de gestion et l'innovation socio-économique » in *Enseignement et Gestion*, numéro spécial, printemps 1984.

« Ils nous ont chassés de nos maisons et de nos jardins pour travailler dans leurs fabriques et leurs écoles de vice », disait Thomas Excell en 1838... On peut retrouver chez certains pères fondateurs d'associations et certains penseurs de l'action sociale de l'après-guerre, cette même doctrine qui, de la contre-révolution au pétainisme, reprend ces thématiques romantiques de la campagne, de l'artisanat, du compagnonnage, du patriarcat et d'une certaine idée des valeurs morales... Par exemple, les théories morales et hygiénistes du début du siècle, qui abominaient la ville « mère de tous les vices » et attendaient de la mise au vert le salut de l'âme et du corps, influencèrent jusqu'à la fin des années 80 le choix des sites des ESMS.

De même, les modèles sociaux des établissements du secteur furent pendant longtemps la famille patriarcale ou la communauté pastorale, reprises à leur compte à partir des années 70 par l'idéologie communautaire hippie, le *revival folk* des mythes du village, de la ferme et de l'artisanat ou encore l'utopie autogestionnaire (qui procède fondamentalement, malgré les apparences, du même conservatisme et de la même doctrine : le retour mythique à un christianisme ou un communisme primitifs). En termes de communication interne, ces microsystèmes sociaux se manifestaient par des réseaux relationnels en étoile (« centrés sur le Père ») ou bien des groupes à forte pression de conformité, quasi tribaux, ne prenant que des décisions collégiales. D'autres habitudes de la vie communautaire ont caractérisé bon nombre d'établissements sociaux et médico-sociaux, telles que le tutoiement généralisé, une certaine confraternité, les tabous de l'argent et du sexe, voire un goût pour la confession et l'autoréprimande. Tout cela pouvant tenir à la fois du couvent, du patronage ou du phalanstère fouriériste : on y trouve la référence au Père, à « la Loi », voire à l'utopie.

Dans les années 80, nous avons eu maintes et maintes fois l'occasion d'intervenir dans des établissements de ce type, vivant en autarcie, possédant parfois leurs propres vaches, se targuant de construire leurs propres meubles et dirigés sur le mode charismatique décrit plus haut. Un grand hôpital psychiatrique lyonnais, comme l'hôpital du Vinatier⁹ (mais les autres fonctionnaient de la même manière) constituait un village avec son église au centre et son avenue de notables, possédait ses animaux domestiques et ses propres artisans et boutiques ; on n'y faisait pas circuler d'argent mais des jetons... et on s'y mariait beaucoup entre soi.

Aujourd'hui encore, il ne faut pas sous-estimer les séquelles, même reformulées et non revendiquées, d'une idéologie traditionaliste qui s'est souvent reconvertie sous les oripeaux d'un discours psychologisant et humaniste.

9. Nous l'avons bien connu pour y être beaucoup intervenu entre les années 1981 et 1995.

UNE LONGUE MARCHÉ VERS LA RECONNAISSANCE SOCIALE

L'aspect qui nous intéresse sans doute le plus dans cette très rapide fresque historique est la conséquence de ce processus d'évolution sur la situation des bénéficiaires des ESMS, car on finirait presque par oublier qu'ils sont censés en constituer la raison d'être.

Mainstreaming, non-discrimination, compensation, participation sociale, inclusion, désinstitutionalisation, constituent le nouveau glossaire européen de l'action positive en faveur des personnes en situation de handicap(s). Se profile ainsi le nouveau défi des associations, des établissements et services et de leurs professionnels : infléchir considérablement un dispositif global basé sur le « développement séparé » pour l'orienter vers l'inclusion, la participation et la promotion sociale.

Par rapport à nos sources historiques françaises, ce nouveau lexique exprime une approche radicalement différente de la question en soi du handicap, mais aussi de l'insertion des personnes dites handicapées dans la société environnante. Ce virage à cent quatre-vingts degrés – certes, déjà amorcé depuis plusieurs années concernant certains aspects – s'effectue sous l'influence conjuguée de plusieurs facteurs : en premier lieu, l'harmonisation européenne (qui s'avère dans bien des domaines le plus puissant moteur des changements actuels), mais aussi les mouvements d'usagers et les revendications des associations représentatives, l'évolution rapide des réflexions éthiques et les nouveaux paradigmes intellectuels qui transforment notre façon de voir. Nous avons donc affaire à deux niveaux d'évolution qui s'imbriquent cependant étroitement : celui de la conception intellectuelle du handicap et celui de la question sociale proprement dite.

Handicap et développement séparé

Depuis la reconnaissance de l'infirmité, directement issue des ravages de la guerre, et plus particulièrement de la première guerre mondiale, s'affirma peu à peu la nécessité de reconnaître, d'assister et d'indemniser l'invalidité (loi du 5 août 1949, dite « loi Cordonnier »). S'ensuivit une meilleure identification du handicap (moteur, sensoriel, mental), puis l'attribution aux personnes handicapées d'un « statut social », statut ouvrant des possibilités, notamment le droit à une éducation adaptée, à une réadaptation sociale, à l'obtention d'un emploi protégé (lois du 23 novembre 1957, du 31 juillet 1963, puis du 13 juillet 1971 et du 30 juin 1975). Bref, si nous devons résumer l'histoire du handicap, au cours de

ce XX^e siècle, nous pourrions le faire en une formule : celle d’une longue mais régulière avancée en faveur d’une reconnaissance sociale et d’une inscription concrète dans la cité pour les personnes désignées alors comme handicapées.

Cependant, pour de nombreux intéressés et leurs familles, cette longue marche fut fréquemment décevante dans ses effets concrets, probablement parce qu’elle était tributaire de deux choix caractéristiques de notre dispositif français : tout d’abord, celui d’une « vision orthopédique » du handicap, projection médico-hospitalière qui fit de la *rééducation* l’un des fers de lance de l’action à l’endroit des personnes dites handicapées, et qui participa à enfermer le handicap dans une approche technicienne ; ensuite, celui d’un internement, calqué sur le modèle de la psychiatrie, qui entraîna un véritable « développement séparé ». Ces deux choix déterminèrent toutes les options en matière de réponse au handicap et influencèrent durablement la culture même du secteur médico-social

À l’heure actuelle, ces deux choix explosent sous la pression conjuguée des facteurs précédemment évoqués, et notamment, parce que les personnes concernées ne veulent plus être considérées comme des citoyens de seconde zone – elles entendent bien faire respecter leurs droits dans la cité ; parce qu’elles ne souhaitent plus être appréhendées comme des « personnes handicapées » – label qui dénature leur intégrité ; parce que l’institutionnalisation ne répond plus à l’ensemble de leurs attentes et constitue un dispositif global peu réactif, coûteux et surhandicapant. La comparaison possible avec d’autres pays, par exemple, les pays scandinaves et anglo-saxons, ne permet plus d’ignorer d’autres alternatives plus démocratiques et de continuer d’entraver l’accès à la société civile pour des personnes à besoins spécifiques. Celles-ci veulent participer en premier lieu aux textes et déclarations qui décident de leur sort, d’où ce slogan, affirmé lors de la conférence de Madrid de mai 2002 : « Rien pour nous, sans nous ! ».

Le choix historique du « tout institutionnel »

Le tout institutionnel, que nous avons donc connu durant de longues décennies, s’inscrivait dans une généalogie et une culture historique issue de l’hospice. De cette matrice originelle, marquée du sceau d’une philosophie confessionnelle et de ses modèles doctrinaires et opératoires, sortiront des générations d’établissements en tous genres, suivant l’évolution en âge des populations prises en charge : depuis les services psychiatriques jusqu’aux instituts médico-éducatifs, les foyers d’hébergement, les maisons d’accueil spécialisées, y compris les centres d’aide par le travail, qui s’avèrent eux-mêmes issus de diverses formes d’ateliers du

XIX^e siècle, puis des « ateliers ergothérapeutiques » de l'hôpital psychiatrique. Aujourd'hui, nous en sommes arrivés aux résidences pour « personnes handicapées vieillissantes »...

Cette logique du tout institutionnel a été à la fois l'émanation naturelle d'un interventionnisme d'État, et son habitude à ventiler des populations désignées vers des établissements *ad hoc*, mais aussi des craintes des associations de parents de voir leurs enfants livrés à une société parfois sauvage à leur égard. L'institutionnalisation massive a généré sans nul doute une infantilisation condescendante, un recul vis-à-vis de la citoyenneté et du statut d'adulte par un refus de la responsabilité, de l'autodétermination, par une coupure avec l'environnement, un enfermement dans le pathos, une mise en tutelle économique, même si elle a aussi considérablement amélioré les conditions de vie des personnes. Le statut de handicapé s'est affirmé comme celui d'un mineur à vie.

Le problème majeur qui se pose aujourd'hui à des personnes en situation de handicap porte à notre sens sur l'aspect relationnel. Les institutions ont insisté sur un mode de vie collectif largement imposé et sur des actes éducatifs et rééducatifs très fonctionnels. Aujourd'hui, le point faible de la vie institutionnelle, c'est qu'elle est impropre, voire incompatible avec l'intégration sociale et une vie normale ; bref, l'établissement peut représenter un surhandicap ! Vivre normalement, c'est nouer des relations et avoir accès à une certaine vie sociale. Quelle est précisément la vie sociale de personnes en situation de handicap au sein des établissements ?

Les mouvements de consommateurs

Un autre phénomène a joué un rôle évident en faveur de la participation sociale : depuis quelques décennies, nous avons vu en provenance des États-Unis émerger des mouvements de consommateurs, c'est-à-dire des individus qui se regroupent pour négocier avec les prestataires ou affronter les distributeurs pour obtenir une meilleure qualité et lutter contre les abus de toutes sortes, par exemple, en intentant des procès spectaculaires en cas de fraude ou d'erreur grave. Ce mouvement n'affecte pas que la consommation de produits courants, mais aussi l'univers des services. Il est de plus en plus fréquent que l'on intente un procès à un chirurgien ayant pratiqué une opération sans aucune nécessité, ou un établissement de santé ayant irradié massivement ses patients ou une maison de retraite particulièrement maltraitante, autant de choses qui, sans les moyens de communication d'aujourd'hui, et les nouveaux rapports de force ainsi créés, auraient été impossibles.

Même si la France est quelque peu en retard sur ce plan par rapport à d'autres pays développés, des associations d'usagers sont en train d'émerger, ainsi qu'une nouvelle race d'associations de parents, bien informées et préoccupées de qualité. Beaucoup de familles ont bénéficié de ce courant et prennent conscience de leurs droits et de leur statut ; par exemple, certaines familles souhaitent de plus en plus être tenues au courant de ce que l'on fait avec leurs enfants, non pas pour dénigrer systématiquement les méthodes employées, mais pour participer de manière active à ce qui est entrepris et dénoncer aussi certains abus. Par conséquent, les bénéficiaires n'hésitent plus aujourd'hui à intenter des actions en recours, à saisir les instances européennes, à mobiliser les médias sur leurs situations ; confère, par exemple, ces voyageurs en fauteuils roulants qui ont protesté contre les conditions de transport peu civiles que leur avait imposées la SNCF.

Une prise de conscience écologique

À partir des années 60, se fit jour une prise de conscience de l'importance de l'environnement qui devait influencer considérablement les nouvelles approches qui se recentrèrent dès lors sur les communications et les interactions reliant les individus à ce qui les entoure. L'intérêt se porta notamment sur les micro-interactions, des rapports plus circonscrits entre espaces et comportements. À la suite de la *théorie du champ* et de l'*approche dynamique des groupes* de Kurt Lewin, un de ses disciples, Roger Barker, devait développer la « psychologie écologique » (*ecological psychology*). Au cours des années 70, le courant de la psychologie environnementale connut une progression fulgurante et déboucha sur des centaines d'études et de publications. Devaient se détacher quelques auteurs décisifs comme Ittelson, Proshansky, Lee, Newman ou Altman.

La psychologie écologique ou environnementale se définit comme la tentative d'établir des relations théoriques et empiriques entre la personne et son environnement construit. Cette notion d'interaction entre environnement et personnalité introduit une révolution dans la psychologie traditionnelle, comme l'explique Harold Proshansky :

« Les déterminants du comportement et du vécu étaient essentiellement conçus comme enracinés dans la structure durable de la personne qui transcendait les propriétés de la situation. La dernière décennie a vu abandonner cette conception au profit de "dispositions situationnelles", celles-ci émanant des propriétés mêmes de la situation¹⁰. »

10. H. M. Proshansky, « Environmental Psychology and the Real World » (non traduit), in *American Psychologist*, avril 1976 (p. 303-310).

Issue de « l'École de Palo Alto », l'approche *éco-systémique* effectua une synthèse des apports de la cybernétique, des sciences cognitives et des nouveaux courants en psychologie et sociologie, pour mettre également l'accent sur les interactions entre les acteurs plutôt que sur un individu isolé (fruit historique du « mentalisme » de la charnière des XIX^e et XX^e siècles).

Certes, toutes ces évolutions, occupant pourtant une place déterminante dans les sciences humaines mondiales, ont été longtemps ignorées en France. Elles ont fini cependant par infléchir progressivement les mentalités, ne serait-ce que parce les personnes se déplacent de plus en plus et que les échanges s'accroissent.

Il est intéressant de comprendre la relation entre cette évolution de la psychologie et la notion de « handicap de situation » qui en résulte. En effet, il faut bien saisir cette évolution environnementaliste pour comprendre les enjeux de la nouvelle nomenclature internationale, d'origine anglo-saxonne, et les textes législatifs qui en découlent.

La situation de handicap et la CIF

Progressivement, au cours des années 70-80, le concept de handicap fut ré-interrogé, à la lumière notamment des *approches écologiques* anglo-saxonnes qui approchaient les événements sociaux à partir de la notion « d'interaction homme/environnement », et non plus sur la base du seul facteur humain (biologique et psychologique). Le handicap émerge alors comme la résultante d'un faisceau d'exigences environnementales auquel l'acteur est plus ou moins en capacité de répondre, au plan sensoriel, cognitif ou opératoire, sachant que les modes de réponse ne sont pas uniques mais multivariés et combinables entre eux. Le « handicap de situation » est né.

Voici ce qu'en disait alors le professeur Minaire, du CHRU de Saint-Étienne, l'un des pionniers français de cette question :

« Il [le handicap] s'agit d'une notion très étroitement liée à l'environnement du sujet, au type de société dans lequel il évolue, à un instant donné. Il s'agit d'une notion qui de ce fait n'est que très partiellement médicale. Le handicap est beaucoup moins lié au diagnostic médical fait en amont qu'on ne le pense généralement. Il est en fait lié aux diverses situations auxquelles l'individu est confronté dans son environnement actuel, dans sa vie de tous les jours¹¹. »

11. Pr. Minaire « Le handicap. Définition et application en rééducation et réadaptation » in *Le Journal de réadaptation médicale*, 1986, n° 6, pp. 202-204.

En Angleterre, Philip Wood, directeur de l'Unité de recherche en épidémiologie de Manchester, publiait en 1980 une nouvelle classification, qui allait être adoptée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹². L'essence de la classification proposée par Wood, repose sur une distinction fondamentale entre déficience (*impairment*), incapacité (*disability*) et désavantage (*handicap*). Ainsi, si la *déficience* est une altération structurelle ou fonctionnelle, l'*incapacité* est une conséquence qui se manifeste en termes de limitation de compétences opératoires ; quant au *handicap* proprement dit, ou *désavantage*, il résulte de la vie sociale, des interactions et des situations sociales, et se manifeste au travers de rôles que les acteurs jouent plus ou moins bien.

Les champs auxquels renvoient ces définitions sont donc différents et débouchent sur des réponses également différentes :

- la *déficience* est de l'ordre de l'*état*, elle s'établit au travers d'un diagnostic médical en égard aux normes de l'espèce humaine. Les réponses qui peuvent lui être apportées concernent des opérations de confort ou de restauration fonctionnelle ainsi que des aides supplétives (orthèses, prothèses), voire, plus récemment, des interventions bioniques ;
- l'*incapacité* s'apprécie en *situation* (macro ou microsituation), elle dépend d'un rapport entre exigences de situation et compétences de l'acteur, elle peut être évaluée par l'ergothérapeute ou l'ergonome. Les réponses concernent tant l'amélioration des compétences de l'acteur, que l'assistance technologique ou l'aménagement de l'environnement ;
- le *désavantage* dépend de la *société et de la culture ambiante* (macro-situations), essentiellement de la place – du positionnement – que l'on occupe ou qui est socialement affectée. Il s'évalue en termes psychosociaux de *status*, d'échelle de prestige, de seuil de tolérance, de rôle et de jeu institutionnel. Les réponses sont plus complexes à fournir puisqu'elles impliquent les échelons politiques, économiques et sociétaux.

Révisée en 1997, la CIH fut plus profondément remaniée en 2001 et rebaptisée CIF (classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé). Cette dernière met encore plus délibérément l'accent sur les facteurs environnementaux susceptibles de limiter la participation sociale de la personne, ainsi que sur les moyens à mettre en œuvre en termes d'action positive.

12. Cf. à ce propos : P. Fougeyrollas, « La révision de la classification des handicaps : le point sur les travaux du Québec », colloque CIH, Paris, novembre 1988, et « Classification Internationale des Handicaps : du concept à l'application », édité par le CTNERHI.

Le fait essentiel apporté par ces nouvelles nomenclatures est la dissociation entre ce qui relève des faits physiologiques, médicaux et cliniques, et ce qui relève de leurs conséquences qui ressortissent essentiellement au champ social. Ainsi il est devenu possible de lever la confusion entre les champs médical et social, entre le *pathos* et le *status*, la santé et la socialisation.

L'une des principales conséquences de cette nouvelle façon de voir est le décroisement entre personnes normales et personnes handicapées. Il n'existe plus qu'une seule population à géométrie variable, en cela que des groupes sont plus ou moins en capacité de répondre à certaines situations par leurs seuls moyens, et nécessitent la mise en place de systèmes de compensation.

En travaillant pour les personnes en situation de handicap, on travaille tout autant pour les autres. En effet, que sait-on des difficultés diverses rencontrées par des personnes dites non handicapées ? La personne ayant mal au dos, une personne âgée, une femme enceinte, peuvent s'avérer tout aussi en difficulté qu'une personne reconnue « handicapée ». La preuve nous est donnée par la très relative « labellisation » du handicap selon les pays d'Europe, puisque celle-ci peut aller de 7,8 % de la population italienne (de 16 à 64 ans), considérée comme handicapée, à 22,9 % pour la Finlande, soit presque trois fois plus !

Se situer dans le *mainstreaming* européen

Les dernières évolutions en cours ne s'avèrent pas seulement d'ordre textuel et administratif, elles concernent également nos mœurs et nos conceptions de vie en société. En effet, l'évolution des mentalités concourt à faire surgir de nouveaux besoins, induits par de nouvelles réalités socio-économiques et de nouvelles situations. À ce titre, les influences européennes ont joué indiscutablement un rôle critique et positif en introduisant d'autres modèles, d'autres configurations et dispositifs, et en permettant ainsi la comparaison et la contradiction avec les nôtres. Par exemple, les enfants en situation de handicap se trouvent depuis longtemps accueillis à l'école dans les pays scandinaves... La diversité même des façons d'appréhender des notions faussement évidentes comme la santé, la pathologie, le handicap, la marginalité ou l'intégration sociale questionne fortement chaque société – et la nôtre en particulier – dans sa réelle capacité *d'inclure des personnes à besoins spécifiques*, pour employer la terminologie européenne.

La volonté de plus en plus affirmée de la part de nombreuses personnes en situation de handicap de ne plus être considérées comme des sous-citoyens, génère de nouvelles aspirations et de nouveaux besoins,

davantage centrés sur l’accompagnement dans l’environnement, le conseil, la promotion, l’affirmation de soi, le développement personnel, etc. Bref, une série de nouveaux concepts de service surgissent, entraînant à leur tour de nouveaux fonctionnements, nécessitant de nouvelles compétences, configurant de nouvelles équipes interprofessionnelles. C’est ainsi que la solution n’apparaît plus aujourd’hui dans les seules interventions éducatives ou rééducatives, mais bien dans une action sur l’environnement lui-même, action technique, sociale, culturelle et politique.

LE PROCESSUS DE DÉINSTITUTIONALISATION

« Conscient du fait que le placement des enfants en institution augmente sérieusement les inquiétudes quant à sa compatibilité avec l’exercice des droits de l’enfant ; reconnaissant que le regard porté sur les personnes handicapées doit évoluer en profondeur pour conduire à des pratiques inclusives et non discriminatoires ;

[...] (Le Comité des Ministres de l’Europe) recommande aux gouvernements des Etats membres de prendre toutes les mesures législatives, administratives et autres [...] afin de remplacer l’offre institutionnelle par des services de proximité dans un délai raisonnable et grâce à une démarche globale¹³. »

Force est de remarquer que le processus de *désinstitutionalisation* commence à peine à être abordé en tant que tel dans les secteurs de l’action sociale et médico-sociale, alors qu’il en représente un des phénomènes de transformation les plus notables de la décennie à venir... Est-ce du fait de la discrétion même des textes qui l’évoquent ? Est-ce par évitement, incrédulité ou sidération ? Ou bien parce que d’autres priorités captent actuellement toute l’attention des dirigeants et praticiens et que le « délai raisonnable » évoqué par la recommandation paraît encore bien lointain ?

Pourtant, le mouvement est historique, à savoir qu’il s’inscrit dans une courbe d’évolution sociologiquement repérable sur plusieurs décennies, courbe qui obéit à des variables à la fois culturelles, démographiques, politiques et économiques. Comment identifier ce processus impulsé par l’Europe ? Quels en sont les facteurs et les enjeux ? Quelles en sont (déjà) – et quelles en seront – les conséquences les plus remarquables

13. Recommandation CM/Rec(2010)2 du Comité des Ministres aux États membres relative à la désinstitutionalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité (adoptée par le Comité des Ministres le 3 février 2010, lors de la 1076^e réunion des délégués des ministres).

et les plus significatives pour l'ensemble des acteurs des secteurs qui nous intéressent ?

Un changement souhaité de modes de réponse

Cette évolution est impulsée par les pays européens les plus avancés en matière d'inclusion des personnes en situation de handicap, elle oppose l'*independent living* et le *community living* à la vie collective en des établissements préformés et contraignants. Pour cette raison, ce processus est parfois baptisé de mouvement pour la « désinstitutionnalisation ». Celui-ci est notamment porté par l'ECCL (*European Coalition for Community Living*¹⁴).

Il s'agit tout d'abord d'un processus sociétal, appliqué plus spécialement à certains domaines, qui consiste à privilégier des formes légères, souples, variées, évolutives d'intervention en lieu et place d'établissements qui ne répondent plus nécessairement aux aspirations des populations, ne correspondent plus (à tort ou à raison) aux exigences culturelles et éthiques actuelles et immobilisent de lourds investissements. La recommandation que nous avons citée en préambule concerne les enfants, mais la désinstitutionnalisation intéresse également les adultes et les personnes âgées. Rappelons que cette désinstitutionnalisation est déjà en marche depuis de nombreuses années au travers du développement progressif des Sessad, SAVS et autres services d'accompagnement en tous genres. Elle consiste en le remplacement des établissements par des plates-formes de services fonctionnant en réseau, permettant à des personnes en situation de handicap de vivre à leur domicile et dans l'environnement qu'elles ont choisi, ce qu'ont déjà réalisé certains opérateurs.

Nous pouvons brosser quelques grands traits caractéristiques de ce processus :

- premièrement, l'intervention sociale et médico-sociale est en train de se « détotaliser », c'est-à-dire qu'elle ne proposera plus un mode total de prise en charge, issu historiquement de l'internement psychiatrique et du modèle communautaire, un *package*¹⁵ à prendre ou à laisser, mais un bouquet d'offres de service circonstanciées et adaptées à des besoins

14. L'ECCL a été fondée par Autisme Europe, le Centre d'Études politiques de l'Université d'Europe Centrale, le Forum européen des personnes handicapées, le Réseau européen pour une Vie autonome, Inclusion Europe, Santé Mentale Europe, *Open Society Mental Health Initiative*.

15. C'est-à-dire un « ensemble indissociable de prestations », quelles que soient les attentes des bénéficiaires.

extrêmement divers : nous allons vers « le juste ce qu’il faut ». Les notions de performance et d’efficacité font leur apparition ;

- deuxièmement, nous assistons à un transfert écologique du tout institutionnel au tout à domicile, comprendre que l’institution apparaîtra de moins en moins comme une solution enviable, et que les modes d’intervention se feront de manière privilégiée au domicile ou dans l’environnement de la personne, chaque fois que possible (notamment grâce aux rapides évolutions technologiques, dont l’informatique et la domotique) ;
- troisièmement, les interventions se feront en fonction de catégories de besoins et d’attentes et non plus de « labels déficientologiques » (déficients, autistes, psychotiques, cas sociaux, etc.). Les relations entre personnes obéiront aux critères et aux modalités habituels de toutes relations de service (normalisation) ;
- quatrièmement, ces interventions devront s’adapter à une diversité croissante de besoins, de situations, d’âges et de populations (ce que nous appelons la *socio-diversité*) qui caractérise nos sociétés actuelles ;
- cinquièmement, leurs projets et leurs contenus devront évoluer vers des concepts ascendants comme la *participation sociale*, le *développement personnel*, bref, s’attacher à la *promotion* des personnes et de la qualité de leur vie : le projet de vie est appelé à transcender les divers dispositifs.

Quoi qu’il en soit, le terme de « désinstitutionnalisation » est-il cependant bien choisi pour désigner ce changement de cap ? Le vocable d’institution est ici identifié à établissement. Certes, l’origine latine d’institution est *instituere* qui signifie « fixer, établir », et les institutions représentent donc tout ce qui est fixé et établi au sein d’une communauté ou d’une société. Ces éléments établis sont des formes symboliques, même si elles possèdent des conséquences matérielles, comme l’institution du mariage par exemple. Le terme de désinstitutionnalisation peut donc prêter à confusion et friser le faux sens : il faut le comprendre comme la « fin des établissements » et non pas comme la fin des institutions – car, dès lors, il ne s’agirait ni plus ni moins de la fin de ce qui fait société¹⁶... On peut penser tout simplement qu’il existe à la base un problème de traduction du terme anglo-saxon *institution* (qui vient naturellement du français mais qui

16. La fin de tout interventionnisme de l’état est le projet déclaré des partisans du libéralisme, émules de F. Von Hayek, promoteur de la « société ouverte ». De ce fait, d’aucuns verront dans la désinstitutionnalisation l’expression d’une nouvelle dérégulation néolibérale... ce qui n’est pas complètement faux, et donc pas complètement vrai, mais à quoi l’on peut répondre que la fin programmée de l’état était également l’objectif historique du communisme... Comme quoi, la fin de l’état est un mythe multi-idéologique, comme la fin des institutions.

a pris une acception sensiblement différente, tout comme *establishment* a pris un autre sens qu'établissement).

Les origines de la désinstitutionalisation

Nous avons affaire à un processus qui n'est pas propre à un pays mais qui affecte l'ensemble de nos sociétés développées, c'est-à-dire qui s'inscrit dans un vaste mouvement sociétal d'ordre culturel et structurel. Culturellement, l'origine internationale du mouvement de désinstitutionalisation est à chercher du côté des sciences humaines américaines des années 50 et 60. Hongrois ayant fui les persécutions nazies en 1938, Thomas Szasz fait ses études de médecine à New York avant de devenir le pourfendeur de la psychiatrie traditionnelle qu'il resitue dans une fresque historique de la persécution. C'est à partir d'une posture libertaire que le père de l'antipsychiatrie américaine mit en évidence l'*institutionnalisme*, ou l'effet pervers, et pour finir anti-thérapeutique, de certains contextes institutionnels, qui tout en prétendant soigner, désocialisent l'individu et le coupent de tout environnement humain – ce qui correspond à la définition même de l'aliénation... Il donnera une acception de ce qu'il dénonce comme la *psychiatrie institutionnelle*, qu'il oppose à une psychiatrie contractuelle (notons au passage la ressemblance avec ce qui se passe dans nos secteurs de l'action sociale et médico-sociale...) :

« Par psychiatrie institutionnelle, j'entends les interventions psychiatriques imposées par des individus à d'autres. Ces interventions se caractérisent par une perte de contrôle total du client ou "patient" sur sa participation à sa relation avec l'expert. Par psychiatrie contractuelle, j'entends généralement les interventions psychiatriques assumées par des personnes motivées par leurs propres problèmes et leurs souffrances. De telles interventions sont caractérisées par la conservation du contrôle total par le client ou le "patient" sur sa participation à la relation qu'il entretient avec l'expert¹⁷. »

Bien que procédant d'une démarche différente, le sociologue Erving Goffman¹⁸ participa de ce mouvement en montrant de manière quasi ethnographique le caractère totalitaire du fonctionnement quotidien de certaines institutions hospitalières (*total institutions*). Ce caractère totalitaire n'est pas nécessairement délibéré, il peut procéder d'une culture, d'habitudes,

17. *The Manufacture of Madness*, trad. fr. *Fabriquer la folie*, Paris, Payot, 1976.

18. Notamment dans *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Les Éditions de Minuit, 1968.

de théories, de formations, comme l'écrivait un autre sociologue américain, Edwin Lemert¹⁹ :

« L'ambiance de l'hôpital peut contribuer à la progression d'un délire paranoïaque, comme l'ont montré Stanton et Schwartz. En effet, ils parlent clairement d'une "pathologie de la communication" provoquée par l'habitude des employés de négliger les significations explicites des affirmations ou des actions des patients et de répondre au contraire à partir de significations déduites ou présumées... »

(Ce dernier point s'avère particulièrement à méditer dans les institutions sociales et médico-sociales de notre hexagone...). En Europe, des praticiens aux ambitions idéologiques nettement plus affirmées, comme Ronald Laing, David Cooper, Franco Basaglia, Toni Lainé, ou Gérard Hof, empruntèrent la même voie, mais pour l'inscrire dans une dénonciation gauchiste du contrôle social.

Il n'est rien d'étonnant que ce soit au sein de l'institution psychiatrique que soit né le courant de désinstitutionalisation : parce que celle-ci offrait le plus de similitudes objectives avec les systèmes totalitaires que la seconde guerre mondiale avait mis en évidence. L'autopsie de leurs processus²⁰ avait été ainsi l'occasion de s'apercevoir que les régimes dictatoriaux n'avaient pas l'apanage des dispositifs totalitaires : toutes proportions gardées, les méthodes délibérées de déshumanisation, de destruction psychologique ou d'embrigadement, pratiquées dans les univers concentrationnaires, le *goulag* soviétique, les organisations de jeunesse fascistes, les *Lebensborn* du III^e Reich, les communes révolutionnaires spartakistes ou bolcheviques, etc., étaient également présentes chez nous, par exemple, dans les hôpitaux psychiatriques et les établissements accueillant des populations stigmatisées. La corrélation entre l'*Untermensch* (sous-homme) du régime nazi et le malade mental ou l'arriéré dans nos pays ne pouvait que sauter aux yeux. C'est ainsi qu'après avoir observé ce qui s'était passé dans les hôpitaux européens durant la guerre, certains médecins psychiatres réagirent et appelèrent à d'autres pratiques.

19. Edwin Lemert était un spécialiste mondial de la sociologie de la déviance et de la criminologie ; il était le fondateur de la *labelling theory* (« théorie de l'étiquetage »). Ses écrits influenceront des auteurs comme Goffman, Becker, Cicourel, Garfinkel. La citation est extraite de sa contribution à l'ouvrage de F. Basaglia, *Social disability : the problem of misfits in society*, 1971 ; trad. fr. *La Majorité déviante*, Paris, Union Générale d'Éditions, 1976.

20. De fait, les très nombreux travaux sur les groupes réalisés par des psychosociologues américains au cours des années 50/60 permirent d'analyser les principaux phénomènes à l'œuvre, comme ceux de S. Milgram, R. Bales, I. Janis, M. Sherif, etc.

Notons que si l'opposition à l'institutionnalisation s'est historiquement surtout développée dans la France des années 70 dans le cadre d'une dénonciation libertaire et gauchisante (comme avec Michel Foucault), c'est dans une autre optique qu'elle s'est plus récemment imposée. Le rejet de l'institutionnalisation répond plutôt aujourd'hui à une évolution des mœurs (la préférence accordée au « chez-soi »), à l'affirmation des opinions des consommateurs et à une meilleure information de ceux-ci, à la montée d'une certaine méfiance vis-à-vis des institutions, à des préoccupations d'ordre psychosocial (éviter la rupture avec l'environnement) ainsi qu'à une vision économique qui lui préfère d'autres alternatives moins coûteuses et moins invalidantes.

Plus largement, nous pouvons constater que la désinstitutionnalisation participe d'un vaste mouvement des mentalités et d'une transformation techno-structurelle que nous pouvons appeler « dématérialisation de la société ». En effet, il n'y a pas que les supports d'information, de musique ou de films qui se dématérialisent, mais une infinité de choses de notre vie quotidienne, dont le courrier, l'argent, les déclarations fiscales, les visites de musées, les rencontres, les thérapies, mais aussi les banques (en ligne), les commerces, les entreprises, et donc les opérateurs d'autres domaines. L'école pourrait bien à terme être touchée par la dématérialisation : certaines classes virtuelles sont déjà en place et des pédagogues constatent que les enfants apprennent plus facilement et plus vite avec un ordinateur qu'avec un professeur... l'échec scolaire et la discrimination étant moindres.

Enfin, pour les sceptiques invétérés, que la recommandation les rassure car elle s'avère réaliste :

« Compte tenu du temps considérable qu'exigera le processus de désinstitutionnalisation, il est indispensable de mettre en place une procédure de transition soigneusement planifiée et structurée. [...] Le passage des services en institution aux services de proximité devrait être géré en anticipant les résistances au changement, en combattant les préjugés et en supprimant toute entrave. Les deux catégories de services pourraient être fournies parallèlement durant cette période. »

PARTICIPATION SOCIALE ET INCLUSION, DES CONCEPTS DYNAMIQUES

Durant longtemps, nous avons été obnubilés par la question de « l'intégration et de l'insertion sociales » des personnes handicapées, le débat opposait alors ceux qui y croyaient et ceux qui en doutaient. L'insertion, moins ambitieuse que l'intégration – puisqu'elle signifie littéralement

« *glisser entre* » –, était essentiellement appréhendée sous l’angle professionnel et domestique. L’insertion est un concept normatif, en cela que ses exigences partent de la société ordinaire et s’appliquent à des personnes à besoins spécifiques. Une grande part de ces personnes, n’étant pas en mesure de satisfaire à ces exigences, se trouvait de fait condamnée à l’institutionnalisation massive...

La *participation sociale*, quant à elle, s’avère un concept dynamique, en cela qu’elle ne fixe aucun seuil ou domaine particuliers, mais ouvre uniquement des possibilités. *A priori*, la participation ne sous-entend aucun mode privilégié, elle s’adapte aux possibilités de la personne : les façons de participer socialement pouvant être multiples : sociales, relationnelles, culturelles, professionnelles, etc.

De l’insertion à l’inclusion

Le passage de l’insertion à la participation sociale n’est pas qu’un simple tour de passe-passe linguistique ; il est rendu possible par un changement radical d’attitude de nos sociétés développées à l’égard des personnes en situation de handicap : c’est désormais à celles-là de s’adapter aux besoins spécifiques de certains de leurs concitoyens. Telle s’affirme la doctrine européenne de l’inclusion. La société inclusive représente une société qui module ses conditions de fonctionnement et de vie, de façon à inclure ses différentes composantes et à leur permettre de vivre ensemble, en bénéficiant du même corpus de droits.

Pour penser participation sociale et inclusion, il convient de reconsidérer un concept qui s’est trouvé au centre de toute la doctrine traditionnelle. En effet, l’insertion sociale apparaissait subordonnée à celle de l’*autonomie* de la personne. Le terme d’autonomie fut probablement l’un des termes les plus usités et les plus galvaudés de notre secteur médico-social. L’éducation et la rééducation apparaissaient alors comme les voies royales pour obtenir cette indispensable autonomie. Certains établissements mirent en place de véritables parcours progressifs, se terminant par des appartements-tests, destinés à apprécier la capacité de la personne à « vivre seule », selon l’expression consacrée.

Mais l’autonomie est-elle nécessairement si fondamentale pour *participer socialement* ? Sachant qu’en matière d’autonomie, nous ne parlons jamais qu’en termes de seuils. D’ailleurs, qui que nous soyons, sommes-nous si autonomes que cela ? La complexité croissante de notre société fait de nous des citoyens de plus en plus dépendants, dépendants de nos ustensiles ménagers, de l’informatique, des réparateurs, des fournisseurs d’énergie, des transports en commun, des chauffeurs routiers... Se procurer simplement un ticket de RER, auprès d’une des sympathiques machines

du réseau, ne relève-t-il pas aujourd'hui d'une authentique performance cognitive !

C'est oublier que l'autonomie est une résultante et qu'elle ne dépend pas uniquement des compétences de l'acteur, mais également des exigences de son environnement. L'autonomie peut augmenter du seul fait de l'aménagement de l'environnement : par exemple, se déplacer à Paris dans le métro est une affaire difficile, parce que peu de sas sont prévus pour les personnes à mobilité réduite, et que même avec un gros bagage, passer la double barrière de la plupart des portillons devient un exercice sportif, pratiqué quotidiennement par de jeunes banlieusards. Le vrai débat actuel n'est donc pas tant celui de l'autonomie unilatérale de la personne, c'est-à-dire appréhendée par le seul biais de ses capacités, que celui de l'*accessibilité*.

Afin de créer la condition d'une véritable participation sociale, il s'agit d'instaurer une accessibilité spatiale et physique, mais aussi professionnelle, culturelle et sociale. Les lieux de la vie sociale sont-ils accessibles (même si des efforts sont faits par nombre de salles, tels que les théâtres, les restaurants, etc., mais aussi les lieux de conférence) ?

Cela dit, la participation sociale ne peut se résumer à l'accessibilité matérielle ou institutionnelle, qui n'en constitue qu'une condition. Elle nécessite également de mettre l'accent sur une connaissance des modes de communication et de relation : se présenter, être parmi les autres, engager et gérer une conversation, constituent des variétés de compétences essentielles qui ne sont pas suffisamment appréhendées, prises en compte et enseignées. Combien d'établissements accordent la priorité à ces aspects-là ? La recherche d'une certaine autonomie et la mise au travail, même limitées, ont souvent fait écran à la véritable question de la participation sociale. Une personne peut fort bien travailler en journée dans un ESAT, mais n'avoir aucune relation personnelle et se retrouver seule le soir dans son logement inséré dans la ZUP, ou bien rentrer dans un foyer d'hébergement, avec les mêmes personnes qu'elle n'a pas choisies...

Les modalités de la participation sociale

À titre indicatif, livrons une grille de questionnements pouvant être utilisée à l'endroit des personnes bénéficiaires des services d'action médico-sociale.

Participer socialement, c'est :

- avoir accès aux systèmes de soins : les bénéficiaires ont-ils accès à tous les systèmes de soins en vigueur ? Sont-ils bien informés de l'existant ? Ont-ils le choix de leurs intervenants et de leurs dispositifs de soins ?

- avoir accès aux droits ordinaires du citoyen : les bénéficiaires sont-ils informés de leurs droits ? Savent-ils les revendiquer ?
- participer à un cercle de relations rapprochées (partenaires affectifs et sexuels, parents, amis) : les bénéficiaires ont-ils des parents, des amis, des partenaires affectifs et sexuels ? Peuvent-ils les rencontrer aussi souvent qu'ils le souhaitent ?
- participer à des relations mondaines (collègues, camarades, réseaux) : les bénéficiaires ont-ils les collègues et les camarades qu'ils souhaitent ou bien les subissent-ils ?
- pouvoir engager des conversations et établir des relations (avec remise de coordonnées et possibilités de se revoir) : les bénéficiaires sont-ils en mesure d'établir des conversations ? Leur a-t-on appris à le faire ? Sont-ils placés dans des situations propices ?
- pouvoir faire bonne figure et agir sur sa présentation personnelle (look, carte de visite, CV, etc.) : les bénéficiaires sont-ils satisfaits de leur présentation ? Ont-ils celle qu'ils souhaitent ? Souhaitent-ils améliorer leur look ? Disposer d'un CV, d'une carte de visite ?
- avoir accès à la culture (aller au concert, au théâtre, visite de musées, de sites, etc.) : les bénéficiaires participent-ils quand ils le souhaitent, et en fonction de leurs moyens, à des manifestations culturelles ? Se rendent-ils au concert, au théâtre, etc. ?
- avoir accès à la connaissance, à l'école et à la formation : les bénéficiaires ont-ils accès à la scolarité ? Selon le mode ordinaire ou d'autres ? Peuvent-ils suivre les formations choisies ?
- avoir accès à des manifestations créatives et aux loisirs : les bénéficiaires choisissent-ils leurs loisirs ?
- avoir accès à la communication (téléphonie, Internet, télévision, écriture, langage signé, pictogramme, etc.) : les bénéficiaires disposent-ils d'un téléphone quand ils en font la demande, disposent-ils d'une télévision, d'un accès à Internet ? Disposent-ils d'un mode d'expression et de langage ?
- accéder à l'univers professionnel : les bénéficiaires peuvent-ils avoir accès à un emploi protégé ? Ont-ils accès au monde ordinaire de travail ? Sont-ils informés et accompagnés pour ce faire ?
- accéder à la dimension économique (disposer d'un compte en banque, d'une carte bancaire, d'un chéquier) : les bénéficiaires disposent-ils d'un compte en banque ? Comment peuvent-ils s'en servir ? Disposent-ils d'une carte de crédit ? Ont-ils bénéficié des informations et des formations nécessaires ? Peuvent-ils consommer ce qu'ils souhaitent ?

2. LES ESMS À L'ÉPREUVE DE LEUR HISTOIRE

69

- pouvoir accéder à des regroupements sociaux (clubs, associations) : les bénéficiaires ont-ils accès à des clubs et associations de tous ordres de leurs choix ? Bénéficient-ils des aides nécessaires ?
- pouvoir se faire représenter ou se présenter à des postes électifs : les bénéficiaires participent-ils aux procédures électorales ? Par exemple, dans leur établissement ? Sont-ils bien informés ?
- pouvoir accéder à l'espace public de circulation (rues, places) : à quels espaces publics les bénéficiaires ont-ils accès dans leur proche environnement ?
- pouvoir emprunter les transports en commun (bus, cars, métro, avion) : à quels moyens de transports les bénéficiaires ont-ils accès ? Qu'est-ce qui est mis en place pour améliorer leur autonomie ?

Pour simplifier, la participation sociale recouvre quatre domaines clés (**figure 2.1**) :

1. la participation économique qui concerne le monde des échanges marchands, et donc la possibilité de consommer, d'acheter et de vendre, mais aussi de travailler, de faire des choix budgétaires, de gérer son argent et ses biens, de posséder un compte en banque et des moyens de paiement ;
2. la participation civique qui concerne la connaissance et l'accès aux droits du citoyen, et donc la possibilité de se faire représenter ou de se présenter soi-même à un mode électif, mais aussi la connaissance des événements d'actualité du monde environnant ;
3. la participation relationnelle qui concerne l'accès à toutes les formes de réunions sociales : manifestations, fêtes, associations, clubs, réseaux, syndicats, partis, etc. mais aussi la possibilité de rencontrer d'autres personnes de manière informelle, d'avoir des amis et des relations sexuelles, de s'établir en couple ;
4. la participation culturelle qui concerne l'accès à la culture sous toutes ses formes, qu'il s'agisse de la connaissance, de la formation, du système scolaire, des religions, mais aussi des spectacles, de la création, des manifestations, etc.

Promouvoir les réseaux, créer des clubs

En effet, si la vie en famille ne s'avère pas nécessairement un espace de développement social, de par une hyperprotection bien compréhensible, les institutions le sont-elles davantage ? À l'inverse, l'imposition d'une vie collective est créatrice d'enfermement, de repli et de mise à l'écart de la vie citoyenne. La croyance naïve qu'habiter dans un appartement en ville était

Participation économique	Participation relationnelle
Participation civique	Participation culturelle

Figure 2.1. Les quatre domaines clés de la participation sociale

synonyme d’insertion sociale a permis d’écarter la question politiquement incorrecte des conditions d’une véritable participation sociale. En effet, l’insertion constitue un concept « vue d’en haut » à connotation quasi-administrative (être inséré, c’est disposer d’un domicile fixe, d’une source de revenus pour satisfaire aux exigences administratives), tandis que la participation sociale représente un concept dynamique du point de vue de l’acteur.

Pour être participatif vis-à-vis de son environnement social, il convient de partager quelque chose avec autrui, un vécu, une situation, un travail, des préoccupations, des valeurs et des idées. La mixité sociale, souvent invoquée, demeure un concept plus idéologique qu’effectif. Nous vivons, nous nous logeons, et nous rencontrons des gens avec qui nous partageons quelque chose – les études sociologiques le démontrent sans contestation. Combien de personnes en situation de handicap connaissons-nous, nous-mêmes ? Les fréquentons-nous et dans quelles circonstances ? Les invitons-nous chez nous ? Telles sont les questions concrètes à poser à tout un chacun.

Les personnes en situation de handicap doivent en premier lieu, bien sûr, pouvoir accéder à l’environnement pour s’y valoriser, et créer des champs de partage, pour « interagir » avec autrui. Si les personnes ont accès quotidiennement à des lieux de travail, à des espaces culturels, à l’université, etc., elles rencontreront d’autres personnes et créeront ainsi des espaces d’échange. Les personnes en situation de handicap peuvent également avoir envie de rencontrer d’autres personnes dans la même situation qu’elles afin de partager un vécu fort, un mode de vie, des préoccupations spécifiques. Créer des clubs de rencontre, pratiquer le *speed dating*, promouvoir des réseaux (y compris par Internet), des

associations d'usagers demeure un objectif pour la décennie à venir, à l'instar d'autres pays européens. La question relationnelle, et notamment en matière de vie affective et sexuelle, constitue une préoccupation centrale pour toutes les personnes en situation de handicap... comme pour tout un chacun.

Vers la fin historique du handicap ?

Les diverses circonvolutions des discours, des nomenclatures et des labels ne sont pas de simples mouvements d'humeur ou de mode, mais correspondent à des conceptions circonstanciées du handicap, à une façon de gérer ses effets, à une organisation administrative de cette gestion, à une négociation sociale avec des groupes de pression qui s'organisent, à de nouveaux styles de vie et aux mœurs du temps. Tout cela entraîne à son tour de nouvelles appréhensions de la vie quotidienne et des valeurs, participant à changer continuellement notre appréhension du problème des conduites sociales en général. Peut-être ne parlera-t-on plus du tout de *handicap* dans une dizaine d'années ?

En somme, la participation sociale des personnes en situation de handicap nécessite l'articulation de trois niveaux :

- celui du choix politique de *non-discrimination*, choix devant s'inscrire dans les déclarations, lois et fonctionnements institutionnels et professionnels du pays ;
- celui d'une *action positive* visant à agir sur l'environnement afin de le rendre accessible ou négociable ;
- celui d'un *mode d'accompagnement et de promotion* veillant au respect des droits des personnes, visant à assurer des prestations complémentaires indispensables, améliorant chaque fois que possible les compétences de la personne ou les interfaces entre celle-ci et son environnement.

D'autres pays sont plus en avance que nous sur cette question – et nous pouvons nous en inspirer, selon la logique du *benchmarking* prônée par l'Agence nationale d'appui à la performance. David Goode nous résume ainsi le *Projet de la Californie sur la qualité de vie* :

« Les objectifs du projet sont les suivants :

1. Permettre aux clients d'identifier eux-mêmes les questions importantes de leur vie quotidienne.
2. Créer une base de données sur la QDV (qualité de vie) telle que définie par les consommateurs.
3. Se servir de cette base de données pour influencer la politique sociale,

la législation, les recherches, la formation et la prestation de services communautaires dans le domaine des handicaps.

4. Encourager le client à défendre personnellement ses droits (*self-advocacy*) en prenant part aux activités des conférences.

5. Établir dans tout l'État un réseau des principaux clients qui aurait une influence sur les décisions de politique sociale touchant à leur vie.

6. Rédiger un rapport final qui énoncerait les convictions des clients sur : "qu'est-ce qui fait la QDV ?" ²¹ ».

Combien d'associations sont-elles prêtes en France à se lancer dans un tel projet ?

CONCLUSION : UN NOUVEL HORIZON PROFESSIONNEL

De manière plus large, nous pouvons dire que les secteurs social et médico-social sont entrés dans ce que nous appelons leur « deuxième phase historique de professionnalisation ». C'est-à-dire celle d'une véritable organisation de leurs modes opératoires, après une première phase d'institutionnalisation des règles du jeu. Cette seconde phase se manifeste par une exigence de résultats, un contrôle financier plus étroit, la prise en compte d'un rapport qualité/coût, une lisibilité et une traçabilité plus poussées de l'activité, la reconnaissance des droits des bénéficiaires, l'intégration des services dans un cadre commun, tant au plan légal qu'économique (dont l'ouverture des marchés), la mise en place d'outils managériaux.

En somme, cet achèvement de la professionnalisation d'un univers bénévole, qui s'est effectuée par étapes, fait que les structures d'action sociale et médico-sociale constituent aujourd'hui une part intégrante et incontournable de l'univers de services d'une société postindustrielle – une part de plus en plus centrale et importante, puisqu'il faut y voir, de surcroît, le principal gisement d'emplois de la décennie à venir, selon les propres chiffres du Commissariat au plan. Actuellement, les secteurs de l'action sanitaire, sociale et médico-sociale traversent une période de mutation décisive qui n'est que le prolongement de logiques posées depuis les années 80, et par conséquent, parfaitement repérables :

- d'une part, une logique sociale et culturelle, celle d'une participation sociale accrue des personnes en situation de handicap, ainsi que d'une

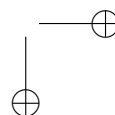
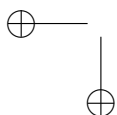
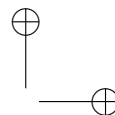
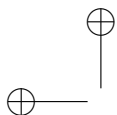
21. David Goode, Ghislain Magerotte, Raymond Leblanc, *Quality of Life Persons with Disabilities. International Perspectives and Issues*, Brookline books, 1994, trad. Franc. *Qualité de vie pour les personnes présentant un handicap*, De Boeck Université, 2000.

2. LES ESMS À L'ÉPREUVE DE LEUR HISTOIRE

73

normalisation des relations entre prestataires et bénéficiaires des services, dans le respect des droits de ces derniers ;

- d'autre part, une logique économique et technique, celle d'une rationalisation des objectifs et des dépenses et d'une optimisation des moyens dévolus, logique qui se traduit par l'élaboration de schémas territoriaux et de contrats (CPOM) entre les autorités décisionnaires et les opérateurs, la concentration de pôles-ressources, l'amélioration de la productivité et du rapport qualité/coût des services, la recherche d'innovation en matière de dispositifs, de nouvelles modalités de redistribution de l'argent solidaire et donc de financement des dispositifs.



Chapitre 3

Les ESMS à l'épreuve de la performance

L'ARRIVÉE de ce nouveau « gros mot¹ » dans l'univers de l'action sociale et médico-sociale – c'est-à-dire externe à sa culture historique – brise un tabou fondamental : celui de l'utilité même de ses dispositifs, de leurs véritables objectifs et de leur efficacité. La question de la performance et du résultat est impulsée par une reprise en main de l'État, du fait de la nécessité absolue de la maîtrise des dépenses publiques que nous évoquions précédemment.

Poser la question de la performance permet de tourner une page d'histoire, de faire entrer de plain-pied les opérateurs de services sociaux et médico-sociaux dans la professionnalité et dans la société civile, et enfin

1. De fait, il était quasi imprononçable avant l'institution de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) par la loi du 21 juillet 2009 (agence officiellement créée le 23 octobre de la même année). Jean-Pierre Hardy note avec humour que le *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale* (sous la dir. de J.Y. Barreyre et B. Bouquet), Bayard, 2006, n'a pas encore ce mot dans ses entrées... Quelques associations en pointe l'ont cependant intégré à leur projet et à leurs outils de communication, comme l'Œuvre des villages d'enfants (OVE) dont le siège se trouve dans la conurbation lyonnaise.

de leur ouvrir de nouvelles perspectives de comparaison et d'évolution (*benchmarking*). *Qualité, performance* et *efficience* vont désormais faire partie du vocabulaire et des préoccupations incontournables des opérateurs. Reste à définir les critères de performance jugés pertinents, les systèmes d'évaluation de cette performance et leurs conséquences... Question sensible, source de débats et de conflits d'intérêts, mais question déterminante pour l'avenir de ces secteurs.

REPRISE EN MAIN DE L'ÉTAT ET MAÎTRISE DES DÉPENSES

L'introduction de la notion de performance dans les secteurs de l'action sanitaire, médico-sociale et sociale participerait de ce que certains baptiseront de processus de *normalisation*², voire de marchandisation ou d'industrialisation. Ce processus se manifesterait par tout un ensemble d'orientations, d'exhortations et d'exigences, à caractère technique, organisationnel et financier, qui s'imposeraient à ces secteurs risquant de les étouffer ou de les dénaturer. Il n'est pas rare que certains de ces discours, parfois adeptes de la théorie du complot, associent le modèle étatique et le modèle entrepreneurial dans une entreprise commune de « braderie du service public » au profit du libéralisme mondialisé, quand on ne rajoute pas l'influence de la fameuse « technocratie de Bruxelles ». Michel Laforcade, de son point de vue de directeur d'une Agence régionale de santé (et avec la langue savoureuse qu'on lui connaît) interroge cette antienne :

« La rhétorique du secteur privilégie fréquemment l'émergence d'un ennemi extérieur dont l'ombre portée se rapprocherait tous les jours et qui prend simultanément ou successivement, des formes diverses : l'idéologie dominante, des pouvoirs publics machiavéliques, l'Europe lointaine, le secteur privé à but lucratif, la loi malveillante... Si cette rhétorique, bien que démentie par les faits, subsiste c'est qu'elle doit être rationnelle pour certains acteurs. Inventer un ennemi extérieur imaginaire permet peut-être de ne pas s'interroger sur un ennemi intérieur bien réel³. »

S'il est aisé de démontrer le côté irréaliste de tels discours outranciers, il convient toutefois de prendre la mesure des craintes qui en constituent la

2. Cf. J.-R. Loubat, « Faut-il avoir peur de la normalisation ? » in V. Meyer (dir.), *Normes et normalisation en travail social*, Bordeaux, Les Études hospitalières, 2010.

3. M. Laforcade, « Quel devenir pour le secteur à but non lucratif ? » in F. Batifoulrier (dir.), *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Dunod, 2011.

3. LES ESMS À L'ÉPREUVE DE LA PERFORMANCE

77

caisse de résonance. Hubert Allier, directeur général de l'Uniopss, exprime ainsi les inquiétudes d'une part du secteur associatif :

« Le statut de la personne morale gestionnaire n'intéresse que peu. Ce qui est premier, c'est l'activité. D'où une question : à quoi sert-il de garder le modèle associatif et le caractère non lucratif ? On y voit clairement l'influence de l'Europe. Au nom de l'efficacité économique, de la performance, le culte de la norme risque justement de devenir la norme dans les formes de réponses à apporter⁴ ! »

Michel Laforcade reprend également ces craintes de dérive tout en débouchant sur une note constructive :

« La société contemporaine sacrifie à une idéologie de la performance, du projet et de la culture du résultat. Comme toute idéologie, elle porte en germe des effets pervers – notamment si les personnes en difficultés se voyaient imposer ces critères de performance – mais elle ne saurait en tant que telle constituer une mauvaise nouvelle ni même une nouveauté. L'action sanitaire et sociale et le mouvement associatif ont toujours eu la volonté d'obtenir des résultats probants et de s'assurer de leur performance. Il s'agit aujourd'hui de formaliser cette ambition et d'étayer la preuve de sa performance par des éléments plus objectifs⁵. »

Dont acte.

La plainte et la nostalgie sont respectables mais ne constituent pas un projet...

Les discours sur la normalisation et la marchandisation, qui procèdent fréquemment d'une forme plaintive et nostalgique (scandée par le refrain : « *c'était mieux avant* ! »), s'avèrent bien souvent essentiellement idéologiques, dénonciateurs et incantatoires. Le problème est qu'ils manquent de réalisme et jouent sur la confusion, sollicitant un registre émotionnel et mettant « dans le même sac » des logiques aux visions et aux intérêts forts différents. De fait, nous n'assistons pas à une libéralisation objective des secteurs qui nous intéressent, c'est-à-dire à une ouverture des marchés et à un désengagement de l'État, comme on pouvait l'imaginer dans les années 80, mais bien à un processus exactement contraire, c'est-à-dire à une reprise en main par l'État ! Cette reprise en main, qui a commencé de manière discrète, s'est affirmée plus récemment de manière massive et évidente et s'avère motivée par la nécessité du contrôle des dépenses

4. « Réformes impactant le secteur de la santé, du médico-social et du social », in J.-Y. Guéguen (dir.), *L'année de l'action sociale 2010*, Paris, Dunod, 2010.

5. *Op.cit.*

publiques. Nous avons ainsi affaire à une *rationalisation* qui s’est accélérée progressivement et qui s’avère plus remarquable dans un contexte de crise sociétale généralisée. L’État ne se désengage pas, il cesse d’être providentiel (par nécessité), ce qui n’est pas la même chose.

Par essence, la logique de l’État n’est pas une logique libérale. Rappelons qu’il existe une contradiction doctrinaire fondamentale entre les tenants du libéralisme et les tenants de l’étatisme sur la question de la régulation. Les politiques de l’État n’empruntent au vocabulaire ou aux outils du libéralisme que lorsque ce dernier s’avère compatible avec ses préoccupations fondamentales et spécifiques : comparaison des coûts, appels à projets (mais pas réelle concurrence), instauration de démarche qualité (mais nous avons vu ce qu’il en est réellement...), tentatives de solvabilisation des destinataires des services, contractualisation (mais les engagements sont flous), affirmation des droits des clients, etc. Plus clairement, l’État poursuit sa ligne de conduite vitale et se sert des leviers culturels et des techniques du libéralisme quand cela l’arrange. De manière générale, nous pourrions dire qu’il est plus libéral en période de forte croissance, beaucoup moins libéral en période d’austérité, et plus du tout libéral en cas de crise majeure... Très concrètement, il a sollicité le secteur associatif durant les Trente Glorieuses et il cherche aujourd’hui à mettre au pas ce même secteur dont il juge la gestion inflationniste et difficile à contrôler. Il introduit tout naturellement des outils de contrôle plus drastiques afin de s’assurer de l’efficacité de sa rationalisation.

Le discours sur la marchandisation exprime donc davantage les craintes d’un certain nombre d’acteurs, déboussolés par la brutalité du changement ou la faible lisibilité de l’avenir, plutôt qu’il ne constitue une hypothèse d’école crédible. Il suppose en effet que les organisations à but lucratif viseraient à occuper le terrain de tels secteurs, qui, dès lors qu’ils ne seraient plus suffisamment financés et protégés par l’État, seraient livrés en pâture au secteur marchand. Mais l’arrivée massive du secteur lucratif sur ces marchés s’avère relever davantage de « l’intox » 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. Si rentabilité il y avait, cette marchandisation serait déjà réalisée depuis longtemps ! Précisément, la reprise en mains de l’État s’explique par le fait que la puissance publique ne peut pas compter sur un relais de cet ordre (sinon, elle l’aurait déjà sollicité) et qu’elle doit impérieusement contrôler des dépenses dont elle ne peut se dédouaner. C’est pour cette raison qu’elle est d’ailleurs condamnée à procéder à la hussarde, car elle n’a ni relais, ni véritable alternative. L’agitation régulière du chiffon

rouge de la marchandisation⁶ remplit donc essentiellement une fonction de mobilisation émotionnelle et politique. L'inconvénient est que cela renforce les tendances conservatrices et pusillanimes vis-à-vis de tout changement, sans offrir de perspectives, alors que les secteurs qui nous intéressent ont plus que jamais besoin d'idées, d'initiatives, de projets, bref, d'aller de l'avant.

Pour conclure ce point de débat, retenons que cette question de la performance va se trouver immanquablement « idéologisée », comme en leurs temps celles de la personnalisation, de la contractualisation, de la qualité, etc. À chaque nouveauté, nos secteurs font une poussée d'acné... Outre que cette idéologisation masque généralement des défenses d'intérêts beaucoup plus terre à terre, elle risque de déplacer les véritables points de débat, du moins pendant un certain temps.

Les raisons d'une obsession comptable ou le syndrome grec

Cette volonté annoncée de maîtrise des dépenses (vouée par la conjoncture à devenir quasi obsessionnelle) repose sur une problématique simple : peut-on indéfiniment persister dans le « toujours plus », dans le déficit chronique érigé en mode de gestion, à l'heure où les besoins croissent plus vite que les ressources, où les questions de santé publique deviennent plus dévoreuses de ressources que jamais ? D'autant que, par ailleurs, la société française se heurte à des préoccupations fondamentales de type démographique, sociale et économique (confère le premier chapitre de cet ouvrage). Ces préoccupations, dont la gestion avait été en partie repoussée, constituent aujourd'hui un véritable défi économique et une espèce de mur politique.

À ce titre, l'introduction du très solide ouvrage de Jean-Pierre Hardy⁷ sonnait comme une lucide prophétie :

« Les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) en particulier et le secteur médico-social en général bénéficient en France d'une situation unique en Europe et dans le monde : leurs frais de fonctionnement courant sont pris en charge à "prix coûtant" par les pouvoirs publics et les organismes de protection sociale obligatoire. La tarification administrée dont bénéficient les ESMS français dans une Europe économiquement de plus en plus libérale constitue une situation privilégiée dont ils n'ont pas conscience. S'ils en avaient conscience, ils

6. Notons au passage qu'on ne parle pas de « privatisation » dans ces secteurs puisque c'est déjà fait. L'essentiel des structures est géré par un univers associatif, donc privé...

7. J.-P. Hardy, *Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 2^e éd., Paris, Dunod, 2005 (3^e éd., 2010).

passeraient moins de temps à la décrier et iraient voir dans les autres pays européens comment leurs homologues se dotent de compétences gestionnaires pour équilibrer leurs charges sur leurs recettes potentielles, alors qu'ils passent leur temps à exiger que les recettes de tarification des pouvoirs publics s'alignent sur leurs charges pas toujours maîtrisées. Ce régime "de faveur" franco-français risque de vivre ces dernières heures. »

L'application de la LOLF (loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001) à l'ensemble de l'administration cinq ans plus tard entérine ce constat en instaurant une *culture du résultat* : « jusque-là, la préparation et l'examen du projet de loi de finances portaient sur l'évolution quantitative des crédits sans la rapporter systématiquement aux résultats attendus et obtenus. Désormais, les discussions se concentreront sur les objectifs et sur le rapport coût/efficacité des politiques publiques ». Ne devons-nous pas nous réjouir, en tant que citoyen, de ce nouveau souci de productivité des dépenses publiques ?

D'autres auteurs reconnus de tels secteurs, et non des moindres, ont également pointé leurs contradictions internes : 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 performance⁸ ? »

Pour abonder dans le même sens, Philippe Ducalet et Michel Laforcade notent :

« 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-mêmes⁹. »

La question de la maîtrise des dépenses s'impose, que cela nous plaise ou non, du fait que d'énormes besoins de financement se font jour,

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

9. P. Ducalet, M. Laforcade, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, 2^e éd., Paris, Seli Arslan, 2004, (p. 74).

notamment en matière de santé et de dépendance, à la fois pour des raisons :

- démographiques (le vieillissement de la population constitue une bombe à retardement aux effets considérables) ;
- écologiques (les effets environnementaux sur la santé sont de plus en plus évidents) ;
- technologiques (le coût croissant des nouvelles technologies de soin) ;
- culturelles (la hausse constante des exigences en matière de santé et de qualité de vie de la part des citoyens).

La performance pose les questions de la lisibilité et de la traçabilité

Concrètement, les exigences en cause dans ce processus de *rationalisation* portent à la fois sur :

- la mise en place de systèmes de contrôle et d'évaluation de l'activité et de l'usage des ressources ;
- une délimitation des marges de manœuvre décisionnelles ;
- une maîtrise des orientations ;
- une mise en comparaison et une concentration des opérateurs.

Bref, c'est une exigence de *lisibilité* et de *traçabilité*¹⁰ qui prévaut dans toutes ces démarches ; lisibilité et traçabilité indispensables à toute véritable politique gestionnaire et planificatrice. Chercher à appréhender l'efficacité de dispositifs financés par les contribuables n'a rien de scandaleux en soi, *a fortiori* quand ils se proposent d'influer sur la vie de personnes. Préoccupations économiques, organisationnelles, sociales et éthiques peuvent au moins se rejoindre sur ce principe.

L'utilité sociale des dispositifs 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 bénéficiaires 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 devant par ailleurs se faire au meilleur coût...

10. 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.

C'est donc une culture de la performance et de l'efficacité, que devront intégrer les opérateurs des secteurs qui nous intéressent dans les années à venir, concrétisée entre autres par le développement des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). 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 et l'engagement ;
- la seconde est l'évaluation quantitative et qualitative des résultats des opérateurs et de l'activité qui les rend possible, évaluation qui débouche sur la mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne et externe de la qualité mais aussi d'outils gestionnaires et comptables capables de renseigner plus exactement sur les coûts véritables des services ;
- la troisième est la comparaison et la « mise en concurrence¹¹ » des divers dispositifs, eu égard à ce rapport qualité/coût, notamment par le développement des appels à projets, mais aussi par le *benchmarking*, la comparaison des prestations proposées et des fonctionnements des ESMS accueillant des populations aux besoins comparables.

Tout cela entraîne des conséquences en termes de financement :

- en premier lieu, les financeurs ne veulent plus souscrire à la spirale du « toujours plus » et reprendre des déficits inflationnistes. Le mode de financement traditionnel, calqué sur celui des armées (la reconductibilité des budgets en fonction des dépenses), encourageait le gaspillage et récompensait les mauvais gestionnaires : il est indispensable que les « gains de productivité » profitent aux opérateurs imaginatifs et innovants. Ces derniers peuvent d'ores et déjà partir à la recherche de fonds complémentaires, s'ils souhaitent disposer de marges de manœuvre supplémentaires, car la pérennité des financements publics n'est pas totalement garantie et l'État reviendra nécessairement sur ses engagements...
- en second lieu, les commanditaires sont plus réticents à payer sans savoir ce que produit exactement leur dotation. Jusqu'à présent, les financeurs ne payaient pas un service mais finançaient des ressources matérielles et des postes. Tout cela s'inscrivait dans une perspective régaliennne et dans une logique comptable (on demande des comptes de dépenses) et non pas dans une logique économique (on recherche un rapport optimal entre

11. Soulignons de nouveau que cette « mise en concurrence » n'est pas une ouverture libérale des marchés mais un mode de stimulation à l'intérieur d'un cadre étroitement défini par l'État.

coût et résultat). Le payeur ne veut plus acheter un *package* (un ensemble indissociable et incertain d'interventions diverses) mais « payer juste ce qu'il faut » pour chaque bénéficiaire en fonction de ses besoins. Cela signifie que les modes de financement seront de plus en plus corrélés avec des prestations identifiées, elles-mêmes justifiées par des besoins préalablement évalués.

La responsable des projets du secteur médico-social à l'Anap, Marie-Dominique Lussier, ne dit pas autre chose quand elle écrit :

« Un directeur d'établissement doit être en capacité de dire qu'il accueille telle personne parce qu'il en a les moyens ; à l'inverse, qu'il refuse telle autre parce qu'il n'a pas les moyens d'assurer une prise en charge de qualité répondant aux besoins de cette personne. Mais pour être en mesure de tenir un tel discours vis-à-vis de l'État, il faut être capable de prouver que les moyens dont on dispose ont été utilisés au mieux. Il convient donc de développer une culture nouvelle, qui n'est pas une culture de la justification, mais plutôt une culture de la pratique, de la stratégie¹². »

Ce qu'il est donc capital de retenir est cette liaison cohérente entre les besoins, les réponses et les coûts, liaison permanente qu'il va falloir désormais « prouver ». Bien entendu, cela suppose de réunir certaines conditions, ce qui n'est pas sans soulever de pertinentes questions : comment se définissent et se délimitent les besoins des publics et les réponses des opérateurs ? Comment se calculent les coûts des structures ? « Selon la catégorie à laquelle se rattache un ESMS, 50 à 60 % des coûts ne peuvent pas s'expliquer par la prise en charge directe des usagers », déclare Jean-Pierre Hardy¹³. Faisant référence aux référentiels nationaux de coût (en application de l'article R. 314-33-1 du Code de l'action sociale et de la famille), il précise que « l'objectif de ces référentiels est bien d'y voir plus clair et d'objectiver la connaissance des coûts. Ces référentiels ont pour ambition d'avoir des repères sur les coûts de certaines fonctions. »

La transparence des coûts, qui est l'objectif naturel de tout gestionnaire et de tout entrepreneur, ne sera possible qu'à certaines conditions :

- déterminer des catégories de besoins au sein de publics comparables (ce que l'on appelle des groupes iso-ressources) ;

12. « ANAP : promouvoir la performance dans le secteur médico-social » in J.-Y. Guéguen (dir.), *L'Année de l'action sociale 2011*, Dunod, 2011.

13. J.-P. Hardy, « Les Groupes d'Activités Majeures (GAM), une tentative d'objectivation de la mesure de la performance » in *Les Cahiers de l'Actif* n° 416/417/418/419, janvier/avril 2011.

- définir des catégories d’actes professionnels susceptibles de répondre à ces besoins ;
- identifier les coûts inhérents à ces actes (en fonction du niveau de compétence professionnelle exigée, du temps nécessaire et des ressources matérielles utilisées ou nécessaires) ;
- déterminer des seuils : qu’il s’agisse des besoins, de l’efficacité des réponses ou des actes pratiqués.

Cela représente pour l’instant un vaste programme mais il s’inscrit précisément dans cette professionnalité que nous évoquions en début de ce chapitre. À terme, l’évolution des ESMS au plan gestionnaire et comptable devra leur permettre de répondre dans un délai très rapide aux questions suivantes de la part de leurs commanditaires et financeurs :

- combien a coûté, à un instant t, la prise en charge ou l’accompagnement de telle ou telle personne ;
- combien coûte en moyenne telle ou telle prestation (et quelle est la fourchette de coûts) ;
- quel est le rapport entre ces coûts et les résultats enregistrés.

Il existe encore une foule d’autres questions qui s’avèrent des plus intéressantes mais qui appellent des études plus complètes : comme le rapport entre le temps effectivement passé auprès des bénéficiaires, le niveau de formation et les résultats enregistrés.

— IL Y A VINGT ANS DÉJÀ... NOUS ÉCRIVIONS —

« De bénévoles dans l’âme – même rémunérés dans les faits – mus par des motivations personnelles et une certaine générosité, nous passons progressivement à des professionnels rendant une prestation de service, prestation qui doit être évaluée tant au plan des effets obtenus que des coûts.

Durant longtemps cette idée a choqué, et elle choque encore, car l’on pense à juste titre que l’être humain et son devenir n’ont pas de prix, oubliant en revanche que les interactions en ont un. Conséquence : de nombreux projets éducatifs ne se préoccupent des coûts qu’en fonction de la contrainte qu’ils représentent, non comme des indicateurs d’activité et d’interactivité¹⁴. »

14. J.-R. Loubat, « Le management et le projet d’entreprise d’action sociale – de la prise en charge à la prestation de service » in *Le Nouveau Mascarot*, n° 3, mars 1992.

LA PERFORMANCE QUESTIONNE L'ENSEMBLE DES ACTES

Existe-t-il un être vivant sur terre qui puisse se désintéresser de la performance qui est la sienne, sachant que survivre constitue déjà une remarquable performance en soi ? Si l'on admet communément que « la vie est mouvement », c'est que tout être vivant agit et que toute action vise par essence la modification de quelque chose. Abraham Moles, ingénieur, philosophe et professeur de psychologie (Universités d'Ulm, Columbia, Strasbourg), spécialiste de la praxéologie (étude des actions) définit l'action comme une perturbation de l'environnement :

« Qu'est-ce qu'une action ? C'est essentiellement un déplacement visible de l'être dans l'espace créant une modification dans son environnement¹⁵. »

La performance de l'acteur représente donc la question centrale de toute activité, quand bien même celle-ci serait d'ordre symbolique. Le terme de performance est d'ailleurs usité dans le domaine artistique comme dans le domaine sportif. Bref, la performance renvoie à l'accomplissement de quelque chose, à une modification quelconque.

Pourquoi la performance serait-elle un problème ?

La mesure de la performance ne représente pas une action *obscène* ou incongrue mais s'avère inhérente à toute action volontaire, c'est-à-dire qui recherche un effet précis. Elle alimente notre intelligence en nous obligeant constamment à mettre en perspective ce que nous voulons faire et ce à quoi nous parvenons effectivement. À ce titre, elle est fondatrice de la connaissance, de l'expérience et de la science. Il est vrai qu'elle peut nous faire peur comme le miroir de nos actions... Pourtant mesurer notre performance ne constitue pas un risque mais une chance... celle de nous améliorer.

L'enjeu du débat sur la question de la performance n'est donc pas la question de la performance en soi, mais celle de la nature de cette performance, du niveau de performance attendu et des critères d'évaluation de la performance. Notons que le problème posé est exactement du même ordre que celui de la qualité – qui a fait couler beaucoup d'encre et de salive : la performance va-t-elle avoir des conséquences sur la pérennité et l'évolution des secteurs de l'action sociale et médico-sociale ?

15. A. Moles, *Théorie des actes*, Casterman, 1977. Il est également auteur (avec Elisabeth Rhomer) de *Psychologie de l'espace*, Casterman, 1972 et de *Psychosociologie de l'espace*, L'Harmattan, 1998.

Il est clair que la question de la performance, plus encore que celle de la qualité (car cette dernière est passée au second plan par rapport à l'obsession de la maîtrise des dépenses), va générer des effets majeurs dans le fonctionnement de tels secteurs. Elle en représente même le principal facteur de réorganisation. Mais quoi d'étonnant par ailleurs quand on sait que la question de l'efficacité est ce qui fait évoluer toutes les organisations, toutes les sociétés et toutes les entreprises humaines quelles qu'elles soient. Par exemple, en matière d'écologie, c'est bien la recherche de la performance des moyens d'isolation ou de combustion qui constitue le principal facteur d'évolution domestique (la « performance énergétique »). Mais tant que le chauffage était bon marché et que l'on ne se préoccupait pas du CO² émis dans l'atmosphère, les installations demeuraient ce qu'elles étaient... Si l'heure est à la performance énergétique, c'est que nous prenons conscience tout simplement de la finitude de nos ressources et des immenses problèmes de gestion qui en découlent : gestion démographique, gestion écologique, gestion des ressources (alimentaires et matières premières). L'efficacité n'est pas un effet de mode mais toujours une question vitale.

Tout comme la qualité, la performance réinterroge l'utilité et les objectifs poursuivis par les dispositifs sociaux et médico-sociaux. Autrement dit, ceux-ci ne constituent pas une fin en soi, comme on aurait pu le penser jusqu'à une époque récente ; leur utilité est à réinterroger, car après tout elle n'est pas fatale (et dire cela ne veut pas dire que ces dispositifs ne sont pas utiles pour autant...). La question de l'utilité se trouve en amont de la performance : elle en constitue donc un préalable. Avant de chronométrer la performance d'un coureur, encore faut-il savoir sur quelle distance il va courir et quel est l'intérêt de le chronométrer ! La question de savoir si sa performance est bonne ou mauvaise n'est qu'une question de statistique relative : dix secondes sur cent mètres est une remarquable performance eu égard à la performance moyenne de l'espèce humaine, mais c'est naturellement une très mauvaise performance pour un guépard ou une antilope... En action sociale, « il ne faut pas se tromper de registre. Nous ne sommes pas dans le domaine des records de vitesse, mais dans celui de la course de fond » nous avait averti René Baptiste¹⁶... annonçant la couleur.

On entend encore fréquemment des professionnels déclarer que le *résultat* est difficile à mesurer dans les secteurs de l'action sociale et médico-sociale... La boucle serait donc bouclée : sans résultat évaluable, on ne peut plus prouver l'utilité des dispositifs, mais l'on est condamné à la postuler, à l'autoproclamer, et la contester deviendrait un parti pris

16. R. Baptiste, *Le Social mérite mieux !*, Éditions des Deux continents, Genève, 1996.

moralement incorrect... Mais pourquoi se contenter de cette antienne et ne pas s'interroger sur les réels obstacles à l'évaluation du résultat ?

De fait, le problème est bien souvent culturel car il existe, par exemple en action sociale, une foule d'indicateurs et de système d'évaluation¹⁷. Certains pays sont beaucoup plus avancés sur cette question pour des raisons culturelles de formation et de références intellectuelles, comme l'Europe du nord ou l'Amérique du nord (dans certains pays, comme aux États-Unis, tout projet doit prévoir qu'une partie de son budget soit consacrée à l'évaluation des résultats pour être accepté). Dans le domaine médical qui est un secteur de haute technologie, tous les processus sont mesurables et font l'objet de statistiques et de graphiques, est-ce à dire pour autant que la médecine est un domaine plus simple ou moins humain que celui de l'action sociale ou médico-sociale ? Mais aurions-nous conçu que cela fût possible à l'époque de Molière et de son *Malade imaginaire* dans lequel notre grand homme de théâtre, certes sur le point de mourir, défendait que toute médecine relevait de l'imposture ?

« Argan. — Mais il faut demeurer d'accord, mon frère, qu'on peut aider cette nature par de certaines choses.

Béralde. — Mon Dieu ! mon frère, ce sont de pures idées, dont nous aimons à nous repaître ; et, de tout temps, il s'est glissé parmi les hommes de belles imaginations, que nous venons à croire, parce qu'elles nous flattent et qu'il serait à souhaiter qu'elles fussent véritables. Lorsqu'un médecin vous parle d'aider, de secourir, de soulager la nature, de lui ôter ce qui nuit, et lui donner ce qui lui manque, de la rétablir et de la remettre dans une pleine facilité de ses fonctions ; lorsqu'il vous parle de rectifier le sang, de tempérer les entrailles et le cerveau, de dégonfler la rate, de raccommorder la poitrine, de réparer le foie, de fortifier le cœur, de rétablir et conserver la chaleur naturelle, et d'avoir des secrets pour étendre la vie à de longues années ; il vous dit justement le roman de la médecine. Mais quand vous en venez à la vérité et à l'expérience, vous ne trouvez rien de tout cela, et il en est comme de ces beaux songes qui ne vous laissent au réveil que le déplaisir de les avoir crus. » (acte III, scène III¹⁸)

La médecine que décrit Molière est une discipline qui promet mais ne tient pas, une discipline alors peu performante, qui n'est précisément pas sûre de ses résultats... La différence entre la médecine du XVII^e et celle d'aujourd'hui ne tient pas, encore une fois, à la nature de ses activités

17. En France, Francis Alföldi s'est tout particulièrement intéressé à cette question de l'évaluation en action sociale : *Évaluer en protection de l'enfance. Théorie et méthode*, Dunod, 2010 ; *La Protection de l'enfance* (avec F. Batifoulier, I. Angelino, M. Berger), Dunod, 2008.

18. *Le Malade imaginaire*, Libro, Flammarion, 2002.

mais au temps et à l'intelligence investis en matière de méthodologie, à la capitalisation des expériences, ainsi qu'au fantastique développement de la science et de la technologie... Il en va de même pour les actions sociale et médico-sociale qui constituent des disciplines professionnelles somme toutes assez récentes. De fait, il n'y a pas d'obstacles techniques insurmontables à l'évaluation d'un résultat, mais essentiellement des obstacles culturels et organisationnels. Comme pour la question de la qualité, qui est son corollaire, la difficulté tient à trois aspects inhérents à tout processus d'évaluation :

- elle tient d'abord à la question de la définition de la *nature de l'objet* à évaluer : que cherche-t-on à évaluer, que ce soit sur un plan quantitatif ou sur un plan qualitatif ? Nous avons déjà maintes et maintes fois posé, et depuis longtemps, que la spécificité des secteurs de l'action sociale et médico-sociale était le flou ou l'extrême variation de leurs véritables objectifs. Cela est en train d'évoluer considérablement, du fait de la précision accrue des attendus de la part de la puissance publique (qui propose de véritables cahiers des charges), de l'affirmation des bénéficiaires qui manifestent de plus en plus leurs attentes et des efforts des opérateurs pour définir leurs prestations de service ;
- elle tient ensuite à la question du *système de mesure* : comment transformer une action et son effet souhaité, qui peut être complexe, en un « processus mesurable » ? La réponse à cette question dépend naturellement du point évoqué précédemment : si l'objectif s'avère flou, le système de mesure ne peut déterminer d'indicateurs pertinents ;
- elle tient enfin à l'accès au terrain et à la réalité de l'action. Les établissements ont été durant longtemps des sanctuaires fermés, parfois réfractaires de principe à toute approche externe, à toute méthodologie, à toute technologie (*la mesure, la technologie, les procédures, le contrôle, l'efficacité*, etc. constituaient autant de gros mots imprononçables...). Aujourd'hui, l'évaluation questionne l'utilisation de systèmes de mesure sur le terrain : qui va les utiliser ? Qui est formé pour le faire ? Comment va-t-on inclure cette évaluation dans le temps de travail ?

La performance est l'autre appellation de la valorisation

Si la puissance publique recherche naturellement des garanties en matière d'efficience et s'intéresse de ce fait à la performance des ESMS, ces derniers peuvent s'intéresser à la performance depuis un autre angle de vue : celui de leur propre valorisation. Comme l'évoque Jean-François Bernoux :

3. LES ESMS À L'ÉPREUVE DE LA PERFORMANCE

89

« Faut-il obstinément opposer performance et plus value sociale sous prétexte de rendre un service "qui n'a pas de prix" ? Ou n'est-il pas plus stratégique, avec quelques précautions, de croiser performance et plus value sociale pour ce que la première est susceptible d'apporter à la deuxième ?¹⁹ »

En effet, si les opérateurs désirent opposer des arguments à ceux de l'administration, accusés de ne privilégier que les aspects financiers, ils ont tout intérêt à surmonter leur point faible historique qui demeure leur difficulté endémique à valoriser leur action, c'est-à-dire à cerner leur « valeur ajoutée ». Lorsque l'on pose ainsi la question aux professionnels des ESMS, on risque encore d'en désarçonner plus d'un : qu'apporte votre établissement ou votre service aux personnes bénéficiaires ?

Quelle est la valeur ajoutée par rapport à la situation de telle ou telle personne : a-t-elle acquis des compétences ? A-t-elle vu sa santé s'améliorer ou ses incapacités se réduire ? A-t-elle gagné en confort ? A-t-elle accédé à un emploi ou à un logement ? A-t-elle élargi son réseau relationnel ? A-t-elle rencontré des personnes intéressantes pour elle ? A-t-elle gagné en qualité de vie ? A-t-elle pu réaliser un projet qui lui tenait à cœur ? Bref, a-t-elle vu sa vie changer et s'améliorer de quelque façon que ce soit qui puisse être mise sur le compte de l'action de l'établissement ou du service, de manière directe ou indirecte ? La réponse à cette dernière question doit faire l'objet selon nous d'un vrai travail évaluatif, incorporé globalement au projet d'établissement ou de service et corrélé individuellement avec le projet de vie de la personne (le lien intermédiaire étant le projet personnalisé). La restriction de capacités et l'altération de la participation sociale étant les deux éléments centraux de la situation de handicap, peut-on aller vers des indices significatifs en ce sens : c'est-à-dire un « indice de capacités » et un « indice de participation sociale » ?

Pour se faire, les ESMS peuvent procéder à des consultations, enquêtes, interviews, panels, etc. Pour économiser du temps, il nous semble intéressant de mettre en relation ces indicateurs de valeur ajoutée avec les enquêtes de satisfaction, qui peuvent être proposées par ailleurs, ainsi que les évaluations conduites dans le cadre du projet personnalisé de chaque bénéficiaire. La gestion transversale de ces projets doit permettre de dresser régulièrement des tableaux panoptiques de l'efficacité de l'établissement ou du service.

19. J.-F. Bernoux, « Pour un référentiel d'évaluation qui réconcilie performance et plus value sociale » in *Les Cahiers de l'Actif* n° 416/417/418/419, janvier/avril 2011.

À titre d'exemple, comment rendre compte de l'action positive d'un Esat auprès de ses bénéficiaires ? Sachant que l'Esat possède avant tout une vocation médico-sociale, réaffirmée par les textes, sa proposition de situations de travail n'est donc pas une fin en soi mais vise également d'autres effets chez les personnes accueillies : développement de compétences techniques et sociales, amélioration de la qualité de vie, développement personnel, augmentation de la participation sociale, reconnaissance et estime de soi, etc.

L'animation d'un groupe de travail avec des professionnels a débouché sur les indicateurs suivants :

- Savoir-faire (compétences techniques)
 - Acquisition de compétences professionnelles
 - Amélioration de la capacité de production
 - Plus grande autonomie professionnelle (capacité d'auto-organiser ses tâches et d'en gérer les processus)
- Savoir-être (compétences sociales)
 - Amélioration de l'employabilité
 - Capacité à travailler en équipe
 - Respect des consignes/fiabilité
- Développement personnel/Qualité de vie
 - Amélioration de l'image de soi
 - Meilleures prises d'initiative/plus grande affirmation de soi
 - Recherche de reconnaissance sociale
- Participation sociale
 - Amélioration de la communication
 - Élargissement du réseau social par le travail
 - Amélioration de la situation économique

LA PERFORMANCE VA REDISTRIBUER LES CARTES

La performance constitue une espèce de *big bang* car elle peut complètement redistribuer les cartes de ces secteurs, fondés dans le passé sur une intentionnalité morale et un militantisme autoproclamé. La performance devrait dessiner à terme un nouveau paysage :

- parce qu'elle devrait réinterroger l'utilité sociale des dispositifs pour les rendre plus pertinents ;
- parce qu'elle devrait solliciter un nouveau management des secteurs social et médico-social se caractérisant par l'appel à des outils de gestion et de consultation, des systèmes de délégation plus clairs, la

mise en place d'outils d'analyse de l'activité²⁰, une définition plus stricte des fonctions et des procédures professionnelles, bref, une meilleure utilisation des ressources ;

- parce qu'elle devrait favoriser l'innovation, tant en matière de réponses, que de formations, de métiers et de modes d'organisation.

Le dépassement historique de l'établissement

La fin des établissements est-elle programmée ? À une telle question qui ne manque pas d'être posée, nous pouvons répondre que oui, si l'on songe aux établissements traditionnels, tels que nous les concevions jusqu'alors : trop lourds, trop coûteux, trop peu efficaces. Ils ne correspondent plus au cadre et au mode de vie souhaités par la grande majorité des citoyens, qui ne veulent plus être coupés de leur environnement habituel et qui n'acceptent que difficilement les contraintes de la vie institutionnelle. Le mouvement de *désinstitutionnalisation* que nous avons évoqué dans le chapitre précédent témoigne de cette nouvelle donne. La recommandation européenne à laquelle nous avons fait allusion se montre d'ailleurs on ne peut plus claire à ce sujet :

« La désinstitutionnalisation devrait être considérée comme un processus continu, à contrôler en permanence, et il importe d'être vigilant pour éviter tout retour à l'institutionnalisation²¹. »

Le terme même d'*établissement* est sans doute appelé à disparaître progressivement du vocabulaire officiel car il ne correspondra plus à une entité repérée pertinente (spatiale, administrative, juridique, économique). D'autres vocables s'imposeront comme « services, dispositifs, plates-formes, pôles, centres, opérateurs, entreprises de services »... Mais dans le même temps, il ne faut pas sous-estimer d'autres phénomènes sociologiques : le besoin de sécurité et de repères, qu'il s'agisse de repères spatio-temporels ou de repères psychosociaux, dans une société qui se dématérialise et dans laquelle les identités et les rites se délitent. C'est ainsi que plus notre société s'ouvre, plus les habitats se sécurisent, plus la demande de lieux cadrés et protégés augmente (comme pour les internats scolaires), plus l'on assiste à un repli sur le chez-soi, un retour au traditionnel (cuisine, monuments historiques, artisanat, nature, etc.). Bref, notre société est traversée par des mouvements contradictoires : le

20. À ce titre, il est intéressant de consulter le site de l'Anap, qui regroupant divers organismes du sanitaire, notamment en expertise, études et audit, peut faire profiter les secteurs social et médico-social de son expérience.

21. Recommandation déjà citée.

développement très rapide et créateur d'anomie – concept cher à Émile Durkheim – génère du *néotraditionnalisme*... Ce que nous désignons par un « principe d'Archimède appliqué aux phénomènes sociaux ».

Rien n'indique par conséquent que tous les établissements soient condamnés... Ils devront nécessairement évoluer, réinterroger en profondeur leur vocation et leur fonctionnement. Ils devront s'inscrire dans une offre concurrentielle et apprendre à communiquer. Par exemple, avec l'inclusion scolaire, les instituts médico-éducatifs (IME) semblent perdre leur utilité. Pourtant, ils peuvent aisément rivaliser avec l'école publique s'ils proposent une offre de service compétitive en matière de qualité. Qu'ils se considèrent comme des « établissements scolaires privés » (qui ont le vent en poupe) et qu'ils apprennent à vendre une meilleure scolarité – ce qui ne devrait pas être trop difficile –, à proposer une plus grande sécurité, une plus grande attention et disponibilité, à offrir des horaires plus intéressants, des services périphériques que n'offre pas l'école publique (ce qu'ils font déjà), etc. Leur avenir repose pour une grande part dans leur capacité à se valoriser et à se faire connaître. Ce qui passe par un relookage et un sérieux effort stratégique... Ce que nous évoquons là nous semble vrai pour de nombreux services en action médico-sociale.

De l'établissement à la plateforme de services

Nous nous dirigeons vers le dépassement historique du concept d'établissement comme entité et interlocuteur privilégiés. L'établissement classique, hérité de grands modèles institutionnels et architecturaux historiques²², tels que le couvent, l'hôpital, l'école, la pension, la caserne, la mairie, la préfecture, avec leurs façades démonstratives, leurs frontons édifiants et leurs escaliers imposants, s'avère obsolète ! Il est appelé à se transformer en une nouvelle variété de services, beaucoup plus souples, plastiques, adaptatifs et réactifs.

Il évolue vers une nouvelle variété de services, beaucoup plus souples, plastiques, adaptatifs et réactifs, qui ne sont plus des lieux d'internement ou de prise en charge, mais qui se manifestent par des sièges techniques et des *pools de compétences* intervenant auprès de l'environnement du bénéficiaire, ou à son domicile, de façon personnalisée et contractuelle. Notons au passage qu'il se délocalise du même coup, abandonnant les campagnes verdoyantes, les châteaux et les parcs pour s'installer au cœur des villes, voire dans des zones industrielles à l'instar des autres entreprises.

22. Relevant essentiellement d'une culture et d'une symbolique démonstrative de l'Église et de l'État.

Le dépassement du concept d'établissement se concrétise à plusieurs niveaux :

a) *celui d'une concentration des opérateurs*, questionnant les capacités gestionnaires et managériales des acteurs associatifs à réaliser cette concentration et atteindre une taille critique (sans laquelle toute mutualisation et optimisation des ressources s'avère impossible). Par ailleurs, concentration et mutualisation génèrent des effets sur l'organigramme comme sur le style de management²³. Celles-ci peuvent se réaliser au sein d'une même entreprise d'action sociale ou médico-sociale, par reconfiguration interne, ou par des regroupements territoriaux entre associations appartenant à une même fédération, ou encore par des groupements de coopération ou des fusions (ces dernières étant beaucoup plus simples à réaliser). Soulignons que constituer un important dispositif ne veut pas dire offrir de « grosses structures d'accueil ».

b) *celui d'une reconfiguration des organisations* des secteurs social et médico-social pour aller vers la notion de « plateforme de services et de pôles de compétences », offrant une plus grande diversification des réponses. Les nouvelles organisations vont s'affirmer comme « satellitaires²⁴ » ou structurées par réseaux, c'est-à-dire se concevoir selon des modèles circulaires et non plus linéaires, obéissant à une articulation souple et évolutive de processus complémentaires les uns aux autres. Dans une organisation moderne, dont la réactivité est l'une des principales vertus, la « remodulation » nécessaire doit être rendue rapide et simple.

Le service considéré devient un dispositif à géométrie variable, susceptible de changer de cap, d'augmenter sa gamme de prestations ou bien de la réduire, de la spécialiser davantage ou bien de modifier les modalités de délivrance de ses prestations, ou encore de se déplacer en matière de concept de services : tel est le cas, par exemple, de certains Sessad, SAVS, SIS, Samsah, etc., qui proposent un véritable accompagnement à la carte, s'orientant délibérément vers le conseil ; tel est le cas de certains services sociaux ayant fait le choix du conseil familial et de la médiation ; ou encore de certains établissements ayant délaissé l'internat au profit d'autres prestations d'animation, de coaching personnel et d'aide à la participation sociale.

La configuration de ces nouveaux pôles de services ressemble à une marguerite de prestations ayant pour cœur une « cellule de promotion sociale », chargée d'identifier la situation du bénéficiaire, de réaliser un *check-up* de ses besoins, de ses atouts et de ses compétences et de planifier

23. J.-R. Loubat, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Dunod, 2006.

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

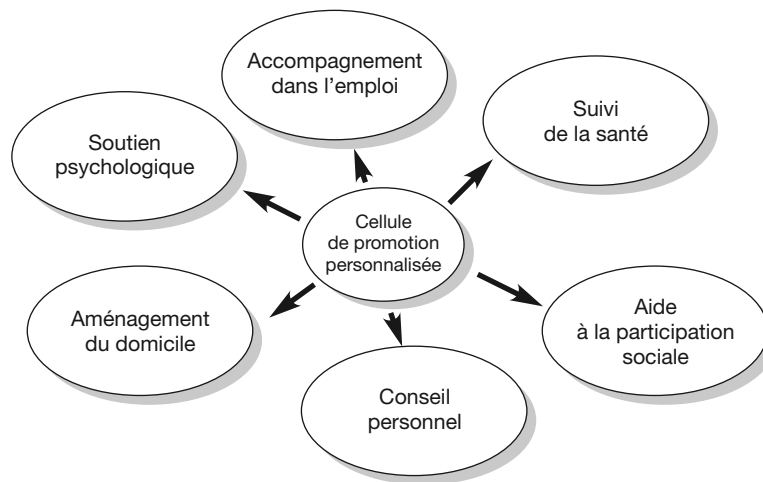


Figure 3.1. Le dispositif réseau

un projet personnalisé de développement. Certaines associations et leurs structures tentent d’aller vers ce type de configuration, même si elles se heurtent parfois au conservatisme ambiant et aux blocages administratifs persistants. 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 client par les systèmes de compensation (cf. la loi du 11 février 2005).

c) *celui d’un nouveau mode d’intervention auprès des bénéficiaires*, reposant sur une réponse à la carte en termes de prestations et s’articulant autour de leurs projets de vie²⁵, de leur plan personnalisé de compensation et de leur projet personnalisé d’accompagnement, mais devant aussi réfléchir à d’autres modalités plus offensives concernant certaines missions d’action sociale (les dispositifs d’action sociale, issus de l’après deuxième guerre mondiale, s’avèrent aujourd’hui largement obsolètes...). De manière plus simple, c’est un nouveau paradigme d’intervention, plus proche du *coaching*²⁶, qui est en train de se dessiner autour des étapes suivantes :

25. J.-R. Loubat, M. Bechtold, « Il faut faire vivre le projet de vie ! », in *ASH* n° 2645, 5 février 2010.

26. J.-R. Loubat, *Promouvoir la relation de service*, Dunod, 2007.

- l'étude de la situation de la personne dans son environnement (*éco-position*) : ses attentes et ses aspirations (son projet de vie), ses atouts et ses faiblesses, les contraintes et les opportunités de son environnement ;
- 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 (*empowerment*) ;
- 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 réajustements.

Les nouvelles technologies de l'information (Internet et la domotique) vont également influencer les modalités d'intervention et les modes d'organisation : Internet ouvre de multiples perspectives de soutien, d'assistance, de conseil social ou d'aide psychothérapique. Tout un « télétravail social » est imaginable afin d'apporter une aide à des personnes pouvant demeurer à leur domicile, comme cela est déjà en train de se penser dans les domaines de la santé et de l'aide à domicile : « les services à la personne doivent apprendre à fonctionner avec les technologies modernes et devenir plus efficace » évoque Alain Franco, coordinateur de la mission *Vivre chez soi*²⁷, en faisant allusion aux immenses possibilités de la domotique.

CONCLUSION : VERS DE NOUVELLES ORGANISATIONS

Il est des dirigeants d'associations et des professionnels qui craignent que ce processus de rationalisation ne débouche sur l'affirmation de très grosses organisations et la disparition des plus petites. D'autres craignent que la rationalisation s'exprime par une lourdeur technocratique, que les opérateurs deviennent des « fonctionnaires aux ordres ». D'autres encore que la taille humaine des lieux d'accueil disparaisse... (*small is beautiful*). Ces inquiétudes ne sont pas infondées, mais elles n'ont rien de fatal : en effet, dans d'autres secteurs d'activité, nous pouvons nous apercevoir que les grandes entreprises n'ont pas tué les petites, pas plus que l'artisanat. Les PME représentent de loin le secteur le plus dynamique et le plus créateur d'emploi de l'économie française. Parallèlement à des secteurs plus lourdement organisés, il faudra toujours des groupes souples et innovants, capables de s'adapter plus vite. Répétons-le, la taille importante d'un dispositif ne signifie pas nécessairement de lourdes

27. *Le Figaro* du 18 février 2010, p. 11 : « Le gouvernement mise de plus en plus sur le maintien à domicile ».

structures d'accueil : la configuration d'avenir ressemblera davantage à un réseau de petites unités interdépendantes qu'à un bloc massif... !

En guise de conclusion, ce que l'on peut souhaiter de mieux aux plus de 35 000 établissements et services sociaux et médico-sociaux de notre hexagone est bien de poursuivre leur professionnalisation, de pouvoir garantir une *assurance qualité* à leurs bénéficiaires et leurs commanditaires sociaux, tant en termes de service que de processus. Leur succès résidera essentiellement en leurs capacités à se montrer performants, à évaluer leur performance et à la communiquer, à négocier avec leurs partenaires, à mobiliser leurs acteurs, à changer de configuration, à se doter des outils de management et d'organisation indispensables, à modifier les mentalités, à innover dans leurs modes d'intervention professionnelle et... à consulter leurs bénéficiaires qui doivent demeurer leurs véritables guides²⁸.

Autant d'aspects que tentent déjà de réunir des opérateurs en pointe, comme le résume ce directeur de pôle médico-social, Jacques Fouquet :

« En mutualisant l'ensemble de nos ressources – humaines, financières et patrimoniales – et à l'aide de nouveaux processus fonctionnels et organisationnels, nous pouvons développer de nouveaux modes d'accompagnement au bénéfice des usagers, sans doute plus performants au regard de l'évolution de notre société. En effet, la recherche de la performance nous renvoie à l'efficacité de nos organisations et de la gestion de l'ensemble de nos ressources. Quand elle n'a pas d'autres objectifs ou résultats annoncés que la satisfaction des besoins et attentes des bénéficiaires, elle n'est guère contestable. Et je ne doute pas un instant de la capacité de créativité des opérateurs du secteur pour défendre cette vision, malgré les contraintes. [...] Pour cela, nous devons revendiquer notre capacité à être performant, et le démontrer, fût-ce par le filtre de l'évaluation²⁹. »

Les structures innovantes d'aujourd'hui sont celles qui mettent en application les tendances européennes, à savoir qui conjuguent les réponses aux attentes de publics à besoins spécifiques, le respect des droits des personnes, la participation et la reconnaissance sociales, l'inclusion, une traçabilité en matière de qualité, une transparence des coûts... et un bon

28. La réunion de ces caractéristiques pourrait déboucher sur un « indice de maturité » en matière de qualité, terme évoqué par Marie-Dominique Lussier, responsable du pôle médico-social de l'Anap, lors du colloque organisé par l'Uriopss d'Aquitaine, le 27 janvier 2011 à Bordeaux, intitulé : « *Performance, qualité, évaluation : quelles conséquences sur l'organisation du secteur ?* ».

29. Jacques Fouquet, directeur des ESMS des PEP de la Sarthe, participation à l'article de J.-L. Deshaies et M. Darand, « La performance dans les ESMS » in *Les Cahiers de l'Actif* déjà cité.

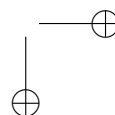
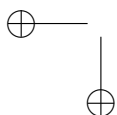
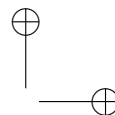
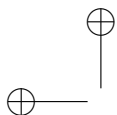
3. LES ESMS À L'ÉPREUVE DE LA PERFORMANCE

97

rapport qualité/prix. De manière schématique, elles doivent satisfaire à quatre variables essentielles.

<p>Bonne inscription dans l'environnement</p> <p>Captation des besoins émergents</p> <p>Réseau important</p>	<p>Réponse rapide et pertinente aux besoins</p> <p>Réactivité</p> <p>Adaptabilité</p>	Pertinence	Réactivité
<p>Coût raisonnable</p> <p>Utilisation optimale des ressources</p> <p>Bonne organisation</p>	<p>Effets positifs et patents</p> <p>Évaluation qualitative</p> <p>Consultation de la satisfaction</p>	Performance	Qualité

Figure 3.2. Le « carré magique » des nouveaux ESMS



Chapitre 4

Les ESMS à l'épreuve des lois

LA MUTATION HISTORIQUE d'envergure que nous évoquons depuis le début de cet ouvrage se joue à de multiples niveaux, elle procède d'une reconfiguration d'ensemble des dispositifs administratifs dont les manifestations les plus formelles sont inscrites dans un certain nombre de textes de loi. Ces textes sont tour à tour causes et conséquences de changements : certes, ils entérinent – comme tout texte de loi – des mouvements de fond de la société civile, des évolutions des mœurs, de nouvelles pratiques sociales, mais ils témoignent aussi de politiques globales impulsées par des préoccupations de gouvernance publique. Si les textes de loi s'avèrent très souvent en retard par rapport aux changements sociaux, il leur arrive aussi d'inspirer ces changements et surtout d'inciter à leur mise en œuvre générale. Dans les secteurs qui nous intéressent, les textes s'appuient effectivement sur les expériences les plus avancées mais qui sont aussi les plus minoritaires ; c'est le souci d'homogénéité et de changement global qui rend nécessaire la publication de textes contraignants et aussi précis (au point où l'on peut parfois s'étonner que des aspects relevant du professionnalisme soit abordés par un texte de loi, comme le livret d'accueil ou la personnalisation).

L'élaboration d'un projet d'établissement ou de service ne peut se passer de la prise en compte de tels textes dont il doit absolument intégrer les exigences dans son contenu. Dans ce chapitre, nous avons

voulu synthétiser les aspects les plus déterminants de quelques textes essentiels pour le sujet qui nous préoccupe, à savoir les lois du 2 janvier 2002, du 11 février 2005 et du 21 juillet 2009. Le lecteur retrouvera les diverses exigences posées dans ces textes au sein du plan ultérieur que nous proposons dans notre chapitre suivant afin d’élaborer un projet d’établissement ou de service.

LA RÉFORME DE LA « LOI DE 75 »

Initié en 1996 par Jacques Barrot, alors ministre des Affaires sociales, le projet dit de réforme de la loi de 1975, menacé un temps d’être une perpétuelle *Arlésienne*, finit par aboutir après ses nombreuses versions préliminaires et ses débats interminables. Un premier volet concernant les structures paraît le 2 janvier 2002 : la loi 2002-2 *renovant l’action sociale et médico-sociale*, un deuxième volet concernant les publics en situation de handicap paraît le 11 février 2005 : la loi 2005-102 *pour l’égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*.

L’ambition d’une société d’inclusion

Les lignes d’évolution que contiennent ces textes n’ont pas surpris ceux qui œuvrent pour davantage de lisibilité et de cohérence dans un secteur d’activité trop abandonné à un empirisme certain – qui finissait d’ailleurs par aboutir à de trop nombreuses dérives. Les réorientations impulsées ne peuvent que satisfaire ceux qui prônent depuis longtemps déjà un recentrage sur les besoins des bénéficiaires et leurs attentes, et qui déplorent les effets de l’institutionnalisme sur la fracture morale et sociale existante entre les dispositifs accueillant des personnes en situation de handicap et les modalités de droit commun de la vie civile. Effectuons quelques rappels préalables à ces textes.

La loi 75-535, modifiée du 30 juin 1975, dite « loi sociale », suivit de cinq ans la première loi hospitalière du 31 décembre 1970. Elle définissait et organisait le champ des institutions sociales et médico-sociales en le distinguant du champ sanitaire. Cette loi témoignait déjà d’un souci de rationalisation sans toutefois imposer une planification semblable à celle du sanitaire. L’extrême diversité du champ social, composé d’une myriade d’associations, des plus petites aux plus grosses, empêchait une organisation homogène d’ensemble.

En effet, la première loi de 1975 prévoyait déjà la mise en place de schémas départementaux, le recensement des besoins, l’établissement

de priorités et de modes d'évaluation, et invitait à une coordination entre les différents opérateurs. Elle instaurait un régime d'autorisation administrative en matière de création, d'extension ou de transformation des établissements par rapport à des besoins.

Quand la décentralisation s'est effectuée, inscrite dans la loi 83-633 du 22 juillet 1983, le pouvoir de décision s'est trouvé partagé entre l'État et les collectivités territoriales (notamment les conseils généraux) pour les établissements accueillant des adultes handicapés, des personnes âgées, des enfants et adolescents de l'Aide sociale à l'enfance (Ase) ainsi que les centres de placement familiaux.

Enfin, la loi du 18 janvier 1994, modifiant la loi hospitalière de 1991, révisa la séparation du sanitaire et du social en octroyant la possibilité à des établissements de santé de créer des structures d'hébergement aux personnes âgées.

Par conséquent, les lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005 entérinent un tournant historique, dont l'amorce se dessina après guerre avec le souci d'apporter des réponses sociales aux personnes dites handicapées, avant de s'accroître en visant leur rééducation, leur réinsertion, et pour finir, en leur reconnaissant un statut de citoyen à part entière et la possibilité de vivre dans la société comme elles l'entendent. Certes, il existe encore un certain écart entre l'intention et la réalisation... Qu'il s'agisse du monde du travail, de la formation, de la culture, de l'environnement, la *société d'inclusion* demeure encore une « ligne bleue des Vosges » pour bien des groupes sociaux. Pourtant, qu'on le veuille ou non, tout avance dans cette direction : ici ou là, se mettent en place des services d'accompagnement, des services d'aide à l'intégration sociale et professionnelle, des services à domicile, des modes d'accueil modulés et séquentiels ; bref, une *nouvelle action solidaire* s'affirme, fonctionnant sur une offre personnalisée, « à la carte », reposant sur des services souples qui opèrent en partenariat multiple.

Un souci d'ajustement de l'offre et de la demande

En invoquant la nécessité d'une « évaluation des besoins », dès la première loi de 1975, et en produisant des « exigences de qualité et de bonnes pratiques », dans la version revisitée un quart de siècle plus tard, le législateur laboure le même sillon en rappelant les opérateurs de l'action sociale et médico-sociale à une préoccupation d'ajustement de l'offre et de la demande. Certes, une telle logique égratigne l'ordre des relations traditionnelles propres aux missions d'assistance publique : les professionnels devant se mettre au service de leurs clients. Point d'orgue de cette révolution culturelle que vit le champ social et médico-social : la

contractualisation, qui introduit un mode démocratique de négociation pour une transaction qui semblait échapper, jusqu’alors, à toute possibilité de choix et se dissimulait derrière les limbes d’une mission d’État ou la transcendance d’une œuvre caritative.

Pour les établissements et services, l’une des conséquences de cette grande ambition d’inscrire davantage les actions sociale et médico-sociale dans les préoccupations de l’environnement est la nécessité affirmée de se doter d’un projet d’établissement valable pour cinq ans. L’échéance accentue la « sécularisation » des établissements et services en les amenant à s’inscrire dans des schémas plus circonstanciés et à se trouver en prise constante sur les besoins de leur bassin de population.

LA LOI DU 2 JANVIER 2002

La promotion des personnes et le respect de la citoyenneté

L’article 2 du chapitre 1 des principes fondamentaux du projet de réforme donne le ton de l’ensemble du texte :

« L’action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l’autonomie des personnes, la cohésion sociale, l’exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté et sur la mise à leurs dispositions de prestations en espèce ou en nature. »

Cet article témoigne bien du souci de dépasser une logique de placement et de réparation pour s’engager résolument dans la voie d’une reconnaissance citoyenne et d’une inclusion dans la société civile ordinaire. Autrement dit, ce texte affirme davantage qu’une simple recherche « d’insertion », mais invite au développement et à une participation des personnes en situation de handicap à la communauté environnante. Notons au passage qu’un certain nombre de termes utilisés, relativement nouveaux dans le secteur, comme « promotion », « citoyenneté », « prestations », font leur apparition dans le texte de loi.

Le concept de *citoyenneté* peut s’avérer gratifiant, politiquement correct ou encore opportuniste, mais il peut également être chargé d’un contenu fort. La citoyenneté, ce n’est pas rien ! C’est le fondement même de la démocratie par la reconnaissance de toute personne comme adhérent et participant à une communauté. Force est de constater que la préparation à

la citoyenneté n'est pas toujours prise en compte dans les établissements sociaux et médico-sociaux, y compris quand les bénéficiaires peuvent parfaitement avoir accès à la compréhension des règles civiques. Avouons-le, elle constitue bien souvent le point aveugle de nombre d'établissements prétendant œuvrer pour l'insertion... dans notre société.

Évaluer les besoins des bénéficiaires et rechercher leur consentement

Dans la lignée d'une logique de service, le même second article du texte met également l'accent sur « l'évaluation des besoins et des attentes ». Ce point s'avère capital car cet aspect-là ne s'avère pas toujours réalisé. Nombre d'établissements et de dispositifs présupposent des besoins génériques à partir de problématiques ou de diagnostics au lieu de s'appuyer sur les besoins et les attentes des bénéficiaires eux-mêmes. La mise en œuvre de cette évaluation nécessite l'organisation de consultations : en effet, comment appréhender les besoins et les attentes des bénéficiaires, sinon en sollicitant en premier lieu le point de vue des intéressés ?

S'il est un effet direct de l'exercice de la citoyenneté, c'est bien le libre choix des bénéficiaires entre les prestations, comme l'énonce l'article 7, qui assure :

« 2° Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé. »

Et, juste après :

« 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit être systématiquement recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. À défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché.

7° La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne. »

Personnaliser les prestations

Un service relationnel est généralement personnalisé par nature. La capacité d'un établissement à personnaliser les services rendus passe

par la production de projets adaptés aux spécificités de chacun. Ces *projets personnalisés* doivent définir les bénéfices attendus ou visés pour une personne singulière concernant chaque prestation de service, ainsi que les modalités pour y parvenir : objectifs opératoires, moyens (ressources, dispositifs, techniques), modes d'évaluation et de réajustement. Quand il s'agit d'enfants, les familles des bénéficiaires doivent être considérées comme les partenaires incontournables de tels projets : sont-elles réellement associées à l'élaboration du projet de leur enfant ? Sont-elles consultées et leurs aspirations sont-elles consignées par écrit ? Reçoivent-elles le projet personnalisé de leur enfant ?

La contractualisation : un engagement réciproque

La nouveauté majeure qui fait avancer considérablement le caractère démocratique de la relation entre prestataires et clients, c'est assurément la contractualisation qui instaure une transaction de droit commun, et que définit l'article 8 du texte de loi.

« Un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel. »

La contractualisation entérine la progressive extraction de l'action sociale et médico-sociale de son autolégitimation historique pour l'inscrire dans le droit commun des relations de service entre prestataires et bénéficiaires, avec tous les droits et devoirs qui incombent aux parties. Elle témoigne de l'existence d'une relation de réciprocité volontaire qui se substitue à une « logique des murs » de la part d'établissements contenant qui circonscrivaient des populations mises à part. Le contrat donne réalité au partenariat, et de manière plus générale, traduit une exigence de « lisibilité et de traçabilité » qui modifie fondamentalement les relations entre professionnels, bénéficiaires et leurs familles. Ce changement d'envergure, qui fait appel à un autre modèle culturel, nous conduit à une nouvelle lecture de l'utilité sociale de chaque service.

De ces rappels à propos du contrat, il ressort trois conséquences fondamentales concernant l'évolution des secteurs social et médico-social qui nous intéressent :

- en premier lieu, que la transaction entre le prestataire social et le bénéficiaire ne peut plus aller de soi ou demeurer sous-entendue mais qu'elle doit être parfaitement identifiée ;
- en deuxième lieu, que le contrat ne peut être unilatéralement défini sous peine de constituer un « marché de dupe » ou un contrat léonin ;
- en troisième lieu, que le bénéficiaire ne peut plus représenter l'objet d'une transaction qui s'effectuerait en dehors de lui, mais qu'il est repositionné comme partenaire à part entière.

Réaffirmer les droits des bénéficiaires

Principes éthiques et accès à l'information

Si l'article 7, cité précédemment, témoigne du souci de répondre de façon adaptée aux besoins de chaque personne accueillie, s'il évoque la nécessité d'obtenir, chaque fois que possible, son consentement éclairé et son libre choix entre les prestations, il rappelle également que « l'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux », et de mentionner plus précisément un certain nombre de droits fondamentaux, tels que :

- « 1. Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;
- 4. La confidentialité des informations la concernant ;
- 5. L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;
- 6. Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition. »

Il s'agit d'affirmer ou de confirmer que le bénéficiaire est un acteur libre et que les dispositifs sont bien à son service. L'article 41 (section 4 « Du contrôle ») stipule que le préfet peut prononcer la fermeture, totale ou partielle, provisoire ou définitive d'un service ou d'un établissement :

- « Lorsque la santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être physique ou moral des personnes bénéficiaires se trouvent compromis par les conditions d'installation, d'organisation ou de fonctionnement de l'établissement ou du service ou par un fonctionnement des instances de l'organisme gestionnaire non-conforme à ses propres statuts. »

Le texte prévoit également l'existence d'un ensemble d'outils destinés à rendre plus lisibles les prestations et le fonctionnement des établissements,

tels qu'un livret d'accueil, une charte des droits et des libertés, ainsi qu'un règlement de fonctionnement.

« Afin de garantir l'exercice effectif des droits [...] il est remis à la personne accueillie, ou à son représentant légal :

un livret d'accueil auquel sont annexés :

a) une charte des droits et libertés de la personne accueillie, arrêtée par les ministres compétents après consultation de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 6121-9 du Code de la santé publique ;

b) le règlement de fonctionnement défini à l'article L. 311-7 (du Code de l'action sociale et des familles). »

Le règlement de fonctionnement

L'article 11 du texte de loi précise que :

« Dans chaque établissement et service social ou médico-social, il est élaboré un règlement de fonctionnement qui définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ou du service. »

Ajoutons à propos de ce règlement de fonctionnement qu'il n'est pas un « règlement intérieur » (qui concerne les personnels d'une entreprise ou établissement de travail) mais un règlement qui définit les droits et obligations des personnes accueillies. Il vise à protéger les acteurs, tant les bénéficiaires que les professionnels, contre d'éventuels abus, manquements ou dérapages de tous ordres. Le règlement de fonctionnement est un facteur de lisibilité, mais aussi un outil de pédagogie et de socialisation. Si l'on veut préparer des personnes à une vie citoyenne, ne faut-il pas commencer par faire régner la démocratie à l'intérieur même des établissements ?

Une procédure d'accueil identifiée

Une exigence importante pour les établissements et services consiste à mettre en place une véritable *procédure d'accueil*. En effet, celle-ci était jusqu'alors bien souvent subsumée dans la procédure dite « d'admission ». Dans une logique toute administrative, l'admission était associée à une série de conditions à remplir. Cette dernière ne saurait en rien faire l'économie d'une procédure d'accueil qui s'avère indissociable de l'établissement d'un contrat et de la délivrance d'un service.

Afin de rendre lisible les prestations offertes, les établissements devront se doter d'outils de communication plus explicites, tels que, par exemple, un « livret d'accueil » qui sera remis au bénéficiaire dès les premières

négociations. Ce livret d'accueil doit présenter les services rendus par l'établissement et fournir tout un ensemble d'informations utiles pour le bénéficiaire, ainsi que les conditions à remplir pour pouvoir bénéficier de ses prestations – il constitue en quelque sorte un mode d'emploi de l'établissement. Il ne peut être confondu avec une simple plaquette.

Un droit à la représentation et à la consultation

La loi du 2 janvier 2002 prévoit également la mise en place de modes de représentation, de concertation ou de consultation impliquant les personnes bénéficiaires des établissements et services :

« Toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'État dans le département et le président du conseil général après avis de la commission départementale consultative. » (article 9)

« [...] il est institué soit un conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation. » (article 10)

Ces autres formes de participation s'avèrent la mise en place de groupes d'expression ou d'enquêtes de satisfaction.

Mettre en œuvre une démarche d'évaluation de la qualité

L'une des avancées majeures du texte de loi est d'exhorter les établissements et services à s'inscrire dans une démarche évaluative de leur qualité, exhortation dont témoigne l'article 22 du chapitre 2, « De l'organisation de l'action sociale et médico-sociale » (section 5 « De l'évaluation et des systèmes d'information »), cité ci-dessous.

« Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, placé auprès du ministre chargé de l'action sociale. Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

Les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur. Les organismes habilités à y procéder doivent respecter un cahier des charges fixé par décret [...]. »

La brièveté de l'article est inversement proportionnelle à l'importance de l'enjeu ! Il apparaît clair qu'un tel aspect – qui a fait l'objet de nombreuses oscillations – se situe au carrefour des enjeux et des intérêts les plus divers : politiques, économiques, culturels et institutionnels. Nous sommes d'ailleurs en droit de penser que les atermoiements de la parution de la loi du 2 janvier doivent beaucoup à cette épineuse question...

Après avoir imaginé une « accréditation » sur le mode sanitaire, et avoir anticipé sa quasi-impossibilité technique (s'il existe environ trois mille huit cents établissements de santé, c'est plus de trente mille établissements et services que comprennent les secteurs social et médico-social), nous nous dirigeons vers une procédure nettement plus floue. Outre des difficultés d'ordre technique, dues à l'importance et à l'extrême hétérogénéité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, se font jour des freins d'ordre culturel et politique.

En effet, les secteurs social et médico-social ne sont en rien comparables avec un secteur sanitaire qui est fortement structuré, y compris parfois sur un mode bureaucratique, permettant ainsi aisément la mise en œuvre de procédures globales. D'autre part, l'organisation même des activités sanitaires facilite l'élaboration d'un processus d'évaluation.

En revanche, les secteurs social et médico-social s'avèrent répartis entre une myriade d'associations de tailles extrêmement variables, aux philosophies et idéologies les plus disparates et aux fonctionnements les plus hétéroclites. Les plus puissantes d'entre elles constituent des *lobbies* aux intérêts ancrés dans l'histoire. Les points communs de tous ces acteurs sont peut-être une certaine défiance à l'endroit d'un contrôle central et technocratique et une certaine jalousie à l'égard de leurs prérogatives. Enfin, leur désir de modernité et d'innovation, ainsi que leur rapport à une démarche évaluative, s'avèrent extrêmement divers et contradictoires.

Vouloir faire rentrer une telle diversité dans un cadre commun est assurément chose difficile, et bousculer un secteur qui pèse trois cent cinquante mille emplois et un million deux cent mille places peut faire réfléchir n'importe quel gouvernement... Pour les mêmes raisons, et quelques autres en plus, il s'est avéré également impossible de se mettre d'accord sur un référentiel commun, d'autant que le marché est énorme et prometteur et que la « guerre des référentiels » est largement ouverte.

LA LOI DU 11 FÉVRIER 2005

La loi 2005-102 *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*¹, considérée comme le second volet de la réforme de la loi de 75, concerne les personnes en situation de handicap elles-mêmes. Elle induit cependant nombre de répercussions sur le positionnement et le fonctionnement des opérateurs (tant les associations que les services). Dans le présent ouvrage, nous nous intéresserons essentiellement à ses principales incidences sur la relation entre opérateurs et bénéficiaires. Le texte est en effet massif, touffu, parfois très complexe dans ses aspects administratifs, financiers et techniques qui relèvent d'un autre registre.

Le *mainstreaming* : l'affirmation du droit commun et de l'égalité de traitement

Le texte propose une définition du handicap qui circonscrit le champ des personnes concernées.

Il rappelle en outre que :

« Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de la citoyenneté.

[...] L'État est garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire. (article 2)

Aucun candidat ayant fait l'objet d'une orientation en milieu ordinaire de travail par la commission prévue à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles ne peut être écarté, en raison de son handicap, d'un concours ou d'un emploi de la fonction publique, sauf si son handicap a été déclaré incompatible avec la fonction postulée à la suite de l'examen médical destiné à évaluer son aptitude à l'exercice de sa fonction. » (article 32, 1° & 33, 1°)

De ce fait, la loi prône l'accès des personnes en situation de handicap, quel que soit leur âge, à toutes les institutions ouvertes à la population, ainsi que l'opportunité pour elles de vivre dans leur environnement ordinaire de vie, de scolarité ou de travail.

« L'action poursuivie vise à assurer l'accès de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte handicapé aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population

1. Notons que le législateur n'a pas pris en compte la nouvelle appellation de « personnes en situation de handicap ».

et son maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie. Elle garantit l’accompagnement et le soutien des familles et des proches des personnes handicapées. » (article 2, 3°)

Elle pointe également un certain nombre de registres qui devront faire l’objet régulièrement d’un état des lieux, tels que la prévention des déficiences, la mise en accessibilité, l’insertion, le maintien et la promotion dans l’emploi, le respect de la non-discrimination, l’évolution des conditions de vie. Pour ce faire, une « conférence nationale du handicap » se tiendra tous les trois ans conviant tous les acteurs concernés (article 3 et 4). Cette conférence débouche sur un rapport gouvernemental qui peut susciter un débat au parlement ou au sénat. Est également mis en place un « Observatoire national sur la formation, la recherche et l’innovation sur le handicap » concernant la prévention et le dépistage des problèmes de santé (article 6). Les personnes en situation de handicap devront bénéficier de ces innovations (article 8). Notons encore que les professionnels recevront une formation spécifique concernant l’origine des handicaps, les diverses innovations en matière d’interventions techniques, d’accueil et d’accompagnement (article 7).

La prise en compte d’un projet de vie

La capacité des personnes à être considérées comme des citoyens à part entière, acteurs des orientations de leur vie et, du même coup, leur propre commanditaire de services, s’exprime pleinement dans l’émergence du concept de projet de vie. La loi 2005-102 présente ce dernier comme une notion indispensable. L’engagement de la loi est des plus ardents, puisque le projet de vie y est mentionné dans plus de 10 articles ! Elle précise notamment que :

« Les besoins de compensation, sont inscrits dans un plan élaboré en considération des besoins et des aspirations de la personne handicapée tels qu’ils sont exprimés dans son *projet de vie*, formulé par la personne elle-même ou à défaut avec ou pour elle par son représentant légal lorsqu’elle ne peut exprimer son avis. » (article 11)

Plus loin, dans l’article 64, qui traite des MDPH, de leur création et de leur fonction, la loi édicte que :

« La Maison départementale des personnes handicapées assure à la personne handicapée et à sa famille l’aide nécessaire à la formulation de son projet de vie ».

Le droit à la compensation

« La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie. Cette compensation consiste à répondre à ses besoins [...] » (article 11)

Cette prestation de compensation (qui remplace « l'allocation compensatrice pour tierce personne ») prend en compte l'ensemble des besoins de la personne en situation de handicap. Elle concerne les domaines de besoins les plus divers, qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité, de l'enseignement, de l'éducation, de l'insertion professionnelle, des aménagements du domicile et du cadre de travail, de l'aménagement d'un véhicule, des frais afférents à un chien d'assistance, des aides de tierces personnes, d'éventuelles aides juridiques, mais aussi de l'entourage : la compensation peut permettre, par exemple, à cet entourage de bénéficier de temps de répit ou des aides spécifiques rendues nécessaires par la situation de handicap. La prestation peut également être utilisée pour rémunérer un salarié ou un aidant de sa propre famille, y compris son conjoint. Elle est versée mensuellement.

Les besoins de compensation sont déterminés par une « équipe pluridisciplinaire » et inscrits dans un plan personnalisé de compensation, en considération des besoins et des aspirations de la personne concernée.

« La prestation de compensation est accordée sur la base de tarifs et de montants fixés par nature de dépense, dans la limite de taux de prise en charge qui peuvent varier selon les ressources du bénéficiaire. Les tarifs et taux de prise en charge susmentionnés, ainsi que le montant maximum de chaque élément mentionné à l'article L. 245-3, sont déterminés par voie réglementaire. »

Précisément, les ressources prises en compte excluent notamment les revenus professionnels, les indemnités temporaires et rentes viagères, les revenus d'activité du conjoint, concubin, pacsé ou aidant familial. Les personnes hébergées ou accompagnées dans un établissement social ou médico-social, ou hospitalisées, ont droit à la prestation de compensation.

L'accessibilité

La loi œuvrant pour l'inclusion, il apparaît normal qu'elle fasse de « l'accessibilité » le fer de lance de son propos. Cette accessibilité concerne trois chapitres du texte, à savoir : l'enseignement et la formation ;

l’emploi (ordinaire, adapté et protégé) ; le cadre bâti, les transports et les nouvelles technologies.

L’accès à la scolarité

Deux notions s’avèrent récurrentes en matière d’inclusion scolaire, celle de *projet personnalisé* et celle de *parcours de formation* qui en constituent le fil rouge.

« Tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l’école ou dans l’un des établissements mentionnés à l’article L. 351-1, le plus proche de son domicile, qui constitue son établissement de référence. » (article 19, III)

Toutefois, en fonction de son projet personnalisé, chaque bénéficiaire peut recevoir sa formation au sein d’autres dispositifs, avec l’accord de ses parents et sur proposition de l’établissement de référence, y compris un enseignement à distance. Un enseignant référent sert d’interlocuteur avec les parents qui sont étroitement associés au projet personnalisé de scolarisation de leur enfant.

D’autre part, chaque enfant, adolescent ou adulte handicapé a droit à une évaluation de ses compétences, de ses besoins et des mesures mises en œuvre dans le cadre de son parcours de formation adapté, selon une périodicité adaptée à sa situation. Cette évaluation est réalisée par l’équipe pluridisciplinaire.

Des aménagements des conditions de passation des examens, épreuve et concours sont prévus. Des assistants d’éducation peuvent également exercer des fonctions d’accompagnement auprès des personnes en situations de handicap.

L’accès à l’emploi

« L’État, le service public de l’emploi, l’association visée à l’article L. 323-8-3, le fonds visé à l’article L. 323-8-6-1, les conseils régionaux, les organismes de protection sociale, les organisations syndicales et associations représentatives des personnes handicapées définissent et mettent en œuvre des politiques concertées d’accès à la formation et à la qualification professionnelles des personnes handicapées qui visent à créer les conditions collectives d’exercice du droit au travail des personnes handicapées. » (article 26, V)

Ces politiques recensent et quantifient les besoins de formation et en apprécient la qualité.

Un certain nombre de dispositions sont évoquées afin de favoriser de la manière la plus souple cet accès à l'emploi : des mesures appropriées doivent être prises par les employeurs, dans la mesure du raisonnable, afin qu'une personne en situation de handicap puisse accéder à un emploi ou le conserver dans l'entreprise, tant en matière d'aménagement de poste, d'horaires ou de temps de travail, de machines ou d'équipement. L'employeur doit établir régulièrement un rapport concernant la situation par rapport à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés².

En matière de concours de la fonction publique, des dérogations aux conditions normales de déroulement des épreuves sont prévues afin d'adapter celles-ci à la situation spécifique des personnes candidates : il peut s'agir de modifications de la durée de l'épreuve, de son fractionnement, ou encore d'aides techniques et humaines.

Le milieu du travail dit protégé opère quelques changements terminologiques : les ateliers protégés deviennent des « entreprises adaptées » ; les centres d'aide par le travail deviennent des « établissements et services d'aide par le travail ». Les entreprises adaptées peuvent être créées par des collectivités ou des organismes privés ou public. Ces entreprises adaptées bénéficient d'un certain nombre d'aides afin d'assurer la formation au poste des personnes en situation de handicap, voire à compenser l'emploi important de personnes à efficience réduite.

Le travailleur qui souhaite quitter une entreprise adaptée pour le milieu ordinaire de travail est toutefois prioritaire s'il devait réintégrer son établissement.

Les établissements et services d'aide par le travail voient réaffirmer leur fonction extraprofessionnelle, en cela qu'ils doivent favoriser l'accès à des actions d'entretien des connaissances, de maintien des acquis scolaires et de formation professionnelle, ainsi que des actions éducatives d'accès à l'autonomie et d'implication dans la vie sociale au bénéfice des personnes accueillies.

L'accès au bâti et aux transports

« Les dispositions architecturales, les aménagements et équipements intérieurs et extérieurs des locaux d'habitation, qu'ils soient la propriété de personnes privées ou publiques, des établissements recevant du public, des

2. Depuis 1987, les entreprises de plus de vingt salariés sont tenues d'employer au moins 6 % de personnes reconnues comme travailleurs handicapés. La loi du 11 février 2005 étend cette obligation à d'autres catégories. Elle augmente la contribution à l'Agefiph pour les contrevenants. Celle-ci sera triplée au bout de trois ans (soit 1 500 fois le Smic horaire par travailleur handicapé non employé).

installations ouvertes au public et des lieux de travail doivent être tels que ces locaux et installations soient accessibles à tous, et notamment aux personnes handicapées, quelque soit le type de handicap, notamment physique ou sensoriel, cognitif, mental ou psychique [...] Ces dispositions ne sont pas obligatoires pour les propriétaires construisant ou améliorant un logement pour leur propre usage. » (article 41)

Des décrets fixent les modalités d'accessibilité, qui s'imposent aux bâtiments d'habitation, et les dérogations pouvant être prises en compte pour des raisons de préservation de patrimoine architectural, de coûts disproportionnés, de difficultés techniques trop importantes, etc. Les bâtiments ouverts à du public doivent être accessibles ; l'autorité administrative peut fermer un établissement qui ne correspondrait pas à cette prescription. Le maître d'ouvrage d'un bâtiment public devra instruire un dossier relatif à l'accessibilité, condition sine qua non pour toute subvention. La méconnaissance des obligations est passible de sanctions financières non négligeables, voire de peine d'emprisonnement en cas de récidive.

Le délai des aménagements variera selon les cas, mais ne devra pas excéder dix ans à compter de la publication de la loi du 11 février 2005 (soit 2015). Les préfetures et les universités devront se rendre accessibles dans un délai de 5 ans.

Mais l'accessibilité ne saurait concerner les seuls bâtiments, elle porte également sur l'ensemble des espaces et leurs transitions : ce que l'on appelle la *chaîne de déplacement* :

« La chaîne du déplacement, qui comprend le cadre bâti, la voirie, les aménagements des espaces publics, les systèmes de transport et leur intermodalité, est organisée pour permettre son accessibilité dans sa totalité aux personnes handicapées ou à mobilité réduite. » (article 45, I)

Un « plan de mise en accessibilité » de la voirie et des aménagements publics (rues piétonnes, parkings, etc.) est établi dans chaque commune. Dans les communes de plus de cinq milles habitants, il est créé une « commission communale pour l'accessibilité », dans laquelle siègent des associations représentant les personnes en situation de handicap. Cette commission s'intéresse également au nombre de logements accessibles.

Les transports collectifs devront être accessibles aux personnes handicapées et à mobilité réduite dans un délai de dix ans, et des schémas directeurs d'accessibilité devront être établis. En cas d'impossibilité technique avérée de mise en accessibilité (comme dans certaines stations du métro parisien), des moyens alternatifs de transport devront être mis à disposition des personnes à mobilité réduite, à la charge de l'organisation

de transports – le coût du transport ne devant pas être supérieur pour les usagers.

Les chiens d'assistance sont acceptés dans les transports et les lieux publics et ne pourront faire l'objet d'un coût de transport supplémentaire.

Une procédure de dépôt de plainte, concernant les obstacles éventuels à la libre circulation des personnes à mobilité réduite, est mise en place par les autorités organisatrices de transports dans un délai de trois ans.

La participation à la vie sociale

L'accès à la citoyenneté et à la culture

Le texte de loi favorise la participation électorale :

« Les bureaux et les techniques de vote doivent être accessibles aux personnes handicapées, quel que soit le type de ce handicap, notamment physique, sensoriel, mental ou psychique, dans des conditions fixées par décret. » (article 74)

Les programmes télévisés doivent s'efforcer d'être plus accessibles aux personnes sourdes et malentendantes. Les chaînes audiovisuelles dépassant 2,5 % d'audience globale devront prévoir le sous-titrage de toutes leurs émissions dans un délai de 5 ans à compter de la publication de la loi du 11 février 2005. Des moyens permettant de développer l'audio-description des programmes télévisés sont à l'étude.

La langue des signes française est reconnue comme une langue à part entière :

« Tout élève concerné doit pouvoir recevoir un enseignement de la langue des signes française [...], elle peut être choisie comme épreuve optionnelle aux examens et concours, y compris ceux de la formation, professionnelle. Sa diffusion dans l'administration est facilitée. » (article 75)

Tout personne sourde bénéficie du dispositif de communication adaptée de son choix devant les diverses juridictions, sans que cela soit à sa charge. Un interprète de la langue des signes peut être présent lors de la passation du permis de conduire.

L'accès aux moyens de communication

L'accessibilité implique également l'accès aux nouveaux moyens de communication qui représentent des possibilités inouïes de participation sociale :

« Les services de communication publique en ligne des services de l'État, des collectivités territoriales et des établissements publics, qui en dépendent doivent être accessibles aux personnes handicapées.

L'accessibilité des services de communication publique en ligne concerne l'accès à tout type d'information sous forme numérique quels que soient le moyen d'accès, les contenus et le mode de consultation. » (article 47)

Un décret fixera les règles d'accessibilité et la nature des adaptations nécessaires. Les administrations disposent là encore d'un délai de trois ans pour se mettre en conformité.

La mise en place de nouvelles instances

La loi instaure tout un ensemble d'instances chargées à divers niveaux de remplir une mission de représentation, d'information, d'évaluation des besoins, et d'accompagnement de la personne en situation de handicap. Ces instances sont regroupées au sein d'un espace unique : la maison départementale des personnes handicapées.

La « maison départementale des personnes handicapées »

« Afin d'offrir un accès unique aux droits et aux prestations mentionnées [...], à toutes les possibilités d'appui dans l'accès à la formation et à l'emploi et à l'orientation vers des établissements et services ainsi que de faciliter les démarches des personnes handicapées et de leur famille, il est créé dans chaque département une maison départementale des personnes handicapées. » (article 64)

Cette instance exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil auprès des personnes concernées et de leur famille, mais aussi de financement complémentaire. C'est le président du conseil général qui préside également la commission exécutive qui administre la maison départementale.

Cette maison départementale aide la personne et ses proches à formaliser son projet de vie et à le mettre en œuvre. Elle propose un numéro d'appel gratuit. Elle met en place le fonctionnement de « l'équipe pluridisciplinaire » de la « commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées », de la procédure de conciliation et désigne une « personne référente ». Cette dernière a pour mission de recevoir et d'orienter les réclamations individuelles des personnes en situation de handicap vers les autorités compétentes. Elle transmet si nécessaire les réclamations mettant en cause une administration au médiateur de la République.

L'équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la personne en situation de handicap et propose un « plan personnalisé de compensation du handicap ». Celle-ci entend la personne et ses proches et se rend sur son lieu de vie.

La « commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées »

Sur la base de cette évaluation et de ce plan personnalisé réalisés par l'équipe pluridisciplinaire, elle prend des décisions, notamment en matière d'attributions de prestations et d'orientation, concernant tant la scolarité que l'emploi ou la vie sociale. Elle se doit d'offrir à la personne concernée ou son représentant légal un choix entre plusieurs solutions adaptées, mais également de donner priorité à l'établissement choisi par la personne bénéficiaire ou sa famille (si l'établissement choisi rentre naturellement dans la catégorie *ad hoc*). Les orientations prononcées par la commission sont révisables à certaines conditions (évolution de l'état de santé ou de la situation de la personne bénéficiaire).

Lorsqu'elle estime que la commission méconnaît ses droits, la personne en situation de handicap peut solliciter une « personne qualifiée », figurant sur une liste établie par la maison départementale du handicap. Cette commission comprend au moins pour un tiers des personnes handicapées et leurs familles désignées par des associations représentatives.

La « caisse nationale de solidarité pour l'autonomie »

Il serait trop long de détailler le contenu exact de sa mission et ses modalités administratives qui sont très complexes, notons simplement qu'elle a un rôle de financeur, de répartiteur des ressources sur le territoire national, d'expertise technique en matière d'évaluation des déficiences et des besoins, de conseil, de recherche et d'information concernant les aides techniques.

LA LOI DU 21 JUILLET 2009 (HPST)

La loi 2009-879 *portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires* (dite HPST) se propose de simplifier et de rationaliser le paysage sanitaire en France par une réorganisation qui était d'ailleurs attendue depuis de nombreuses années. Nous ne retiendrons de ce texte que ce qui présente un intérêt pour notre sujet et le secteur qui nous intéresse, en l'occurrence le secteur médico-social, sachant que l'action sociale n'est pas directement concernée par cette loi (hormis

pour des aspects relevant des soins et de la prévention). Par conséquent, nous évoquerons la création des agences régionales de santé (ARS) et de l'agence d'appui à la performance (Anap), ainsi que la mise en place de la procédure d'appels à projets qui se trouve au cœur de notre sujet.

Une reconfiguration générale via les ARS

En premier lieu, cette loi transcrit un changement d'échelle de référence en matière d'organisation territoriale des politiques de l'État, orientation majeure de la réforme générale des politiques publiques (RGPP) lancée le 10 juillet 2007. La région prend ainsi le pas dans la plupart des cas sur le département³, notamment par la création d'agences régionales de santé (ARS) regroupant tout un ensemble de prérogatives. Cette évolution d'échelle prévisible vient prendre le relais des textes historiques sur la décentralisation (des 22 juillet 1983 et 6 janvier 1986) – en effet, jusqu'alors, peu d'ESMS relevaient de l'échelon régional ou national (essentiellement ceux s'intéressant à des déficiences rares). Néanmoins, l'articulation des relations entre les ARS et les conseils généraux n'est pas en tout point clarifiée et augure nécessairement d'un certain nombre de difficultés à venir.

Cette loi témoigne ensuite d'une volonté de reprise en main par l'État de secteurs particulièrement importants au plan des dépenses publiques : les ARS sont ainsi dirigées par des directeurs généraux, véritables « préfets de santé », nommés en Conseil des ministres et passant un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens pour quatre ans avec les ministères concernés par la santé (l'assurance-maladie, les personnes âgées et handicapées). Le directeur de l'ARS est chargé de définir le *projet régional de santé* (PRS), ainsi que le schéma régional d'organisation médico-sociale qui en fait partie, et c'est encore lui qui délivre désormais les autorisations pour les établissements et services relevant de la compétence de l'ARS, y compris les établissements dits expérimentaux (soit seul, soit avec le président du conseil général selon le type d'ESMS). Nous comprenons aisément que l'ARS va concentrer divers niveaux opérationnels.

Mais le texte manifeste encore un souci de simplification et de rationalisation dont on peut se féliciter a priori : les ARS vont remplacer pas moins de sept organismes : les agences régionales de l'hospitalisation (ARH),

3. Sur un plan historique, le niveau départemental est probablement appelé à disparaître car il ne correspond plus à l'échelle de l'Europe : trop petit pour demeurer un centre de décision politico-économique pertinent, trop grand et trop abstrait pour présenter un intérêt local. Mais les prés carrés s'avèrent trop importants pour que l'on assiste rapidement à sa disparition... on s'est contenté pour l'instant des plaques minéralogiques des automobiles.

les pôles « santé » et « médico-social » des Drass et Ddass, les unions régionales des caisses d'assurance-maladie (Urcam), la partie sanitaire des caisses régionales d'assurance-maladie (CRAM), les groupements régionaux de santé publique (GRSP) et les missions régionales de santé (MRS). Cette rationalisation vise à favoriser les passerelles, les partenariats et le travail en réseau au sein de secteurs connexes (l'hôpital, divers services périphériques et les établissements médico-sociaux). Ce processus est facilité par la re-conceptualisation de la santé par l'Organisation mondiale de la santé comme état de complet bien être physique, mental et social. Ce regroupement tend aussi à permettre les reconversions (en particulier de certains services hospitaliers vers des établissements médico-sociaux, notamment concernant les personnes âgées, des personnes présentant des troubles mentaux stabilisés, rebaptisés « handicapés psychiques », des personnes présentant de longues pathologies mais dont la présence à l'hôpital n'est plus nécessaire), bref à poursuivre ce transfert de dispositifs sanitaires lourds – désormais consacrés aux soins aigus – vers des dispositifs allégés dédiés aux situations conséquentes des personnes.

L'avènement d'une agence d'appui à la performance

Mais cette reprise en main ne se limite pas à cela : aux côtés des ARS, la loi HPST institue l'avènement d'une Agence nationale d'appui à la performance (Anap)⁴ qui ne concerne toutefois que le champ sanitaire et médico-social. Cette agence est le regroupement de trois structures préexistantes du sanitaire : la MAINH (mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier), la MEAH (mission d'expertise et d'audit hospitaliers), et le GMSIH (groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier) ce qui explique sa prédilection de départ pour ce champ.

L'Anap a donc vocation d'apporter un appui technique à des établissements médico-sociaux (toujours en relation avec les ARS), sans se substituer toutefois aux officines et consultants existants, elle n'en a pas les moyens en personnels. Son intervention est plutôt de l'ordre de l'aide au diagnostic et à l'élaboration d'un plan de développement. Mais il est clair que sa mission première apparaît bien relever de l'établissement d'une plus grande cohérence au sein de ces secteurs en facilitant notamment la comparaison positive entre les dispositifs (*benchmarking*) et en établissant

4. Notons qu'à chaque reconfiguration majeure, l'État prévoit un mode d'accompagnement. C'est ainsi que les CREA ont été mis en place lors de la création des Ddass en 1964. L'Anap a été instaurée pour donner une base légale à des organismes para-étatiques qui intervenaient dans le secteur de la santé au titre d'auditeurs et de conseillers.

des repères et indicateurs communs. C’est bien dans ce sens que va le tableau de bord de pilotage auquel s’est attelée l’Agence ; tableau de bord destiné à constituer un outil partagé entre les ARS et les opérateurs. Enfin, le champ d’intervention de l’Anap ne recoupe pas celui de l’Anesm (Agence nationale de l’évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) car cette dernière ne s’intéresse qu’à la qualité et à la bientraitance. En revanche, il est évident que les deux champs s’avèrent complémentaires et entretiennent nécessairement des implications réciproques. Compte tenu toutefois de la priorité accordée à la maîtrise des dépenses et au champ plus global de la performance, il est pensable que l’Anesm finisse par perdre de son utilité spécifique.

Redevenir commanditaire par les appels à projets

Consacrée par la loi HPST, la procédure d’appels à projets concerne l’ensemble des ESMS qui étaient soumis à une autorisation administrative et qui sollicitaient des fonds publics, ainsi que les lieux de vie et d’accueil, pour tout ce qui concerne les créations, les transformations ou les extensions de structures⁵. Elle vise à mieux maîtriser la relation entre l’offre et la demande, ou plus exactement à favoriser la planification publique en reliant les objectifs des schémas, notamment les PRIAC (Programme interdépartemental d’accompagnement des handicaps et de la perte d’autonomie), et les réponses opérationnelles et de raccourcir les délais de réalisation. Ces appels font l’objet d’un calendrier annuel ou pluriannuel et obéissent à la publication d’un avis préalable, d’un cahier des charges et de critères de sélection. Une Commission d’appels à projet, présidée par l’autorité de tarification, composée de huit à douze membres délibératifs et comprenant également des représentants des usagers, est chargée d’examiner et de sélectionner les projets. Il est vrai que l’ancienne instance, le Crosms⁶, commission pléthorique et donc peu efficiente, donnait un avis déconnecté de l’état des ressources et donc de futures autorisations.

Cette procédure d’appel à projets est une révolution d’une certaine manière car, si elle est familière à d’autres univers d’activité, elle ne s’inscrit pas du tout dans l’histoire et la culture des secteurs de l’action sociale et médico-sociale. Elle a donc suscité beaucoup de réactions et,

5. Signalons quelques exceptions de structures non concernées : les foyers de jeunes travailleurs, les établissements publics de la PJJ assurant des missions spécifiques, les ESMS dont l’extension est inférieure à 30 % ou 15 places de leur capacité autorisée.

6. Comité régional de l’organisation sociale et médico-sociale.

disons-le, une certaine défiance. Comme le rappelle avec justesse Arnaud Vinsonneau, adjoint au directeur général de l'Uniopss :

« Historiquement, le secteur social et médico-social s'est construit à partir d'initiatives d'acteurs de terrain, qui, détectant les besoins non satisfaits de la population, se proposaient d'y répondre et allaient, pour ce faire, chercher le soutien, notamment financier, des collectivités publiques et organismes de sécurité sociale⁷. »

Certes, comme il en convient lui-même, cette logique ascendante s'était vue progressivement contrebalancée par une logique descendante via divers schémas de planification et de processus d'autorisation de plus en plus cadrés.

Il est clair que, même si on peut le regretter, et si divers assouplissements devront nécessairement se mettre en œuvre, nous assistons à une évolution quasi inéluctable car inhérente à un processus historique de prise en main par l'État dans l'optique de la rationalisation des dépenses publiques. La logique ascendante a incontestablement rempli son rôle au cours d'une période de l'histoire où l'État n'était pas en capacité d'offrir des réponses de qualité. Aujourd'hui, par la procédure d'appels à projet, l'État veut pleinement (ré)affirmer sa position de commanditaire : il entend définir les priorités en matière de besoins, et donc passer commande, comparer et choisir. Bien entendu, cette détermination n'est pas sans soulever un certain nombre de questions et va contribuer à une redistribution des cartes.

Il nous apparaît que l'on a tout intérêt à trouver un point d'équilibre entre ces deux logiques qui possèdent chacune leurs avantages et leurs limites. D'une part, la seule logique ascendante ne garantit pas toujours la remontée des besoins... L'expérience montre que l'on est parfois tenté d'interpréter ces besoins et de n'en retenir que certains ; d'autre part, la logique ascendante est objectivement « inflationniste » car, il faut bien en convenir, elle ne permet pas une rationalisation et une planification efficaces : les acteurs de terrain demandant toujours plus sans se soucier de l'état global des ressources. Quant à la logique descendante, elle peut laisser craindre que le point de vue comptable l'emporte sur toute autre considération et que le coût soit le paramètre privilégié dans les appels à projets. Si tel était le cas, ce serait assurément une aberration car le moins coûtant revient parfois très cher⁸... On peut encore redouter que les

7. « Loi HPST : quel impact pour le secteur social et médico-social ? » in J.-Y. Guéguen (dir.), *L'Année de l'action sociale 2010*, Paris, Dunod, 2010.

8. Citons un exemple parmi une myriade d'autres, celui de ce grand hôpital de l'agglomération lyonnaise qui, une fois quasiment terminé, dû être totalement détruit et reconstruit

préoccupations administratives priment sur les attentes des clients et qu’il existe une certaine coupure entre les décideurs et les opérateurs.

La procédure d’appels à projets vise également la concentration des opérateurs et leur adhésion à une logique. En effet, le très faible délai de réponse d’un appel et la mobilisation importante qu’exige le cahier des charges ne peuvent convenir qu’à des opérateurs disposant d’une certaine surface économique, qui sont en mesure d’investir massivement et rapidement (car la réponse à un appel à projet possède un coût non négligeable !). Répondre à un appel à projet comme à un appel d’offres, cela signifie concrètement mobiliser plusieurs professionnels de niveau supérieur sur la seule réponse à fournir, donc disposer du staff nécessaire. Bref, seuls les opérateurs disposant d’une cellule de « veille et prospective » vouée notamment à ce domaine pourront répondre de manière plausible aux appels à projet. On peut imaginer que certaines associations mutualisent des moyens pour se doter d’une telle instance, à condition qu’elles parviennent à s’entendre. Il s’agit, selon nous, d’un autre effet de la procédure : l’incitation au regroupement et à la mutualisation des ressources chaque fois que possible.

Vers des projets moins utopiques et plus réalistes

Quelles que soient les critiques portées à la procédure d’appel à projets – et même si certaines ne sont pas dénuées de fondement –, cette nouvelle façon de faire va transformer l’optique des projets d’ESMS. Certains diront que les opérateurs devront davantage faire preuve de réactivité que d’imagination, en se montrant à l’affût des appels à projets et en guettant les signes avant-coureurs... Soyons prudents, il n’y a aucune raison pour que la procédure d’appels à projets tue pour autant l’innovation ; en revanche, ce qui est certain c’est que les projets proposés devront se montrer très précis, très réalistes et très convaincants. Plus que jamais, les opérateurs devront faire appel à de la méthode dans l’élaboration de leurs propositions.

Si par le passé, nombre d’initiatives sont effectivement parties du terrain – et souvent de bonnes initiatives – nombre d’expériences jugées « pilotes ou expérimentales » se sont également avérées sans lendemain, voire franchement nuisibles, et ont fini par sombrer lamentablement. L’originalité n’est pas nécessairement innovante, et beaucoup de ces expériences reposaient de fait sur l’impulsion d’un leader d’opinion, d’une figure charismatique, d’un notable local ou d’un courant d’idées

pour des raisons de graves défauts dans le béton. Le projet retenu avait été le moins coûtant... au départ.

du moment. L'absence de réelles exigences, tant en matière de préalables, de fonctionnement que de résultats, valorisait des projets essentiellement philosophiques, pédagogiques ou cliniques, se revendiquant de tel ou tel mouvement ou de telle ou telle idéologie, et dont les fondements techniques ou scientifiques s'avéraient éventuellement des plus volatiles. C'est ainsi, qu'inspirés par les expériences plus que douteuses d'un Bettelheim ou par *Libres enfants de Sommerhill*, les fonctionnements les plus loufoques avaient pu voir le jour à une certaine époque... parfois malheureusement au mépris des droits les plus élémentaires des personnes accueillies.

Bien entendu, dans ce bric-à-brac d'approches, tout n'est pas à rejeter : certaines expériences étaient d'authentiques tentatives novatrices, mais elles ont pu aussi se déliter faute d'une organisation ad hoc et faute d'une évaluation lucide des pratiques et de leurs effets. En matière d'innovation, la question essentielle est bien la « reproductibilité » des expériences novatrices, c'est-à-dire la possibilité ou non de transférer les enseignements de l'expérience vers d'autres structures, bref, de répliquer l'expérience inventive et de la généraliser lorsque son intérêt est évident. Or, concernant les secteurs qui nous intéressent, nous pouvons constater que cette capitalisation a été longtemps quasi inexistante et que nombre d'expériences sont demeurées indéfectiblement attachées à leurs promoteurs.

Ce n'est pas de gourous, de leaders d'écoles, prenant les établissements pour leurs champs d'expérience privilégiés, dont ont besoin aujourd'hui les secteurs prestataires de services en action sociale et médico-sociale, mais d'opérateurs fiables, capables de capter les besoins des bénéficiaires et d'y répondre de manière adéquate dans un environnement de contraintes et d'exigences devenu incontournable. Par conséquent, le concept d'innovation se doit d'être remis à sa juste place. L'innovation n'est pas l'imagination débridée, ni « l'invention » qui exige un décalage et une rupture totale, mais la tentative de faire évoluer une réponse de manière plus performante et cela de manière générale. Les structures innovantes d'aujourd'hui ne sont pas les expériences de doux rêveurs ou de séduisants beaux parleurs mais celles qui savent conjuguer les meilleures réponses aux attentes de publics à besoins spécifiques, le respect des droits des personnes, une traçabilité en matière de qualité, une transparence des coûts... et par conséquent un bon rapport qualité/prix.

La réponse aux appels à projet : partir des besoins

Répondre à des appels d'offres représente un exercice de style rédactionnel, c'est-à-dire que les délais de réponse volontairement très courts

sélectionnent d'emblée les acteurs qui ont des idées précises sur la question et sont préparés à cet exercice, voire qui possèdent déjà « un projet dans leurs cartons ». Comme nous l'avons évoqué précédemment, cela signifie que les opérateurs sont conviés à anticiper les appels et que les élus seront ceux qui auront un coup d'avance, c'est-à-dire qui disposeront d'une capacité prospective, d'une veille et d'une réactivité adéquates.

Par conséquent, cet exercice requiert des compétences particulières qui ne s'improvisent pas et qui vont valoriser les opérateurs qui fonctionnent déjà selon une certaine logique (une logique de service) et qui disposent d'une bonne méthodologie de projet. Que faut-il entendre par là ? Par le passé, nombre de projets autoproclamés mettaient essentiellement l'accent sur les conditions d'émergence d'une structure (les ressources matérielles et humaines nécessaires, les grandes lignes de son fonctionnement ordinaire), mais pas suffisamment sur les besoins qui étaient postulés et jugés évidents. Combien de projets d'établissements ou de services avons-nous pu lire qui se contentaient d'écrire : « nous nous proposons d'accueillir des enfants avec autisme, des adultes handicapés mentaux, etc. », mais qui avaient par contre une idée très précise du nombre de personnels nécessaires... Combien de fois a-t-on confondu des désignations sociales ou des diagnostics cliniques avec des besoins ! Les besoins ne sont jamais évidents, il faut aller les chercher, et il n'y a jamais une seule réponse possible. Si nous partons de ces principes, nous comprenons aisément pourquoi les projets doivent être discutés et comparés soigneusement. Cela fait plus de vingt ans maintenant que nous alertons régulièrement sur le fait que le point faible endémique de l'action sociale et médico-sociale est précisément la question des besoins, qui sont bien souvent projetés et non obtenus par consultation.

Partant de là, les projets proposés doivent avant toute chose être très précis sur cette relation entre besoins et prestations délivrées. Dans une économie de marché usuelle, les besoins sont négociés entre consommateurs et prestataires au travers d'un système d'influence réciproque ; dans une économie contrainte (tel est le cas des secteurs qui nous intéressent), les opérateurs rentrent dans le cadre de missions auprès de tiers qui possèdent très peu de capacité d'influence, dès lors qu'ils ne sont ni commanditaires ni payeurs. Les besoins risquent alors d'être largement déviés en fonction des intérêts des opérateurs. Dans ce cas, l'offreur crée constamment de la demande pour justifier son existence. On a préféré croire pendant longtemps en une osmose spontanée entre les besoins des personnes accueillies et ceux définis par les opérateurs.

C'est donc cette logique inflationniste que la puissance publique veut rompre en reprenant en main la question des besoins : l'action publique ne peut pas répondre à *tous* les besoins car ce n'est pas sa vocation, tant

en matière de santé que dans les autres domaines... Par conséquent, elle cherche conséquemment à recentrer les missions d'intérêt général confiées aux opérateurs sur un noyau dur de besoins. L'opérateur devra faire la preuve qu'il peut y répondre de manière qualitative et dans les meilleures conditions... et à un coût raisonnable. Plus concrètement, les appels à projets procèdent d'une logique rationnelle, ne requérant pas d'intentions générales mais des propositions précises à des demandes de prestations, que ce soit en termes de délais, d'objectifs opérationnels, de modes de délivrance, d'effets mesurables et de coût. Ils sollicitent également les expériences dont les candidats peuvent se prévaloir en rapport avec l'appel à projets (nature de ces expériences, périodes et résultats), mais encore les réseaux relationnels et les partenariats sur lesquels ils peuvent compter et leurs habitudes de coopération. En résumé, la logique de l'appel à projets vise à introduire une ligne de cohérence entre besoins, prestations, moyens, résultats et coûts dans un environnement identifié et balisé.

Un indispensable changement de posture et de méthode

Comme nous venons de le voir, la procédure d'appel à projets modifie radicalement la relation entre opérateurs et commanditaires car elle nécessite de passer d'une relation de persuasion à une relation d'adéquation. Que faut-il entendre par là ? Que jusqu'alors des opérateurs proposaient des projets en s'efforçant de convaincre leurs interlocuteurs pourvoyeurs de fonds du bien fondé de leur proposition. Désormais, il s'agit davantage de faire des propositions ad hoc, c'est-à-dire qui peuvent au mieux répondre aux besoins et à la commande. Aux opérateurs de signifier qu'ils ont bien compris le message, comme l'évoque Philippe Calmette, Directeur général de la Fegapei :

« Une association qui n'engage pas de nouvelles stratégies de développement, n'étudie pas les opportunités en termes de création de place, d'extension ou de transformation d'établissements et services, et qui ne met pas en place une organisation solide et des modalités de fonctionnement précise, risque de se voir confrontée aux difficultés suivantes :

- une absence de réactivité ;
- une dilution de son action ;
- un nombre croissant de réponses et de dossiers infructueux ;
- un désengagement des dirigeants associatifs ;
- une démotivation de ses professionnels ;

- une perte de crédibilité face aux financeurs et autres partenaires institutionnels⁹. »

Il est clair que la sélection entre les opérateurs a commencé et qu'elle va redessiner le paysage de l'action sociale et médico-sociale de la décennie à venir.

9. P. Calmette, « Appel à projet : le nouveau défi des associations pour l'accompagnement des personnes handicapées », in J.-Y. Guéguen (dir.), *L'Année de l'action sociale 2011*, Paris, Dunod, 2011.

PARTIE 2

L'ÉLABORATION D'UN PROJET

ÉLABORER UN PROJET résulte en premier lieu de la volonté de conférer une réalité à une intention – cette dernière pouvant après tout rester lettre morte ou pure chimère. Le terme de projet est un synonyme d'entreprise qui en serait la face plus opérationnelle en quelque sorte. Vouloir traverser l'Atlantique, atteindre le sommet de l'Everest, ou bien encore agrandir sa maison, partir en vacances ou créer un service social ou médico-social, de la plus folle à la plus pragmatique entreprise, le projet constitue une double face : l'affirmation d'un souhait, d'un objectif ou d'un but et la planification d'un processus afin de les réaliser.

Le projet d'un établissement ou d'un service en action sociale ou médico-sociale relève de cette dualité complémentaire : le document doit définir un objet et un objectif socialement intéressants – son *utilité sociale* –, ainsi que la programmation qui permettra d'accomplir cette utilité, tant au plan méthodologique qu'organisationnel, c'est-à-dire de la mobilisation des ressources matérielles et des ressources humaines. L'articulation entre ces deux termes du projet s'avère nécessairement

dialectique : si l'intention est trop ambitieuse et trop utopique, le processus sera impossible à mettre en œuvre, en revanche, la bonne anticipation des moyens disponibles rétroagira sur l'intention en la rendant plus raisonnable. Par exemple, quelle est l'organisation de moyens qui peut offrir à des personnes en situation de handicap une bonne *qualité de vie* ou encore leur permettre de se préparer au monde du travail, de vivre à leur domicile ou d'accéder à la culture ? En somme, le projet constitue une interface entre un opérateur doué d'une volonté et son environnement, vu comme un système d'attentes et de contingences.

Le projet d'établissement ou de service d'aujourd'hui ne se présente plus comme un manifeste, le credo d'un gourou, un descriptif, un historique, l'expression d'un courant ou d'une école de pensée, un ensemble de vagues finalités idéologiques, mais comme un argumentaire capable d'établir le bien fondé d'une utilité sociale pour la société et d'établir la plausibilité d'une organisation conséquente. Le projet devient ainsi un fantastique outil de questionnement et d'investigation d'un établissement ou d'un service : d'aucuns verront son élaboration ou son actualisation comme une chance unique pour innover et valoriser son action, d'autres n'y verront qu'une redoutable épreuve de remise en cause des certitudes, des prés carrés corporatistes et la fin d'un pouvoir discrétionnaire...

Quoi qu'il en soit, le souci de cette seconde partie s'avère opérationnel : fournir à l'opérateur une trame complète et réaliste afin d'élaborer le projet de son établissement ou de son service. Aussi proposons-nous un plan très détaillé, puis un résumé de ce plan ; plan qui a déjà servi à un bon nombre d'ESMS qui ont fait ainsi aboutir leurs projets. Chacun des chapitres abordera les parties du plan dans l'ordre : il précisera d'entrée quels points il traite afin de faciliter le repérage du lecteur. Bien entendu, certains points du plan sont plus importants que d'autres ou nécessitent plus de réflexion et de développement. C'est pour cette raison que nous avons choisi de zoomer sur certains points clés et d'en négliger d'autres plus descriptifs. Les chapitres portent l'intitulé de ces points clés.

Chapitre 5

Choisir une méthode, établir un plan

« Après concertation menée avec l'ensemble des personnels placés sous son autorité, le directeur propose au conseil d'administration un projet d'établissement fixant les objectifs pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques du centre ainsi que les modalités de leur réalisation et de l'évaluation de leurs résultats ; ce projet d'établissement, adopté par le conseil d'administration, est conforme à la réglementation et porté à la connaissance de la tutelle. »

Article 30 des dispositions générales des annexes XXIV.

« 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. Ce projet est établi pour une durée 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. »

Article 12 de la loi du 2 janvier 2002.

QUESTIONS PRÉLIMINAIRES

Avant même d'aborder la question de la méthode et du plan d'élaboration d'un projet d'établissement ou de service, il nous faut évoquer quelques aspects préalables qui sont fréquemment évoqués par les acteurs de terrain : quelle forme littéraire doit adopter le projet ? Plus prosaïquement, quel doit être le nombre de pages du document ? Comment s'articule-t-il avec d'autres projets, comme le projet associatif et le projet de vie ? Comment interagit-il avec le management ? Doit-il être le reflet de l'existant ou imaginer d'autres modes de fonctionnement à venir ? Ou encore à quoi sert-il de faire un projet si l'on répond à un appel à projet obéissant à un cahier des charges extrêmement précis ?

Le projet doit être un argumentaire

Parce qu'un projet constitue une « déclaration d'existence » à un moment donné, qu'il fournit des objectifs, un sens et une identité à une communauté d'action, il se trouve sans cesse sollicité, ré-interrogé, interprété, remanié, bref, soumis à un jeu de forces à la fois d'origine externe et interne. Ne pouvant se confondre avec des *Tables de la Loi*, il exprime par conséquent un processus vivant, situé et daté. Dans le même temps, tout projet doit parvenir à un certain niveau de stabilité et de cohérence, établissant un système de relations entre de multiples niveaux : les services offerts, les ressources mobilisées, les compétences requises, une architecture *ad hoc*, une organisation réaliste, un coût convenable, un réseau de partenaires utiles. Il s'avère impérieux qu'un projet aboutisse et accepte de prendre forme, sinon il demeurera une ébauche flasque et ne jouera pas son rôle de référence opératoire. C'est ainsi que les acteurs d'un certain nombre d'établissements vivent difficilement dans le mythe d'un projet immanent et jamais achevé, ce qui s'avère très démobilisateur à terme. Il convient donc de se fixer un délai et de s'y tenir, de produire un document, même s'il paraît perfectible et pas entièrement satisfaisant. Le perfectionnisme est l'ennemi du bien et surtout de l'action... Un projet n'est pas figé et il évoluera de toutes les façons...

Un projet procède donc toujours de l'ordre du compromis entre identité et changement, à la recherche d'un fragile équilibre entre la forme et le mouvement. Pour cette raison, tout projet possède une certaine durée de vie, variable en fonction de multiples paramètres, tels que la nature de l'entreprise, sa taille, la nature du service rendu, son environnement. Les évolutions rapides du contexte sociétal d'aujourd'hui, qu'elles soient d'ordre technique, juridique, économique, culturel ou social, raccourcissent évidemment la durée de vie opportune d'un projet. Le législateur

a opté pour cinq ans : c'est la fin d'un agrément à durée indéterminée, véritable blanc-seing qui autorisait toutes les dérives et qui représentait un frein évident à l'innovation. Une réflexion philosophique sur la vie des organisations nous amène à constater que dans un univers en perpétuel mouvement, rien ne peut être à durée indéterminée ; la capacité de l'acteur à anticiper, à projeter et à faire preuve de mobilité et d'adaptabilité est une question de vie ou de mort.

Ne nous y trompons pas, le projet doit être pensé comme un véritable « argumentaire » établissant l'utilité de l'établissement ou du service considéré, sachant que cette utilité n'est jamais définitive mais doit être régulièrement reconsidérée et redémontrée.

Le projet doit obéir à une logique de service rendu

La première partie de cet ouvrage était destinée à présenter le nouveau contexte dans lequel tout ESMS se situe aujourd'hui, elle constitue en quelque sorte un préliminaire indispensable. Dans le cadre de cette réflexion préalable, nous avons à de nombreuses reprises insisté sur la nécessaire articulation entre besoins et prestations. Réitérons notre propos en affirmant que cette relation fondamentale est l'âme du projet, le noyau dur autour duquel tout gravite. L'opérateur qui n'a pas compris ce principe fera nécessairement fausse route car dès lors la cohérence de son projet ne sera plus réellement opposable et perdra toute légitimité.

La logique de service tient à l'établissement d'une série d'étapes qui va des besoins émergents de la population accueillie aux prestations offertes qui en constituent les réponses. Ces réponses sont ensuite exprimées en moyens matériels et humains et convertis en ressources financières. C'est cette logique-là qui doit apparaître de manière claire dans tout projet et dans toute réponse à un appel à projet. Comme nous le développerons dans notre chapitre suivant concernant l'utilité sociale, les besoins n'ont rien d'évident et résultent nécessairement d'une négociation sociale explicite ou implicite : ils constituent des « construits sociaux ». Quant aux réponses aux besoins – les prestations –, elles représentent en quelque sorte des « lots de valeur ajoutée » qui doivent être également bien appréhendés.

Le projet de l'ESMS doit s'articuler avec d'autres projets externes

Le projet associatif

Comment ne pas aborder la question du rôle des associations dans cette mutation, tandis qu'une grande partie des établissements et services est gérée précisément par des associations de type « loi 1901 » ?

Les associations se voient confier une place bien réelle par la loi du 11 février 2005 : elles sont présentes dans une multitude d'instances, qu'il s'agisse, pour commencer, de la maison départementale des personnes handicapées ou de la commission des droits et de l'autonomie, ou encore de la conférence nationale du handicap, des commissions communales pour l'accessibilité, etc. La loi leur accorde même son premier article (nouvel article L. 146-1 A du Code de l'action sociale et des familles) :

« Dans toutes les instances nationales ou territoriales qui émettent un avis ou adoptent des décisions concernant la politique en faveur des personnes handicapées, les représentants des personnes handicapées sont nommés sur proposition de leurs associations représentatives en veillant à la présence simultanée d'associations participant à la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux et d'associations n'y participant pas. »

Mais la nouveauté est bien marquée par cette distinction qui est faite (enfin, sommes-nous tentés de dire) entre associations gestionnaires, qui constituent des opérateurs parmi d'autres de l'action sociale et médico-sociale, et associations représentatives, qui défendent les intérêts et les droits de leurs adhérents, et au-delà, de catégories spécifiques de populations. Or, nous verrons de plus en plus émerger sur la scène publique des associations d'un nouveau type, davantage calquées sur le modèle des mouvements de consommateurs et plus soucieuses de défendre les aspirations de leurs membres que de gérer des patrimoines, sur le modèle des *People First* anglo-saxons¹... Ce qui se jouera très probablement dans la décennie à venir.

Les établissements et services sont des structures techniques qui mettent les compétences de leurs professionnels au service des bénéficiaires qu'ils accueillent dans le cadre d'une politique associative. Or, l'articulation entre la sphère associative et la sphère professionnelle n'est jamais absolument évidente. L'association doit s'ouvrir davantage sur la vie de la cité, faire sortir la question du handicap d'un secteur spécialisé et de ses établissements pour en faire une question de société. Autrement dit, les associations ne doivent plus être accaparées par la seule fonction d'employeur et de gestionnaire, mais aussi et avant tout remplir leur fonction politique au sens premier. Pour les associations souhaitant conserver à tout prix leur double dimension, gestionnaire et militante,

1. En France, nous pouvons citer le collectif *Autonomie et handicap* lancé notamment par Marcel Nuss.

ne serait-il pas pour le moins ingénieux de séparer plus nettement ces deux fonctions² ?

Pour notre part, il nous semble que les associations doivent partir à la reconquête de leur public et de leurs adhérents afin de recouvrer leur légitimité sociale et publique. Pour obtenir cette nouvelle mobilisation, n'est-il pas indispensable de faire émerger des centres d'intérêt et des motifs de mobilisation plus larges ? Cela signifie constituer un message clair, fort et entraînant : bref, un projet associatif digne de ce nom.

Des préoccupations comme l'accessibilité spatiale (transports, accès des bâtiments, etc.), l'accessibilité culturelle et l'accessibilité sociale (l'accès au travail, à l'école, à l'université, à la représentation politique, etc.), les droits des personnes, la participation sociale (la vie affective, la vie sexuelle, les relations sociales, les loisirs, la représentation citoyenne, etc.) représentent les nouveaux objets sociaux d'une nouvelle race d'associations, davantage en prise sur les conditions de vie dans la cité des personnes en situation de handicaps. Dans ce cadre d'idées, l'association s'affirme comme une espèce de « syndicat social », regroupant des citoyens autour d'une initiative d'intérêt collectif. L'Europe permet des référendums d'initiative populaire, comme cela existe en Suisse, n'y a-t-il pas là des idées de causes sociales mobilisatrices ? Enfin, les associations devront se regrouper (comme les y invite la loi du 2 janvier 2002...), car il existe encore un très grand nombre de petites associations à vocation sociale et médico-sociale qui ne présentent pas de viabilité à terme.

Le projet d'établissement ou de service doit impérativement s'inscrire dans les orientations d'un projet associatif, parce que l'échelle de l'établissement n'est plus pertinente, que le passage à un niveau supérieur s'impose, que la notion d'opérateur s'affirme, que la primauté de la prospective et de l'innovation exige une vision élargie du champ d'action qui dépasse largement celle d'une structure en particulier, enfin qu'un projet d'ESMS engage aujourd'hui des préoccupations plus vastes (en termes de politique, de relations publiques, de finances, de management et de gestion des ressources humaines)³.

2. On peut imaginer qu'au-dessous du président, l'organigramme associatif prévoit un vice-président de la branche « gestion des services » et un vice-président de la branche « défense des intérêts ». À moins que, plus simplement, le directeur-général soit entièrement et clairement chargé du management des structures et que l'association consacre ses forces à sa vocation publique et politique. Certains présidents ont visiblement du mal à se positionner... ils se comportent comme des directeurs généraux et demandent à ces derniers d'être des militants associatifs !

3. Pour davantage de précisions sur le niveau et le projet associatifs, nous renvoyons le lecteur à notre ouvrage : *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Dunod, 2006 ; ainsi qu'à *Fonction de direction et gouvernance dans les associations*

Le projet de vie

Le projet d'établissement ou de service doit également s'articuler avec les « projets de vie » des personnes accueillies. Propulsé par la loi 2005, porté par les MDPH, le concept a progressé jusqu'à pénétrer peu à peu les esprits – même bien timidement encore – au sein des établissements et services en action sociale et médico-sociale. Comme nous le notions dans un article⁴ :

« Entre le projet de service, le projet personnalisé, le plan personnalisé de compensation, voire le projet personnalisé de scolarisation, le projet de vie a du mal à s'immiscer et à faire sa place. »

Le projet de vie témoigne donc de la volonté d'orienter sa vie vers des fins souhaitées et de parvenir plus immédiatement à un mode de vie intéressant. Tout un chacun peut donc établir un projet de vie à des fins de développement personnel ou de promotion sociale : rechercher un bien être intérieur, découvrir la musique romantique, changer son look, élargir son cercle d'amis, déménager à la campagne, rencontrer des gens intéressants, trouver un emploi plus gratifiant ou moins fatigant, reprendre des études, etc. Concrètement, il peut se manifester de manière impulsive, sous forme de revendications ou d'attentes exprimées, mais il apparaît plus productif qu'il s'exprime de façon plus posée et plus complète pour avoir plus de chance de se réaliser.

Mais le projet de vie a pour l'instant quelque difficulté à se mettre en place, comme l'a souligné avec beaucoup de lucidité la Commission sénatoriale dans son rapport d'évaluation de l'application de la loi, parce que précisément : « l'individualisation totale de la prestation de compensation et l'évaluation des besoins en fonction du projet de vie des personnes constituent une révolution pour les gestionnaires car elles supposent de sortir de la logique uniquement administrative et comptable qui préside encore trop souvent au calcul des droits des personnes concernées. »

L'autre raison est que le guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA) s'impose aux services par l'arrêté du 6 février 2008 alors qu'aucun texte ne mentionne l'obligation impérative des services d'appliquer l'article 11 de la loi en ce qui concerne le projet de vie. Pourquoi ce dernier ne pourrait-il faire l'objet d'un guide d'entretien qualitatif, comme le GEVA ?

d'action sociale, de Francis Batifoulier et François Noble, Dunod, 2005 ; *Faire société, les associations de solidarité par temps de crise*, sous la dir. de Robert Lafore, Dunod, 2010.

4. M. Bechtold et J.-R. Loubat, « Il faut faire vivre le projet de vie ! », in *ASH* n° 2645, 5 février 2010.

Malheureusement, le projet de vie est minimisé dans ce même arrêté relatif aux références et nomenclatures applicables au guide d'évaluation. Ainsi, l'article 1.1 mentionne :

« Projet de vie :

1.1.1. La personne a formulé un projet de vie ;

1.1.2. La personne a exprimé un refus de formuler un projet de vie ;

1.1.3. Le projet de vie n'est pas présent dans le dossier. »

Lorsque la réponse « 1.1.3. » est cochée, l'arrêté ne prévoit pas d'autres investigations... Il serait souhaitable de prolonger le questionnaire, ne serait-ce que pour savoir à quoi est due cette absence et y pallier. Par ailleurs, il est regrettable que dans le manuel d'accompagnement du GEVA de mai 2008, il soit écrit, page 15 :

« Le projet de vie peut concerner des aspects personnels, sociaux, de loisirs... Ce document, libre expression de la personne handicapée, n'est pas obligatoire. Dans la rubrique projet de vie située au début du guide d'évaluation multidimensionnelle sera mentionné le fait que la personne a ou non exprimé son projet de vie. »

Quoi qu'il en soit, c'est aux établissements et services de veiller, chaque fois que ces projets de vie existent, à ce que leur offre de service et sa personnalisation soient en phase avec eux.

Le projet questionne le management

Le projet d'établissement s'affirme comme un outil de management, parce qu'il constitue un document d'orientations présidant à la destinée de la structure. Le projet ne peut être en décalage avec les orientations managériales sous peine d'être inopérant : le management doit être au service du projet d'établissement et de sa réalisation. Les dirigeants se doivent d'autopsier leur management, en clarifier les options, se doter des procédures et des outils nécessaires, dépasser la « gestion d'épicier » qui fait que certains établissements n'ont pas encore d'organigramme clair, de définitions de fonctions et de postes, d'outils d'analyse et de mesure de leur activité, de méthode de recrutement, de gestion des compétences, c'est-à-dire ne disposent pas des bases mêmes du management le plus fruste...

Il convient encore de s'extraire d'un management trop politique, épris de tactiques et de gestion des équilibres, d'attribution de territoires, de clientélisme et de paternalisme, pour aller vers un management plus *entrepreneurial*, fonctionnant par objectifs, privilégiant les compétences

aux alliances, pratiquant la négociation, la consultation et la délégation, visant l'exigence et l'excellence plutôt que la maintenance du pouvoir.

L'enjeu est vital car l'environnement est en train de précipiter le mouvement en posant des problématiques insurmontables aux établissements figés ne possédant pas d'outils managériaux : usure des personnels, obsolescence des métiers et des fonctions, évolution des besoins et des populations accueillies, mise en place d'une contractualisation et d'une démarche qualité, exigences accrues en matière de gestion, de communication et de services, outils comptables et gestionnaires plus pointus⁵. C'est à ce moment clé, du passage d'une institution qui se gouverne à une entreprise qui se conçoit, que le management apparaît comme une discipline à part entière et s'impose comme une pragmatique des systèmes d'action collective.

Par conséquent, les établissements et services devront rapidement se doter de modalités de management des compétences et des parcours professionnels (GPEC), de mobilisation, de formation et de promotion des personnels, d'une nouvelle approche organisationnelle et gestionnaire de l'activité plus soucieuse du rapport qualité/prix et de la maîtrise des coûts, d'outils de communication et d'appréciation de leur efficacité plus convaincants. Sur ce plan, la distance entre les entreprises de services ordinaires et les entreprises des secteurs sanitaire, social et médico-social se réduit considérablement, et si les finalités et un certain nombre d'autres caractéristiques leur demeurent spécifiques, on ne voit pas pourquoi le management ne serait pas opérant dans leurs établissements et services.

Continuité ou rupture ?

La plupart du temps – sauf s'il s'agit d'une création –, les établissements ou services se trouvent plutôt dans la situation de réactualiser plus ou moins sérieusement leur projet, tandis qu'ils fonctionnent depuis des décennies parfois. Nous avons alors affaire à une situation curieuse : celle qui consiste, après coup, à définir le projet d'une organisation qui possède un mode opératoire mais pas nécessairement une idée très claire de son positionnement, ni même la conscience d'être prestataire de service... Par conséquent, le projet d'établissement ne peut être dissocié de l'existant. Il en est le prolongement, même si ce dernier représente de considérables évolutions. Cela signifie que la démarche d'élaboration ne peut faire fi de cet existant, qu'elle doit, bien au contraire, s'appuyer sur celui-ci, quitte à en faire la critique. La rupture ne doit pas être crainte pour autant

5. Nous développons cette problématique et ces outils dans *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, 2006, Paris, Dunod.

mais être cependant mûrement réfléchi et ne pas être confondue avec un déni ou un rejet de l'existant. Elle s'avère parfois nécessaire afin de s'adapter et de remobiliser les acteurs dans une nouvelle direction et vers de nouveaux objectifs. La gestion de ce rapport dialectique entre la continuité institutionnelle et la rupture organisationnelle (« on est toujours les mêmes mais on fait autrement ») s'avère très importante pour le climat psychosocial des ouvriers du projet.

Quelle forme doit prendre le projet ?

Un projet, tel que nous venons de le définir, doit être concis et fournir des informations précises. Il n'est pas le lieu de longs développements théoriques. Il ne peut non plus inclure tout un ensemble de documents, tels que des fiches de fonction, les règlements intérieur et de fonctionnement, le livret d'accueil, le plan qualité, etc. de l'établissement ou du service considéré, ce qui en ferait un monument. Il doit par contre stipuler que l'ESMS possède ces documents et qu'il les tient naturellement à disposition des autorités.

Ce qui s'avère décisif est de montrer que l'on a envisagé toutes les questions importantes et que l'établissement ou le service dispose de procédures adéquates. Un tel projet aboutit généralement à un document de quarante à soixante pages (cette fourchette n'est qu'indicative puisque la seule police de caractère utilisée et la mise en page peuvent faire varier le volume papier...). Ce qui nous paraît intéressant, et que nous conseillons aux opérateurs, est de décliner le projet en plusieurs versions : une version complète à destination des autorités et une version beaucoup plus synthétique (un *digest* de 2 à 4 pages) destinée aux adhérents, aux partenaires, c'est-à-dire appelé à une diffusion beaucoup plus large. Il n'est pas très efficace de remettre un document de cinquante pages entre les mains de non-spécialistes ! Mais attention, le résumé est un exercice aussi difficile qu'intéressant qui oblige à aller à l'essentiel... Enfin, insistons sur l'intérêt de soigner la présentation du projet, d'en faciliter la lecture par un sommaire clair, des parties bien détachées et une bonne mise en page.

Combien de temps y consacrer ?

Il s'avère *a priori* peu raisonnable de penser produire un tel projet en moins de huit à douze mois. Maintenant, cela dépend d'une foule de paramètres :

- de la taille de l'établissement ou du service ;
- de son degré d'avancement (est-il plutôt un ESMS en pointe, habitué à ce genre de réflexion ou plutôt un établissement traditionnel ?) ;

- du niveau de qualification de ses personnels ;
- des ressources dont il dispose ;
- de son climat (conflictuel ou non) ;
- de ses contraintes organisationnelles (est-il facile de dégager du temps collectif ?) ;
- mais aussi des contraintes de l'environnement (par exemple, échéance fixée par les autorités, signature d'un CPOM).

Ce qui prend le plus de temps dans l'élaboration du projet d'un ESMS est induit par la masse importante de nouvelles exigences qui fait que, bien souvent, le travail ne consiste pas seulement à actualiser l'existant mais à devoir mettre également en place les procédures et documents exigés. Par exemple, lorsqu'il s'agit d'incorporer la mise en place de consultation des bénéficiaires, de repenser complètement la réalisation des projets personnalisés dans le sens des recommandations de l'Anesm, qu'il s'agit de mettre en place des procédures de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance, d'envisager l'évaluation interne de la qualité, de revoir l'organisation en place, de remettre à plat les réunions, de redéfinir les fonctions, etc., on comprend aisément qu'il s'agit là d'un travail de fond et non d'un simple *relookage* ; celui-ci peut alors parfois s'étaler sur plusieurs années.

Au fond, la démarche projet – comme la démarche qualité – est un processus continu qui se formalise régulièrement par un écrit mais qui doit être une préoccupation constante de l'ESMS. Il est intéressant d'ailleurs d'envisager comment associer ces deux démarches afin de les rendre interactives : la réflexion permanente sur le projet ne doit-elle pas s'incorporer à une démarche d'amélioration continue de la qualité ? Ou bien la démarche qualité ne doit-elle pas venir alimenter en continu le projet de l'ESMS ?

QUELLE MÉTHODE RETENIR ?

Contraints ou convaincus de la nécessité de se doter d'un projet, beaucoup de dirigeants s'interrogent sur la manière de le faire émerger : quelle méthode et quel dispositif choisir pour produire ledit projet ?

Promouvoir une approche participative

Les écueils sont pluriels, voire opposés : le risque est grand qu'un dirigeant (ou un petit groupe de proximité) rédige *en solo* un projet – son projet – qui dès lors ne serait plus supporté par l'ensemble des

acteurs. Inversement, la volonté d’associer les personnels, sans méthode et sans plan précis, risque de voir la production du projet s’enliser dans les réunions et commissions prévues à cet effet.

Nous avons fréquemment rencontré de telles situations... Dans le premier cas, le projet demeure un document virtuel, pouvant servir conjoncturellement de vitrine, dont l’existence même est vite oubliée des professionnels (un rapide sondage le démontre aisément). Réalisé généralement par obligation administrative, un tel projet ne possède dès lors aucun impact sur le fonctionnement objectif de l’établissement ou du service. Cette démarche témoigne d’un fonctionnement coutumier, voire d’une certaine inertie et d’un management opportuniste. Il n’est d’aucune façon porteur de questionnement et ne présente pas la vertu formatrice et mobilisatrice qu’on peut en attendre.

Dans le second cas, si l’intention est louable, les effets peuvent s’avérer tout aussi néfastes, car les participants demeurent alors sur un sentiment d’échec qui peut alimenter de la démotivation, voire des tensions – on peut être tenté de chercher des coupables à cet échec... En tous les cas, on ne gagne pas en lisibilité, et l’on peut avoir tendance à se replier sur du corporatisme ou un fonctionnement coutumier. On risque également d’alimenter le moulin de ceux qui sont prompts à fustiger toute tentative de changement. Cette démarche peut témoigner d’un parti pris idéologique (la participation pour la participation), d’une certaine naïveté managériale ou d’un manque de méthodologie.

Une approche participative est effectivement requise en la matière, en raison de la nature même des services rendus (d’ordre relationnel et promotionnel) par les établissements et services. La qualité du service rendu aux bénéficiaires repose pour une part essentielle sur les compétences et qualités des professionnels qui mettent en œuvre les prestations dans les situations de tous les jours. Il paraît donc évident que la mise en application du projet d’établissement suppose une claire compréhension de celui-ci et une forte implication des divers acteurs dans ses objectifs.

Mais attention à ne pas tout mélanger ! L’implication est une chose, les techniques et la méthodologie en sont d’autres. Tout le monde ne peut pas se mêler de tout et être compétent pour aborder toutes les questions. Il est donc nécessaire de sérier les modalités de participation en fonction des thèmes abordés. Nos secteurs ont beaucoup souffert par le passé de ce confusionnisme. Concrètement, cela veut dire qu’il n’est pas pertinent de lancer un travail d’élaboration de projet avant d’avoir défini un plan et une méthodologie, qu’il ne faut surtout pas livrer la question du projet à une espèce d’assemblée générale (vieux relents d’autogestion) ou à la

« méthode des post-it⁶ » ! Il est en effet parfaitement illusoire de penser que la conception même et la structuration du projet peuvent émerger spontanément de larges groupes de travail. Tout aussi illusoire est la démarche qui consiste à instaurer des « commissions thématiques », qui traiteraient en parallèle des questions ou des points concernant le projet. Nous risquons alors le patchwork ou l'impossible puzzle...

Dès la mise en place des premiers projets d'entreprises dans les années 80, ce genre d'écueil fut très vite pointé par les consultants expérimentés, comme D. Chalvin, directeur de la CEGOS IPPSO :

« Imposé d'en haut ou trouvé par la base... ces deux méthodes pour élaborer un projet d'entreprise ne peuvent que donner passivité, soumission excessive à ce projet ou agressivité et attaque excessive de ce projet. [...] Ces deux façons de procéder ne mènent nulle part, bien qu'elles soient actuellement pratiquées et considérées comme de bonnes stratégies⁷. »

Le projet poursuit un objectif et doit donc obéir à une *cohérence logique*. Cet objectif est de démontrer la plausibilité (la pertinence et l'efficacité) de tel ou tel équipement, et cette plausibilité passe nécessairement par une démonstration convaincante : la réponse à un certain nombre de questions clés, qu'il s'agisse des besoins des bénéficiaires pris en compte, des prestations et des conditions d'accueil qui leur sont proposées, des méthodes et techniques déployées et des modes d'organisation mis en place. Autrement dit, le projet n'est pas un inventaire à la Prévert mais une démonstration logique.

La participation n'est pas un avatar de la démagogie

Cependant, il nous faut clairement distinguer une authentique démarche participative d'une facilité démagogique qui consisterait à « faire s'exprimer tout un chacun » pour le principe. En effet, la participation laisse parfois une image confuse, fréquemment associée à une phraséologie incantatoire, à des réunions sempiternelles, à des pertes de temps en débats inutiles, etc. Il arrive également que la participation soit plus proche de la déclaration d'intention, du genre « j'écoute mes collaborateurs, je réunis mes personnels » que d'une réelle pratique managériale. Enfin,

6. Nous avons connu des consultants qui, lors d'interventions, demandaient à chaque personnel ou à de petits groupes constitués d'écrire ce qui leur passait par la tête sur tel ou tel thème : travail avec les familles, admission, projet personnalisé, etc., et qui par la suite se contentait de réaliser une synthèse des réponses...

7. D. Chalvin, « Comment développer l'adhésion au projet d'entreprise ? » in *La lettre CEGOS IPPSO* n° 1, 1986.

l'idéologie autogestionnaire, en vogue dans les années 70, a promu l'idée d'une participation de surface aboutissant à des formes d'autolégitimation, et pour finir, de rapports de force souterrains proprement inacceptables dans une conception démocratique.

À l'opposé des managements charismatique et démagogique, l'approche participative recherche une adhésion forte à un projet, ainsi qu'une appartenance à une communauté de destin. En somme, elle vise à rendre efficace cet apparent paradoxe : conjuguer l'initiative individuelle et l'organisation collective. La participation vise donc à responsabiliser davantage les acteurs à tous les niveaux et à les rendre moins dépendants, à améliorer leur force de propositions et d'amélioration de l'action, à garantir une plus grande fiabilité et pertinence des décisions. Le dirigeant ne démissionne pas de son « rôle de capitaine », il ne renonce en rien à ses responsabilités et au pouvoir de décision qui va de pair. Il tend à mieux préparer les décisions et à les faire comprendre dans la concertation et la consultation. Une décision s'avère d'autant plus pertinente qu'elle se nourrit d'informations diverses et de sens critique...

Quelques grandes étapes

Nous pouvons résumer comme suit les grandes étapes de l'élaboration d'un projet d'établissement :

1. *Prise de conscience* par les dirigeants de la nécessité d'élaborer un projet pour l'entreprise de service, soit du fait du dépassement du projet actuel (implicite ou explicite) de telle structure, soit de la volonté de transformer radicalement un projet existant, ou encore de se préparer à un futur appel à projet ;
2. *Analyse et réflexion stratégiques* à propos de la pertinence, de l'avenir et de la marche de l'établissement ou du service de la part de l'équipe de direction et du conseil d'administration de l'instance gestionnaire. Détermination d'un comité stratégique qui définira les grandes orientations du projet ;
3. *Définition d'une démarche méthodologique* d'ensemble et de ses différentes étapes ;
4. *Implication des instances essentielles de l'entreprise* (telles que, par exemple, le comité d'entreprise, le conseil de la vie sociale) puis communication à l'égard de l'ensemble des personnels ;
5. *Instauration d'un groupe de pilotage représentatif et actif* chargé de mettre en œuvre la démarche, mener les réflexions exploratoires, rassembler les informations nécessaires et assurer la liaison avec les autres personnels ;

6. *Mise en place du dispositif prévu* par des séances de travail du groupe de pilotage, assorties éventuellement d'aller et retour avec des groupes circonstanciés, composés d'autres personnels.
7. *Mise en forme du projet* par le comité de pilotage et surtout le dirigeant, proposition aux instances et validation par le conseil d'administration.

QUEL PLAN ADOPTER ?

Les professionnels qui sont amenés à rédiger un projet d'établissement ou de service, notamment des dirigeants, se posent bien souvent la question de l'architecture interne d'un tel document. Il faut convenir que s'il n'existe pas *a priori* de modèle déposé, c'est-à-dire de plan ou de canevas incontournables, certaines étapes s'avèrent néanmoins inhérentes à toute démarche méthodologique. En effet, des informations-clés sont indispensables pour la connaissance et la compréhension de la raison d'être et du fonctionnement d'un ESMS. Comme nous l'avons dit à plusieurs reprises, le projet qui est aujourd'hui attendu n'est ni un credo, ni un manifeste, ni un mémoire pédagogique ou clinique. Partant de là, chaque opérateur peut naturellement introduire des variantes en fonction d'une approche ou d'un modèle donnés.

Éviter certains travers

Nos nombreuses interventions sur cette question au sein des ESMS nous ont permis de constater que certains projets d'établissement ne remplissent pas les conditions pour constituer de véritables projets, au sens précisément où on l'entend aujourd'hui. Même s'ils ne s'appellent plus « projet pédagogique » ou « projet institutionnel », ils peuvent faire montre de quelques tendances traditionnelles itératives quant à leur structuration :

Une première tendance est d'amorcer le document par une partie historique

« L'établissement est un château datant du XIX^e siècle, situé dans un parc de dix hectares, qui appartenait à la famille du comte de Gribouille et qui fut donné en 1920 à une association, fondée par l'épouse du comte, pour devenir un foyer de jeunes filles abandonnées, avant de devenir une maison d'enfants en 1970, etc. »

Ou bien encore : « L'association est l'émanation d'un rassemblement d'éducation populaire du 11 novembre 1945, issu de la Résistance... »

Cette tendance met l'accent sur une vision généalogique de l'établissement ; elle témoigne bien souvent de l'affirmation d'une recherche

d'identité et de continuité historiques. Aussi intéressants puissent être ces aspects historiques, qui sont des éléments éventuels de compréhension de l'évolution de l'opérateur⁸, ils ne répondent pas aux attentes du projet.

Une seconde tendance est de commencer par des conceptions pédagogiques, cliniques ou philosophiques

« L'établissement s'inspire de la pensée du docteur Schmoll, son fondateur, et vise à restaurer chez des enfants souffrant de psychose le sens de... »

Cette tendance met l'accent sur une orientation pédagogique, thérapeutique ou idéologique et cherche à se situer dans un courant de pensées ; elle privilégie une posture charismatique et la spécificité d'une démarche. Les critiques sont les mêmes que précédemment.

Une troisième tendance consiste à dérouler un descriptif de toutes les activités et de l'organisation de l'établissement

« L'établissement propose des activités d'équitation, de thérapie par l'eau, de découvertes de l'artisanat, etc. » ou encore « l'établissement dispose d'une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin psychiatre, d'une orthophoniste, d'un ergothérapeute... »

Cette tendance met l'accent sur une orientation pratique, activiste, privilégiant la variété des dispositifs ou des compétences, mais sanctionne par là même une certaine pauvreté des objectifs et des concepts opératoires et... l'absence de plan.

Quoi qu'il en soit, force est de constater que beaucoup de projets se sont contentés d'énoncer quelques grandes finalités n'engageant à pas grand-chose, comme : « développer chez les personnes handicapées l'autonomie maximale » ; « favoriser l'épanouissement optimal de la personnalité des jeunes accueillis », etc., en guise d'argumentaire, puis de décrire l'emploi du temps de leurs structures et la répartition des personnels en « équivalents temps plein »... Quant aux administrations, qui privilégient, la plupart du temps, leurs propres préoccupations, elles ont eu tendance à induire un ordre administratif de présentation de l'établissement.

Ce que nous venons de dire entraîne des conséquences concrètes en matière de communication : il s'avère que de nombreux documents, se présentant comme des projets d'établissement, ne nous renseignent

8. Pour ne pas créer de confusion avec leurs projets d'ESMS, certaines associations ont très intelligemment publié leurs « histoires », parfois sous la forme d'un véritable livre qui est remis aux membres du personnel et autres personnes intéressées. Citons par exemple la Fédération des PEP et l'Œuvre des villages d'enfants (OVE).

en fait que sur une faible part de la réalité des structures. Soit, ils constituent ce que nous appellerons des « textes d'orientation », à vocation essentiellement pédagogique ou clinique, soit ils sont des référentiels historiques porteurs d'une généalogie philosophique ou idéologique, soit encore ils représentent une pièce descriptive et administrative qui a été produite lors de la demande d'agrément. Le projet d'établissement dont il s'agit ici, représente un document beaucoup plus complet, capable de répondre à l'ensemble des questions que nous évoquions précédemment.

Le plan proposé et son argumentaire

Comme nous l'avons déjà énoncé, le projet répond à deux questions essentielles : quoi et comment ? Le monde des organisations parlera de *produit* – qui n'est que la forme d'une intention – et de *processus* pour désigner l'ensemble de méthodes, moyens et procédures mobilisés pour cette production. Mais nous nous trouvons dans un univers de services et, qui plus est, de services d'un genre unique, portant sur la totalité des aspects de la vie d'un individu et courant parfois sur des périodes très longues de la vie. Aussi devons nous prendre en compte le domaine de la relation client qui concerne tant l'accueil que l'information, la personnalisation, la participation, la bientraitance et la qualité. Nous retrouvons ainsi le triptyque fondamental de toute entreprise (*produit, client, processus*). Aussi proposons-nous un plan qui s'articule à partir de ces trois grandes préoccupations, auxquelles nous en rajoutons une quatrième devenue aujourd'hui indispensable : la *prospective*. Ce plan se compose donc de la manière suivante :

- *le positionnement* qui traite de l'offre de service et de ce qui s'y rattache (les publics, leurs besoins, l'environnement, la nature de l'établissement ou du service) qui constitue la première partie de notre plan ;
- *le mode opératoire*, ou processus, que nous avons subdivisé en deux parties :
 - *la méthodologie* qui aborde les procédures mises en œuvre (accueil, contractualisation, personnalisation, participation, promotion de la bientraitance, évaluation de la qualité) qui constitue la deuxième partie de notre plan ;
 - *l'organisation* qui aborde tout ce qui trait à l'utilisation des ressources (ressources matérielles, ressources humaines, organisation spatio-temporelle de l'activité, organigramme et fonctions, système d'information et réunions) qui constitue la troisième partie de notre plan ;

- *la prospective et les perspectives* de l'établissement ou du service qui constituent la quatrième partie de notre plan.

Nous pouvons argumenter ce choix de la manière suivante : il ne nous apparaît pas rigoureux de présenter une organisation avant même de savoir quelle est son utilité. Si des projets d'établissement font sensiblement l'impasse sur un développement conséquent de leur utilité sociale, c'est sans doute qu'ils estiment que cette dernière va de soi, ou qu'elle est subsumée tout entière dans la mission de l'établissement définie au plan administratif ou son agrément. Or, l'utilité sociale d'un établissement social et médico-social ne présente rien d'évident – nulle institution n'étant irremplaçable – à tel point que l'on peut imaginer aujourd'hui des dispositifs alternatifs et remettre en question leur pertinence même.

Par conséquent, la première préoccupation du projet doit porter sur ce qu'il est convenu d'appeler le « positionnement » de l'établissement, c'est-à-dire la place qu'occupe l'offreur de prestations dans l'environnement. Plus précisément, se positionner c'est identifier la place occupée sur un marché ou un segment de marché, ce dernier étant constitué des personnes que l'on souhaite toucher par son offre. Quelles prestations offre donc l'établissement ? À destination de quels bénéficiaires ? Pour répondre à quels besoins et attentes ? À l'intérieur de quel réseau de partenaires ? Par rapport à quelles autres alternatives ? Bien entendu, ce positionnement est soumis à tout un ensemble de contingences économiques, administratives, légales, sociales, techniques, culturelles, éthiques. Le prestataire doit mener un important travail exploratoire quand il désire occuper tel ou tel positionnement. Pour simplifier, nous pouvons dire qu'il lui faut :

- définir la nature exacte de son offre de service ;
- identifier à qui elle s'adresse, quel est le segment de marché qui est concerné, et qui peut avoir accès à son offre ;
- analyser le système relationnel qui l'entoure, ses contraintes, ses opportunités, ses enjeux et ses acteurs.

Cette première partie s'avère la plus importante, parce que la plus déterminante ; elle constitue l'âme du projet... nous verrons que c'est aussi la plus délicate à définir. Une fois l'établissement positionné, il nous importe de savoir quelle est la méthodologie qu'il compte déployer et les procédures qu'il va mobiliser afin de répondre à ses engagements. Cette partie est fréquemment insuffisamment développée, comme si la méthodologie se trouvait subsumée dans l'organisation, comme si toute activité comprenait en elle-même sa propre fin... Nous retrouverons d'ailleurs bien souvent de tels travers dans l'élaboration du projet personnalisé.

Enfin, l'organisation prend son sens à partir du moment où le positionnement et la méthodologie ont été clarifiés, elle constitue alors le « bras armé » du projet d'établissement. Les coûts (matériels et humains) que représente l'organisation sont alors clairement justifiés et compréhensibles au regard des besoins et prestations préalablement définies. Enfin, la prospective et les perspectives s'avèrent de plus en plus importantes à définir, compte tenu de l'évolution de plus en plus rapide du contexte, de l'obsolescence accélérée des réponses et de la durée plus courte des projets déclarés.

Nous détaillons ci-après le plan que nous proposons et qu'ont déjà utilisé de nombreux établissements.

1. Le positionnement de l'établissement ou du service

Qu'il remplisse une mission ou qu'il rende un service, tout établissement possède une « utilité sociale » qui fonde son existence et son positionnement. Par conséquent, un opérateur doit pouvoir appréhender et délimiter cette utilité : à quels besoins répond-il ? Auprès de quels bénéficiaires ? Pour produire quels effets ?

1.1. L'utilité sociale de l'établissement ou du service

1.1.1. La personne morale gestionnaire de l'ESMS

- la vocation, les statuts, le siège et quelques traits significatifs de l'opérateur gestionnaire ;
- sa surface socio-économique : nombre de structures gérées, nombre de bénéficiaires accueillis et de personnels employés ;

1.1.2. L'établissement ou le service

- son utilité sociale propre ;
- son implantation ;
- sa période de fonctionnement ;

1.1.3. La « personnalité » de l'ESMS

- le cursus institutionnel de l'opérateur, les grandes étapes significatives de son évolution historique ;
- ses engagements philosophiques et éthiques ;
- ses éventuelles options techniques et méthodologiques : par exemple : l'apprentissage de la langue des signes pour des malentendants, l'utilisation de la méthode Feuerstein, ABA, la pratique d'approches comportementales, de la psychanalyse, de la zoothérapie, etc.

1.1.4. Les bénéficiaires de l'ESMS

- les besoins des bénéficiaires accueillis ;

- leurs caractéristiques (sociales, culturelles, économiques, géographiques, etc.) ;
- leur provenance (font-ils une démarche personnelle, sont-ils adressés par des institutions ou leurs familles, font-ils l’objet de mesures judiciaires, etc.) ;
- le « seuil d’accueil » de l’ESMS, qu’il s’agisse de seuil de compétence (en matière de couverture des besoins) ou bien de seuil de tolérance (en matière d’acceptation des comportements) ;

1.2. L’environnement de l’établissement ou du service

1.2.1. Le contexte de contingences de l’ESMS

- les contraintes et exigences juridiques et administratives ; il s’agit tant du statut de l’établissement, des autorisations et agréments nécessaires, d’éventuels accords ou conventions avec des commanditaires (CPOM ou autres), que des conditions qu’il doit remplir pour bénéficier de certains financements, ou encore de certaines modalités qui s’imposent à lui, telles que le nombre de jours d’ouverture, le ratio d’encadrement, les exigences des schémas régionaux et locaux, etc. ;
- le contexte démographique, social, économique et institutionnel ; par exemple, le ou les bassin(s) d’emploi concerné(s), les caractéristiques démographiques locales, la couverture des besoins en termes d’équipements en place, les besoins inventoriés non couverts, etc.

1.2.2. Le réseau relationnel de l’ESMS

- les divers partenaires impliqués de près ou de loin par l’action de l’établissement et concourant à son existence : prescripteurs, préconisateurs, commanditaires, financeurs, influenceurs, concurrents, fournisseurs, sous-traitants, etc. ;
- les modes relationnels avec ce réseau : traitement des attentes et de la satisfaction, modes de communication réciproques, évaluation auprès du réseau relationnel de l’image et de l’impact de l’ESMS ;

1.3. Les prestations offertes par l’établissement ou le service

ses prestations détaillées et classées, qu’elles soient d’ordre hôtelier, de l’ordre de l’animation et des loisirs, de l’accompagnement aux actes usuels de la vie, de la santé et du soutien psychologique, de la scolarité et de la formation, de l’ordre de l’accès à l’emploi, du développement personnel ou de la participation sociale, etc.

2. La méthodologie d’action de l’établissement ou du service

Elle recouvre les différentes procédures méthodologiques qui permettent à l’établissement de baliser son action auprès des bénéficiaires, renvoyant au domaine de « l’ingénierie sociale ».

2.1. Le cadre institué (présentation, information)

- les documents de publicité et de présentation de l'ESMS (site Internet, plaquette, flyers, autres) ;
- le livret d'accueil ;
- la charte des droits et devoirs de la personne accueillie ;
- éventuellement une charte propre à l'association gestionnaire ;
- le règlement de fonctionnement en vigueur ;
- le règlement intérieur ;
- éventuellement les engagements qualité de l'ESMS ;

2.2. La procédure d'accueil

2.2.1. Les conditions préalables d'admission

- les conditions de candidature d'un futur bénéficiaire ;
- les modalités d'ouverture d'un dossier ;
- les informations et documents à fournir par le bénéficiaire ;
- les démarches et dispositifs administratifs incontournables ;

2.2.2. Le dispositif d'accueil du bénéficiaire

- le premier contact avec le bénéficiaire : son accueil téléphonique, son accueil physique, la signalétique et l'accessibilité des lieux, le personnel d'accueil, l'ambiance du lieu d'accueil ;
- la visite guidée de l'établissement dont les lieux de vie du bénéficiaire ;
- la rencontre avec le responsable de l'établissement ; la présentation de l'établissement ou du service, de son utilité sociale et des prestations offertes, ainsi que de son organisation et de son fonctionnement ;
- la remise de documents : livret d'accueil, règlement de fonctionnement, charte des droits et libertés de la personne accueillie ;
- la présentation au bénéficiaire des personnels intervenants et des autres bénéficiaires ;

2.3. La contractualisation

- le type de contrat proposé : satisfait-il à toutes les exigences ?
- le dispositif de contractualisation : lieu, personnes présentes, modalités de négociation, délai de réflexion, dispositif de la signature ;
- idem pour la signature des avenants au contrat ;

2.4. La personnalisation des prestations

- la détermination du professionnel qui va coordonner et suivre le projet personnalisé de chaque bénéficiaire (coordinateur de projet, référent, coach, etc., selon dénomination) ;

- le recueil des besoins et attentes du bénéficiaire (et de ses représentants légaux) : les modalités de consultation et d'évaluation et leur traçabilité ;
- la fourniture de réponses adaptées dans le cadre des prestations offertes (objectifs, moyens, acteurs, échéances) ; la forme documentaire du projet personnalisé ;
- la négociation du projet avec le bénéficiaire ou ses représentants légaux ;
- la co-évaluation (menée avec le bénéficiaire ou ses représentants légaux) du projet proposé ;

2.5. La concertation et la participation du bénéficiaire et de ses proches

- la représentation au sein du « Conseil de la Vie Sociale » : le mode de fonctionnement de ce conseil, les modes de participation, le mode électif, le rôle des représentants ;
- l'existence éventuelle de « groupes d'expression » : conseils d'enfants et d'adolescents, conseils de travailleurs, conseils de parents, etc. ;
- les enquêtes de satisfaction ;
- les diverses commissions à thème, centrées sur la qualité de séjour ou des prestations ;
- les réunions de parents ;
- les entretiens réguliers, bilans et notes de situation ;
- les fêtes, manifestations, journées portes ouvertes, etc. ;

2.6. La promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance

- la politique préventive à l'égard de la maltraitance au sein de l'ESMS (informations des bénéficiaires et des personnels, formations, dispositions, veille, traitement statistique des événements indésirables) ;
- la procédure de signalement en vigueur (informations, respect des textes, protection des personnes, garanties offertes, soutien aux victimes, etc.) ;
- la politique en matière de bientraitance (informations, formations, dispositions managériales, procédures de bonnes pratiques mises en place, existence de groupes de réflexion et soutiens divers) ;

2.7. L'évaluation de la qualité des services rendus

- la satisfaction à l'exigence d'évaluation interne (préparation et information des acteurs, choix du référentiel, aspect participatif de la démarche, méthodologie retenue, choix d'un consultant, résultats obtenus, existence d'un rapport de synthèse, établissement d'un plan qualité, suites données) ;
- idem pour l'évaluation externe ;

- l'existence et la définition d'une démarche d'amélioration continue de la qualité (mise en place de groupes de progrès ou cercles de qualité, d'un responsable qualité, d'animateurs qualité, de procédures établies, de modalités de correction de la qualité, etc.) ;

3. L'organisation de l'établissement ou du service

Elle recouvre la gestion, l'aménagement et les conditions d'utilisation des ressources, tant matérielles qu'humaines, qui sont à disposition de l'établissement ou du service afin d'accomplir sa vocation.

3.1. La configuration de l'ESMS

la répartition des pôles, départements, services, sections, etc. de l'ESMS : leur dénomination, délimitation et raison d'être (ceux-ci obéissent-ils à des différences d'offres de service, de caractéristiques ou de besoins des bénéficiaires, de compétences, de méthodes de travail, etc. ?) ;

3.2. Les ressources matérielles de l'ESMS

3.2.1. Le site et les locaux

- l'implantation du site de l'ESMS et les intérêts qu'elle présente : économiques (coût du terrain) ; sociaux (accessibilité et moyens de transport, proximité de services et commerces, d'équipements de santé, d'équipements sportifs, culturels ou de loisirs, tolérance de l'environnement humain) ; écologiques et culturels (calme, présence de vastes étendues, existence d'un parc régional ou d'autres curiosités) ;
- les bâtiments et leurs atouts : coût du bâtiment, surface disponible, fonctionnalité des locaux (accessibilité, adaptation facile à différentes populations, capacité d'évolution du bâti, circulation aisée, distribution ergonomique de l'espace), agrément du bâtiment (esthétique, luminosité, commodités, etc.), offre du bâtiment (répartition des espaces, possibilités), aspects techniques (chauffage, climatisation, ventilation et isolation) ;
- la sécurité des locaux : facilité d'évacuation, résistance des matériaux, traitement ignifugeant, exclusion de l'amiante, éventuellement normes anti-sismiques, systèmes anti-incendie, anti-intrusion et anti-fugue, etc. ;

3.2.2. Les équipements

- les équipements externes : existence de parcs, terrains de sport ou d'activité, de jeux, parcours de santé, boulodrome, piscine, parking, etc. ;
- les équipements internes : salles de jeux et de musculation, salles aménagées pour séances de psychomotricité, de kinésithérapie, de relaxation, de musicothérapie, salle sensorielle, balnéothérapie, etc. ;

5. CHOISIR UNE MÉTHODE, ÉTABLIR UN PLAN

151

3.2.3. Le matériel

- le matériel fonctionnel : matériel d’entretien (machines à nettoyer, produits d’entretien, outillage) ; matériel de bureau (photocopie, téléphonie, informatique, bureautique, etc.) ;
- le matériel de transport : les véhicules à disposition afin d’assurer les transports, leur nombre, leur type, leur aménagement ;
- le matériel destiné aux prestations : matériel pédagogique (scolaire, matériel informatique spécialement aménagé, matériel de sport) ; matériel éducatif, ludique et sportif (jeux, peinture, instruments de musique, équipements sportifs, vélos, etc.) ; matériel de soins (équipements médical et paramédical, batteries de tests psychologiques et autres, lève-personnes, plateaux-douches, matériels ergonomiques pour la prise des repas, rampes de circulation, aménagements divers) ;

3.3. Les ressources humaines de l’ESMS

3.3.1. L’organigramme et la distribution des fonctions

- l’organigramme de l’ESMS ;
- les différents champs de compétences et leurs éventuelles spécialités : champ médical (généralistes, psychiatres, médecins de rééducation fonctionnelle, etc.), champ paramédical (infirmiers, kinésithérapeutes, etc.), champ éducatif (éducateurs spécialisés, éducateurs de jeunes enfants, AMP, etc.), champs pédagogique, psychologique, de service social, d’animation, d’accompagnement, sportif, etc. ;
- la formation, les diplômes et l’expérience des personnels ;
- les différentes fonctions et leur articulation : font-elles l’objet de définitions systématiques et approfondies ? Les tâches y sont-elles précisées ? Quelle est leur forme documentaire et sont-elles portées à la connaissance des personnels ? ;

3.3.2. La gestion des personnels de l’ESMS

- la procédure de recrutement : les modalités de recrutement, l’utilisation de la période d’essai ;
- les modalités de contrôle et d’évaluation des personnels : les outils de contrôle existants à disposition de la hiérarchie ; l’existence d’entretiens professionnels annuels (modalités, garanties, exploitation) ;
- la formation : les conditions de recueil des besoins, l’élaboration du plan de formation (annuel, pluriannuel) sa mise en œuvre et son évaluation ;
- la mobilité : les opportunités offertes en la matière et les dispositions prises ;
- la promotion : les possibilités de promotion et leurs modalités ;

- l'*empowerment* (ou l'enrichissement des habilitations) : les moyens que se donne l'ESMS pour repérer et manager les compétences, faire évoluer les postes de travail, enrichir les missions des personnels ;
- la prévention des risques : la politique de prévention de tous les risques physiques et psycho-sociaux, l'établissement du document unique, le traitement statistique ;

3.4. L'organisation de l'activité de l'ESMS

Il s'agit pour l'établissement de rendre lisible son activité concrète, qu'il soit question de la délivrance de ses prestations de service et de leurs modalités ou bien des aspects fonctionnels qui sont afférents.

- la permanence du service : la présence des personnels et le ratio d'encadrement aux différents moments de la journée ;
- l'organisation des différents espace-temps de travail : comment les prestations de service se concrétisent au travers des situations de travail ; comment se répartissent les prestations : quelle part d'activité des personnels et quelle durée dans le temps sont consacrées à chaque prestation (ce qui rentre dans le calcul du coût prévisionnel de chaque prestation) ? ;
- les outils d'analyse et les indicateurs, tant quantitatifs que qualitatifs, de l'activité de l'ESMS ; la mesure des moyens mobilisés et de leur efficacité, la mesure du temps passé par les professionnels en face-à-face avec les bénéficiaires ;
- la veille et la maîtrise méthodologique : l'analyse et l'amélioration des situations de travail et des pratiques professionnelles ; la production de méthodes par un éventuel bureau méthodes ;

3.5. Le système d'information et les réunions

- les niveaux d'information nécessaires : le plan de communication interne de l'ESMS ;
- les modalités de circulation de ces informations : le système choisi et ses supports choisis (Internet, Intranet, affichage, notes de service, cahiers de liaison, relève, téléphone, briefing, etc.) ;
- les réunions : leurs différents types, leurs vocations, leurs fréquences, leurs participants, leurs animateurs, leurs durées ;

4. La prospective et les perspectives de l'établissement ou du service

Tout établissement ou service doit penser son futur dans un environnement évolutif, en déterminant les différents paramètres qui peuvent agir sur son positionnement et son fonctionnement, qu'il s'agisse des publics accueillis, de leurs attentes, des modalités de réponse, d'exigences organisationnelles, de contextes sociaux, etc.

4.1. Les instances de prospective et de veille stratégique

- la capacité de l'ESMS à capter les évolutions de son environnement et à s'y projeter ; à capter les appels à projet et à y répondre : niveau de réactivité, personnels et compétences mobilisables, formations possédées ; les moyens disponibles : recueil d'informations, accès documentaire, utilisation de consultants, participation à des réseaux de réflexion, élaboration de scénarios évolutifs ;
- l'existence d'une cellule de prospective et de veille (ou de recherche et développement), sa vocation, ses membres, sa production ;

4.2. Les perspectives d'évolution et leur feuille de route

les différentes évolutions qu'envisage l'ESMS dans n'importe quel domaine (positionnement, emplacement, matériel, méthodologique, managérial, etc.) et leur planification dans le temps.

VERSION SYNTHÉTIQUE DU PLAN D'UN PROJET D'ÉTABLISSEMENT OU DE SERVICE

Partie 1. Le positionnement de l'ESMS

- 1.1. L'utilité sociale de l'ESMS
 - 1.1.1. La personne morale gestionnaire
 - 1.1.2. L'établissement ou le service
 - 1.1.3. La personnalité de l'ESMS
 - 1.1.4. Les bénéficiaires de l'établissement ou du service
- 1.2. L'environnement de l'ESMS
- 1.3. Les prestations offertes par l'ESMS

Partie 2. La méthodologie d'action de l'ESMS

- 2.1. Le cadre institué (présentation, information)
- 2.2. La procédure d'accueil
- 2.3. La contractualisation
- 2.4. La personnalisation des prestations
- 2.5. La participation du bénéficiaire et de ses représentants légaux
- 2.6. La promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance
- 2.7. L'évaluation de la qualité

Partie 3. L'organisation de l'ESMS

- 3.1. La configuration de l'ESMS
- 3.2. Les ressources matérielles
 - 3.2.1. Le site et les locaux
 - 3.2.2. Les équipements
 - 3.2.3. Le matériel
- 3.3. Les ressources humaines
 - 3.3.1. L'organigramme et la distribution des fonctions



3.3.2. La gestion des personnels

3.4. L'organisation de l'activité

3.5. Le système d'information et les réunions

Partie 4. La prospective et les perspectives de l'ESMS

4.1. Les instances de prospective et de veille stratégique

4.2. Les perspectives d'évolution et leur feuille de route

Chapitre 6

L'utilité sociale de l'ESMS

Ce chapitre concerne le point suivant de notre plan :

1.1. L'utilité sociale de l'ESMS

1.1.1. La personne morale gestionnaire

1.1.2. L'établissement ou le service

1.1.3. La personnalité de l'ESMS

1.1.4. Les bénéficiaires de l'établissement ou du service

C'est l'émergence de politiques globales plus affirmées, le souci de rationalisation financière et de performance, mais aussi la volonté de mieux évaluer les besoins et de questionner davantage les réponses apportées, tant au plan quantitatif que qualitatif, qui introduisent une nouvelle vision de *l'utilité sociale* des structures. Comme nous l'avons souligné précédemment, cette utilité ne peut plus se fonder sur la seule base d'une déclaration d'existence et d'une offre de places mais sur leur capacité à produire des effets estimables pour leurs destinataires et autre parties intéressées. Bref, elle ne peut plus s'autoproclamer !

Cela nous rappelle que, quelle que soit l'entreprise considérée, la première question à se poser est d'abord celle-ci : *qui est le client ?* Car si les buts changent selon les entreprises, il existe toujours un groupe qui tire plus immédiatement profit de son action et qui s'avère plus

déterminant pour la pérennité de celle-ci. Ce groupe constitue le marché premier de l'entrepreneur. Dans le cas, par exemple, d'une association caritative, ce groupe est constitué des donateurs, sans lesquels la vocation de redistribution est impossible, mais aussi des militants, sans lesquels l'entreprise associative ne possède plus aucune force de conviction et d'action. Donateurs et militants partagent quelque chose de commun, une cause grâce à laquelle ils retirent un bénéfice (qui peut être, en la circonstance, d'ordre philosophique, idéologique, social, psychologique, affectif ou moral). Il en va de même pour un ESMS, dont l'existence n'a de raison d'être que pour répondre aux attentes et besoins de personnes pour lesquelles la vie a restreint les capacités personnelles ou les possibilités de participation sociale.

Bref, toute entreprise vit grâce à ses clients et si elle ne les connaît pas suffisamment, si elle les ignore ou ne les satisfait pas, c'est sa survie qui est en cause... Cette nue vérité fonde l'intérêt d'une discipline comme le marketing dont certains éléments stratégiques et méthodologiques peuvent utilement inspirer les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

LE MARKETING COMME TECHNIQUE DE STRUCTURATION DE L'ENVIRONNEMENT D'UN OPÉRATEUR

Les secteurs de l'action sociale et médico-sociale ont commencé à entendre parler du marketing au milieu des années quatre-vingt, pour les raisons conjuguées d'une revalorisation culturelle du modèle entrepreneurial au cours de cette époque de néolibéralisme, de la confrontation de ces secteurs protégés à la logique économique environnante et d'une revendication émergente de la part des consommateurs. Pour des raisons culturelles évidentes, le terme apparaissait jusqu'alors choquant et inadapté à un mode d'action caritatif et idéologique qui ne pouvait concevoir l'action des établissements comme relevant d'un « marché » mais la faisait découler d'une intentionnalité morale et d'une mission immanente.

Le rapport décisif au marché

Dès 1983, Guy Serraf écrivait dans la revue *Informations sociales* que « sans le marketing social, il n'y a pas de service public ». Et de rajouter que « si les administrations avaient le souci de servir le public, elles seraient obligées de faire du marketing social. Car il impose de prendre

en compte les désirs et les besoins de la population¹ ». Sensiblement à la même époque, René Baptiste, directeur d'établissement dans l'agglomération lyonnaise, allait développer cette approche avec des spécialistes du marketing des services comme Jean-Paul Flipo et François Mayaux². En 1986, il publiait un brûlot au titre volontairement provocateur : *Le Social est à vendre*, qui allait réveiller les esprits et amorcer l'intérêt des établissements novateurs pour le marketing... On pouvait ainsi lire ses propos prémonitoires dans l'introduction de son ouvrage, *Rénover l'action sociale par le management et le marketing*, paru en 1990 :

« Aujourd'hui, l'action sociale institutionnelle craque sous l'effet :

- de la baisse des financements publics ;
- des contraintes du redéploiement obligé des moyens ;
- des effets de la décentralisation ;
- de la concurrence qui se profile ;
- de l'apparition de nouveaux besoins, valeurs nouvelles ;
- de la force d'exemplarité des nouvelles méthodes de management ou de communication...

Demain, l'institution d'action sociale – astre mort dont la lumière brille encore mais dont le foyer s'éteint – aura vécu. L'entreprise de service en action sociale lui succédera.

Nous avons beaucoup à y gagner car quand prédomine l'esprit d'entreprise :

- les usagers sont aidés à se prendre en charge ;
- le personnel est dynamique ;
- le financement en partie autonome ;
- les structures souples, évolutives ;
- la communication ciblée, volontariste ;
- le management participatif ;
- la stratégie orientée vers un développement planifié ;
- l'idéologie centrée vers la satisfaction des clients.

Qui s'en plaindrait³ ! »

Ces quelques rappels pour signifier que c'est l'ouverture du marché qui entraîne la nécessité de faire du marketing et que ce dernier n'est possible que si l'on a conscience de rendre un service, c'est-à-dire de répondre

1. G. Serraf, « Un remède indispensable », in *Informations sociales*, n° 7, 1983.

2. J.-P. Flipo, *Le Management des entreprises de service*, Paris, les éditions d'organisation, 1987 ; J.-P. Flipo, F. Mayaux, *Associations : réussir votre développement*, Paris, les éditions d'organisation, 1988 ; F. Mayaux et R. Revat, *Marketing pour associations. L'efficacité au service de vos valeurs*, Paris, Les Éditions Liaisons, 1995.

3. R. Baptiste, *Rénover l'action sociale par le management et le marketing*, Lyon, CREA Rhône-Alpes, 1990.

à des besoins d'acteurs dotés d'une possibilité de choix. Jusqu'alors le « marché social » s'avérait captif et ses seules voies d'accès étaient des couloirs administratifs balisés par un tissu de contraintes (même s'il ne faut jamais sous-estimer le fait que même lorsqu'un marché est captif, il existe toujours des prescripteurs, des préconisateurs et des influenceurs qui permettent une stratégie marketing...).

Le marketing n'est pas une idéologie mais une discipline appliquée qui sollicite les diverses sciences humaines. « Le marketing est la fonction par laquelle l'entreprise répond aux changements de son marché et de son environnement » nous disent Gilles Marion et Daniel Michel de l'École de management de Lyon⁴. Son objet est d'analyser, de structurer et de comprendre les marchés, c'est-à-dire les motivations des acteurs en direction de telle ou telle offre, quelle que soit la nature de cette dernière : qu'il s'agisse d'un produit, d'un service, d'une idée, d'un message ou de tout autre objet à valeur d'échange. Le marché renvoie donc à un « espace d'échange » – d'ajustement de l'offre et de la demande –, que ces échanges soient d'ordre économique, politique, culturel, intellectuel, sexuel, social, etc. N'en déplaise à ceux qui ont strictement identifié le marché au capitalisme et à l'idéologie libérale, le marché a toujours existé depuis que les hommes échangent... et ce ne sont pas ceux qui pourfendent l'économie de marché qui sont les derniers à guerroyer pour conquérir des parts de marché en matière politique, syndicale, artistique ou intellectuelle... Les partis politiques, les églises, les mutuelles ou encore les ONG font du marketing, en sollicitant les mêmes méthodologies et les mêmes cabinets que les groupes industriels. D'un point de vue psychosociologique, le marché est une métaphore du jeu social, parce que les hommes sont par définition des êtres d'échange et que tout s'échange (même si tout ne se vend pas !).

Encore est-il nécessaire de distinguer le marché potentiel d'une offre, le marché réellement accessible et le marché effectivement touché. Le travail des experts en marketing et des prévisionnistes consiste précisément à comprendre et à diminuer les écarts entre ceux-ci. Tout cela renvoie à situer l'offre de service dans un univers préexistant, à définir également l'espace de vie d'une telle offre, car une offre est non seulement spatiale mais aussi temporelle : elle possède une « durée de vie ». À l'instar de tous les produits, celle-ci tend à se raccourcir régulièrement, car les besoins et les contextes culturels se modifient eux aussi de plus en plus rapidement : les nouveaux marchés apparaissent, évoluent ou disparaissent très rapidement, ce qui sollicite la réactivité des offreurs. Enfin, il convient d'en tracer

4. G. Marion, D. Michel, *Marketing mode d'emploi*, 1^{re} éd., Les éditions d'organisation, 1986.

les frontières avec les offres déjà existantes par ailleurs, car une offre est relative et comporte ses spécificités, sa « personnalité ». Toutes ces considérations n'ont rien d'exotique mais concernent complètement les entreprises de services sociaux et médico-sociaux qui nous intéressent dans cet ouvrage.

L'importance de la relation client

Le passage progressif du statut d'utilisateur captif à celui de client actif constitue un mouvement historique propre à tous les services publics ou assimilés et transcrit une évolution culturelle des relations. Le statut de client⁵ n'est en rien dépréciatif, bien au contraire, il octroie aux personnes un statut, des droits, une reconnaissance, des recours, une meilleure lisibilité relationnelle. La relation de service n'est pas une relation d'exploitation (une « relation de sévices ») mais une relation d'échange convenu. Les entreprises de services sociaux ou médico-sociaux fonctionnent sur des deniers publics, au motif de l'action solidaire, du fait de la situation de leurs bénéficiaires et du coût très élevé des services qu'on leur propose. Pourquoi cette spécificité interdirait-elle pour autant à leurs bénéficiaires le statut de « clients » ? À cette question, René Baptiste apporte une réponse sans ambiguïté :

« Un service public est-il un service qui peut se permettre d'ignorer l'avis de ses clients ou est-il, au contraire, un service qui se doit d'être plus que tout autre attentif aux besoins de son public ? La question est posée aux travailleurs sociaux. Je n'entrerai pas dans une vaine polémique pour savoir si les travailleurs sociaux ont vraiment envie d'écouter leurs clients, d'adapter les réponses à leurs demandes, de solliciter leurs critiques. [...] Je préfère, car c'est la voie de l'avenir, poursuivre la promotion d'une déontologie professionnelle qui admettrait comme postulat de base qu'un client de service social est d'abord un client comme un autre⁶. »

Précisément, l'une des particularités des services est l'importance accordée à la *relation client*, l'interaction entre prestataire et consommateur, du fait même de la dominante intangible du service qui nécessite la mutuelle présence entre le prestataire et le bénéficiaire (elle s'avère plus fugitive lorsqu'elle concerne un produit qui transite entre les parties, et beaucoup

5. Notons au passage que, contrairement aux idées reçues, ce terme ne contient étymologiquement aucune connotation à caractère lucratif : les *clientis* représentaient chez les Romains de l'Antiquité des personnes bénéficiant de protection de la part d'une famille notable (patricienne). On parlerait aujourd'hui de réseau relationnel...

6. R. Baptiste, *Le social mérite mieux ! Comment améliorer la qualité des prestations sociales*, Genève, Éditions des deux Continents, 1996.

d'industriels utilisent pour ce faire des distributeurs intermédiaires). On estime, en moyenne, que 50 % des personnels d'une entreprise de service sont en contact commercial avec les clients. Dans les services d'action sociale et médico-sociale, c'est généralement beaucoup plus, voire la totalité des personnels (car les secrétaires peuvent participer à l'accueil, les agents de service conseillent parfois les résidants sur l'entretien de leur chambre, les cadres interviennent dans les relations avec les clients, etc.).

Mais comme toute relation, celle-ci n'est pas exempte d'un rapport de pouvoir qui tend à rendre la clientèle captive dès lors que son choix est limité. P. Eiglier, J. Bateson, E. Langeard et C. Lovelock⁷ notaient cela dès les débuts du marketing des services :

« Les relations entre clients et entreprises de services ont toujours été difficiles [...] en fait, on est en face de conflits de pouvoirs entre les entreprises et leurs clients, de là, la volonté des entreprises de minimiser le rôle des clients et de les mettre en situation de dépendance, car la matière première « client » est difficile à gérer [...] C'est une constante des politiques des entreprises de services que d'avoir des stratégies de captivité fondées essentiellement sur le couple localisation/réglementation. La captivité amène des réactions négatives chez le client : l'entreprise se trouve en face de clients dont l'achat répété ne provient pas de satisfactions des services offerts, mais du manque de choix. »

Dans le même ordre d'idée, Jean-Pierre Hardy invoque l'idéologie immanente du milieu associatif :

« L'un des fondements de cette *épistémè* de la dirigeance associative dans le secteur social et médico-social repose sur la prétendue homologie d'intérêts entre les dirigeants cooptés ou élus et salariés, les personnels toutes catégories confondues et les usagers bénéficiaires⁸. »

Les entreprises de services sociaux et médico-sociaux s'avèrent plus que toute autre concernées par les constats qui précèdent, du fait même de la durée et de l'amplitude exceptionnelles des services qu'elles assurent et de la relation d'extrême dépendance qu'elles ont fréquemment à gérer. À ce titre, elles doivent impérativement clarifier la nature de la relation de

7. « Participation du client au système de "servuction" : concepts et mesures » in *Séminaires de recherche en marketing des services*. Sénanque, I.A.E., Aix en Provence, 1978.

8. J.-P. Hardy, *Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 3^e éd., Dunod, 2010.

service entretenue avec leurs clients⁹. Une entreprise peut généralement remplacer ses fournisseurs, ses salariés, ses gestionnaires, ses partenaires, mais elle a absolument besoin de ses clients !

LE POSITIONNEMENT D'UNE ENTREPRISE DE SERVICE SOCIAL OU MÉDICO-SOCIAL

Ce qui a précédé doit convaincre tout dirigeant d'ESMS que la détermination du positionnement de ses services doit constituer sa préoccupation fondamentale car il détermine la pertinence et l'avenir même de son entreprise : en effet, toutes les autres questions, méthodologiques et organisationnelles, en découlent. Cet exercice présuppose toutefois une réflexion sociologique et stratégique concernant l'environnement dans lequel il va s'inscrire. Quelle que soit la nature d'un service, il est inhérent à un contexte sociétal en mouvement.

Gérer et faire évoluer son positionnement

Se positionner, c'est identifier la place occupée relativement à un marché, et plus particulièrement à un segment de marché, constitué par les personnes que l'on souhaite ou que l'on peut toucher par son offre. Cette position est soumise à une foule de contingences économiques, administratives, légales, sociales, techniques, culturelles, éthiques, etc. Le prestataire a donc un important travail exploratoire à mener quand il décide d'occuper telle ou telle position. Pour faire court, nous pouvons dire qu'il lui faut :

- définir la nature exacte de son offre et en délimiter le périmètre ;
- identifier à quels besoins elle répond, et par conséquent, à qui elle s'adresse ; quel est le segment de marché qui est concerné, et qui peut avoir accès à son offre ;
- analyser le système relationnel qui l'entoure, ses contraintes, ses opportunités, ses enjeux et ses acteurs, car la particularité des services qui nous intéressent est qu'ils sont également conditionnés par des parties intéressées autres que les bénéficiaires directs : autorités de tarification et de contrôle, commanditaires publics, associations, opinion ;

9. Nous pouvons citer, en contre-exemple, ces banques ou ces prestataires de téléphonie, qui noient leurs clients sous une montagne de prospectus illisibles, entraînant de l'incertitude quant aux véritables prestations offertes et une impossible comparaison entre les prestations proposées.

- décider s'il veut maintenir en l'état son offre de service ou la faire évoluer en direction de telle ou telle tendance, c'est-à-dire « se repositionner » en fonction de nouvelles attentes et de nouveaux publics, ou bien proposer de nouvelles modalités ou encore répondre à de nouvelles préoccupations.

Dans ce dernier cas, l'opérateur doit décider s'il s'agit d'imaginer toute autre chose, d'élaborer non plus seulement un projet de réaménagement, mais un *projet émergent*. Des questions surgissent alors :

- quel est l'état des besoins dans le nouveau domaine : sont-ils en augmentation, en stagnation ou en diminution ? Se déplacent-ils ?
- quelles sont les conséquences de l'accueil d'une nouvelle population ?
- quelles sont les incidences sur le changement de réseau relationnel ?
- faut-il se doter de nouvelles compétences ou non ?

D'autres questions encore en découlent :

- quels sont les intérêts et les inconvénients stratégiques de ce repositionnement ?
- ce repositionnement va-t-il entraîner une évolution importante des prestations ? Un changement d'organisation ? Un changement de compétences ? Un changement de localisation ?
- quelles incidences pèseront sur le coût de fonctionnement ?

Partir des besoins pour définir son utilité sociale

S'il est classique de subordonner une offre de services à une analyse préalable des besoins existants, force est de constater que les ESMS ne menaient jusqu'alors aucune étude de besoins pour les raisons historiques et structurelles que nous avons invoquées. Il apparaît pourtant aujourd'hui primordial que les opérateurs de tels secteurs (notamment les associations gestionnaires) mènent ce genre d'approche : d'une part, elles peuvent mener des enquêtes auprès des populations qu'elles accueillent afin de capter des courants d'évolution, mais elles peuvent aussi solliciter leur environnement, via leurs adhérents et leurs multiples partenaires, afin de constituer des groupes témoins, de rassembler certaines informations existantes et d'en tirer des conclusions pertinentes. Certaines associations ont réalisé ce genre d'études au moyen de divers outils (entretiens systématiques, grilles), ce qui leur a permis de définir une politique générale, de recentrer leur projet et le management de leurs établissements, mais aussi de créer de nouveaux services plus opportuns.

Les services relationnels, notamment ceux rendus généralement par des établissements sociaux et médico-sociaux, s'avèrent d'une amplitude et

Tableau 6.1. Exemple du repositionnement stratégique d'un opérateur en action sociale

	Atouts	Obstacles	Propositions
1. Accueillir de nouvelles populations	Une expérience de coopération avec les services de santé et de psychiatrie.	Pas d'expériences et de compétences dans l'accueil de cas difficiles et de délinquants avérés.	Accueillir des enfants et adolescents présentant des troubles psychologiques. Accueillir des jeunes et adultes alcooliques.
2. Mettre en œuvre de nouvelles modalités	Des structures adaptatives et diversifiées. Des personnels motivés.		Offrir : <ul style="list-style-type: none">• un accueil d'urgence ;• un accueil temporaire ;• un accueil séquentiel ;• un accueil relais.
3. Répondre à de nouvelles préoccupations	Grande expérience en matière de médiation et de conseil auprès des parents.	Les parents ne sont pas nécessairement solvables dans un bassin peu riche, il faut passer par un dispositif reconnu ou obtenir un financement spécifique (intéresser des élus, le conseil général, etc.).	Faire du conseil en inclusion scolaire auprès de parents en difficultés avec leurs enfants. Proposer de la médiation scolaire entre enseignants et parents.

d'une complexité importantes : ils concernent parfois tous les domaines de la vie d'une personne (physiologique, relationnel, affectif, économique, familial, etc.), portent sur des niveaux où s'entremêlent une foule de facteurs, peuvent s'étaler sur des années. Mais la principale difficulté qui se fait jour pour déterminer le service rendu par le prestataire ne tient pas réellement à cette complexité mais au tropisme congénital de certains acteurs à concevoir un idéal pour eux-mêmes et non une « valeur ajoutée » pour le bénéficiaire. C'est ainsi que des établissements définissent parfois leur vocation en dehors des effets réels produits auprès de leurs bénéficiaires et sans être sûrs que ceux-ci soient bien en attente de tels effets.

Afin de contourner cette difficulté sémantique, nous proposons bien souvent à un groupe de travail l'artifice suivant : « Si vous deviez vous installer en libéral et donc gagner votre vie uniquement grâce à vos clients, et que vous décidiez de leur adresser une plaquette pour les sensibiliser à votre offre de service, quelle formulation choisiriez-vous ? » Beaucoup de professionnels deviennent alors plus clairvoyants... Tout d'abord, cela les amène à s'adresser directement à leur véritable client ou consommateur (c'est-à-dire à une personne qui vient les voir, leur passe commande et les rémunère, et non pas à faire allusion à un usager virtuel). D'autre part, ils comprennent très vite la notion d'effet recherché et de valeur ajoutée, et sont alors mûrs pour se poser la bonne question : qu'est-ce que le client cherche à obtenir de *plus* grâce à la prestation ? Comme nous le confiait avec humour un collègue psychologue et thérapeute familial : « si nous rendons service à des personnes, elles doivent bien finir par s'en apercevoir... » Car si les prestataires ne peuvent établir et communiquer ce « plus », pourquoi le client viendrait-il les voir et solliciterait-il leur intervention ?

C'est ainsi qu'un prospectus quelconque commence toujours par évoquer des besoins susceptibles de concerner des destinataires potentiels : « Vous voulez apprendre à danser ? Vous vous sentez seul ? Vous cherchez quelqu'un pour garder votre enfant ? Vous souhaitez garder la forme ? etc. » et non pas : « Je sais très bien danser et je veux absolument vous apprendre ; je vous propose de venir vous voir ce soir ; je garde tous les enfants le mercredi soir, etc. »

À cet exercice de style, des services ont répondu de la manière suivante et ont généralisé cet exercice pour définir ultérieurement toutes leurs prestations (et même bâtir un outil d'évaluation personnalisé). Prenons quelques exemples.

Exemple n° 1 : un service de tutelles

Vous avez besoin d'une aide pour gérer votre budget ?

Par exemple, vous avez besoin d'aide et de conseil pour mieux gérer vos ressources, voire apurer vos dettes ?

Vous avez besoin d'être conseillé et suivi pour une consommation mieux adaptée à vos ressources et à votre style de vie ?

Vous avez besoin d'aide et de conseil dans la gestion de votre patrimoine ?

Vous avez besoin de protection et de représentation ?

Vous avez besoin de voir protéger vos intérêts (tant économiques que civiques et personnels) ?

Vous avez besoin d'être représenté pour un certain nombre d'actes civiques ?

Vous avez besoin d'un accompagnement personnalisé ?

Vous avez besoin de voir votre situation administrative clarifiée et régularisée ?

Vous avez besoin éventuellement de voir vos droits rétablis ?

Vous avez besoin d'aide dans vos démarches administratives et civiques ?

Vous avez besoin d'être accompagné dans des démarches liées à votre santé ?

Vous avez besoin d'aide dans vos relations avec votre environnement social ?

Vous avez besoin de réaliser un projet dans votre vie ?

Exemple n° 2 : un service de médiation familiale

- Vous êtes parents et vous vivez une situation de crise et de tension entre vous ? Vous avez besoin de la présence d'un tiers et d'un « espace » pour échanger et maintenir le dialogue ou rétablir une communication ?
- Vous avez besoin de réorganiser vos relations pour le futur ? De définir comment vous allez demeurer parents ?
- Votre enfant vous réclame une pension alimentaire ?
- Vous êtes grands-parents et vous ne voyez pas ou plus vos petits-enfants ?
- Vous êtes fils et fille de et vous ne pouvez assumer tout seul votre parent âgé ou dépendant ?

Allons plus loin dans notre démonstration pédagogique : dans l'exemple n° 3 qui suit, les professionnels de l'établissement ont associé leurs réponses à cette appréhension des besoins. Cet exercice a permis d'avancer dans la définition d'une première palette de prestations (qui ont été affinées par la suite). Dans l'exemple n° 4, les professionnels ont carrément énoncé la prestation qu'il proposait en réponse aux besoins.

Exemple n° 3 : un foyer de vie

- Vous avez besoin d'aide pour vous lever, faire votre toilette, vous habiller ? Vous avez besoin d'être aidé et conseillé dans vos diverses démarches de soin, vos démarches administratives, pour faire vos achats, aller chez le coiffeur, vous procurer des papiers, écrire un courrier, etc. ?
- Vous avez besoin de conseil pour mieux gérer votre temps ? Mieux gérer l'espace ?
- Vous avez besoin d'être sollicité pour réaliser certains actes, prendre des décisions ? Vous avez besoin d'aide pour faire des choix ? Vous avez besoin d'y voir plus clair et d'être conseillé dans vos relations avec les autres ? Que l'on vous aide à négocier, à faire valoir votre point de vue ? Vous avez besoin d'aide pour communiquer ? Mieux exprimer et maîtriser vos émotions ?
- Vous aimeriez être plus informé des lois existantes pouvant vous concerner ?
- Vous venez d'un IME ou d'un autre établissement, vous vous trouvez dans un nouveau lieu inconnu ? Vous allez vivre en collectivité, vous n'y êtes pas nécessairement habitué, vous avez besoin d'être aidé pour se faire ? Vous allez quitter votre milieu familial ? Vous souhaitez découvrir la vie quotidienne dans un hébergement collectif ?
- Vous vous interrogez sur votre avenir ? Vous souhaitez des informations sur les lieux d'accueil existants ? Vous envisagez un autre mode d'hébergement ? Vous avez besoin d'informations et de conseil en ce domaine ?
- Vous souhaitez maintenir ou non des liens avec vos proches et parents (parents directs, frères et sœurs, autres) ? Vous souhaitez renouer des liens avec eux ? Vous souhaitez inviter des relations dans l'établissement ou dans votre chambre ? Vous souhaitez vous rendre sur la tombe d'un proche ?

Réponses du prestataire

Notre foyer propose au bénéficiaire un accompagnement adapté pour réaliser des actes essentiels de la vie comme prendre ses repas, faire sa toilette, s'habiller, prendre soin de son corps. Il assure également une aide et un conseil dans la réalisation de diverses démarches : soin, achats, démarches administratives, courrier, rituels culturels, etc.

Notre foyer propose au bénéficiaire des outils afin de mieux gérer son temps et son environnement, ainsi que différents dispositifs (groupes de parole, jeux de rôles, mises en situation, etc.) afin de l'aider si nécessaire à formuler des choix, à prendre des décisions, à affirmer ses points de vue, à mieux communiquer avec son entourage.

Notre foyer délivre au bénéficiaire une information sur les textes de lois susceptibles de le concerner. Il peut également lui proposer une visite et un séjour de découverte et réaliser avec lui un bilan. Il peut entrer en relation avec les établissements d'origine. Il apporte une attention particulière au nouvel arrivant pour faciliter son installation et lui apporte si besoin un soutien psychologique.

Notre foyer fournit au bénéficiaire une information sur les possibilités existantes, des visites et séjours séquentiels dans d'autres établissements, propose des

échanges avec des personnes qui ont changé d'établissement et de maintenir des liens avec ceux qui y sont restés, conseille et recherche des solutions. Il propose au bénéficiaire des visites accompagnées ou non auprès des membres de sa famille, voire, si besoin, une facilitation à la communication et au renouement de lien, ou l'oriente si nécessaire vers des compétences externes (services de médiation familiale). Il peut aussi, en fonction des situations, l'aider à faire d'éventuelles recherches concernant sa famille. Notre foyer propose un lieu d'accueil dédié aux relations entre les résidents et leurs proches.

Exemple n° 4 : un Sessad pour enfants et adolescents avec autisme

(Ici les « clients » sont clairement les parents.)

- Vous avez besoin d'informations sur l'autisme et les TED ? Vous avez besoin de les actualiser ? Vous avez besoin d'être formé à certaines pratiques éducatives spécifiques à l'autisme ?
- Vous avez besoin d'échanger avec d'autres parents ? Vous avez besoin de parler des difficultés que vous rencontrez ?
- Vous vous trouvez démuni face aux comportements de votre enfant ? Vous avez besoin de mieux les comprendre ? Vous avez besoin de conseils ? D'acquérir des outils et des techniques d'apprentissage et de communication ? De prendre le relais de ce qui se fait au sein du Sessad ?
- Vous vous sentez en grande difficulté ? Vous n'entrez pas de solution ? Vous vous sentez même épuisés ?
- Vous avez des difficultés pour faire vos démarches administratives ? Vous avez du mal à remplir les papiers ? A vous y retrouver dans les dispositifs existants ?

Prestation : Proposer une aide aux parents et aux familles

Le Sessad propose aux parents intéressés des informations, voire des formations, concernant l'autisme, les TED et la situation de handicap, sous formes de documentation, de réunions et de stages.

Il propose un espace d'échange aux parents quant aux éventuelles difficultés de tous ordres qu'ils pourraient rencontrer avec leur enfant, notamment par le biais d'un « groupe parent », animé par des psychologues du service. Le Sessad propose en outre des entretiens réguliers avec les parents afin d'examiner avec eux ces difficultés et les aider à rechercher des solutions.

Le Sessad partage ses expériences et ses connaissances de l'enfant, ses observations et ses évaluations, prodigue des conseils concernant le développement de l'enfant, ses comportements et ses relations (ce que nous appelons « guidance parentale »).

Il soutient les parents, tant au plan psychologique qu'éducatif, voire les aide à trouver d'autres personnes ressources à l'extérieur du service.

Le Sessad aide les parents dans les démarches administratives liées à la situation de leur enfant, ainsi que pour une meilleure utilisation possible des ressources de l'environnement.

LES SPÉCIFICITÉS DU POSITIONNEMENT DES ESMS

Comme nous l'avons déjà évoqué à plusieurs reprises, la plupart des ESMS ne sont pas positionnés sur un marché ouvert pour la simple et bonne raison qu'ils s'adressent à des publics qui ne sont que rarement payeurs des services dont ils bénéficient. Du fait qu'ils perçoivent des ressources publiques, les ESMS agissent dans le cadre d'une mission d'intérêt général.

Mission ou service ?

Par conséquent, lorsqu'on évoque ou interroge l'utilité sociale d'un établissement, nous sommes immédiatement renvoyés à deux concepts essentiels : ceux de *mission* et de *service*. Jusqu'à peu, le premier était le plus usité dans les secteurs social et médico-social, avant que le second ne réalise une percée dans le vocabulaire professionnel, y compris celui des administrations. Le premier renvoie aux racines historiques de l'action sociale ; en effet, la notion de mission est d'usage plus courant dans le monde religieux, militaire et administratif, le second dans l'univers des entreprises et du commerce. Il nous faut donc distinguer d'emblée ces deux termes aux références bien distinctes :

- le vocable de *mission* provient du latin *mittere* : envoyer, et nous rappelle donc que le *missionné* (ou chargé de mission) agit par légation pour accomplir quelque chose. Une mission est confiée à un tiers qui « l'exécute ou la remplit » (le missionnaire).
- celui de *service*, dérive quant à lui de *servitium* : esclavage, et nous renvoie à la réponse à des besoins et attentes, à la notion de satisfaction fournie. Un service est « rendu ».

On comprend dès lors que ces deux termes appartiennent à des univers culturels bien définis, mais impliquent également des relations de nature bien différentes : la mission vient d'en haut et s'inscrit dans une relation verticale de devoir (parfois quelque peu sacralisée) ; le service s'inscrit dans une relation horizontale d'échange, une relation dite transactionnelle, la plupart du temps contractualisée.

Pour les secteurs d'activités qui nous intéressent, la *mission* dite d'intérêt général est confiée par des autorités et balisée par des textes ; elle constitue généralement un cadre pour l'action, elle peut prendre parfois la forme d'un cahier des charges. La mission est une commande sociale qui correspond aux attentes de la société et donc de la puissance publique vis-à-vis d'un dispositif. Généralement, les attentes contenues dans la mission sont des recherches de solutions (amélioration de la santé, rééducation,

accompagnement, insertion sociale) pour des personnes stigmatisées, ou bien des protections en l'attente de solutions, ou bien encore relèvent d'un souci de prévention à l'égard de populations potentiellement en difficulté.

Le *service*, quant à lui, représente l'objet d'une transaction entre un *prestataire* et un *bénéficiaire*. La prestation est la forme que prend le service, elle représente le « plus » apporté à la personne accueillie, la valeur ajoutée de cette transaction, c'est-à-dire généralement un effet intéressant produit pouvant être évalué ; que ce changement soit de l'ordre de la santé, de la qualité de vie, du développement personnel, de l'acquisition de compétences, de l'accès à l'emploi, de la promotion sociale.

Cette notion de service rendu n'a pas toujours été facilement comprise et admise parmi les professionnels des secteurs qui nous intéressent. Elle s'avérait quelque peu exotique dans une culture à la fois fondée sur la notion d'engagement et d'intentionnalité – donc chargée d'autolégitimation – et fortement marquée par ses origines religieuses et administratives (l'Église et l'État : deux structures pyramidales pour lesquelles la mission est impérative).

Au-delà des aspects historiques et culturels propres au secteur, déjà maintes fois abordés, la difficulté à saisir cette notion de service est sans doute également due à l'ambition d'une finalité autoproclamée par nombre de praticiens qui obère les attentes des bénéficiaires. Les phénomènes de projection et de charge émotionnelle jouent probablement un rôle important dans l'affaire, d'autant plus que durant longtemps la formation allait dans ce sens : celui d'une implication et d'un engagement personnels forts, voire d'un don de soi (influence religieuse) ou d'une autoréflexion permanente sur la relation transférentielle (influence psychanalytique).

Il n'est peut-être pas évident non plus d'admettre que le service rendu par des opérateurs ne soit qu'une petite touche dans la trajectoire de la personne, qui puisse néanmoins s'avérer décisive de par les conséquences entraînées. Il est probablement plus gratifiant de se sentir investi d'une mission immense que de rendre un plus modeste service... D'autant plus que certaines populations produisent peu d'effets positifs en retour, expriment parfois peu leur satisfaction ou leur évolution, voire même se rebellent et se montrent agressives. Le besoin de *sublimation* s'impose alors comme une protection narcissique bien compréhensible, mais individuelle.

Enfin, à ces notions de mission ou commande publique et de prestation de service, s'ajoutent également deux autres niveaux importants :

- la *mission spécifique de l'association*, contenue en principe dans son propre projet, qui rappelle les fondements de l'association en tant que mouvement social et politique et qui précise ce qui est attendu des

établissements qu'elle a fondés pour accomplir son objet contenu dans ses statuts. Force est de constater que peu d'associations disposent actuellement de véritables projets associatifs. Elles confondent, la plupart du temps, un texte d'orientation (ou charte) contenant les principes et valeurs dominants de l'association, avec les implications beaucoup plus importantes et concrètes d'un projet. Néanmoins, les directives d'un président, d'un bureau ou d'un conseil d'administration influencent fortement l'existant des établissements et services ;

- ce que nous appellerons *l'auto-mission*, c'est-à-dire, celle que chaque acteur se fixe pour lui-même en fonction de son engagement, de sa philosophie et de sa propre éducation. Il va sans dire que plus la définition officielle du service sera floue et plus l'incertitude ainsi créée laissera la part belle à l'auto-mission de chaque acteur. Autrement dit, l'auto-mission représente ce que chaque praticien croit absolument devoir faire, ce qu'il pense être nécessairement utile. Pour une large part, elle est constituée d'éléments projectifs de la trajectoire personnelle de l'acteur. Elle se formalisera en ce que nous nommons un *projet caché*, connu dans ses soubassements du seul individu concerné.

Des différences entre action sociale et médico-sociale

Il existe également des différences notoires entre le secteur médico-social et celui de l'action sociale. En effet, suivant le secteur considéré, la configuration des relations entre les partenaires essentiels va se modifier ostensiblement : dans le cas de l'accompagnement du handicap, l'association gestionnaire est la plupart du temps représentative des familles des bénéficiaires. Tel est le cas des associations de parents. Concernant la protection de l'enfance, l'association gestionnaire ressemble plutôt à un service parapublic, composée généralement d'un faible nombre d'adhérents, dirigée par un aréopage de notables (ancien juge pour enfants, élus, banquier du coin, assistante sociale, etc.). Elle ne représente pas les bénéficiaires et leurs proches et se trouve de fait plutôt porteuse des intérêts de la société établie. La principale conséquence est que l'association du secteur médico-social est davantage sensibilisée à la notion de prestation de service, tandis que celle du secteur de l'action sociale se trouve plus proche de la mission publique (cf. **figures 6.1** et **6.2**). Néanmoins, il convient de nuancer ces différences :

- d'une part, si l'action médico-sociale apparaît de plus en plus comme prestataire de services à la personne, elle ne peut se dédouaner de la mission d'intérêt général qui lui est confiée et qui constitue un cadre d'action ;

- d'autre part, l'action sociale n'est pas exclusivement en mission : si les enquêtes sociales et autres investigations demandées par la justice relèvent bien intégralement d'une mission, d'autres actions sollicitent l'accord des destinataires et visent l'apport d'une valeur ajoutée, que ce soit par du conseil ou de l'aide.

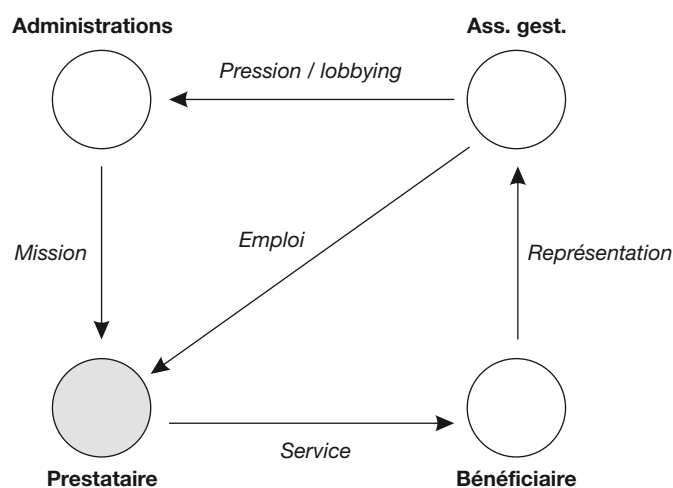


Figure 6.1. Les diverses relations d'un établissement médico-social

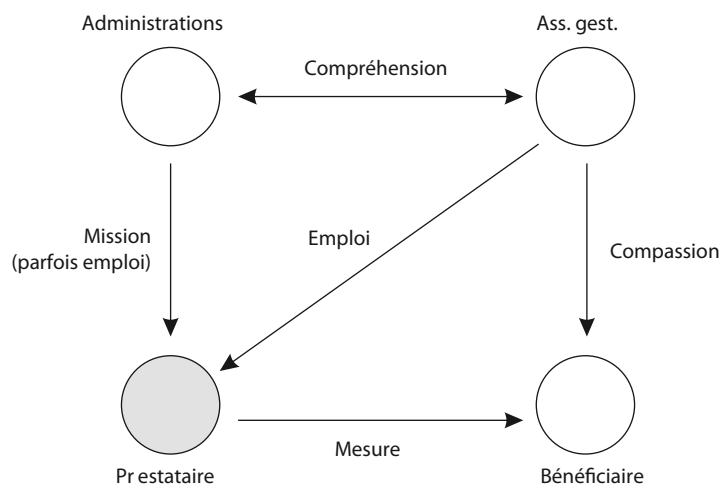


Figure 6.2. Les diverses relations d'un établissement social

De fait, les utilités sociales de l'action sociale et médico-sociale représentent une palette nuancée s'inscrivant dans des proportions variées dans le cadre de missions et de services. Dans tous les cas, il s'agit de faire converger nécessairement et intelligemment les objectifs des missions avec les attentes des destinataires de services. Cette coordination indispensable constitue la spécificité des positionnements des ESMS.

LA PERSONNALITÉ DE L'OPÉRATEUR

Dans la foulée de ces réflexions à propos de l'utilité sociale d'un ESMS, nous ne pouvons faire l'impasse sur ce que nous appelons la « personnalité de l'opérateur », c'est-à-dire ce qui lui est singulier et qui le différencie des autres. Telle une personne physique, une entreprise d'action sociale ou médico-sociale possède également un ensemble de caractéristiques sociales, éthiques, méthodologiques, culturelles, historiques qui peuvent lui être propres et signer ainsi sa singularité. L'expérience montre que beaucoup d'établissements et de services sont attachés à cette notion qui renvoie à leur histoire, leur culture et leur identité. Même si le projet d'établissement ou de service ne doit pas se focaliser sur cet aspect, il n'est pas non plus obligé de l'éviter. En effet, cette personnalité détermine bien souvent une certaine approche, des options ou un engagement spécifiques qui peuvent être valorisés car ils sont source de motivation.

Mais cerner cette personnalité ne s'avère pas toujours aussi facile qu'il y paraît... Si l'histoire chronologique est assez aisée à reconstituer, elle n'est pas très intéressante en elle-même si elle ne s'avère pas porteuse de sens et si elle ne permet pas de contextualiser et de comprendre la personnalité de l'opérateur. Sur ce sujet, de nombreuses associations sont en difficulté – la plupart du temps, faute de textes de référence – pour formaliser et communiquer leur culture et leurs options spécifiques. Aussi, en cas de changements importants de personnes (car cette culture est bien souvent impulsée par des fondateurs, un président d'association ou un directeur d'établissement), des changements culturels se produisent, abandonnant les uns et les autres à leur nostalgie... Conscientes de cela, certaines associations se sont mobilisées et efforcées de reconquérir leur histoire et de recouvrer leur identité, en produisant des documents, des livrets, voire de véritables ouvrages¹⁰. Nous livrons ci-après quelques exemples de réflexion menée au sein de groupes de travail sur ce point.

10. Comme, par exemple, les PEP (pupilles de l'école publique) qui ont commandé deux ouvrages à l'historien Mathias Gardet. Le premier : *Histoire des PEP, Tome 1, 1915-1939, la solidarité, une charité laïque ?* est paru en 2008 aux éditions Beauchesne.

L'exemple de l'association Contrepoint

Par exemple, l'association Contrepoint se prévalait d'un « état d'esprit particulier » (sic). Cette formule revenait régulièrement dans les discours de ses membres. Toutefois, il s'avérait difficile de savoir précisément en quoi consistait ce fameux état d'esprit... Contrepoint est une association qui gère plusieurs structures de traitement de l'urgence sociale et qui s'est engagée dans une démarche de réflexion globale. Avant d'établir des projets pour ses différentes structures, elle eut la très bonne idée de produire un projet associatif et de revisiter son fonctionnement. Afin d'élaborer son projet associatif, Contrepoint réunit les membres de son conseil d'administration. Ce dernier s'est tout d'abord attaché à situer l'association au sein de son univers d'action. Lors d'une séance de travail, nous avons proposé une typologie et demandé à ses membres d'y positionner leur association. La **figure 6.3** présente leurs réponses (chaque bulle correspond au choix d'un membre du CA).

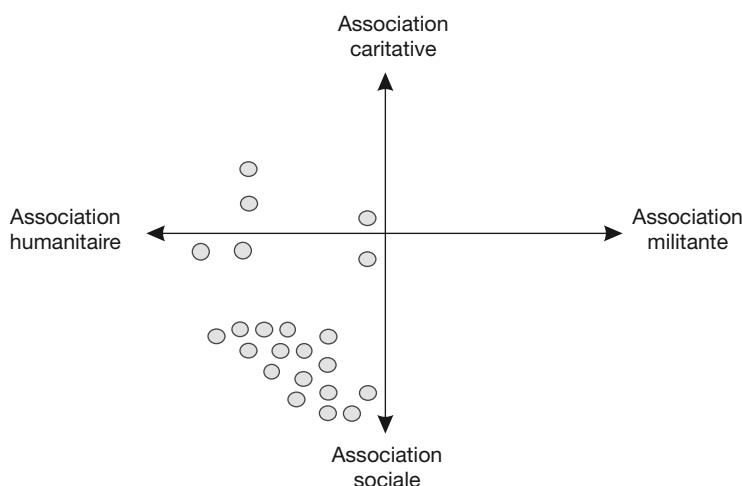


Figure 6.3. Typologie des perceptions de la position de « Contrepoint »

Certains membres du conseil avancent que l'association avait été essentiellement caritative par le passé, mais qu'elle tendait de plus en plus à devenir « sociale ». Cette évolution s'explique par l'émergence de structures à caractère social, s'inscrivant dans des dispositifs administratifs, par l'embauche de professionnels diplômés et d'un directeur provenant lui-même du secteur de l'action sociale, mais aussi par l'évolution de la population accueillie et de ses besoins. En effet, la population accueillie par des bénévoles, plus d'une trentaine d'années auparavant, était essentiellement composée de jeunes filles à la recherche d'emploi, débarquant

de leur campagne et arrivant par le chemin de fer au cœur d'une métropole industrielle. Il s'agissait alors de leur procurer un gîte immédiat, de les aider à trouver un logement dans la ville, de leur apporter un réconfort moral et de les informer sur les multiples dangers de la ville. De par les bouleversements plus récents de notre société, la population accueillie est devenue progressivement un ensemble hétéroclite de sans-abri, d'individus présentant des troubles psychiatriques, désormais refoulés par l'hôpital psychiatrique, et de personnes en difficultés de tous ordres : femmes battues, personnes dépressives, alcooliques, isolées, etc.

Au cours d'un autre exercice, les participants devaient positionner un certain nombre d'associations connues dans les champs proposés (caritatif, humanitaire, social et militant). Nous leur avons ensuite demandé de situer l'association « Contrepoint » par rapport aux autres (cf. **figure 6.4**).

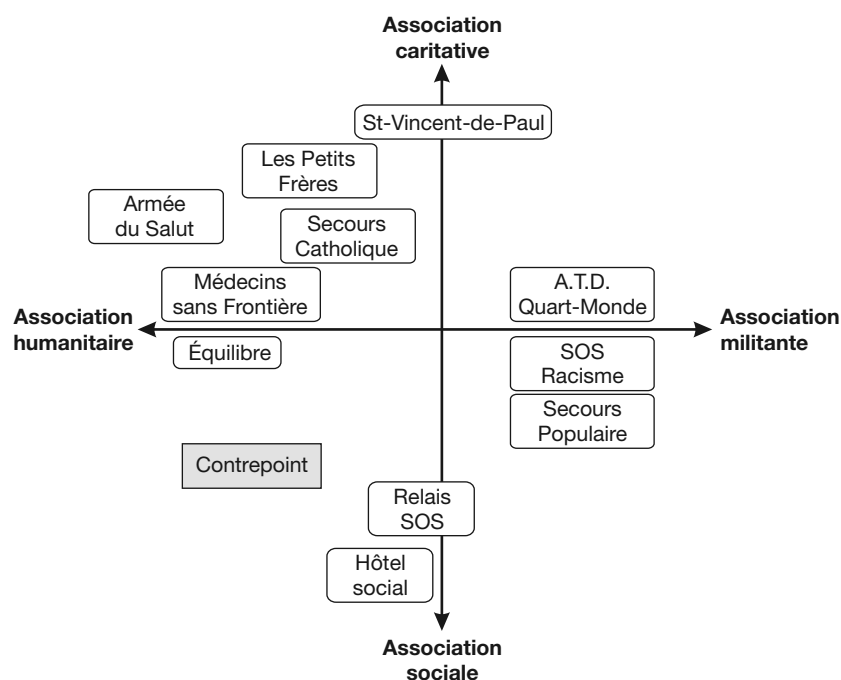


Figure 6.4. Typologie du positionnement des associations d'aide

À noter que certaines associations peuvent figurer dans divers registres (comme la Croix-Rouge ou L'Armée du Salut) : sont-elles plutôt humanitaires ou caritatives ? D'autres peuvent être caritatives et sociales (comme les Chevaliers de l'Ordre de Malte ou les Orphelins Apprentis d'Auteuil

qui gèrent des établissements) ou bien encore humanitaires et sociales (comme les Restos du Cœur).

Or donc, comment cerner l'identité de Contrepoint ? Est-ce une association relayant un service public défaillant ? Est-elle en train de devenir peu à peu un réseau de services sociaux ? Représente-t-elle un mouvement militant ? Poursuit-elle, par exemple, des finalités à caractère plus civique et politique ? D'ailleurs, pourquoi rentre-t-on à Contrepoint ? Les adhérents recherchent-ils une action immédiate ou bien s'inscrivent-ils dans une mouvance possédant des finalités plus amples, mêmes non formalisées ? Tout cela n'est pas indifférent car le manque d'amplitude des finalités peut attirer ou repousser certains engagements.

Les débats n'ont pas manqué et ont fait ressurgir la question du positionnement sociopolitique de l'association : se contente-t-elle de pallier les souffrances et la précarité, ou s'engage-t-elle dans une dénonciation de l'ordre social, politique et culturel, à l'instar d'un Abbé Pierre ou d'un professeur Jacquard ?

Lors d'un autre exercice, les participants au groupe de travail ont fait surgir des énoncés de finalités, puisés dans divers textes de l'association ou consécutifs à leurs réflexions propres, que nous avons classés sur la **figure 6.5**.

Commentaires :

Ces finalités, bien que complémentaires, indiquent néanmoins des dominantes :

- certains participants insistent davantage sur un changement humaniste et ses valeurs ; en témoignent les termes utilisés : « digne, responsable, valeurs humaines » ;
- d'autres se retrouvent plus dans un discours militant employant un vocabulaire plus offensif : « dénoncer, défendre, droit, intérêts, liberté, citoyenneté » ;
- une troisième tendance s'intéresse surtout à ce qui peut être concrètement et plus immédiatement entrepris pour l'autre, avec des termes comme « gens en difficulté, temps de réflexion, autres structures ». On ne retrouve plus de volonté dénonciatrice ou d'attentes idéalistes, de manière explicite du moins ;
- une quatrième tendance privilégie une appréhension plus sociale et institutionnelle de la question comme le montrent des verbes à caractère technique « déceler, assurer », et des expressions telles que : « nouveaux besoins, maillon, insertion ».

Dans un autre exercice ultérieur, les participants devaient identifier et classer les principes éthiques qui leur semblaient caractériser Contrepoint.

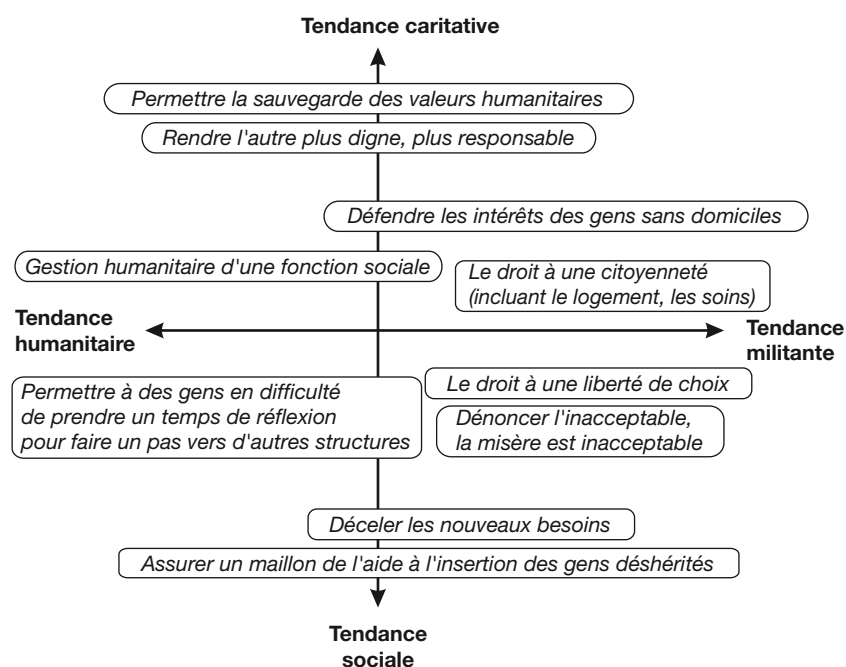


Figure 6.5. Typologie des finalités de Contrepoint

LES PRINCIPES ÉTHIQUES FONDAMENTAUX DE CONTREPOINT

Le respect de la personne

- ne pas faire courir à droite et à gauche une personne
- prendre en compte le choix propre de la personne
- respecter son intégrité physique (corps, image)
- respecter le choix de ses propos
- veiller au droit au confort et à la qualité de l'accueil matériel
- respecter ses convictions (psychologiques, religieuses et morales)
- respecter son intimité
- respecter son histoire

Le devoir de réserve

- rester dans les limites imparties par l'Association
- ne pas communiquer certaines informations personnelles
- ne pas recevoir de personnes accueillies à domicile
- respecter la confidentialité des informations recueillies dans le cadre de l'Association
- savoir dire non



- pratiquer plutôt l'empathie que la sympathie
- savoir garder une certaine distance

L'intérêt général

- faire prévaloir l'intérêt collectif et ne pas le mettre en péril par des intérêts particuliers (respect des décisions prises en équipe ou par un collègue)
- accepter de passer le relais, d'avoir une action ponctuelle
- valoriser, avoir le souci de la cohérence des décisions et des attitudes
- accepter la « frustration professionnelle » induite par les limites de son action (ne pas vouloir tout faire soi-même)

Être attentif aux dysfonctionnements et aux besoins sociaux

- les repérer, les énoncer et les faire remonter. Veiller aux soins des personnes démunies

Le pragmatisme de l'Esat Bel air

Dans un genre très différent du précédent, cet établissement (un Esat) revendique un certain nombre d'options et de valeurs pragmatiques qui orientent directement son projet et son fonctionnement (et qui figurent d'ailleurs dans son nouveau projet d'établissement).

- L'Esat est avant tout un lieu de travail qui assure une reconnaissance personnelle et sociale par le travail :
 - le projet personnalisé réalisé par notre Esat avec chaque travailleur se veut avant tout un projet professionnel ;
 - sans négliger les particularités de sa mission médico-sociale, l'Esat tend à se rapprocher au maximum du monde du travail ordinaire, au travers de postures professionnelles et d'un mode d'organisation.
- L'Esat vise chaque fois que possible un enrichissement des tâches et une évolution des capacités du travailleur :
 - quelles que soient les capacités de la personne, l'Esat favorise la rotation des activités et l'apprentissage de nouveaux gestes professionnels.
- L'Esat se caractérise par une offre très diversifiée de domaines d'activités :
 - cela pour accueillir des publics variés qui ne possèdent pas de formations professionnelles spécifiques et s'adapter à diverses potentialités.
- L'Esat fait bénéficier ses travailleurs d'une flexibilité des horaires :
 - les travailleurs disposent d'une marge de manœuvre journalière d'une demi-heure pour prendre leur poste. L'objectif visé est de favoriser

l'apprentissage de la gestion du temps et un sens des responsabilités (dans le cadre de la recherche d'autonomie).

- L'Esat propose également un certain nombre d'activités de développement personnel et de participation sociale :
 - l'établissement a fait le choix d'accorder à chaque bénéficiaire un temps moyen de deux heures à deux heures et demie consacré au développement personnel et à la participation sociale. Ce temps se répartit en diverses activités relevant plus spécifiquement de l'art-thérapie (théâtre, peinture, arts plastiques, relaxation, esthétique, etc.) et d'autres comme atelier cuisine, cartonnage, poésie, chorale, vie quotidienne, sorties culturelles. Pour se faire, l'Esat a recruté les services d'une art-thérapeute (0,44 % ETP) et d'une conseillère en économie sociale et familiale (0,50 % ETP).
- L'Esat vise le développement de l'autonomie des personnes accueillies. Pour cette raison, il sollicite chaque fois que possible les dispositifs de droit commun, par exemple, l'Esat ne dispose pas de foyer. Pour aller dans le même sens, chaque travailleur gère ses tickets restaurant.

Chapitre 7

L'environnement de l'ESMS

Ce chapitre concerne le point suivant de notre plan :

1.2. L'environnement de l'établissement

Un établissement ou un service n'agit jamais de manière isolée, il est situé dans un contexte démographique, social, économique et politique qui peut fortement déterminer son existence et son mode d'action. L'établissement mène une action contingentée parce que celle-ci s'inscrit en premier lieu dans un ensemble de contraintes d'ordre politique, administratif et juridique. Mais il se trouve également au cœur d'un réseau d'acteurs qui influence en permanence son positionnement et son fonctionnement. Ce « système relationnel » se compose de diverses catégories d'acteurs qui possèdent des statuts différents, telles que des *usagers*, des *commanditaires*, des *financeurs*, des *prescripteurs*, des *préconisateurs*, des *concurrents*, des *influenceurs* divers, etc. L'identification de ce système s'avère indispensable pour appréhender la position de l'établissement à un moment donné et établir un quelconque plan stratégique de développement et de communication.

APPRÉHENDER SON SYSTÈME RELATIONNEL

Le projet d'établissement ou de service doit tout particulièrement mettre en exergue sa position dans l'environnement et ses modalités de communication avec lui, afin de montrer qu'il possède une utilité sociale évidente et reconnue, mais surtout qu'il utilise les ressources de cet environnement et qu'il possède un impact certain sur celui-ci. Rappelons que les travaux passés du CNESMS, puis les recommandations de l'Anesm ou les réflexions de l'Anap insistent fortement sur ce point.

Hierarchiser les partenaires

Si nous admettons ce principe fondamental du marketing qui veut qu'on ne puisse agir utilement sur son environnement que si on est en mesure de le structurer et de le comprendre, alors nous comprenons pourquoi l'identification de son réseau relationnel représente l'une des premières tâches de tout opérateur social ou médico-social. Le système relationnel d'un ESMS se compose d'une multitude de partenaires que l'on peut regrouper en quelques grandes catégories classiques (comme celles que nous avons évoquées plus haut). Chacune de ces catégories peut se voir à son tour divisée en sous-catégories, formant des typologies.

Par exemple, dans son *Marketing et communication des associations*¹, Jean Di Sciullo distingue cinq catégories principales de partenaires pour les associations caritatives :

- « - les adhérents et les volontaires (militants) ;
- les donateurs (sympathisants) ;
- les usagers (clientèle captive)
- les prescripteurs institutionnels (dispensateurs de pouvoir) ;
- les relais d'opinion. »

Tout en reconnaissant la pertinence de cette typologie, explicitons et détaillons quelque peu. En premier lieu, les préoccupations des ESMS ne s'identifient pas tout à fait à celles de l'association, notamment caritative, qui est un mouvement sociopolitique. Comme tout mouvement, l'association à but non lucratif réunit des adhérents autour d'une cause qu'elle s'efforce de défendre. Elle possède par conséquent un objectif de conviction afin d'obtenir des moyens lui permettant de subvenir à ses besoins et de servir ses objectifs. Il s'agit généralement d'un mouvement

1. J. Di Sciullo, *Marketing et communication des associations*, Éditions Juris-service, 1988.

7. L'ENVIRONNEMENT DE L'ESMS

181

indépendant et autoproclamé (*claim-maker*). En tant que prestataires de service, agissant auprès de tiers dans le cadre d'une mission d'intérêt général (et financés par conséquent par la puissance publique et non par les cotisations ou dons de ses adhérents et sympathisants), les ESMS doivent régulièrement rendre des comptes de leur mission à leurs commanditaires et financeurs et rechercher la satisfaction de leurs bénéficiaires.

Lorsqu'on n'est pas un mouvement politique autoproclamé mais une entreprise commerciale (c'est-à-dire qui vit de l'échange), même à but non lucratif, on se trouve nécessairement dépendant des destinataires de ses produits ou de ses services. Il est donc naturel que, si une association caritative place en tête de ses partenaires, ses militants et ses donateurs, un ESMS pense en premier lieu à ses bénéficiaires. Ces réflexions sont d'importance car elles déterminent le *mix stratégique* de l'entreprise : la hiérarchie de sa communication va dépendre de la hiérarchie établie entre ses partenaires !

Or, la particularité inhérente aux ESMS réside dans l'éclatement de la fonction client : en effet, les trois caractéristiques du client, habituellement regroupées au sein d'une relation commerciale ordinaire, à savoir le choix, la commande et la rétribution, se trouvent dans leur cas dévolues à des acteurs différents. Aussi, peut-on distinguer *les bénéficiaires* du service qui en sont les destinataires et les consommateurs directs et les *commanditaires* qui agissent au nom d'intérêts collectifs – ce peut être l'ARS, un conseil général, l'aide sociale à l'enfance, etc. – qui peuvent se superposer ou se différencier avec les *financeurs* et les *prescripteurs* (un juge, par exemple, est un prescripteur mais pas un financeur). Nous comprenons immédiatement les particularismes de cette variété d'entreprises pour laquelle le consommateur n'est pas nécessairement le payeur, le payeur pas nécessairement le commanditaire, et le commanditaire pas nécessairement le prescripteur. Même si la tendance est à la clarification et à la simplification dans ce domaine, au nom du : qui paye commande !

Notons que les bénéficiaires de services médico-sociaux sont (et seront) de moins en moins des « usagers captifs »... ils peuvent même redevenir des clients à part entière quand ils se trouvent en position d'employeur, que ce soit à titre individuel par les possibilités offertes par la loi 2005-102 ou à titre collectif quand l'employeur est une association de parents ou d'usagers. Ces dernières peuvent constituer des lobbies qui feront à leur tour pression sur les commanditaires... Enfin, certains bénéficiaires adultes payent déjà une part plus ou moins importante de leurs prestations comme les travailleurs en Esat ou les résidents d'Ehpad.

Le mix stratégique

Que pouvons-nous déduire de toutes ces remarques ? Si la détermination de qui est le *véritable* client s'avère centrale, cette détermination est évolutive dans le temps et parfois complexe, c'est-à-dire intriquée : lorsque nous demandions à des groupes de dirigeants d'ESMS, lors de stages de marketing dans les années 80 et 90, de dessiner leurs réseaux relationnels, ils commençaient inéluctablement par les financeurs. Pourtant, après réflexion cela se discute : de plus en plus de personnes en situation de handicap réalisent des choix entre plusieurs établissements ou services. Cela veut dire que l'ordre de priorité pourrait finir par s'inverser... Dans tous les cas, si un établissement ou un service ne satisfait pas du tout ses bénéficiaires ou s'avère maltraitant, les autorités peuvent finir par le fermer ou réduire sa voilure.

Raisonner en terme de mix stratégique et de complexité signifie qu'au-delà de la hiérarchie qu'il est nécessaire d'établir entre ses partenaires, il est probablement encore plus important de déterminer leurs relations entre eux – c'est pour cela que nous parlons de système relationnel. La connaissance des interactions entre les divers partenaires permet l'utilisation « d'effets-ricochets » : par exemple, il est envisageable de convaincre des élus pour agir auprès de financeurs, parce qu'ils s'avèrent très préoccupés de l'impact de l'emploi sur le corps électoral et qu'ils peuvent ainsi peser pour éviter la fermeture d'un établissement ou pour favoriser la création d'un autre ou bien accorder des conditions très favorables d'installation.

De même, il convient d'insister sur l'importance souvent décisive de certains *influenceurs* comme des médecins, des chefs de services hospitaliers ou de secteurs pédopsychiatriques, des travailleurs sociaux ou des élus locaux, qui peuvent être des pourvoyeurs d'établissements en tant que « préconisateurs ». Mais bien d'autres acteurs interviennent dans la vie de l'établissement qu'il s'agit de ne point négliger : ce peut être des fournisseurs, des prestataires de service ou des sous-traitants, des voisins, des équipements municipaux, des associations de quartier, des médias, des entreprises, etc. Notons que nombre d'ESMS ont tendance à oublier les premiers messagers de leur vocation et de leur image : les membres de leurs personnels et leurs proches – qui sont l'objet du marketing interne.

En somme, l'identification du système relationnel réinterroge conséquemment le projet et le positionnement car il arrive que des écarts importants se soient creusés entre service attendu et service rendu sans que l'on s'en rende réellement compte. Il est fréquent qu'un établissement, notamment en perte de vitesse ou en sous-effectif, paye ainsi le prix d'un tel décalage dû à une absence de stratégie et de (re)connaissance

environnementale. Nous avons connu de très nombreux cas de ce genre au cours de nos interventions. Par exemple, un institut médico-éducatif qui s'était trouvé en baisse d'effectif sans comprendre pourquoi, tandis qu'il pensait posséder une bonne aura du fait qu'il avait été par le passé un établissement pilote... Simplement, l'établissement s'était reposé sur cette image sans s'assurer que les personnes physiques qui occupaient des postes importants au sein des institutions partenaires avaient changé... et que ces personnes qui venaient d'ailleurs ne possédaient plus de représentation claire de cet établissement. Dans le même temps, d'autres établissements concurrents avaient su monter au créneau... Un simple travail sur le réseau relationnel, suivi d'une campagne de communication, avait suffi à l'établissement pour retrouver sa position.

Un autre établissement, accueillant des adolescents placés sur mesure judiciaire, se trouva en difficulté peu de temps après que son directeur fût parti à la retraite. De fait, ce directeur déjeunait régulièrement avec un juge des enfants qui « approvisionnait » ainsi l'établissement sur la base d'une relation de confiance entretenue. Après le départ du directeur, qui avait coïncidé avec la mutation du juge, l'établissement n'avait pas compris à quel point il était dépendant d'un seul partenaire ! Il lui fallut également reconquérir une place et une image auprès de ses partenaires.

Dresser une cartographie

Si nous partons du principe selon lequel il n'est pas possible de maîtriser un positionnement et des interactions dans un système inconnu ou mal connu, l'une des premières étapes est d'identifier et de cartographier le système relationnel dans lequel l'acteur est amené à opérer. De facto, l'ESMS interagit avec une multitude de partenaires qui influencent son action, parfois de manière indirecte, parfois de manière déterminante. Comme nous l'avons vu, cette influence s'exerce parfois du seul fait que les personnes en interaction construisent et véhiculent une image de l'acteur. Une meilleure connaissance des attentes des partenaires entraîne en retour une meilleure appréhension du service rendu. Elle ouvre la voie à une évaluation et à une régulation.

L'identification du système relationnel vise donc à appréhender les partenaires en interaction et à interroger la nature des relations qui existent entre l'ESMS et eux – et des relations entre eux – afin d'agir sur celles-ci. Nous proposons un exemple de cartographie (**figure 7.1**) destiné à classer les différentes catégories de partenaires. Mais auparavant, quelques questions peuvent s'avérer utiles, telles que :

- L'ESMS dispose-t-il de données sur son environnement ?

- si oui, de quels ordres ?
- quels sont les points forts/points faibles de cet environnement ?
- Quel est le réseau relationnel du service ?
 - le service en possède-t-il une représentation écrite ?
- L'ESMS possède-t-il une stratégie ou un plan de communication avec son environnement ?
 - le service communique-t-il régulièrement avec son environnement ?
- La communication du service est-elle satisfaisante ?
 - des malentendus sont-ils constatés (rendez-vous manqués, informations non obtenues, informations redondantes, courriers parvenus en retard, etc.) ?
 - le retour des communications est-il rapide ?
 - ce retour montre-t-il que le message a été compris ?

Après avoir dressé cette carte des partenaires, d'autres questions s'imposent :

- Quelles sont les attentes de chacun de ces partenaires vis-à-vis de l'ESMS ?
- Quelles sont celles de l'ESMS vis-à-vis de lui ?
- Quels sont les moyens de sanction et de rétorsion qu'il possède à l'égard de l'ESMS ? (que peut-il faire à l'ESMS si ce dernier ne répond pas de manière satisfaisante à ses attentes ?)
- Quelles sont celles de l'ESMS vis-à-vis de lui ?
- Comment communique-t-il avec l'ESMS ? (Avec quels supports ? En quelles occasions ? Pour dire quoi ?)
- Comment l'ESMS communique-t-il avec lui ?
- Quels sont les supports que le service utilise :
 - écrit papier : courriers, plaquettes, journal, rapports, etc. ?
 - écrit électronique : e-mail, fax ?
 - oral *de visu* : rencontres ?
 - oral électronique : téléphone, webcam ?
- Adapte-t-il ses supports à chaque partenaire ?
- Comment l'ESMS devra-t-il communiquer désormais avec lui ?

Cette simple connaissance met à jour des « blancs » qui peuvent exister entre l'acteur et son environnement. L'appréhension des attentes des partenaires passe par un entretien personnel avec eux et vise à réduire les malentendus, les attentes implicites dissimulées derrière celles

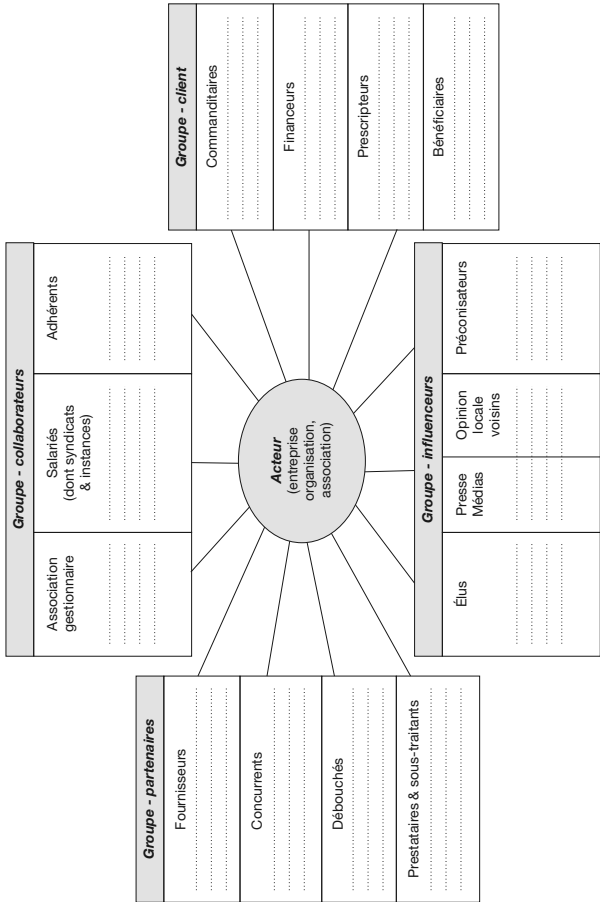


Figure 7.1.

qui sont officielles. La nature des relations est donc mobile et peut se modifier positivement par une meilleure élucidation. La suite logique peut être une campagne de communication ou plus fondamentalement un repositionnement, une redirection du projet.

Tout cela doit nous convaincre de la nécessité d'une véritable politique de communication afin de gérer ces multiples interactions au cœur desquelles se situe l'établissement et dont dépendent son action, son image et... parfois sa survie. En somme, l'alternative de l'acteur ne consiste pas à communiquer ou à ne pas communiquer, mais à maîtriser cette communication ou bien à la confier au hasard...

Exemple de réseau relationnel

Que peut-on faire figurer dans le projet ? Il est toujours possible de présenter un schéma pédagogique pour présenter son réseau relationnel, mais il est important de lister les partenaires les plus déterminants ; en premier, ceux avec lesquels l'ESMS a passé des conventions (en quelque sorte, celles-ci apportent la preuve d'un véritable partenariat).

À titre d'exemple, nous livrons ci-après le réseau identifié par un institut d'éducation motrice (IEM). Celui-ci s'avère particulièrement important du fait de la nature même de l'activité – les soins et la technologie médicale y occupent une place importante – mais également du fait qu'il possède un Centre de santé habilité qui pratique des examens et des recherches. Signalons en outre qu'étant organisé en « pôles opérationnels et fonctionnels » (*santé ; scolarité & formation ; participation sociale & développement personnel ; logistique et hôtellerie ; etc.*) il a été jugé plus simple de lister les partenaires par pôle. Les noms propres ont tous été modifiés.

Concernant le pôle « santé » et le pôle « recherche et développement dans le domaine des troubles moteurs », il s'agit :

- de coopérations nouées avec les structures ou les professionnels participant au suivi médical des bénéficiaires dont nos principaux partenaires sont :
 - le groupement de coopération sanitaire, constitué entre le CHU de Bellevue... et la fondation Schmoll pour la prise en charge sanitaire pédiatrique ;
 - le CHU de Bellevue pour les adultes, dans le cadre de l'activité du Centre de Santé en particulier.
- de partenariats et des accords de coopération avec des établissements ou services de soins de suite et de réadaptation ont été concrétisés par des conventions ou sont en cours pour les autres ;
- de conventions signées avec certains services hospitaliers, l'université ou des entreprises permettent également de développer la participation à des travaux de recherches visant à évaluer des thérapeutiques expérimentales ou non. Nous pouvons citer à titre d'exemple :

- convention du 10 novembre 2007 entre le CHU de Bellevue et notre association pour la création et le fonctionnement d'une unité clinique d'analyse du mouvement ;
- convention du 26 mars 2009 entre la faculté de médecine de Bellevue et notre association pour la recherche dans le cadre de l'unité clinique d'analyse du mouvement ;
- convention du 28 juin 2009 entre l'UFR STAPS de l'Université de Bellevue-Schtroumpf et notre association ;
- convention du 15 septembre 2010 entre la société Calimero et notre association pour l'évaluation « des semelles Plasmol » ;
- convention du 6 mars 2011 entre notre association et l'Upenda pour l'utilisation par le centre héliο-marin de Beaumanoir de l'unité clinique d'analyse du mouvement de notre établissement ;
- convention du 17 juin 2011 entre la société Chaparal Orthopédie et notre association pour la recherche sur les performances des orthèses de marche.
- de conventions en cours de négociation avec :
 - le centre de référence du langage des hôpitaux pédiatriques du GCS CHU-Schmoll ;
 - le centre de médecine physique et réadaptation fonctionnelle Cornillac de Ravenne ;
 - la clinique médico-pédagogique « Le LEM » à Betisy, ainsi qu'avec d'autres établissements de soins de suite et réadaptation du département ;
 - le centre de convalescence « Thulé » à Bellevue ;
 - le foyer « Sainte-Marthe » à Bellevue.

Concernant le pôle « scolarité et formation », il s'agit :

- de conventions avec l'inspection académique du département (convention d'unité d'enseignement du 8 novembre 2010) et le rectorat de Bellevue ;
- de conventions avec des établissements scolaires (collège « Chaplin », réactualisée en octobre 2010) ;
- de partenariats avec les « écoles de référence » des bénéficiaires de l'établissement et les *enseignants référents handicap* ;
- de partenariats avec le rectorat, l'université ou l'inspection académique pour la formation des enseignants ou pour l'accueil et la formation des étudiants ;
- de partenariats avec le domaine associatif (Spordabor) ;
- d'une convention de recherche avec l'École centrale de Montréal : projet Balbec.

Concernant le pôle « participation sociale et développement personnel », il s'agit :

- de relations institutionnelles avec la MDPH, l'aide sociale à l'enfance et à la famille, les enseignants référents handicap de l'Éducation nationale ;
- l'Agefiph (Association de gestion de fonds pour l'insertion professionnelle

- des personnes handicapées), la CAF (caisse d'allocations familiales), Pôle emploi ;
- de partenariats avec des associations favorisant la participation sociale (APF : association des paralysés de France, AFM : association française contre les myopathies, ATIS : association tutélaire, associations d'aides éducatives à domicile), d'autres établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux (CAMSP, CAMS, CMP, CCAS, etc.) ;
 - de partenariats avec des organismes favorisant l'accès au travail, comme Opcalia (organisme national de formation-conseil), Handijob, des opérateurs référents dans le domaine de l'emploi des personnes handicapées comme Cap Emploi, la mission locale (ville de Bellevue), la Pithie (Partenaires pour l'Insertion des Travailleurs Handicapés dans le département) ;
 - de partenariats avec diverses entreprises : société Vandeville, Atelier municipal d'horticulture de la ville de Bellevue, ascenseurs LALO, Ehpad Les hauts de Hurle-vent, pour l'accueil de stagiaires ou l'offre de travaux de sous-traitance dans le cadre de la formation professionnelle des bénéficiaires ;
 - de relations avec divers partenaires dans le domaine de la prévention et du soutien personnel, centre de soins spécifiques pour toxicomanes « Alternativ » (information sur les conduites addictives), Carrefour Jeune : partenariat pour un travail d'informations et/ou de formations sur le thème de la sexualité, contraception et prévention des IST.

Concernant le pôle « logistique et hôtellerie », il s'agit :

- de fournisseurs de véhicules ;
- de fournisseurs en téléphonie ;
- de prestataires en contrôle technique, télésurveillance et sécurité incendie ;
- de prestataires de transport ;
- de prestataires alimentaires ;
- de fournisseurs de produits d'entretien, de vaisselle jetable, de tenues de travail à usage unique, de matériel de cuisine ;
- de services d'entretien de linge ;
- de services d'entretien de matériels, de locaux et de véhicules ;
- de services d'hygiène alimentaire ou de locaux ;
- de services d'élimination des déchets dont les DASRI (déchets des activités de soins à risque infectieux) ;
- de sociétés de travail temporaire.

Concernant le pôle « système d'information », il s'agit :

- de fournisseurs de matériel informatique, de téléphonie, de reprographie, et de connectique ;
- de fournisseurs de logiciels ou de progiciels ;
- de fournisseurs d'accès réseau, d'hébergement informatique ;
- de prestataires de maintenance ;
- de services de formation-conseil.

Concernant le pôle « administration », il s'agit :

- de fournisseurs de matériel de bureau, de papeterie ;
- de conseil juridique en droit du travail ;
- de relations publiques avec l'ensemble des partenaires de l'établissement.

Concernant le pôle « gestion des ressources humaines », il s'agit :

- de conseil juridique en droit du travail ;
- de relations avec l'organisme de gestion des fonds de formation et des prestataires de formation ;
- de sociétés de travail temporaire ;
- de cabinets de recrutements ;
- de partenaires institutionnels du monde du travail (Pôle Emploi, médecine du travail, assistances syndicales) ;
- de relations conventionnelles (participation à la formation des étudiants ou des stagiaires) avec les organismes de formation des professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social.

Concernant le pôle « gestion financière », il s'agit :

- de conseil juridique et technique ;
- de relations avec le commissaire aux comptes ;
- de partenaires financiers (banque) ;
- de financeurs institutionnels ou privés de l'établissement ;
- de l'administration fiscale ;
- de différents fournisseurs de l'établissement ;
- de cabinets de recrutements.

Concernant le pôle « prospective et développement », il s'agit :

- d'émetteurs d'appels d'offres ou d'appels à projets ;
- de relations partenariales avec l'ensemble des acteurs institutionnels des secteurs médico-social, social, sanitaire ou scolaire (Anap, Anesm, HAS, CNSA, ARS, conseil régional, conseil général, municipalités, Éducation nationale).

LE RÔLE PRIMORDIAL DE LA COMMUNICATION EXTERNE

Dans de nombreuses sphères professionnelles, *communiquer* est devenu le maître mot de toutes les conversations et le sésame de toutes les stratégies. Dans les secteurs sanitaire, social et médico-social, c'est une idée qui est devenue peu à peu incontournable.

C'est au cours de ce XX^e siècle que la communication s'est affirmée comme une théorie générale de la vie et de l'échange. Et depuis les

travaux de précurseurs célèbres comme Shannon, Wiener, Von Neumann ou Von Bertalanffy², la théorie de la communication a marqué toutes les disciplines – de la biologie à la psychothérapie – et a révolutionné nos modèles explicatifs et nos modes d'organisation. L'un des aspects le plus spectaculaire de cette « révolution communicationnelle » est sans doute l'émergence du champ médiatique. Qu'on l'approuve ou non, c'est aujourd'hui le *background* de notre vie sociale et quotidienne. Aucune activité industrielle, aucune prestation de service, aucune démocratie politique ne pourrait actuellement fonctionner en dehors des médias.

Quelques éléments méthodologiques

Les organismes politiques et les promoteurs de causes sociales (lutte contre le tabac, le Sida, la drogue, la faim, les maladies rares, etc.) font appel depuis longtemps à des professionnels de la communication. Certains établissements sociaux se sont mis en devoir de communiquer avec leur environnement et d'utiliser les méthodes et outils existants. Si beaucoup d'établissements conçoivent assez aisément la nécessité et le bénéfice qu'il y a à communiquer avec l'extérieur – à « faire savoir leur savoir-faire » – bien peu, en revanche, resituent cette communication au terme d'une démarche méthodologique globale de type marketing.

C'est sans doute que la résistance culturelle à la communication est moindre qu'au marketing, qui est immanquablement associé par une chaîne sémantique à l'argent et au profit. Pourtant, comme nous allons le voir, les principales difficultés et mésaventures de la communication du secteur social et médico-social en général sont précisément dues à l'absence d'un travail en amont : quand les *attentes* et la *cible* s'avèrent insuffisamment définies, les messages même les « mieux ficelés » sont dès lors voués à l'échec. D'ailleurs, à quoi bon concocter de vastes campagnes si on ne sait pas se faire connaître par son environnement immédiat ? À quoi sert-il de produire de luxueux documents dans un secteur où le bouche à oreille peut s'avérer cent fois plus efficace ?

Mentionnons quelques étapes importantes et élémentaires dans l'élaboration d'une stratégie de communication. Une stratégie – on ne le répètera jamais assez – se présente comme un *mix*, c'est-à-dire une coordination opératoire entre des paramètres parfaitement interactifs. Par exemple :

2. Wiener, en collaboration avec W. Weaver, *The Mathematical Theory of Communication*, University of Illinois Press, 1949 ; Von Neumann, *The Human Use of Human Beings*, New York, Doubleday, 1954 ; trad. fr. *Cybernétique et société. L'usage humain des êtres humains*, UGE, 1962 ; Von Bertalanffy, *General System Theory*, 1956 ; trad. fr. *Théorie générale des systèmes*, Dunod, 1973.

- le service rendu par telle entreprise sociale est-il simple ou complexe ?
- est-il univoque ou déclinable ?
- est-il cher ou bon marché ?
- concerne-t-il de vastes populations ou des groupes restreints ? des populations très homogènes ou très hétérogènes ?
- quelles sont les conséquences que peut exercer le service rendu sur l'entourage du bénéficiaire ?
- l'établissement en question dispose-t-il en outre de moyens financiers, techniques et humains importants ou non ?
- se trouve-t-il dans un système relationnel de vaste amplitude ou non ? éparpillé ou concentré ?

En fonction de tout cela, la communication peut être directe ou très indirecte, utiliser des supports sophistiqués ou très ordinaires, délivrer des messages techniques ou non, s'adresser à un grand ou petit nombre de personnes. Le contenu et la forme du message, comme le support utilisé, dépendront des réponses. L'important est d'introduire de la cohérence dans sa stratégie : ne pas envoyer un message sophistiqué et technique à une vaste population qui attend un service simple et banalisé, ou qui connaît une situation d'urgence ; ne pas émettre en revanche un message simpliste à une cible restreinte et très pointue de consommateurs ; préférer les relations publiques au mailing si l'on a affaire à un système complexe et personnalisé de partenaires – ce qui est le cas pour la plupart des établissements sociaux.

Les étapes d'une stratégie de communication

Communiquer quoi, à qui et pourquoi

La première étape est de situer l'établissement dans son environnement et son *système relationnel* :

- quelles prestations de services rend-il ?
- à qui s'adresse ce service (marché et segment de marché) ?
- quels sont ses partenaires, ses clients effectifs, ses bénéficiaires (réseau) ?
- quelles sont les normes administratives et techniques qui balisent son action (contraintes) ?
- quelles sont les ressources sur lesquelles il peut compter (opportunités) ?
- quelles perspectives stratégiques s'offrent à lui (ouvertures) ? L'établissement veut-il restreindre, développer, déplacer ou reconvertir ses activités (stratégie de gamme) ?

Cette première étape s'avère indispensable : c'est seulement à partir du moment où un interlocuteur est identifié – parce qu'on estime qu'il est décisif de communiquer avec lui – que le véritable travail d'élaboration du *message* peut commencer. Après avoir étudié son système relationnel, on peut s'apercevoir qu'il s'avère parfois plus utile de privilégier ce que l'on croyait être des « seconds rôles » que les partenaires qui s'imposaient logiquement à nous. Par exemple, certaines entreprises ont davantage intérêt à communiquer avec des prescripteurs ou des influenceurs plutôt qu'avec les consommateurs eux-mêmes : c'est ce que font les laboratoires pharmaceutiques qui s'adressent exclusivement aux médecins, hormis pour les médicaments de confort ; c'est aussi ce que fait, dans un tout autre registre, Mac Donald en axant ses campagnes sur les enfants.

Certains établissements pensent qu'on peut communiquer sans se soucier de savoir à qui. Les conséquences les plus fréquentes sont :

- l'établissement se trompe de cible, ses habitudes l'aveuglent sur ses véritables relations de dépendance économique et politique, s'ensuivent des erreurs de stratégie de communication ;
- l'établissement croit connaître sa cible et le message s'avère inadéquat.

On voit parfois des institutions qui investissent des sommes importantes dans des communications brillantes et bruyantes mais sans lendemain. Dans certains cas, on peut penser qu'elles utilisent des campagnes de communication externe avec le seul souci de communiquer de la réassurance à leurs troupes (cela se produit notamment quand une entreprise connaît des difficultés ou des changements d'envergure). Il existe cependant certains risques à superposer la communication externe et interne.

Communiquer pour être entendu

La seconde étape est l'organisation du message en fonction des objectifs institutionnels, de la cible définie et des comportements qu'on attend du ou des récepteurs du message (ce que l'on appelle en termes techniques le *copy-strategy*).

Quels grands principes retenir ?

- *ne pas penser à la place des autres*. Le premier risque est que les acteurs de l'établissement (ou le dirigeant) se parlent à eux-mêmes, ou bien à un interlocuteur postulé et non aux interlocuteurs qu'ils souhaitent vraiment toucher. De toutes les façons, il y a une part incoercible de malentendu entre ce que veut signifier un quelconque émetteur et ce que comprend un récepteur dont les références sont différentes, il est donc inutile d'en rajouter. Au sein d'un établissement, il existe une culture et une idéologie qui hiérarchisent les valeurs, il ne s'agit pas de les renier

mais de savoir qu'elles peuvent déformer le champ de communication. On croit et veut souvent que les autres partagent nos façons de voir... La solution est d'améliorer sa connaissance des interlocuteurs. Quand il s'agit de populations importantes, il est utile de constituer des groupes témoins, de procéder par des questionnaires, de réaliser des enquêtes.

- *une « belle communication » n'est pas forcément une bonne communication.* Une communication réussie est celle qui donne des résultats à court et à long terme ; les critères esthétiques doivent être au service du message et non pas le faire oublier. Réaffirmons-le, la teneur du message est fonction de la cible et des objectifs. Les grands publicitaires sont au fond comme les grands écrivains : ils savent mettre la beauté au service du sens.
- *ne pas couper les cheveux en quatre.* Une communication doit aller à l'essentiel. Quel que soit le support utilisé, le coût est d'autant plus important que la transmission du message est longue. D'autre part, il coûte à l'interlocuteur de prendre connaissance du message. Il lui en coûte économiquement parlant (en temps dépensé) mais aussi psychologiquement parlant : accès difficile, métaphore tortueuse, lecture pénible, compréhension incomplète, contraste ou couleurs inconfortables, etc. Le message doit donc s'en tenir aux éléments forts, aux points clés. Il est alors plus important de travailler une mise en forme dynamique, agréable et claire que d'allonger ou multiplier les messages. Il est d'ailleurs remarquable que dans une campagne électorale, plus le candidat est bien placé pour l'emporter, plus son parti est important, et plus son tract est court et simple...
- *se montrer valorisant et constructif.* La communication doit être positive et valorisante. Elle doit mettre en évidence la qualité des services rendus, créer un climat agréable et sécurisant, lever les inquiétudes et préoccupations qui sont celles des bénéficiaires (par exemple, des familles qui confient leur enfant ou leur parent à un ESMS). En revanche, il est déconseillé de dire des choses immédiatement démenties par une plus ample connaissance des lieux. Il convient donc de rester simple, de ne pas verser dans un style trop dithyrambique qui agace plus qu'il ne convainc. D'une manière générale, il est déconseillé de créer un décalage entre l'image qu'on veut donner et la réalité.

Évaluer les effets de ce que l'on communique

La troisième étape est le contrôle de la communication, il est important d'évaluer les effets de son message pour pouvoir le réajuster. Il s'avère donc indispensable d'obtenir du *feed-back*. Pour ce faire, il s'agit de se doter d'indicateurs qui permettent de gérer la boucle émission/effet. Pour de multiples raisons, beaucoup d'établissements ne disposent pas de

moyens de contrôle et sont souvent condamnés à naviguer en aveugle. Il sera pourtant de plus en plus vital d'anticiper des tendances culturelles de façon à faire coller au plus près le service à l'univers d'attentes des clients.

Si l'on devait résumer en une formule la globalité et la complexité réelle d'une démarche de communication, nous dirions qu'il s'agit avant toute chose de *raisonner en termes stratégiques* (comme nous savons tous le faire de manière plus ou moins consciente dans la vie quotidienne) en refusant les pseudo-évidences. Prenons un exemple banal : un établissement souhaite se doter d'une plaquette de présentation (voir exemple plus loin), il doit tout d'abord définir quels sont les bénéfices réels qu'il en attend, bénéfices subordonnés, comme nous l'évoquions précédemment à l'identification de la cible. S'agit-il d'une plaquette centrée sur le service rendu ? Auquel cas, elle doit être concise, pragmatique et destinée aux clients, consommateurs du service. S'agit-il plutôt d'une plaquette centrée sur l'identité et le projet d'entreprise ? Elle sera plus développée et présentée différemment, en accord avec la philosophie de l'entreprise, mais sera remise en priorité à des partenaires autres, tels que prescripteurs, influenceurs, voire adhérents de l'association gestionnaire.

Dans le cas où l'ESMS souhaite communiquer avec les familles de personnes potentiellement bénéficiaires, il est important de partir de leurs préoccupations et de les approfondir au lieu de les postuler ; par exemple, grâce à la constitution d'un groupe témoin. Des *axes* de sensibilisation vont émerger qu'il faudra prendre en compte dans la rédaction du message et qui vont se traduire en *concepts de communication*. Les familles peuvent être plus ou moins sensibles à la sécurité du bénéficiaire, à la promotion de ses compétences, à son confort, etc. La plaquette devra apporter des réponses à de telles interrogations et attentes, en montrant que l'établissement possède des équipements à la hauteur et des professionnels qualifiés. Cela, au travers de situations dans lesquelles le bénéficiaire sera en action de manière positive (par exemple, au moyen de photos d'activités, au cours desquelles il prend visiblement du plaisir ou accomplit quelque chose de difficile).

Rappelons qu'au même titre que les messages écrits, les photos sont hautement significantes, elles ne sont pas de simples illustrations mais font partie intégrante du message global. Autrement dit, il ne s'agit pas de « caser des photos de famille » mais de réaliser des photos précises, *après* avoir défini exactement ce que l'on voulait communiquer. D'ailleurs, une fois déterminé le signifiant du message visuel, il est souhaitable de le confier à un photographe professionnel.

Au plan pratique, on peut constituer dans un ESMS des groupes de travail centrés sur le bénéficiaire et le service – ce qui en outre aura des

conséquences positives sur la qualité, la productivité et la motivation – dont les objectifs sont les suivants :

- analyser et classifier (*typologiser*) les attentes des bénéficiaires, resituées dans leurs univers culturels, ainsi que les bénéfices secondaires qu'ils en retirent ; mais aussi leurs solutions alternatives, leurs projets, etc. ;
- autopsier le service, les manières dont il est rendu, les circonstances de sa consommation, etc.

Ce travail préalable à profits multiples permet d'éviter de se lancer tête baissée dans une campagne de communication inconsiderée.

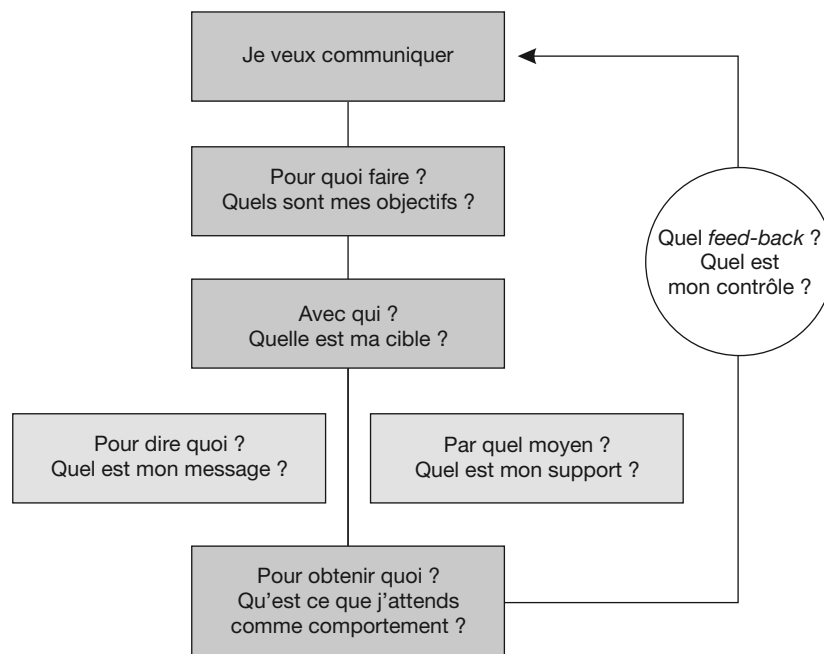


Figure 7.2. Schéma de communication

Communiquer, c'est aussi mobiliser

À ceux qui pensent que la communication externe, tout comme la publicité, est une espèce de trompe-l'œil, nous dirons que la communication ne saurait fonctionner en sens unique. Pour alimenter ses propres messages, il faut recueillir des informations provenant des autres. Pour parler, il faut écouter. La communication externe fonctionne comme une boucle qui tourne sans cesse sur elle-même. La communication n'est ni une opération

magique, ni un savoir charismatique. Les établissements possèdent en général tous les éléments pour réaliser une bonne communication mais, comme le peintre perfectionniste qui ne peut plus voir sa toile, comme l'artisan qui est obnubilé par le petit défaut, le praticien n'est souvent plus à même d'avoir le recul nécessaire. Une aide extérieure peut alors s'avérer judicieuse pour impulser une motivation et une mobilisation.

En effet, la mobilisation est fondamentale dans une campagne de communication : la première cible d'un établissement n'est-elle pas son personnel ? Si ce dernier ne se sent pas porteur de l'image de l'établissement, la faire passer auprès d'autres, ne devient-il pas une mission impossible ?

Labels et logos

Il est difficile de ne pas aborder cette question tant les labels et logos font partie de l'identité et de la communication d'une entreprise. Ils expriment, certes de manière extrêmement concise et symbolique, le positionnement et le projet d'un établissement ou d'un service dans un environnement culturel et sémantique.

Vicissitude des labels

Les établissements et services à caractère social et médico-social sont affublés de labels en fonction de catégories administratives toutes aussi improbables les unes que les autres. Il est remarquable que ces appellations ne disent en général pas grand-chose sur la vocation dudit établissement ou service : Esat, MECS, MAS, IME, CHRS, FAM, CAVA, Sessad, CMPP, SAVS, etc. C'est ainsi que l'appellation de « foyer de vie » s'avère un curieux tautologisme (les foyers de mort sont par bonheur rarissimes), qu'une « maison d'accueil spécialisée » est aussi mystérieuse qu'une maison close, qu'un « service d'activités de jour » ne se distingue que d'un service d'activités de nuit, etc. Cela ne doit pas empêcher les ESMS de se doter d'appellations commerciales propres, c'est-à-dire plus communicantes, renvoyant à une image plus humaine et plus figurative (c'est ainsi que nous avons proposé à un service d'activités de jour de se rebaptiser « Service de développement personnel », à un autre de s'intituler « Centre de ressources pour la participation sociale » et encore à un autre de se dénommer « Service de coaching social »).

Est-ce par manque d'imagination, par la recherche d'une sécurité toute administrative ou par l'adoption d'une culture bureaucratique, que nombre d'associations du secteur social et médico-social – qui pouvaient choisir leur appellation – ont adopté des sigles ? Or, les sigles sont très faiblement mémorisables car ils ne permettent pas l'accès direct au sens et donc une

bonne anamnèse. Par bonheur, certains possèdent une plastique sonore plus agréable ou peuvent rappeler phonétiquement des mots existants (comme l'ANCORE ou encore l'OVE que l'on peut prononcer *love...*).

Outre qu'ils ne sont pas évocateurs, ils sont parfois :

- dissonants (UFCV, Adaeear, CREA...);
- imprononçables (FNMIP, ASITP, CNESMS...);
- disgracieux (PAF, CRAM, ADIPSH, Anpeda...);
- insolites (Bucodes).

Dans la mesure où le label est donc associé à l'identité de l'organisme, il mérite considération (excepté dans les administrations où l'on cultive une espèce de « sadomasochisme communicationnel »).

Le label peut être approché sous trois angles :

- *l'angle cognitif* : le label doit être significatif et évocateur. Soit il renvoie à un nom connu ou riche d'histoire (Ford, Chanel), soit il exprime l'univers d'activité de l'organisme, par exemple : Télécom ou Locatel (label clair), Logiconsult (label plus ambigu : est-ce un conseil en « logic », logiciels, informatique ou bien un conseil en « logis », architecture, construction ?), Epsilon (label obscur) ;
- *l'angle esthétique* : le label doit renvoyer à une sonorité agréable, présenter un attrait visuel adapté au positionnement (exemples par excellence : Coca-cola, Apple) ;
- *l'angle pragmatique* : le label doit être efficace, faire passer une idée-force en lien avec l'identité de l'organisme, par un effet positif ; exemple : Médecins sans frontières, Enfance et partage.

Certains labels réunissent les trois niveaux, comme Greenpeace.

Dans le secteur associatif et celui des ESMS, rares sont les labels remplissant ces conditions. Les sigles, les lieux-dits, les noms d'oiseaux et de végétaux, les patronymes de donateurs ou d'administrateurs ou encore les incantations (« l'espoir, l'espérance, le tremplin, l'essor, le seuil, le rebond », etc.) sont les plus fréquents ; manifestant plus un souci de passer inaperçu, d'exorciser la souffrance et de promouvoir l'espérance, plutôt qu'une préoccupation de positionnement en termes d'objectifs.

Quelques grands principes des logos

Beaucoup d'associations et leurs établissements se sont dotés de logos au cours des dernières décennies, or il faut savoir que rien n'est plus délicat que la mise au point d'un logo. Ce n'est d'ailleurs pas une obligation que d'avoir un logo : il vaut mieux ne pas en avoir du tout que de traîner, tel un boulet, un gribouillis « moche et ringard ». Le logo est un

symbole, un concept qui a pour but de signifier immédiatement l'identité d'une entreprise, d'un parti, d'un groupe. Il doit lui aussi satisfaire à des conditions élémentaires :

- *un logo est appelé à se démoder* : l'activité d'une entreprise peut évoluer. Plus le logo sera sobre, moins vite il se démodera vite. Certaines firmes bénéficient d'un logo indémodable parce qu'elles s'appuient d'emblée sur la légitimité historique – par exemple Kronenbourg (depuis 1664). Dans ce cas, le logo est constitué par des armes, un blason. Il s'agit souvent de marques de produits alimentaires ou artisanaux pour lesquels le savoir-faire, l'expérience et l'ancrage historique et culturel sont primordiaux ;
- *un logo doit éviter impérativement les métaphores lourdes et démonstratives* : rien ne se démode plus vite que l'idéologie et les bonnes intentions. Nombre d'associations tentent de faire passer de véritables démonstrations philosophiques ou métaphysiques dans leurs malheureux logos ;
- *un logo ne doit pas être ésotérique* : à trop vouloir signifier de choses de manière allusive, on produit au bout du compte quelque chose d'ambigu, d'inaccessible. Le logo doit se concentrer sur une seule idée-force ;
- *un logo doit obéir à un principe de simplicité, d'identité et de cohérence* : c'est un objet en soi possédant son unité graphique et sa dynamique propre. Comme une œuvre d'art, il doit avoir sa cohérence esthétique ;
- *un logo doit être stylisé* : s'il est figuratif, il doit être le plus sobre possible, car le figuratif risque de limiter la richesse évocatrice du logo.

Enfin, une entreprise comme un établissement peuvent choisir de communiquer à différents niveaux : certains communiqueront plutôt sur leur utilité sociale et leurs prestations, d'autres préféreront communiquer sur leur philosophie et leurs valeurs. Tout dépend de la nature de l'institution considérée : une entreprise commerciale va privilégier son activité et son offre de service, tandis qu'une association, un mouvement militant, une fondation, un parti, etc., seront tentés de communiquer sur le registre de leur culture et de leur identité.

Quoi qu'il en soit, la réflexion sur le logo rejoint celle sur le projet d'établissement, en cela qu'il s'agit dans les deux cas de déterminer une identité et une vocation : si un foyer choisit de faire figurer un toit dans son logo, c'est qu'il privilégie l'hébergement, s'il rajoute un soleil jaune ou rouge au-dessus du toit, c'est qu'il met l'accent sur l'ambiance, l'animation, la qualité de vie, l'espoir, s'il rajoute un chemin sinueux pour y parvenir, c'est qu'il se considère comme un havre auquel il n'a pas été facile d'accéder... Si un établissement choisit de faire figurer une

passerelle dans son logo, c'est qu'il privilégie la recherche d'insertion, d'autres utiliseront un soleil levant symbole de nouvelle vie, etc.

Le travail d'un logo est très professionnel. Les associations ont tout intérêt à ne pas se précipiter et à confier la conception de leur logo à de véritables professionnels (ce qu'elles sont de plus en plus nombreuses à faire). Si les personnels, adhérents ou bénéficiaires peuvent être avantageusement consultés pour donner des idées sur l'identité, les finalités et le positionnement de leur association, établissement ou service, il ne faut pas en revanche leur confier la réalisation du logo, par manque du recul nécessaire et de connaissance en matière de communication.

Un exemple de travail sur une plaquette

La responsable d'un Sessad nouvellement nommée se rend compte par divers contacts que ce service est très mal connu de ses partenaires. Elle constate que le Sessad ne dispose pas véritablement de documents de communication et que son fonctionnement s'avère largement coutumier : les professionnels fonctionnent de manière quasi-libérale et très corporatiste. Elle décide alors de lancer un travail de réflexion en la matière. Dans cet exemple, nous avons utilisé le procédé pédagogique énoncé précédemment, à savoir que nous sommes partis d'une enquête de satisfaction réalisée auprès des enseignants et des chefs d'établissements scolaires fréquentés par les élèves suivis par le Sessad. À partir des résultats de cette enquête, nous avons extrait des questions récurrentes qui ont servi de base à une plaquette d'information. La même chose (enquête puis plaquette) a été réalisée à l'endroit des parents.

Le choix a été de réaliser deux plaquettes du fait que le Sessad possède deux destinataires privilégiés, les parents et les enseignants, qui possèdent des attentes différentes et qui ne sont donc pas nécessairement sensibles aux mêmes messages. Nous présentons ci-après la plaquette à destination des enseignants, en précisant que nous faisons ici abstraction de la mise en forme pour nous concentrer sur le contenu afin d'illustrer la démarche de communication explicitée.

Nom de l'association

(déclinaison du sigle - Association loi 1901)

Sessad (service d'éducation spécialisée et de soins à domicile) de ...

Notre Sessad accueille sur notification de la MDPH (maison départementale des personnes handicapées) des enfants en situation de handicap, présentant une déficience intellectuelle avec ou sans troubles associés, âgés de 3 à 20 ans

Vous êtes professionnel de l'Éducation nationale et vous êtes amené à accueillir un ou plusieurs élèves en situation de handicap.

- C'est éventuellement une situation nouvelle pour vous ? Peut-être que vous ne vous sentez pas suffisamment préparé pour faire face à cette situation particulière ?

- Vous avez besoin d'informations sur ce qu'est la situation de handicap ? Sur les troubles et les pathologies qui peuvent en être la cause ?
- Vous vous interrogez sur le positionnement d'un élève en situation de handicap par rapport aux autres élèves ?
- Vous vous interrogez sur la bonne attitude à adopter dans la classe face à tel ou tel de ses comportements ?
- Il vous paraît parfois difficile d'adapter votre pédagogie ?
- Vous avez besoin de mieux connaître les spécificités de tel ou tel élève en situation de handicap ?
- Vous vous questionnez sur les limites de l'inclusion scolaire : limites des capacités de réussite de l'élève en situation de handicap, limites de votre disponibilité à son égard ?
- Mais il se peut aussi que tout se passe pour le mieux...

Avez-vous pleinement connaissance de ce que notre Sessad peut vous apporter ? Qu'il est à votre service ? Que vous pouvez nous joindre tous les jours à partir de 8 heures jusqu'à 16 heures ?

Au-delà de cette heure, un répondeur enregistrera vos messages auxquels nous répondrons dès le lendemain.

Notre Sessad (service d'éducation spécialisée et de soins à domicile) a pour but de faciliter la scolarisation et l'inclusion scolaire d'enfants en situation de handicap.

Il agit en relation avec de nombreux partenaires (services départementaux, Aide sociale à l'enfance, services hospitaliers, Pôle emploi, Missions locales, Centres culturels et sportifs, etc.).

Il a vocation d'intervenir dans l'environnement de l'enfant, à savoir sur son lieu de scolarité, à son domicile, sur les lieux de loisirs qu'il fréquente, dans les locaux des partenaires, ainsi que dans les locaux du Sessad.

Pour se faire, nous proposons :

- des informations et conseils techniques (y compris d'ordre médical), ainsi qu'administratifs, aux personnels pédagogiques intervenant auprès de l'élève ;
- une médiation entre l'élève et les personnels de l'établissement scolaire ou ses pairs ;
- un soutien scolaire adapté ;
- un soutien psychologique ;
- une prise en charge en psychomotricité et une rééducation en orthophonie ;
- une intervention-conseil de la part d'un ergothérapeute ;
- un accompagnement éducatif personnalisé.

Le Sessad de s'est créé de manière expérimentale en 1990.

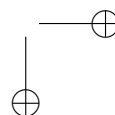
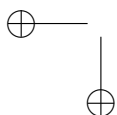
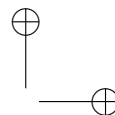
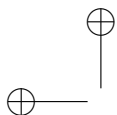
Il est financé par une dotation globale de la Sécurité sociale. Il comprend les professionnels suivants : une directrice ; un chef de service ; un enseignant ; un éducateur scolaire spécialisé ; deux éducateurs ; un médecin ; quatre psychologues ; trois psychomotriciens ; un orthophoniste ; un ergothérapeute.

7. L'ENVIRONNEMENT DE L'ESMS

201

Pour coopérer dans l'intérêt de l'élève :

- vous pouvez nous contacter de 8 heures à 16 heures :
 - notre chef de service : téléphone 01..... / 07..... ; fax 01.....
 - notre directrice : téléphone 01..... ; fax 01..... ;
 - par E-mail :@sessad.fr
- ou nous rencontrer dans nos locaux : 99, Boulevard des Alouettes (1^{er} étage)
Soleilly sur Muse.
Plan d'accès



Chapitre 8

Identifier et présenter ses prestations de service

Ce chapitre concerne le point suivant de notre plan :

1.3. Les prestations offertes par l'établissement

Dans un article des années 80 (ce qui montre la précocité de tels questionnements dans le secteur sanitaire), un directeur d'établissement répondait ainsi à la question d'un journaliste : *l'hôpital vend-il des produits identifiables ?* :

« Chaque établissement offre un certain nombre de prestations différentes en fonction de son histoire, de son équipement, des compétences de son personnel médical et non médical et de son mode d'organisation [...] On peut donc dire que les hôpitaux offrent des produits variés ; cependant les hospitaliers n'ont pas l'habitude d'identifier ces produits sauf pour des activités très spécialisées de type « S.O.S. MAINS, SAMU », des consultations et soins liés à la réputation d'un médecin ("Pour telle affection, il faut consulter le Docteur X..."). Il est donc nécessaire de faire un effort d'identification des produits offerts par l'hôpital en y introduisant non seulement la prestation médicale brute mais aussi les prestations non médicales : soins infirmiers, prise en charge sociale, hôtellerie, accueil,

information... et surtout la qualité de ces différentes prestations. Ainsi arriverons-nous à aborder la production hospitalière en terme de produits identifiés et différenciés¹. »

Cette citation introduit l'intérêt et la nécessité absolue d'identifier son offre de service dans des secteurs peu habitués à le faire car ayant le sentiment de pratiquer un art ou un métier ou bien d'accomplir une œuvre vocationnelle. Cette nécessité n'a pas été ressentie comme telle durant longtemps par les secteurs de l'action sociale et médico-sociale. Nombre d'acteurs de ces secteurs ont même été parfois franchement réticents à la notion de *prestations*², jusqu'à ce que la loi 2002-2 emploie ce terme honni et demande à ces mêmes ESMS d'établir un contrat « qui détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel. »

DÉLIMITER LE PÉRIMÈTRE DE L'OFFRE DE SERVICE

Les prestations donnent réalité à l'utilité sociale supposée et déclarée d'un opérateur (établissement ou service). Elles représentent des « valeurs ajoutées » patentes et perceptibles par le bénéficiaire. Elles doivent être explicitées, c'est-à-dire rendues lisibles et intelligibles par toute personne, qu'il s'agisse d'un bénéficiaire, d'un membre du personnel ou d'un partenaire. Ce corpus des prestations représente le principal document de référence sur lequel toutes les autres démarches s'appuieront. En effet, tant la personnalisation, l'évaluation de la qualité, l'organisation, que les besoins de compétences et de ressources financières, vont découler du « périmètre de l'offre », c'est-à-dire de la nature et de l'étendue de ces prestations.

Qu'est-ce qu'une prestation ?

Tout comme pour la définition de l'utilité sociale d'un ESMS, les professionnels éprouvent parfois quelque difficulté à raisonner « prestations de service », c'est-à-dire à énoncer des effets positifs recherchés pour le bénéficiaire – une *valeur ajoutée* – et ont tendance à leur substituer des

1. E. de Cointet, « L'hôpital public peut-il se comporter comme une entreprise ? » in *Gestions hospitalières*, n° 264, mars 1987.

2. Son utilisation plus large s'avère effectivement très récente, ce terme a longtemps fait l'objet d'un opprobre : même le CNESMS ne l'a que très peu cité, quant au référentiel qualité de l'ANCREAI, il le remplace par « interventions », terme différent qui renvoie au mode opératoire et non à la valeur ajoutée.

finalités morales ou idéales, telles que « l'épanouissement de la personnalité ou l'insertion dans la société », ou encore des objectifs professionnels comme « faire acquérir la latéralité », voire des moyens comme « proposer des séances de kinésithérapie ». D'autre part, certaines prestations ne sont pas conçues comme telles de prime abord mais sont vécues comme des évidences fonctionnelles, attachées aux fameux services généraux, comme par exemple tout ce qui concerne l'hôtellerie (hébergement, restauration, entretien du linge, transports) ou encore les loisirs ou la protection.

D'autres énoncés relèvent davantage d'idéaux ou d'idéologies que de réalisations plausibles : « offrir à la personne handicapée un lieu où celle-ci peut mieux vivre son handicap », ou encore « aider la personne accueillie à vivre sa vie d'adulte handicapée au mieux possible en respectant ses besoins, ses désirs, ses possibilités, tout en respectant un cadre social admissible », etc. Des termes trop globalisants finissent par se vider de toute substance identifiable – pouvant s'appliquer à tout le monde et donc à personne en particulier – et leur atteinte ne dépend pas nécessairement de compétences techniques ou de celles de travailleurs sociaux. Il est fréquent que les concepts utilisés le soient sans avoir été bien définis au préalable. Notons que toutes ces distinctions terminologiques sont familières à la « pédagogie par objectifs » ; certaines ayant été posées depuis plusieurs décennies, notamment par Robert Mager³, l'un des précurseurs américains de cette approche, ou par Michel Barlow et Daniel Hameline⁴ concernant notre pays.

Il s'avère donc important de différencier quelques concepts fondamentaux et de faire œuvre sémantique :

- la *finalité* représente une ligne d'horizon vers laquelle on tend ; elle s'exprime généralement en termes de valeurs. Par exemple : « permettre à des adolescents d'investir leur rôle d'adulte » ;
- le *but* exprime un résultat intéressant pour un acteur ; il est déterminé par rapport à l'acteur et au locuteur quand il s'agit de la même personne. Par exemple : « souhaiter que ce bénéficiaire soit moins agressif avec les membres du personnel » ;
- l'*objectif* représente l'état évaluable que l'on souhaite atteindre dans le cadre de son projet. Nous pouvons distinguer les objectifs par leur nature (objectifs généraux et objectifs spécifiques) ou encore par leur

3. R. Mager, *Comment définir des objectifs pédagogiques ?* trad. fr. G. Décote, Bordas-Gauthier Villars, 1981.

4. M. Barlow, *Formuler et évaluer ses objectifs en formation*, Lyon, Chronique sociale, 1994 ; D. Hameline, *Les Objectifs pédagogiques en formation initiale et en formation continue*, ESF, 1995.

progression (objectifs finaux, objectifs intermédiaires et immédiats). Par exemple : développer les capacités motrices et opératoires de cette personne afin qu'elle puisse s'alimenter sans assistance (objectif général) ou bien : parvenir à ce que cette personne puisse tenir un objet – une cuiller – entre son pouce et ses autres doigts (objectif spécifique) ;

- les *valeurs* représentent les principes au nom desquels l'acteur agit auprès de ses destinataires. Par exemple, des énoncés comme : « respecter la personne handicapée », « assurer son épanouissement optimal », « permettre à des personnes de s'approprier leur histoire », « favoriser le bien-être », constituent par essence des principes, parce qu'ils témoignent de soucis constants. Ils ne rendent pas compte d'objectifs opérationnels, d'étapes évaluables, ou encore d'une valeur ajoutée pouvant figurer dans un contrat. À ce titre, de telles formules ressortissent au domaine de la philosophie (bien souvent au niveau éthique) de l'établissement ;
- la *prestation de service* représente une valeur ajoutée pour le bénéficiaire, un « plus » qu'on lui apporte. Dans un échange, elle représente l'objet de la transaction. Par exemple : assurer la protection de la personne dans ses déplacements ; lui fournir un conseil en matière d'accès à l'emploi.

Prenons un exemple simple pour illustrer ces distinctions : « lutter contre le chômage » est une *finalité* de Pôle Emploi ; « parvenir à ramener le taux de chômage à 9 % » est un *objectif* ; « contrôler le suivi des demandeurs d'emploi » est une *mission* ; « mettre les demandeurs d'emploi en relation avec des employeurs, les conseiller dans leur recherche, voire améliorer leur employabilité », constitue un *service* rendu. Autre exemple pour illustrer la différence entre service et mode opératoire : « améliorer l'état de santé de son patient » représente le *service* déclaré d'un médecin, tandis que « mener des examens, effectuer des bilans et expérimenter des démarches thérapeutiques » constitue le *mode opératoire* du praticien.

Une prestation représente donc une valeur ajoutée dans un domaine défini et constitue en quelque sorte un lot qui se délimite par la cohérence même de ses composantes et des actes qui l'expriment. Par exemple, une prestation hôtelière comprend des composantes comme :

- l'accueil ;
- l'hébergement ;
- la restauration ;
- l'entretien des locaux ;
- le transport ;
- et diverses autres composantes éventuelles, comme l'information sur l'environnement.

Une prestation de santé peut comprendre tout un ensemble d’actes d’information, de prévention et de soins aussi diversifiés que :

- la coordination des interventions médicales et paramédicales (prise de rendez-vous avec divers intervenants médicaux et paramédicaux) ;
- la réalisation de soins ;
- l’observance de traitements ;
- le suivi des examens, bilans, radios et vaccinations ;
- les séances de rééducation (kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, psychomotricité) ;
- la tenue du dossier de soin (et sa mise à jour) ;
- la prévention et éducation à la santé (hygiène, sommeil, alimentation, maladies transmissibles, contraception, conduites addictives) ;
- la prise en compte du confort (prévention des escarres, massage, diverses aides techniques) ;
- l’évaluation et prise en charge de la douleur ;
- le respect des régimes, de l’hydratation ;
- le conseil et la maintenance en appareillage (prothèses, fauteuils, coques, etc.) ;
- l’information du patient sur ses droits.

Sur un plan littéraire, la prestation s’énonce donc comme une suite de propositions faisant état de diverses valeurs ajoutées constituant des composantes. Comme dans la théorie des ensembles, une valeur ajoutée appartient plutôt à telle ou telle prestation en fonction de sa proximité avec certains éléments et de sa différenciation avec d’autres. Par exemple, un *soutien psychologique* peut tirer du côté de la santé (versant thérapeutique) comme du côté du développement personnel ou de l’aide à la participation sociale. C’est la définition plus fine de sa nature – de ce que l’on met exactement derrière cette appellation – qui en décidera.

Rajoutons que c’est la nature de la valeur ajoutée qui détermine la prestation et non pas d’autres aspects comme le lieu, les circonstances, le statut de l’acteur. Ceci est important à rappeler alors que la grande difficulté à raisonner prestation chez nombre de professionnels tient au fait qu’ils sont précisément habitués à raisonner en termes de dispositifs, de situations et d’interventions, c’est-à-dire à se référer à l’organisation de leur temps (le planning) et non pas à associer besoins des bénéficiaires et valeurs ajoutées.

Par exemple, des éducateurs qui encadrent une activité piscine auront tendance à y voir un « acte éducatif », alors que l’on peut se rendre dans une piscine pour y rechercher des valeurs ajoutées très diverses : y va-t-on

pour de la kinésithérapie (prestation de santé), de la relaxation (prestation santé ou développement personnel, selon ce que l'on cherche à apporter à la personne), du loisir (prestation animation), de la socialisation (prestation participation sociale) ou tout simplement pour... apprendre à nager. Dans tous les cas, c'est la même piscine, la même eau, mais ce ne sont pas les mêmes personnels et les mêmes qualifications qui sont concernés, car les valeurs ajoutées ne sont pas du tout les mêmes et sont imputables à des prestations différentes.

Dans d'autres cas encore, une même situation professionnelle peut mêler plusieurs prestations : tel personnel d'accompagnement déclare réaliser une toilette, faire de l'apprentissage, réaliser un acte de socialisation et fournir un soutien psychologique dans le même espace-temps. Pourquoi pas ? Il faut simplement convenir que cette situation superpose plusieurs actes de natures différentes qui requièrent des compétences différentes et qui doivent être imputés à plusieurs prestations. Un même professionnel peut donc contribuer à diverses prestations. Ce dernier point n'est pas toujours compris pour des raisons précédemment évoquées : le praticien des secteurs de l'action sociale et médico-sociale a tendance à raisonner métier et à penser que tout ce que fait un éducateur est éducatif, que tout ce que fait un thérapeute est thérapeutique, etc. Le raisonnement par prestations demande de se détacher d'une vision corporatiste.

Nous pouvons également convenir qu'il est peut-être prétentieux de vouloir être aussi polyvalent que dans l'exemple que nous venons de prendre... De par leur histoire, les secteurs de l'action sociale et médico-sociale ont parfois encore du mal à distinguer les actes empiriques et les actes réellement professionnels. Certains praticiens pensent réaliser des actes professionnels du seul fait qu'ils sont des professionnels... Nous leur adressons souvent cet exemple : lorsqu'une personne se rend chez son coiffeur, celui-ci peut l'écouter, évoquer différentes situations de sa vie et même la conseiller (des études montrent que les coiffeurs deviennent fréquemment les confidents de leurs clientes). Est-ce à dire que cela suffit à faire du coiffeur un psychothérapeute ou un conseiller quelconque ? Va-t-il d'ailleurs surfacturer son acte sous le prétexte que pendant qu'il coiffait, il réalisait aussi du soutien psychologique et du conseil ?

Il est capital de savoir à chaque instant quelle est la nature de l'acte pratiqué par un professionnel et à quelle prestation il convient de l'imputer (n'oublions pas que les commanditaires et financeurs veulent savoir à quels besoins il répond et combien il coûte et pour quelles raisons...).

Un grand nombre de prestations possibles

Sans prétendre à l'exhaustivité absolue, nous pouvons classer les prestations les plus courantes dans les catégories suivantes :

- *les prestations hôtelières* : hébergement, restauration, entretien du linge, transport, informations sur l'environnement ;
- *les prestations locatives* : fourniture de logements en parc privé ou en parc de régie ; entretien du logement ;
- *les prestations matérielles* : des établissements ou services sont amenés à offrir au bénéficiaire un certain nombre d'aides matérielles monétaires ou en nature, telles que prêt bancaire, argent de poche, cadeaux, frais de garde, frais d'avocat, frais de transport, frais de vêture, matériel de bureau, photocopieuse, matériel orthopédique, moyens de transport, etc. ;
- *les prestations de protection et de sécurité* : assurance au bénéficiaire d'une bonne sécurité passive (respect des normes de sécurité), ainsi que d'une protection personnalisée, adaptée à ses besoins spécifiques en la matière (en lien avec les effets de sa situation de handicap, de ses troubles ou de sa personnalité) ;
- *les prestations de service social* : informations sur l'existence de droits et leur modalité d'accès, obtention d'aides et d'allocations, ouverture de dossiers, conseil et aide aux démarches administratives, etc. ;
- *les prestations d'animation et de loisirs* : garantie de bonnes conditions de séjour en établissement, climat relationnel agréable, chaleureux et convivial, tout en préservant son intimité et sa vie privée ; assurance d'une ambiance stimulante ; lutte contre l'isolement, le repli et l'ennui ; fourniture de dispositifs d'agrément et de jeux ; activités sportives, culturelles, artistiques, manifestations sociales, concerts, etc. ;
- *les prestations de santé* : soins de confort, préventifs ou curatifs ; prescription et délivrance des traitements ad hoc ; éducation à la santé ; interventions paramédicales ; suivi et tenue de dossiers ; prise de rendez-vous et accompagnement auprès des spécialistes ;
- *les prestations psychologiques* : passage de tests et diagnostics ; développement personnel (affirmation de soi, gestion du stress, dépassement des angoisses et phobies, amélioration de l'expression, etc.) ; conseil personnel ; psychothérapie ;
- *les prestations éducatives* : apprentissage des actes essentiels de la vie ; développement des capacités sensorielles, motrices, cognitives et opératoires ; acquisition de connaissances intellectuelles et physiques (culture générale, langues, exercices) ; apprentissage des conduites sociales (mœurs, valeurs, normes, règles et lois, instruction civique,

comportements en groupe, présentation de soi, maîtrise des relations sociales) ;

- *les prestations de formation professionnelle* : apprentissage de connaissances à caractère professionnel ou préparation à l'exercice d'un métier ; préparation au monde du travail ; fourniture de stages ; évaluation de stage ; appréciation des capacités professionnelles ;
- *les prestations d'aide à l'insertion professionnelle* : bilan de compétences ; re-mobilisation ; accompagnement à la recherche d'emploi ; amélioration de l'employabilité ; accompagnement en entreprise ; aménagement de poste ; soutien psychologique et relationnel ;
- *les prestations d'accompagnement* : fourniture d'aides modulées concernant les actes essentiels de la vie ; suivi régulier en matière de santé ; disponibilité et compagnie ; lecture à domicile ; rédaction et tri des documents ; accompagnement pour les courses ; portage de repas ; aides à la recherche de logement et à l'emménagement, etc. ;
- *les prestations de conseil* : conseil en matière d'image de soi ; conseil en communication ; conseil relationnel, sexuel, familial ou conjugal ; conseil en matière de consommation et de gestion de budget ; conseil à l'emploi ; conseil en matière d'aménagement d'appartement ; conseil en matériel orthopédique, etc. ;
- *les prestations de médiation* : fourniture de dispositifs de visite avec médiation entre parents et enfants (sur décision de justice) ; médiation familiale ou conjugale ; médiation avec l'entourage (relation, employeur, voisin, etc.).

Affaire de présentation

Enfin, quand une association possède plusieurs établissements, ou bien qu'un établissement se compose de plusieurs services, et qu'ils désirent communiquer leurs prestations dans un document panoptique, il peut être commode d'utiliser un tableau (exemple : **tableau 8.1**). Celui-ci permet en outre de faire ressortir les prestations communes et les prestations spécifiques entre divers ESMS.

Des pôles de prestations

Il peut être intéressant de regrouper les prestations en pôles, de par l'homogénéité de leur valeur ajoutée, dans un double but :

- celui de faciliter leur présentation et leur communication ;
- celui de faire coïncider ces prestations avec une configuration organisationnelle : des opérateurs tendent (dans la logique d'organisation

8. IDENTIFIER ET PRÉSENTER SES PRESTATIONS DE SERVICE

211

Tableau 8.1.

Prestations	FOC (foyer occupationnel)	FAM (foyer d'accueil médicalisé)	FL (foyer logement)	CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale)
Assurer une prestation hôtelière	X	X	X	X
Assurer la protection et la sécurité du bénéficiaire	X	X	X	X
Assurer un suivi en matière de santé	X	X	X	
Assurer des soins médicaux et de confort		X		
Proposer un soutien psychologique	X	X	X	X
Proposer un accompagnement aux actes essentiels de la vie	X	X		
Favoriser le développement personnel	X	X	X	
Proposer un accompagnement dans les démarches administratives, civiques et sociales	X	X	X	X
Proposer un conseil à la gestion budgétaire				X
Accompagner dans les démarches d'insertion professionnelle			X	X
Aider à la recherche de logement				X
Rechercher l'accès à des droits spécifiques				X

en réseau) à mettre en place des pôles de services : « pôle santé, pôle participation sociale, pôle accès à l'emploi, pôle scolarité », etc.

Notons que certaines prestations peuvent être considérées comme basiques et communes à un très grand nombre d'établissements (comme celles qui touchent à l'hébergement, à la protection, à la santé), tandis que d'autres prestations sont plus spécifiques à un type d'opérateur et aux publics qu'il accueille (IME, foyers, Esat, MECS, FAM, CHRS, etc.). Il est encore des services qui affichent des options particulières et qui proposent des prestations plus originales, mettant l'accent sur la présentation de soi, les modes d'expression, le développement personnel, la vie civique et la citoyenneté, la médiation sociale, le conseil dans différents domaines, le *love coaching*, etc.

Toutefois, force est de constater qu'un grand nombre d'établissements, particulièrement médico-sociaux, rendent sensiblement les mêmes prestations qui peuvent être commodément regroupées en quatre pôles fondamentaux :

- le pôle hôtellerie et animation ;
- le pôle santé et sécurité ;
- le pôle développement personnel ;
- le pôle participation sociale.

Comment établir ses prestations ?

Certains professionnels ont parfois quelque difficulté à mettre des mots sur ce qu'ils proposent à leurs bénéficiaires et à énoncer des prestations. La méthode la plus simple que nous leur proposons est de procéder par des questions, comme nous l'avons vu précédemment pour identifier l'utilité sociale, dont les prestations ne sont que l'expression. Ces questions peuvent découler d'entretiens avec des bénéficiaires ou peuvent être identifiées au travers de *brainstorming* ou tout simplement d'un jeu de rôles que l'on peut appeler « le jeu du client » : je suis un client, je vous fais part d'attentes et vous me posez des questions.

Dans le cas de ce service original d'action sociale auprès de jeunes mères adolescentes (*Sauvegarde de l'Aube*), nous avons procédé ainsi et cela a produit des réponses que nous avons pu assez facilement mettre ensuite en forme pour qu'elles deviennent les prestations du service :

En matière de guidance parentale

▮ Votre grossesse vous préoccupe ? L'idée d'accoucher vous fait peur ? Vous vous posez des questions sur votre futur bébé ? Vous vous demandez si vous

allez pouvoir vous occuper de votre enfant ? Vous avez envie de partager cet événement avec quelqu'un ? Vous avez besoin d'en parler et d'être conseillée ?

Prestation 1 : « Notre service propose à la bénéficiaire un accompagnement à la grossesse et à l'accouchement. »

Notre service prépare la bénéficiaire à son rôle de mère et aux conséquences psychologiques et affectives de cette maternité.

Notre service aide la jeune fille à se prononcer sur sa maternité (élever soi-même son enfant, le confier, accoucher sous le secret), anticiper et assurer la venue de l'enfant dans les meilleures conditions. Il l'accompagne dans ses diverses démarches de suivi de grossesse jusqu'à l'accouchement (cours de préparation à l'accouchement, rendez-vous avec le gynécologue, la sage-femme, l'anesthésiste, examens divers).

Il informe la jeune mère sur l'évolution de sa grossesse et des effets de son mode de vie sur l'enfant qu'elle porte. Il lui prodigue, notamment, des conseils en matière d'alimentation et de sommeil, au sujet des effets de l'alcool, du tabac, des médicaments et des stupéfiants sur le bébé.

Il aide la bénéficiaire à organiser le domicile et réunir le matériel de puériculture nécessaire pour la venue de l'enfant : l'aider à préparer la chambre du bébé, lui fournir des conseils concernant le mobilier nécessaire, la layette, les couches, les biberons, etc., et l'accompagner pour réaliser ses achats.

Il aide la bénéficiaire à préparer ses affaires pour le séjour à la maternité et à faire les réservations nécessaires (chambre, téléphone, télévision, etc.). Il réalise une visite quotidienne si besoin.

Vous êtes démunie face aux besoins de votre bébé ? Vous avez peur de ne pas y répondre et d'être seule avec lui ? Vous avez besoin d'être aidée pour prendre soin de votre enfant ?

Prestation 2 : « Notre service développe chez la bénéficiaire ses compétences à assurer un rôle parental. »

Notre service s'attache à offrir le climat relationnel le plus propice à une bonne relation mère/enfant.

Il relaie les apports transmis par les professionnels de la maternité et de la petite enfance concernant les soins élémentaires de l'enfant (bain, alimentation, change, vigilance, conditions d'hygiène, etc.).

Il forme et conseille également la bénéficiaire concernant la relation qui est la sienne avec son enfant : comment tenir un bébé, répondre à ses

sollicitations en fonction de son âge, le rassurer, jouer avec lui, le stimuler, lui manifester ses sentiments, etc. Il lui propose également des moments de détente et de bien-être avec son enfant (massages du bébé, « bébés nageurs », ludothèque, promenade au parc, bibliothèque, spectacles pour enfants).

Vous n'avez pas le moral ? Vous vous sentez perdue, seule et fatiguée ? Vous avez perdu confiance en vous ou dans les autres ? C'est plus compliqué que vous ne l'aviez imaginé ? Vous ne savez pas vers qui vous tourner ? Vous avez besoin d'être entendue et comprise ?

Prestation 3 : « Notre service propose à la bénéficiaire un soutien moral et psychologique. »

Notre service aide la bénéficiaire à surmonter des épisodes difficiles, des moments d'angoisse ou de découragement, à reprendre confiance en elle et à revaloriser son image de soi.

Il propose une disponibilité et une écoute permanente 24 heures/24.

L'aide psychologique apportée à la bénéficiaire vise également à réduire son isolement par le partage de certains moments de la journée, à réduire ses tensions, à mieux maîtriser ses réactions.

Le service peut également proposer si besoin une intervention psychothérapeutique.

Vous êtes en rupture familiale ? Vous êtes en conflit avec vos proches ou le père de votre enfant ? Vous avez besoin de renouer des liens ou de prendre de la distance ? D'y voir plus clair ?

Prestation 4 : « Notre service propose à la bénéficiaire un conseil et un accompagnement concernant sa situation familiale. »

Il s'agit de l'aider à clarifier sa situation relationnelle, d'envisager le futur climat familial qui sera le sien et celui de son enfant, ses rapports avec le père de son enfant (les relations qui existent autour de l'enfant, la place des autres membres de la famille).

Notre service offre si besoin une facilitation ou une médiation entre la bénéficiaire et son partenaire ou d'autres membres de sa famille, lorsque les relations s'avèrent distendues ou conflictuelles et peuvent nuire au climat familial.

Vous avez des problèmes de santé ? Vous ne vous en êtes pas occupés ? Vous ne savez pas comment faire avec votre bébé ? Vous ne connaissez pas

bien votre corps ? Vous avez besoin de conseil et d'accompagnement pour mieux prendre soin de vous ?

Prestation 5 : « Notre service assure à la bénéficiaire un suivi en matière de santé. »

En premier lieu, notre service fournit à la bénéficiaire une information quant à l'existant en matière de soin, lui explique le rôle des différents spécialistes, l'aide à choisir son thérapeute si nécessaire.

Il assure un suivi en matière de santé, veillant à ce que les bilans médicaux soient effectifs et les vaccinations à jour, accompagne quand il le faut la bénéficiaire pour la prise de rendez-vous, lui fournit les explications nécessaires pour une bonne compréhension des ordonnances, des examens et des traitements éventuels.

Notre service prodigue également des informations et des conseils dans les divers domaines de l'hygiène de vie, et si nécessaire, oriente vers d'autres intervenants : sommeil, alimentation, prévention du tabagisme, de l'alcoolisme, des stupéfiants et des IST, hygiène corporelle, contraception.

En matière d'insertion sociale

Vous n'avez parfois plus goût à rien ? Vous n'entreprenez plus les démarches nécessaires ? Vous avez besoin de redonner un sens à votre vie ?

Prestation 6 : « Notre service favorise la remobilisation personnelle de la bénéficiaire. »

Notre service propose diverses interventions (séjours de vacances, excursions, spectacles, activités sportives et de loisirs, événements, fêtes traditionnelles) visant à redonner à la bénéficiaire l'envie d'entreprendre, d'avoir des projets et une vie sociale, à stimuler chez elle le goût de créer, de s'exprimer et d'améliorer sa communication et sa présentation.

Ces interventions passent par la valorisation personnelle de la bénéficiaire ou l'accomplissement de certaines potentialités sociales, intellectuelles, créatives, artistiques, sportives, culturelles, etc. Il peut s'agir encore de l'aider à s'inscrire dans des activités culturelles ou sportives, de l'inciter à s'inscrire à une bibliothèque,

Vous êtes à la rue ? Vous cherchez un logement et avez des difficultés à en trouver ? Vous êtes en danger là où vous logez ? Vous avez des difficultés financières ? Vous avez besoin d'un hébergement sécurisé pour vous et votre enfant ? Vous avez besoin d'aides matérielles et financières ?

Prestation 7 : « Notre service fournit à la bénéficiaire un hébergement et une aide matérielle. »

Notre service propose un logement dans l'agglomération troyenne, dans un quartier bien desservi par les transports en commun et à proximité de commerces et de divers services (pharmacie, médecin, école, police, etc.).

Les logements proposés sont de deux ordres :

- de maisonnettes mitoyennes meublées en rez-de-jardin, de type T3, d'au moins 40 m², sécurisées et attenantes aux bureaux de l'USMA ;
- des appartements banalisés non meublés, de type T3, dans de petits immeubles de 4 ou 5 étages.

Notre service propose une aide à l'installation qui comprend l'emménagement proprement dit, le montage et la disposition des meubles, un conseil en matière d'aménagement et d'utilisation des équipements (les compteurs, les appareils ménagers, le chauffage, etc.). Un rafraîchissement de l'appartement (peinture) est éventuellement effectué avec l'intéressée. Une ligne téléphonique est ouverte par nos soins, la bénéficiaire payant ses communications.

En cas de besoin, notre service fournit à la bénéficiaire et son bébé un certain nombre d'aides matérielles :

- une aide alimentaire ;
- les effets nécessaires au nouveau-né, dont les couches ;
- une aide à l'habillement ;
- une aide aux frais de santé (produits pharmaceutiques) ;
- une aide aux frais de garde ;
- une aide au transport ;
- une aide concernant les produits d'entretien ;
- une aide aux frais scolaires (inscription et fournitures) ;
- de l'argent de poche, des cadeaux de naissance et d'anniversaire ;
- autres (clés, ampoules électriques, petits matériels, etc.).

Vous avez du mal à faire valoir vos droits ? Vous ne savez pas quelles démarches s'avèrent utiles ? À qui vous adresser ? Vous avez des difficultés à remplir les formulaires administratifs et à réunir les documents nécessaires ? À vous y retrouver dans vos papiers ? Vous avez besoin d'informations et d'accompagnement pour vos démarches ?

Prestation 8 : « Notre service fait accéder la bénéficiaire à ses droits et l'aide dans ses démarches administratives. »

Notre service aide la bénéficiaire à connaître ses droits et ses devoirs essentiels, ainsi qu'à effectuer les démarches indispensables pour les faire valoir.

Il présente les différents services des administrations auxquels la bénéficiaire aura affaire : PMI, CAF, etc., et lui en explique la bonne utilisation. Notre service l'aide à remplir et à obtenir certains documents auprès des différentes administrations : services fiscaux, Pôle Emploi, CPAM, ASP, missions locales, mairie, préfecture, Urssaf, etc.

Notre service veille à ce qu'elle dispose des documents administratifs nécessaires : papiers d'identité, carte vitale, livret de famille, permis de conduire, compte bancaire et l'aide à classer ses papiers et factures.

Notre service forme la bénéficiaire à la maîtrise de ces démarches dans le futur.

Vous n'arrivez pas à gérer votre budget ? Vous n'avez plus d'argent bien avant la fin du mois ? Vous n'avez pas de ressources, vous êtes surendettée ? Vous avez du mal à limiter vos achats ?

Prestation 9 : « Notre service apprend à la bénéficiaire à gérer son budget, à faire des choix de consommation. »

Notre service initie la bénéficiaire aux actes économiques de base : prévoir ses achats, établir un budget, faire ses comptes.

Il l'aide également à établir des priorités en matière de consommation et donc de mode de vie : à faire des choix, à anticiper des dépenses, à réaliser des économies en vue d'un projet.

Vous avez du mal à organiser votre logement ? Vous vous laissez rapidement déborder ? Vous avez des difficultés à équiper votre intérieur et à l'entretenir ? Vous avez besoin de conseil en matière de décoration, de rangement, d'hygiène, d'entretien et de sécurité domestiques ?

Prestation 10 : « Notre service apprend à la bénéficiaire à gérer son intérieur. »

Notre service apprend à la bénéficiaire tout ce qui est indispensable à la tenue d'un foyer : respecter les règles de sécurité quotidiennes, nettoyer et entretenir son appartement, savoir utiliser les appareils ménagers, faire la cuisine, laver et repasser du linge, faire des courses en tenant compte des proportions et des dates de péremption, réaliser des menus équilibrés, savoir se servir des produits d'entretien et les stocker.

Il s'agit encore de l'aider à s'organiser et à gérer son temps, à faire appel, si nécessaire, à des aides extérieures,

Vous vous sentez vite en difficulté avec les autres ou en conflit avec eux ? Vous n'avez pas toujours les bons gestes et les bonnes paroles ? Vous n'êtes pas à l'aise dans les situations sociales parce que vous ne connaissez pas toujours les règles de savoir vivre ? Vous n'arrivez pas toujours à vous maîtriser ? Vous avez des difficultés à demander conseil ?

Prestation 11 : « Assurer un conseil en matière de codes et conduites sociaux. »

Le service vise l'amélioration de la socialisation des personnes accueillies, leur intégration et leur bonne utilisation des attitudes et codes sociaux fondamentaux : formules de politesse, façons civiles de parler et de se tenir, présentation de soi (coiffure, vêtue), en faisant appel à des mises en situation. Pour ce faire sont privilégiés l'apprentissage de la vie en groupe, le sens du partage, le respect des autres, de leur image, de leur intégrité physique et de leurs biens.

Vous n'avez pas de projet défini en matière de formation et d'emploi ? Vous voulez poursuivre votre scolarité ? Vous voulez accéder à une formation pour acquérir un diplôme et trouver plus facilement un emploi ? Vous recherchez un emploi ? Vous avez besoin de conseil et d'accompagnement dans ces domaines ?

Prestation 12 : « Développer l'accès à la formation et l'employabilité de la bénéficiaire et l'accompagner dans son insertion professionnelle. »

Notre service aide la bénéficiaire à poursuivre des études, à rechercher un établissement scolaire et un mode de garde pour son enfant. Nous pouvons aussi lui proposer un soutien scolaire.

Notre service accompagne les bénéficiaires dans la connaissance et l'utilisation des dispositifs de droit commun. Notre service aide la bénéficiaire à faire face aux exigences du monde du travail : respecter des horaires, acquérir un rythme de vie, se déplacer, passer son permis de conduire, l'aider à rechercher des stages.

Si besoin, notre service conseille la bénéficiaire en matière de présentation de soi (habillement, attitude, langage et comportement) et travaille avec elle sa mise en valeur personnelle. Il l'aide ponctuellement à réaliser un CV, à savoir parler de ses compétences et de ses expériences, à savoir téléphoner et obtenir un rendez-vous, à rédiger une lettre de motivation,

à gérer un entretien d’embauche, et l’accompagne auprès des différents acteurs de l’insertion professionnelle.

DES EXEMPLES DE PRESTATIONS

Afin d’illustrer ce qui précède, nous proposons quelques exemples de prestations délivrées par des ESMS. Ils témoignent de travaux de groupes de pilotage que nous avons pu animer lors d’interventions de formation. Nous ne pouvons naturellement multiplier les cas dans le cadre de cet ouvrage, bien que nous disposions d’une foule d’exemples plus intéressants les uns que les autres. Nous en avons retenu quatre, représentant des publics différents dans leurs âges et leurs attentes :

- celui d’un IME ;
- celui d’un Esat ;
- celui d’un Ehpad ;
- celui d’un Ssiad.

Exemple n° 1 : un IME

Prestation 1 : « Nous assurons auprès de nos bénéficiaires une prestation hôtelière. »

Notre établissement se situe sur la commune de Muret-sous-Bois, à la limite de Plaisance et de Valleris dans le sud-est du département de Seine et Loire. Intégré dans un environnement pavillonnaire, notre établissement est particulièrement accessible par le train Éole (gare de Muret), par le RER (station Franconnie), par le bus (arrêt de la ligne 127 devant le portail) ou par la voiture (A86). Son environnement comprend différents équipements scolaires (école, collège, lycée), médico-sociaux et sanitaires (Esat, services de l’intersecteur : CMP et CATTP), culturels et sportifs.

Notre établissement est de conception récente (1982). De plain-pied, il offre une bonne accessibilité. Son architecture alvéolaire permet une différenciation des espaces, une bonne circulation interne, ainsi qu’une ambiance lumineuse. Il comprend une cour intérieure, des espaces verts et des jardins, des jeux, des salles adaptées et équipées, une salle à manger.

L’IME de Muret possède des sanitaires adaptés pour garçons et filles, ainsi qu’une balnéothérapie annexée à une salle de kinésithérapie et un espace Snoezelen.

La restauration assurée par notre établissement est réalisée sur place par nos cuisiniers. Elle obéit aux normes d’hygiène du protocole HACCP⁵. Elle

5. *Hazard Analysis Control Critical Points* (système international en matière de normes d’hygiène).

est équilibrée et variée. Elle s'efforce de prendre en compte les pratiques culturelles courantes.

Le service lingerie de notre établissement assure l'entretien du linge plat.

Nous assurons le transport collectif des bénéficiaires depuis leur domicile jusqu'à l'établissement, ainsi que pour toutes les activités et consultations nécessaires. Pour ce faire, nous disposons d'une flotte de minibus et sollicitons également des sociétés de transports extérieures.

Prestation 2 : « Nous assurons la protection et la sécurité de chaque bénéficiaire. »

L'IME satisfait aux normes de sécurité en vigueur et se trouve régulièrement soumis à des contrôles de la part des services habilités.

Les enfants et adolescents, accueillis au sein de l'établissement, sont encadrés en permanence par des professionnels et sont placés sous la responsabilité de l'IME. Une assurance en responsabilité civile est souscrite par l'établissement et par la famille de chaque enfant et adolescent.

Cet encadrement est modulé en fonction de chaque bénéficiaire : ceux qui disposent d'un bon discernement et des capacités nécessaires peuvent venir par leurs propres moyens à l'établissement.

Le personnel de l'établissement se montre vigilant à tout risque d'atteinte physique ou morale des enfants et adolescents qui lui sont confiés, tant du fait de leurs pairs, des adultes que de leur propre fait ou de celui de l'environnement.

Des feuilles de présence sont tenues quotidiennement, afin de s'assurer de la présence des usagers. Pour des questions d'urgence, un cadre peut être sollicité à tout moment.

Dans le cadre des activités à l'IME, des équipements spécifiques sont prévus répondant aux normes de sécurité en vigueur (tenues de travail, lunettes, casques, etc.).

Une partie du personnel possède une formation aux premiers secours.

Prestation 3 : « Nous assurons une surveillance en matière de santé (surveillance médicale, rééducation et éducation à la santé). »

L'institut de Muret prend en compte les difficultés et symptômes de l'enfant, dès son arrivée, en mettant en place, avec son accord, des prises en charge spécifiques, individualisées, contribuant au développement du langage, du schéma corporel, de l'aisance psychomotrice dans un projet global de structuration de la personnalité.

Ces prises en charge thérapeutiques, rééducatives et d'éventuels entretiens de soutien psychologique sont décidés, en réunion d'équipe.

Les personnels font preuve de vigilance à l'égard de tout symptôme manifeste ou déclaré de la part de l'enfant ou de l'adolescent accueilli.

Notre établissement assure des soins de nature préventive et une surveillance régulière du développement de l'enfant. Celle dernière passe par :

- une visite médicale annuelle ;

- un suivi des vaccinations ;
- les consultations, examens et bilans nécessaires ;
- une surveillance de la prise de médicaments et des effets secondaires.

Afin d'assurer la continuité des traitements, une coordination est établie avec le médecin de famille.

À titre exceptionnel, notre infirmière peut assurer la prise de rendez-vous et accompagner le bénéficiaire. Notre équipe médicale et l'infirmière s'informent des suites médicales : traitements et soins, et intervient également dans l'achat des médicaments ne nécessitant pas une ordonnance.

Notre établissement assure également la gestion du dossier médical dans le respect du secret médical.

Une information peut être également prodiguée auprès des enfants et adolescents en matière d'hygiène de vie (qu'il s'agisse, de l'alimentation, de la prévention du tabagisme et de l'alcoolisme, des méthodes contraceptives et des infections sexuellement transmissibles).

Notre infirmerie comprend un espace de consultation médicale, ainsi que d'une chambre de repos dans le service du Soleil rouge.

La présence d'une infirmière durant la journée permet d'assurer les petits soins et de préparer les traitements médicamenteux. La distribution des médicaments respecte une procédure déterminée. Les médicaments sont stockés dans une armoire fermée à clé qui se trouve dans l'infirmerie.

En outre, des procédures sont définies afin de répondre à des situations d'urgence de malaise ou de crise (par exemple : brûlures, crises d'asthme, choc anaphylactique, fausse route, épilepsie, hypoglycémie, hémorragie, etc.).

Prestation 4 : « Nous offrons à chaque bénéficiaire un soutien psychologique. »

Notre établissement offre aux enfants et adolescents accueillis un espace d'écoute et d'expression. Il assure également une vigilance en cas de repli anormal, de tension, d'anxiété ou de manifestations agressives envers lui-même ou les autres.

Il procure un réconfort de circonstance quand cela lui est demandé ou paraît nécessaire. Il se propose également d'apaiser les souffrances, les angoisses et les tensions des enfants et adolescents accueillis, de leur permettre de mieux maîtriser leurs émotions et leurs comportements, de favoriser leur expression.

Les psychologues de l'établissement apportent leur concours à l'élaboration du projet personnalisé de chaque enfant ou adolescent sur la base d'un bilan psychologique, établi à partir de tests ou d'entretiens.

Des entretiens spécifiques peuvent être proposés à l'enfant, l'adolescent ou ses parents.

En cas de difficultés psychologiques plus importantes, et en accord avec la famille, un dispositif psychothérapeutique plus conséquent (accompagnement individuel ou groupal) peut être proposé à l'enfant ou l'adolescent à l'extérieur de l'établissement.

Prestation 5 : « Nous promouvons l'autonomie du bénéficiaire. »

Notre établissement favorise les découvertes dans le domaine gestuel, moteur, sensoriel, verbal en offrant de nouvelles expériences. Il vise à développer les savoir-faire usuels des enfants et adolescents, en fonction des possibilités de chacun. Il s'agit de les aider à faire face aux exigences des situations de la vie de tous les jours, telles que s'alimenter, se laver, s'habiller, se déplacer dans l'établissement et à l'extérieur en utilisant différents moyens de locomotion, utiliser les commerces et services de proximité, etc.

Notre établissement se propose également de fournir les informations nécessaires à une bonne utilisation de l'environnement et ses conditions d'accessibilité.

Prestation 6 : « Nous favorisons l'apprentissage des conduites et codes sociaux. »

L'établissement vise l'intégration et la bonne utilisation d'attitudes et de codes sociaux, tels que formules de politesse, civilités, façons de parler et de se tenir, présentation de soi (coiffure, vêture). Pour ce faire, sont privilégiés l'apprentissage de la vie en groupe, le sens du partage, le respect des autres, de leur image, de leur intégrité physique et de leurs biens.

L'établissement tend également à l'acquisition plus large des règles sociales, des droits et devoirs qui y sont liés, en faisant appel à des mises en situations à l'intérieur comme à l'extérieur de notre établissement.

Prestation 7 : « Nous proposons au bénéficiaire un suivi scolaire ou une scolarité alternative. »

Notre établissement propose une scolarité personnalisée, sur la base d'une évaluation systématique menée par l'enseignant référent, suivant une progression adaptée aux capacités, à l'état de santé et aux modes d'apprentissage de l'enfant. Cette progression fait l'objet d'une évaluation annuelle, portée à la connaissance de l'intéressé et de ses parents, par l'enseignant ou le responsable de son projet.

La scolarité proposée par notre IME est assurée par des enseignants spécialisés mis à disposition par l'Inspection académique. Elle se réalise en petits groupes de 2 à 4 élèves, sur des séquences modulables, allant d'une à quatre séances par semaine. Le contenu scolaire s'attache aux apprentissages fondamentaux : lire, écrire, compter, et à l'acquisition d'une culture générale. Un travail pédagogique est également mené dans des activités interdisciplinaires, en lien avec les groupes éducatifs.

L'IME participe à l'élaboration d'un « contrat d'intégration » avec l'Éducation Nationale et les parents (ou les représentants légaux) de l'élève, en fonction de leurs aspirations, des aptitudes de leur enfant et des opportunités de l'environnement. Ce contrat définit les objectifs scolaires et les modalités de prise en charge propres à chaque enfant ou adolescent.

Notre établissement assure le transport du bénéficiaire entre l'IME et son établissement scolaire.

Il fournit à l'école toute information utile au bon déroulement de la scolarité du bénéficiaire et son corps enseignant peut intervenir à la demande de l'établissement scolaire ou du bénéficiaire lui-même.

Il participe à un bilan annuel en partenariat avec les parents et l'école.

Prestation 8 : « Nous assurons à chaque bénéficiaire une formation technique et une sensibilisation au monde du travail pour les jeunes de l'IMPro. »

Nous proposons un enseignement à caractère technique pour les élèves qui en ont les aptitudes. Cet enseignement est dispensé en journée dans des ateliers (« atelier horticulture et espaces verts, atelier polyvalent, atelier de préparation au monde du travail, atelier cuisine, atelier couture »). Cet enseignement ne prétend pas déboucher sur des formations qualifiantes mais vise plutôt l'intégration de gestes professionnels fondamentaux et des principales exigences du monde du travail protégé ou ordinaire (ponctualité, stabilité à un poste de travail, réalisation d'une tâche, travail en équipe, respect de consignes, etc.).

Dans ce sens, nous proposons des mises en situations réelles de travail, par le biais de stages en milieu protégé, afin d'apprécier les capacités d'adaptation des élèves à différents univers professionnels.

Prestation 9 : « Nous proposons des activités de développement personnel au bénéficiaire. »

Notre établissement propose des activités dont le but est de développer les potentialités et les capacités de l'enfant ou de l'adolescent dans divers domaines. Ces activités peuvent être à :

- vocations sportive et motrice (vélo, piscine, équitation, bowling, judo, foot, etc.) ;
- artistique et culturelle (peinture, poterie, cinéma, musique) ;
- cognitive et intellectuelle (activités d'éveil, informatique, nouvelles technologies, activités parascolaires) ;
- relationnelle et sociale (activités de communication : orale, gestuelle, écrite ou imagée, manifestations et événements locaux, achats, promenades, journal...).

Prestation 10 : « Nous organisons ou proposons des sorties et des séjours à vocation éducative ou pédagogique au bénéficiaire. »

Régulièrement des sorties éducatives et pédagogiques sont programmées en lien avec le projet personnalisé de l'enfant (visite de musées, châteaux, ferme, sortie cinéma, zoo, etc.)

Notre établissement organise des séjours de 5 à 15 jours avec hébergement varié (gîtes, mobile homes, Center Parcs, etc.). Ces séjours se font en groupes restreints (jusqu'à 15 jeunes) dans le respect des textes réglementaires et avec des objectifs éducatifs ou pédagogiques précisés par un projet. L'encadrement est adapté au projet de séjour et aux personnes participantes.

Notre établissement propose en outre aux parents qui le souhaiteraient un conseil et une aide aux démarches en matière de séjours de vacances en dehors des périodes d'ouverture de l'établissement : notre assistante sociale est chargée de cette mission.

Prestation 11 : « Nous proposons un suivi de l'intégration sociale et professionnelle au bénéficiaire. »

Lorsque le bénéficiaire atteint l'âge de 18 ans, notre établissement envisage avec lui et ses parents (ou représentants légaux) quelle sera sa future situation en accord avec son éventuel projet de vie.

Au regard de sa vie personnelle, nous lui proposons divers modes d'accompagnement ou d'hébergement : foyers occupationnels, SAVS, foyers de vie, foyers d'accueil médicalisés, maisons d'accueil spécialisées, foyers d'hébergement, etc. Nous pouvons mettre en place des séjours de découverte de ces différentes structures.

Au regard de l'activité professionnelle, nous lui proposons de l'accompagner vers un emploi éventuel en milieu adapté ou ordinaire de travail (Esat, entreprise adaptée). Pour ce faire, nous établissons une évaluation des souhaits du bénéficiaire, ainsi que de ses compétences techniques et comportementales.

Ensuite, notre établissement met en place des stages de découverte au sein d'établissements de travail protégé ou d'entreprises ordinaires, qui visent la préparation et l'adaptation de la personne au monde du travail.

Notre établissement assure éventuellement un suivi administratif et un soutien éducatif à la personne sur son lieu de travail (informations, relations avec la hiérarchie et ses collègues) durant 3 ans.

Exemple n° 2 : un Esat

Prestation 1 : « Fournir une activité à caractère professionnel. »

L'Esat propose un poste de travail à la personne accueillie après consensus au terme de la période d'essai. Ce poste est attribué sur la base de ses aptitudes, de ses capacités, de ses souhaits et des possibilités de l'Esat. Il peut être aménagé aux plans ergonomique et du volume horaire.

Ce poste est attribué dans les domaines d'activités suivants qui sont susceptibles de varier et de s'adapter aux compétences des travailleurs et des commandes des clients de l'Esat :

- entretien d'espaces verts (taille, tonte, débroussaillage, ramassage de feuilles, petit élagage, broyage, création de massifs, utilisation raisonnée de produits phytosanitaires, conseil client) ;
- routage (reprographie, traitement et impression de fichiers, mailing, publicité, courriers, façonnage, colisage, insertion, pliage et envoi de documents, affranchissement et publipostage) ;
- sous-traitances diverses (montage, assemblage et conditionnement, petite mécanique, soudure, câblage, etc.) ;

- signalétique et publicité (marquage sur tous supports, autocollants, flocage de vêtements, bâches, drapeaux, kakémonos, *roll-up*, découpe d'adhésifs et impression numérique) ;
- magasinage (réception, livraison des marchandises, contrôle qualité d'entrées et de sorties, gestion de stock informatisée) ;
- autres services en mise à disposition en milieu ordinaire en individuel ou en groupe avec ou sans moniteur (préparation de commandes, magasinage, etc.) ;
- divers projets sont à l'étude (couture, production de miel).

Prestation 2 : « Nous proposons au travailleur des actions de formation professionnelle (au-delà du plan de formation). »

L'Esat propose un certain nombre de formations qui visent une meilleure qualification professionnelle des travailleurs, telles que :

- formation à la conduite d'engins ;
- magasinage ;
- entretien des outils pour les espaces verts ;
- apprentissage informatique ;
- câblage ;
- maintenance ;
- bilans de compétences, etc.

Prestation 3 : « Nous assurons une vigilance adaptée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail. »

Nous jouons un rôle de veille auprès de la médecine du travail qui assure le suivi médical des travailleurs de l'Esat.

Nous proposons des actions d'information et de prévention concernant l'hygiène de vie (maladies transmissibles, alimentation, hygiène corporelle, alcoolisme, tabagisme, drogue, contraception) assurées par des intervenants internes ou externes (planning familial).

Nous proposons également une formation aux gestes de sécurité (exercices incendies, évacuation, secourisme du travail, gestes et postures au travail, respect des consignes).

Nous assurons un suivi de la connaissance et du respect des règles et consignes de sécurité (port de tenues spéciales, affichage des consignes, méthodes de prévention des risques).

Prestation 4 : « Nous promouvons le développement personnel des travailleurs. »

L'Esat propose des activités contribuant à l'amélioration du bien-être, du savoir-être, mais aussi à l'affirmation de la personnalité et de l'autonomie du travailleur. L'art-thérapie y tient une place importante. Ses activités peuvent solliciter des compétences internes comme des intervenants extérieurs :

- art-thérapie (utilisant divers supports comme le théâtre, les arts plastiques, la relaxation) ;

- estime de soi, image de soi ;
- vie affective et sexuelle ;
- chant, poésie ;
- culture générale (rattrapage scolaire, vie quotidienne, sécurité routière) ;
- communication et informatique ;
- travaux manuels (cartonnage, cuisine).

Prestation 5 : « Nous favorisons la participation sociale des travailleurs. »

L'Esat propose également diverses interventions d'information, de facilitation ou de médiation auprès de l'environnement du travailleur afin de favoriser sa participation sociale (utilisation des transports, aide au logement, manifestations locales, organisation des loisirs et séjours de vacances, etc.).

Prestation 6 : « Nous accompagnons les travailleurs qui sont mis à disposition en milieu ordinaire de travail. »

L'Esat propose :

- une information auprès des entreprises pressenties concernant l'emploi de personnes en situation de handicap (les aides, les compétences, les obligations) ;
- la mise en place d'un accompagnement de la personne sur le poste de travail en lien avec les collègues de travail et l'encadrement de l'entreprise (sensibilisation de l'entreprise d'accueil à la question du handicap, précisions sur les attitudes particulières de la personne, soutien du travailleur pour les questions de transport, d'horaires, de repas, de relations avec l'entreprise) ;
- en cas d'embauche, l'Esat assure un suivi durant une année.

Prestation 7 : « Nous assurons au bénéficiaire un accompagnement dans son environnement de travail. »

Nous proposons un soutien moral facilitant l'interaction entre la personne et les exigences du fonctionnement de l'atelier. Ce soutien peut prendre la forme :

- d'une aide à la compréhension et à la gestion d'événements personnels ;
- d'une aide à la gestion des émotions, du stress et des comportements violents ;
- d'une prévention et d'une aide à la résolution de conflits internes ou de conflits de cohabitation à l'Esat.

Prestation 8 : « Nous proposons une restauration. »

L'Esat assure la délivrance du repas de midi sous forme de ticket restaurant qui peut être utilisé à sa guise par le travailleur (repas traiteur à l'Esat ou auprès d'autres prestataires extérieurs).

Ce repas est livré par un prestataire extérieur en liaison froide. Une « commission repas » établit les menus pour la quinzaine qui suit. Les repas bénéficient d'un conseil diététique et tiennent compte des régimes prescrits et des pratiques culturelles.

L'Esat met à disposition des distributeurs de boissons (chaudes et froides) et des fontaines à eau réfrigérée.

Prestation 9 : « Nous promouvons le parcours professionnel du travailleur en Esat en élaborant avec lui un projet personnalisé. »

L'Esat élabore un « projet personnalisé » sur la base d'un recueil d'attentes du bénéficiaire (souhaits et aspirations), des observations des divers professionnels qui interviennent auprès de lui (aptitudes et compétences) et de son environnement (ressources, appuis, réseau, opportunités, obstacles). L'Esat veille à ce que ce projet personnalisé à caractère professionnel s'inscrive dans le « projet de vie » de la personne.

L'Esat planifie et met en œuvre ce projet personnalisé de manière concertée.

Prestation 10 : « Nous assurons un accompagnement socio-administratif pour l'accueil et le suivi. »

L'Esat réalise :

- une information et un accompagnement concernant les droits et leur exercice, les démarches administratives nécessitées par la prise en charge et son évolution (changement de statut, y compris la préparation à la sortie de l'établissement, ouverture des droits à une couverture sociale, aux soins, à la formation et à l'emploi, diverses prestations sociales...) ;
- le suivi calendaire des dossiers d'orientation CDAPH (RQTH et orientation Esat) : actualisation, renouvellement et/ou réorientation après élaboration du projet d'accompagnement personnalisé ;
- une information aux familles sur les dispositifs sociaux existants et leurs incidences ;
- une aide à la résolution de situations sociales personnelles (recherche de mode d'hébergement, ouverture et suivi de dossier d'aide financière, conseil et soutien en situation d'urgence) ;
- un relais avec les familles et une coordination avec les responsables légaux (curateurs, tuteurs) quand cela s'avère indispensable.

Prestation 11 : « Nous proposons des stages de découverte du contexte de travail en Esat. »

L'Esat propose des stages visant une sensibilisation au monde du travail adapté à des personnes généralement issues de structures médico-sociales (IME, ITEP, IEM...) ou vivant au sein de leur famille. Celle-ci concerne tant le travail en équipe, le respect des horaires et des consignes, la diversité des activités.

Au terme du stage, l'Esat leur délivre un bilan, assorti d'un conseil, voire d'une mise en relation avec des partenaires.

Prestation 12 : « Nous proposons des stages d'évaluation. »

À la demande d'associations, d'établissements, de Pôle emploi ou de la mission locale jeunes, l'Esat propose des stages d'évaluation destinés à dresser un bilan des aptitudes et compétences d'une personne à un poste

de travail, ainsi que de ses capacités à s'intégrer dans un environnement professionnel.

Ces stages proposent :

- des situations de travail à la personne concernée, qui permettent aux professionnels de conduire un ensemble d'évaluations portant sur les aptitudes, les compétences, les connaissances et les comportements requis ;
- un bilan restituant l'ensemble des observations, un retour d'information au bénéficiaire du stage ainsi qu'à l'organisme demandeur.

Exemple n° 3 : un Ehpad

Prestation 1 : « Fournir au bénéficiaire une prestation hôtelière (hébergement, restauration, entretien du linge et transport). »

Notre établissement se trouve implanté dans le Maine-et-Loire, sur la commune de Mûrs-Érigné, commune de cinq mille cinq cents habitants, appartenant à la conurbation « Angers-Loire Métropole » à une quinzaine de kilomètres du centre de la ville d'Angers. La commune est facilement accessible par la route (voie rapide) et par les transports urbains (un arrêt de bus est situé à la porte de l'établissement).

La Résidence *La Buisserie* (Ehpad) est implantée sur un contrefort de Mûrs, surplombant le Louet. Ancienne maison de maître sur trois niveaux, l'établissement a fait l'objet d'une restructuration d'envergure entre 1998 et 2002, visant à le mettre aux normes et à améliorer son niveau de confort. En 2007, a été rajouté un bâtiment supplémentaire destiné à l'accueil de jour. La résidence dispose d'un jardin arboré et tout spécialement aménagé.

La résidence propose des chambres toutes accessibles à des personnes à mobilité réduite et offrant une belle surface. Soixante-seize d'entre elles sont individuelles (d'une surface minimale de 20 m²) et quatre sont destinées à des couples (de 30 m²). Les chambres sont orientées sud/sud-ouest, disposent d'une vue sur jardin et bénéficient d'une bonne clarté. Toutes sont bien équipées : salle de bain privative avec WC et douche adaptés, prises Internet et téléphonique, prise pour télévision avec TNT, fenêtre à double vitrage. Notre établissement peut mettre le mobilier nécessaire à disposition des résidents, mais ceux-ci sont encouragés à personnaliser leur domicile.

La résidence dispose de divers sanitaires par étage (tous adaptés pour des personnes à mobilité réduite), d'une grande salle à manger où sont pris les repas, de coins salons (dont un climatisé), d'un espace bibliothèque, d'une chapelle interne, d'un salon coiffure, d'un espace informatique avec accès Internet réservé aux résidents, d'une salle d'activité polyvalente équipée d'une cuisine, permettant des activités variées.

La restauration est assurée par une cuisine interne et propose une alimentation traditionnelle et variée qui tient compte des goûts des résidents. Les repas sont préparés dans le respect des règles d'hygiène alimentaire (HACCP). Les régimes prescrits médicalement et les pratiques culturelles de chacun sont respectés. Les repas sont pris ensemble dans une salle à manger chaleureuse,

possédant un espace d'accueil pour les proches et les personnes âgées de la commune, ou bien dans la chambre des bénéficiaires qui le souhaitent.

L'entretien des locaux est assuré quotidiennement par nos agents hôteliers.

Si besoin, notre établissement peut assurer une aide à l'installation des résidents.

L'entretien du linge plat est sous-traité, tandis que le linge personnel des résidents est réalisé par notre lingerie. Le linge est rendu lavé, plié et repassé. Il est rangé par les membres du personnel.

Prestation 2 : « Assurer au bénéficiaire une sécurité et une protection. »

L'établissement vise à protéger chaque bénéficiaire des dangers provenant de son environnement, d'autrui et de son propre fait.

L'Ehpad *La Buissaie* répond aux normes de sécurité et se trouve protégée par un système d'alarme général anti-incendie. Une présence est assurée 24 heures/24 dans l'enceinte de l'établissement.

Les locaux possèdent un système de désenfumage, de nombreux extincteurs et portes coupe-feu. Le personnel est formé à la sécurité incendie et à la mise en sécurité des personnes. L'établissement dispose d'un groupe électrogène permettant la continuité des équipements essentiels (chauffage, éclairage, ascenseurs, alarmes, réfrigération, etc.).

Toutes les chambres sont munies d'un détecteur de fumée et d'un appel malade.

Durant la nuit, un aide-soignant et un agent hôtelier assurent une veille.

D'autre part, les différents étages de l'établissement sont desservis par quatre ascenseurs. Ces derniers sont entretenus régulièrement et possèdent chacun une alarme. Ils sont tous accessibles à des personnes à mobilité réduite.

Chaque bénéficiaire possède la clé de sa chambre, sachant que le personnel dispose d'un double de chaque porte en cas de nécessité.

Les documents confidentiels sont conservés dans le bureau du personnel de chaque unité de vie. L'établissement possède un coffre, mis à la disposition des bénéficiaires, afin de conserver leurs éventuels objets précieux.

Le personnel dispose d'une fiche individuelle informatisée concernant chaque résident, réactualisée de façon permanente, et des différents numéros d'urgence. Les médicaments sont stockés dans un local fermé à clés, ainsi que les produits d'entretiens.

Des fiches de présence sont tenues à jour, afin de s'assurer de la présence des bénéficiaires dans l'établissement.

Prestation 3 : « Assurer un suivi en matière de santé. »

Un médecin coordonnateur supervise la « politique de santé » de notre établissement ; il rencontre chaque résident avant même son installation et lors de son arrivée ; il assure la coordination des diverses interventions auprès du résident et contribue à la formation des personnels d'accompagnement. Le personnel infirmier assure la prise des rendez-vous nécessaires.

L'équipe d'accompagnement fait preuve de vigilance à l'égard des personnes concernant tout changement de leur état de santé et de leur comportement

physique et mental. Elle assure une hygiène de vie au quotidien (toilette, alimentation, sommeil, surveillance du poids, des selles, prévention des escarres, gestion de l'incontinence et accompagnement aux toilettes), les petits soins journaliers, ainsi que le confort des résidants (prise en compte de la douleur et de la désorientation, prévention de la déshydratation, etc.). Aucune contention n'est pratiquée sans avis médical. Par ailleurs, les personnels bénéficient de formations spécifiques et actualisées : « soins palliatifs, dépression, traitement de la douleur, bientraitance ».

Le personnel veille quotidiennement au confort et à l'installation du bénéficiaire (lit, fauteuil, chaise-douche, utilisation du lève-personne, etc.). Selon les besoins, l'équipement des chambres peut être adapté (lit médicalisé ou « lit Alzheimer », rampes murales, barre de maintien, etc.).

Dans leurs temps d'intervention, les personnels se montrent à l'écoute des attentes des résidants en veillant au maintien de leur autonomie chaque fois que possible. Ces temps sont aussi l'occasion de conseiller et d'informer les personnes sur la prise en considération de leur santé dans leurs comportements quotidiens.

Le personnel soignant (infirmières, aides-soignantes) pratique régulièrement les prises de sang, la prise des constantes, le suivi du poids, la mise en place des perfusions et injections. Il assure l'organisation et la distribution des traitements médicamenteux. Les doses administrées individuelles sont préparées dans une officine pharmaceutique. Dans ce domaine, l'établissement bénéficie du conseil d'un pharmacien référent.

Les traitements médicamenteux sont expliqués aux bénéficiaires en s'assurant au mieux de leur compréhension.

Des soins psychiatriques peuvent être assurés, si nécessaire, par un médecin psychiatre du centre hospitalier spécialisé voisin. En cas de besoin, des séances de rééducation et d'autres soins peuvent être assurés par des praticiens extérieurs (kinésithérapeutes, orthophonistes, pédicures, etc.). Le suivi médical est réalisé par les médecins référents des résidants.

Un dossier médical informatisé est tenu à jour par le médecin coordinateur de notre établissement et préserve la confidentialité des informations qu'il contient.

Les proches des résidants sont régulièrement informés de tout changement d'importance dans l'état de santé du résidant.

Prestation 4 : « Assurer un accompagnement de proximité dans les actes usuels de la vie. »

Il s'agit d'accompagner le bénéficiaire, de manière adaptée en fonction de ses besoins, de ses compétences et de ses capacités, à chaque fois qu'il ne peut gérer entièrement une situation quotidienne, comme la toilette, l'habillement, la prise des repas, les transferts et déplacements.

Cet accompagnement est assuré par des aides médico-psychologiques, des aides-soignants, des auxiliaires d'accompagnement et des agents hôteliers. Il peut prendre la forme d'une stimulation, d'un soutien destiné à encourager et à mobiliser la personne, ou bien d'une assistance totale si besoin.

Prestation 5 : « Assurer un confort moral et psychologique au bénéficiaire. »

Le personnel de notre établissement se montre attentif au moral des résidents. Il fait montre de bienveillance et de compréhension afin de les aider à vivre au mieux leur séjour.

Il peut s'agir d'accompagner les personnes pour surmonter certains moments difficiles (maladie, souffrance, deuil, séparation, choc affectif...).

Ce soutien est assuré par l'équipe d'accompagnement en relation avec la psychologue de l'établissement. En cas de souhait ou de nécessité, notre psychologue se tient à disposition des résidents.

Prestation 6 : « Assurer des activités de vie sociale et culturelle. »

Il s'agit pour notre établissement d'offrir les conditions permettant aux bénéficiaires de conserver une vie sociale correspondant à leurs personnalités et à leurs modes de vie.

Nous proposons une animation quotidienne permettant aux résidents de cohabiter dans un climat social serein et convivial, tout en préservant leur vie privée :

- en évitant les situations de repli sur soi et d'isolement excessifs ;
- en encourageant les personnes à participer à un certain nombre d'activités communes ou de rituels sociaux ;
- en favorisant la communication et les échanges entre eux, en facilitant la reconnaissance de leurs différences et en apaisant les tensions éventuelles ;
- en leur apportant, si nécessaire, une aide à la communication (pour des personnes ayant par exemple des difficultés d'élocution importantes).

Cette animation consiste également en une gamme d'activités en fonction des goûts et des capacités des résidents. Ces activités, individuelles ou collectives, visent plusieurs buts : l'agrément personnel, le maintien de certaines capacités intellectuelles et physiques et la participation sociale des personnes.

Leur sont proposées :

- des activités récréatives : jeux de société, péniche, promenades en calèche, promenades dans la commune, sorties au restaurant, « semaines à thèmes » (repas, décoration, conférence) ;
- des activités conviviales : barbecues, anniversaires, veillées auprès de la cheminée ;
- des activités intellectuelles : « stimulons nos méninges », atelier informatique, lecture d'ouvrages (assurée par des bénévoles) ;
- des activités artistiques : chant, peinture ;
- des activités manuelles : confection d'objets, pâtisserie, envoi de courrier, pliage de linge ;
- des activités physiques : ballades en campagne, gymnastique douce ;
- des activités culturelles : visites de musées, d'expositions, sorties cinéma, venues de conférenciers et d'artistes ;

- des activités centrées sur la personne : entretien de l'image de soi (esthétique, coiffeuse, venue de commerçants en vêtements) ;
- des activités sociales qui impliquent les proches et la population de la commune, qui sont invités à participer à des moments conviviaux : galette des rois, carnaval, vide-greniers, fête de l'été, kermesse, soirée de Noël, Téléthon, marché de Noël, exposition de peinture, etc., animation estivale avec le « foyer des jeunes » et la « maison de la petite enfance » ;
- des séjours de vacances : mer et campagne ;
- des activités spirituelles : offices religieux, groupes d'échanges.

Notre établissement encourage également une ouverture sur l'environnement : aller à la bibliothèque, se rendre à des spectacles, participer à diverses manifestations de la commune ou des communes environnantes. Pour se faire, nous disposons d'un véhicule adapté de neuf places.

Notre établissement sollicite la participation du résident à la vie institutionnelle, chaque fois qu'il le souhaite, par exemple :

- au sein de l'association qui gère notre établissement⁶ ;
- au sein du Conseil de la Vie Sociale ;
- au sein de la « commission restauration ».

Prestation 7 : « Assurer une prestation de service social. »

Notre établissement propose aux familles des résidents une information et un conseil concernant leurs droits et les diverses démarches administratives nécessaires et les oriente vers les services compétents.

Prestation 8 : « Assurer un accompagnement de fin de vie. »

Notre établissement permet à chaque résident d'y demeurer jusqu'au terme de sa vie. De ce fait, nos personnels sont préparés pour accompagner la fin de vie en relation avec ses proches et le médecin traitant du résident.

Dans le cadre de cet accompagnement, une vigilance particulière est accordée à la douleur et à la souffrance. Un accompagnement personnel et attentionné, au plus près des souhaits et des volontés de la personne, est assuré par notre équipe pluridisciplinaire. Une place toute particulière est accordée à la famille du résident. Selon ses croyances, ce dernier est mis en relation avec le ministre de son culte.

Lorsque la personne occupe une chambre double, il y a possibilité de l'isoler afin de lui permettre de vivre ses derniers instants au calme et dans l'intimité. Après le décès, la direction informe la famille et les proches, s'ils n'étaient pas présents à ce moment, et fait appel au médecin pour le constat afin de remplir les formalités d'usage. L'équipe leur apporte un soutien.

Les pompes funèbres sont averties et interviennent pour la levée du corps. La famille, les amis, et les personnes qui le souhaitent sont invités à se recueillir auprès du défunt. Un membre du personnel de notre établissement assiste à

6. Association La Buisserie d'action solidaire et sociale.

la mise en bière. À la demande de la famille du défunt, une messe peut être célébrée à la chapelle de l'établissement. Elle est préparée et animée par des bénévoles et la famille. Une salle peut être mise à disposition d'une famille qui le souhaiterait à l'issue de la cérémonie.

Par-delà du décès de la personne, notre établissement demeure toujours disponible à la famille.

Exemple n° 4 : un Ssiad

Les prestations que nous proposons s'articulent autour de trois pôles essentiels : les soins à la personne, l'aide à la vie quotidienne et l'animation.

SOINS

Prestation 1 : « Nous assurons à la personne bénéficiaire une fonction de vigilance concernant sa santé et son milieu de vie. »

Nous assurons :

- un suivi des courbes de poids, de la température, de l'hydratation ;
- une vigilance concernant la vue et l'audition ;
- une vigilance concernant l'état bucco-dentaire.

Nous portons attention :

- à ce qui peut altérer le confort physique et moral de la personne ;
- à l'environnement familial et social de la personne ;
- à l'environnement matériel de la personne (milieu de vie, aération, état de la literie, salubrité de l'habitat, présence de nuisances chimiques, animales, etc.) ;
- aux comportements de la personne et à d'éventuels troubles mentaux ;
- aux risques de maltraitance, de négligence et d'atteinte à la dignité vis-à-vis de la personne ;
- aux risques induits par le mode de vie de la personne.

Prestation 2 : « Nous veillons à l'exécution des soins prescrits. »

Nous assurons :

- une aide et une surveillance en matière de traitements médicamenteux (préparation du pilulier, administration et observation des effets) ;
- l'effectuation de soins (pansements, soins dermatologiques, pose de sondes urinaires, de sondes gastriques, lavage de vessie, prélèvements sanguins et urinaires, injections sous-cutanées, intraveineuses et intramusculaires, pose et surveillance de perfusions, aspiration trachéale, alimentation parentérale, surveillance et prise de tension artérielle, surveillance et prise glycémiques, etc.).

Prestation 3 : « Nous veillons à l'hygiène et au confort de la personne. »

Nous assurons des actes de « nursing » (toilette générale, toilette intime, bain, soins de bouche, soins oculaires, shampoing, bain de pied, coiffage, rasage, entretien des ongles).

Nous assurons la prévention des escarres (massage, changement de position, hydratation).

Nous veillons à ce que la personne dispose chaque fois que nécessaire du matériel adapté à sa situation et à ses capacités (chaussures et vêtements adaptés ; matériel ergonomique pour l'alimentation, la vision ; fauteuils adaptés ; équipements adaptés pour la maison, etc.).

Nous veillons à une bonne élimination.

Nous assurons si besoin un suivi des traitements anti-douleur.

Prestation 4 : « Nous proposons une information, un conseil et une stimulation en matière de santé. »

Nous conseillons et stimulons la personne concernant :

- son hygiène corporelle ;
- son alimentation ;
- son sommeil ;
- sa consommation et les risques de dépendance (alcoolisme, tabagisme, autres).

AIDE À LA VIE QUOTIDIENNE

Prestation 5 : « Nous proposons à la personne un certain nombre d'aides afin de faciliter sa vie quotidienne. »

Nous lui proposons :

- une aide à la marche et au déplacement dans son habitat ;
- une aide au transfert lit/fauteuil ;
- une aide à l'habillement.

ANIMATION

Prestation 6 : « Nous proposons à la personne des activités de loisirs. »

- de l'ordre de la créativité (peinture, chant, vannerie, broderie, cuisine) ;
- de l'ordre de la découverte et de la culture (sortie dans la nature, excursions) ;
- de l'ordre de la vie sociale (goûters, manifestations) ;
- de l'ordre des achats (shopping).

Nous proposons à la personne un conseil concernant sa présentation (vêtements, coiffure, maquillage, etc.).

Nous assurons le transport de la personne concernant les animations qui le nécessitent en faisant appel à un prestataire.

Chapitre 9

Accueil et personnalisation

Ce chapitre concerne les points suivants de notre plan :

- 2.1. Le cadre institué**
- 2.2. La procédure d'accueil**
- 2.3. La contractualisation**
- 2.4. La personnalisation des prestations**

ACCUEILLIR DANS LES MEILLEURES CONDITIONS

Jusqu'à une certaine époque, toute procédure d'accueil était bien souvent subsumée dans la procédure dite « d'admission ». Dans une logique administrative d'assistance, l'entrée d'une personne bénéficiaire dans l'établissement était subordonnée à une série de conditions à remplir. Mais si l'admission est une procédure parfaitement administrative, elle ne saurait en rien permettre l'économie d'une procédure d'accueil qui s'avère, quant à elle, indissociable d'une logique de prestation de service et de l'établissement d'un contrat. Aujourd'hui un ESMS ne choisit plus ses bénéficiaires – la notification de la MDPH s'impose par exemple aux établissements médico-sociaux – il peut donc se vouer entièrement aux conditions d'accueil.

Se doter d'une procédure d'accueil

Par conséquent, il convient pour un service de se doter d'une démarche globale d'accueil. Nous proposons dans ce qui suit une « marche à suivre » afin d'instaurer une relation de service entre le prestataire et son bénéficiaire.

a) *La première étape de la procédure d'accueil consiste en une prise de contact entre le bénéficiaire potentiel et le service.* Ce contact se fait fréquemment par téléphone ; dans ce cas, il est important que la personne qui assure la réception téléphonique – généralement, une secrétaire – sache sans hésiter comment elle doit présenter le service, c'est-à-dire qu'elle dispose concrètement d'un texte conçu par la direction de l'établissement ou du service. Cela de façon à ne pas risquer d'improviser, chaque mot pouvant alors avoir son importance.

Il existe encore des établissements, même s'ils sont devenus rares, qui vous répondent au téléphone par : « oui, c'est pour quoi ? » ou encore : « vous savez, moi, je ne suis pas au courant... Je vais vous passer le directeur... Ha ! Il n'est pas là aujourd'hui... ». En somme, le personnel de réception doit parfaitement savoir quelles informations sont de son ressort et quelles informations ne peuvent être fournies que par des personnes habilitées.

Lorsque le contact s'établit physiquement, c'est-à-dire qu'une personne extérieure se rend dans l'établissement, les précautions qui viennent d'être citées valent également, mais d'autres s'y rajoutent. La signalétique doit faire l'objet d'une attention particulière : il est toujours désagréable de perdre du temps à chercher un établissement et à ne pas savoir par quelle porte entrer... au risque de se retrouver dans les cuisines. Le comportement et la présentation du personnel d'accueil exercent une influence considérable : la crédibilité, la confiance, la réassurance qui peuvent s'établir en dépendront. L'organisation du lieu d'accueil s'avère également d'une importance majeure. S'il est des établissements qui disposent de véritables lieux d'accueil des visiteurs, d'autres n'en ont cure.

Pourtant, la réflexion sur l'aménagement spatial n'est pas vaine. Par exemple, au siège d'un important Sessad, tout un débat s'était instauré autour de l'aménagement de la grande pièce sur laquelle donnait la porte d'entrée. Au départ, les secrétaires voulaient une banque très haute, afin de se protéger du public et de pouvoir travailler tranquillement (*sic*) ; d'autres souhaitaient que la banque fût le plus loin possible de la porte d'entrée pour des raisons sensiblement identiques. Il fallut soigneusement poser la question de la place des familles et rappeler que le service prestataire n'était pas une administration préfectorale mais une entreprise

au service de ses clients... pour reconsidérer l'organisation spatiale. Un bureau arrondi fut finalement acheté, muni d'une toute petite banque très fonctionnelle, ainsi qu'un mobilier de salon chaleureux.

La morale de cette histoire nous ramène toujours à la conscience d'être ou de ne pas être prestataire de service, et au management en vigueur dans l'ESMS qui oriente sa culture professionnelle.

Selon les cas, le personnel d'accueil peut se contenter d'une information très minimaliste et aiguiller le visiteur vers une autre personne pour de plus amples informations, comme il peut également jouer un plus grand rôle. Cela dépend essentiellement du type de service : si le service est très ouvert sur le public et connaît un flux important de visiteurs (tel qu'un service d'aide au logement), le service a tout intérêt à disposer de supports écrits à remettre aux visiteurs et à posséder un personnel d'accueil apte à répondre aux questions les plus usuelles avant d'aller plus loin. Si le service s'adresse à une cible plus restreinte, et que la nature du service nécessite une grande confidentialité (comme un service de lutte contre la maltraitance), le personnel d'accueil devra rapidement adresser les visiteurs vers un personnel techniquement plus *ad hoc*, par exemple, psychologues, assistantes sociales.

b) La deuxième étape comprend un entretien destiné à présenter les prestations offertes par le service, à entendre les principales attentes du bénéficiaire ou de ses représentants, à lui exposer les grandes lignes du fonctionnement du service, ainsi que son champ de compétences et les conditions requises pour bénéficier de ses services, à lui indiquer éventuellement – si cela n'a pas déjà été fait par le personnel d'accueil – la marche à suivre au plan administratif. Un livret d'accueil, ainsi qu'un règlement de fonctionnement, sont alors remis au bénéficiaire, après avoir fait l'objet d'explications ou de commentaires.

Par conséquent, les points à envisager lors de cet entretien sont : le motif de la venue, les caractéristiques du bénéficiaire, ses attentes ou celles de ses représentants, la vocation du service, son positionnement dans un réseau de partenaires, les rôles de ces partenaires, ses prestations de service, les ressources matérielles et humaines du service, les principales modalités et procédures du service. *A fortiori*, dans certains cas délicats, comme lorsqu'un enfant est confié à l'Aide sociale à l'enfance (ASE) par un juge, il est important que l'établissement d'accueil puisse présenter précisément les rôles et les prérogatives de chacun des acteurs, afin de bien clarifier son positionnement exact dans un système complexe. Quant au dispositif d'entretien et aux conditions d'accueil, les mêmes questionnements et précautions que précédemment doivent être pris en compte. Cette deuxième étape est généralement assurée par le responsable de l'établissement ou du service ou par un de ses cadres de direction ;

cela, compte tenu des enjeux importants de cette rencontre, de son aspect officiel et institutionnel, de l'effet de crédibilité et de confiance que cela génère chez le bénéficiaire et son entourage. Une visite des lieux doit être proposée, mais attention, celle-ci doit être bien réfléchie car les bénéficiaires potentiels (que ce soit des parents ou des mineurs) se trouvent dans une situation de stress et d'interrogation. Certains faits peuvent les toucher particulièrement.

c) La troisième étape comprend un entretien visant à faire émerger de façon plus précise les besoins et attentes du bénéficiaire afin d'aboutir à leur formalisation et à envisager les modalités spécifiques de réponse en matière de service. Il nous paraît important que cette étape débouche sur une proposition de contrat, qui devra faire l'objet d'une première entente formelle sur son contenu, sans engagement immédiat. Un délai de réflexion doit être laissé au bénéficiaire comme au prestataire. Au terme de ce délai de réflexion, et si les partenaires en sont d'accord, cette troisième étape aboutit à la signature du contrat de prestation (contrat de séjour ou DIPC ou autre, selon les cas).

ACCUEIL : QUELQUES INTERROGATIONS UTILES

Avant d'établir quoi que ce soit, il peut s'avérer utile de méditer sur les quelques questions suivantes afin de structurer son plan de travail.

Concernant la gestion du premier contact et de l'accueil :

- comment se déroule la réception téléphonique de la part de la secrétaire ? Quelles sont ses premières paroles ? Comment présente-t-elle l'établissement, son activité et la marche à suivre pour bénéficier de ses services ? S'en charge-t-elle ?
- en cas de questions plus spécialisées, sur qui la secrétaire renvoie-t-elle l'appelant ?

Concernant la rencontre avec le service :

- comment s'effectue le premier contact dans les locaux ? Qui assure le premier accueil physique avec le bénéficiaire ? Vers qui la personne de l'accueil oriente-t-elle le visiteur ?
- qui rencontre le bénéficiaire potentiel afin de lui présenter l'établissement, ses conditions, ses prestations et son fonctionnement ? Dans quel lieu, à quel moment et selon quel dispositif ?
- comment le directeur, le chef de service ou tout autre personnel habilité à le faire, présente-t-il l'établissement, ses conditions, ses prestations et son fonctionnement au visiteur ? Suit-il un guide de présentation ? Remet-il un livret d'accueil au visiteur motivé ? Le commente-t-il ?



Concernant la contractualisation :

- selon quel dispositif d'entretien cette contractualisation va-t-elle se dérouler ? Selon quelles modalités ? Qui s'en charge ? Dans quelles conditions matérielles ?
- de quel type de contrat s'agit-il ? Les prestations envisagées sont-elles bien explicitées au bénéficiaire ? Leurs limites sont-elles définies ? Les engagements pris en matière de prestation sont-ils discutés, compris et précisés dans le contrat écrit ? Le contrat prévoit-il des modalités de révision, voire de médiation en cas de divergences ?
- quelle forme documentaire prend le contrat ? Dans quelles conditions est-il remis au client ? Ce dernier possède-t-il un délai de réflexion avant sa signature ? Un délai de dénonciation après sa signature ? Quelle est sa durée de validité ?

Exemple de procédure d'accueil

La procédure d'accueil présente deux cas de figure dans l'exemple de cet IEM :

A) Nous sommes sollicités directement par une famille, sans notification de la MDPH.

Dans ce cas un rendez-vous est pris avec l'assistante sociale qui présente l'établissement et les prestations qu'il délivre. À l'issue de ce rendez-vous et en fonction du souhait de la famille, cette dernière est adressée à la MDPH pour constitution d'un dossier.

B) Nous recevons une notification de la MDPH.

La procédure d'accueil est alors déclenchée, suivant trois étapes :

1) Un courrier est adressé à la famille, lui demandant confirmation de son intérêt ainsi que l'autorisation de solliciter auprès de la MDPH, la communication des pièces du dossier de leur enfant afin de s'assurer de l'adéquation entre les besoins de soin du bénéficiaire et l'agrément de l'établissement et de préparer l'accueil du bénéficiaire dans les meilleures conditions, en fonction des places disponibles.

2) Un rendez-vous est pris avec le bénéficiaire et ses représentants pour lui présenter notre fonctionnement, formaliser son admission dans l'établissement et mettre en œuvre son accueil.

À cette occasion, divers documents d'information sont remis au bénéficiaire et à ses représentants légaux : *livret d'accueil*, *règlement de fonctionnement*, *charte des droits et libertés de la personne accueillie*, ainsi que deux exemplaires signés et datés du contrat de séjour (dont un sera à renvoyer signé). L'attention de la famille est attirée sur l'inscription de leur enfant, au besoin « inactive¹ » dans l'école de référence.

1. Il faut entendre par inscription « inactive », le fait que bien qu'inscrit de droit, par ses représentants légaux, dans l'établissement scolaire de référence, le bénéficiaire peut

Si, elle n'a pas déjà été réalisée, une visite guidée de l'établissement est alors proposée au représentant légal selon la procédure en cours.

3) Le jour de l'entrée proprement dite, le bénéficiaire (et son représentant légal) rencontre son coordinateur de projet qui sera son interlocuteur privilégié tout au long de son séjour. Ils rencontrent également l'assistante sociale afin de remplir divers documents indispensables.

Si le bénéficiaire et son représentant légal le souhaitent, ils peuvent également rencontrer le psychologue ou d'autres professionnels de l'établissement, afin de faire connaissance.

Les documents à fournir par le représentant légal du bénéficiaire sont définis dans le livret d'accueil.

La fonction et le contenu du livret d'accueil

Nous ne soulignerons jamais assez l'importance du livret d'accueil qui constitue une véritable « interface » entre le prestataire et le bénéficiaire. C'est un document essentiel de communication et de lisibilité qui vise à fournir tout un lot d'informations utiles au bénéficiaire (et à ses représentants et ses proches), tant au plan de sa connaissance immédiate du service qu'au plan des futures relations qu'il entretiendra avec celui-ci. Autrement dit, le livret d'accueil représente un viatique pour le bénéficiaire concernant son accompagnement, ainsi qu'un véritable mode d'emploi balisant ses interactions avec le service. Ce genre de document existe depuis longtemps dans les établissements hospitaliers (la loi du 2 janvier 2002 n'a fait que décalquer bon nombre d'exigences du secteur sanitaire). Il est généralement bien fait, bien présenté et très complet. Certains établissements sanitaires, accueillant des enfants, ont même concocté un livret d'accueil tout exprès à leur intention, sous une forme ludique et attractive.

Le livret d'accueil concerne les bénéficiaires qui sont effectivement accueillis par l'ESMS. Il ne peut, par conséquent, faire double emploi avec une « plaquette » qui est destinée à des bénéficiaires potentiels. Une plaquette est avant tout un outil commercial, destiné à présenter une offre et à conquérir un marché. C'est un support minimaliste qui vise l'impact et l'établissement d'un contact. Dans les secteurs social et médico-social, où il n'y avait guère de marchés à conquérir, puisqu'ils étaient captifs, la plaquette jouait plutôt le rôle d'une « carte de visite étendue », destinée à valoriser l'établissement et expliquer ses options, ainsi que les grands traits de son fonctionnement, auprès de partenaires, de commanditaires et de financeurs. Dans ce cas d'ailleurs, il était inutile pour des établissements de

profiter d'un autre mode de scolarité tout en demeurant en relation avec cet établissement de référence.

faire imprimer leur plaquette à plus de mille exemplaires, sachant qu’elle ne concernait tout au plus que quelques dizaines d’interlocuteurs, et qu’elle serait peut-être à revoir d’ici un an... Cela dit, compte tenu de l’ouverture d’une certaine concurrence, et d’une plus grande prise de conscience de la part des bénéficiaires de leur possibilité de choix et de leurs droits, les services vont devoir songer à se doter de véritables plaquettes et à se montrer plus offensifs en matière de communication commerciale.

Le livret d’accueil doit être remis en mains propres à chaque bénéficiaire et ses représentants, lors d’une rencontre, car il est pertinent de le commenter avec les intéressés afin d’en expliquer le contenu et la portée. Il est tenu à disposition des autorités de contrôle.

Comme pour le règlement de fonctionnement, l’élaboration du livret d’accueil est l’occasion d’autopsier le fonctionnement et les pratiques professionnelles d’un établissement ou d’un service. C’est aussi, bien sûr, le moment de questionner le niveau de qualité de ses pratiques.

Il n’existe naturellement pas de modèle standard absolu de livret d’accueil, ce qui explique que son contenu puisse être variable quantitativement et qualitativement, suivant les options de chaque service. Le décret d’application de la loi du 2 janvier 2002 ne reprend que quelques informations incontournables que doit contenir ce livret. Le livret d’accueil doit présenter la vocation de l’établissement ou du service et le détail des prestations qu’il assure, mais aussi ses options, voire un certain nombre d’engagements qualitatifs et éthiques. Le livret d’accueil doit également présenter un mode d’emploi fournissant toutes les informations utiles concernant l’usage quotidien de l’établissement ou du service, son mode d’accès, ses règles de vie essentielles, son rythme, les personnels qui le composent, comment les joindre si nécessaire, comment suivre un culte religieux, les pièces administratives à fournir, les autorisations nécessaires, etc.

Quelques conseils fondamentaux

En premier lieu, il est bon d’insister sur la nécessité d’investir dans un tel document car il témoigne immédiatement du crédit et de l’image du service ; c’est aussi une forme de respect du client ! Autrement dit, plutôt que de bricoler un livret indigeste pour réaliser quelques économies de bout de chandelle, il est préférable de confier le contenu de son livret à un maquettiste professionnel et de le faire imprimer. De même, il est souhaitable de solliciter un photographe de métier (à moins de connaître un très bon amateur) pour réaliser des photos du service et de bien lui communiquer auparavant ce que l’on veut faire passer comme message et

comme ambiance... Une photo est un message dont on doit maîtriser les composantes.

À propos de photos, il est préférable d'éviter la traditionnelle photo de l'établissement en couverture (à moins d'être une résidence, un foyer d'hébergement, et encore...). Il vaut mieux communiquer sur les prestations, le « cœur de métier » du service que sur sa façade, par exemple, montrer une situation d'accompagnement, d'aide, de conseil, d'animation, etc., en mettant en évidence les aspects positifs, intéressants pour la personne bénéficiaire.

Le livret d'accueil étant un document de communication, il est judicieux de lui donner un caractère chaleureux, vivant, direct. Pour cela, il est souhaitable d'utiliser le « nous et le vous », au lieu de parler à la troisième personne : « l'établissement, l'usager », comme dans le plus pur style administratif. À ce titre, les livrets d'accueils commencent habituellement par un éditorial, un message d'accueil de la part du responsable de l'ESMS. Ce message prend fréquemment la forme d'une lettre, signée de la main du responsable, parfois accompagnée d'une photo afin d'humaniser le document. Ce message d'accueil ne doit surtout pas être technique, idéologique, démonstratif, ni trop égocentré et auto-satisfait, mais simple, chaleureux, rassurant.

Un contrat pour clarifier la transaction

« Puisqu'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 entamait-il le chapitre « De l'esclavage » de son célèbre 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.

Établir un contrat, c'est en effet modifier radicalement le rapport même entre les acteurs (professionnels, bénéficiaires, familles, administrations), c'est tout à la fois s'extraire définitivement de l'approche caritative et réintroduire cette relation quelque peu spécifique dans le cadre du droit commun (*mainstreaming*) et d'une *transaction*, avec tous les droits et devoirs qui incombent aux parties. 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. Le vocable même de contrat signifie un engagement réciproque qui scelle la transaction (de *cum tractare*, « traiter ensemble »). Qu'il soit oral ou écrit, le contrat fixe les modalités de

l'échange, les devoirs, les droits et les contraintes qui incombent aux parties.

Toutefois, nous pouvons regretter que le législateur n'ait pas été plus clair et plus radical en la matière : en effet, il aurait pu opter pour un seul contrat, à savoir un contrat de prestations sociales ou médico-sociales, au lieu de distinguer entre un « contrat de séjour » et un « DIPC » (document individuel de prise en charge²). Pour complexifier le tout, la notion de séjour débute avec un séjour prévisionnel d'au moins égal à deux mois, continu ou discontinu...

Quoi qu'il en soit, la contractualisation ne peut être traitée comme un acte isolé tandis qu'elle s'insère nécessairement dans un enchaînement cohérent : celui d'une logique de service bien entendu, mais aussi d'une démarche qualité qui vise précisément à qualifier une transaction entre partenaires, depuis le début jusqu'à la cessation de la prestation de service ; celui d'un processus méthodologique qui comprend des étapes absolument complémentaires et indissociables. En effet, l'établissement du contrat possède un amont : la communication, l'accueil, une bonne présentation des prestations de service et une réelle compréhension des besoins du client, et un aval qui constitue son accomplissement même, avec la « délivrance personnalisée des prestations de service et leur suivi ».

Ainsi, il doit exister une relation parfaitement cohérente entre le dispositif d'accueil du bénéficiaire, la contractualisation des prestations et la réalisation des engagements. Cette relation est ce que nous pouvons appeler la « fidélité du prestataire à l'égard du service déclaré », en cela que le prestataire doit demeurer attaché aux prestations qu'il a proposées et respecter en permanence l'engagement pris d'assurer lesdites prestations. Toutes les procédures – nous n'insisterons jamais assez sur cela – doivent converger sur l'engagement de service. Très concrètement, cela signifie qu'il ne doit pas y avoir de confusion, de dérive ou de polyphonie à propos des prestations. Ce qui est déclaré lors de la présentation du service doit être repris dans toutes les étapes et situations ultérieures comme un leitmotiv. C'est bien cette cohérence qui doit apparaître comme telle et être étayée dans le projet d'établissement ou de service.

2. Notons que l'appellation est assez lourde, quelque peu *has been* et imprécise, et qu'elle engendre une confusion regrettable avec le projet personnalisé, qui lui ne fait pas l'objet de contrat.

RÉCAPITULATIF DE QUELQUES ÉTAPES CHRONOLOGIQUES
IMPORTANTES INDUITES PAR LA LOI DU 2 JANVIER 2002

t 0

Admission du bénéficiaire.

t 0 – t 15 (15 jours)

Procédure d'accueil :

- présentation au bénéficiaire et à son représentant légal de l'établissement et de son offre de service ;
- rencontre (éventuellement de négociation) avec le bénéficiaire ou son représentant légal afin de proposer ou d'établir un contrat ou un « Document individuel de prise en charge ».

t 15 – t 30

Signature du contrat (ou éventuellement du DIPC).

t 30 – t 180

Élaboration d'un avenant au contrat initial (ou au DIPC) qui ajuste les prestations, et signature de celui-ci dans les mêmes conditions que le contrat initial (ou DIPC).

t 365

Élaboration d'un nouvel avenant au contrat (ou au DIPC) ; le rythme de renouvellement des avenants prôné par les textes étant au minimum annuel.

LA PERSONNALISATION DES PRESTATIONS

En préalable à toute approche méthodologique proprement dite, l'aspect qui nous paraît le plus déterminant dans la volonté de personnaliser les services proposés par un service social ou médico-social à l'endroit de ses bénéficiaires s'avère d'ordre culturel. En effet, nos multiples expériences d'interventions sur ce point nous démontrent qu'aucune méthodologie ne peut être opérante, si les acteurs professionnels n'ont pas d'abord admis que la personnalisation et son outil de mise en œuvre – le projet personnalisé – renvoyaient à une optique et un état d'esprit radicalement différents de ceux en vigueur traditionnellement dans les établissements. C'est bien à une véritable révolution galiléenne que nous avons affaire, une révolution culturelle qui réinterroge le sens même de l'existence de l'établissement ou du service, ainsi que la relation qu'entretiennent ceux-ci avec les personnes qu'ils accueillent.

Un plan d'action au service de la promotion de la personne

Le type de projet qui convient aujourd'hui est un « plan d'action au service de la promotion du bénéficiaire », destiné à définir des modalités de réponses à ses besoins et attentes déclarés, dans le cadre :

- du projet de vie du bénéficiaire ;
- des prestations offertes par le prestataire et contractualisées avec le bénéficiaire (son représentant ou ses aidants) ;
- de la mission confiée par la puissance publique et de la réglementation *ad hoc* ;
- de la mission donnée par l'association gestionnaire ;
- des règles éthiques et des engagements énoncés par le service.

Autrement dit, se situer résolument dans une logique de prestation de service, ce n'est pas tant multiplier les technologies pédagogiques ou cliniques (qui alimentent le mythe de « l'indispensable outil ») que modifier conséquemment sa vision du bénéficiaire, de l'utilité sociale du service, mais aussi de ses pratiques professionnelles. Bref, le recentrage sur la promotion de la personne, et le fait de produire un projet personnalisé à partir de ses besoins, modifient la perception que l'on a de la personne, la relation avec elle, ainsi que la teneur des pratiques professionnelles.

En finir avec la « réunion de synthèse »

Nous connaissons parfaitement les aspects itératifs de la traditionnelle réunion de synthèse (héritage métissé de l'hôpital psychiatrique et de l'école – ces deux mamelles de l'établissement social et médico-social) et son scénario immuable. Si les ESMS sont de plus en plus nombreux à s'être extraits de ce pensum et à produire de véritables projets, d'autres s'avèrent encore englués dans cette instance qui semble coller à la peau de l'histoire des établissements. Pourtant, cette réunion, tant dans son concept, sa logique, que son fonctionnement, représente un véritable empêchement pour penser la promotion de la personne et la personnalisation des réponses à ses besoins. Après les centaines de synthèses auxquelles il nous a été donné d'assister, au cours de nos interventions dans tous les types de services, il ressort une mise en scène récurrente, indépendamment de la qualité des informations, réflexions et débats, qui peut être excellente par ailleurs.

Après quelques mots d'introduction de la part de l'animateur de séance (auparavant le directeur ; beaucoup plus fréquemment aujourd'hui, un chef de service ; plus rarement, un psychologue, un psychiatre ou un éducateur référent) qui rappelle la date de naissance du bénéficiaire, la date

de son entrée dans l'établissement, livre quelques éléments diagnostics du dossier, des informations d'ordre social et familial, parfois pompeusement baptisées « anamnèse³ », s'enclenche le fameux tour de table... qui va nous amener, la plupart du temps dans les cinq, voire les trois dernières minutes de la réunion, à la fatidique et angoissante question : « et maintenant, que faisons-nous ? » ou bien, quand elle est prononcée par celui qui a la lourde tâche de rédiger un papier : « qu'est-ce que nous marquons ? »... Les constats que l'on peut aisément dresser sont les suivants :

- l'objectif même de la réunion n'est pas toujours suffisamment clair. L'ensemble des participants fonctionne souvent sur de l'implicite, et c'est ainsi que leurs rôles peuvent demeurer dans un certain flou. Quand nous interrogeons des stagiaires ou des éducateurs récemment arrivés, ils confirment qu'ils ne savent pas très bien ce que l'on attend d'eux, mais que c'est probablement important qu'ils soient là, puisque le directeur le leur a demandé (sic). Certains personnels nous disent « qu'ils se rendent à la synthèse pour apprendre des choses sur le bénéficiaire » ; d'autres encore que « c'est le seul endroit où ils peuvent échanger ». De telles remarques soulèvent des questions d'organisation et de management mais nous éloignent totalement de la raison d'être d'une telle réunion, qui n'est pas censée être une réunion d'information ou une réunion d'expression.
- de ce fait, l'animateur lui-même n'est pas nécessairement très à l'aise et se contente fréquemment de lancer le tour de table et de réguler les prises de paroles. Lors d'une réunion dans un établissement, le directeur nous avoua qu'il n'y avait pas d'animateur officiel à la réunion de synthèse. Dans les faits, il existait un rituel : le référent (un éducateur spécialisé) présentait la situation du bénéficiaire, c'est-à-dire énonçait essentiellement les problèmes dont il embarrassait son entourage ; l'assistante sociale dressait un tableau du contexte familial ; le directeur posait quelques questions formelles sollicitant les participants ; le médecin psychiatre relançait à certains moments le débat, produisait quelques commentaires ou explications ; le psychologue demandait aux autres participants pourquoi ils posaient telle ou telle question... ces interventions étaient alors suivies d'une longue période de silence tendu.

3. Notons que ce terme d'*anamnèse* est utilisé la plupart du temps de manière erronée et désigne alors un salmigondis d'informations de tous ordres censées rendre compte de « l'histoire du sujet » [sic]. Comme si l'on pouvait décréter et brosser l'histoire d'une personne en quelques lignes ! Issue de l'univers médical, la véritable anamnèse est la narration volontaire du patient concernant sa propre évolution symptomatologique (apparition, manifestation et évolution des troubles). Dans tous les cas, il s'agit d'une « narration subjective » et ciblée et non de la fabrication par un tiers d'une histoire.

- le tour de table tue le débat, obligeant chacun à écouter religieusement les constats de ses collègues en attendant son tour ; les échanges, lorsqu'il y en a, sont alors souvent des demandes de précision, des surenchérissements, des contestations polémiques. Ces échanges ne sont pas forcément constructifs puisqu'ils s'articulent sur des points de vue, au lieu de concourir à une prise de décision négociée, ce qui est le propre du débat constructif, c'est-à-dire professionnel, par opposition au débat public, télévisé ou politique, où ce sont les effets de manche qui sont recherchés. Il est difficile de prendre la parole après l'exposé technique d'un professionnel d'un autre champ que le sien. C'est ainsi que, généralement, le bilan d'une orthophoniste ou d'un médecin de rééducation fonctionnelle n'appelle guère de commentaires de la part des autres professionnels. Répétons-le, le tour de table paralyse une telle réunion – qui n'est pas une réunion diplomatique ! – et entérine de fait le découpage en champs corporatistes et en catégories professionnelles.
- la nature des informations fournies par les participants est fréquemment hétéroclite : à défaut d'un canevas commun, l'organisation des différentes narrations s'avère alors aussi diversifiée qu'il y a de participants ; ceux-ci structurant leur discours autour de leurs propres préoccupations. C'est ainsi que nous pouvons avoir affaire tour à tour à des impressions, des anecdotes, des perceptions, des observations, des plaintes, des interprétations, des interrogations, des évaluations, des propositions, mais quasiment jamais aux attentes et besoins du bénéficiaire... L'utilisation transversale est alors délicate. La somme des regards de diverses disciplines a du mal à se muer en interprofessionnalité cohérente !
- un tel *modus operandi* absorbe plus de 90 % du temps de la réunion, et il en reste alors bien peu pour faire émerger des propositions, et encore moins pour débattre de leur faisabilité... C'est ainsi que dans un établissement médico-social pour adultes, une réunion de synthèse débouche dans les dernières minutes sur quatre perspectives : « Continuer la stimulation du résident pour l'amener vers l'extérieur ; essayer d'améliorer les relations familiales ; poursuivre la réflexion sur une prise en charge plus thérapeutique ; travailler en commun avec le centre d'accueil de jour. »

D'une part, ces perspectives n'ont pu être discutées au cours de la réunion quant à leur pertinence et quant à leur réalisation, d'autre part, elles ne constituent pas des énoncés de projet en faveur du bénéficiaire, s'inscrivant dans des prestations définies, mais plutôt des *auto-injonctions*. En effet, les formulations employées « continuer la stimulation... ; essayer d'améliorer... ; poursuivre la réflexion... ; travailler en commun... » s'adressent aux professionnels, elles invitent à une démarche,

elles constituent par conséquent des processus et non des objectifs promotionnels. Bref, elles ne répondent pas à la question fondamentale : quel va être la valeur ajoutée pour le bénéficiaire, que va-t-il en retirer ?

Les questions de la rédaction du projet, de sa mise en œuvre, de sa coordination et de son suivi appellent rarement des réponses précises, parce que bien souvent, personne n'est chargé nominalement d'effectuer ces tâches, pourtant indispensables si l'on veut passer de l'intention à la réalisation. Se pose rapidement la problématique suivante : comment passer des perspectives, qui sont des orientations prioritaires, à des objectifs réalisables (formulés de manière claire), à la discussion d'une stratégie (articulation des méthodes, des techniques et des moyens), aux conditions à réunir (échéances, informations requises, qui se charge de quoi ?), et enfin à leur mode d'évaluation (comment saura-t-on si ces objectifs ont été réalisés ou pas ?).

Une réunion de synthèse sur le vif : celle de Kévin⁴

Kévin est un adolescent d'une quinzaine d'années, accueilli dans un institut psycho-pédagogique.

9 h 10. Ouverture de la réunion de synthèse (celle-ci débute en retard) par quelques informations préliminaires : il est question de fuite en avant de Kévin, de rapport au réel qui dérape, de la fragilité de sa personnalité.

Quelques informations d'ordre familial sont données : il vit seul avec sa mère, son père étant décédé à la suite d'une maladie. Ce qui fait dire au psychologue référent que « c'est toute l'histoire de Kévin qui est difficile ». Il poursuit en énonçant que ce qui pose problème pour Kévin renvoie à la construction de sa personnalité : « le père est perçu comme faible et l'image paternelle s'avère négative », bref, le père a été mis de côté.

L'éducateur référent surenchérit en remarquant qu'il n'y a pas de dialogue autour du décès du père. Le psychologue rajoute que ce qui est notable, c'est bien le non-dit : Kévin va avoir quinze ans, il est à l'entrée de l'adolescence, et l'on peut s'alarmer du côté des troubles de la personnalité.

9 h 15. Le médecin entre dans la pièce ; le chef de service entre en conciliabule avec lui ; le médecin s'en retourne.

La discussion est amenée par le psychologue, elle tourne autour des projections et des symptômes de Kévin. Le référent éducatif rajoute que l'on a été obligé de gérer les jeux vidéo de Kévin « parce qu'il était complètement impliqué dans ces jeux, qu'il passait tout son temps sur sa console, y compris son temps scolaire ». Il lui a été demandé de réduire ce temps de jeu ; il en a gardé un mauvais souvenir. Il semble s'en être détaché très progressivement.

9 h 20. Le psychologue reprend le commentaire et déclare que Kévin est souvent seul, qu'il a une pente naturelle à se plonger dans sa console, voire dans les bandes dessinées. Quelques échanges s'amorcent alors au bout de

4. Le prénom est fictif mais pas la réunion de synthèse.

la table. Pour sa part, le chef de service pointe qu'il ne faisait rien en classe, qu'il jouait, qu'il faisait semblant de sortir son matériel (il est fait allusion à son passage en atelier pédagogique) ; le référent éducatif note que Kevin avait auparavant un comportement plus adapté, mais que c'est un meneur intelligent, qu'il dispose de bonnes connaissances intellectuelles. De l'avis général, il peut être tour à tour en marge et en tête.

9 h 23. Nous sommes toujours dans la discussion.

9 h 25. Le psychologue note que Kevin est hors circuit depuis cinq ou six ans, que la question est de savoir ce que ce jeune pourra réintégrer, s'il pourra notamment réintégrer un circuit normal.

Le chef de service sort.

9 h 26. Le référent éducatif déclare s'être fâché un bon coup avec lui en lui faisant remarquer qu'il avait un temps scolaire. « Ce soir-là, évoque-t-il, c'était marrant comme tout ; il avait une leçon d'histoire et géographie, je lui avais dit : "Tu ne la sais pas du tout ta leçon." Il était devant la télé, il est allé réviser jusqu'à onze heures, il parlait à haute voix, seul. Il se récitait en chantant. Depuis ce jour-là, il sait que je vais lui demander des comptes sur sa scolarité. »

9 h 28. Première intervention d'une éducatrice en bout de table ; intervention qui consiste en une information anecdotique.

9 h 30. Une éducatrice fait un constat inverse. Retour du chef de service. Le psychologue référent reprend : « Ce garçon a toujours été singularisé dans une position particulière ; quand on va vers lui, il est toujours très content, très heureux que l'on s'adresse à lui, mais dans le même temps, il a un côté psychopathologique dans l'évitement de la relation... »

Il est interrompu par un autre intervenant qui rajoute qu'avec lui, c'est tout ou rien, mais que lorsque l'on va vers lui, on s'aperçoit qu'il s'ouvre.

9 h 32. Le chef de service remarque que Kevin vient tous les soirs pour lui dire bonjour...

9 h 35. L'éducateur référent se recentre sur la question posée dix minutes plus tôt par le psychologue : « Pour en revenir à ta question, je pense que oui. Il n'a jamais connu le collège, il a un peu de mal en allemand, mais va mieux en maths ; la mère est très motivée. Je lui ai dit que je ne devais pas la remplacer auprès des profs ; la mère était inquiète, elle avait les larmes aux yeux, elle était contente, elle rentrait moins angoissée. »

9 h 36. Arrivée d'un enseignant. On lui dit que l'on a changé le programme, que l'on parle désormais de Kevin dans cette réunion. Il repart.

9 h 39. L'éducateur référent déclare que l'un des objectifs de l'établissement est de préparer et de parler du retour. Le choix probable serait une classe de quatrième générale pour Kevin. Le psychologue interroge le point de vue du collège et constate que de ce côté-là, apparemment, il se retrouve dans un circuit normal, il retrouve sa place. Se pose la question des éléments tangibles qui permettent d'interroger le retour de Kevin.

9 h 40. Intervention du psychologue au plan organisationnel de la réunion. Comme il y a eu changement de planning, il manque l'enseignant qui peut

parler de Kévin. Le chef de service se lève et va chercher ledit enseignant ; le psychologue le remercie.

9 h 41. L'éducateur référent remarque que maintenant, Kévin participe au groupe, bien qu'il craignait qu'il se marginalise en le scolarisant. « On a compris le système, dit-il, quand il doute, il faut insister, une fois qu'il est sur l'activité, il y prend plaisir. »

9 h 45. Entrée de l'enseignant (sans papiers). Il dit bonjour (bruit de clés). Il se questionne : « On est sur Kévin ou sur Paul ? » Après avoir appris de qui on parlait, il enchaîne : « Kévin est venu sur l'espace de scolarité ; il est comme il est d'habitude ; il vit son travail dans son coin ; il préfère que je n'intervienne pas, mais j'interviens. Kévin fait son travail pour s'en débarrasser, cela se passe plutôt bien, mais je suis obligé d'intervenir. Il ne me donne aucun écho sur sa scolarité. En informatique, cela va bien, c'est un bricoleur. » S'ensuit une série d'anecdotes sur ses bricolages.

Le psychologue référent demande aux participants ce que l'on pourrait aborder d'autre ; il pense que le travail à faire, c'est préparer le retour dans la famille, que cela se termine bien, qu'il y a du lien.

Se tournant vers l'enseignant : « Une dernière chose, tu pourrais lui demander son bulletin. »

9 h 56. Le psychologue référent remercie l'enseignant. Une éducatrice boit un verre d'eau et se lève, elle revient une minute après ; le chef de service ne réapparaît pas.

9 h 57. « Vous avez vu la photo, interroge un participant, Kévin est très féminin... »

Anecdotes ; les choses s'effilochent...

L'éducateur référent pointe que Kévin avait du mal à synchroniser ses mouvements, qu'il lui a fait faire du judo et que maintenant il est plus présent physiquement.

Le psychologue référent note que c'est une excellente chose qu'il échappe à l'ordinateur familial, il demande en outre si on ne peut pas le « brancher » sur un transfert à l'étranger ; on lui répond que non car c'est sur le temps scolaire.

10 h 01. L'éducateur référent conclut : « On garde les mêmes pistes de travail que celles de la dernière synthèse... »

10 h 02. Le psychologue référent intervient pour demander si on prévoit une réunion de famille et souhaite prendre date.

10 h 03. Une éducatrice lui pose une question : « Peut-on considérer qu'une synthèse a été faite lorsque le référent n'est pas là ? » Le psychologue lui répond qu'il faut voir avec le psychologue référent de cet enfant, que lui ne voit que ceux dont il s'occupe ; que pour ce qui le concerne, les dates peuvent être fixées tout de suite, puisqu'il est là.

Les constats et commentaires de l'observateur

Voici ce qui a été constaté, suite à cette réunion de synthèse concernant Kévin :

- le psychologue référent s'est le plus souvent adressé à l'éducateur référent ;

- il n'y a pas de véritable animation structurée, même s'il existe une volonté évidente de la part de ce psychologue de susciter des points de vue ;
- le psychologue se trouve en position de produire des commentaires et des interprétations ;
- les interventions des éducateurs fournissent des informations à caractère plus anecdotique qu'évaluatif ;
- la participation de certains est faible (de l'ordre de 15 secondes) ;
- la réunion se trouve d'emblée centrée sur des aspects problématiques ;
- il n'y a pas à proprement parler de débats sur des propositions ;
- il s'agit davantage de se mettre d'accord sur une perception commune, de faire de la régulation institutionnelle, que de bâtir un plan de service ;
- quel est le rôle du chef de service, puisqu'il ne possède pas de fonction d'animation ?
- il n'émerge pas de projet personnalisé et de plan d'action de cette réunion qui se termine sur : « On garde les mêmes pistes de travail que celles de la dernière synthèse... »

Si les champs éducatif et pédagogique ne sont pas absents de cette réunion de synthèse, ils paraissent en revanche fournir essentiellement des informations, tandis que le champ psychologique apporte davantage des hypothèses, des théories et des préconisations. Le psychologue est ainsi amené à faire du commentaire à partir des observations ou informations rapportées par les autres professionnels. Cette « partition » implicite du travail relève-t-elle d'un plan délibéré ?

De fait, l'animation de la réunion paraît ressortir au rôle du psychologue référent... Est-ce clair ? Cette animation n'est pas véritablement orientée vers l'émergence de décisions, à partir d'un débat argumenté. La réunion a privilégié essentiellement deux interlocuteurs : le référent éducatif et le référent-psychologue, avec des « intrusions » à temps partiel de la part des enseignants. Ce fait dessine un espace de débat n'occupant qu'une partie de la table.

Les temps de prise de parole sont éloquents : certaines personnes présentes lors de ces réunions n'ont que très peu ou pas du tout participé. Qu'y font-elles ? Apportent-elles des informations ? Participent-elles à la prise de décision ? En quoi sont-elles impliquées dès lors dans l'éventuel projet ? Des relations implicites de préséance nous paraissent rigidifier les échanges et entraver un franc débat au sein de cette réunion.

En somme, cette réunion dite « de synthèse » tire vers une réunion clinique, qui exclue une part des participants et tend à privilégier des monologues ou des échanges à deux, des commentaires et des spéculations entre spécialistes. Il s'agit là du déport d'un débat interprofessionnel vers un débat typé, approprié par quelques-uns, sans que l'on puisse naturellement invoquer une mauvaise volonté quelconque ou une stratégie délibérée des acteurs.

En conclusion, le dispositif de la réunion de synthèse ne permet pas l'émergence d'un véritable projet personnalisé, tout simplement, parce qu'elle n'a pas été faite pour ça, et qu'elle ne l'a jamais été ! L'origine hospitalière de

la synthèse vouait celle-ci à n'être qu'une réunion d'infirmiers livrant leurs observations du patient au médecin, qui se prononçait alors sur ce qu'il fallait en penser et qui orientait le protocole thérapeutique. Par projection de ce modèle culturel, comme nous venons de l'évoquer, cette réunion s'est transposée dans des établissements qui ne possédaient pas du tout la même vocation de fait. La tradition de l'institution scolaire a rajouté par-dessus le tour de table pluridisciplinaire...

À partir du moment où l'on reconnaît un établissement social ou médico-social comme un prestataire de service, assurant une pluralité de prestations et œuvrant pour la promotion du bénéficiaire (et non pas sa conservation), il est clair que la traditionnelle réunion de synthèse devient totalement caduque. Si nombre d'établissements se trouvent aujourd'hui dans une impasse méthodologique avec ce dispositif, et qu'ils n'en sont pas satisfaits, c'est parce qu'ils n'ont pas mené cette ré-interrogation fondamentale de leur vocation.

METTRE EN ŒUVRE UNE DÉMARCHE DE PROJET PERSONNALISÉ

Si les établissements accueillant des mineurs ont été conviés à produire un projet pour chaque bénéficiaire par les annexes XXIV revisitées en 1989, puis par la loi 2002-2, certains n'ont que mollement modifié leurs pratiques et ont alors demandé à leurs habituelles réunions de synthèse de déboucher sur quelques orientations d'action écrites, dont ils pensaient qu'elles constituaient un projet personnalisé – et qu'ils nommaient parfois abusivement comme tel. Bref, par un tour de passe-passe, le rapport de synthèse d'une page ou deux s'est trouvé parfois tout simplement rebaptisé « projet personnalisé ou individuel »...

Dans une logique de service rendu à la personne, il convient de partir des besoins identifiés de la personne au regard de chaque prestation de service et d'envisager les réponses que peut apporter l'opérateur, représenté par une équipe interprofessionnelle. Cela sous-entend, comme nous allons le voir que les attentes et besoins de la personne soient recueillis préalablement à la réunion de projet (par un « coordinateur de projet », un référent ou un coach). La réunion de projet qui suit doit être également structurée à partir des prestations offertes par l'ESMS, sur la base des besoins et attentes de chacun des bénéficiaires, pour déboucher sur des réponses opérationnelles qui font l'objet d'un débat pragmatique. Les décisions prises dans l'intérêt du bénéficiaire sont consignées dans le document « projet personnalisé » qui constitue un véritable plan d'action. Cela nécessite assurément une tout autre démarche, tant au plan du recueil

d’information qu’au plan de l’animation et de la structuration de la réunion, de la prise de décision. La démarche projet implique une cohérence entre des informations pertinentes, des prises de décision et des critères d’évaluation qui sont déterminés.

Projet individuel, personnalisé ou personnel ?

Avant toute chose, fournissons quelques précisions terminologiques. Circulent actuellement plusieurs formulations pour désigner ce qui serait un objet commun : ainsi parle-t-on dans les établissements, comme dans les administrations, de « projets individuels ou individualisés, de projets personnels, de projets personnalisés ». Certains acteurs, ne sachant sans doute pas sur quel pied danser, se risquent même à l’appellation superfétatoire de « projet individuel personnalisé »...

Si chacun est naturellement libre d’employer l’expression qui lui convient, il est tout de même important de le faire en connaissance de cause, car ces termes ne sont pas du tout équivalents⁵. Par-delà toute subtilité linguistique, nous pouvons même dire qu’ils nous engagent dans des perspectives fort distinctes :

- *une première distinction porte sur le choix du verbe utilisé* : individualiser ou personnaliser. La notion d’individu (étymologiquement, « ce qui ne peut être divisé ») exprime une idée d’unité, tandis que celle de personne (du latin *persona*, « masque », et par extension, « caractère », « rôle ») rend compte d’une singularité, d’une figure. Par conséquent, la personnalisation n’exprime pas du tout la même idée que l’individualisation, c’est-à-dire l’action de réduire à une unité indivisible, mais celle d’identifier à une personne, de saisir sa singularité. Ainsi, par exemple, un repas individualisé est un repas où chaque portion correspond à un individu, tandis qu’un repas personnalisé est adapté spécifiquement aux souhaits de chaque personne servie. Autrement dit, une foule de gens peut consommer le même repas en portions individuelles, tandis que chacun dispose d’un repas original si celui-ci s’avère personnalisé.
- *une seconde distinction de taille porte sur la forme* : adjectif ou participe passé ? Dans la formule « projet individuel ou personnel », nous avons affaire à un adjectif qui qualifie l’état du projet lui-même : celui-ci étant de caractère individuel ou personnel. Dans la formule « projet

5. Notons que l’Anesm a adopté le terme de *projet personnalisé* dans sa recommandation « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » et reprend les mêmes arguments que nous à la page 10 de cette recommandation (3.3. Une confusion sémantique). Mais d’autres textes officiels parlent de PIA (projet individuel d’accompagnement)...

individualisé ou personnalisé », nous avons affaire au participe passé de verbes (individualiser et personnaliser en l'occurrence), ce qui renvoie à une action, qui naturellement possède un sujet : celui ou ceux qui individualisent ou personnalisent le projet. Nous comprenons d'emblée le distinguo majeur qui existe entre les deux formules, sans lequel nous risquons le parfait contresens : le projet personnel appartient à la personne considérée, le projet personnalisé est le fait d'un tiers qui réalise un projet pour quelqu'un d'autre. C'est ainsi qu'un « prêt bancaire personnalisé » n'est évidemment pas un « prêt personnel » du banquier... C'est pour cette raison que dans l'univers des services, on emploie toujours le terme « personnalisé » pour désigner une adaptation de la prestation aux spécificités du consommateur.

Le « projet personnel » d'un bénéficiaire de service social ou médico-social n'est donc pas le projet personnalisé qu'une équipe de professionnels produit afin de personnaliser les prestations de service d'un établissement. Il est évident que l'on doit rechercher une convergence entre les deux projets, mais si le bénéficiaire pouvait réaliser tout seul son « projet personnel », pourquoi aurait-il besoin de prestataires extérieurs ?

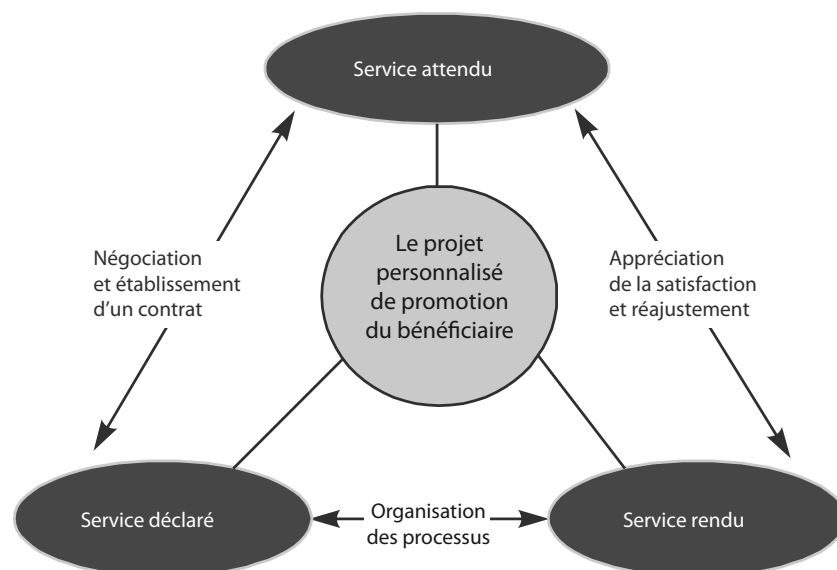


Figure 9.1. Le projet personnalisé au centre de la démarche qualité

Proposition de procédure en matière de projet personnalisé

Dans un souci pédagogique, ce qui suit présente de manière synthétique, les différentes étapes de la mise en œuvre d’une démarche de projet personnalisé, telle que nous l’avons mise en application dans de nombreux établissements et services. Elle a visiblement inspiré la recommandation de l’Anesm en termes de consultation, de collaboration et de co-évaluation.

Première phase : l’appréciation des besoins et attentes du bénéficiaire

Préalablement à la réunion de projet personnalisé, un entretien de consultation est mené par le « coordinateur de projet, le référent ou le coach⁶ » auprès du bénéficiaire dont il suit le projet. Il utilise pour ce faire un « guide d’entretien » afin que l’entretien ne soit pas improvisé. Cet entretien approfondi peut durer d’une à deux heures (il peut être effectué en plusieurs fois selon les souhaits de l’interviewé).

Le coordinateur de projet consulte également les représentants légaux du bénéficiaire ou ses proches (selon les cas de figure) par le biais d’un autre guide d’entretien.

Le coordinateur de projet recueille auprès des autres professionnels de l’établissement (intervenant auprès du bénéficiaire) les besoins qu’ils ont identifiés au moyen d’un document écrit et exhaustif : une check-list préalablement établie. Notons que dans certains établissements, qui se dotent d’une infrastructure informatique, les professionnels saisissent directement les besoins identifiés dans le projet personnalisé informatisé du bénéficiaire. Cela limite la circulation de documents sur papier et accélèrent la collecte d’informations.

Sur cette base plurielle d’informations, le coordinateur de projet établit un « état des lieux des besoins et des attentes » du bénéficiaire, et ce, pour chaque prestation assurée par l’établissement ou service dont il dépend.

Deuxième phase : la détermination de propositions-réponses

Le projet personnalisé s’élabore généralement au cours de la réunion du même nom, réunion qui est animée par un cadre ou toute autre personne habilitée à le faire et qui réunit des professionnels dont la compétence est concernée par les besoins du bénéficiaire.

6. Nous utiliserons par la suite le terme de « coordinateur de projet » sachant que dans certains établissements, cette fonction est attribuée à un professionnel dénommé autrement, *référent* par exemple.

En début de réunion, l'animateur passe la parole au coordinateur de projet qui présente *l'état des lieux des besoins et attentes* du bénéficiaire. Cette présentation s'effectue par prestation par prestation. Les « besoins » du bénéficiaire sont ceux qu'il a émis au cours de son entretien de consultation, ceux que ses parents ou proches ont émis et enfin, ceux que les professionnels ont identifiés.

La réunion examine les besoins et les attentes du bénéficiaire afin d'y apporter une ou plusieurs réponses opérationnelles.

L'animateur aide le groupe à structurer et rationaliser les débats, à produire des réponses plausibles ; son rôle s'avère donc capital.

Les débats ne doivent jamais perdre de vue :

- les besoins et attentes du bénéficiaire ;
- la nécessité de produire des réponses précises : quelle est la position du service au regard de l'attente formulée ? quelles sont les modalités pratiques de mise en œuvre de cette réponse (objectifs fixés, moyens mobilisés, conditions à réunir) ? quel est l'acteur qui effectuera cette mise en œuvre ? quelle est l'échéance retenue pour celle-ci ? ;
- que les hypothèses de tous ordres, évoquées à propos de la situation du bénéficiaire ou de ses comportements, doivent demeurer des moyens de passer des besoins aux réponses, non des fins en soi.

Le coordinateur de projet, quant à lui, prend note des propositions-réponses formulées par l'équipe interprofessionnelle ; si besoin, il injecte dans les débats quelque information susceptible de les favoriser ou de valider/invalidier une proposition.

Au cours de cette réunion, il doit demeurer en quelque sorte « l'avocat du bénéficiaire », c'est-à-dire représenter ses intérêts, être le porte-parole de ses besoins et attentes, ainsi que ceux de sa famille.

Troisième phase : la négociation du projet personnalisé

Le coordinateur de projet présente la proposition de projet personnalisé (élaborée au cours de la réunion de projet) au bénéficiaire lui-même, ainsi qu'à sa famille ou à son représentant légal, selon les cas⁷. Il fournit les explications nécessaires et prend en compte les éventuels désaccords, remarques ou propositions de modifications. Certains services ont opté pour une négociation comprenant le coordinateur de projet et un cadre, afin de fournir une légitimité institutionnelle à la discussion.

7. En effet, si l'on a affaire à un bénéficiaire adulte, son point de vue sera privilégié ; si l'on a affaire à un mineur, il est clair que le projet sera négocié avec ses parents.

*Quatrième phase : la mise en œuvre
et le suivi du projet personnalisé*

Le coordinateur de projet s'assure dans le temps de la mise en œuvre des décisions arrêtées lors de la réunion de projet. Il lui suffit de suivre les échéances arrêtées pour chacune des réponses. Il consulte régulièrement le bénéficiaire⁸, sa famille, ses collègues professionnels.

Si besoin est, il « tire la sonnette d'alarme », au cas, par exemple, où certaines propositions s'avéreraient néfastes, irréalistes ou décalées. Il saisit alors le cadre hiérarchique dont il dépend et envisage avec lui la situation et l'attitude à tenir.

Le cadre peut prendre la décision de contacter un professionnel concerné par la situation (par exemple, un médecin, si c'est le domaine de la santé qui est en jeu ; un éducateur, si ce sont des prestations de nature éducative qui sont concernées, etc.). Il peut aussi, dans des cas importants, instaurer de nouveau une réunion de projet personnalisé plus restreinte, voire convoquer une « cellule de crise ».

**La fonction de coordination inhérente
à la personnalisation de l'accompagnement**

Nous venons d'évoquer le caractère indispensable d'un « fil rouge » afin de gérer dans le temps une démarche de projets personnalisés, si l'on veut que ces derniers soient réellement mis en œuvre et suivis d'effets. Ce constat n'a rien d'un axiome mais s'appuie sur de très abondantes expériences de terrain. Il existe d'ailleurs actuellement de nombreux établissements où cette fonction se met en place et d'autres, moins nombreux, où elle existe depuis plusieurs années⁹.

Coordinateurs, référents ou les deux ?

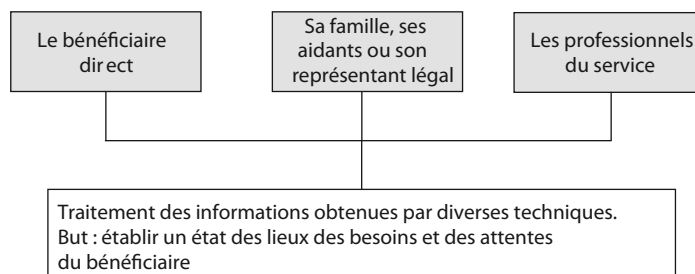
Certains ESMS ont attribué cette gestion des projets personnalisés aux éducateurs dits référents¹⁰, tandis que d'autres ont préféré différencier les rôles de référent (qui désigne très souvent un personnel de proximité qui

8. Certains coordinateurs ou coaches ont instauré un briefing régulier avec les bénéficiaires dont ils suivent le projet personnalisé, par exemple 15 minutes le lundi matin, afin de faire un point sur les réponses aux besoins, mais aussi sur les besoins émergents, etc.

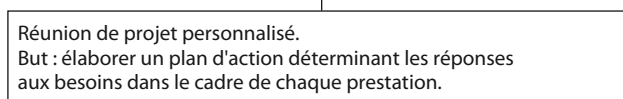
9. Par exemple, l'IME de Rosny-sous-Bois *Les dix milles rosiers*, dirigé par Madame Gautheron, possède des coordinatrices de projet à temps plein depuis une dizaine d'années. Ces professionnelles ont ainsi réellement acquis une expertise et une qualification certaines.

10. Notons d'emblée que l'adjectif *référent(e)* que l'on utilise couramment dans nos secteurs à l'endroit des éducateurs n'existe pas dans le dictionnaire de la langue française !

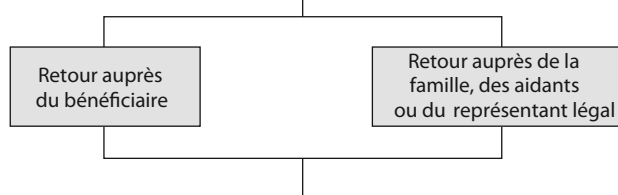
1. Capter les besoins du bénéficiaire



2. Fournir des réponses



3. Rendre compte, négocier



4. Mettre en œuvre, coordonner et suivre le projet

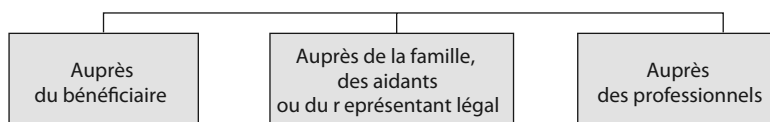


Figure 9.2. Procédure de projet personnalisé

gère la vie courante d'une personne bénéficiaire, son argent de poche, ses rendez-vous de santé, etc.) et de coordinateur de projet. Dans ce dernier cas, il est intéressant de constater que l'on peut ainsi disposer d'un binôme

Seul le substantif existe et désigne un objet de la linguistique. Employé dans le sens qui lui est donné dans les secteurs qui nous intéressent, le terme provient de l'anglais *to refer*, signant par-là l'origine d'une appellation issue des pratiques hospitalières nord-américaines. Lire à ce sujet le n° 424/425 des *Cahiers de l'Actif*, octobre 2011 : « le référent : un objet professionnel non identifié ».

des plus pertinents : le référent et le coordinateur visant à constituer un duo parfaitement complémentaire : en quelque sorte, celui du « fantassin et de l’aviateur ». Il nous paraît donc tout à fait possible de distinguer les deux rôles qui possèdent des utilités différentes, notamment dans les internats pour des raisons pratiques : le rôle de référent est alors attribué à un personnel de proximité, tel un AMP, un moniteur-éducateur ou un aide-soignant ; le rôle de coordinateur de projet est attribué à un éducateur spécialisé. Quel que soit le terme utilisé, l’important est de savoir ce que l’on met derrière !

Dans d’autres situations, de moins en moins rares d’ailleurs, les coordinateurs¹¹ représentent des professionnels spécialement embauchés à cet effet sur la base d’un profil ad hoc ou bien résultent d’une évolution de carrière consentie, d’un véritable *empowerment*. En effet, il est des personnels possédant une expérience de plus de vingt ans en tant qu’éducateurs spécialisés qui aspirent à d’autres modalités d’exercice professionnel sans toutefois vouloir devenir chef de service – qui représente un tout autre métier qui n’a plus rien à voir avec l’éducation ou l’accompagnement. Ce sont généralement ces praticiens qui voient en cette nouvelle fonction de coordinateur une ouverture inespérée, tandis qu’à l’heure actuelle il n’existe aucune promotion possible dans le cadre de conventions obsolètes...

Le cas de figure qui s’impose le plus couramment veut que les éducateurs spécialisés soient mis en position de coordinateurs de projets personnalisés – notons au passage que le référentiel métier évolue bien dans ce sens. Il s’agit même d’une position somme toute assez naturelle, du fait de leur niveau de technicité (ils sont en passe d’être reconnus « équivalent bac + 3 »), de l’aspect généraliste de leur formation, du fait de leur champ professionnel qui comprend par essence le développement et la promotion dans le temps d’un enfant, d’un adolescent ou d’un jeune adulte. À l’endroit d’adultes, le vocable d’éducateur ne peut plus convenir, il sera alors question d’accompagnateur, pratiquant de l’accompagnement social, du coaching social, du conseil relationnel ou du développement personnel.

Dans des services comprenant des équipes de plus en plus pluriprofessionnelles, nous pouvons convenir que l’éducateur spécialisé est bien l’acteur qui peut transcender les spécialités techniques, paramédicales ou pédagogiques, pour être celui qui conserve une vision d’ensemble de la situation de la personne bénéficiaire. Le rôle de référent paraît donc irrémédiablement associé à la fonction d’éducateur comme le souligne la

11. J.-R. Loubat, « De la référence à la coordination : l’affirmation d’une fonction d’avenir », *Les Cahiers de l’Actif* n° 424/425, octobre 2011.

seule allusion officielle, celle de l'article D. 312-59-10 du Code de l'action sociale et de la famille :

« La fonction de référent est assurée au sein de l'équipe éducative. Elle favorise pour chaque enfant, adolescent ou jeune adulte accueilli et sa famille la continuité et la cohérence de l'accompagnement. Ses modalités de mise en œuvre sont prévues par le projet d'établissement. »

Que fait un coordinateur en charge des projets personnalisés ?

La première question soulevée, et qui suffit à positionner la coordination de projets (ou la référence comprise en ce sens) dans l'organigramme, est celle de savoir s'il s'agit d'une fonction à temps partiel ou à temps plein. Pour notre part, nous défendons depuis longtemps qu'il s'agit d'une fonction à part entière et à temps plein, non pas selon un principe dogmatique mais selon des arguments précis fondés sur moult expériences dans les ESMS. Le coordinateur de projet représente un interlocuteur privilégié vis-à-vis des bénéficiaires dont il coordonne le projet et dont il suit le parcours, il représente en quelque sorte leur « avocat » (au sens d'*advocacy*) qui veille à leurs intérêts et défend leur cause. Une relation, en apparence paradoxale, de confiance et de distanciation doit s'instaurer entre les deux parties. Ce qui explique qu'un professionnel, occupant par ailleurs une autre position et remplissant une fonction de proximité, ne puisse aisément se retrouver dans ce rôle.

De la nécessité d'une distanciation

Ce point est régulièrement abordé par les professionnels des divers ESMS : par exemple dans un Esat, dans lequel les moniteurs d'atelier peuvent se trouver à la fois en position de coordinateurs de projets et, d'une certaine manière, de « contremaîtres » à l'endroit des travailleurs bénéficiaires, mais également dans n'importe quel foyer pour adolescents ou adultes. Comment « changer de casquette », se trouver dans une position de proximité ou d'autorité morale, réaliser une toilette, aider à la prise d'un repas, animer une activité et, à un autre moment, se trouver dans une posture totalement différente ? On ne dit des choses intimes et importantes et l'on ne peut être véritablement conseillé dans certains domaines que par une personne paradoxalement distanciée... n'importe quel psychothérapeute le sait bien et en fait quotidiennement l'expérience, parce que les enjeux ne sont pas les mêmes. L'idée selon laquelle il faut bien connaître le quotidien d'une personne pour coordonner son projet ne tient pas... c'est exactement l'inverse qui se vérifie.

Nous avons en tête l'exemple de cette éducatrice exerçant dans une Maison d'enfants à caractère social (MECS) qui avait accepté la proposition

de coordinatrice de projets à temps plein : elle s’était immédiatement rendue compte que les jeunes accueillis dans l’établissement avaient intégré rapidement sa nouvelle posture et que sa relation avec eux avait radicalement changé (« ils ne me disent plus bonjour de la même façon... ils ont plus vite compris mon rôle que mes collègues » nous avait-elle confié).

Ce constat repose sur un principe cognitif : de manière usuelle, notre cerveau ne traite que les informations nécessaires à l’identification d’une forme, d’un être ou d’une situation ; dès qu’il a obtenu les informations nécessaires à cette reconnaissance, il abandonne un traitement coûteux et fonctionne en pilotage automatique selon des routines associées aux comportements habituels de l’objet identifié. En fonction de ce principe, plus on côtoie quelqu’un et moins on le connaît... alors que l’on pense généralement le contraire. En fait, les contacts multiples et usuels confortent l’image que l’on a de la personne et les théories de conduites que nous avons élaborées lors d’expériences antécédentes. C’est pour cette raison que nous enfermons rapidement les autres dans des représentations et des rôles convenus... L’exemple le plus ordinaire nous est fourni par l’épouse qui sort de chez le coiffeur, qui rentre chez elle en fin de journée, et qui demande à son mari s’il n’a rien remarqué... à son grand désespoir. Nos proches, les membres de notre famille, les usagers d’une institution, sont les personnes que l’on finit par ne plus vraiment connaître sous leur vrai jour et dans leurs pleines capacités. Tandis que lorsqu’une personne plus distanciée consulte quelqu’un, c’est un nouveau regard qu’elle lui accorde.

Nous allons voir qu’un temps complet s’avère bien nécessaire afin de coordonner le projet personnalisé d’un certain nombre de bénéficiaires. Il est demandé au professionnel exerçant cette fonction de coordinateur de projets de pouvoir maîtriser les techniques d’entretien (avec le bénéficiaire, ses proches ou d’autres partenaires, qu’il s’agisse d’entretiens de consultation ou de négociation), de savoir monter et écrire des projets et des programmes d’action, d’être sensibilisé aux modes d’évaluation et à l’établissement de bilans.

Levons d’emblée quelques ambiguïtés

La garantie institutionnelle incombe naturellement au chef d’établissement, seuls la coordination et le suivi des projets reviennent au coordinateur de projet ou référent. Ce dernier ne possède pas d’autorité hiérarchique (il ne modifie donc pas la hiérarchie existante). En revanche :

- il possède une « autorité de compétence » déléguée par la direction de l'établissement dans le cadre de ses missions afin que son rôle soit reconnu et que ses requêtes ne soient pas remises en cause ;
- il n'est pas responsable de l'accompagnement proprement dit du bénéficiaire mais de la bonne coordination et du bon aboutissement de son projet d'accompagnement personnalisé ;
- il ne remplace aucun intervenant particulier, il ne se substitue à aucune compétence particulière, il représente un relais, une interface, un interlocuteur privilégié, un fil rouge des projets des bénéficiaires.

Les missions du coordinateur de projet

Le « coordinateur de projets » assure la coordination du projet et du parcours personnalisés des bénéficiaires accueillis au sein de la structure, conformément au projet d'établissement ou de service. Plus précisément :

- il remplit une fonction de préparation, de consultation, de négociation, de liaison et de suivi des projets d'accompagnement personnalisé d'enfants, adolescents ou d'adultes dans la continuité de leurs divers projets existants (projet de vie, plan personnalisé de compensation du handicap, projet personnalisé de scolarisation ou autre) ;
- dans ce cadre, il constitue un interlocuteur privilégié pour la partie bénéficiaire, relais de ses attentes et de ses intérêts, et, plus largement, une interface entre les divers acteurs (parents, enfants, adolescents, professionnels de l'établissement et partenaires externes).

Les tâches du coordinateur de projet

Celui-ci est tour à tour :

- un informateur : il collecte et diffuse des informations utiles à la coordination du projet du bénéficiaire. Plus précisément, il recueille en amont les informations permettant d'apprécier la situation du bénéficiaire dès son accueil dans l'établissement ou le service (par exemple : informations diverses provenant du dossier ou de la MDPH, de contacts avec d'autres travailleurs sociaux, de rencontres avec la famille, de divers tests réalisés par les praticiens de l'établissement) ;
- un porte-parole : de manière générale, il relaie les points de vue du bénéficiaire et de ses représentants légaux et fait valoir leurs attentes et leurs besoins, ainsi que leurs intérêts chaque fois que nécessaire. Notamment, il présente la situation du bénéficiaire, l'état de ses attentes et de ses besoins auprès des autres professionnels, par exemple lors d'une réunion de construction de projet destinée à déterminer des réponses personnalisées ;

- une interface : dans le cadre de sa coordination de projet, il assure un rôle d'interface entre les diverses parties en présence : bénéficiaires, parents, partenaires internes ou externes à l'établissement ou au service : diffusion d'informations mais aussi, facilitation, négociation ;
- un porteur du projet : il enregistre les décisions prises par les professionnels lors de la réunion de construction de projet et les consigne dans le document projet. Il veille que les décisions retenues soient connues de tous les intervenants. Il s'informe régulièrement de l'évolution de ce projet, des effets que génèrent les réponses mises en œuvre auprès du bénéficiaire dont il est le coordinateur de projet. Il note les éventuelles difficultés rencontrées tant dans la mise en œuvre du projet que dans son évaluation ;
- un interlocuteur privilégié : il représente un interlocuteur privilégié pour les praticiens de l'établissement concernant les projets personnalisés des bénéficiaires dont il est le coordinateur. Il peut également être un interlocuteur privilégié pour les proches dans le cadre de l'association des familles au projet personnalisé de leur enfant.

CONCLUSION : LE PROJET PERSONNALISÉ DOIT ÊTRE PROMOTIONNEL

Jusqu'à une époque somme toute récente (et encore actuellement dans certains cas), les dispositifs éducatifs reposaient largement sur une vie communautaire, et leurs efforts tendaient à l'intégration de l'individu à cette vie collective. Nous savons aujourd'hui que si l'intégration dans un groupe est une phase intermédiaire intéressante, elle n'est pas suffisante. Autrement dit, l'intégration dans un univers isolé ou restreint, possédant des règles spécifiques, ne saurait garantir une véritable participation sociale dans une société extrêmement polymorphe et en perpétuelle mutation. Elle peut même « surhandicaper », ce que l'on a appelé l'*institutionnalisme*. Le travail social a eu tendance à organiser des dispositifs éducatifs ou thérapeutiques en fonction de ses propres conceptions de l'insertion (ce que nous appelons l'*autolégitimation*) : le bénéficiaire s'adaptait alors... aux problématiques et idéologies des travailleurs sociaux. Dans le cas d'un travail par projet personnalisé, ce sont les professionnels qui adaptent leurs dispositifs aux besoins et attentes des bénéficiaires. C'est ce recentrage sur la personne que nous

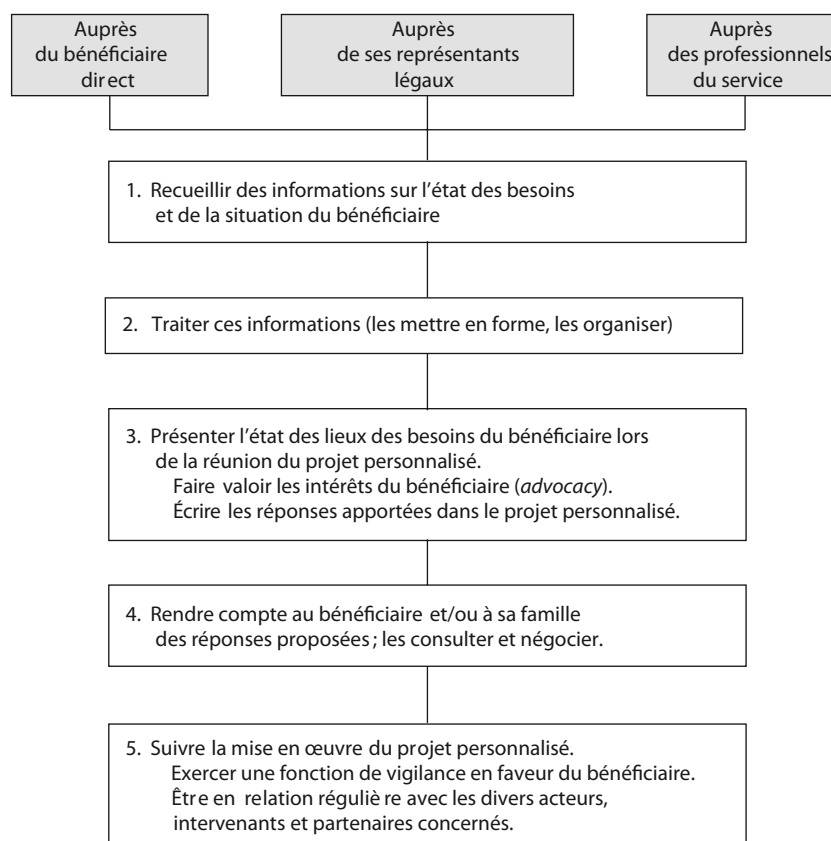


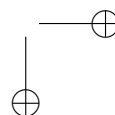
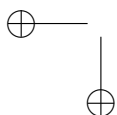
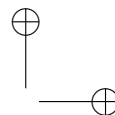
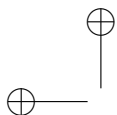
Figure 9.3. Les tâches du coordinateur de projet

avons baptisé, il a maintenant une vingtaine d'années, de « révolution galiléenne¹² ».

À regarder les choses de plus près, les exigences ne sont-elles pas plus fortes vis-à-vis de personnes lorsqu'elles sont reconnues en situation de handicap ? Cela s'appelle *l'effet de désignation (labelling theory)*. Fait-on des réunions de synthèse sur nous, quidam, associant nos employeurs, nos syndicats, nos médecins, nos banquiers et nos proches pour faire le point sur notre situation personnelle, nos incapacités et s'acharner à les gommer ? Concrètement, nous voulons dire qu'il est plus réaliste, plus efficace et plus utile, de développer des savoir-faire que de prétendre réparer tout ce

12. Cf. J.-R. Loubat, « Le projet personnalisé » in *La revue du CREA Rhône-Alpes*, n° 104, mars/avril 1992.

qui ne marche pas, dans la vaine poursuite d'un hypothétique équilibre ; et que chez tout individu, c'est bien le développement de quelques zones positives qui lui permet de s'extraire de la médiocrité, et qui évite bien souvent les (re)chutes dans les zones d'ombre. La promotion désigne la tentative et le processus qui visent à valoriser la personne à ses propres yeux et à ceux de son entourage dans tous les domaines de la vie. La promotion peut donc prendre le tour du *développement personnel*, plus axé sur le développement de toutes les potentialités de la personne pour elle-même, et de la *participation sociale*, plus soucieuse de valorisation et de reconnaissance par les autres dans le cadre du jeu social et de formes plus instituées.



Chapitre 10

La participation des bénéficiaires

Ce chapitre concerne le point suivant de notre plan :

2.5. La concertation et la participation du bénéficiaire et de sa famille

POUR UNE ÉTHIQUE ET PRAGMATIQUE DE LA CONSULTATION

Si certains termes ont fait florès dans tous les discours et colloques, en revanche, la participation objective des bénéficiaires à leurs projets, dans le fonctionnement des établissements, et pour finir, dans leur propre promotion, s'avère encore parfois trop insuffisante, même si elle s'est considérablement développée au cours des toutes dernières années. Les procédures de consultation ne sont pas aussi répandues que nécessaire dans les établissements sociaux et médico-sociaux. À croire qu'elles font peur... ? Certes, de nombreux professionnels déclarent consulter leurs bénéficiaires et le pensent sincèrement parce qu'ils se sentent disponibles et attentifs, qu'ils « discutent » régulièrement avec ces derniers, mais nous pouvons rapidement les convaincre que la consultation est bien autre chose

qu'une simple écoute ou attente, qu'elle ne s'improvise pas et qu'elle doit obéir à une méthodologie rigoureuse.

Positionner le bénéficiaire au centre

La loi du 2 janvier 2002 se caractérise par une affirmation de la place centrale du bénéficiaire dans les dispositifs sociaux et médico-sociaux, et l'esprit du texte tout entier est attaché au souci d'impliquer celui-ci dans son projet et de rechercher son « consentement éclairé ». Si l'action sociale et médico-sociale doit reposer sur une évaluation constante des besoins des publics bénéficiaires, pour reprendre les termes de cette loi 2002-2, comment capter ces besoins ?

La consultation s'impose alors comme une éthique, une posture, un processus et une méthodologie incontournables, au cœur de tout projet d'accompagnement et de promotion sociale. Si tout un travail d'investigation, à partir de tests, d'examens, de recherche d'informations, peut s'avérer indispensable, le questionnement direct ne représente-t-il pas la première source d'informations et la plus légitime ? C'est précisément dans l'optique d'une implication optimale du bénéficiaire dans son projet personnalisé que nous développons sur le terrain, avec les professionnels intéressés, des modes de consultation.

Une absence de culture de la consultation

Constat banal : la consultation n'est pas un mode d'interrogation et d'évaluation très répandu dans les secteurs social et médico-social, tandis que l'on déclare à qui veut l'entendre que l'on est en permanence « à l'écoute des usagers ». N'est-ce pas un encombrant paradoxe ? Ce dernier tient à plusieurs raisons essentiellement d'ordre culturel ; car d'une part, aucun obstacle technique ne se dresse en travers des consultations, d'autre part, les caractéristiques des bénéficiaires ne sauraient être invoquées, puisque les personnels des établissements sont tout aussi chichement consultés, ni plus ni moins d'ailleurs que les adhérents des associations gestionnaires...

La première raison de ce triste tableau ressortit au fait que la culture historique de tels secteurs ne s'inscrivait pas dans une logique de prestations de service, ses acteurs n'ont pas été préparés à prendre en considération les notions de *besoin* et de *satisfaction*. En effet, le refus ou l'incompréhension d'une position de prestataire de service évacue toute relation de type besoin/réponse. Nous pouvons dire que la réponse aux besoins manifestés par les personnes accueillies n'a jamais été officiellement le but recherché par un secteur largement autolégitimé, intervenant sur missions auprès de

cibles désignées socialement et bien souvent stigmatisées, au nom d'une logique d'expert ou d'une posture caritative. Rajoutons qu'un certain nombre de fonctionnements d'établissement présentaient un caractère de contention, ce qui rendait la consultation dangereuse pour ces établissements. Leurs dirigeants évoquaient en général le manque de discernement des personnes...

Ce sont essentiellement des approches externes à ces secteurs, comme le marketing, la démarche qualité, la communication, le management et la gestion des ressources humaines, qui ont amené la question de la consultation des besoins des bénéficiaires, et les textes de loi qui l'ont actée. Ce qui nous valait l'étiquette de « démarche commerciale » quand nous proposons de telles procédures de consultation dans nombre d'établissements, il y a encore quelques années.

La deuxième raison tient à la prégnance d'une vision d'expert, se caractérisant par une distinction entre ceux qui savent et ceux qui, inconscients de leur destin, doivent se plier à ce savoir. Il s'agit là d'une tradition médicale, psychothérapeutique ou pédagogique, qui faisait du malade, du patient ou de l'élève un être parfaitement dépendant du dispositif, tout juste capable de dire ce qu'on lui soufflait plus ou moins subtilement, et dont la position basse et le pathos lui interdisaient d'être porteur d'une réalité digne de communication. Pourtant que de surprises après consultation ! La culture psychanalytique, plus ou moins bien digérée, omniprésente durant plusieurs décennies dans nos secteurs, a privilégié une voie interprétative en lieu et place de toute expérimentation ; l'interprétation étant laissée naturellement au pouvoir discrétionnaire de l'interpréteur... Elle a ainsi participé à consacrer cette toute-puissance de l'expert au détriment d'une relation de service centrée sur le client. Combien de fois, avons-nous entendu, au cours de ces fameuses réunions de synthèse, tel psychologue ou personnel éducatif évoquer « ce qui se passait ou se jouait dans la tête de tel bénéficiaire » (sic) ou statuer de manière péremptoire sur l'origine de tel comportement, ou encore fustiger l'éternelle incompétence des parents ! De telles attitudes terroristes, aux antipodes de toute éthique et de toute rationalité professionnelle, nous paraissent relever aujourd'hui d'un « goulag mental ».

Enfin, la troisième raison tient à la formation même des intervenants sociaux, délibérément écartés durant longtemps de toute idée d'être au service de quelqu'un. Récemment encore, certains professionnels d'un établissement réagissaient aux termes de *service* et de *consultation* en déclarant : « nous ne sommes pas les esclaves des résidents » (sic)... Mu par une idéologie transcendante, porteuse de devoir ou de valeurs morales, l'éducateur, comme beaucoup d'autres intervenants, était censé savoir ce

qui convenait pour la personne dont il « s'occupait », dans une vision très orthopédique du développement.

Bref, on consulte beaucoup plus qu'avant, mais pas encore assez, dans nos secteurs, qu'il s'agisse des familles, qu'il s'agisse des bénéficiaires mineurs ou majeurs ou bien encore des personnels. Il existe ainsi le danger d'élaborer des projets pour des personnes, en court-circuitant le point de vue des principaux intéressés. Si la formule « placer le bénéficiaire au centre » a fait fortune depuis peu – nous parlions de « révolution galiléenne » dans notre chapitre précédent –, comment lui conférer une réalité, sinon en accordant à la personne accueillie le statut de citoyen à part entière ?

L'antidote de l'absolutisme institutionnel

Au fond, les systèmes qui ne veulent pas changer n'ont-ils pas la lumineuse intuition que le changement ne peut venir que de leurs bénéficiaires ? Un consensus de la peur du changement s'installe alors autour d'un discours préconçu sur le bénéficiaire, l'infantilisant, le « pathologisant », l'enfermant dans sa situation de handicap pour rendre inopérant ses propos, ses manifestations et ses attentes. Le ronronnement de certaines réunions de synthèse, comme celle que nous avons évoquée précédemment vient parfaitement en témoigner.

Pourtant les établissements qui pratiquent diverses formes de consultation dressent le même constat : tout individu consulté s'avère infiniment plus raisonnable que celui qui ne l'est pas ! En effet, lorsqu'un individu n'est pas entendu, on l'amène bien souvent à pratiquer la politique de l'escalade, c'est-à-dire à envoyer des messages de plus en plus massifs. C'est ainsi que des choses relativement simples à régler prennent parfois des proportions alarmantes et conduisent à divers passages à l'acte, à de l'agression ou de l'automutilation, ou plus subtilement à des conduites d'échec, de repli ou de déstabilisation.

D'autre part, la consultation possède des vertus pédagogiques : en structurant un champ donné, on transmet au consulté qu'il a la possibilité de s'y positionner et d'y agir. On peut ainsi, plus simplement encore, lui faire comprendre que ce champ existe et que l'on peut en parler (comme la sexualité, par exemple). La consultation crée un espace d'échange particulier, dénué de tout soupçon, de recherche d'aveu ou de condescendance. Par l'instauration d'un rituel spécifique, elle place les protagonistes d'égal à égal et valorise des prises de position, en dehors des discussions à bâtons rompus ou des échanges entre deux portes, ou encore des messages allusifs, où l'on doit se « comprendre à demi-mot ». L'interviewé devient responsable de ses propos. La consultation directe

des attentes et besoins rend la personne bénéficiaire responsable de ses propos, lui confère un réel statut : celui d'acteur et de citoyen, et dans l'univers des services : celui de client.

Tout cela n'a rien de magique, le consulté se rend compte au fil du temps – à la condition bien sûr que sa consultation soit suivie d'effets et se transforme en projet personnalisé – que ce qu'il exprime est pris au sérieux et débouche. Il prend ainsi conscience de sa capacité d'expression et d'influence des événements. Dans un établissement médico-social, qui a mis en place de tels entretiens de consultation selon un guide très élaboré, certaines résidentes, dont certaines étaient là depuis plus de quarante ans, ont dit spontanément « merci » à la fin de leur entretien, signalant de manière émouvante que c'était la première fois qu'on leur consacrait deux heures pour solliciter leurs souhaits...

Enfin, faut-il le rappeler, la consultation est l'un des fondements de la démocratie, au même titre que le contrat : elle s'oppose à la monarchie de droit divin, à la féodalité et aux luttes de clans et de corporations. Au sein même d'une démocratie, elle s'oppose à l'expression sauvage, celle des « grandes gueules », des camelots, des gourous et autres bonimenteurs qui font et défont l'opinion. Dans un établissement, l'existence et le respect d'un projet, d'un contrat, de procédures de consultation et d'une démarche qualité sont des facteurs essentiels de démocratie et le meilleur antidote contre les tendances institutionnelles totalitaires...

LA CONSULTATION : UNE DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Au-delà des options et des intentions philosophiques, éthiques et sociales, que nous venons d'évoquer, la consultation représente une démarche méthodologique possédant ses exigences et ses questionnements.

Divers niveaux d'exploitation de la consultation

Le premier de ces questionnements porte sur les niveaux d'exploitation de la consultation que l'on envisage :

- la consultation d'un bénéficiaire doit alimenter son « projet personnalisé », en faisant remonter ses besoins, ses attentes, puis ultérieurement, ses motifs de satisfaction ou d'insatisfaction. Comme nous l'avons développé dans notre chapitre précédent, la personne qui mène l'entretien – coordinateur de projet, référent ou coach, selon l'appellation retenue

- veille à ce que le contenu de l'entretien soit pris en compte lors de la réunion de projet ;
- la consultation représente un facteur de progrès quant au fonctionnement de la structure, dans le sens qu'elle s'inscrit dans une démarche qualité. En effet, si l'on effectue une lecture transversale des entretiens, les praticiens s'apercevront nécessairement que les aspects de telles ou telles prestations, reviennent fréquemment sur la sellette et invitent l'établissement à réagir, par exemple : l'absence d'animation, une restauration inappropriée, l'impossibilité pour les bénéficiaires de vivre en couple, une sécurité défaillante, etc. Plus largement, ce sont les orientations et le projet d'établissement eux-mêmes qui peuvent se trouver interpellés par les besoins émergents. C'est ainsi que l'exploitation transversale des besoins effectuée par les structures d'une association médico-sociale a permis de s'apercevoir qu'il existait un décalage important entre les prestations pratiquées et celles qu'il aurait fallu proposer. En somme, la consultation nous renseigne tant sur la qualité perçue, l'opportunité de telle ou telle prestation, que sur la qualité des processus. Nous débouchons alors sur le terrain du management et de l'organisation ;
- elle constitue pour l'établissement un atout en matière de lisibilité, de traçabilité et de communication, par exemple dans le cadre des interactions avec les partenaires de l'établissement : les grands enseignements des entretiens (sans entrer dans le détail naturellement) peuvent être communiqués aux parents, à l'association et ses adhérents, aux autorités compétentes ou à d'autres partenaires intéressés par la cause des bénéficiaires. Bref, il s'agit là d'un outil de communication des causes sociales.

L'intérêt du guide d'entretien

Le deuxième questionnement porte sur la forme de la consultation : à l'endroit des bénéficiaires, l'entretien apparaît comme le mode le plus approprié et le plus souple. En effet, l'intervieweur a la possibilité d'adapter les questions à la compréhension de chaque bénéficiaire, de les reformuler et de stimuler l'interviewé, tout en étant à l'écoute de ses gênes éventuelles. D'autre part, l'entretien direct humanise la consultation et alimente une authentique relation d'accompagnement (coaching) au service du bénéficiaire.

Tous les bénéficiaires n'ayant pas accès au langage, ou ne disposant pas d'une compréhension suffisante, l'entretien ne peut à l'évidence concerner toutes les populations accueillies dans les établissements médico-sociaux. Pour ceux-là, d'autres formes de consultations peuvent être envisagées : par le biais de dessins, de pictogrammes, de cartes mentales, de photos, de

prises en situations, ou de divers procédés graphiques. Diverses équipes professionnelles y travaillent aujourd’hui.

La passation d’entretiens nécessite de la part des intervieweurs de posséder une expérience de cette technique et de présenter un certain nombre de qualités requises, comme de savoir instaurer un climat chaleureux, savoir reformuler et faire produire, savoir attendre à bon escient, etc. Cependant, il ne faut pas oublier qu’il ne s’agit pas d’entretiens d’aide ou d’entretiens cliniques, mais bien d’entretiens ciblés sur un questionnement préétabli. C’est pour cela que la rédaction préalable d’un « guide d’entretien » s’avère quasi indispensable.

Indispensable pour plusieurs raisons :

- tout d’abord, afin de faciliter la tâche des intervieweurs — ces derniers n’ayant pas à improviser sur le fond, ni à se souvenir d’une centaine de questions ou plus !
- parce que cela rend l’interviewer plus à l’écoute du bénéficiaire, celui-là n’ayant pas à réfléchir aux futures questions ;
- ensuite, parce que tous les bénéficiaires répondent ainsi à des questions communes. Cela limite la marge de dérive des uns et des autres et rassure l’interviewé parce qu’il sait ainsi que les questions sont les mêmes pour tous et ne concernent pas que son propre cas. Cette volonté témoigne d’une égalité de traitement dans le cadre du service public ;
- mais aussi, parce que le questionnement doit concerner systématiquement les « prestations offertes » et ne pas dériver sur d’autres registres. Le guide est ainsi réalisé par un groupe de travail pluridisciplinaire offrant des garanties ;
- enfin, parce que les questions posées doivent permettre à l’interviewé de structurer son champ de réflexion en attirant son attention sur des points qu’il n’aurait pas forcément abordés dans l’espace quelque peu stressant d’un entretien. L’expérience montre que l’état des besoins réalisé avec une interview structurée est toujours infiniment plus productif qu’avec une interview impromptue. Si vous demandez à quelqu’un ce qu’il pense de son travail, vous lui posez un problème conceptuel, exercice difficile qui nécessite d’être rompu à l’exercice rhétorique ; si vous lui posez une série de questions très précises balayant l’ensemble de son champ professionnel, vous obtiendrez une foule de réponses, d’attentes et de points de vue utilisables.

Cependant, l’intervieweur possède une marge de manœuvre, à lui d’apprécier la situation d’interview : il lui incombe par exemple, d’adapter les questions au niveau de compréhension du client, de juger s’il faut insister ou non. Le but n’étant pas de mener une recherche mais de permettre l’expression des besoins de la personne, la souplesse est la

consigne majeure qui est donnée aux intervieweurs. Si celui-ci sent que la personne aborde un point important pour elle, il peut l'encourager par quelques questions supplémentaires. Attention, toutefois : il ne doit pas non plus sortir du cadre des prestations.

Des précautions éthiques

Le troisième questionnement concerne les précautions déontologiques et méthodologiques dont il convient de s'entourer : avant chaque entretien, l'intervieweur présente à la personne interrogée le but de cet entretien et l'utilisation qui sera faite de ses réponses (mieux ajuster son projet personnalisé, améliorer la qualité de service globale par une meilleure connaissance de ses attentes). Il lui signifie en outre que cet entretien lui est proposé, qu'il ne revêt naturellement aucun caractère obligatoire et que son refus sera parfaitement compris. Dans le même ordre d'idées, l'intervieweur rappelle que l'interviewé n'est pas tenu de répondre à toutes les questions qui lui sont posées, et que si certaines le gênent, on passera à une autre. L'intervieweur précise encore que les professionnels ont un devoir de discrétion à l'endroit des réponses faites individuellement et que celles-ci ne seront pas diffusées hors le service et en dehors du cadre de son projet personnalisé. Il est encore énoncé que l'établissement s'engage à fournir des réponses et des explications aux attentes et questionnements du bénéficiaire. Il est souhaitable que chaque intervieweur dispose d'un préambule écrit, qu'il puisse lire à la personne qu'il interviewe, afin de ne rien omettre d'important et de dire la même chose à toutes les personnes consultées (confère l'encart plus loin).

Enfin, il est possible d'avoir le sentiment de la personne sur l'entretien lui-même. Par exemple, nous pouvons proposer les questions suivantes en fin d'entretien :

- Comment avez-vous trouvé la durée de cet entretien :
 - ☐ trop longue ?
 - ☐ trop courte ?
 - ☐ convenable ?
- Le lieu où s'est déroulé cet entretien vous a-t-il convenu ?
- Avez-vous le sentiment d'avoir pu vous exprimer comme vous le souhaitiez au cours de cet entretien ?
- Des questions ou des sujets vous ont-ils éventuellement gêné (e) ?
- Inversement, y a-t-il des sujets ou des questions que vous auriez aimé voir aborder ?
- Enfin, avez-vous des suggestions à faire par rapport à cet entretien ?

— CONSIGNES POUR UN ENTRETIEN DE CONSULTATION —

À titre d'exemple, le texte qui suit peut être remis à l'intervieweur en guise de consigne (nous l'avons utilisé dans le cadre de diverses campagnes de consultation pour entretiens).

- Dans certains cas, si un lien de subordination quelconque ou de prééminence existait entre le bénéficiaire et le coordinateur de projet, une autre personne plus distanciée pourrait mener cet entretien. Il peut être également envisagé que le bénéficiaire souhaite s'entretenir avec une autre personne de son choix.
- Il doit être précisé au bénéficiaire qu'une attente formulée ne signifie pas nécessairement que l'on pourra y apporter une réponse dans le sens de ses espérances. En effet, des contraintes de tous ordres, matériel, économique, administratif, légal, technique, etc., peuvent empêcher le prestataire de satisfaire à certaines attentes. Quoi qu'il en soit, l'établissement ou le service s'engage à entendre les attentes du bénéficiaire, à envisager les meilleures réponses possibles, à lui en rendre compte et à lui fournir des explications.
- L'interviewer annonce également que lui-même ne produira aucun élément de réponse au cours de cet entretien de consultation, qu'il est là uniquement pour noter les souhaits et les attentes de la personne.
- Cet entretien suit un guide réalisé par un groupe de travail. Il ne s'agit donc pas d'interroger le bénéficiaire sur des aspects qui ne rentreraient pas dans le champ de compétences de l'établissement (par exemple, situation familiale ou financière ; convictions personnelles, etc.).
- Le guide vise à faciliter la tâche du coordinateur de projet, à faire en sorte qu'il n'oublie pas de domaines importants. Toutefois, il n'est pas rigide, c'est-à-dire que l'intervieweur peut modifier quelque peu la formulation des questions s'il constate que ces dernières ne sont pas comprises par le bénéficiaire. Il peut en outre expliciter tel ou tel terme qui ne serait pas connu de l'interviewé.
- L'intervieweur peut rajouter des questions complémentaires à celles d'origine si cela peut permettre au bénéficiaire d'explicitier davantage sa réponse.
- L'intervieweur saute les questions auxquelles le bénéficiaire ne voudrait pas répondre.
- L'interviewer demande régulièrement à l'interviewé s'il est fatigué, s'il veut arrêter et poursuivre ultérieurement.
- En somme, le but de chaque entretien est de favoriser l'expression du bénéficiaire, d'introduire une relation de confiance entre lui et le coordinateur de projet, de mieux connaître ses attentes afin d'améliorer les réponses qui peuvent y être apportées.

LA DYNAMIQUE DU PARTENARIAT AVEC LES PARENTS ET LES FAMILLES : UN CHANGEMENT DE MENTALITÉ

La participation, c'est aussi celle des parents et des familles ! L'expression de « travail avec les familles », qui s'était répandue dans le courant des années 70, fréquemment chargée de pathos et de relents soupçonneux à l'endroit des familles, allait de pair avec une vague préoccupation clinique. Aujourd'hui, les relations entre prestataires de service médico-sociaux et sociaux et parents et familles des bénéficiaires s'engagent sur une tout autre voie que la stigmatisation ou l'autolégitimation clinique : celle du partenariat et de la contractualisation, de la communication et de la consultation.

De quel travail et de quelle famille parle-t-on ?

À propos des relations entre les professionnels des établissements et services médico-sociaux et sociaux et les familles des bénéficiaires, il convient en premier lieu de s'extraire d'une certaine confusion ; confusion entretenue par l'expression même de « travail avec les familles ». En effet, si la formule s'avère commode, elle risque précisément de dissimuler, derrière cette fausse évidence, la nature et le statut exacts des diverses relations qui peuvent être entretenues entre les parties. Bref, de quel *travail* s'agit-il ?

De manière usuelle, l'expression s'inscrit dans une généalogie et un implicite cliniques – le terme de travail pouvant s'entendre au sens de « travailler la pâte » –, l'expression de travail avec les familles apparaît alors du même ordre qu'une autre, tout aussi troublante : « faire un travail sur soi ». Une telle approche consiste à faire de la famille une cible thérapeutique inavouée, dès lors objet de ce travail (ce qui explique que certaines réunions de synthèses se montrent plus prolixes à propos de la famille que des besoins du bénéficiaire lui-même...). Il va sans dire que cette posture pose un certain nombre de questions à la fois éthiques et techniques quant à la légitimité et à l'efficacité de la relation ainsi induite.

D'autre part, il est indispensable d'identifier la famille que l'on évoque de manière générique : s'agit-il du ou des parents directs ayant l'autorité parentale sur les enfants qui sont accueillis dans un établissement ou suivis par un service ? S'agit-il de tous les membres d'une famille, au sens d'une constellation biologique et culturelle, abordés comme personnes ressources potentielles et comme interlocuteurs privilégiés dans le cadre d'un accompagnement ? À toutes fins utiles, rappelons par ailleurs que le droit français ne reconnaît pas la famille comme sujet de droit, seuls les parents sont identifiés en tant que « représentants légaux ».

C'est le positionnement du prestataire de service, la nature du contrat qui fait loi entre les parties et le statut légal de l'intervention, qui déterminent le type de relation entre les parties : si le bénéficiaire direct du service est un mineur, les membres de sa famille qui exercent l'autorité parentale à son endroit s'avèrent de fait des partenaires incontournables. Il convient par conséquent d'avoir avec eux des relations de partenariat – au sens de la co-éducation dont parle Pierre Verdier. Si le bénéficiaire accueilli est un majeur, les membres de sa famille sont alors abordés comme des personnes ressources, de par l'intérêt qu'ils témoignent, et peuvent servir d'appuis et d'interlocuteurs dans le cadre de l'accompagnement de cette personne. Là encore, il ne peut s'agir que de relations de partenariat.

Si le bénéficiaire est un majeur incapable (au sens de la loi), la relation avec son représentant légal est également une relation de partenariat, assimilée à celle de parent exerçant une autorité parentale, avec toutefois des différences et des aménagements en fonction de la nature de la mesure de protection. Enfin, il existe un quatrième cas de figure, qui est celui dans lequel les parents, ou d'autres membres de la famille, peuvent se trouver eux-mêmes bénéficiaires de services assurés tout exprès à leur endroit, tels que conseil éducatif ou rééducatif, conseil en aménagement ergonomique ou architectural, soutien psychologique, médiation intrafamiliale, intervention familiale de type systémique, etc. Les parents rentrent alors dans le cadre ordinaire d'une relation de service, telle qu'elle existe déjà à l'endroit de tout bénéficiaire accueilli par les établissements et services

Ces rappels préliminaires étant effectués, deux statuts relationnels peuvent donc exister selon nous entre parents et professionnels : celui du partenariat et celui du rapport prestataire/bénéficiaire. Tout autre type de relation nous paraît échapper au cadre légal, commercial, démocratique et éthique, dans lequel doivent agir des établissements prestataires de services médico-sociaux et sociaux. C'est donc essentiellement de la « relation de partenariat » dont il va être question dans ce chapitre.

L'ouverture des institutions

Ce partenariat s'impose tant pour des raisons éthiques que techniques, et nous assistons aujourd'hui à une convergence intellectuelle de tendances qui abondent dans le sens d'une reconnaissance du rôle des parents et de la famille dans les divers services éducatifs et thérapeutiques. L'hôpital lui-même, auparavant bien souvent sanctuaire de spécialistes peu diserts, s'est progressivement ouvert aux familles, s'apercevant que la présence

de la famille près d'un patient, coupé de son environnement ordinaire, pouvait s'avérer d'une aide morale précieuse.

L'école connaît certes beaucoup plus de difficultés à s'ouvrir aux familles ; « la dernière citadelle » est un appareil d'état dont les enjeux sont beaucoup plus violents et porteurs de destinée sociale, renvoyant à des affrontements culturels historiquement constitués. L'école reproductrice des inégalités sociales, montrée du doigt par de nombreux sociologues (Bourdieu, Passeron, Baudelot, Establet, Charlot, etc.), ne se situe pas dans une relation de service... Pourtant, des tentatives ici ou là commencent à se faire jour pour tenter d'associer les parents au cursus d'apprentissage de l'enfant. Il faut reconnaître qu'elles sont encore bien timides et que le contact entre les enseignants et les familles s'effectue la plupart du temps autour des « *problèmes* » que pose l'enfant, de ses difficultés à suivre la scolarité, plutôt que de ses compétences, et encore moins autour d'un improbable « projet commun ».

LES DIFFICULTÉS DU PARTENARIAT

Le but essentiel de ce partenariat incontournable entre professionnels et parents, au-delà des motifs évidents d'ordre éthique, c'est la réussite des projets entrepris, et une véritable promotion pour chaque bénéficiaire. Ce n'est donc pas pour adopter une mode, pour être dans le ton des options du moment, que la question des relations avec les familles s'impose, mais bien parce qu'elle conditionne à terme toute pédagogie à finalité psychosociale. Cette révolution pédagogique est en marche dans notre secteur, elle bouleverse les habitudes, elle génère des craintes, réveille des susceptibilités de la part de professionnels qui peuvent être tentés de se draper dans leur savoir et de se réfugier dans le confort de leur dispositif. Ce ne sont pourtant pas leurs compétences qui sont remises en cause mais bien le système dans lequel elles s'inscrivent.

Des obstacles culturels et institutionnels

Différents préjugés théoriques ont pu servir un certain confort corporatiste, en posant comme premier postulat que les uns savaient ce qu'ils convenaient de faire, que les autres ne pouvaient le savoir puisqu'ils étaient « symptomatiques, déviants, pathologiques » ; et comme second postulat qu'il fallait séparer la personne de son milieu pathogène, que cette séparation spatiale devait entraîner une séparation relationnelle.

Le jugement de valeur

Séquelle typique du discours disqualifiant sur la « mauvaise famille », du genre : « Avec une famille pareille, qu'est-ce que vous voulez faire ?! »

Comme dans bien des cas, la méconnaissance concrète, la volonté englobante de rejet sont à la base du préjugé. Pour se rassurer, des éducateurs nous racontaient combien il est tentant de construire de toutes pièces un *roman familial* d'apparence très cohérente, sur la base de quelques bribes d'informations non vérifiées. Ne sommes-nous pas tous tentés de chercher à confirmer nos hypothèses, même quand elles ne sont ni fondées ni expérimentées ? Par exemple, à faire rentrer la famille à n'importe quel prix dans un schéma préétabli, et ce d'autant plus facilement que l'on ne possède pas d'analyse et de modèle permettant de comprendre et d'intégrer la complexité et la diversité propres aux familles.

Les relations et les territoires privilégiés

Certains praticiens s'arrogent le monopole des relations avec les familles – la plupart du temps, en toute bonne foi – parce que cela leur paraît ressortir à leur responsabilité, à leur mission, à leurs prérogatives, mais aussi plus prosaïquement, parce que cela leur assure une légitimité, une reconnaissance, voire une expertise. S'il n'est pas évident de saisir que certains praticiens se taillent des territoires particuliers à l'intérieur de l'institution dans l'intérêt du bénéficiaire, c'est du côté de la sociologie des organisations qu'il faut chercher des explications. Cette dernière nous apprend que dans un système quelconque, celui qui maîtrise les principales *zones d'incertitude* détient de facto un certain pouvoir ou prestige... plus la famille devient une *terra incognita* et plus certains experts possèdent du pouvoir.

Des obstacles techniques et méthodologiques

L'absence d'évaluation professionnelle

La famille fait peur ou agace parce qu'elle interroge directement ou non le fonctionnement de l'établissement... Ce que l'on peut aisément comprendre c'est que, moins le professionnel est sûr de lui, plus il redoute les questions embarrassantes. Par exemple, lorsqu'un établissement ne possède pas de projet écrit, que ses dispositifs ne sont pas évalués, que ses bénéficiaires eux-mêmes ne font pas l'objet de projets personnalisés, il est évident que les relations avec les familles ne peuvent pas se négocier sur un mode clair. De nombreuses rationalisations pseudo-psychologiques peuvent alors venir appuyer un rejet de la famille hors du cadre institutionnel. Nous nous souvenons de familles taxées de paranoïaques (sic) parce

qu'elles demandaient des projets comportant des objectifs précis et une évaluation de l'atteinte de ces objectifs...

Nous ne répéterons jamais assez que pour associer la famille à la prestation de service d'un établissement, il est nécessaire qu'il existe un projet commun, un *projet personnalisé*, manifestation de la prestation de service adaptée aux besoins et aux attentes de chaque bénéficiaire, et que c'est à partir d'une évaluation conjointe de celui-ci que peut se nouer le dialogue entre professionnels et parents et familles.

L'absence de modèle méthodologique

Il existe une incertitude réelle face au mode de relation devant s'instaurer avec les parents et les familles : certains praticiens ont peur de ne pas savoir comment s'y prendre avec les personnes qu'ils rencontrent. Cette crainte n'est pas illégitime et pose bien le problème de la formation (voir encadré ci-après). Une partie importante de la formation des travailleurs sociaux ne devrait-elle pas concerner précisément les relations de partenariat avec les familles ?

On entend aussi parfois dire que les éducateurs devraient être des thérapeutes, mais un psychothérapeute familial notoire, Mohamed El Farricha¹, répond très clairement à cela :

« À mon sens, il n'est pas besoin d'être thérapeute pour traiter des questions éducatives avec les parents. Par contre, une connaissance des systèmes et des fonctionnements familiaux semble nécessaire pour aider un enfant. Le cadre de travail dans lequel s'inscrit et s'élabore la relation de partenariat avec la famille est un cadre éducatif et non thérapeutique. »

Extraits d'entretien lors d'un audit dans un Sessad

- « – On a un pouvoir énorme... aller à domicile c'est un pouvoir énorme, on n'a pas été formé à travailler à domicile, à gérer des relations avec les familles.
- Il doit y avoir des garanties pour les familles. Je pense qu'on est amené à aller trop loin. Dans les familles, on est témoin de tas de choses... quelle est la limite ?
- On n'a pas de lieu où l'on puisse déverser toutes ces difficultés, parler de ces choses-là... de fait, on le fait en réunion de synthèse "sauvagement".
- Mon mal-être professionnel me gêne moins que les problèmes qu'on peut générer.

1. M. El Farricha est directeur de Systèmes et du centre Milton Erickson du Rhône, président de l'Institut de victimologie rhônalpin. Il a contribué à l'ouvrage collectif *Thérapies multifamiliales, des groupes comme agents thérapeutiques*, (dir. Solange Cook-Darzens), Érès, 2007.

– On a parfois l'impression d'en avoir trop dit, on est à la limite, on dévoile des choses de la vie privée ; la retombée est négative. »

(Pauline, kinésithérapeute)

« – Les familles qui s'en vont, c'est qu'on ne répond pas à leurs attentes. C'est parfois pesant, on dérange, on bouscule. On y va plusieurs fois par jour...

– On apprend des choses, on apprend mieux pourquoi l'enfant réagit comme ça. »

(Betty, kiné)

« – On réagit avec la personne avec qui on est ; on n'a pas de théorie, pas de formation. On a eu quelqu'un qui est venu nous parler du travail avec les familles, mais pas de travail sur cas.

– Exemple, parce qu'on m'avait offert des fleurs, ce qui m'a été renvoyé, c'est que c'est mon comportement qui avait induit cela. Je me suis entendue dire que c'était inadmissible d'accepter des cadeaux. Comment gérer certaines situations, par exemple, des scènes de ménage ? Comment gérer l'intervention des parents ? »

(Valérie, kinésithérapeute)

« – Au niveau de l'enfant, c'est ce qu'on sait le mieux faire ; au niveau de la famille, il y a un manque... On ne sait pas faire ce travail avec les familles, on attend qu'il se passe beaucoup de choses... »

(Nadine, orthophoniste)

« – Ils (les éducateurs et rééducateurs) se fixent des objectifs qui ne sont pas les leurs, ils ont un projet intrusif dans le champ de la famille... C'est très sauvage. Ils ne sont pas formés aux rapports avec la famille. Soudainement, ils ont été projetés dans des familles avec toutes leurs attentes idéalisées... ça fait souffrir. »

(Anaïs, psychologue)

« – Les familles nous font peur... c'est un partenariat de surface.

– Je n'ai jamais vu des parents intervenir sur des projets à nous. Il n'y a pas d'écrit à destination des parents ; il y a des réunions...

– Ce qui se passe n'est pas du partenariat, sauf avec quelques parents. On arrive avec nos papiers pour la synthèse, on les écoute... »

(Laura, kinésithérapeute)

« – J'ai des échos des familles : on ne passe pas très bien auprès des familles...

– Il y a des divergences au niveau de la conception des relations. On ne met pas les mêmes choses derrière les mêmes mots, par exemple : partenariat.

– Il y a une période où je me suis sentie en porte-à-faux entre ce que je disais et le discours institutionnel. J'ai l'impression que les solutions, on les a plus cherchées du côté de notre institution, qu'on a plus remis en cause celle-ci plutôt que nous avons réinterrogé les relations avec les familles. »

(Patricia, ergothérapeute)

METTRE EN ŒUVRE LE PARTENARIAT PAR LA NÉGOCIATION

Le partenariat avec les parents et les familles ne peut demeurer intentionnel, se traduisant par exemple par la seule volonté « d'être à l'écoute des parents », mais doit s'inscrire dans une politique d'ensemble et une méthodologie propre à concrétiser ce partenariat. La communication, la contractualisation, la consultation et la négociation – que nous développons ci-après – en constituent les étapes indispensables, d'autant plus qu'elles font désormais l'objet d'exigences plus précises (loi du 2 janvier 2002, recommandations de l'Anesm).

La quatrième attitude

Il est habituel de présenter la négociation comme une alternative au conflit, ce qui est juste. Les choix d'attitudes relationnelles sont en nombre limité : nous pouvons pratiquer la fuite, l'évitement, faire le mort, utiliser l'inertie, l'inhibition, s'opposer, se confronter, agresser, entrer en conflit. Au plan éthologique, comme l'évoque Henri Laborit, trois attitudes fondamentales s'offrent à l'être vivant : fuir, agresser, s'inhiber. La première attitude peut s'avérer efficace, pratique, c'est celle d'*Horace contre les Curiaces* ; la seconde est courante et plus engageante, mais les profits sont hypothétiques à terme, car l'issue peut-être « *une victoire à la Pyrrhus* » ; la troisième est celle des sages et des yogis qui ont abandonné l'idée de changer le monde par la persuasion ou la force, mais si on ne la vit pas bien, elle est dévastatrice et produit de l'usure et du *burn out*.

Il existe pourtant une quatrième attitude : négocier. Négocier, c'est transférer des intérêts subjectifs ou objectifs sur une scène plus symbolique, où ils peuvent se communiquer et s'expliquer sans danger immédiat, jusqu'à parvenir à un consensus qui peut exténuer les divergences de départ. En quelque sorte, négocier c'est faire appel à la capacité de transcender des points de vue pour parvenir à un autre stade qui n'est ni le premier point de vue, ni le second, ni la somme des deux. De ce dépassement naît une autre issue, une autre relation, une autre forme sociale.

Ce terme de négociation s'avère des plus intéressants, parce qu'il sous-entend dès le départ l'existence entre les professionnels et les familles d'une possible divergence d'intérêts et de points de vue. Il s'oppose à une autre attitude démagogique qui, à l'inverse, suppose une identité de points de vue et stigmatise la divergence baptisée « conflit ou déni ».

Les conditions de la négociation

Sans prétendre être le moins du monde exhaustif, nous pouvons énumérer quelques principes de communication qu’il faut garder à l’esprit si l’on veut réellement aller dans le sens d’une concertation avec les familles.

Se doter d’un dispositif adéquat

Quelles sont les instances existantes permettant cette communication entre professionnels et parents ou familles ? Elles existent parfois, mais sont bien souvent inadaptées : il arrive qu’une famille se retrouve ainsi face à une dizaine de professionnels, ces derniers pouvant ainsi se protéger d’une entrevue qui les met mal à l’aise ; il arrive encore que l’on « convoque » la famille comme dans l’administration. Ce ne sont naturellement pas les meilleures façons pour faciliter le dialogue...

En termes de dispositif, il est important de soigner la procédure, le lieu choisi, l’organisation de l’espace, la manière de se positionner afin de ne pas mettre l’autre partie dans une situation d’insécurité. N’oublions pas que si l’établissement est un lieu habituel pour le professionnel, ce n’est pas le cas pour la famille. Par exemple, il n’est pas indifférent de recevoir la famille dans le bureau d’un directeur, dans une salle de réunion ou dans un lieu prévu spécialement à cet effet ; chaque espace possède son propre statut et sa propre organisation relationnelle qu’il faut prendre en compte et adapter au climat que l’on souhaite instaurer.

Il s’agit également d’être clair sur l’identité et le rôle de la ou des personnes qui vont recevoir les familles, et ce en fonction du type de rencontre. Est-ce une rencontre de prise de contact et de présentation de l’établissement ? Auquel cas, elle est de la compétence du directeur ? Est-ce une rencontre technique ? Auquel cas, elle peut être du ressort du chef de service, du coordinateur de projet personnalisé, du psychologue, du médecin, etc. ? Est-ce une visite concernant des aspects de l’ordre du service social, de la compétence de l’assistante sociale ?

Si plusieurs professionnels participent à l’entretien, comment vont-ils se partager la conduite de l’entretien ?

Adopter un style de communication pertinent

Il convient ensuite de considérer la manière de mener l’entretien. Nous nous souvenons de mises en situation réelles que nous avons organisées avec des équipes professionnelles : par exemple, un éducateur et une assistante sociale reçoivent des parents turcs. Le père est réticent pour accepter la participation de sa fille à un camp résidentiel (à cause des garçons) ; il souhaite savoir dans quelles conditions dormira sa fille, si une éducatrice veillera le soir dans le dortoir des filles, etc. L’objectif

préalable des deux travailleurs sociaux est d'amener le père à accepter la participation de sa fille, parce que l'équipe professionnelle a été unanime pour affirmer que ce camp serait une très bonne chose pour elle. L'entretien ne se déroule pas bien du tout... et l'assistante sociale se trouve très rapidement en désaccord avec le père, qui finit par refuser le départ de sa fille pour le camp de vacances.

Il s'est avéré que les professionnels n'ont pas été très à l'aise ni très tactiques dans cet entretien, qu'ils se sont rapidement laissés gagner par des jugements de valeurs implicites allant à l'encontre de l'objectif fixé. Ainsi, au lieu de trouver un compromis sur des points vraiment importants pour obtenir l'essentiel, les positions sont demeurées bloquées au mépris de l'efficacité souhaitée. Au fond, ces deux travailleurs sociaux avaient-ils réellement la volonté de négocier avec cette famille ? N'étaient-ils pas entravés par leur propre système de valeurs qu'ils plaçaient en avant ?

Par exemple, la culture occidentale de l'assistante sociale servait d'écran aux propos du père qui ne pouvaient que la choquer. L'aspect tactique eut voulu que soit recherchée une position d'appui sur la mère, laquelle semblait plus libérale en la matière, mais dans ce cas, il aurait fallu que les travailleurs sociaux préparent stratégiquement l'entretien pour accorder leurs violons.

Certes, chaque professionnel fonctionne spontanément sur la base de son propre système de valeurs ; c'est pour cela qu'il est important de l'énoncer préalablement à ses collègues, mais aussi de savoir parfois le mettre de côté.

Demeurer centré sur l'objectif : la promotion du bénéficiaire

Dans le droit fil de ce que nous venons d'évoquer, il est fondamental – si l'on veut associer les parents et les familles – de demeurer centré sur le bénéficiaire et le service qui lui est rendu, sur ses compétences, ses savoir-faire, ses attentes, et non les caractéristiques de son être. On peut évaluer et apprécier des actes et des compétences, mais pas un être en soi, sans se situer dès lors nécessairement dans le jugement de valeur et générer des réactions de légitime défense et de rivalité. Après tout, la famille ne partage pas nécessairement la vision des professionnels car elle possède sa propre expérience en fonction de sa proximité avec son enfant.

Ramener la famille à la réalité de certaines potentialités exige un travail important d'évaluation. Les concordances doivent donc être recherchées sur les objectifs, les compétences à développer et les moyens à mettre en œuvre :

- que veut-on pour l'enfant ? Quelles sont ses attentes ? Quelles sont celles de ses parents ? Quels sont les besoins identifiés par les professionnels ?
- quels moyens peut-on définir ?
- quels modes d'évaluation va-t-on retenir ?

Mettre le partenaire en position d'expert

Nous ne résisterons pas à l'envie de citer Guy Ausloos², qui recommande les choses suivantes aux professionnels, entre autres conseils judicieux :

« Demandez-leur de l'aide quand vous ne savez plus que faire : cela renversera le jeu qu'ils ont l'habitude de jouer avec les intervenants ; un regard circulaire vous indiquera qui peut vous aider. »

On ne doit pas hésiter à positionner les parents en situation d'experts : admettre que deux savoirs valent mieux qu'un et que les éducateurs institutionnels ont besoin des compétences des membres de la famille. Leur demander, par exemple, comment ils procèdent dans tel ou tel cas, comment ils résolvent telle ou telle difficulté ; leur demander s'ils ont repéré des procédures, des attitudes qui marchent mieux que d'autres (c'est aussi l'occasion indirecte de poser à la famille les difficultés que les praticiens rencontrent).

Avoir la volonté et la capacité de négociier

Négocier est l'art du compromis. Si l'on part du principe qu'aucun compromis n'est possible, toute négociation se trouve naturellement vouée à l'échec. La négociation possède donc ses exigences : entre autres, celle de considérer son interlocuteur comme un partenaire à part entière, celle de ne pas penser qu'un seul point de vue est bon...

Beaucoup de professionnels n'ont pas été nécessairement habitués et formés à cet exercice de style et à cette conception de la relation. En effet, il ne s'agit surtout pas d'entretien thérapeutique, et il convient même de s'extraire de la méthode de l'entretien clinique traditionnel qui vise à interpréter, à « décoder », à retrouver des processus communs à travers ce qui se dit, à se forger une opinion, voire une espèce de diagnostic centré sur l'être de la personne, car très vite les interlocuteurs ont la désagréable impression de ne pas être véritablement écoutés mais auscultés. Il s'agit *a contrario* de privilégier le cadre et l'objectif de l'entrevue, d'obtenir

2. *La compétence des familles*, 1995, Éres.

l'adhésion de l'autre partie, mais aussi d'écouter pour identifier ce qui peut faire consensus ou dissension.

Si nous devons résumer en une formule la méthodologie de la négociation, nous dirions qu'elle utilise *ce qui est dit* – l'explicite – et qu'elle laisse de côté les interprétations unilatérales qui sont créatrices d'écarts et non de consensus. Ce report d'attention sur l'échange lui-même est sans doute la chose la plus difficile à mettre en pratique.

Il s'agit également de ne pas confondre négociation et renonciation : nous pouvons entendre certains dire : « il y a des choses qui ne sont pas négociables » ; erreur, tout est négociable... Il faut posséder le sens du compromis opportun, qui consiste parfois à lâcher du lest d'un côté, pour négocier plus vigoureusement sur des points essentiels.

La négociation sous-entend une certaine authenticité et transparence : le plus sûr moyen de faire reconnaître par la famille les limites éventuelles de l'enfant et le travail fourni par l'institution est bien de faire mesurer l'écart qui existe entre ce que l'on veut et ce que l'on obtient, de ne pas avoir peur de « mettre sur le tapis » la question de la faisabilité, des moyens, des connaissances dont on dispose, et aussi de leurs limites.

Autrement dit, il s'agit de partir de quelques principes simples afin de créer un terrain d'entente :

- existe-t-il un intérêt commun clairement identifié entre la famille et le prestataire de service ?
- peut-on appréhender la pluralité des points de vue quant à ce qui est bon pour le bénéficiaire ?

Dès lors que l'on peut répondre favorablement à ces questions, le partenariat peut s'instaurer...

L'ENTRETIEN DE NÉGOCIATION

Dans toute situation d'entretien, le *contexte*, le *dispositif*, le *processus*, s'avèrent autant d'éléments déterminants de la dynamique de communication. Au-delà du contenu verbal, tous les éléments dits extra-verbaux communiquent également et participent à renforcer ou non les messages de l'interlocuteur. Ces éléments extra-verbaux s'avèrent de surcroît beaucoup plus marquants au plan émotionnel et renvoient à d'autres situations, d'autres expériences, pas nécessairement très conscientes chez l'individu.

Les rapports sociaux s'expriment aussi au travers d'un aménagement spatial et écologique : une famille peut se sentir mal à l'aise dans le bureau quelque peu luxueux d'un directeur ou dans celui complètement

nu d'un psychologue. Des dispositifs peuvent renvoyer à des situations de domination mal vécues, telles que convocations dans le bureau d'un patron, d'un directeur d'école, d'un commissaire de police, etc. Ces aménagements et ces dispositifs induisent et produisent ce qu'on appelle en psychosociologie des « attentes de rôles » (*role expectations*) et biaise donc la situation d'entretien.

Le dispositif de l'entretien

Une attention toute particulière doit être apportée aux aspects suivants.

Le statut de l'espace de l'entretien

Revenons sur ce point : dans quelle pièce reçoit-on la famille ? Cette pièce est-elle un espace privé (un domicile, un bureau, une chambre), un espace semi-public (un hall, un couloir, un salon, un réfectoire, etc.) ou public (un café, un hall de gare) ? L'aménagement est-il familial, simple, très personnalisé, chargé, sombre ou clair (les teintes sombres sont plus impressionnantes mais aussi plus intimistes) ? La psychologie écologique fournit de précieux enseignements à ce niveau.

L'organisation des acteurs

Les acteurs sont-ils en face-à-face (situation plus impliquante favorisant l'affrontement, dans tous les cas une relation forte), en trois-quarts (position plus favorable à la médiation et à l'échange), en côte à côte (position peu impliquante, moins stimulante mais aussi moins agressive, favorisant le soutien) ?

Quelle est la distance qui sépare les divers interlocuteurs ? La *proxémie*³ nous apprend le rôle déterminant, au plan de la communication, joué par la distance interpersonnelle qui fonctionne comme un *zoom sensoriel* :

- une distance faible, inférieure à 0,50 m, intimide mais aussi amplifie les réactions émotionnelles situant dès lors le débat dans un registre intime et psychoaffectif ;
- une distance supérieure à 3,60 m va « refroidir » l'interaction, la situant à un niveau plus intellectuel et plus institutionnel.

La distance choisie, tout comme le positionnement dans l'espace, doit dépendre de la nature de la relation afférente au type d'entretien. Dans un entretien de négociation, il est très important de trouver « la bonne distance » afin d'éviter à la fois le glissement de l'entretien vers un entretien

3. J.-R. Loubat « La proxémie » in *Lien Social*, n° 445, 1998.

clinique ou un entretien formel de type administratif. Les personnes qui vont accueillir la famille doivent donc la placer dans un contexte favorable et chaleureux, en lui permettant une marge de manœuvre, en choisissant par exemple des fauteuils ou des sièges confortables (aussi confortables que ceux des professionnels...).

Lorsqu'il s'agit d'un entretien dont la nature n'est pas essentiellement technique, par exemple, un premier entretien d'accueil, une *structure salon* est préférable ; c'est-à-dire que les interlocuteurs vont se retrouver autour d'une table basse sur des fauteuils ou des divans, généralement en cercle ou en carré.

S'il s'agit d'un entretien formel où l'aspect institutionnel s'avère privilégié, l'entretien peut se faire de part et d'autre d'un bureau, venant témoigner du statut de la personne accueillant la famille.

S'il s'agit d'un entretien plus technique, la présence d'une table sera la bienvenue permettant à chacun d'écrire ou de s'appuyer dessus, d'être à égalité autour d'un champ de préoccupation commun représenté par cette table (pleine, de préférence).

On peut voir, ici ou là, des dispositifs très variés, pas toujours faciles à gérer. Par exemple, des établissements font assister les parents à leurs réunions de projet et il arrive que ceux-ci se trouvent face à un groupe de cinq à douze personnes autour d'une table. Cette situation ne manque pas d'interroger : que veut-on obtenir à l'aide d'un tel dispositif ? Veut-on faire connaître l'équipe professionnelle à la famille ? Veut-on valoriser leur travail ? Veut-on rassurer techniquement la famille en lui montrant combien de personnes s'occupent de leur enfant ? En tous les cas, il paraît peu crédible de pouvoir mener un entretien de négociation dans de telles conditions inégalitaires...

Le rôle des animateurs

Du point de vue des professionnels, l'entretien avec les familles peut se concevoir avec bénéfice avec deux intervieweurs. Il faut cependant savoir que la co-animation ou co-participation en entretien n'est pas si facile que cela en a l'air ; il s'agit de se mettre d'accord préalablement sur les rôles et modes d'intervention de chacun des deux professionnels.

Entendons-nous, il ne s'agit pas de concocter de tortueuses stratégies afin de manipuler les interlocuteurs, mais bien de tirer le profit maximum de cette situation d'entretien dans un intérêt commun. Si la crainte d'être envahissant honore le praticien, qu'il sache qu'il ne s'agit ni plus ni moins que de créer les conditions les plus favorables à la négociation. Une fois encore, laissons aux acteurs la possibilité d'être des acteurs, c'est-à-dire de se servir à leur tour du dispositif que l'on met en place, en sachant que de

toutes les manières, la neutralité n'étant qu'une vue de l'esprit, les effets produits ne seront jamais tout à fait les effets attendus et que personne ne saura jamais qui a véritablement influencé l'autre et jusqu'où...

Il est fréquent dans de tels entretiens de se répartir la tâche de la manière suivante : l'un des intervieweurs conduit l'entretien, gère le fil conducteur, le second, plus en retrait, intervient davantage sur le contenu lui-même, en permettant un approfondissement sur des points précis. Son recul lui permet d'observer ce qui se passe, d'être plus sensible à l'état émotionnel des personnes, au climat de l'entretien. Il représente en outre une aide pour le conducteur de l'entretien, pouvant dans certains cas tempérer avec tact ses questions, l'extraire d'une relation éventuellement trop tendue, mais aussi, à l'inverse, apporter un soutien rassurant et empathique aux parents. Cela permet encore de ne pas cristalliser les points de vue sur une relation duelle toujours potentiellement bloquante, puisque chargée d'émotions.

Cela montre également aux interlocuteurs qu'il existe plusieurs attitudes possibles dans une même situation, et qu'il n'y a pas de position institutionnelle intangible. Bien entendu, les co-intervieweurs doivent mettre au point préalablement leur duo, et respecter un certain nombre de règles de base d'un tel exercice de style. Par exemple : ne pas vouloir tirer à soi la conduite de l'entretien, ne pas chercher systématiquement à ramener le débat dans sa sphère de préoccupations personnelles, ne pas contredire son partenaire, ne pas le mettre en difficulté, mais plutôt mettre en valeur d'autres aspects de la question.

Il peut être éventuellement intéressant de choisir deux personnes de disciplines ou de préoccupations différentes, par exemple, un chef de service éducatif et un psychologue, un directeur et une assistante sociale, etc., ou encore de sexes différents. Mais cela dépendra naturellement des compétences techniques, de la disponibilité des personnels et du but recherché exactement par cet entretien avec les parents et la famille.

Ce travail sur le dispositif, la situation et les rôles des acteurs exige d'être considéré comme faisant partie intégrante de l'activité des professionnels. Cela nécessite un minimum de temps de concertation et de coordination, mais quel gain en efficacité, en communication et en motivation. Nos interventions nous montrent que beaucoup de professionnels sont très intéressés par ce genre d'apport et par un travail sous forme de jeux de rôles.

Les principes de la négociation

Nous avons dit que l'entretien de négociation était spécifique, en ceci que son but est de parvenir à un positionnement, à un consensus sur la base

d'accords explicites. Pour qu'un tel entretien puisse se dérouler comme tel, il est essentiel que :

- l'objectif de la négociation soit clair ;
- les professionnels possèdent un matériau de discussion suffisant ;
- les échanges soient explicites, factuels et non faits d'impressions et de jugements ;
- l'aspect propositionnel soit important.

Afin de favoriser la progression de la négociation, il s'agit de suivre des étapes. En effet, il convient de se mettre d'accord avant tout sur le jeu et ses règles, avant de définir qui va perdre ou gagner. Concrètement, cela signifie qu'il est inutile de mettre en négociation des propositions du genre : « Nous avons pensé qu'il serait intéressant pour votre enfant de... » ou de mettre les acteurs en position de s'expliquer ou de s'exprimer sur des points des plus flous du genre : « Avez-vous un projet pour votre enfant ? »

Il s'agit également de consulter l'interlocuteur sur l'amont et l'aval de ses positions, c'est-à-dire sur les bénéfices et les conséquences de celles qu'il a envisagées, par exemple : « Quelles sont les conséquences positives (pour votre enfant) que vous attendez de cette décision ? ». Cela revient à rappeler constamment la *situation* dans laquelle se trouve le bénéficiaire et les effets de toutes les décisions qui sont discutées et négociées. Le but de cette attitude est de générer de la lucidité et de la responsabilisation chez les acteurs et non de la culpabilisation.

Précisons la démarche.

1. L'intervieweur va rechercher avant tout un accord sur un cadre minimal (par exemple un constat), en abordant un sujet concret sans *a priori*, en favorisant l'expression d'un point de vue, et en utilisant ensuite les points de convergence ou de divergence pour en faire des « appuis dynamiques » dans la conversation.

L'intervieweur s'adressant à des parents :

« – Madame, Monsieur, êtes-vous d'accord avec l'évaluation que nous faisons du niveau scolaire de votre enfant ? »

Il est recherché ici un consensus ou une contre argumentation de la part des parents sur la base du cadre le plus général, celui de l'évaluation dressée par l'équipe des professionnels, évaluation qui n'est pas posée d'emblée comme juste – et donc enjeu de conflit – mais comme un objet d'expression et de négociation.

Si les parents sont en consensus, l'intervieweur pourra passer à une seconde étape ; s'ils ne partagent pas ce point de vue, l'interviewer leur demandera quelle est leur appréciation, leur mode d'évaluation de l'enfant.

Le point de vue ne sera jamais contesté en lui-même dans ses fondements (ce qui est source de résistance et de défense identitaire), les interlocuteurs seront questionnés sur le « comment », sur leur stratégie, c'est-à-dire sur les éléments d'information qu'ils utilisent, le moyen de se les procurer, les conclusions qu'ils en tirent et les effets qu'ils en attendent.

2. Les parents sont amenés à un positionnement qui amène des explications dans un deuxième temps.

L'intervieweur :

« – Les difficultés scolaires de votre enfant sont à mettre sur le compte d'autres problèmes que ses capacités... C'est bien ce que vous voulez dire ? »

Dans cette seconde phase, l'intervieweur tente de permettre aux parents d'exprimer leur vision des causes des mauvais résultats scolaires de l'enfant. Il explore avec eux l'existence d'une complexité qui peut échapper d'ailleurs aux professionnels et qui permet aux parents de produire leurs propres énoncés.

3. Dans un troisième temps l'intervieweur va essayer de déboucher sur un consensus quant aux conclusions qu'il faut tirer de tout ce qui a été dit précédemment (il est fondamental de parvenir à un consensus clair qui va constituer le véritable contrat moral).

L'intervieweur :

« – Quoi qu'il en soit, nous sommes bien du même avis : il faut mettre en place un suivi du travail scolaire de votre enfant ? ».

Si les parents n'adhèrent pas à cette proposition, sans toutefois remettre en cause le consensus sur les constats et les causes, ils sont invités à faire d'autres propositions.

4. Dans un quatrième temps, fort de ce consensus, l'intervieweur va rechercher un accord sur la décision pratique à mettre en œuvre.

L'intervieweur :

« – Nous proposons pour notre part de mobiliser un de nos professionnels pour accompagner votre enfant dans son cursus scolaire ; êtes-vous prêts à participer de temps en temps à des rencontres avec ce professionnel pour faire le point ? »

L'intervieweur s'appuie sur la cohérence entre le consensus précédent et la nécessité de déboucher sur une solution pratique.

Quatre termes clés sont donc à retenir : *cadre, positionnement, consensus, décision*. Cette démarche systémique procède par pallier et sous-entend une logique de progression entre les cadres de discussions successives, ce qui permet en cas de désaccord de revenir au cadre précédant et

de mieux cerner sur quoi porte le désaccord sans tout remettre en cause. À partir de là, deux possibilités se présentent :

- soit le rappel de l'accord précédant et des conclusions qu'il semblait entraîner, de façon à placer l'interlocuteur dans une « dissonance logique » pour qu'il en convienne (cela revient à dire : je veux mais je ne veux pas) ;
- soit l'exploration d'une autre possibilité tout aussi plausible, et l'interlocuteur se trouve mis à contribution ; la balle est alors dans son camp...

Chapitre 11

La bientraitance et la qualité

Ce chapitre concerne les points suivants de notre plan :

2.6. La promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance

2.7. L'évaluation de la qualité

Bientraitance et qualité s'avèrent complémentaires et intriquées : la bientraitance est un sous-ensemble de la qualité qui s'intéresse aux modalités relationnelles, tandis que la qualité concerne un vaste ensemble qui concerne tant les prestations délivrées que l'information, la personnalisation des prestations, le climat social, l'organisation, la communication externe, la gestion financière et sociale, etc.

LA BIENTRAITANCE, UNE PRISE DE CONSCIENCE

Les dérives de plus en plus montrées du doigt par l'actualité et les médias (même si leurs méthodes s'avèrent parfois discutables¹), nous

1. Si l'usage de la « caméra cachée » peut heurter, il faut bien reconnaître qu'il n'existe pas toujours d'autres moyens d'accéder à des réalités sociales cachées (*cf.* par exemple

dévoilent les risques extrêmes de certains fonctionnements d'établissements faisant fi de toute éthique et de tout professionnalisme. L'éthique s'affirme aujourd'hui comme une question centrale dans les établissements et services, parce qu'elle est immanente à tous les actes de la vie quotidienne auprès de personnes vulnérables, c'est-à-dire fréquemment démunies des moyens de défense de tout un chacun.

Aussi, le rappel éthique prononcé par la loi 2002-2, puis développé de manière plus approfondie par l'Anesm au travers de ses recommandations, ne peut être compris comme un simple avatar, mais doit être considéré comme l'expression même de l'esprit de ce texte, qui débute – et ce n'est pas une coïncidence – par un chapitre sur les droits des bénéficiaires. En effet, si un article de la loi du 2 janvier 2002 éprouve le besoin de rappeler que « *l'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux²* », c'est sans doute que cela n'est pas aussi évident qu'on pourrait le penser...

Au-delà des cas les plus graves qui relèvent du droit pénal, il existe encore nombre d'établissements ne disposant d'aucun outil ou procédure écrite leur permettant de s'engager sérieusement dans un cadre éthique³ vis-à-vis de leurs bénéficiaires. Les commodités et les routines y font bien souvent obstacle. Bref, derrière une culture qui se déclare humaniste et compassionnelle, derrière l'apologie de l'écoute et de la relation bienveillante, ce sont parfois des pratiques douteuses, abusives ou franchement maltraitantes qui se profilent, relevant tour à tour de penchants pervers, de négligences graves ou d'incompétence avérée, ou plus simplement encore, de dynamiques de groupes.

l'émission de télévision *Les Infiltrés* : « Chronique d'une maltraitance ordinaire », diffusée le 22 octobre 2008 et qui avait déclenché une véritable prise de conscience).

2. En outre, l'article 4 rappelle que doivent être assurés à la personne bénéficiaire :
« – le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;

– la confidentialité des informations la concernant ;

– l'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf disposition législative contraire. »

3. Lire à ce sujet l'ouvrage de J.-J. Amyot et A. Villez, *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gériatriques*, Paris, Dunod/Fondation de France, 2001.

Les leçons des systèmes totalitaires

La préoccupation éthique dans ces champs d'activité s'est progressivement constituée au cours de l'après-guerre⁴, sur le terreau d'une prise de conscience des sombres caractéristiques des régimes totalitaires. Les travaux sur les groupes de chercheurs comme Lewin, Festinger, Milgram⁵, Bales, Janis, ou encore les observations et réflexions d'auteurs comme Szasz ou Goffman, permirent de mieux comprendre le caractère potentiellement totalitaire d'institutions qui accueillait des populations apparaissant comme privées de leurs droits élémentaires, des institutions dont la vocation était précisément leur « prise en charge ».

Ces *institutions totales* – selon la formule d'Erving Goffman – se caractérisaient notamment par un canevas spatio-temporel ne laissant pas de place à l'expression individuelle ou à l'intimité. La journée y était découpée en scènes réglées comme du papier à musique et proposait des actes professionnels stéréotypés. La dignité et l'intimité de la personne n'étaient jamais respectées : les toilettes étaient collectives et effectuées au jet d'eau, les WC ne possédaient pas de portes, des patients pouvaient se promener nus dans les couloirs, les proches n'avaient accès à aucune information, etc. Hélas, ce genre d'univers ne renvoie pas à une époque très lointaine, ni aux seuls états sous-développés, mais existait voici quelques années seulement dans certains services hospitaliers ou médico-sociaux de notre pays⁶... C'est en cela que l'action spectaculaire des médias a participé à la levée d'un tabou.

Parallèlement, un puissant changement de mentalités s'est dessiné au fil du temps dans nos sociétés développées à l'endroit du handicap : après l'ère des hospices, puis celles de structures relativement autarciques, est advenue celle d'un modèle participatif d'inclusion qui s'aligne sur les dispositions européennes. Les personnes en situation de handicap ont conquis la possibilité d'accéder à tous les services d'une société, et en premier lieu à l'espace public. Les ex-victimes de la société sont devenues

4. Après avoir observé ce qui s'était passé dans les hôpitaux français durant la seconde guerre mondiale, certains médecins psychiatres réagirent et appelèrent à d'autres pratiques. Ils allaient être à l'origine d'un vaste mouvement de rénovation des pratiques hospitalières. Certains participèrent même à l'émergence d'associations de parents (comme le P^r Kohler à Lyon, cofondateur de l'ALAPEI) et agirent pour extraire certaines populations des établissements psychiatriques.

5. Les expériences de Milgram sur la soumission à l'autorité sont en partie reprises par le film de Verneuil, *I comme Icare*.

6. Des témoignages récents accréditent l'idée que cela continue d'exister dans certains services psychiatriques et établissements sociaux et médico-sociaux de notre pays...

des « ayant droit », des usagers, des bénéficiaires, voire des clients ou même des employeurs...

Pour une culture de la bientraitance

Qu'est-ce que la bientraitance et la maltraitance ? Notons, en premier lieu, que ces concepts ne sont pas d'essence juridique mais procèdent essentiellement de visions philosophiques et éthiques. En effet, bientraitance et maltraitance ne possèdent aucune existence en droit en tant que telles ; tout au plus évoque-t-on les mauvais traitements sur animaux... Ce que nous désignons généralement quand il est question de maltraitance concerne de fait tout un ensemble de faits juridiques hétérogènes. Le droit aborde la protection des personnes (ou l'atteinte aux personnes) et la protection des biens (ou l'atteinte aux biens). Il aborde par conséquent de multiples atteintes aux personnes et aux biens relevant du civil ou du pénal, et conditionnées notamment par l'âge et la vulnérabilité des personnes concernées (telles que privation de soins et d'alimentation sur mineurs de moins de 15 ans, abus de faiblesse, extorsion de fonds, violences sexuelles, etc.). De manière générale, les actes de transgression sont considérablement aggravés du fait qu'ils ont été produits par des personnes ayant autorité ou mission de protection auprès des victimes, en particulier lorsque ces victimes sont des mineurs ou de personnes vulnérables.

Comme en convient l'Anesm :

« Le choix du thème de la bientraitance a relevé de la volonté d'aborder les pratiques professionnelles sous un angle positif. L'ANESM choisit ainsi d'explicitier la notion de bientraitance en priorité, alors même qu'elle est apparue dans la filiation du questionnement sur la maltraitance⁷. »

Tout en posant d'emblée que « la bientraitance ne peut, en tant que telle, recevoir de définition définitive », l'Agence appréhende celle-ci comme « une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. » Elle caractérise cette culture par :

- « la promotion du bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance ;
- un mouvement d'individualisation et de personnalisation permanent de la prestation ».

7. Introduction de la recommandation-cadre sur la bientraitance.

Le déroulement du contenu de la recommandation montre que la bientraitance, parce qu'elle aborde tous les domaines de fonctionnement d'un service, devient un concept extrêmement large, un halo de bonnes pratiques, finissant par s'identifier à la notion de *qualité*.

L'Agence balise le champ de la bientraitance en quatre grands domaines :

« 1. Donner une réalité à la liberté de choix

- travailler dans le respect des droits et des choix de l'utilisateur ;
- personnaliser l'accueil et accompagner l'intégration de l'utilisateur dans la structure ;
- entendre la parole de l'utilisateur et respecter sa légitimité ;
- développer les possibilités de relations de réciprocité entre les usagers et mettre en place une organisation limitant les occasions de dépendance des usagers envers les professionnels ;
- être attentif au refus et à la non-adhésion pour faire évoluer la situation de manière adaptée.

2. L'accompagnement de l'autonomie

- informer, premier support à l'autonomie ;
- évaluer le risque et travailler à l'équilibre entre marge d'autonomie et marge d'incertitude ;
- prendre en compte le rythme de l'utilisateur et l'ensemble de ses besoins ;
- accompagner par la parole la réflexion et le parcours de l'utilisateur.

3. La communication individuelle et collective

- proposer à l'utilisateur des occasions d'expression diversifiée ;
- créer dans les établissements un environnement propice à la prise de parole individuelle ou collective ;
- communiquer jusqu'à la fin de vie.

4. Un projet d'accueil et d'accompagnement défini et évalué

- fixer des objectifs précis dans le cadre du projet personnalisé ;
- fixer des modalités de mise en place et de suivi réalistes respectueuses des capacités et du rythme de l'utilisateur ;
- observer les effets positifs et négatifs des actions mises en place en faveur de l'utilisateur et effectuer en conséquence les ajustements nécessaires dans l'accompagnement ;
- être attentif à la durée et à la continuité du parcours de l'utilisateur. »

Les divers visages de la maltraitance

Quant à la maltraitance, elle couvre également un vaste champ qui ne saurait se réduire aux actes les plus graves, nécessitant un signalement aux autorités judiciaires. Pour l'Anesm, « la maltraitance n'est pas un risque

hypothétique et lointain mais bien un *risque incontournable, consubstantiel* des pratiques pour tous les professionnels au contact des personnes vulnérables, quel que soit leur métier. L'exercice de leur mission appelle la conscience de ce risque et la vigilance qu'elle induit. »

Pour sa part, l'Odas (observatoire national de l'action sociale décentralisée) définit l'enfant maltraité comme « celui qui est victime de violences physiques, de cruauté mentale, d'abus sexuels, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique ou psychologique. »

La définition reprise par l'Anesm est celle du Conseil de l'Europe de 1987 qui voit en la maltraitance « tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne, ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière ». Cette définition est plus ample que celle de la maltraitance justifiant d'un signalement (au sens des articles 226-3, 226-13, 226-14, 434-3 du code pénal et 40 du code de procédure pénale).

En 1992, le même Conseil de l'Europe a complété cette définition par une nomenclature d'actes :

- « • Violences physiques : coups, brûlures, ligotages, soins brusques, sans information ou préparation, non-satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques, violences sexuelles, meurtres (dont euthanasie) ;
- Violences psychiques ou morales : langage irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération, chantages, abus d'autorité, comportement d'infantilisation, non-respect de l'intimité, injonctions paradoxales ;
- Violences médicales ou médicamenteuses : manque de soins de base, non-information sur les traitements ou les soins, abus de traitement sédatifs ou neuroleptiques, défaut de soin de rééducation, non prise en compte de la douleur...
- Négligences actives : toutes formes de sévices, abus, abandons, manquements pratiqués avec la conscience de nuire ;
- Négligences passives : négligences relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage ;
- Privation ou violation de droits ; limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques, d'une pratique religieuse ;
- Violences matérielles et financières : vols, exigences de pourboires, escroqueries diverses, locaux inadaptés. »

Prévenir la maltraitance

Il est important de rappeler en préambule que la prévention concerne tous les acteurs impliqués de près ou de loin : usagers, professionnels,

bénévoles, adhérents, administrateurs et... citoyens⁸. Par conséquent, il n'existe pas d'approche univoque de la prévention. Toutefois, l'attitude préventive s'avère de loin la plus efficace et la plus déontologique. C'est pour cette raison que l'Anesm incite les responsables d'établissement à « développer une culture de la prévention et du traitement des phénomènes de maltraitance à tous les niveaux de l'organisation et pour tous les acteurs⁹. »

Afin d'éviter qu'elle ne se mue en suspicion, obsession, climat de délation, etc., il est important qu'une politique de prévention soit identifiée au plan institutionnel et que ses dispositions soient connues de tous.

La question de la prévention peut se décomposer en deux attitudes :

- la première ou prévention primaire (plus préventive en quelque sorte) consiste en une *anticipation* des facteurs de risque par une action sur les conditions qui les favorisent ;
- la seconde consiste en une *vigilance* et une *réactivité* en cas d'événements indésirables afin d'en limiter immédiatement la portée, voire d'empêcher la survenue d'autres événements en escalade.

LE TRAITEMENT D'ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES

La prévention ne peut tout anticiper et tout empêcher... Aussi, les professionnels doivent-ils être préparés individuellement mais aussi collectivement à faire face à ce que l'on désigne par le vocable général et pudique d'*événements indésirables*, qu'il s'agisse d'actes de maltraitance, de négligences graves, d'incidents ou d'accidents, bref, de manquements à la qualité attendue ayant une incidence directe sur les usagers.

Le premier préalable est évidemment d'informer les personnels sur leurs responsabilités et les procédures *ad hoc* ; mais les points qui s'avèrent sans doute les plus délicats concernent l'*identification des événements* proprement dits et le *passage à l'acte de signalement*...

En cas de plainte ou de constat d'acte de maltraitance grave, rappelons deux principes essentiels :

- la justice doit être saisie, ainsi que les autorités de contrôle ;
- la protection des personnes doit être assurée.

8. L'obligation de signalement s'inscrit dans les obligations légales qui incombent à tout citoyen, en vertu notamment de l'article 424-3 du Code pénal.

9. Recommandation de l'Anesm : « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance ».

Signaler (des faits) n'est pas dénoncer (une personne)

Le premier point qui questionne les professionnels quand au signalement est celui de la limite ou plutôt du *seuil* : à partir de quand (de quel événement, de quel fait, de quelle confiance) doit-on signaler ? Nous verrons plus loin que des professionnels craignent de devoir tout signaler et que, comme en toutes choses, trop de procédures tue la procédure... Inversement, d'autres craignent de passer à côté d'événements susceptibles d'être graves. Un fait pouvant en cacher un autre, il s'avère parfois très difficile d'apprécier l'ampleur exacte d'un phénomène au vu ou au su d'éléments pouvant paraître anodins.

Sur ce point, il convient de rappeler qu'il n'appartient pas au professionnel de « qualifier les faits », c'est-à-dire de se substituer à l'autorité judiciaire. Cela dit, son appréciation est tout de même sollicitée pour ne pas signaler à tort et à travers, c'est-à-dire pour graduer la gravité des faits rapportés ou observés. C'est là toute la subtilité paradoxale de ce qui lui est demandé... rapporter sans enquêter, apprécier sans juger. C'est encore une fois pour cette raison que la question doit être l'affaire de tous et s'inscrire dans une préoccupation et une communication institutionnelles, de façon à ne pas laisser chaque professionnel abandonné à sa seule subjectivité.

Le second point est plutôt d'ordre psychosociologique : certaines réticences tiennent à de nombreux facteurs humains, tels que le conflit de loyauté vis-à-vis de collègues, la culpabilité liée à un sentiment de trahison, la pression de groupe et le *mobbing* pouvant exister dans certaines équipes, le « syndrome de Stockholm » ou encore les craintes de retombées négatives pour l'établissement ou la victime elle-même.

L'Anesm insiste également sur la protection de la personne ayant signalé l'événement :

« Protéger l'utilisateur ou le professionnel qui a signalé de toutes les formes de représailles. [...] C'est une protection effective de la personne qui a énoncé le fait de maltraitance qui est recherchée, afin qu'elle ne se sente pas isolée ou désavouée dans sa démarche de signalement. »

Les recommandations de l'ANESM

L'Agence recommande :

- la réactivité à chaque fait de maltraitance ;
- le rappel à la règle ;
- le recueil des faits ;
- la protection de la victime présumée, et plus précisément de :

- « mettre en place de nouvelles modalités d’accompagnement de l’usager pour qu’il ne soit plus en contact rapproché avec le professionnel mis en cause ;
- prévoir plusieurs échanges individuels, voire un suivi psychologique, avec l’usager ou les usagers concernés ;
- sensibiliser les professionnels amenés à accompagner l’usager à l’objectif de rétablir le lien de confiance dans les équipes et à conforter l’usager dans ses droits à travers un accompagnement particulièrement attentif et des paroles rassurantes chaque fois que l’usager exprime une inquiétude sur les faits ou une crainte de représailles. »
- de suivre la procédure de traitement de la maltraitance : « il est recommandé que le recueil des faits soit effectué rapidement, avec rigueur et en usant d’une grande prudence. L’encadrement s’assure que toute la procédure est suivie en demeurant le plus possible distancié des faits et en évitant jugements et actions précipitées » ;
- de signaler les faits aux autorités de contrôle et à la justice (Procureur de la République, mais aussi, selon les cas, autorités administratives) ;
- de mettre en place des mesures disciplinaires et en particulier :
 - de mettre en place un traitement systématique et proportionnel à la gravité de l’acte ;
 - de garder une trace écrite de l’action disciplinaire mise en œuvre.
- de compléter la sanction disciplinaire par une action d’accompagnement des professionnels :
 - en veillant à garantir la présomption d’innocence (ni jugement, ni amnésie) : « il est recommandé que, dans l’attente des suites de la procédure pénale éventuelle, l’encadrement conduise la procédure institutionnelle de traitement de la maltraitance sans se substituer aux autorités judiciaires. En particulier, il est recommandé que l’encadrement garantisse la présomption d’innocence du ou des professionnels mis en cause, la fois auprès des usagers et des autres professionnels. »

Apprendre un nouveau mode de narration

La culture de la traçabilité, du rendre compte et de la communication, qui fait usage de supports écrits à la place d’une tradition largement orale dans les secteurs qui nous intéressent, soulève une question importante : elle impose un nouveau mode de narration qui n’est pas nécessairement

familier aux professionnels. Il s'agit désormais de s'en tenir aux faits et aux témoignages exacts, de savoir rédiger des rapports circonstanciés.

Cette question est le thème d'un excellent ouvrage de Jean-Luc Viaux, expert judiciaire et professeur de psychopathologie à l'Université de Rouen : *Écrire au juge*¹⁰. Voilà un nouveau thème de formation ! De la même manière, les personnels doivent se préparer à faire face à un interrogatoire lors d'une enquête. Certes, cette circonstance n'est pas des plus faciles et des plus agréables... mais elle fait partie des « éventualités professionnelles ». D'une part, le praticien doit gérer le stress d'une situation inhabituelle pour lui, d'autre part, il doit être en mesure de produire un récit factuel, circonstanciel, prudent et cohérent.

La gestion postérieure des dommages collatéraux

Toute situation de maltraitance – signalée ou non – génère des « dommages collatéraux »... Les personnels et les bénéficiaires de l'établissement ou du service concerné, mais aussi les proches, les adhérents de l'association, et d'autres parties, s'interrogent nécessairement sur la survenue d'une telle situation :

- comment a-t-elle été possible ?
- comment a-t-elle pu éventuellement passer inaperçue si longtemps ?
- a-t-elle bénéficié de complicité ?
- pourquoi ne pas en avoir parlé plus tôt ?
- et si d'autres situations subsistaient... ?

Bref, nous pouvons avoir affaire à un vaste syndrome de culpabilité, autant pour ne pas avoir fait assez tôt que pour avoir fait (un signalement)... Nous pouvons également assister à une détérioration du climat par l'apparition d'une suspicion généralisée ou d'une crainte de délation à venir.

L'événement indésirable qui s'est produit crée un précédent, et les personnels peuvent alors se sentir sur la défensive. Contre toute attente, il n'est pas rare de voir une partie des personnels défendre le fautif – même quand la faute s'avère parfaitement constituée – et produire des « comités de soutien¹¹ ». L'encadrement doit alors impérativement tirer les leçons institutionnelles de tels phénomènes qui révèlent des failles préexistantes : histoire mal liquidée, présence de clans, de luttes

10. Jean-Luc Viaux, *Écrire au juge*, Paris, Dunod, 2001.

11. Un scénario classique veut que le comité de soutien interpelle l'association gestionnaire, dénonce les conditions de travail, le stress, la pression et la direction de l'établissement et... saisisse les médias, friands de ce genre d'épisode.

interpersonnelles, de comptes à régler, absence d'identité d'établissement, déficit d'une conscience professionnelle centrée sur la personne accueillie, insuffisance du projet, etc.

Et puis, l'événement grave de maltraitance jette un discrédit, apparaît comme un constat d'échec, entraîne une perte insoutenable de reconnaissance, occasionne une blessure narcissique d'autant plus forte que, précisément, l'engagement personnel des professionnels est important.

Communiquer sur l'événement

Les recommandations de l'Anesm¹² en la matière relèvent du bon sens managérial et l'on peut s'appuyer dessus : il s'agit de « mettre en place une information ciblée auprès des autres usagers et un dispositif d'aide ».

En effet, il faut songer qu'un événement grave de maltraitance touche, voire traumatise, en premier lieu les bénéficiaires, collègues de la victime. Le fait que l'événement soit officialisé, et donc nommé, lui donne en quelque sorte une nouvelle et plus forte réalité. Cela peut faire ressortir d'autres événements, établir des relations fondées ou non entre divers événements vécus, générer de nouvelles craintes ou de nouvelles suspicions. Il n'est pas rare, qu'à la suite d'un signalement, des langues se délient et que de nouveaux témoignages surgissent. Il convient naturellement de faire montre d'une grande prudence, car certaines personnes peuvent se croire victimes à leur tour de manière phantasmatique.

Mettre en place une information, voire des groupes d'expression, est l'occasion de démystifier certaines craintes et de rappeler aussi aux bénéficiaires leurs droits et devoirs, ainsi que les procédures existantes. C'est encore l'occasion de relancer des débats sur les conditions de vie, le règlement de fonctionnement et bien d'autres thèmes qui peuvent être repris dans d'autres instances.

Il s'agit également de « rappeler aux professionnels la nécessité d'énoncer la maltraitance ; de donner à ce rappel une vocation pédagogique » (Anesm).

L'intérêt de mettre en place des groupes d'échange professionnels s'avère multiple :

- rappeler effectivement aux professionnels les procédures existantes et la vigilance qui doit être la leur en la matière ;
- « permettre aux professionnels d'identifier les causes de l'événement » (Anesm). Nous pouvons rajouter que ces groupes doivent également

12. Recommandation « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » déjà citée.

servir à questionner le climat régnant dans l'établissement ou le service ainsi que le modèle culturel que nous évoquions précédemment ;

- « renforcer la démarche de prévention en identifiant les signes avant-coureurs de maltraitance » (Anesm). Ce qui n'aurait pas été évoqué de manière préventive doit l'être. Les personnels sont-ils passés à côté de signaux d'alerte ? Comme dans l'exemple que nous livrons plus loin, les professionnels n'ont parfois pas su donner suite à des comportements ou bien à des symptômes cliniques ;
- « donner une occasion à l'équipe d'encadrement d'analyser les faits et de renforcer sa démarche de prévention » (Anesm).

L'encadrement doit lui aussi mettre ces points à l'ordre du jour de ses réunions spécifiques : quelles leçons managériales tirer de la survenue d'événements indésirables ? La mobilisation des personnels est-elle en cause ? Ou bien le climat social ? Faut-il préciser ou modifier certaines procédures professionnelles ? Convient-il de renforcer le contrôle en la matière ? Une enquête plus approfondie s'impose-t-elle ?

En somme, il convient de resituer le traitement de ce genre d'événements dans la logique d'une *démarche qualité*, démarche rationnelle qui recherche les causes de toute altération de la qualité mais qui recherche également des solutions d'amélioration. Il s'agit donc de convertir un événement indésirable en une source d'amélioration future et de comprendre ce qui s'est passé, ce qui a été défaillant : la vigilance, la communication, le respect des procédures, la consultation, etc. ? Tout cela doit déboucher sur de nouvelles propositions visant à empêcher la répétition de l'événement.

L'EXIGENCE QUALITATIVE

Confronté aujourd'hui à la nécessité de faire mieux avec moins, le secteur se trouve fortement invité à s'interroger sur la qualité¹³ de ses services et des dispositifs déployés. Nous pouvons définir la démarche qualité comme suit : partie intégrante d'un management global, elle s'affirme comme la résultante des efforts des secteurs sanitaire, médico-social et social pour se recentrer sur leurs bénéficiaires et apporter satisfaction à leurs besoins et attentes, ainsi que pour offrir davantage de lisibilité et de garantie à leurs commanditaires et leurs partenaires quant à leurs

13. Sur cette vaste question de la qualité nous invitons le lecteur à se reporter à notre ouvrage : *La Démarche qualité en action sociale et médico-sociale*, Dunod, 2009 ; ainsi qu'à ceux de Jean-Louis Deshaies, de Pierre Savignat, de Roland Janvier, de Christophe Pelletier ou de Philippe Ducalet et Michel Laforcade cités dans la bibliographie du présent ouvrage.

actions, réalisant en quelque sorte le mariage du cœur et de la raison. Une démarche qualité découle donc logiquement d'un projet et de son évaluation conséquente, qu'il s'agisse tant d'une évaluation subjective auprès des bénéficiaires (enquête de satisfaction) que d'une évaluation plus objectivante en termes « d'effets générés ».

Le risque de formalisme

Que cherche-t-on à qualifier précisément : la satisfaction des bénéficiaires quant aux prestations fournies ? Le respect de bonnes pratiques définies par l'administration ? L'application rigoureuse d'un projet et d'une stratégie d'entreprise ? La recherche d'optimisation des ressources et des procédures d'action ? Tout cela à la fois ? En effet, il est étonnant de constater que si de nombreux colloques se sont tenus sur le thème de la qualité, rares sont ceux qui ont dépassé le simple exposé de démarches toutes faites (aussi intéressantes soient-elles – là n'est pas la question) ou l'évocation rebattue des résistances culturelles et idéologiques à la modernisation des secteurs social et médico-social. Bref, au-delà de positions de principe, pour ou contre, il existe un déficit de débats de fond sur ces préalables de tous ordres, comme s'il ne s'agissait que de répondre à une commande des autorités.

Pour commencer, il convient de sortir de la confusion entre évaluation de la qualité et démarche qualité ; ensuite, quid des domaines que l'on cherche à qualifier ? Qui les détermine ? Quelle est la pertinence des indicateurs retenus ? Jusqu'où va-t-on dans l'affinement de ceux-ci ? Comment articule-t-on les indicateurs, les bonnes pratiques et les corrections ? Que fait-on ensuite ? Quel système qualité met-on en place afin de garantir la pérennité de la qualité ? Qui va-t-on charger de veiller à cette pérennité ? Quelles sont les incidences de la démarche sur l'organisation, les fonctions et le management d'un établissement ? Bien d'autres questions encore se posent à nous...

En quelque sorte, l'obsession de mise en œuvre a *squeezé* la question des fondements de la méthode elle-même. Cependant, l'important n'est pas tant de disposer à tout prix d'une méthode que de savoir ce qu'on demande à la méthode ! À ce déficit, deux raisons majeures : primo, l'effet de surprise pour bon nombre d'acteurs, dû à l'absence de culture et de préparation à une telle préoccupation ; secundo, l'importance du marché qui se dessine, qui a favorisé la transposition pure et simple de démarches existantes dans d'autres secteurs d'activité ou la production désordonnée et précipitée de référentiels et de démarches en kit, afin de se positionner sur ce marché.

Le danger de formalisme est tout d'abord induit par une exigence qualité venant d'en haut et pouvant être assimilée à une variété de contrôle bureaucratique. Bien sûr, nous pouvons regretter qu'il faille une loi et des contraintes pour exiger de la qualité... Le risque de formalisme est encore induit par un certain nombre de référentiels qui pèchent par le flou de leurs indicateurs de qualité : si de tels documents se présentent comme des guides utiles, il leur suffit alors d'indiquer des pistes de questionnement ; s'il s'agit de véritables référentiels, alors, ils se doivent d'être plus finement opérationnels. Si les critères prêtent trop le flanc à l'interprétation, ils perdent en effet toute valeur significative.

À quoi rime, par exemple, un critère comme : « le bénéficiaire fait l'objet d'un projet personnalisé », si l'on n'a pas défini plus précisément les prérequis, les exigences et la forme d'un tel projet ? Que signifie : « l'établissement possède un livret d'accueil » si l'on ne précise pas davantage les critères attendus d'un tel document ? Que veut dire encore : « accueillir les patients dans un délai raisonnable », si l'on n'a pas défini plus précisément ce qu'est un délai raisonnable... ? etc. Tous les établissements peuvent alors répondre oui à de telles questions sans s'engager d'aucune façon. Un établissement opportuniste peut ainsi déclarer posséder des documents de communication, faire des projets personnalisés, consulter les parents, posséder des règles de vie, etc., etc., alors qu'il peut très bien ne s'agir que de postures de principe sans réel contenu pratique. La rigueur des indicateurs, comme la plausibilité des réponses, constituera l'un des chantiers à venir en matière de qualité.

À regarder de près bon nombre de démarches mises en place dans les établissements et services, et sans les dénigrer le moins du monde, nous pouvons noter toutefois que leur principal point aveugle concerne précisément les prestations de service... comme s'il était infiniment plus simple d'évaluer des procédures et des modalités et de contourner ainsi les questions taboues de la véritable valeur ajoutée et de l'efficacité recherchées, qui constituent pourtant la raison d'être de ces établissements et services.

Nous pouvons dire que la captation des besoins et des attentes du bénéficiaire nécessite de disposer d'outils de consultation, que l'appréciation des effets des prestations nécessite de disposer d'outils d'évaluation, tandis que la capacité du prestataire à faire connaître et comprendre son offre relève de la communication. Nous tenons là un triptyque fondamental pour tous ceux qui veulent mettre en place une démarche qualité de service. Tout cela va dans le sens de la qualification, en priorité, des prestations de service.

Ce qui est important n'est pas tant la qualité que l'assurance qualité

L'*International Organization for Standardization* (ISO) conçoit la qualité comme « l'aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques d'un produit, d'un système ou d'un processus à satisfaire les exigences des clients et autres parties intéressées ». Cette définition témoigne de deux choses essentielles :

- la qualité ne concerne pas les seuls biens industriels, mais l'ensemble des produits : le « produit étant le résultat d'activités ou de processus ». Une conférence, un acte de soin, un logiciel, une prestation artistique ou sportive, un conseil, constituent par conséquent des produits au sens social et économique ;
- la qualité est envisagée à partir des attentes du client, c'est-à-dire le destinataire du produit – qu'il en soit lui-même l'acheteur, le consommateur ou le bénéficiaire –, et non pas à partir du prestataire.

Dans le domaine des services, la démarche qualité vise la plupart du temps à réduire l'incoercible écart entre les attentes des bénéficiaires (le service attendu), l'engagement du prestataire (le service déclaré) et le service effectivement rendu. La diminution de cet écart dépend certes de la capacité du prestataire à mettre en œuvre ce à quoi il s'est engagé, mais aussi de sa capacité à formaliser les attentes – parfois implicites – du bénéficiaire et à négocier le contenu possible des prestations avec ce dernier. Ces points s'avèrent encore plus essentiels quand il s'agit de services relationnels.

Par conséquent, il s'agit de ne pas se tromper sur le profit de la qualité : à qui celle-ci est-elle destinée ? Si les bénéficiaires, enfants, adolescents ou adultes, des prestations de service délivrées par les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux s'avèrent bien les premiers intéressés, alors, n'est-il pas logique qu'ils aient leur mot à dire au sujet de la qualité même de ces services ? Une démarche qualité décentrée de cette évidence risque de glisser vers une qualité processuelle, c'est-à-dire de faire primer l'organisation elle-même sur l'effet des actions au profit des bénéficiaires. Une telle qualité profiterait essentiellement au prestataire ou aux autres parties intéressées, visant à diminuer les coûts par une amélioration du processus de production ou de prestation, mais pas nécessairement à améliorer la qualité intrinsèque du produit ou du service délivré.

Il nous faut ensuite distinguer le concept de *qualité* du terme de *démarche qualité* : le premier évoquant un état de fait, le second un processus volontaire. La qualité renvoie à l'aptitude d'un produit ou d'un service à répondre à des critères définis ; elle exige par conséquent une méthodologie d'évaluation et d'appréciation. En effet, il ne peut y avoir

de qualification proprement dite sans une échelle de mesure repérée et partagée, au-delà du jugement de valeur empirique qui n'engage que celui qui le produit. La qualité, ne l'oublions pas, répond précisément à un besoin de repères socialement partagés, afin d'éviter l'arbitraire du jugement unilatéral – ce qui s'avère essentiel dans tout échange.

La démarche qualité, quant à elle, relève d'un choix de fonctionnement, d'un engagement stratégique et professionnel qui se traduit par un certain type d'organisation, par la mise en place de procédures opérationnelles déterminées et leur mesure de contrôle (le *système qualité*). Elle est le processus global qui permet à un opérateur individuel ou collectif d'obtenir et de garantir un certain niveau de qualité (*l'assurance qualité*). Ce qui nous fait dire que la démarche d'amélioration continue de la qualité doit permettre un gain de qualité perceptible par le bénéficiaire et non pas relever d'une évaluation unilatérale.

LE RÔLE ET L'ENJEU DES RÉFÉRENTIELS

Dans l'optique de la maîtrise de la qualité, un « référentiel » constitue un document qui évoque un ensemble d'exigences, de normes et de préconisations auquel les acteurs vont précisément se référer. Toutefois, les référentiels existant dans nos secteurs d'activité peuvent s'avérer assez différents les uns des autres, selon les registres et les niveaux sur lesquels ils portent. Certains référentiels visent la qualité totale (impliquant aussi bien les prestations que la gestion, le management, la communication, etc.), tandis que d'autres se contentent de n'aborder que certains registres (les droits des usagers, le projet personnalisé, la qualité de la relation, etc.). Il en est encore qui représentent plutôt des guides de bonnes pratiques fonctionnant comme des pense-bêtes pour les praticiens ; enfin, d'autres se présentent comme des « cahiers des charges » visant à garantir une assurance qualité aux usagers (comme ces référentiels élaborés par certains conseils généraux). Naturellement, tout référentiel ne possède qu'une valeur équivalente à la technicité et à la pertinence de son concepteur... Dans les autres secteurs d'activité, où les démarches qualité sont rodées depuis longtemps, il existe des référentiels qui sont de véritables systèmes de cotation extrêmement précis, auxquels l'opérateur doit impérativement se conformer. Nous n'en sommes pas encore là, bien que les outils progressent incontestablement.

Ces remarques ne sauraient constituer une critique condescendante, mais bien plutôt une invitation à la réflexion critique, un encouragement à affronter toutes les difficultés bien réelles que posent l'évaluation de la qualité en général et la conception d'un référentiel en particulier.

Ce qui nous fait dire que nous avons affaire actuellement en matière de qualité, dans les secteurs social et médico-social, à des outils de première génération, et qu’il faudra attendre quelques années encore, et de nombreuses expérimentations, pour disposer d’outils de seconde génération, plus aptes à répondre à la problématique de l’évaluation de la qualité de service.

Poursuivons notre examen critique : comment expliquer que le principal point faible de très nombreux référentiels demeure l’évaluation de la qualité des prestations de service ?

En premier lieu, ces référentiels sont très généralistes ; c’est-à-dire qu’ils concernent indifféremment les établissements et services les plus divers. Dès lors, il est évident qu’ils ne peuvent véritablement aborder des prestations aussi différentes que celles d’un institut médico-éducatif, d’un Esat, d’un centre d’hébergement et de réinsertion sociale, d’un service d’aide éducative en milieu ouvert, d’un service d’accompagnement, etc. Tout au plus, certains abordent de vastes domaines, tels que l’hébergement, la vie sociale et professionnelle. Nous avons affaire alors à des thématiques qui vont laisser échapper la particularité et la subtilité des prestations de tel ou tel service. Des prestations plus sophistiquées comme le soutien psychologique, le conseil relationnel, l’aide à la participation sociale ne sont pratiquement pas abordées. Ne s’avère-t-il pas indispensable de penser des référentiels plus expressément centrés sur tel ou tel type de services ?

En second lieu, ils expriment probablement quelques difficultés à s’extraire d’une culture historique, et par conséquent à se situer dans une logique de service. Il est notable qu’actuellement de nombreux outils (et pas seulement des référentiels) ont du mal à se centrer sur les notions de prestation et de besoins et à dépasser celles de prise en charge, de comportements symptomatiques et d’incapacités.

En troisième lieu, certains référentiels (gardons-nous de généraliser) possèdent quelques faiblesses techniques, en cela que leur progression arborescente n’est pas toujours cohérente : nous pouvons noter parfois des incohérences de catégorisation, des changements de niveaux et de domaines, ainsi que des approximations conceptuelles ou encore des déterminations de critères flous, larges, difficiles à exploiter.

Ce qui pose la délicate question du choix des indicateurs. Un indicateur détermine arbitrairement un aspect qui témoigne de la qualité du produit. Mais témoigne-t-il de l’effectivité de la valeur ajoutée ou bien des bonnes conditions de délivrance de la prestation, voire d’une simple mise à disposition ? Ces questions nous renvoient inéluctablement à la complexité du produit et à l’interaction entre ses composantes. Par exemple, « être satisfait des soins reçus » veut-il dire que l’on apprécie des résultats

manifestes de la thérapeutique (disparition des symptômes, recouvrement d'un réel confort) ou bien que l'on est satisfait des relations avec le personnel soignant, de la prestation hôtelière de l'hôpital, des informations fournies, ou bien encore de procédures thérapeutiques que l'on n'est généralement pas en mesure de juger ?

Dans le même ordre d'idées, disposer d'une procédure d'accueil identifiée ou d'un conseil de la vie sociale ne garantit évidemment pas que les prestations offertes soient de qualité (elles pourraient l'être sans cela) mais témoigne assurément d'une préoccupation et d'une rigueur donnant une impression favorable.

Manager sa démarche d'évaluation

Il ressort de tout cela que mettre en place une démarche qualité sans qu'un certain nombre de préalables soient réunis, par exemple, sans savoir ce que l'on cherche à qualifier, sans posséder une idée claire sur les services que l'on rend, sans avoir été formé de façon minimale à des méthodologies organisationnelles, conduit nécessairement à un immense gâchis. Bref, il convient de resituer la démarche qualité dans un « nouveau paysage conceptuel », celui de la relation de service, et une optique plus globale incluant le management général et le marketing.

Autrement dit, la démarche qualité n'est pas un processus autonome, ni une seule posture morale, ni une sorte de technologie pédagogique supplémentaire qui se superposerait à l'action des établissements et services. Elle s'inscrit logiquement dans le cursus ordinaire d'un projet d'entreprise, de sa réalisation, de sa pérennisation, au cœur d'un marché environnant omniprésent : bref, c'est avant tout un outil du management global d'une organisation. Tant qu'on ne la considère pas comme telle, il existe peu de chances pour qu'elle se pérennise, car dès lors il manquera toute l'infrastructure nécessaire pour la faire vivre, à savoir les rôles professionnels, les formations, les techniques, les procédures, les temps de travail, les instances, l'organisation, et plus simplement encore, son exploitation...

L'établissement ou le service qui démarre une démarche d'évaluation de la qualité doit ajuster cette dernière à l'ampleur de ses moyens et de son expérience en la matière et se centrer sur des registres limités. De surcroît, il est opportun de se préparer aux exigences externes et de ne pas se disperser trop tôt dans de multiples registres, aussi intéressants soient-ils. Si vouloir évaluer un spectre très large de la qualité d'un établissement s'avère une chose des plus passionnantes au plan théorique, encore faut-il disposer des moyens nécessaires afin de l'évaluer régulièrement et de « l'entretenir » en quelque sorte... car la qualité ne s'évalue pas seulement

à un instant t mais s'avère perpétuellement altérée, remise en cause, et doit par conséquent faire l'objet d'une attention constante. Cela nécessite par exemple de posséder des compétences internes indispensables afin de gérer en permanence l'état de la qualité, les non conformités, les suggestions, les améliorations, les questionnaires, les enquêtes, etc. De la même manière, il faut savoir limiter son approche en profondeur : l'appréciation de la qualité pouvant s'avérer toujours plus fine, il est aisé de se perdre dans le labyrinthe de référentiels de plus en plus subtils et de procédures de plus en plus nombreuses.

Précisément, un certain nombre de questions vient immanquablement à l'esprit de tous ceux qui, convaincus de son intérêt, veulent mettre en place une démarche qualité : quel système qualité mettre en place ? Comment impliquer les personnels ? Qui va gérer la qualité ? S'il incombe naturellement au manager d'un établissement de se saisir de la démarche qualité, il lui faut nécessairement déléguer des missions et répartir cette préoccupation, car celui-ci possède déjà beaucoup de tâches – qui vont d'ailleurs en s'amplifiant. À quel personnel déléguer la part technique de cette gestion, qui représente des responsabilités et une mobilisation en temps non négligeables, sachant qu'aucun professionnel n'est actuellement expressément préparé à cette démarche, exotique par rapport aux secteurs qui nous intéressent ? Aussi, apparaît-il souhaitable d'embaucher des « chargés de qualité » ou d'envoyer des personnels intéressés se former à la démarche qualité, comme des établissements l'ont déjà fait. Il convient également de prévoir une sensibilisation et une formation de l'ensemble des acteurs à la qualité car ce sont eux qui la mettront en œuvre dans les situations concrètes. Il semble enfin indispensable de faire appel à des consultants extérieurs, connaissant les secteurs social et médico-social, afin d'adapter une démarche qualité aux spécificités de chaque établissement.

Bien entendu, tout cela pose la question des moyens pour ce faire ! Cette question renvoie à la taille de l'établissement et à la nécessité de raisonner à une échelle supérieure : au niveau associatif ou bien à celui de divers regroupements de structures – comme y invite la loi du 2 janvier 2002. On voit mal en effet comment de petits établissements pourraient se doter de chargés de la qualité et financer de telles opérations, à moins de posséder déjà un management et une organisation en béton...

C'est donc toute une infrastructure spécifique – pas nécessairement aussi lourde qu'on veut bien le dire – qu'il convient de définir et de mettre en œuvre. Autrement dit, la qualité doit être intégrée dans le management, sachant que les rôles, les fonctions, les procédures de travail sont inévitablement questionnés par la démarche qualité. Ce n'est d'ailleurs pas tant la qualité en soi qui génère d'éventuelles résistances que ses

conséquences anticipées... Penser la qualité, c'est repenser l'organisation, mettre à bas les organisations informelles, les territoires corporatistes et les prés carrés. N'est-ce d'ailleurs pas cela qui peut effrayer un certain nombre d'organismes ou de professionnels peu soucieux de transparence et d'adaptation ?

Les pré-requis indispensables que doit posséder l'établissement souhaitant se lancer dans une démarche qualité sont les suivants :

- *un état d'esprit*, c'est-à-dire une culture de l'innovation, de l'expérimentation, du service centré sur le bénéficiaire – la qualité est une démarche, une esthétique et une éthique : on raisonne qualité parce qu'elle correspond à une quête. Cet état d'esprit est présent au sein de certaines équipes et c'est là un ferment quasi indispensable. Cet état d'esprit se cultive, et c'est une des vertus d'un certain management que d'entretenir cet état d'esprit, à l'opposé de tout corporatisme ou fonctionnarisation de circonstance ;
- *une méthodologie*, car l'empirisme et le volontarisme, la valorisation du seul engagement personnel et du seul regard clinique ont dramatiquement éloigné les professionnels de nombreux établissements et leur mode opératoire d'une démarche expérimentale permettant une évaluation des processus. L'enfermement dans une auto-analyse verbeuse, au cas par cas, les ont détournés d'une véritable appréciation des effets recherchés. Dans un certain nombre d'établissements, nous sommes encore, hélas, à des lieues des préalables indispensables à la mise en place d'une démarche qualité. Pour appréhender cette dernière, il s'agit de raisonner prestations de service, valeur ajoutée, et de vouloir en qualifier les effets. Il convient encore de mettre en place des consultations afin de capter l'opinion des bénéficiaires. Nous rejoignons l'état d'esprit évoqué précédemment ;
- *un mode de management et une stratégie*, car la qualité doit faire partie intégrante d'un style de management pour dépasser tout formalisme de circonstance. Le management de la qualité (ou par la qualité) passe par l'existence d'une équipe de direction cohérente et engagée, maîtrisant les différents outils managériaux, capable de définir une stratégie de développement et de communication interne et externe, mais aussi capable de mobiliser les personnels.

Cibler les registres essentiels

Les registres qui nous paraissent essentiels sont les suivants.

- *Celui d'une évaluation de la « qualité du produit »*, c'est-à-dire de la qualité des prestations délivrées, qui porte sur les effets avantageux

générés par l'établissement en matière de service rendu auprès des populations bénéficiaires. Par exemple, à quels niveaux de résultats intéressants, à quelle « valeur ajoutée » parviennent des établissements qui se proposent d'améliorer la santé d'une personne, de faire progresser ses modes d'expression, de lui faire acquérir des connaissances, d'accroître son confort, de l'accompagner dans sa vie quotidienne, ou encore de promouvoir sa participation sociale ? Par voie de conséquence, l'évaluation va notamment s'intéresser au degré de satisfaction des bénéficiaires, de leurs proches, de leurs parents ou de leurs représentants légaux, mais aussi à des critères plus objectifs venant témoigner de cette valeur ajoutée.

- *Celui d'une évaluation de la « qualité de la relation client »*, c'est-à-dire de la relation qu'entretient l'établissement prestataire avec ses bénéficiaires. Par exemple, celui-ci possède-t-il une procédure d'accueil offrant toutes les garanties éthiques et les conditions de prise de contact les plus agréables ? Propose-t-il des modes de consultation et de participation aux bénéficiaires ? Quelles mesures met-il en œuvre afin de veiller au respect des droits fondamentaux de chaque personne accueillie ? Bien entendu, la relation client fait partie de la globalité du service rendu, notamment dans l'univers des services à caractère relationnel, mais ne peut se confondre avec les prestations proprement dites. En effet, un médecin, un conseiller, ou tout autre professionnel, peut offrir une prestation technique de qualité mais gérer sa relation avec ses bénéficiaires de la plus piètre manière. Aussi, nous paraît-il important de mettre l'accent sur ce distinguo, surtout dans des secteurs d'activité qui ont quelque tendance à tout ramener à la relation, au risque de confondre supports et objectifs.
- *Celui d'une évaluation de la « qualité du processus »*, c'est-à-dire de la qualité de l'organisation, de l'utilisation des ressources et de la mise en œuvre des dispositifs qui permettent de rendre le service. Par exemple, quel est le niveau de qualité des moyens de formation dont se dote l'établissement afin d'améliorer les niveaux de compétences de ses personnels ? Dispose-t-il de procédures de travail définies, évaluables et révisables ? A-t-il clairement défini les fonctions et les postes de travail de ses personnels ? Pratique-t-il une analyse de l'activité, évalue-t-il les charges de travail, les conditions d'utilisation du matériel, la satisfaction des personnels à leur poste de travail, etc. Ces domaines ne sont pas propres à tel ou tel établissement, mais ressortissent au management général de toute entreprise. De ce fait, les outils sont nombreux et repérables, empruntant à la gestion des ressources humaines, à l'ergonomie et aux sciences des organisations.

METTRE EN ŒUVRE UNE DÉMARCHE QUALITÉ AU SEIN D'UN ESMS

Ce qui suit se veut un modeste résumé méthodologique, tâchant de reprendre quelques étapes, quelques instances, outils et conseils fondamentaux, élaboré sur la base de nos nombreuses interventions de terrain auprès des opérateurs les plus divers, et développé dans un de nos derniers ouvrages¹⁴.

Quelques conseils préalables

De toutes ces formations, menées depuis plus d'une décennie sur cette question, nous pouvons retenir quelques constats :

- les ESMS ne doivent pas se lancer dans une telle démarche sans une véritable préparation, pour dire de « s'en débarrasser », car c'est aller à l'échec... Mettre en œuvre une démarche qualité représente indiscutablement un gros chantier, demande à l'évidence de souscrire fondamentalement à ses objectifs, de savoir communiquer cet enthousiasme et de faire preuve d'une belle constance ;
- de manière concrète, une phase de préparation s'avère essentielle et il convient de ne pas la court-circuiter : elle nécessite tant la définition d'une stratégie de la part de l'employeur (souvent une association) et de son équipe de direction qu'une formation et information générale des personnels qui doivent être sensibilisés auparavant à ce nouveau paysage conceptuel et à cette nouvelle optique ;
- l'autoévaluation ne peut être une péripétie sans suite : elle ne constitue que la première étape d'une *démarche qualité* qui est un processus durable, intégré au management ordinaire d'une organisation ;
- les ESMS ne doivent pas hésiter à investir dans la formation et l'intervention de consultants, car il est toujours difficile de penser une telle démarche en ayant le « nez sur le guidon ». Ce n'est pas nécessairement une question de compétence mais de posture : de par son recul, le consultant remplit aussi une fonction essentielle de médiation ;
- cela permet de « tenir la démarche », c'est-à-dire de ne pas donner l'impression d'errer ou de faire du *stop and go*, ce qui peut fortement insécuriser ou générer de la confusion ;
- tout en demeurant fidèle à l'esprit orthodoxe d'une démarche qualité, il est inutile de se montrer dogmatique dans l'application : chaque établissement ou service connaissant des situations différentes, il convient

14. *La démarche qualité en action sociale et médico-sociale*, Dunod, 2009.

de trouver chaque fois des solutions *ad hoc*. Le plus difficile étant probablement de conjuguer cet apparent paradoxe d’une orthodoxie de la méthode et d’un pragmatisme adaptatif dans les actes... ;

- la démarche qualité est une démarche rationnelle, elle cherche à établir des critères de qualité, à en apporter la preuve et à déboucher sur des garanties de bonnes pratiques. Autrement dit, elle doit aboutir à des procédures établies et non pas seulement à des constats ou de pieuses intentions ;
- à l’inverse, elle ne doit pas se contenter de procédures officielles qui seraient bien écrites mais non pratiquées : le formalisme est le pire danger de la démarche qualité ;
- ne pas chercher à brûler les étapes : *Che va piano va sano* comme disent nos voisins transalpins ;
- les associations et leurs établissements ou services qui se sont lancés déterminés dans cette démarche et qui en ont respecté les étapes ont tous réussi à la mener à bien ;
- tous les personnels qui ont véritablement participé à la mise en place d’une telle démarche s’avèrent fortement intéressés et ne le regrettent pas ; ils entrevoient de multiples perspectives d’ouverture et d’évolution professionnelles.

Déterminer les acteurs du système qualité

La mise en œuvre de la démarche qualité nécessite la définition d’un certain nombre d’instances et de rôles qui vont la servir :

- un *comité stratégique* qui définit les grands axes de la démarche ; il est composé des dirigeants (conseil d’administration associatif, équipe de direction générale), voire d’autres personnes pressenties comme essentielles dans la détermination de la démarche ;
- un *groupe de pilotage* qui représente une instance ressource pour la démarche qualité dont il suit la mise en œuvre sur le terrain ; il est composé des cadres et de représentants des divers champs de compétences professionnels ;
- des *groupes d’autoévaluation* qui utilisent le référentiel ou le guide qualité afin de réaliser l’autoévaluation qui va amorcer la démarche qualité ; ce sont de petits groupes composés de membres du personnel concernés par les champs d’évaluation abordés ;
- un ou des *groupes de progrès* qui prennent la relève des groupes d’évaluation afin de transformer les conclusions de l’autoévaluation en améliorations effectives de la qualité. Il s’inscrit durablement dans le fonctionnement de l’organisation ;

- un *responsable qualité* ou *chargé de la qualité* : il s'agit du manager par nature, mais s'il en a les moyens, il peut en déléguer l'aspect technique à un acteur en particulier ;
- les *référents qualité* ou *correspondants qualité* : ce sont des personnels volontaires qui exercent une vigilance qualité concernant une prestation ou un domaine donnés, en fonction de leur motivation, mais aussi de leurs champs d'intervention et de compétences.

Sur ces points, dressons quelques constats :

- certaines petites associations ne sont pas en mesure de différencier comité stratégique et groupe de pilotage qui ne forment alors qu'une seule et même instance ;
- certains opérateurs souhaitent que leurs seuls cadres constituent le groupe de pilotage, tandis que d'autres l'ouvrent à divers membres du personnel ;
- les groupes d'autoévaluation peuvent s'avérer différents en nombre et en taille suivant la réalité des ESMS. Il n'existe pas de règle dogmatique, sinon que ces groupes doivent être suffisamment restreints (4 à 6 membres) pour être efficaces et réunir des personnels concernés par la prestation ou le domaine abordé ;
- la présence d'un chargé de la qualité doit être pensée à l'échelle d'une association ou d'un groupement d'ESMS pour une raison évidente de coût ;
- l'existence ou non de référents qualité se discute ; ce peut être une forme de mobilisation et d'*empowerment* intéressante.

Les outils de la démarche qualité

Les outils inhérents à une démarche qualité s'avèrent multiples. Le référentiel d'autoévaluation n'est qu'un élément parmi d'autres, certes global et fondamental, destiné à établir un état des lieux général – que l'on appelle *revue qualité*.

Nous pouvons distinguer :

- les outils qui servent à apprécier le niveau de qualité requis, et qui participent naturellement de la définition des *objectifs qualité* ;
- les outils qui renseignent sur l'état réel de la qualité (y compris ses manquements), qui procèdent des *indicateurs* ;
- les outils qui permettent les corrections, qui participent des *procédures ad hoc* ou *bonnes pratiques*.

Citons en premier lieu les outils de consultation, qui étaient jusqu'alors peu utilisés dans les secteurs qui nous intéressent et qui s'avèrent fondamentaux dans un univers de services. Il s'agit :

- des *guides d'entretien* destinés à recueillir les besoins et attentes des bénéficiaires¹⁵ ;
- des *consultations ponctuelles et circonstanciées* sur certains aspects des prestations (par exemple, les conditions d'accueil, les locaux, les loisirs, l'ambiance et le climat, le respect des droits, la maltraitance, etc.) ;
- des *enquêtes de satisfaction*¹⁶ approfondies qui renseignent en aval de l'écart existant entre les attentes et le service rendu ;
- des *groupes d'expression* à thèmes qui permettent aussi bien de capter certaines attentes que d'obtenir des retours sur divers aspects des prestations ou de la relation client ;
- des *points qualité* qui peuvent porter de manière plus spécifique sur tel ou tel domaine de satisfaction (par exemple : les repas) ;
- d'un *baromètre de satisfaction* qui permet de capter rapidement la satisfaction sur un certain nombre de points clés. Cet outil est plus particulièrement adapté aux lieux de vie collective ou aux établissements de travail ;
- des *séquences d'observation* délibérée (éventuellement filmées), axées sur telle ou telle pratique professionnelle ou tel aspect de la vie institutionnelle.

Mais il peut s'agir également de retours, comme par exemple :

- des *réclamations* des bénéficiaires qui sont portées à la connaissance du prestataire, que ce soit de manière directe, par courrier ou boîte de doléances ;
- des *événements ou incidents* qui sont répertoriés statistiquement et traités.

D'autres outils peuvent être également utilisés comme des tests, des mises en situation, des enregistrements vidéo, des diagrammes et autres graphiques. C'est fondamentalement une question d'imagination... pour celui qui a acquis « l'esprit et la méthodologie qualité ».

15. Lire à ce sujet l'article témoin de Martine Bugeaud et Dominique Pierrain, chefs de service, « La participation des bénéficiaires : l'exemple du Centre Adélaïde Perrin à Lyon » in *Les Cahiers de l'Actif*, n° 388/389, septembre/octobre 2008.

16. Sur ce point, nous renvoyons au chapitre 9 de notre ouvrage *Promouvoir la relation de service*, Dunod, 2007, chapitre qui porte sur l'enquête de satisfaction, ainsi qu'au livre de Sylvie Faugeras, *L'Évaluation de la satisfaction dans le secteur social et médico-social*, Paris, Seli Arslan, 2007.

Les étapes de la démarche qualité

Les étapes que l'on peut retenir sont les suivantes :

1. Mettre en place le *comité stratégique*, qui va définir le système qualité retenu, déterminer les orientations que l'on souhaite donner à la démarche qualité et la diriger véritablement.
2. Assurer une *information générale* à propos de cette démarche, de ses enjeux, des principaux concepts et définitions indispensables, afin de sensibiliser et de mobiliser tous les acteurs de l'organisation sociale ou médico-sociale.
3. Faire émerger un *groupe de pilotage* qui servira de fil rouge à l'ensemble de la démarche.
4. Déterminer des *référénts qualité* pour chaque prestation ou domaine de qualité. Remarquons que ces référents peuvent être identifiés avant la détermination du groupe de pilotage, dans ce cas-là, ils constituent le groupe de pilotage.
5. Prévoir les *groupes d'autoévaluation*, impliquant tous les personnels de l'organisation.
6. Utiliser le *référentiel qualité* par les groupes d'autoévaluation sous la supervision du groupe de pilotage.
7. Écrire le *document de synthèse* de l'autoévaluation. Distinguer deux versions documentaires : la première, *in extenso*, à usage interne, la seconde, beaucoup plus succincte, à destination des interlocuteurs externes.
8. Transformer les groupes d'autoévaluation en *groupes de progrès*, chargés de faire des propositions d'amélioration sur la base du bilan précédent.
9. Faire examiner ces *propositions* par le comité de pilotage et les faire avaliser par la direction.
10. *Mettre en œuvre* ces propositions et à en *évaluer les effets* ! Se préparer à l'évaluation externe.

Le référentiel qualité

Il s'avère difficile de mettre en œuvre une démarche qualité sans mesures ni repères, sans échelle ni critères partagés, et par conséquent sans un document auquel on puisse se référer. Précisément, un *référentiel* énonce un ensemble de normes et d'exigences auquel on se réfère pour établir, évaluer ou améliorer un système qualité depuis l'intérieur ou l'extérieur de l'organisation. Dans le cadre d'une certification, habilitation

ou accréditation, il comprend un ensemble d'exigences précises ou de recommandations de bonnes pratiques auxquelles l'opérateur doit se conformer pour être en phase avec un certain niveau d'assurance qualité. Concernant une autoévaluation (ou revue interne de la qualité), il est attendu d'un référentiel de questionner utilement les divers registres à qualifier à partir d'une batterie d'indicateurs *ad hoc*.

Le guide d'évaluation de la qualité que nous avons élaboré avec divers établissements et services – *QUALISERVICE ESMS*® – se veut une solide base de travail, suffisamment transversale pour être utile à de nombreux ESMS¹⁷.

Il constitue un triptyque fondamental, qui concerne de fait toute organisation humaine (*produit, relation client, processus*). Il aborde :

- dans un premier volet, *la qualité des prestations délivrées*, en proposant tout un panel de prestations, allant de l'hôtellerie à la participation sociale, en passant par le suivi de la santé, le soutien psychologique, l'accompagnement aux actes usuels, le travail aménagé, la scolarisation, le développement personnel, etc. ;
- dans un second volet, *la qualité de la relation* qu'entretient l'opérateur avec ses bénéficiaires, envisageant tant l'accueil, la contractualisation, l'information, la personnalisation, le respect des droits, la bientraitance, la satisfaction, etc. ;
- dans un troisième volet, *la qualité du processus*, qui concerne tant l'organisation de l'activité, le climat social, la communication, le management, la gestion des ressources humaines, l'efficacité, le projet, la prospective, etc.

Le rapport de synthèse de l'autoévaluation

Ce document qui constitue le « rapport officiel d'autoévaluation » de l'ESMS, doit faire l'objet d'une présentation et d'une explicitation auprès des personnels et des bénéficiaires lors d'une réunion générale, car il concerne la vie de l'entreprise et engage celle-ci et son avenir.

Ce rapport doit comprendre :

- un résumé de la démarche retenue (dispositif, méthodologie, référentiel) et de son déroulement (tenue des groupes de travail, modalités de participation des personnels), assorti d'un argumentaire afin d'expliquer l'ambition et les choix de l'opérateur ;

17. Il est présenté *in extenso* dans notre dernier ouvrage sur la démarche qualité qui propose également un complément en ligne sur le site des éditions Dunod où il peut être téléchargé sous une forme plus technique.

- un bilan des points forts et des points faibles de l'ESMS en matière de qualité ;
- les axes d'amélioration qui ont été définis, les échéances fixées, ainsi que la manière dont l'opérateur compte donner suite à ces intentions ;
- l'avenir de la démarche qualité dans l'ESMS, sa pérennité et son inscription dans une planification d'objectifs (le plan qualité).

CONCLUSION : POUR UNE VÉRITABLE ANALYSE DES PRATIQUES

La mise en place d'une démarche qualité au sein des ESMS s'est avérée freinée par des facteurs patents de confusion et d'atermoisement. Ces derniers tiennent au fait que le législateur, comme les administrations concernées, n'ont pas su, pas pu ou pas voulu annoncer clairement la couleur, signifier quels étaient exactement leurs objectifs et leurs attentes, préciser la méthode et les étapes, délivrer de véritables recommandations articulées en un guide commun, et qu'un certain nombre d'opérateurs n'ont pas fait preuve non plus d'un grand emballement¹⁸...

Mais quoi qu'il en soit, cela ne doit pas détourner les prestataires de leur véritable utilité, de leur progression historique dans la professionnalité, de leur affirmation dans la société civile, autant de préoccupations fondamentales qui vont bien au-delà de toutes péripéties administratives et de mesquines polémiques. La démarche qualité n'est pas une idéologie, l'outil d'une improbable « marchandisation du social » ou d'un « complot néolibéral », mais un exercice astreignant et engageant de clarification d'une transaction et d'une relation entre des parties aux intérêts tour à tour divergents et convergents. Par un effet d'interaction, cet exercice interroge les divers domaines du fonctionnement de l'organisation, ce qui en fait une véritable « analyse des pratiques », bref, tout le contraire d'un pensum technocratique. La crédibilité et la valorisation des prestataires en sortiront renforcées.

18. J.-R. Loubat, « Errances et expériences de la démarche qualité dans les ESMS », *Les Cahiers de l'Actif* n° 398/399/400/401, juillet/octobre 2009 ; « La Démarche qualité : à la recherche de l'objet perdu » in *ASH*, n° 2616, 3 juillet 2009.

Chapitre 12

Les ressources matérielles de l'ESMS

Ce chapitre concerne le point suivant de notre plan :

3.2. Les ressources matérielles

3.2.1. Le site et les locaux

3.2.2. Les équipements

3.2.3. Le matériel

Il est indispensable de traiter cette question parfois trop vite abordée lorsqu'on évoque la méthodologie de projet, celle de l'étroite relation qui existe entre le projet social et stratégique d'un établissement ou d'un service et son inscription matérielle dans des locaux et des équipements. Les deux niveaux ne peuvent être aucunement dissociés : soit il convient d'adapter ses moyens à son projet, soit il convient d'adapter son projet à ses moyens.

PROJET D'ÉTABLISSEMENT ET ARCHITECTURE

De nombreux établissements à caractère social, médico-social ou sanitaire, sont confrontés à un problème d'aménagement de leurs locaux

et d'inscription dans l'environnement. À cette occasion, mesurent-ils sans doute toute l'importance des volumes et des espaces, non seulement comme supports objectifs et fonctionnels de l'organisation, mais aussi comme autant d'expressions de leur projet promotionnel, éducatif ou thérapeutique.

Il est vrai que l'intérêt pour l'environnement, ou plutôt la prise de conscience des facteurs écologiques, est fréquemment consécutif à de nouvelles contraintes, à la nécessité d'un changement, qui mettent alors en évidence les limites imposées par l'ordre spatial. Il peut s'agir de simples modifications, répondant à des besoins d'isolation ou d'adéquation à des normes de sécurité de plus en plus exigeantes, d'installation de machines ou de revêtements, mais aussi de redistributions plus fondamentales, tenant à un changement de population (par exemple, bénéficiaires très dépendants), à un redéploiement d'activités, à une nouvelle conception des conditions de vie (par exemple un « foyer éclaté »), voire de construire de nouveaux locaux *ex nihilo*.

Un projet social en trois dimensions

Vouloir aménager des locaux, ou en investir d'autres, nécessite de se doter d'un projet social dont l'espace sera le support contingenté par des données techniques, financières et administratives. C'est par exemple définir des besoins et des attentes, concevoir des objectifs en situation : veut-on soigner, éduquer, accueillir, aider ? Veut-on susciter de la communication, offrir un cadre chaleureux, faciliter le repérage des personnes, induire des sensations et des impressions, stimuler et sécuriser, respecter davantage la vie privée et l'intimité des personnes accueillies ? Mais comment réaliser ces intentions en trois dimensions ?

Nous avons pu constater bien souvent l'existence d'une espèce de schizophrénie entre les deux niveaux ; le projet architectural n'obéissant trop souvent qu'aux seules contraintes financières : ne serait-ce, pour commencer, que le choix du terrain d'implantation, parfois situé entre une autoroute et une voie de chemin de fer, ou sur une zone inondable... ou bien lié à la nécessité d'utiliser un don qui se révèle parfois un cadeau empoisonné, comme tous ces châteaux classés, véritables pompes à finances ! Les associations gestionnaires elles-mêmes se sont trouvées à certains moments emportées par leurs préoccupations patrimoniales au détriment des véritables intérêts écologiques des populations concernées.

Il est alors vital de se donner les moyens d'étudier son projet dans toutes ses implications. Trop souvent des bâtis sont érigés suivant des critères essentiellement économiques, techniques ou esthétiques, sans prendre en compte suffisamment la réalité des us et coutumes des futurs occupants,

les conditions et le mode de vie qui leur conviennent. L'architecte lyonnais Alain Chomel l'exprime avec beaucoup de clarté :

« Il faut surtout dire que c'est la dimension psychosociale de la profession d'architecte qui n'est pas perçue, ce qui est fort regrettable si l'on veut bien parler de culture vivante. En fait, les architectes ne sont pas motivés, et donc pas préparés au dialogue social, chose fort compliquée par ailleurs. Il est plus facile de jouer aux artistes et de manier la gestuelle architecturale avec brio que d'entamer un dialogue avec des gens qui n'y sont pas préparés non plus de leur côté, car ils n'ont pas conscience que la vie se traduit dans l'espace et que l'espace peut modifier leur vie¹. »

Nous avons eu l'occasion de participer avec ce même architecte à la réalisation d'un projet d'établissement concomitamment avec le projet architectural : celui d'une résidence pour adultes en situation de handicap de la région lyonnaise. Une architecture conviviale nécessite de consulter les utilisateurs des lieux, de connaître ce qu'ils y font, ce qu'ils en attendent, quels inconvénients ils ont pu noter, de définir ensemble les objectifs et les conditions attendues. Apparaît dès lors la nécessité d'une architecture résolument interactive et plus participative si l'on veut éviter les sombres tableaux et les univers déshérités. Les architectes ne sont pas seuls en cause ; l'aménagement interne des construits n'a pas été nécessairement davantage pris en compte par les divers intervenants et professionnels qui s'en sont souvent royalement désintéressés, tels que psychologues, psychiatres, sociologues ou travailleurs sociaux. À leur décharge, leur formation a fait largement l'impasse sur cette question. Il faut bien avouer que la tradition et les idéologies dominantes des sciences humaines dans l'Hexagone n'ont guère participé à promouvoir des disciplines comme la psychologie écologique ou l'écologie sociale ; bien que quelques auteurs et chercheurs français se soient distingués dans le domaine de la psychosociologie de l'espace, comme M. Halbwachs, A. Moles, E. Rohmer et G. N. Fischer, ou dans le domaine de l'aménagement urbain, comme P. H. Chombard de Lauwe et H. Lefebvre.

De l'École de Chicago à la psychologie écologique

Comme le note le professeur de psychologie environnementale David Canter dans l'introduction de son ouvrage *Environmental interaction* :

« Un très grand intérêt pour l'environnement vit le jour après-guerre en Grande-Bretagne. Parmi les conséquences de la deuxième guerre mondiale

1. Article inédit.

figuraient la rareté des ressources mais également la nécessité d'un vaste effort de reconstruction. Cette dernière s'opéra dans un nouveau contexte idéologique, parallèlement à l'émergence d'une société nouvelle et de la recherche de bien-être². »

Outre Atlantique, ce furent d'autres circonstances qui déclenchèrent un intérêt majeur pour l'environnement et les problèmes d'aménagement. Le développement très rapide des villes nord-américaines, la constitution de ghettos et d'un *zoning* socioculturel, et par là même, la nécessité de contrôler toute la « chimie sociale » qui en résultait, conduisirent de nombreux chercheurs et professionnels, dès les années 20/30, à se pencher sur les relations existantes entre les comportements des hommes et les caractéristiques de l'environnement.

C'est ainsi que l'on doit à l'*École de Chicago* d'avoir pu mettre en évidence un principe de distribution de certains désordres mentaux et de formes d'inadaptation en fonction de l'espace urbain. Dans cette ville, le sociologue Ernest Burgess distingua des aires concentriques de modes d'habitat auxquelles correspondaient des taux décroissants – du centre vers la périphérie – de schizophrénie, de démence sénile, de psychose alcoolique, mais aussi de divorce, de prostitution et de délinquance, initiant ainsi l'*écologie sociale*³. L'*École de Chicago* allait d'ailleurs devenir l'un des plus célèbres courants de la sociologie et de la psychologie sociale internationale en matière d'urbanisme, véritable pépinière de travaux et de chercheurs, tels que Wirth (*The Ghetto*), Reckless (*Vice in Chicago*), Shaw (*Juvenile delinquency and urban areas*), Faris et Dunham (*Mental disorders in urban areas*).

Rapidement, l'intérêt se porta également sur les micro-interactions, des rapports plus circonscrits entre espaces et comportements. À la suite de la *théorie du champ* et de l'*approche dynamique des groupes* de Kurt Lewin, un de ses disciples, Roger Barker, devait développer la « psychologie écologique ». Au cours des années 70, le courant de la psychologie environnementale connut une progression fulgurante et déboucha sur des centaines d'études et de publications. Devaient se détacher quelques auteurs décisifs comme Ittelson, Lee, Proshansky ou Altman.

2. D. Canter in *Environmental interaction*, New York International University Press, 1976.

3. E. W. Burgess, R. E. Park, R. D. McKenzie, *The City*, University of Chicago Press, 1925.

L'interaction hommes/environnement

Qu'il s'agisse d'espaces macro (urbains) ou micro (situationnels, institutionnels), les rapports à l'environnement constituent d'ores et déjà l'un des problèmes majeurs du XXI^e siècle : les maires des grandes villes françaises dressent le constat de la faillite de l'urbanisme d'après-guerre et de son incapacité chronique à inscrire un projet social et civique dans l'aménagement urbain. L'on redécouvre, trente ou quarante ans après des auteurs comme Kevin Lynch⁴ ou Oscar Newman⁵, architecte et urbaniste mondialement connu, le rôle primordial de l'appropriation de l'espace dans l'acquisition d'une identité sociale et le rôle joué par ces territoires urbains dans le climat social et la dynamique d'une société.

Parler d'interaction hommes/environnement sous-entend une circularité des influences : les hommes projettent dans l'espace des formes de relations (un palais des congrès, une salle de classe, un ring de boxe, un ascenseur), et l'environnement exerce des effets psychophysiologiques sur les comportements humains. Définir et répartir des espaces, c'est faire des choix qui engagent des structures de communication : par exemple, dans les années soixante-dix, les bureaux dits paysagers ont succédé aux grands pools de secrétariat, avant d'être eux-mêmes parfois remplacés par des bureaux personnalisés. Les bureaux paysagers voulaient favoriser la communication entre les gens et enrichir sensoriellement l'univers monotone des bureaux. Cependant, ce projet partait d'une théorie simpliste de la communication, posant en axiome que la commodité d'accès favorise le désir de communiquer de la part des personnes travaillant ensemble. Il s'est avéré assez rapidement que le bureau paysager insécurisait les employés, faisait proliférer les rumeurs, entraînait de savantes procédures de camouflage, bref, empêchait une véritable territorialisation personnelle, synonyme d'identité.

Les limites du fonctionnalisme architectural

Aboutissement logique d'une théorie simpliste des besoins et d'un « instrumentalisme social », apologie d'un scientisme naïf ou cynique, mais parfois aussi d'une modernité pleine d'espoir, le fonctionnalisme urbain a triomphé durant l'après-guerre de la reconstruction à tout prix. Il devait aboutir, sous sa version plébéienne aux villes-dortoirs de nos

4. K. Lynch, *The Image of the City*, Cambridge, MIT Press, 1960 ; trad. franç. *L'image de la cité*, Dunod, 1998.

5. O. Newman, *Defensible space*, MacMillan Pub Co, 1973.

périphéries récentes, et sous sa version plus noble et intellectuelle, notamment représentée par Le Corbusier, à quelques expériences architecturales sans grand lendemain. Beaux exemples de naïveté psychosociale, en effet, que ces projets plus ou moins teintés d'idéologie utopiste, tel *l'Arlequin* à Grenoble, cité en son temps de gloire par toutes les publications architecturales et urbaines et arpenté par des myriades de sociologues, avant de devenir aujourd'hui le contre-exemple absolu, lieu optimal d'insécurité... cité par les médias comme tel !

Notons que cet habitat urbain, qui devait représenter dans les pays de l'est, le « réalisme socialiste⁶ », était parfois répliqué dans la même perspective idéologique par certaines de nos municipalités. Il se manifeste principalement par une articulation de sites en fonction d'un enchaînement de besoin quotidiens : appartement, parking, travail, centre commercial, équipements de loisirs, école, etc. – mode de vie stigmatisé par la célèbre formule « métro-boulot-dodo » ! L'espace urbain devient alors une organisation de flux fonctionnels, qui s'inscrit dans l'occupation des sols, dans l'architecture, et à l'intérieur même de l'appartement : comme en témoignent toutes ces commodités automatiques qui devaient faire le bonheur des films de Jacques Tati, à défaut de celui de la ménagère. L'exemple le plus typique est sans doute celui du vide-ordures aboutissant directement dans la cuisine de la ménagère, dispositif aujourd'hui éminemment rejeté, mais synonyme dans les années soixante de la modernité même, selon laquelle les flux s'organisent autour de soi, suivant une logique de la concentration et de l'évacuation, bref, d'une cybernétique censée libérer l'homme et la femme des contraintes traditionnelles.

L'instrumentalisation de l'espace

Cette nouvelle organisation de l'espace, centrée sur des usages objectifs brisa une urbanité plus traditionnelle et plus repérable, pour lui substituer une lecture utilitariste et séquentielle des espaces et des volumes, qui se caractérisa par l'émergence de « terrains vagues », la rupture des rues, des places et des façades, le remplacement de celles-ci par des blocs et des parkings. Au plan psychosocial, cette nouvelle conception urbaine entraînait la rupture de toute liaison culturelle et psychologique entre la ville, la mémoire collective et le fait social, produisant des dégâts incommensurables. Aussi, certains ont pu parler de « cancer de la ville »,

6. Cette appellation est une dérivée du mouvement dit « constructiviste » des années 1920, fondé par l'OSA (union des architectes contemporains en URSS). Des contacts auront lieu plus tard entre ce mouvement et d'autres tendances européennes, comme le *Bauhaus* allemand et des architectes fonctionnalistes comme Perret ou Le Corbusier en France.

à propos de ce développement anarchique de cellules sur un tissu vivant, témoignant d'une incapacité à prolonger la ville de manière identitaire. La prolonger selon quelle logique et sur quels modes architecturaux et urbains ? Les pourtours immédiats des grandes villes sont constitués par des zones industrielles, des amoncellements de grandes surfaces et des immeubles de bas standing, rejoignant progressivement des lotissements résidentiels... et englobant les dernières fermes locales.

En effet, au-delà de tout jugement esthétique, le fonctionnalisme, prétendant adapter l'espace à une utilisation univoque, détache le bâti, l'habitat et l'urbain en des éléments séparés et discontinus, et de fait l'urbanité de l'identité et de l'intégration sociales. Se voulant parfois résolument « social » – de fait politico-social – le fonctionnalisme fit pourtant bien souvent fi de toutes les connaissances psychosociales en la matière.

La communication est paradoxale

La pensée instrumentale ambiante oublie fréquemment que communication humaine et fonctionnalité vont rarement de pair... À titre d'exemples, les bars et restaurants les plus fréquentés dans nos vieux centres-villes sont la plupart du temps situés dans des rues où l'on ne peut quasiment pas stationner, s'avèrent souvent trop petits, proposent des tables serrées les unes contre les autres, des allées étroites et un environnement surchargé, voire bruyant. C'est que la communication sociale est paradoxale : il est demandé à l'espace public de nous permettre à la fois des relations d'anonymat et d'intimité, de proximité et de mise à distance, d'établir des communications codifiées, garanties par tout un contexte. Ce caractère paradoxal de la communication renvoie encore au fait que l'individu a besoin de conquérir des « opportunités relationnelles », pas de se les voir imposer par de pseudos espaces de rencontre, qui demeurent la plupart du temps désespérément inoccupés, et qui constituent, comme dans de nombreux aménagements urbains, un chapelet d'espaces sans statuts et de dispositifs vacants, expressions d'une ville virtuelle.

Les adolescents, fréquemment assis en bas des allées (lieux de passage) ne fréquentent pas les placettes qui ont été conçues expressément pour eux – la communication se nourrit de confrontation. Autrement dit, nos urbanistes croient parfois bien faire en apportant aux habitants de véritables équipements en kit, mais ces derniers peuvent être superbement ignorés par les habitants. De même, le bar vaste et vide perd sa fonction sociale, tout comme le restaurant trop confortable, la place publique trop large...

Les anciennes places (comme celles chères aux urbanistes italiens de la Renaissance) possédaient souvent des formes biscornues, opportunistes, épousant les contours d'une sociabilité dense et proche. Les places démonstratives, quant à elles, étaient associées à des changements sociaux, des faits, des victoires, des révolutions, des moments scandant la vie sociale et riches de sens, représentés par des monuments, des alignements. Peut-on en dire autant de nos places actuelles qui sont plutôt des plans abstraits, rectilignes, éléments d'un ordre supposé et sériel venant balafrer le tissu urbain au mépris de toute inscription, prétendant se signifier par elles-mêmes ?

Un des exemples les plus troublants qu'il nous ait été donné de voir, à propos des espaces de rencontre, est celui de la « place du pont » (ou place Gabriel Péri) au cœur de la ville de Lyon, endroit que tout Lyonnais connaît bien. Cette place se situe aux frontières de quartiers relativement bourgeois et d'un quartier très insalubre, essentiellement habité par des ressortissants maghrébins ou africains. Les hommes du quartier et ceux d'autres communes environnantes avaient l'habitude de se rassembler tous les dimanches matins sur cette place, et l'on pouvait alors voir une foule très dense de gens debout, serrés les uns contre les autres, échangeant des propos et divers objets. Peu à peu, le quartier est en partie démoli et remplacé par des immeubles de meilleur standing. Tout a été visiblement fait pour empêcher les rassemblements sur cette place, jusqu'à y poser des dômes, eux-mêmes constitués de petites boules de béton, sur lesquels il était quasi impossible de se tenir debout ou assis. Pourtant depuis des années, on y trouve toujours autant de monde rassemblé le samedi ou le dimanche matin, utilisant les moindres recoins, passages, bouts de trottoirs, etc. La signification de cette place semble résister à toute tentative d'éradication, à tout aménagement urbain. Elle est devenue en quelque sorte un lieu mythique chargé d'un investissement qui constitue un défi à tout plan urbain.

Cette histoire nous montre à quel point la communication n'est pas affaire de commodité et représente souvent une espèce de conquête sur l'environnement, et qu'à ce moment-là, elle se charge de signification.

Imagibilité et appartenance sociale

La dissociation que nous évoquons entre les usages sociaux de l'espace et la vision fonctionnelle, qui a caractérisé bon nombre d'habitats récents, produit une difficulté d'appropriation et d'imagibilité, tant sociale que cognitive, une difficulté à se repérer, à différencier des ensembles cohérents, des voies claires, des espaces de transitions chargés de sens. C'est Kévin

Lynch, précurseur de génie, qui développa particulièrement cette notion « d'imagibilité » :

« Trouver son chemin est la fonction primordiale de l'image de l'environnement et la base sur laquelle ont pu se développer les associations d'idées et d'émotions qui y sont liées. [...] Prise au sens large, l'image peut servir de trame de référence à l'intérieur de laquelle peuvent se dérouler les actes de l'individu, ou à laquelle il peut rapporter ses connaissances. De cette manière, elle ressemble à un recueil de croyances, ou à un ensemble de coutumes : elle est organisatrice de faits et de potentialités⁷. »

Mais si Lynch insiste sur l'aspect cognitif, Gilbert Delapierre⁸ développe les conséquences sociales de l'imagibilité, quand il nous dit lors d'une conférence :

« Que chaque individu décrit dans l'espace, par ses déplacements, des trajectoires qu'il se sent autorisées à faire, révélatrices de sa fonction et de sa position sociales ; et du même coup, dévoile les signes d'une omniprésente hiérarchisation sociale. L'habitat est lui-même révélateur de ce phénomène, puisqu'il s'inscrit dans un espace hiérarchisé, apprécié de la part de chacun par un sentiment de valorisation ou de dévalorisation. »

Tout ceci montre l'interaction étroite entre imagibilité et appartenance sociales, entre les aspects sensoriels et psychosociaux. En réaction à l'hypostimulation provoquée par les grands ensembles des années soixante, il y eut des réactions tombant dans l'excès inverse – l'hyperstimulation – pour lutter contre la monotonie et la sérialité. Résultat : des changements permanents de niveaux, des ruptures de plans, des rues qui tournent tous les vingt mètres, etc. Le concept était de recréer des terrains d'aventure, de l'incertitude, des espaces de communication. Ces univers ainsi produits ont généré des maquis urbains impénétrables. Le résultat fut bien souvent l'inverse de ce qui était attendu : l'incertitude générée par un tel environnement illisible poussait l'individu à s'en remettre aux itinéraires connus et à ne pas s'aventurer dans ce dédale angoissant. La difficulté extrême à rendre visite à un ami, alors que les numéros ne sont plus apparents, que les rues s'évanouissent, devient un cauchemar kafkaïen pour le passant (et pour le facteur débutant).

Il est clair que l'aménagement urbain et d'architecture sont particulièrement sensibles à des effets de mode et à des humeurs idéologiques, ce

7. K. Lynch, *op. cit.*

8. G. Delapierre, pionnier de la prévention spécialisée de l'après-guerre, a été directeur de services lyonnais de prévention puis chargé de mission ministérielle avant de prendre sa retraite.

qui explique l'aspect parfois très erratique et contradictoire de certains projets en fonction des époques. Pourtant, certains enseignements des sciences humaines peuvent être utilement mis à profit, ne serait-ce que quelques principes récurrents qui sont à prendre en compte pour lutter contre le sentiment d'insécurité : la luminosité, la richesse sensorielle, le balisage, la lisibilité, l'imagibilité, l'accès visuel, l'appropriation, l'échelle humaine.

Concluons sur cette belle et profonde citation du sociologue québécois Fernand Dumont :

« Je ne domine jamais d'un seul regard l'espace immédiat où je me meus et pourtant je suis assuré de sa consistance ; je n'ai pas exploré toutes les routes qui aboutissent à ma maison, mais je crois qu'elles mènent toutes quelque part. Ces certitudes m'accompagnent au long des jours, sont les assises de mes gestes et de mes actions. De même dans l'ordinaire de la vie, la géographie du plus vaste univers, la place des continents et des peuples tient à mes actes et à mes pensées, tout comme les perceptions habituelles rassurent la conscience routinière de mon corps.⁹ »

Ne plus créer d'écosystèmes déshérités

Dans certains univers, l'imagibilité et la contrôlabilité s'avèrent difficiles voire impossibles. Par exemple, en milieu psychiatrique, certaines salles de séjour se présentent encore comme de grandes pièces où les chaises sont disposées contre le mur ; les chambres des malades peuvent être des pièces exiguës dans lesquelles on entre sans frapper ; les toilettes sont parfois dépourvues de portes. Les lieux viennent constamment souligner la pauvreté de la vie et de la communication. En tant que source de stimulations et d'informations perceptibles par nous, l'environnement exerce des influences repérables qu'il est bon de prendre en compte dans un souci éducatif ou thérapeutique, mais aussi managérial. Les univers sous-stimulants frappent en effet aussi bien les individus pris en charge que les personnels. Il est des lieux de vie qui démentent parfois les intentions contenues dans leur projet... C'est ainsi qu'un cadre infirmier, Jean-Louis Bessart, nous décrit son unité de soin :

« Pénétrant dans ces lieux, ce qui saute aux yeux est la vétusté des locaux, et ce qui vous prend à la gorge, ce sont les odeurs. Dans ce pavillon, les peintures des murs sont ternies par le temps et encrassées. De-ci, de-là,

9. *Le lieu de l'homme. La culture comme distance et mémoire*, Montréal, Edition HMH, 1968. F. Dumont fut professeur à l'Université de Laval et fondateur de l'Institut québécois de recherche sur la culture.

quelques vues, peintures découpées dans des revues, ont été mises sous-verre et pendent aux murs. Ces ornements rompent avec la tristesse qui se dégage de ce lieu. Le sol, parfois carrelé, parfois recouvert d'un balatum gris éléphant, noirci par l'âge, brûlé par les mégots, accentue la vétusté. Au rez-de-chaussée sont les bureaux infirmiers et médicaux, la pharmacie très petite dans laquelle les soins ne sont pas possibles, et le bureau de la surveillante qui sert aussi de salle de réunions.

Le réfectoire est utilisé, hors les temps de repas, comme salle de séjour ; la télévision trône sur une étagère. Quatre chambres à deux lits sont réservées aux entrants. Toutes ces pièces sont accessibles par des couloirs labyrinthiques où la luminosité fait défaut. Un escalier de pierre permet d'accéder à l'étage, aux chambres et aux salles de bain. Les lits et les tables de nuit sont en fer, peints d'une laque qui autrefois fut blanche. Autant les pièces sont exiguës, autant les plafonds sont hauts. En effet, trois mètres cinquante séparent le sol et le plafond¹⁰. »

Des espaces au service de la qualité de vie

Conçu comme un « lieu de soin », mais suivant un modèle historique dépassé, celui de l'univers psychiatrique, le service décrit ci-dessus ne tient naturellement aucun compte des approches écologique et éthologique. Beaucoup d'établissements ont pourtant également ignoré cette dimension. Des observations simples permettent de s'apercevoir que les résidents d'un lieu n'occupent pas de la même manière les espaces d'un établissement. Certains n'utiliseront pas les lieux prévus à leur endroit mais préféreront demeurer massés dans les couloirs ou dans le secrétariat. Une étude que nous avons réalisée dans un centre d'aide par le travail avait montré l'attraction exercée sur les travailleurs par les espaces riches au plan sensoriel et en contacts sociaux. À tel point que les choix de stationnement des personnes étaient parfois savamment calculés en fonction d'angles de vue ou d'accès auditif.

Par conséquent, dans le cas d'un projet socio-architectural, il s'avère primordial de ne pas penser l'aménagement des espaces en obéissant uniquement à un fonctionnalisme simpliste, mais de poser en première instance les grands volumes témoignant des usages sociaux de l'espace : que veut-on réaliser dans cet espace ? Comment pense-t-on l'articulation des espaces ? Dans les villas romaines, des pièces se répartissaient autour d'un espace central : l'*atrium*. Dans les appartements des classes aisées du XVIII^e siècle, les pièces s'enchaînaient les unes aux autres, sans avoir de fonction absolument définitive. La distribution des pièces de part et d'autre d'un couloir est apparue avec la spécialisation bourgeoise et industrielle

10. J.L. Bessart est cadre infirmier. La citation est extraite de son mémoire de licence de Sciences de l'éducation de l'Université Lyon 2, *L'unité de soin*.

des pièces : hall, salon, salle à manger, chambre, bibliothèque, buanderie, etc.

Certains établissements, tels des Foyers d'accueil médicalisé ou des Maisons d'accueil spécialisé, ont été conçus selon une logique hospitalière : les couloirs de distribution et de circulation des chariots et des lits médicalisés sont spacieux, centraux et linéaires, les chambres se répartissent de part et d'autre. Les ascenseurs sont situés au bout des couloirs. Le bureau des professionnels est vitré pour permettre un bon accès visuel. Les matériaux choisis sont lisses et froids, l'univers est minimaliste afin de lutter avant tout contre les risques d'infection nosocomiale et de favoriser l'entretien hygiénique des locaux. Une telle architecture laisse rapidement découvrir qu'il existe une espèce d'antagonisme entre cet ordre spatial, essentiellement établi pour les flux des professionnels, et une qualité de vie pour les résidents. Il s'agit alors de trouver un compromis optimal entre les incontournables contraintes hygiéniques et sécuritaires et un certain agrément de vie.

Dans un Foyer occupationnel, construit dans les années soixante-dix selon des postulats très idéologiques, notamment celui du tout communautaire et du vivre ensemble, nous avons pu nous apercevoir de l'impossibilité d'intimité pour les résidents, de l'amplification extrême de tout événement ou conflit, du seul fait de l'architecture qui a privilégié un hall cathédrale à l'acoustique des plus désagréables. Les acteurs ont ainsi l'impression permanente de vivre dans un hall de gare... N'oublions pas que les murs intérieurs ont été aussi faits pour s'abriter du regard des autres, et permettre à la personne de se relâcher, de ne pas se donner à voir dans des postures, des situations intimes ou négligées – ce qu'Erving Goffman appelle « les coulisses » de la vie sociale.

Naturellement, l'organisation de l'espace suppose une anticipation des situations professionnelles, c'est-à-dire un projet ! Après avoir identifié les volumes essentiels de l'espace, il est important d'en définir plus finement l'usage et l'ambiance souhaitée : veut-on un salon pour accueillir des familles lors d'entretiens de consultation ? Veut-on une cafétéria ? Une salle polyvalente ? Un espace administratif, mais pour qui ? Veut-on des espaces intermédiaires ? Une terrasse pour prendre ses repas à l'extérieur ? Un jardin ? Des salles d'activités, mais pour quelles activités ? etc.

Certains paramètres sont connus des psychosociologues, ergonomes ou architectes, tels que :

- les niveaux : veut-on un établissement de plain-pied ou sur plusieurs niveaux ? Que va-t-on trouver sur chaque niveau ? Sont-ils reproduits à l'identique ou sont-ils plutôt spécialisés ? Quid de l'accessibilité ?

- les surfaces, les dimensions et les proportions des divers espaces : les petits volumes créent de l'intimité mais aussi parfois une sensation d'enfermement ; ils tendent à dramatiser les relations. Les grands volumes donnent une sensation de liberté mais aussi d'insécurité, ils tendent à refroidir les relations ;
- l'ambiance est induite, outre par les volumes, par les couleurs, la luminosité, l'acoustique, la température, la ventilation : des couleurs froides vont sans doute apaiser mais sous-stimuler ; des couleurs trop chaudes risquent de créer de l'excitation et de l'inconfort (l'orange est utilisé dans les cafétérias car c'est une couleur apéritive) ; une couleur neurasthénique, comme le mauve, n'est pas indiquée pour une pièce où l'on désire mobiliser, le jaune est euphorisant ;
- l'aménagement intérieur (la distribution des meubles, des objets, les ouvertures) va également participer à une ambiance, créant un univers de stimulations, guidant les flux des personnes et les points de stationnement ;
- la lisibilité des lieux : quels sont les points de repères ? Comment les déplacements sont-ils balisés ? Comment peut-on repérer des ensembles significatifs, par exemple, les lieux d'hébergement, les lieux de soins, les lieux techniques, etc. ;

Se rajoutent à ceux-ci des variables plus subtiles et plus psychosociales comme la lisibilité ou l'attractivité d'un lieu – l'anthropologue Edward Hall parle « d'espaces sociofuges ou sociopètes¹¹ » –, la facilité d'appropriation qu'il permet, les diverses impressions qu'il nous laisse (gaîté, chaleur, angoisse, sentiment de perte, etc.).

AMÉNAGEMENT DE L'ESPACE ET PROJETS CACHÉS

Cette notion de « projet caché » nous est venue au fil de nos interventions. En effet, nous nous sommes aperçus que les personnels, lorsqu'ils ne revendiquaient pas d'affiliation à un projet d'établissement particulier, ou bien quand ce dernier était trop flou, obéissaient néanmoins à des orientations et des principes méthodologiques, accomplissant en quelque sorte un *projet indicible*. Celui-ci rejoint ce que nous avons appelé précédemment l'« auto-mission » de l'acteur. En interrogeant les professionnels sur leurs conceptions du travail, leur rôle dans leur établissement, les objectifs poursuivis et les situations de travail rencontrées, en les observant dans

11. E.T. Hall, *The Hidden Dimension*, New York, Doubleday, 1966 ; trad. franç. *La dimension cachée*, Seuil, 1971.

leurs activités et leurs déplacements quotidiens, nous pouvons discerner clairement des orientations cohérentes et propres à chaque acteur ou groupe d'acteurs.

Les recherches en matière de communication et d'information, ainsi que certains courants sociologiques (comme l'*ethnométhodologie*) nous apprennent que chaque individu organise le monde-autour-de-lui afin de le rendre prévisible et donc contrôlable. Bien entendu, il structure son environnement immédiat et ses propres comportements sur la base de théories personnelles et de projections acquises tout au long de son histoire et de ses expériences. Le comportement de chaque acteur est cohérent, et l'on ne peut souvent expliquer pourquoi celui-ci adhère ou résiste à tel ou tel modèle si l'on ne rentre pas d'abord dans sa logique.

Appliqué aux phénomènes institutionnels, cela signifie que lorsqu'un ESMS ne possède pas un projet et une méthodologie clairement exprimés et intégrés, chaque praticien ou groupe de praticiens va de toutes les façons tenter de réaliser, dans son espace et son groupe de travail, le projet implicite qui lui est propre et dont il peut d'ailleurs ne pas avoir pleinement conscience : son « projet caché ».

L'étude de ces projets cachés peut faire partie intégrante d'une analyse des pratiques mettant à jour la dispersion, ou bien au contraire le consensus, des interprétations de l'utilité sociale de l'établissement ou du service.

La recherche des projets cachés peut s'effectuer par questionnaire et entretien, au moyen de jeux et d'exercices propres à faire ressurgir les différentes conceptions en présence, mais encore plus efficacement en observant l'aménagement spatial des groupes de travail.

Aménagement de l'espace au sein d'un centre d'aide par le travail

Nous utilisons le sigle de CAT car il était encore en vigueur au moment de cette étude, réalisée au sein d'un tel établissement de la région lyonnaise. Dans celui-ci, nous avons mené de concert avec Gérard Dahan et Sadok Benabderrahman¹², une recherche approfondie qui a procédé par observation, élaboration de plans, entretiens et utilisation de documents et de différentes données. Nous n'aborderons ici qu'un des aspects de l'étude, celui qui illustre le plus immédiatement cette notion de projet caché inscrit dans l'espace architectural. Cette étude a mis en évidence les projets implicites des équipes de moniteurs d'ateliers qui correspondent

12. G. Dahan est docteur en sociologie, directeur de *Procom* (cabinet d'études et enquêtes), S. Benabderrahman était sociologue, ergonome et informaticien, consultant dans les organisations. Tous deux ont collaboré avec le CREA Rhône-Alpes.

à de grandes tendances, constituant ainsi une véritable typologie. L'étude démontre l'intrication des pratiques éducatives ou d'accompagnement des représentations personnelles, des idéologies et conceptions, de la socialisation de chacun des professionnels et son utilisation de l'espace. Par exemple, le rapport à sa propre histoire familiale, sociale et professionnelle influence l'idéal que l'on cherche à atteindre concernant la personne en situation de handicap. Par conséquent, elle détermine en cascade les finalités poursuivies par l'acteur, l'utilité sociale qu'il assigne à l'établissement, les dispositifs et procédures professionnels qu'il met alors en œuvre.

C'est ainsi que les quatre ateliers du CAT qui pratiquaient peu ou prou la même activité de conditionnement, constituent autant de territoires appropriés, possédant chacun leur architecture spécifique, leur microculture, leur micro-idéologie, leur discours de référence, leur étiquette, leur morale et leurs mœurs renvoyant à des *sociostyles professionnels*, ceux de leurs moniteurs d'atelier.

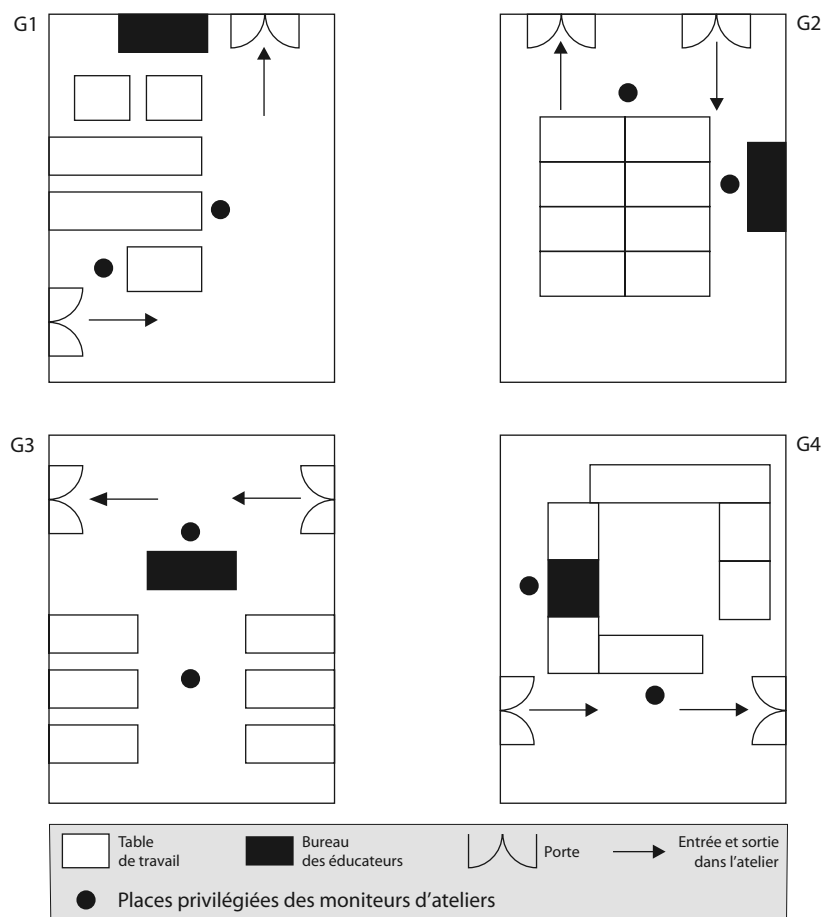
Les sociostyles professionnels

G1 : « l'atelier »

Le modèle institutionnel de référence est ici l'*entreprise*. L'accent est donc mis sur la production. « La relation privilégiée passe par le travail », comme nous le dit Jean-Claude, ancien artisan, faisant office de directeur technique du CAT. Le travail est vu comme une nécessité de la vie. Il y occupe la place centrale, et épouse la même logique que la vie sociale : une succession d'opérations dont la reproduction est la normalité même. Être intégré dans « la vie courante » signifie apprendre et respecter les rythmes, les horaires, les exigences du travail : « se lever le matin, ensuite déjeuner, préparer ses affaires, venir au travail... », pour reprendre les termes de Jean-Claude. L'agencement de l'espace de ce groupe est structuré par la rationalité industrielle : les tables de travail sont réparties à angle droit, obéissant aux préoccupations usinières des flux de pièces et d'individus.

C'est la capacité de travail et la *performance productive* qui déterminent des distinctions à l'intérieur du groupe dont rend compte la disposition de l'atelier :

- les moins performants, qui accomplissent les travaux les plus simples et les plus répétitifs, mais aussi les moins formateurs, travaillent sur deux petites tables basses près de la sortie marchandises ;
- en revanche, les plus performants (les « hauts niveaux »), chargés des tâches exigeant un apprentissage plus important, sont près de l'entrée de l'atelier et du CAT lui-même.



Le bureau des éducateurs (un petit secrétaire contre un mur) n'est qu'un bureau de gestion des factures situé tout naturellement près de la sortie marchandises. Les éducateurs le délaissent, préférant travailler près de l'entrée, là où l'animation « bat son plein ».

G2 : « la table familiale »

Jean, en formation d'éducateur spécialisé, ancien missionnaire, la cinquantaine, et sa collègue, ancienne institutrice sensiblement du même âge, considèrent le groupe comme une famille : « il y a un mode de fonctionnement où je les considère un peu comme mes enfants », nous

confie Jean, qui insiste sur les vertus stabilisatrices de leur image et sur la nécessité d'une *sécurisation affective* : « on a donné une image de couple qui fonctionne bien, on s'entend bien. Alors cela les marque, stabilise l'ensemble [...], et puis alors il y a une chose qui joue beaucoup en ma faveur, c'est mon âge, parce que ça les sécurise beaucoup ». Ledit groupe se trouve en dehors du bâtiment principal (à environ 600 mètres), « à l'annexe », comme l'on dit, dans un ancien local scolaire en préfabriqué qui a été récupéré. Les 27 individus qui s'y rendent quotidiennement ne pénètrent donc pas dans un établissement de travail, le calme qui règne dans les deux salles de classe tranche avec le bruit des machines et les va-et-vient constants du reste du CAT. À l'intérieur, les tables ont été disposées en bloc ou en carré au centre de la pièce, liant les membres du groupe à l'éducateur qui « trône », point de convergence des regards et des paroles. Le groupe de Jean est structuré en fonction de ce rapport univoque à l'éducateur, c'est une entité communautaire et non une organisation dans laquelle les rôles sont complémentaires et spécifiés par la logique de l'action industrielle.

G3 : « la salle de classe »

Les deux éducateurs techniques spécialisés, l'un ancien ouvrier, l'autre ancien artisan, sont d'accord sur une conception à peu près similaire de leur mission, que l'on pourrait résumer par le terme de « pédagogie de rattrapage social ».

Claude insiste sur le développement des échanges. Il s'agit de permettre à la personne en situation de handicap de se familiariser avec les situations de la vie quotidienne afin d'éviter l'enfermement : « il faut qu'il sorte comme tout le monde, que ce ne soit pas un marginal... » L'accent porte alors sur l'*acquisition* de connaissances et de techniques concernant tant le travail que les activités de la vie quotidienne : « aller dans les magasins, acheter des choses... » L'apprentissage est ici le moyen de surmonter le passif des contingences sociales et économiques : « il faut dire une chose, pour les 3/4 des jeunes qui sont ici, la scolarité a été un échec. »

L'aménagement spatial et la gestion relationnelle du groupe font immédiatement penser à une classe technique (le LEP, entre l'école et l'entreprise, est le modèle de référence) : les tables sont disposées de part et d'autre d'une allée centrale, partiellement bloquée par le bureau des éducateurs, qui est plutôt une table de travail surchargée, comme pour signifier « on est des manuels, non des bureaucrates ». Derrière le bureau, quelques machines plus sophistiquées (destinées au groupe le plus mécanisé) renvoient, d'une certaine manière, au tableau noir, lieu de démonstration et d'apprentissage personnalisé.

G4 : « la bande de copains »

Gilles, jeune éducateur spécialisé, non issu du monde du travail, et tous les éducateurs(trices) remplaçants qu'on lui adjoint, s'attachent à apporter un « *mieux-être* », et veillent à la possibilité de *s'exprimer*. En conséquence, on insistera sur les activités de soutien (annexes à la production), car l'efficacité du travail et du CAT est ici fortement mise en question. L'éducateur aura davantage un rôle d'animateur : « on a un système de fonctionnement qui ne pousse pas les gens au travail ; d'abord on n'y tient pas trop, et puis en plus, on sent qu'on peut leur apporter autre chose... les laisser libres de leur temps tout en disant bien sûr qu'il y a un minimum à faire. »

Là encore, la disposition des lieux renvoie au projet de l'éducateur. Le modèle de référence est le groupe, la bande de copains : les tables sont disposées de façon à former un quadrilatère, instituant une sorte de cour intérieure où seuls deux étroits passages sont aménagés pour accéder aux pièces de rechange. Cette architecture anti-fonctionnelle traduit la volonté de substituer à l'espace industriel un « lieu de vie » convivial et thérapeutique. Le groupe « se regarde » et regarde le bureau des éducateurs qui occupe une position centrale au sein du quadrilatère, signifiant l'appartenance de l'éducateur même au groupe, et renforçant l'image d'animateur, de personne facilitant la communication.

Projets et projections

À première vue, les projets cachés de ce CAT peuvent paraître antinomiques. Dans notre exemple, la « mise au travail », représentée par le G1, et la « promotion relationnelle », représentée par le G4, constituent un axe conflictuel. Les individus qui portent ces deux orientations dressent quotidiennement le constat de leurs différences ; ils se positionnent d'ailleurs aux extrémités de la table lors des réunions institutionnelles, comme nous avons pu l'observer.

Se pose alors au niveau du projet d'établissement (comme du management) la question de l'orientation du projet d'établissement : faut-il privilégier un modèle ? Lequel ? Pourquoi et comment ? Il est clair que ces différents projets cachés sont portés par des convictions et qu'ils présentent un intérêt certain. Ils offrent tous des avantages et des inconvénients, des points forts et des points faibles en fonction des priorités qu'ils se sont données : sur le plan de l'efficacité et de l'employabilité, le modèle du G1 est le plus pertinent ; sur le plan de la formation professionnelle, le G3 paraît plus adapté ; sur le plan de l'aide à la participation sociale, le G4 est plus performant ; enfin, sur le plan du soutien affectif et de la sécurisation, le G2 convient davantage.

La question est de savoir si ces modèles sont compatibles au sein d'un même établissement et à quelles conditions. Si l'on s'en tient au pragmatisme actuel, celui de la survie économique de l'ESAT d'aujourd'hui, il est clair que le G1 est le modèle dominant. Les autres modèles peuvent être externalisés et renvoyés à d'autres services, comme le foyer d'hébergement (pour le G4), l'IMPro (pour le G3) ou le foyer occupationnel (pour le G2). Mais l'on peut aussi défendre que les fonctions de formation, de développement personnel et d'aide à la participation sociale peuvent également s'intégrer à la vocation médico-sociale de l'ESAT, même si elles sont nécessairement subordonnées au travail productif.

Il s'agit encore de savoir si une telle diversité de modèles répond à une égale diversité des besoins des populations accueillies.

En effet, les quatre groupes précités représentent peu ou prou des étapes de la vie sociale :

- la petite enfance et sa priorité affective pour le G2 ;
- l'adolescence avec sa confrontation à l'apprentissage scolaire et professionnel pour le G3 ;
- l'adolescence avec sa gestion des relations de groupe pour le G4 ;
- enfin, le stade adulte face au monde du travail avec le G1.

Par conséquent, chaque atelier peut correspondre plus particulièrement aux besoins et attentes d'une fraction de la population accueillie par l'établissement, et peut constituer une étape d'évolution dans un parcours personnalisé.

Comme l'on voit, le projet d'établissement devra faire des choix, intégrer ces divers « projets cachés », à la condition qu'ils deviennent explicites et non concurrents ou privilégier une orientation claire.

ÉQUIPEMENTS ET MATÉRIELS

Pour conclure ce chapitre sur l'importance des ressources matérielles, rajoutons que dans un projet d'établissement, outre une description et un argumentaire concernant les locaux et leur implantation, avec toute l'importance que cela revêt, il est souhaitable d'évoquer les équipements et matériels dont dispose l'établissement ou le service. Il ne s'agit pas de les lister intégralement (bien qu'un tel travail s'avère des plus intéressants sur le plan de la gestion et de la démarche qualité...) mais de donner une idée de ces ressources et de leur adéquation avec les prestations de l'ESMS. N'oublions pas que ces ressources matérielles contribuent à la qualité des prestations délivrées et imputent aux coûts de l'établissement

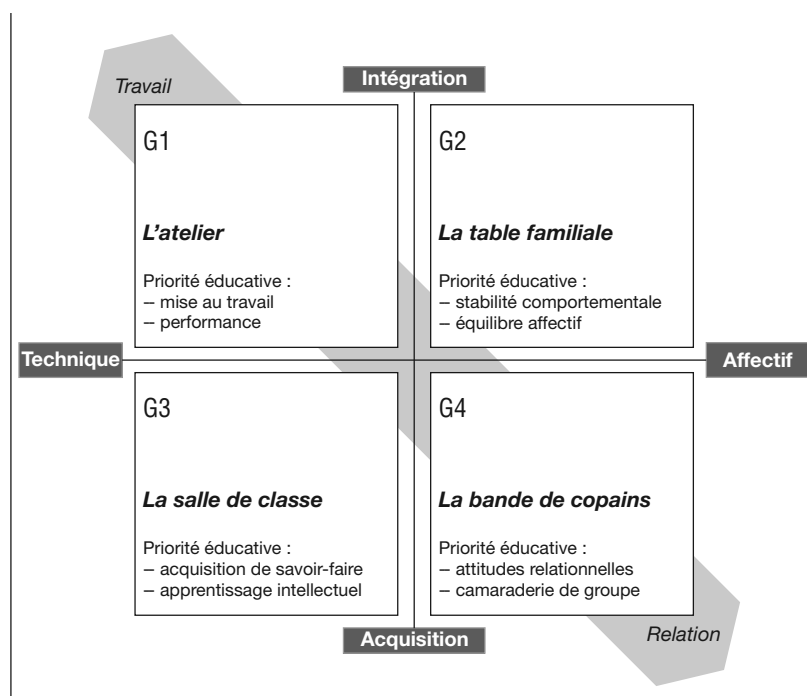


Figure 12.2. Les sociostyles éducatifs

et du service. L'examen de ces ressources peut soulever des questions au regard de leur pertinence et de leur bonne utilisation.

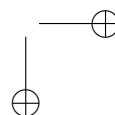
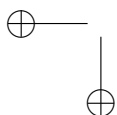
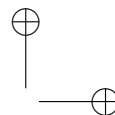
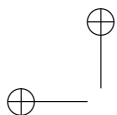
L'ESMS peut évoquer :

- son site géographique, le nombre d'hectares qu'il possède éventuellement, la présence d'aires de jeux, de terrains de sports, de parcours aménagés, de parcs boisés, etc. ;
- la configuration architecturale qui est la sienne : le nombre et la qualité des divers bâtiments, l'état de ces bâtiments (la date de leur conception et de leur adaptation) et leur usage fonctionnel (accueil, administration, hébergement, restauration, animation, soins, etc.) ;
- l'équipement de locaux : salles d'activités éducatives, de scolarisation, pièce de soins, infirmerie, salles de réunion, bureaux, ateliers techniques, buanderie, garages des divers véhicules, etc. ;
- la présence d'équipements particuliers : balnéothérapie, salle Snoezelen, cuisine thérapeutique, piste de marche, salle de radiologie, gymnase, mur d'escalade, bibliothèque, salle informatique, salle de montage vidéo, etc. ;

12. LES RESSOURCES MATÉRIELLES DE L'ESMS

341

- la possession de divers matériels :
 - à usage thérapeutique : verticalisateurs, fauteuils roulants électriques et manuels, divers matériels de rééducation et d'adaptation (par exemple, claviers et souris adaptées), parc de tricycles, flottille de petits bateaux ;
 - à usage éducatif ou pédagogique : serres, machines et outils divers pour des activités d'horticulture, de couture, de mécanique, ordinateurs récents, logiciels adaptés, téléviseurs et de matériel vidéo, accès à une borne Internet ;
 - à usage logistique : flotte de véhicules de divers types (éventuellement aménagés pour le transport de personnes à mobilité réduite), cuisine équipée répondant aux normes HACCP, divers équipements ergonomiques.



Chapitre 13

Les ressources humaines de l'ESMS

Ce chapitre concerne le point suivant de notre plan :

3.3. Les ressources humaines de l'ESMS

3.3.1. L'organigramme et la distribution des fonctions

3.3.2. La gestion des personnels

La gestion des ressources humaines a tout simplement pénétré le secteur social et médico-social dans le train de son développement historique : au fur et à mesure que les ESMS sont devenus de véritables organisations modernes, ils se sont complexifiés, ramifiés et se sont enrichis régulièrement de nouvelles compétences. L'une des conséquences la plus visible est l'extension verticale et horizontale de leurs organigrammes : apparues dans les années 80, les directions générales, les directions des ressources humaines et les directions administratives et financières ont vu plus récemment émerger des responsables qualité, des chargés de la communication, des ingénieurs en informatique, des responsables de la logistique, des chefs de projets, des coordinateurs de projets personnalisés, des consultants internes, des chargés de mission diverses, etc.

Précisément, la coordination d'un éventail croissant de fonctions, l'exigence plus affirmée de compétences et de performance, la nécessité

d'assurer un bon climat social et l'identité d'une communauté d'action, ont rendu peu à peu indispensable la fonction GRH. La raison d'être de cette dernière est précisément de mettre en phase les ressources humaines d'une entreprise avec ses objectifs et son organisation. Même s'il faut bien reconnaître qu'au sein des secteurs de l'action sociale et médico-sociale, la fonction RH a bien souvent de fait pris le relais de l'ancienne fonction de « chef du personnel » avec quelques compétences élargies (celle-ci s'occupait traditionnellement du contrôle de la main-d'œuvre, notamment de l'absentéisme et des congés ; de la gestion de l'emploi, des contrats de travail et des aspects juridiques afférents ; de la gestion des risques professionnels ; des conflits du travail et des licenciements).

Pourtant, les enjeux actuels s'avèrent d'envergure dans un paysage professionnel en pleine recomposition : concentration, exigences de lisibilité, de qualité et d'efficacité accrues, apparition de nouvelles fonctions, de nouvelles organisations et de nouvelles modalités de financement – et tout ce qui reste à venir... Les chantiers s'accumulent et peuvent être sources de déstabilisation. La GRH a de l'avenir, même si pour l'instant elle dispose de faibles marges de manœuvre.

L'OBJET DES RESSOURCES HUMAINES

L'importance dévolue aux ressources humaines est consécutive à l'avènement du « mouvement des relations humaines » dans les années 30 aux États-Unis, mouvement qui a entériné les évolutions du monde du travail (notamment le passage de l'industrie lourde à l'univers des services) et qui a consisté en un dépassement du taylorisme et du règne de la seule organisation de l'activité pour prendre en compte les facteurs psychosociaux. C'est notamment la parution de l'ouvrage fondateur : *The Human Problems of an Industrial Civilization*, publié en 1933 par Elton Mayo, à la suite d'une très célèbre intervention à la Western Electric¹, qui inaugura en quelque sorte le mouvement. En France, il fallut attendre les années soixante pour que ce genre de préoccupation émerge, comme de manière plus large l'enseignement du management et du marketing dans les écoles supérieures de commerce. On parla tour à tour de relations

1. Les recherches menées à la Western Electric à Hawthorne, près de Chicago, furent parmi les plus importantes jamais réalisées en milieu industriel ; elles durèrent de 1927 à 1932. Leurs résultats furent publiés en plusieurs fois : outre l'ouvrage d'Elton Mayo, citons aussi celui de F. J. Roethlisberger & W. J. Dickson : *Management and the Workers*, Cambridge, Harvard University Press, 1939.

humaines, de facteur humain, de potentiel humain, avant de généraliser l'appellation de ressources humaines, moins lyrique mais plus objective².

L'intrication des ressources humaines et de l'organisation

L'appellation banalisée de « ressources humaines » peut donner l'impression d'un concept fourre-tout s'opposant aux ressources matérielles. Elle recoupe en effet un vaste ensemble de préoccupations parfois très intriqué avec celui de l'organisation, comprenant aussi bien ce qui touche classiquement à la définition des fonctions et des postes, l'évaluation des compétences, le recrutement, la mobilité, la promotion des personnels, l'*empowerment* ou la formation, que les questions ayant trait à l'identité et à la culture d'entreprise, au climat, aux conflits, à la mobilisation, à l'adhésion au projet et à ses objectifs, aux risques psychosociaux, aux réunions ou à certains aspects de la communication interne.

Disons que nombre d'objets du management n'appartiennent pas à un domaine absolument délimité, mais qu'ils doivent être abordés sous plusieurs angles complémentaires : un poste de travail peut être ainsi appréhendé par l'ingénieur en organisation en tant qu'ensemble de tâches dans un flux d'activité, mais aussi par le spécialiste des ressources humaines en tant que position dans un service et sa propre dynamique sociale. Enfin, il faut éviter les poncifs qui verraient tour à tour dans le responsable de la GRH une espèce « d'assistante sociale en chef », un spécialiste des plans sociaux, le gourou de la direction générale... ou celui qui prendrait le relais, *stricto sensu*, de l'ancien chef du personnel.

Le domaine des ressources humaines s'avère donc inexorablement intriqué avec celui de l'organisation, puisque toute question qui ressortit au domaine de cette dernière possédera des effets psychosociaux, qui devront être pris en compte par le domaine des ressources humaines, et vice versa. Par exemple, le climat d'un établissement peut être affecté par des tensions entre les personnels à cause de divers problèmes d'organisation, tels que les horaires ou le flou des frontières entre les fonctions, ou bien une mauvaise circulation de l'information. Inversement, l'organisation peut être battue en brèche par des fonctionnements coutumiers, l'absence de perspective de carrière, des réflexes corporatistes ou des résistances culturelles au changement.

2. Concernant les aspects historiques des ressources humaines, nous renvoyons le lecteur au chapitre premier de notre ouvrage : *Penser le management*, Dunod, 2005, ainsi qu'au *Guide du métier de directeur* de Patrick Lefèvre, Dunod, 2011.

C'est pour cette raison que management général, gestion administrative et financière et gestion des ressources humaines, sont absolument complémentaires, même si leurs préoccupations immédiates s'avèrent bien différenciées. Les meilleures organisations et méthodologies du monde ne servent à rien sans la volonté des hommes qui les servent, tout comme les meilleures volontés et compétences sont gaspillées lorsqu'elles sont utilisées sans la moindre méthode et organisation. La conjugaison de ces dimensions est probablement la plus vieille préoccupation de l'histoire des entreprises humaines... même si la place des ressources humaines dans les organisations est à l'évidence allée de pair avec le renforcement de la démocratie et l'affirmation croissante des droits individuels.

Comme nous l'ont montré la théorie des systèmes et la psychosociologie des groupes, il existe une relation immédiate entre le climat social d'une entreprise humaine, son projet et son organisation : dès que le projet d'une communauté d'action s'étirole ou s'évanouit, les problèmes commencent ! Sans un but commun qui sert de ciment collectif et qui transcende l'ensemble social, ce dernier va éclater en plusieurs dynamiques de groupes centrées sur elles-mêmes. De fait, le délitement du projet va entraîner des phénomènes de déplacement et de compensation : rivalités entre clans ou corporations, rumeurs négatives, conflits endémiques, incidents et phénomènes d'usure. Autrement dit, quand une identité supérieure ne parvient plus à être crédible et à transcender les différences, des sous-identités resurgissent inmanquablement. L'exemple de la Yougoslavie des années 90 en est une des plus parfaites illustrations ; l'Europe de la zone euro se trouve actuellement en danger pour la même raison : son incapacité à constituer une identité politique clairement définie, crédible et représentative (la résurgence des identités nationales et régionales sera le principal défi sociopolitique européen pour la décennie à venir).

Cette préoccupation de tous les systèmes sociaux – macros ou micros – s'impose particulièrement aujourd'hui aux opérateurs des secteurs qui nous intéressent : ceux-ci doivent en effet passer d'identités très limitées, groupales, corporatistes ou d'établissement, à des identités plus vastes, associatives et régionales par exemple. Cette préoccupation est induite par la reconfiguration nécessaire des opérateurs, elle-même impulsée par la pression gestionnaire de la puissance publique que nous avons développée dans la première partie de cet ouvrage : concentration, regroupement, mutualisation des moyens, amélioration de la performance. Nous passons ainsi de cultures corporatistes historiques à des « cultures d'entreprises » avec son lot de conséquences : contrats de travail établis pour un exercice professionnel au sein d'une association tout entière et non plus d'un seul établissement, communication identitaire accrue, tant à l'interne qu'à

l'externe (logos affichés sur les véhicules, plaquettes plus professionnelles, organisation d'événements et... gestion des ressources humaines plus conséquente, avec de véritables politiques de recrutement, de mobilité, de promotion, de valorisation des compétences et d'évolution des carrières [GPEC]).

Les principales préoccupations de la GRH

Comme nous venons de le voir, la GRH ne constitue pas un domaine compartimenté mais doit s'intéresser au management général et à l'organisation auxquels elle contribue. Le projet d'établissement ou de service doit faire apparaître les grandes options de l'ESMS en la matière, précisément parce que celles-ci impactent nécessairement la réussite dudit projet, ainsi que le fonctionnement, le climat et la gestion économique de l'établissement ou du service. En ce faisant, l'ESMS fait montre d'une certaine transparence et offre des garanties.

Concrètement, le document projet peut aborder les grands thèmes classiques suivants (la liste n'a rien d'impératif mais peut servir de *check-list*).

Le recrutement

Le projet de l'ESMS peut préciser si :

- une procédure de recrutement est définie par écrit pour les cadres et pour les salariés non-cadres ;
- les profils de poste, ainsi que les compétences requises, figurent dans les fiches de fonction ;
- un bilan de fin de période d'essai est systématiquement rédigé suivant une trame préétablie ;
- un livret d'accueil du salarié existe et est remis à tout personnel nouvellement recruté ;
- le recrutement des personnels cadres de direction est assuré conjointement ou non par l'association, la direction générale et le directeur concerné ;
- le recrutement des personnels non-cadre et des cadres techniques est réalisé par les cadres hiérarchiques, ou sur proposition de leur part à la direction, ou selon une autre procédure.

La formation

Le projet peut préciser si :

- une politique de mutualisation des formations existe ou est en cours d'installation à l'échelle de l'association ;
- la formation au sein de l'ESMS privilégie l'intérêt général et les besoins des bénéficiaires ;
- une information régulière est délivrée aux personnels sur les dispositifs de formation existants (PPF, DIF, CIF, VAE) ;
- la formation s'inscrit dans un « plan prévisionnel de formation » sur lequel le comité d'entreprise rend un avis ;
- ce plan de formation s'établit sur :
 - les besoins des services, recensés par l'encadrement, au regard des exigences de l'environnement (nouveaux textes de lois) comme des exigences fonctionnelles (accueil de nouvelles populations, nouveaux besoins et nouvelles méthodes) ;
 - les besoins individuels des personnels en relation avec leur exercice professionnel (excluant le développement personnel) qui sont recueillis au moyen d'un document spécifique mis à disposition des salariés leur permettant d'indiquer leurs souhaits de formation ;
 - les évolutions de carrière des personnels (toujours en cohérence avec les besoins des bénéficiaires de l'établissement) ;
- le personnel peut participer à des colloques ou à des réunions d'information internes faisant appel à des intervenants extérieurs ;
- des comptes rendus sont demandés aux personnels au terme de leur formation ;
- une évaluation systématique des formations est réalisée ;
- l'établissement est reconnu comme site qualifiant ;
- il accueille chaque année des stagiaires suivant des modalités définies dans un document institutionnel remis aux écoles ou lieux de formation extérieurs (différents centres de formation aux métiers de la santé et de l'éducation, à l'informatique, logistique, etc.).

La mobilité et la promotion du personnel

Le projet peut préciser si :

- le projet associatif et le projet d'établissement définissent une politique en matière de mobilité des personnels ;
- le contrat de travail indique la possibilité de mobilité entre les sites et structures de l'association ;

- la direction recueille les demandes de mobilité en fonction des postes vacants ;
- la promotion se manifeste par des possibilités d'accès à des postes supérieurs sur la base de compétences manifestes, par des formations suivies, par l'obtention de diplômes ou encore par le biais de la VAE ;
- les offres de poste sont systématiquement diffusées dans l'ensemble des structures de l'association ;
- des promotions sont possibles par changement de statut en fonction des postes vacants et des qualifications.

Les modalités de contrôle et d'évaluation des personnels

Le projet peut préciser si :

- l'établissement vise à définir par écrit l'intégralité des fonctions de l'établissement (fiches de fonction précisant les missions, tâches, responsabilités, délégations, modes de coopération) ;
- chaque membre du personnel peut avoir accès à la définition de fonction des autres personnels (par exemple par la présence d'un classeur récapitulatif des fiches de fonctions mis à disposition des salariés) ;
- les fiches de fonction sont articulées en fonction des profils et qualification des personnels ;
- elles sont régulièrement réévaluées ;
- un suivi régulier de l'absentéisme est réalisé ;
- l'établissement met en œuvre des « entretiens professionnels de progrès » ;
- ces entretiens obéissent à un cadrage déontologique précis ;
- ces entretiens possèdent des objectifs clairs, par exemple :
 - favoriser le dialogue avec les collaborateurs ;
 - préciser les missions et activités de chacun ;
 - apprécier le travail sur la période écoulée ;
 - recueillir les souhaits et suggestions des salariés ;
 - fixer les attentes et objectifs pour l'année à venir.
- ces entretiens obéissent à une trame (par exemple qui a sollicité un groupe de travail au niveau de l'encadrement et qui a été supervisée par le responsable des RH) ;
- la trame d'entretien questionne les divers registres de l'exercice professionnel : les conditions de travail, les relations de travail, l'organisation du travail, les ressources humaines, la fonction et le poste de travail, l'appréciation de la fonction ;

- ces entretiens sont balisés par un guide méthodologique (véritable cahier des charges) ;
- l'encadrement a bénéficié d'une formation à l'entretien ;
- les entretiens donnent lieu à une exploitation documentaire portée à la connaissance générale ;
- les entretiens débouchent sur des tableaux de bord en matière de gestion des ressources humaines communiqués au comité d'entreprise et au CHSCT.

L'empowerment

Le projet peut préciser si :

- l'établissement pratique chaque fois que possible un certain niveau d'enrichissement des habilitations et des responsabilités (dans les limites de la « convention collective appliquée » et des moyens impartis) ;
- il promeut la participation ;
- des professionnels sont amenés à avoir des fonctions transversales (par exemple : *animateur qualité, coordinateurs de projet, consultants des familles et des bénéficiaires*, etc.) ;
- des professionnels sont sollicités pour participer à des groupes de recherche ou encadrer des stagiaires ;
- une politique de tutorat favorisant la transmission des compétences est définie en direction des salariés seniors.

La représentation des personnels

Le projet peut préciser si :

- elle est assurée par des délégués du personnel au niveau de l'établissement et par un comité d'entreprise au niveau de l'association ;
- toutes les prérogatives des représentants des personnels sont respectées scrupuleusement ;
- les élus disposent d'un local pour le comité d'entreprise, le CHSCT et les délégués du personnel ainsi que de panneaux d'affichages ;
- les élus titulaires du comité d'entreprise élisent les représentants des salariés au conseil de la vie sociale ainsi qu'ils désignent les représentants au CHSCT ;
- la convention collective, le règlement intérieur, le règlement de fonctionnement et les notes de services sont à la disposition des personnels ;
- les plannings horaires de l'ensemble des personnels et les consignes de sécurité sont réunis et affichés dans l'entrée de chaque structure et accessibles à tous ;

- les réunions régulières avec les instances représentatives du personnel sont organisées.

Le management

Le projet peut préciser si :

- le management pratiqué dans l'établissement tend à promouvoir la participation des personnels, la responsabilité individuelle, la mutualisation des savoirs, des moyens et des expériences, voire la création d'une identité associative, etc. ;
- les modalités selon lesquelles s'expriment les orientations managériales (par exemple : une réunion hebdomadaire de direction générale, un groupe de pilotage associatif, une réunion de direction de l'établissement, une évaluation du climat social, etc.) ;
- les remplacements sont effectués dans la mesure du possible pour le bon fonctionnement des services ;
- les plannings sont affichés en temps réel ;
- les emplois du temps sont adaptés aux intérêts des bénéficiaires.

LES FONCTIONS : AU CARREFOUR DES RESSOURCES HUMAINES ET DE L'ORGANISATION

La définition et l'articulation des fonctions représentent l'un des aspects les plus importants de la gestion des ressources humaines et constituent l'architecture de tout fonctionnement d'une organisation – la condition essentielle de la coopération de ses acteurs. La définition des fonctions s'effectue à partir des objectifs de production d'une organisation (« l'utilité sociale » pour un ESMS) et des contraintes inhérentes à toute entreprise : la nécessité de disposer d'une fonction administrative, d'une fonction gestionnaire et comptable, d'une fonction de maintenance, etc. Par conséquent, la détermination des grandes fonctions interroge à la fois la nature de l'activité de l'entreprise et l'inscription de celle-ci dans un contexte (politique, économique, administratif et légal).

Services opérationnels et fonctionnels

Dans le domaine du management, il est commun de dénommer « services opérationnels » et « services fonctionnels » ces deux catégories de fonctions que nous venons de distinguer. Les services opérationnels³

3. Opération, du latin *opus*, *opera* : œuvre.

assurent la production de l'établissement, en l'occurrence délivrent des prestations contractuelles à des bénéficiaires, tandis que les services fonctionnels assurent le fonctionnement de l'organisation en tant que telle (la logistique et la maintenance, le service comptable, le service administratif dont la direction, le service entretien, le service RH, le service gestionnaire et financier, le service qualité, le service de gestion des systèmes d'information, voire d'autres services⁴, comme le service de relations publiques, le service commercial, le service juridique, le service de la recherche et du développement, etc.). Notons que bon nombre de ces services n'avaient jusqu'alors aucune existence dans les ESMS, compte tenu de leur histoire et de leur taille ; ils apparaissent aujourd'hui à une échelle supérieure (par exemple, d'une association ou d'un groupement) dans le train de la mutation des opérateurs.

Les *services opérationnels* définissent des fonctions diverses, selon l'utilité sociale de l'ESMS : fonction hôtelière, fonction santé, fonction sécurité, fonction animation, fonction développement personnel, fonction accès à l'emploi, fonction participation sociale, etc. Chaque fonction peut se décliner ensuite en « postes », qui constituent autant d'unités nominales. Les services opérationnels évoluent selon les besoins des clients et bénéficiaires : par exemple, les demandes relationnelles, de vie affective et sexuelle, de la part d'adultes en situation de handicap, entraînent l'émergence de nouvelles prestations et de nouvelles compétences au sein des ESMS (*love coach*, conseiller conjugal, sexologue, etc.), de même, nous pouvons fort bien imaginer qu'un service d'aide à la vie sociale aura besoin demain d'un expert en domotique... Les services opérationnels sont en quelque sorte l'interface entre l'opérateur et ses publics.

Les *services fonctionnels* comprennent également une grande diversité de fonctions qui se multiplient selon la complexité de l'organisation et de ses rapports avec son environnement. Ils sont, quant à eux, l'interface entre l'opérateur et son contexte de contingences. De nouvelles fonctions émergent dans ces services du seul fait de l'accroissement des normes et des exigences légales, par exemple en matière de sécurité, de qualité ou de gestion, ou bien du fait de l'évolution technologique, confère la place prise par l'informatique et la bureautique.

Mais pour des raisons inscrites dans l'histoire, les secteurs de l'action sociale et médico-sociale ne se sont pas constitués comme les autres organisations : les questions des ressources humaines et de l'organisation ne s'y sont pas posées en fonction de services identifiés à l'endroit d'un marché possédant son libre arbitre mais selon une logique de missions

4. Bien que l'on puisse invoquer une troisième catégorie pour ce genre de services : celle des « services stratégiques ».

et de ratios édictée par des administrations à propos de marchés captifs aux besoins arbitrairement déterminés. Chaque établissement s'est vu en quelque sorte attribuer d'office un *package de ressources*, c'est-à-dire un ensemble de postes en équivalents temps plein, patchwork de métiers supposés utiles à sa mission (par exemple : 3 ETP d'éducateurs spécialisés, 0,33 ETP de psychologue, 0,75 d'orthophoniste, 1,5 de kinésithérapeute, etc.). Le moins que l'on puisse dire est que cette détermination de ressources s'est effectuée « gros grain » ; en effet, comment peut-on définir des ressources précises tant que l'on n'a pas réalisé d'études de besoins précises ? Mais quand tout cela s'est décidé, la précision et l'efficacité, les notions de service rendu et de qualité, l'ingénierie des organisations et la gestion des ressources humaines n'étaient certes pas à l'ordre du jour... il existait d'autres priorités.

À l'heure actuelle, le dirigeant d'ESMS se doit (*se devrait*) d'interroger les fonctions à partir de l'utilité sociale de son établissement ou de son service et non sur la base de corps de métiers, de postes de travail ou de référentiels-métiers produits de l'extérieur.

Dimensions organisationnelle, institutionnelle et situationnelle

Divers termes sont utilisés pour qualifier la position d'un acteur dans le monde du travail : *fonction*, *statut*, *rôle*, *métier* ou *poste*. Force est de constater qu'ils ne le sont pas toujours à bon escient... Il s'avère pourtant indispensable de bien comprendre qu'ils ne désignent pas du tout la même chose, qu'ils sont concomitants, largement complémentaires, mais parfois antagoniques par certains aspects. Pour appréhender les trois premiers – fonction, statut et rôle –, nous proposons de distinguer trois problématiques fondamentales, inhérentes à tout système d'action humain ; problématiques qui déterminent elles-mêmes trois dimensions spécifiques (voir **figure 13.1**).

En effet, qu'il s'agisse d'un groupe de chasseurs primitifs, ou d'une société industrielle, d'un parti politique, d'une équipe de football ou d'un hôpital, une entreprise humaine se trouve confrontée à trois problématiques qu'il est difficile de hiérarchiser *a priori* : celles de *performance*, de *cohérence* et d'*adaptation*.

La première problématique, celle de la performance, évoque pour le groupe l'impératif d'atteindre ses objectifs ; de donner ainsi une réalité à son motif de rassemblement et à son projet (un groupe qui n'atteindrait jamais ses objectifs risquerait de démotiver rapidement ses membres et de se déliter). Ce souci de performance s'exprime dans la *dimension organisationnelle*. Ensemble d'organes fonctionnels, l'organisation s'avère finalisée : elle vise la réalisation d'objectifs par l'utilisation optimale

des ressources et des moyens, elle agence et aménage, elle déploie des techniques ; bref, elle ressortit au domaine de l'ingénierie et du rationnel. De ce fait, l'organisation ne rechigne pas au changement : si l'on peut établir à tout moment qu'une autre organisation s'avère plus utile et plus performante au sein de l'entreprise, il convient de l'adopter. Elle concerne la composante *technique* du management.

La seconde problématique, celle de la cohérence, a trait à la nécessité de maintenir la cohérence de la communauté d'action. En effet, rien n'est plus difficile que d'agréger un groupe d'individus, d'éviter les dissensions centrifuges en son sein, d'en assurer durablement le consensus sur des règles du jeu communes. Cette préoccupation débouche précisément sur la *dimension institutionnelle*. Production rituelle et symbolique d'un groupe, l'institution⁵ vise à fixer des ordres de relation, mais aussi un système de valeurs capable de transcender les intérêts particuliers, d'attester la puissance d'une identité collective, bref, d'élever le groupe au statut de communauté juridique et politique. De ce fait, une institution s'avère quasi intemporelle et ne prévoit jamais sa propre fin ; elle vaut jusqu'à ce qu'une autre la remplace ; c'est pour cette raison qu'elle n'est pas disposée *a priori* au changement. Elle concerne la composante *politique* du management.

La troisième problématique, celle de l'adaptation, concerne la capacité de toute communauté humaine à répondre aux changements permanents de son environnement. Cette problématique s'exprime au travers de la *dimension situationnelle*. Elle concerne la composante *stratégique* du management.

Ces trois problématiques sont interactives car toute modification de l'une entraîne illico la réinterrogation des deux autres : un changement de l'environnement entraîne une nécessité d'adaptation, qui elle-même peut requérir une nouvelle organisation, qui va à son tour redistribuer les cartes au plan institutionnel en risquant de susciter d'éventuels chamboulements et résistances au plan humain. Précisément, c'est la montée des exigences en matière de performance et d'adaptation au cours des dernières décennies qui a déstabilisé les identités et les rapports professionnels au sein des secteurs sanitaire, social et médico-social et a rendu plus nécessaire que jamais de disposer d'une véritable GRH.

Remarquons également qu'en fonction des circonstances et des finalités mêmes de l'entreprise, l'une ou l'autre problématique peut devenir plus ou moins prédominante. Par exemple, une conjoncture de mutation ou de forte concurrence mettra en exergue les capacités adaptatives d'une entreprise

5. *Instituere* signifie en latin fixer, établir.

13. LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ESMS

355

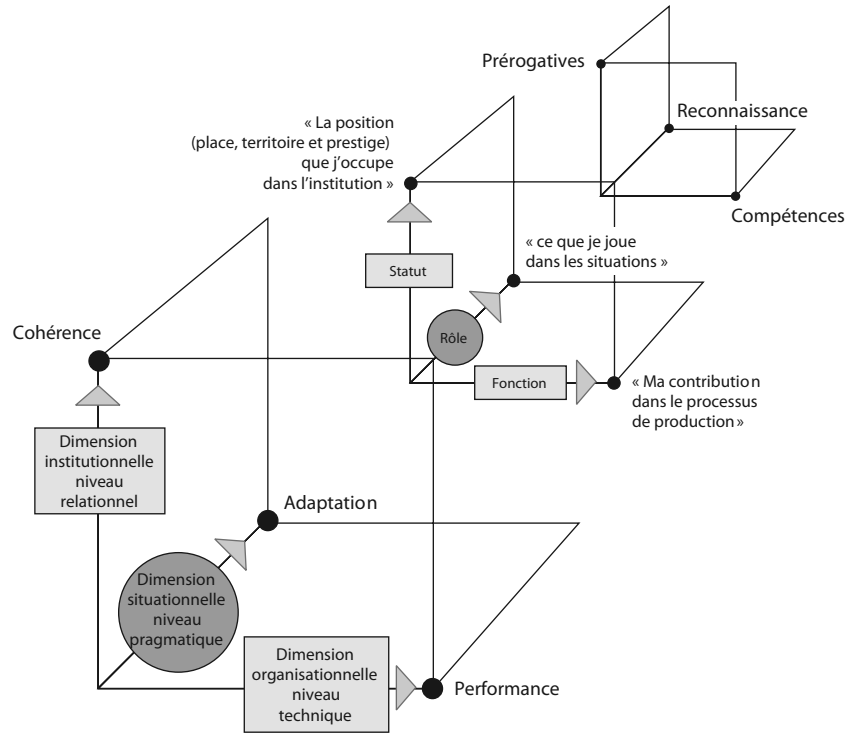


Figure 13.1. L'entreprise en trois dimensions

et la capacité stratégique du manager (c'est actuellement le cas pour les ESMS). Dans une conjoncture économiquement difficile, où l'efficacité deviendra essentielle, la capacité à mettre en place de nouveaux modes de production sera décisive et fera la part belle aux organisateurs (c'est aussi le cas pour les ESMS...). Dans une autre conjoncture encore, où la mobilisation des acteurs, leur esprit de corps et leur adhésion à un système de valeurs seront particulièrement sollicités, c'est la dimension institutionnelle qui sera prévalente et le service des ressources humaines qui sera en première ligne. Toutefois, si l'organisation est appelée à se modifier régulièrement pour des raisons techniques, économiques ou concurrentielles, il incombe à la dimension institutionnelle de maintenir dans tous les cas l'identité dans le temps de la communauté d'action.

Rajoutons enfin que la dimension organisationnelle est privilégiée dans tous les systèmes d'action tournés vers la production, tandis que la dimension institutionnelle apparaît dominante dans les systèmes à la vocation plus politique et idéologique (lieux d'éducation, églises, partis,

syndicats, sectes, associations, etc.), ce qui paraît tout à fait logique. C'est ainsi que l'on désigne dans le langage commun une entreprise professionnelle comme une *organisation* et que l'on utilise volontiers le terme d'*institution* ou d'*institut* pour désigner un établissement scolaire, social ou de recherche (*Institut Pasteur*).

Fonction, statut et rôle

Les trois dimensions de tout système d'action que nous venons de décrire rapidement : organisationnelle, institutionnelle et situationnelle, se manifestent et s'inscrivent dans la vie concrète des entreprises par le biais de prescriptions différentes à l'endroit des acteurs : *les fonctions, les statuts et les rôles*.

La fonction détermine une place dans l'organisation globale et dans un flux productif, elle se définit par un ensemble d'exigences et de compétences. Elle ressortit au domaine de la rationalité et de la technologie, bref, de l'ingénierie. Les fonctions constituent par conséquent des sous-systèmes de l'organisation : fonction commerciale, fonction de production, fonction financière, etc., qui s'identifient aux acteurs qui assurent ces fonctions.

Le statut d'un acteur sert à identifier sa position relative par rapport aux autres au sein d'une hiérarchie sociale. Déterminé par la dimension institutionnelle, il s'inscrit dans une sténotypie du pouvoir et du territoire. Issu du verbe latin *sto, stare*⁶, qui a également donné état et stabilité, le terme renvoie systématiquement à l'occupation d'un territoire et d'une position, et aux privilèges afférents : ce fondement du pouvoir exprime l'immobilité dont la représentation symbolique est par excellence le trône, le « siège » (notons au passage que ce vocable désigne aujourd'hui le lieu décisionnel d'une entreprise quelconque).

Le statut se manifeste par des prérogatives, qui sont autant de caractéristiques asymétriques des relations sociales entre congénères. Ces prérogatives peuvent être de deux ordres : de l'ordre des avantages tangibles, comme l'attribution d'un bureau, d'une secrétaire, d'une ligne téléphonique extérieure, d'un mobilier de haut de gamme, d'une voiture de fonction, d'une place de parking, etc. ; mais aussi de l'ordre de la déférence et de la préséance, comme par exemple des manifestations de respect, le droit à une protection sensorielle supérieure, le droit de

6. Ce verbe possède d'autres acceptions du même ordre : être saillant et proéminent, s'élever, être sous les armes, soutenir le combat, être à son poste, être partisan ou adversaire, se tenir en place, rester immobile ou inébranlable, demeurer ferme ou déterminé, mais aussi réussir (en parlant d'un acteur de théâtre).

commencer à prendre la parole en premier, d'être approché de moins près, etc. Il est clair que ces prérogatives sont en prise sur des aspects archaïsants et ne sont pas nécessairement – voire pas du tout – reliées à des domaines techniques ou rationnels engageant l'efficacité de l'entreprise.

Le concept de rôle s'avère incontestablement le plus fluide des trois. Il renvoie à un système d'attentes de la part d'autrui (le rôle attendu), aussi bien qu'à une auto-prescription, véritable ligne de conduite de la part de l'acteur (le rôle adopté). Le rôle désigne tant le constat de fait d'une cohérence d'attitudes (le rôle joué), qu'un « devoir être » (le rôle prescrit), par exemple, le personnage que doit jouer un homme de théâtre. Notons que la langue anglaise différencie ces niveaux en utilisant tour à tour les termes de *role*, *character*, *play*.

Pour faire simple, disons que le rôle est descriptif (il décrit *a posteriori* des comportements effectifs) ou prescriptif (il édicte *a priori* des conduites à tenir) : nous énoncerons pour notre part qu'il correspond concrètement à l'actualisation, en situation, du statut et de la fonction de l'acteur. En effet, quand nous entendons dire à propos d'un professionnel « qu'il ne joue pas bien son rôle », cela peut signifier qu'il ne se comporte pas comme son statut le requiert, ou bien qu'il ne remplit pas les exigences de sa fonction. Le rôle représente donc le moins formalisé des trois concepts – il n'est jamais écrit (sauf au théâtre) – et il est par définition interprétatif, subjectif et comporte une charge émotionnelle. Il sert à définir la place de l'acteur dans un ensemble groupal. Le rôle constitue « l'espace d'ambiguïté » qui permet le jeu effectif des acteurs au sein d'une communauté donnée mais aussi d'introduire des variantes pratiques.

En matière de management, il n'est jamais souhaitable d'introduire de trop grands écarts entre statut et fonction : si un professionnel possède une fonction importante mais un bas statut, cette personne risque de souffrir d'un manque de reconnaissance et de se démotiver. *A contrario*, une personne jouissant d'un statut élevé mais remplissant une fonction volatile fera des envieux... dans les deux cas, le climat social risque d'en pâtir. Comme on le verra plus loin, il appartient à la GRH d'envisager et d'articuler ces divers niveaux et leurs enjeux au sein d'une même communauté d'action.

Fonction et métier, un antagonisme historique

Le *métier* n'apparaît pas dans notre typologie précédente ; c'est que le métier n'est pas un concept inhérent à tout système d'action mais un concept historiquement constitué dans des cultures données. Qu'est-ce qu'un métier ? Existe-t-il un métier d'éducateur spécialisé ? Comme d'ailleurs de directeur d'établissement ou bien de tennisman, de soldat ou

de consultant ? Ici ou là, tel exercice professionnel est revendiqué comme constituant un *métier* ; ce cas de figure est très fréquent dans les secteurs qui nous intéressent. Beaucoup de professionnels ne s'y présentent pas spontanément comme membres du personnel de tel ou tel établissement ou par leur appellation fonctionnelle, mais se revendiquent d'un métier : « je suis éducateur, psychologue, assistante sociale, kinésithérapeute, etc. ».

Le terme de métier peut être employé de manière différente selon les contextes. Il peut désigner un domaine d'activité et le savoir-faire global qui l'accompagne : ainsi, peut-on entendre un chef d'entreprise déclarer que son organisation doit se recentrer sur son « cœur de métier ». Le terme de métier peut encore désigner une machine, tel le métier à tisser de Jacquard. Il désigne le plus couramment un « corpus de savoir-faire » détenu et revendiqué par un individu qui le met en pratique dans le cadre d'un échange à caractère commercial, par exemple : charpentier, potier, plombier, architecte, etc.

De fait, ce terme se confond aujourd'hui largement avec celui de « profession » ou d'activité professionnelle (notamment dans les documents administratifs). Pourtant, une différenciation étymologique persiste : la profession (du latin *professio*) renvoie à une activité qui manifeste, expose, transmet, enseigne, généralement de manière intellectuelle (c'est le sens de l'expression « professer une doctrine ou une religion »), tandis que le métier renvoie davantage à la création et aux transformations matérielles. Le métier serait donc plutôt de l'ordre du savoir-faire manuel – et c'est pour cette raison qu'il est souvent associé à l'artisanat (cf. la Chambre des métiers) – tandis que la profession est plus souvent associée à un exercice libéral, comme celui du médecin, de l'avocat ou de l'enseignant.

Quoi qu'il en soit, le métier renvoie à l'histoire : pour qu'il y ait métier, il faut qu'il y ait un « corps de métier » ou corporation, revendiquant un savoir-faire constitué, reconnaissable et transmissible, la plupart du temps associé à une déontologie, une initiatique, voire une ésotérique, comme chez les Compagnons ou les francs-maçons⁷. Il est en effet peu vraisemblable de revendiquer de manière solitaire la détention d'un métier... Le métier appartient donc au corps qui l'exerce et qui le revendique, tandis que la « fonction » est un terme qui appartient au monde des organisations. Autrement dit, le métier peut être pratiqué en plusieurs

7. Rappelons qu'à l'origine les francs-maçons (littéralement les maçons libres) provenaient de corporations utilisées pour la construction des cathédrales : tailleurs de pierre, charpentiers, maîtres verriers, etc., et les « loges » désignaient leurs cabanes de chantier. La condition initiale pour en faire partie était d'appartenir à un de ces corps de métiers (les maçons dits *opératifs*), puis le mouvement s'ouvrit à d'autres origines sociales (les maçons dits *spéculatifs*).

sites et conditions car il est transporté en quelque sorte avec son maître, tandis que la fonction est inhérente à une organisation spécifique⁸. Nous voilà au cœur du problème, c'est-à-dire de l'enjeu de pouvoir : un métier est autoproclamé et tire sa légitimité d'une corporation, une fonction est définie au sein d'une organisation et donc par un entrepreneur.

Historiquement, c'est la révolution industrielle (et la révolution démocratique libérale) qui a progressivement refoulé le pouvoir des corporations pour lui substituer un mode d'organisation entrepreneurial. Ce passage ne s'est d'ailleurs pas fait rapidement et sans heurts ! Les oppositions ont été féroces entre les tenants des corporations et les entrepreneurs (bris de machines et saccage d'usines). De nombreux mouvements politiques aux doctrines diverses sont nés en cette occasion qui opposait ouvriers et artisans aux industriels (proudhonisme, fouriérisme, anarchisme, communisme, etc.). Préalablement, le travailleur était embauché par une corporation⁹ et lui prêtait serment à vie (il s'agissait de fait du modèle d'allégeance féodale propre à l'Ancien régime), alors que par la suite, il allait dépendre d'un entrepreneur. Le sociologue Max Weber résumait comme suit cette évolution : « L'opposition entre transmission héréditaire des statuts et métiers et le libre choix des formations et professions est le terme même de la distinction entre métier et profession ».

Fruit de la république démocratique, le modèle contractuel allait peu à peu se substituer au modèle d'allégeance. Nous comprenons aisément la conséquence sociologique fondamentale de ce passage : l'individu n'était plus organiquement lié à une communauté par un engagement social et moral, du fait de sa naissance, mais à « une partie » par une transaction spécifiée et librement consentie. (Nous n'avons probablement pas pleinement conscience en signant aujourd'hui un contrat de travail qu'il s'agit là d'un acte somme toute récent dans l'histoire de l'humanité et qui transcrit une évolution considérable des rapports humains...)

Bien sûr, les avantages et inconvénients existent dans les deux cas : l'allégeance à une corporation peut être jugée pesante car elle impose nombre de vicissitudes, limite la liberté du travail et surtout, au plan sociétal, s'avère un pouvoir conservateur et un frein considérable à tout changement ; mais elle constitue un contre-pouvoir vis-à-vis des employeurs, une

8. Dans les faits, il existe une certaine transversalité ou ressemblance des fonctions qui fait que les compétences acquises sont évidemment réutilisables en diverses circonstances.

9. Les corporations constituaient ce qu'on appellerait aujourd'hui des *lobbies*. Elles possédaient leurs armoiries, leurs devises, leurs uniformes, leurs rituels, leurs sièges, leurs fêtes, leurs rues, et représentaient le tiers-état, face à la noblesse et à l'Église. On peut considérer que certains ordres explicites (médecins, avocats, notaires, etc.) ou implicites (inspecteurs des finances, dockers, ouvriers du livre, etc.) en sont un héritage historique.

composante forte de l'ordre social et un puissant facteur identitaire. Les régimes totalitaires (fascistes [dont les régimes de Franco et de Pétain], nazi, communistes) ont réactivé les corporations car elles représentaient un mode de contrôle social idéal. Aujourd'hui, les corporations sont des survivances qui ne concernent plus que quelques professions. Le modèle d'organisation industriel s'est largement imposé... mais... notons tout de même que les infirmières de notre hexagone sont actuellement en lutte contre la tentative de les incorporer *de facto* dans un « ordre » qui exige une cotisation d'une certaine somme... Les professions de nos secteurs sont régulièrement marquées par des reviviscences corporatistes (vieille redevance à l'Ancien Régime ou à Vichy ?) et les appels itératifs à la constitution d'ordres corporatistes.

C'est que nos secteurs se sont historiquement constitués autour de métiers autoproclamés à partir d'une intention morale et caritative et d'un exercice personnel et charismatique : éduquer, former, assister, soigner, remettre dans le droit chemin, sauver, etc. Nous comprenons aisément que la posture ait pris le pas sur la technique, la revendication personnelle sur l'organisation. Notons que le sanitaire a suivi une voie spécifique : il a conservé un fort corporatisme au plan statutaire mais s'est approprié la technologie et s'est intégré dans une organisation moderne de type quasi industriel avec sa division du travail hautement spécialisée (même si régulièrement, l'antagonisme ressurgit entre les intérêts des corporations et ceux des organisations...).

LES PRINCIPAUX ENJEUX ACTUELS DE LA GRH EN MATIÈRE DE FONCTIONS ET STATUTS

En quoi ces diverses réflexions historico-sociologiques et ces distinctions linguistiques à propos de la désignation de l'acteur et de sa place dans un système d'action intéressent-elles la gestion des ressources humaines des secteurs social et médico-social ? Dans le sillon de l'histoire, l'idéologie communautaire des secteurs social et médico-social a participé à détacher la nature des tâches de leur rémunération, faisant du salariat un mal obligé. Les interventions les plus qualifiées sont ainsi davantage associées à un prestige, une prestance intellectuelle, voire une immanence morale plutôt qu'à une technologie quelconque, faisant ainsi primer le statut sur la fonction.

Précisément, l'un des principaux enjeux actuels au sein des ESMS tient à cette différenciation entre *statut* et *fonction* : il s'agit rien moins que de la rémunération et de la reconnaissance des compétences, qui affectent le recrutement, la mobilité, la motivation et la promotion des

professionnels. Un second enjeu concerne l'opposition entre *métier* et *fonction* qui détermine un certain nombre de difficultés en matière de management et de gestion du changement (corporatismes, résistances au changement, conflits, mauvais climat). Un troisième enjeu tient à la prédominance historique de la *dimension institutionnelle* sur la *dimension organisationnelle* dans les secteurs qui nous intéressent, ce qui affecte l'ensemble de leur reconfiguration et freine considérablement leur mutation et leurs capacités d'innovation. On peut aisément convenir qu'il s'agit là d'enjeux absolument fondamentaux sur lesquels toute gestion des ressources humaines ne peut faire l'impasse. Développons quelque peu.

Ce n'est pas la fonction qui paye... mais le statut

Premier enjeu : actuellement, les professionnels des ESMS ne sont pas rémunérés pour la *fonction* qu'ils exercent mais pour le *statut* qu'ils possèdent – comme dans la fonction publique sur laquelle se sont calqués des secteurs d'activité sans référence préalable lorsqu'ils se sont professionnalisés dans les années 60. En effet, quand il a fallu remplacer les membres des congrégations par des professionnels, s'est posée la question de savoir sur quelle base rémunérer ces derniers, en l'absence alors de tout référentiel. Dans un univers hors le monde du travail et sans production exigée, la rémunération s'est calée tout naturellement sur la logique de la fonction publique : rappelons qu'un « agent de l'État » n'est pas salarié mais qu'il touche une rémunération (solde, indemnités, émoluments, etc.) pour être au service de l'État. Ce n'est donc pas sa production que l'on rémunère mais son engagement (à vie) et sa loyauté (d'où le devoir de réserve).

La fonction publique constitue historiquement un concept politico-militaire et non économique. Un fonctionnaire passe un concours et voit sa rémunération évoluer, quand bien même il continue d'effectuer un travail similaire. Il en va de même dans les secteurs qui nous intéressent : c'est ainsi qu'un éducateur spécialisé (possédant un diplôme de niveau III), un moniteur-éducateur (de niveau IV) ou une AMP (de niveau V), qui réalisent encore fréquemment les mêmes tâches dans des ESMS, sont rémunérés très différemment. Est-ce qu'un directeur sait encore exactement aujourd'hui pourquoi il embauche un éducateur spécialisé ou bien un moniteur-éducateur ? Nombre d'annonces d'offres d'emplois ne font pas clairement la distinction... étonnant quand on sait que, sur une carrière, la différence de coût entre un éducateur spécialisé et un moniteur-éducateur correspond à un petit appartement ? Il y a peu, un directeur nous disait : « dans mon établissement, l'éducateur spécialisé

fait la même chose que l'assistante médico-psychologique, mais avec un autre regard... » Comprend qui peut.

Mais il est notable que les mentalités changent et que la conception même de l'État et de la fonction publique est en train d'évoluer, puisque les termes de *performance* et de *résultat* commencent à les pénétrer et que l'on se prend à remettre en question l'engagement à vie des fonctionnaires. Autrement dit, la dimension performative de l'organisation est en train de percer dans le secteur de la fonction publique, comme dans ceux de l'action sociale et médico-sociale, et ce pour d'évidents constats de surcoût. Si l'on paye un technicien supérieur pour réaliser des tâches d'ouvrier, si l'on paye un ingénieur pour réaliser ce que peut faire un technicien supérieur, il y a naturellement erreur de *casting*, erreur qui occasionne des coûts supplémentaires mais qui peut également générer de la perte de reconnaissance.

Dans le monde du travail, le problème se pose habituellement de la manière suivante : si un employeur rémunère davantage un salarié, c'est que ce dernier apporte un plus patent par rapport à celui qui est moins rémunéré. Ainsi se justifie le supplément de rémunération de l'ingénieur par rapport au technicien, le supplément de rémunération du technicien par rapport à l'ouvrier, le supplément de rémunération de l'ouvrier qualifié par rapport à l'ouvrier spécialisé, et ainsi de suite. Bien entendu, en sus des conventions, d'autres facteurs s'avèrent également déterminants pour définir le niveau de rémunération d'un professionnel, telle la rareté du type de compétences sur le marché. De la même manière, dans nos secteurs d'activité, les financeurs comme les dirigeants, devraient pouvoir dire ce qu'un ingénieur en éducation peut faire que ne peut pas faire un éducateur spécialisé, ce que peut faire un éducateur spécialisé que ne peut pas faire un moniteur-éducateur, ce que peut faire un moniteur-éducateur que ne peut pas faire un auxiliaire, etc. ; c'est-à-dire quels sont les plus de compétences qui justifient des qualifications et des rémunérations plus ou moins importantes.

D'autre part, ce système de rémunération statutaire est profondément injuste et démotivant : n'est-il pas étrange que ceux-là mêmes qui utilisent volontiers le slogan : « à travail égal, salaire égal » ne soient pas nécessairement choqués de la confusion des rôles et des tâches qui conduit à une profonde injustice ? Le fait de coupler exclusivement la rémunération au statut, lui-même conditionné par la seule obtention d'un diplôme, est un véritable déni de compétences et d'évolution personnelles, un encouragement à l'immobilisme et à la démotivation. On se trouve parfois dans la situation où des personnels anciens, n'ayant jamais bénéficié de formations complémentaires au cours de leur carrière, n'ayant jamais quitté leur poste et n'ayant jamais fait preuve de beaucoup d'initiative,

voient leur rémunération progresser sur la seule base de l'ancienneté et passer devant de plus jeunes professionnels, plus motivés et plus compétents...

Autrement dit, un éducateur spécialisé *burnt out* mais ancien revient plus cher qu'un jeune moniteur-éducateur motivé et innovant, une secrétaire inefficace et fermée comme une porte de prison revient aussi cher qu'une secrétaire accueillante et organisée, un psychologue incompetent (et ancien) revient plus cher qu'un psychologue jeune et compétent, etc., etc. Il ne s'agit ni plus ni moins que de convenir qu'ancienneté ne signifie pas nécessairement expérience, et que diplôme ne signifie pas non plus inéluctablement qualification et compétence. Le lien postulé entre diplôme, qualification, compétences et performance est un vieux thème défensif et corporatiste qui ressort chaque fois que surgit une période de changement qui réinterroge les fonctions et les territoires... Le diplôme est un élément de qualification mais pas le seul.

L'autre conséquence est que nombre de professionnels, n'ayant qu'une solution pour améliorer leur rémunération, celle de changer de statut, sollicitent à tous crins la VAE. Sauf qu'il n'existe pas forcément de postes correspondants là où ils travaillent... ce qui est source d'insatisfaction. Le paradoxe de nombreux ESMS est leur difficulté à garder leurs meilleurs éléments et à se défaire des moins bons (les moins performants étant généralement très peu mobiles¹⁰). Les marges de manœuvre sont donc actuellement très faibles pour motiver des personnels par la reconnaissance financière, même si cette situation ne pourra durer éternellement.

Mais cette situation présente d'autres effets majeurs en matière de GRH : les personnels les plus chers vont avoir tendance à disparaître des secteurs social et médico-social si l'on continue à les sous-utiliser en leur confiant les mêmes tâches que d'autres¹¹, à moins qu'on les repositionne à un niveau supérieur. Ce qui est en train de se réaliser dans nombre d'associations : les éducateurs spécialisés se voient de plus en plus proposer des fonctions de coordination de projets, de coordination d'unités ou de coordination d'activités, voire d'autres encore. Tout cela bouleverse les organisations et les emplois du temps et réinterroge du même coup les autres fonctions.

10. Ils constituent un groupe problématique pour nombre de DRH, de plus en plus d'ailleurs avec l'allongement inéluctable de la période de travail.

11. Les financeurs appliquent le principe de bon sens que nous évoquions : si plusieurs personnes font la même chose, embauchons les moins chers ! D'ailleurs, c'est ce que nous faisons tous en tant que consommateurs pour notre propre compte...

Quelques témoignages de personnels interviewés lors d'un audit :

- « – Dans notre établissement, chacun a les mêmes tâches depuis des années : AMP, moniteur éducateur, éducateur spécialisé, et chacun a le même nombre de résidents en référence.
- J'ai mis du temps à connaître les différentes fonctions... mais tout le monde a un peu les mêmes fonctions : on s'occupe tous des résidents au quotidien. Il y a des différences au niveau des responsabilités (certaines incombent aux éducateurs spécialisés ou aux moniteurs éducateurs). Quand je suis arrivée, on m'a dit de faire comme ça. L'apprentissage se fait essentiellement par l'imitation des collègues ;
- J'ai débarqué un matin, il n'y a pas vraiment de documents de présentation. Tout est évasif.
- Il n'y a pas de réflexions propres sur un rôle professionnel spécifique, par exemple AMP.
- Quand ils parlent, on voit bien qu'on a affaire à des éducateurs spécialisés. [une AMP]
- Il n'existe pas de transparence des pratiques, chacun se demande bien ce que l'on peut faire dans telle ou telle activité. »

Les freins du corporatisme

Le second enjeu recoupe naturellement pour une part le premier : la revendication à l'exercice d'un métier se présente d'emblée comme une limitation de la puissance de l'organisation (le fameux « Vous n'allez pas m'apprendre mon métier ! ») et fige les pratiques professionnelles dans des situations autoproclamées, auto-organisées parfois comme de véritables sanctuaires (l'exemple des enseignants de l'Éducation nationale est la preuve même de l'immobilisme que cela engendre fatalement). Les métiers se juxtaposent parfois, défendent chacun leurs prérogatives becs et ongles et débouchent fréquemment sur des tensions qui abaissent la qualité de service et altèrent le climat social (par exemple des tensions entre personnels éducatifs, personnels de rééducation, psychologues, services généraux, etc.). Surtout, la division en métiers marque le fonctionnement des ESMS jusqu'à la caricature au détriment de l'efficacité collective : nombre de réunions se font encore par corps de métiers et les réunions de projets personnalisés ont parfois quelques difficultés à dépasser le modèle du conseil de classe... Au nom de leur métier, certains professionnels fonctionnent comme des quasi libéraux et ne rendent aucun compte de leur activité. Ce corporatisme historique est aujourd'hui le principal frein à l'évolution des secteurs social et médico-social.

Le troisième enjeu tient à la difficulté d'ensemble de ces secteurs à accomplir leur mutation du fait même de cette prédominance de la dimension institutionnelle : prédominance qui affecte toutes les tentatives

de modernisation qui risquent de se heurter à des freins culturels et idéologiques, à privilégier la chose établie sur la chose en devenir. Il s'agit là de l'encombrant héritage historique – qu'il ne faut pas entièrement rejeter, ce n'est pas là le problème – véritable inconscient collectif qui risque de rendre les changements beaucoup plus délicats qu'ils ne devraient l'être dans les années à venir. Jean-Pierre Hardy évoque cela de manière très directe, mais non sans pertinence et courage, dans son dernier ouvrage :

« Le secteur médico-social vit trop souvent dans un consensus mou où tout le monde est à contre-emploi en niant les contradictions d'intérêts, en parlant au nom et pour tout le monde.

Combien de jeunes directeurs à peine sortis de l'ENSP ont voulu remettre en cause des organisations et des modes de prise en charge qui avaient quelque peu perdu de vue leur objet social, et s'y sont cassé les dents faute d'avoir au préalable fait un sociogramme et en comprenant *a posteriori* que cela mettait trop en cause différents "Yalta du social" au niveau local.¹² »

CONCLUSION

« Beaucoup s'accordent à reconnaître qu'il serait bon d'adapter les structures, de rénover toutes les conventions collectives, tout autant que les règles de gestion des professions sociales et médico-sociales, ou encore le statut et le positionnement des cadres de direction. L'environnement induit des transformations sur la question des métiers, des emplois et des compétences¹³. »

Ces propos de Patrick Lefèvre nous renvoient au fait que nous sommes nécessairement à l'aube d'un grand remaniement des secteurs qui nous intéressent. La gestion des ressources humaines y jouera un rôle de premier plan : elle aura à charge de surmonter les freins culturels et de résoudre les problématiques que nous avons évoqués. Les questions qui se posent déjà, et qui se poseront de manière accrue, en matière de GRH concerneront plus particulièrement :

- la mobilisation des acteurs (la gestion de leur mobilité et de leur promotion) en sachant trouver de nouveaux facteurs de motivation et en utilisant beaucoup mieux leurs compétences existantes ;

12. J.P. Hardy, *Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 3^e éd., Dunod, 2010, p. 143.

13. Patrick Lefèvre, *Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale*, 3^e éd., Dunod, 2011, p. 420.

- la mise en œuvre de plans de carrière, avec de nouvelles façons d'utiliser la formation et la sollicitation de nouveaux outils ;
- la reconfiguration organisationnelle qui sera indispensable, à la fois pour s'ajuster à l'évolution des attentes et à des coûts plus maîtrisés. Cette reconfiguration va générer à son tour une réinterrogation globale des fonctions et de leur articulation, des pratiques et des méthodes professionnelles, et faire surgir de nouvelles expertises d'intervention¹⁴.

De tout cela, de nouvelles organisations vont ressortir, ainsi que de nouvelles fonctions, plus souples et plus mobiles, plus opérationnelles, plus en prise sur les attentes des bénéficiaires et plus soucieuses d'efficacité. Contrairement aux discours de certains cassandres, les secteurs de l'action sociale et médico-sociale sont ainsi en train de s'ouvrir sur l'avenir, s'ils le veulent bien.

CE QUE COMPORTE UNE DÉFINITION DE FONCTION

La mission générale fixée

Celle-ci doit être définie en une ou quelques phrases clés, par exemple :

- l'agent d'animation organise et met en œuvre des activités à caractère ludique, culturel, intellectuel et social, auprès de personnes âgées dépendantes ou non, adaptées à leurs besoins et à leurs capacités, dans un but d'autonomie, de maintien de la qualité de vie et de distraction.
- le coordinateur de projets assure une fonction de préparation, de coordination et de suivi des projets personnalisés des personnes accueillies au sein des structures dans la continuité de leurs divers projets existants (projet de vie, plan personnalisé de compensation du handicap, projet personnalisé de scolarisation).

Les champs d'activités délimités

Les tâches doivent être regroupées en ensembles cohérents (par exemple : accueil, interventions de soin, entretien du matériel, tâches administratives, relations publiques, etc.). Par exemple, le service de restauration :

- Service de table. Il est demandé à l'agent hôtelier de :
 - dresser la table ;
 - assurer le service à table ;
 - débarrasser la table.

14. L'ouvrage d'A. Guellil et S. Guitton-Philippe, *Construire une démarche d'expertise en intervention sociale*, ESF, 2009, aborde de manière très complète toutes ces questions d'évolution des compétences, d'autant qu'il existe très peu d'ouvrages sur la question au sein des secteurs de l'action sociale et médico-sociale.



- Service en chambre. Il est demandé à l'agent hôtelier de :
 - porter et de débarrasser des plateaux-repas en chambre, en cas de besoin ;
 - veiller au remplissage des pichets de chambre.

La coopération et l'environnement

Cet aspect n'est pas toujours abordé ; pourtant, dans des organisations de plus en plus complexes et interactives, il s'avère primordial de situer avec quels partenaires l'acteur qui occupe telle fonction va devoir interagir, dans quel type de service et dans quel environnement il va exercer (bureau, domicile, lieux publics, lieux de vie, chantiers, etc.) et dans quelles conditions.

Les responsabilités et délégations attribuées

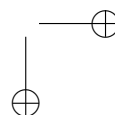
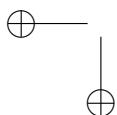
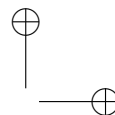
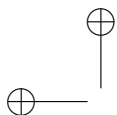
Il s'agit de définir de quoi la fonction concernée est responsable et auprès de qui : notamment les responsabilités spécifiques naturellement – les responsabilités générales propres à tous les acteurs relevant d'autres documents comme le règlement intérieur (il peut être toutefois intéressant de rappeler quelques responsabilités générales). Il s'agit également d'identifier les zones de délégation afférentes à chaque fonction et la source de cette délégation. Par exemple :

- l'agent comptable est responsable de la tenue des comptes qui lui sont confiés devant la direction ;
- le chef de service a délégation de la direction concernant l'animation de telle ou telle réunion.

Les compétences et expériences requises

S'inscrivant dans ce qu'on appelle un « profil », elles ne font pas toujours partie d'une définition de fonction, mais il nous semble intéressant de les faire figurer dans la définition de fonction dans un souci de lisibilité. Cela constitue également une aide au recrutement ou bien à la mobilité de poste ; cela peut également servir à l'entretien professionnel annuel du personnel. Il s'agit d'identifier les éléments de formation qui sont afférents à la fonction, que ce soit des diplômes, des stages de formation, des expériences sur site, des qualités personnelles, etc. Par exemple :

- pour exercer cette fonction, le personnel devra maîtriser tel logiciel, savoir faire face à la manifestation de troubles psychiatriques, gérer des situations de crise, savoir effectuer une toilette complète, savoir transmettre les techniques d'un métier, le personnel devra faire preuve d'une patience importante, d'un sens prononcé de la diplomatie, d'une grande disponibilité, etc.



Chapitre 14

L'organisation de l'activité

Ce chapitre concerne les points suivants de notre plan :

3.4. L'organisation de l'activité de l'ESMS

3.5. Le système d'information et les réunions

La question de l'organisation prend un relief tout particulier, nous pouvons même dire qu'elle constitue l'enjeu primordial de l'adaptation des ESMS des années à venir, avec celui, bien entendu, de la recherche d'adéquation optimale entre les besoins des publics et les prestations offertes. Enjeu premier car la puissance publique attend avant tout de la *performance* en ce domaine, et que c'est également sur ce terrain que la concurrence avec le secteur à but lucratif peut être la plus rude et la comparaison avec lui la moins avantageuse... En effet, l'organisation représente bien souvent le point faible – et le point de surcoût – des ESMS car jusqu'alors, une organisation avancée ne s'avérait pas nécessaire dans des établissements sociaux et médico-sociaux qui n'étaient pas soumis à de quelconques exigences en matière d'efficacité et de résultats, comme nous l'avons souligné à maintes reprises.

Pourtant, à l'instar de tout manager, le dirigeant actuel d'un quelconque service social ou médico-social, comme d'un service hospitalier ou d'une maison de retraite, se doit aujourd'hui de mettre en place les outils

nécessaires lui permettant de rationaliser les dépenses et d'optimiser les ressources dans l'atteinte d'objectifs d'utilité sociale repérés, et non plus seulement de justifier au plan comptable de l'utilisation des fonds alloués. Réaliser des gains de productivité, possibles, souhaitables, indispensables, requiert l'instauration d'une véritable « organisation du travail », ainsi que d'une gestion des ressources humaines (comme nous avons eu l'occasion de l'évoquer précédemment) qui soit autre chose que de la simple administration de personnels. Il va sans dire qu'en matière d'analyse de l'activité et d'ergonomie, les secteurs social et médico-social – ce qui n'est pas le cas du sanitaire – en sont au stade artisanal... Certes, cela a beaucoup bougé dans un certain nombre d'établissements au cours des dernières années, mais il reste encore du chemin à parcourir pour que tous les ESMS deviennent de véritables organisations au sens moderne du terme.

D'UNE ORGANISATION PAR CONTRAINTES À UNE ORGANISATION PAR OBJECTIFS

Une organisation au sens moderne est entièrement induite par la notion de résultat : il n'est de bonne organisation que celle qui atteint ses objectifs ! L'organisation même consiste fondamentalement en une décomposition des séquences d'action nécessaire à l'atteinte d'un résultat, à un examen de celles-ci, puis en leur recomposition efficace.

Changer d'optique

Une question fondamentale se pose : en l'absence d'objectifs de production définis, quel peut être le bon mode d'organisation d'un établissement social et médico-social – sachant que celui-ci dispose malgré tout d'une certaine organisation ? Nous pouvons constater qu'il s'agit bien souvent d'une organisation du travail essentiellement déterminée par des contraintes et la juxtaposition de logiques corporatistes. L'organisation s'affirme alors comme un compromis spatio-temporel permanent entre des exigences de situations et/ou les dispositifs des divers professionnels. Par exemple, on fait manger les bénéficiaires à dix-sept heures dans telle maison de retraite parce que les personnels de cuisine doivent faire la vaisselle avant dix-neuf heures et avoir fini leur service à vingt heures ; dans telle maison d'accueil spécialisée, tous les personnels font les toilettes des résidents tôt le matin parce qu'ils partent après en activité ; dans tel foyer, deux personnels vont accompagner les bénéficiaires à la piscine parce qu'il faut être deux pour des raisons de sécurité ; un éducateur va chercher un seul bénéficiaire dans un véhicule de neuf places, parce qu'il

n'y a personne d'autre de disponible à cette heure, et que la berline a été prise par le chef de service qui avait un rendez-vous de dernière minute, etc.

Un autre mode d'organisation, plus politique, vient se superposer à ces contraintes techniques : celui des rapports de préséance et de pouvoir entre les diverses corporations qui tentent de projeter leur mode de fonctionnement de prédilection. Les enseignants sanctuarisent leur salle de classe ; les médecins, les paramédicaux et les psychologues imposent leurs consultations et l'espace-temps de leur « cabinet » ; les éducateurs gèrent leurs activités et leurs temps de groupes, les éducateurs techniques gèrent leurs ateliers. Les bénéficiaires se voient ainsi définir un emploi du temps qui ne correspond pas nécessairement à leurs besoins et attentes mais à l'enchaînement des dispositifs.

Si l'on n'y prend garde, l'organisation se structure par conséquent autour de contraintes, voire de problèmes, comme en témoignent certaines réunions qui traitent d'ordres du jour transformés en litanies de préoccupations. Le risque est réel que l'établissement devienne intégralement une aire problématique au lieu d'un espace de construction et de production. Dans cette conception quasi défectologique (historiquement calqué sur le modèle clinique du *pathos* et du handicap), la bonne organisation s'avère alors celle qui protège au mieux de tous les inconvénients possibles, et le bon cadre est celui qui sait faire face à tous ces incidents potentiels. Ce mode d'organisation est typique des systèmes d'action qui visent leur maintenance sur un mode défensif et ne possèdent pas de véritable projet d'action et de transformation. Nous pouvons donc aisément comprendre que l'organisation ne peut être abordée de manière autonome du positionnement et de l'utilité d'un service, au risque de sombrer dans la bureaucratie, comme à l'hôpital où les administratifs et les soignants poursuivent parfois des logiques propres qui deviennent concurrentes. Si la bonne organisation est la meilleure manière d'atteindre un objectif, encore faut-il en avoir un en commun !

Lors d'une intervention dans une maison d'accueil spécialisée, où les personnels se plaignaient d'une surcharge de travail au moment des toilettes du matin, nous demandâmes aux personnels pourquoi ils devaient impérativement finir les toilettes avant dix heures – délai objectivement responsable de cet emballement. Ceux-ci nous répondirent que dix heures, c'était la pause ! Cette anecdote révèle bien l'existence d'une organisation empirique, qui n'est pas toujours pensée par un personnel d'encadrement en fonction d'une méthode globale, mais qui répond à une série d'attentes conjoncturelles des acteurs. L'un des principaux inconvénients est que la motivation de ces derniers n'est dès lors pas nécessairement reliée à un résultat mais au respect d'une auto-organisation avantageuse (mais quand

elle ne l'est plus, que se passe-t-il ?). Nous saisissons mieux, du même coup, les difficultés éventuelles à imposer un changement d'organisation de la part des cadres...

La mise en œuvre d'une véritable organisation centrée sur un projet de service, et par conséquent sur les prestations assurées aux clients, nécessite bien autre chose qu'une organisation empirique par contraintes.

Corréler les compétences aux actes professionnels

Comme nous l'abordions dans notre précédent chapitre, la mauvaise adéquation entre les tâches, les qualifications et les compétences représente l'un des principaux facteurs de surcoût dans les services des secteurs qui nous intéressent. Dans ce cas, la question de l'organisation se croise avec celle des ressources humaines. La démonstration s'avère des plus simples : lorsque, par exemple, un éducateur spécialisé de vingt ans d'ancienneté passe un quart ou un tiers de son temps à effectuer des transports et des toilettes, tâches qui ressortissent à d'autres champs professionnels de moindre statut et donc moins rémunérés, il est évident que le surcoût des prestations auxquelles il contribue devient plus important. Actuellement, ce n'est pas la prestation proprement dite qui est rémunérée, mais la mobilisation d'une portion de temps statutaire, indépendamment du type et de la difficulté de la tâche. Autrement dit, une heure d'un éducateur spécialisé de vingt ans d'ancienneté coûte tant, quoiqu'on lui demande de faire. Dès lors, plus la tâche qu'on lui propose est sophistiquée et plus son coût horaire est proportionnellement faible, et inversement, plus on lui propose une tâche faiblement qualifiée et plus le coût horaire de la tâche devient élevé.

Si on appliquait le principe qui prévaut actuellement dans les ESMS à d'autres secteurs de service, cela pourrait donner la situation suivante : un peintre en bâtiment peint la moitié de votre cuisine en une journée et vous demande pour ce travail 100 euros ; le lendemain, vient un second professionnel qui peint l'autre moitié dans la journée mais vous demande 150 euros. Comme explication, il vous déclare que lui est diplômé d'une école de bâtiment, tandis que la veille, le peintre avait été formé sur le tas. Vous ne constatez pas de différence de qualité... Allez-vous accepter de payer ainsi plus cher le second travail ? Dans le même ordre d'idées, imaginons un instant que l'on demande à un commandant de bord de faire le plein de kérosène et de nettoyer les sièges de l'avion, que l'on demande à un chirurgien de faire le ménage dans le bloc opératoire ou de faire les lits des patients... pense-t-on une seconde que leurs compétences seraient ainsi bien utilisées ? Est-on prêt à payer la réfection d'un lit au taux horaire d'un chirurgien ?

Toutes ces évidences du management de n'importe quelle organisation professionnelle s'avèrent bafouées en permanence dans les établissements sociaux et médico-sociaux, du fait d'une culture, d'une idéologie ou tout simplement de l'histoire. En somme, dans les ESMS, on rémunère essentiellement du statut, du diplôme et de l'ancienneté, sans pouvoir dans la plupart des cas – autrement que par un postulat – établir un lien de cause à effet entre l'investissement salarial et la qualité des services. Dès lors, pourquoi rémunérer différemment des professionnels déclarant faire la même chose (sic) sous le seul prétexte qu'ils possèdent un diplôme différent ? Par exemple, pourquoi une toilette coûte tant, quand c'est tel professionnel qui l'assure, et coûte beaucoup moins cher quand c'est tel autre ? Peut-on affirmer que cette dernière est moins bien effectuée dans le second cas ? Comme nous le confiait récemment une aide médico-psychologique (AMP) : « si je coûte deux fois moins cher, peut-on dire pour autant que mon travail soit de deux fois moindre qualité ? »

L'ajustement des compétences attendues et des profils de poste représente bien l'un des enjeux majeurs de « l'intelligence managériale ». C'est l'analyse objective de l'activité et de la relation devant exister entre prestation de service, qualification, compétence et rémunération, qui peut témoigner de cette affirmation. Autrement dit, est-on en mesure pour chaque tâche exigée de définir le niveau de compétence, de qualification, de formation et de qualités personnelles nécessaires aux acteurs professionnels ? Cela nous amène à une analyse fine de l'activité.

L'ANALYSE DE L'ACTIVITÉ

Ce qui rend plus difficile qu'ailleurs la mise en place d'une organisation ergonomique du travail dans nos secteurs tient à la faible lisibilité de l'action et de ses objectifs. Car, répétons-le, une organisation efficace n'est pas une bonne organisation au sens administratif du terme mais une organisation qui permet l'atteinte de ses objectifs avec le meilleur *mix*, c'est-à-dire en consommant le moins possible de ressources matérielles et humaines, en garantissant le niveau optimal de qualité, dans les meilleurs délais et au coût le plus intéressant.

C'est ainsi que le premier problème des ESMS vis-à-vis de leur activité est d'abord de l'identifier, de la décomposer et de la quantifier – avant même de la qualifier¹. Or, pour quantifier une production, il convient de définir des unités de production et une échelle de mesure. Ce problème est

1. C'est pour cela que l'on met dans bien des cas « la charrue avant les bœufs » et que la question de la qualité a été très mal posée dans les secteurs social et médico-social.

plus épineux qu'il n'y paraît. Nous en voulons pour preuve la difficulté des administrations à contrôler cette production. En effet, en matière de service, il est difficile de discerner des unités de production, car très souvent le service est global. D'autre part, il résulte lui-même d'un ensemble d'actes qui convergent vers un résultat intéressant. Les actes sont parfois difficilement séparables les uns des autres, comme, par exemple, dans une thérapie, un conseil ou une médiation. Le résultat final est un produit complexe qui dépasse en quelque sorte la somme de ses actes ; d'ailleurs ces prestations sont à juger sur leur résultat final. L'activité des secteurs social et médico-social serait-elle donc *a priori* difficilement « séquençable » ? Pourtant, d'autres activités complexes ont fini par être séquençées, comme les activités médicales ou sportives, mais il faut s'en donner les moyens.

Pour toutes ces raisons, une analyse empirique de l'activité réelle s'impose comme préalable à toute réflexion sur l'organisation. L'analyse de l'activité doit reposer sur une approche des situations de travail elles-mêmes, approche qui peut se réaliser de plusieurs façons différentes :

a) par une *démarche déclarative* : la narration chronologique de leurs actes professionnels par les acteurs. On demande ainsi aux professionnels d'une même fonction de décrire une journée-type (ou si besoin davantage) de la manière la plus précise possible ;

b) par le biais d'un *auto-pointage* effectué par chaque professionnel au moyen d'une grille convenue. Ce dernier procédé présente l'avantage d'être moins coûteux et plus participatif pour les personnels concernés. Il exige en revanche une bonne foi et donc de bonnes compréhension et motivation de la part de ces professionnels ;

c) par l'*observation directe* d'un intervenant non participant. Cet observateur se fait discret et enregistre un certain nombre de données, soit de façon scripturale, soit par le biais de schémas, de grilles d'observations ou bien par une caméra. Le procédé est plus fiable mais peut être assimilé à un contrôle et nécessite une préparation ;

d) par l'*observation participante* d'un intervenant qui joue le rôle d'un « double », c'est-à-dire qui se fait donner des consignes par un professionnel comme s'il devait le remplacer et qu'il suit durant toute une journée de travail (ou plus). L'intervenant peut également interviewer le professionnel chaque fois que nécessaire. Ce procédé s'avère le plus

Actuellement, le risque est grand d'appeler n'importe quoi « démarche-qualité » et de confondre par exemple une démarche qualité avec l'exigence administrative de certains critères. Cf. notre article « Évaluer la qualité des prestations de service ou le point aveugle des établissements sociaux et médico-sociaux » in *Les Cahiers de l'Actif*, n° 350/351, 352/353, juillet/octobre 2005.

riche en enseignements et le plus pédagogique mais aussi le plus lourd et le plus coûteux.

Pour notre part, nous avons eu l'occasion d'expérimenter et de pratiquer ces diverses méthodes. Prenons quelques exemples significatifs.

La démarche déclarative (une journée-type d'une aide-soignante en Ehpad)

Un panel d'aides soignantes se réunit et décrit une journée type de travail (ce qui donne le tableau ci-après).

Timing	Tâches	Sites
6h45-7h00	Transmettre des informations entre la veilleuse de nuit et les quatre aides-soignantes du matin	Infirmierie
7h00-7h15	Monter à l'étage : lire les informations écrites sur ordinateur des jours précédents ; récupérer le chariot de soin	Étage
7h15-8h00	Réaliser la toilette des résidents (2-3 par personnel) Distribuer et administrer des médicaments aux résidents (2 ^e et 3 ^e étages)	Chambres
8h45-9h00	Veiller à la prise des petits-déjeuners des résidents Préparer les médicaments du midi (sur un petit plateau)	Chambres ou sur « le carré »
9h00-9h15	Pause	
	Suite des toilettes (transferts, douches) (3 par personnel) Habiller les résidents	
9h15-11h30	Accompagner aux toilettes Refaire les lits Nettoyer les sanitaires Trier le linge sale Transmettre les actes effectués	Chambres
11h30-12h30	Descendre les résidents en salle à manger Installer les résidents Distribuer les médicaments (2 ^e et 3 ^e étages) Aider les résidents à prendre leur repas	Salle à manger
12h30-13h15	Emmener les résidents aux toilettes ou faire des changes Remonter les résidents dans leur chambre Coucher certains résidents	Salle à manger, étages, chambres
13h25- [...]	Repas des personnels du matin	Office du 2 ^e étage

13h25-13h30	Arrivée des aides-soignantes du soir : lire les informations écrites sur ordinateur des jours précédents	Étages
13h30-14h00	Remettre à jour les chariots de linge et les chariots de soin	Étages
14h00-14h25	Transmission des aides-soignantes et infirmières du matin aux personnels du soir	1 ^{er} étage
14h25-14h35	Relever les résidents qui ont fait une sieste	Chambres
14h35	Fin de journée pour l'équipe du matin	
14h35-16h00	Distribution d'une collation (boisson, voire plus) et aide à sa consommation	Chambres
16h00-16h45	Coucher certains résidents (au 3 ^e étage)	Chambres
16h45-17h00	Pause	
17h00-17h45	Distribuer et veiller à la prise des médicaments	Chambres
17h45-18h00	Descendre les résidents en salle à manger Installer les résidents	Salle à manger
18h00-18h30	Aider à la prise des repas dans les chambres	Chambres ou « sur le « carré »
18h30-20h30	Coucher les résidents, les changer, les aider à se déshabiller, les installer confortablement, mettre la sonnette, etc.	Chambres
20h30-20h45	Transmettre les informations à l'aide-soignante de nuit	Infirmier du 1 ^{er} étage
20h45	Fin de la journée pour l'équipe de l'après midi	
20h45-22h00	Ronde de toutes les chambres pour distribuer les médicaments de nuit et pour voir si tout va bien	Chambres
22h00-01h00	Nettoyage des locaux communs (salle à manger, couloirs, chapelle, salles de soins, etc.), repassage	Locaux communs
01h00-03h00	Changes	Chambres

Lors d'une seconde étape, ce même panel produit une analyse critique de chaque acte de cette organisation et se transforme alors en véritable « groupe de progrès » s'inscrivant dans une démarche d'amélioration continue de la qualité (comme le montre le tableau suivant).

Timing	Tâches	Sites
6h45-7h00	Transmettre des informations entre la veilleuse de nuit et les quatre aides-soignantes du matin	Infirmierie
Conditions requises		
Procédures		
Difficultés éventuelles rencontrées		
Suggestions d'amélioration (ACQ)		

L'auto-pointage de l'activité

La seconde démarche nécessite des préalables car il s'agit de convaincre les acteurs de l'intérêt d'une telle méthodologie, si l'on ne veut pas qu'ils confondent l'exercice avec un pur contrôle des tâches, et si l'on souhaite qu'ils y collaborent sincèrement car il nécessite de la rigueur dans la notation. Tout travail sur l'organisation est en effet truffé d'enjeux, d'ordre personnel, affectif, syndical, stratégique, institutionnel, etc. Bref, des personnels peuvent se montrer méfiants vis-à-vis d'un tel outil et ne pas s'en emparer.

La démarche se déroule en deux phases :

a) une phase de pointage sur un tableau d'évaluation des situations et tâches professionnelles. Chaque praticien se voit remettre plusieurs de ces tableaux afin de couvrir par exemple une journée ou une semaine (selon les cas). Celui-ci mentionne en continu les tâches qu'il effectue tout au long de la journée, en ayant soin de noter le début et la fin de chacune des tâches, le lieu où il se trouve et la situation de travail concernée ;

b) une phase d'analyse du matériau récolté à l'aide d'une seconde grille de lecture. Chaque praticien évoque quelles sont les compétences requises par chacune des tâches qu'il a notée, les fonctions qui sont concernées et s'il s'agit de tâches spécialisées ou polyvalentes. Il mentionne également son niveau de satisfaction vis-à-vis de la tâche, son niveau de maîtrise de la tâche et ses éventuels besoins de formation.

Les exploitations possibles d'une telle démarche s'avèrent multiples, tant dans le domaine de l'organisation proprement dite que dans le domaine des ressources humaines. Elles peuvent être de l'ordre :

- d'une estimation des charges de travail et conduire ainsi à une réflexion sur les besoins de personnels ;
- d'un réaménagement de l'emploi du temps des praticiens par une meilleure organisation ;
- d'une meilleure compréhension des situations professionnelles et conduire à une réflexion d'équipe sur les pratiques professionnelles et les procédures de travail (dans le sens d'une démarche qualité et de l'identification de « bonnes pratiques professionnelles ») ;
- d'un travail de réflexion sur le projet de service ;
- d'une meilleure définition des fonctions et des postes, en différenciant mieux les tâches polyvalentes et les tâches spécialisées, et en situant la part relative de chaque prestation dans l'action de chaque professionnel ;
- d'une recherche de gain de temps et de « chasse au gaspi » pour effectuer des transferts d'activité ;
- de la détermination des coûts de chaque prestation en appréhendant les actes des professionnels imputables à telle ou telle prestation ;
- du climat et des parcours personnels en déterminant la satisfaction des tâches ;
- de l'établissement d'un plan de formation.

[illegible]

[illegible]

EXPLICATION DU TABLEAU 14.1

Phase 1 : le tableau de pointage des situations et tâches professionnelles est à remplir par chaque professionnel au cours de sa journée de travail (ou plus).

Timing : dans cette colonne, le praticien mentionne l'horaire concerné par chaque situation et tâche (par exemple, 6 h 15 : début de la tâche ; 6 h 45 : fin de la tâche ou début d'une autre tâche).

Situation : il s'agit d'identifier en termes simples la situation dans laquelle se trouve l'acteur (par exemple, situation de toilette, situation de repas, de classement, d'entretien ou de veille, etc.). Pour plus de commodité, le praticien numérote chaque situation par ordre chronologique.

Site : dans cette colonne, le praticien précise l'endroit où il se trouve (par exemple : salle à manger, salle de kinésithérapie, salle de réunion, bureau ou couloir).

Tâches : dans cette colonne, le praticien indique les tâches qu'il est chargé d'effectuer dans le laps de temps défini à la colonne timing (par exemple : assurer la prise de repas, remplir des papiers administratifs, etc.). Il convient d'être le plus précis possible.

T.P. : ces initiales signifient *tâches personnalisé* ; le praticien met simplement une croix dans cette colonne si les tâches qu'il effectue sont centrées sur une personne en particulier.

T.C. : ces initiales signifient *tâches collectif* ; le praticien met simplement une croix dans cette colonne si les tâches qu'il effectue concernent un groupe de personnes.

Co (comme code) : ces colonnes servent à faciliter le dépouillement des documents en apposant des codes.

EXPLICATION DU TABLEAU 14.2

Phase 2 : le tableau d'analyse des situations et des tâches professionnelles peut être rempli et exploité soit individuellement, soit collectivement lors d'une réunion d'équipe, à partir du document précédant.

Situation : dans cette colonne, le praticien rappelle simplement le numéro de la situation évoquée dans le document « phase 1 ».

T. Sp. : ces initiales signifient *tâches spécialisées* ; le praticien met une croix dans cette colonne si les tâches qu'il a effectuées nécessitent une spécialisation technique (par exemple : tests psychologiques effectués par le seul psychologue).

T. Po. : ces initiales signifient *tâches polyvalentes* ; le praticien met une croix dans cette colonne si les tâches concernées sont effectuées indifféremment par les divers personnels (par exemple : toilettes effectuées par les AMP, aides-soignantes, moniteurs éducateurs, etc.).

Compétences requises : le praticien mentionne les compétences qu'il estime nécessaires pour effectuer chaque tâche (par exemple : savoir se



servir d'un ordinateur, savoir mener un entretien d'aide, savoir pratiquer une intraveineuse, etc.).

Niveau professionnel concerné : le praticien mentionne simplement le ou les professionnels répondant aux compétences requises (par exemple : comptable, AMP, orthophoniste, éducateur spécialisé, chef de service, etc.).

Sat. : cette abréviation signifie *satisfaction* ; le praticien apprécie de 0 à 3 son niveau de satisfaction à effectuer cette tâche ; 0 : très insatisfaisant ; 1 : peu satisfaisant ; 2 : satisfaisant ; 3 : très satisfaisant.

Cap. : cette abréviation signifie *capacité* ; le praticien apprécie de 0 à 3 son niveau de maîtrise dans la réalisation de la tâche concernée ; 0 : est dans l'incapacité de ; 1 : est en faible capacité de ; 2 : est en capacité de ; 3 : est en très bonne capacité de. La capacité d'effectuer la tâche peut tenir à plusieurs facteurs : la formation et la motivation de l'acteur, les informations dont il dispose, les moyens qui lui sont attribués, le temps qui lui est alloué, le réalisme de l'objectif, la complémentarité des collègues. Tout cela sera naturellement évoqué lors de l'analyse collective des réponses.

Besoin de formation : le praticien mentionne quels sont les éventuels besoins de formation qu'il ressent vis-à-vis de telle tâche ou dans telle situation (par exemple : besoin de formation à l'entretien).

L'observation directe

(l'exemple de « l'activité discothèque » dans un IME)

La troisième démarche est illustrée par l'exemple ci-après, observé dans un institut médico-éducatif. La situation retenue est une activité nommée « activité discothèque » qui est proposée le mardi tous les quinze jours. Une semaine, les adolescents vont choisir des disques dans une médiathèque avec les professionnels qui les encadrent et, la semaine suivante, ils dansent sur les musiques qui ont été ainsi retenues.

L'activité s'étale de 14 heures à environ 16 heures. La participation à cette activité est bonne car l'ensemble des adolescents dansent avec plaisir sur le rythme des musiques, hormis deux ou trois d'entre eux qui demeurent en retrait. La plupart des jeunes font plutôt « bonne figure sociale », leur comportement reproduisant celui de la plupart des danseurs en discothèque. Les obstacles rencontrés sont la fatigabilité des jeunes (parfois perceptible au bout de trois-quarts d'heure) et la difficulté pour certains à suivre le rythme. Les écarts de compétences entre les danseurs sautent aux yeux : les uns possédant visiblement un niveau de motricité au-dessus des autres. Certains jeunes font preuve de sagacité, comme cette adolescente qui remarque que « le CD doit être sale parce qu'il se répète ».

À 15 h 10, c'est l'heure de la distribution de boissons. Tout le monde souffle et se regroupe. Nous pouvons discerner trois catégories de jeunes : ceux qui sont capables de discuter spontanément entre eux, ceux qui ne répondent que s'ils sont stimulés, enfin, ceux qui demeurent isolés. Un

des adolescents est fiévreux et demeure allongé. Que fait-il là ? Un autre se tient un peu à l'écart des autres. Deux autres adolescents, un garçon et une fille, sont très éloignés du groupe ; rien ne permet de dire qu'ils participent à l'activité.

Des questions professionnelles se posent :

- Quel est le but de cette activité ? Est-il essentiellement ludique, centré sur un pur bien-être personnel ? Est-ce un but sensori-moteur, plutôt centré sur la perception sensorielle des jeunes et leur capacité à la traduire en mouvements rythmés ? Est-ce plutôt un but centré sur la socialisation des adolescents, sur les échanges sociaux, la capacité à jouer un rôle social dans une situation définie ? Les trois buts sont-ils poursuivis de manière congruente ? Cette question est importante car sa réponse devrait déterminer les compétences requises et donc les fonctions des personnels concernés. Les propos avancés par une éducatrice ne fournissent guère de réponse : « Au départ, l'idée était de faire une surboum. Cette activité est née en quelque sorte par défaut, car il y a des jeunes qui n'ont accès à rien d'autre ici ».
- En fonction de quoi les rythmes sont-ils choisis ? Existe-t-il une volonté de variation des rythmes, en sachant que l'articulation son/mouvement mobilise différemment les aspects psychomoteurs, mais aussi les sensations globales – les rythmes rendant compte d'un rapport au monde ? Quant aux aspects sociaux, telle danse est-elle privilégiée : comme la ronde ou les danses en face-à-face qui impliquent une synchronisation des mouvements ou tout au moins une communication ? Cet aspect découle naturellement du précédent : autrement dit, selon le but de l'activité, existe-t-il un protocole qui en guide le déroulement ?
- Le staff encadrant est-il *ad hoc* ? Il est composé d'une éducatrice, d'une psychomotricienne, d'un contrat CES, plus deux autres stagiaires (dont une en stage d'infirmière) ; une sixième personne viendra rejoindre le groupe à mi-parcours. Quel est le rôle des encadrants ? Est-il éducatif, rééducatif, ou les deux ? Est-il d'inciter et de stimuler ? Est-il d'offrir un exemple et un modèle ? Est-il simplement de s'associer à l'activité ? Bref, est-il interventionniste à propos des gestes et des postures, que ce soit dans un sens psychomoteur ou bien social ?

En somme, s'agit-il d'une activité de loisir ou d'animation ou bien d'une activité à vocation plus technique possédant un but éducatif (socialisation) ou rééducatif (acquisition de compétences psychomotrices) ? Dans le premier cas, il s'agit d'une animation qui nécessite essentiellement des qualités personnelles (disponibilité, attention, dynamisme), ce qui veut dire qu'elle peut être confiée à une personne peu qualifiée techniquement. En fonction des personnes accueillies, nous pouvons certes

admettre qu'elle sollicite un moniteur-éducateur. Dans le second cas, elle relève d'un protocole défini et géré par un professionnel du genre éducateur spécialisé (si la vocation de l'activité est plutôt de l'ordre de la participation sociale) ou psychomotricien (si la vocation est de l'ordre de la maîtrise du mouvement et du sensori-moteur). Le coût de l'activité n'est plus du tout le même !

Dans cet exemple, il existe une première contradiction entre le but annoncé (« c'est une surboulom ») et les qualifications des encadrants. Il en existe une seconde entre cette même qualification et l'absence de protocole particulier (l'observation ne montre aucune intervention technique des professionnels). Enfin, les personnels sont beaucoup trop nombreux pour une activité qui s'autogère pratiquement. Le coût d'une telle activité pourrait facilement être divisé par deux et le temps dégagé pourrait être utilisé à d'autres fins.

Cet exemple édifiant – mais nous pourrions en évoquer des centaines – montre que l'utilisation de personnels surqualifiés par rapport à une situation de travail occasionne un surcoût évident, sans améliorer en quoi que ce soit la qualité des prestations offertes. Au contraire, l'observation nous apprend que des personnels surqualifiés s'investissent moins dans de telles situations qui risquent de s'avérer rapidement routinières. Dès lors, c'est la vocation de cet IME qui se trouve interrogée quand il s'agit d'opérer des choix d'activités : certains professionnels se plaignent par exemple de la faiblesse du budget accordé à la partie professionnelle de l'établissement : 90 % du budget des activités sont alloués à différentes sorties à caractère non professionnel, comme la coûteuse équitation. L'utilité sociale de l'IME est-elle davantage de l'ordre du « développement personnel et de la préparation à la vie sociale » ? Cette vie sociale passe-t-elle nécessairement ou non par l'entrée dans une filière de travail ? Les activités retenues participent de quelle utilité ? Ne peut-on être tout autant efficace à moindre coût ? Nous comprenons aisément que l'organisation d'un tel établissement n'est pas pensée dans la perspective d'un projet et de l'évaluation de son accomplissement mais, en la circonstance, comme une manière d'occuper le temps... et de dépenser le budget.

L'observation participante (la journée d'une secrétaire d'association)

La quatrième démarche consiste à se proposer de remplacer un professionnel déterminé dans les jours qui suivent (remplacement fictif bien entendu) de façon à comprendre tout ce qu'il fait et pourquoi il le fait, bref, de devenir « son double » le temps d'une journée. Le poste observé dans cet exemple est celui d'une secrétaire, Paula, employée par le siège (politique) d'une importante association. L'intervenant note toutes les

tâches qui surviennent, ainsi que les péripéties qui accompagnent ces tâches.

Le poste de cette secrétaire n'a jamais fait l'objet d'une véritable analyse d'activité. En effet, il se caractérise par des pics d'activité importants qui l'obligent même parfois à emporter du travail à la maison. La difficulté paraît tout autant résider dans l'absence de régulation de ses tâches que dans leur diversité en soi. Cette absence de régulation interdit en effet toute planification, anticipation et organisation réelle de la part de Paula, qui est alors condamnée en permanence à « parer au plus pressé » selon ses propos.

La perception de ce poste par sa collègue, secrétaire de direction du siège technique, est que « celle-ci a une charge énorme sur les épaules, elle gère des fichiers, elle fait tous les comptes rendus et les convocations pour les commissions, elle suit la rente-survie, les cotisations, etc. Chaque fois qu'il y a une nouvelle chose à faire, cela lui tombe dessus. On lui donne du travail sans se poser la question de savoir qu'est-ce qu'elle peut faire. [...] Elle est souvent dérangée par les parents, elle a un rôle d'écoute dont on ne tient pas beaucoup compte. Il est important que les parents soient accueillis. Nous sommes tout de même dans une association ! »

Quant à Paula, elle souligne la centralité de son poste : « Je fais un gros travail, je suis une plaque tournante : tous les gens concernés par le Service associatif arrivent chez moi ». Elle évoque l'extrême hétérogénéité de ses tâches : elle assure un travail de relations publiques, de secrétariat, de standard, de communication, de fourniture d'informations à l'égard des familles, mais aussi du conseil d'administration, voire de quelques autres professionnels. Le principal problème réside dans la diversité des donneurs d'ouvrage : « chacun est dans sa logique » dit-elle. Toutefois, elle ne souhaite pas avoir un interlocuteur unique, car elle ne voit pas ce que cela pourrait lui apporter. Elle reconnaît en outre qu'elle est difficilement remplaçable en cas d'absence, qu'elle entend souvent dire : « quand vous n'êtes pas là, ça ne va pas »...

Sur un autre plan, Paula exprime un très fort sentiment de non-reconnaissance alimenté par plusieurs facteurs. Arguant de la surcharge de son poste, elle attend de la part de son employeur une reconnaissance à la fois symbolique et financière. Elle estime que son poste requiert beaucoup de connaissances, qu'il est du niveau d'une secrétaire de direction ou d'une attachée. Après tout, elle juge que c'est aussi grâce à elle si les adhésions et les cotisations rentrent mieux. De cette appréciation de son niveau de qualification et d'efficacité, elle en conclut qu'elle n'est pas rémunérée à la hauteur des exigences effectives de son poste. Elle regrette avoir entendu des phrases du genre : « si vous voulez mieux, vous pouvez partir ».

Tableau 14.3. Tableau

Timing	Type de tâches	Contenu, événements et commentaires
10h30	Retour de la pause café, réponse au téléphone	Il s'agit d'une information concernant les cotisations de l'association. Paula explique comment étaler le paiement ou comment remplir un dossier pour demander certaines exonérations. Paula complète le fichier informatique. Paula envoie un courrier à cette personne (remarque : cette personne est veuve depuis douze ans et on lui envoie toujours des courriers au nom de son mari : les sections ne transmettent pas toujours les informations).
10h35	Réponse au téléphone	Paula attend quatre sonneries puis décroche.
10h40	Coup de fil de l'intérieur	
10h45	Traitement de courriers	
10h50	Entrée d'un administrateur	Cette personne lui demande d'envoyer six lettres. Paula lui sort plusieurs jeux d'étiquettes afin qu'elle ne revienne plus. Remarque de Paula : cette personne ne sait pas qu'elle peut avoir un jeu d'étiquette et envoyer ses lettres elles-mêmes. Les gens ne savent pas ce qu'ils peuvent obtenir.
11h05	Coup de téléphone d'une présidente de section locale	Il s'agit d'organiser le déplacement de la section locale des adhérents concernant l'assemblée générale de l'association.
11h10	Coup de fil du service comptabilité	
11h11	Coup de téléphone d'un adhérent	Cet adhérent est un chômeur de longue durée, il a envoyé par le passé un dossier sans réponse. Il se retrouve à payer plein tarif. Paula répond : « je vous adresse un dossier..., la Commission statuera... vous pouvez venir me voir ». La personne se répand... l'entretien dérive en un soutien moral.
11h15	Mise en attente d'un autre coup de fil	
11h17	Fin du coup de fil précédent	
11h20	Fin du coup de fil en attente	

14. L'ORGANISATION DE L'ACTIVITÉ

387

Tableau 14.3. (suite)

11h22	Arrivée dans le service d'une personne pour une question de cotisations	La personne fait un chèque ; Paula lui donne un reçu, la personne est à jour.
11h25	Arrivée du courrier à l'attention de Paula	
11h32	Arrivée d'un administrateur	Discussion personnelle, puis échange d'informations et demande de classeurs ; demande d'étiquettes en vue de la préparation de l'Assemblée générale.
11h42	Coup de téléphone	
11h44	Arrivée du président	Le Président a des soucis quant à ses transparents pour l'A.G. Il demande s'il n'y a pas une stagiaire pour les faire. Discussion avec l'administrateur qui est toujours dans le bureau de Paula. Ce dernier a lui aussi des problèmes avec ses transparents. Finalement, les transparents vont être donnés à deux autres personnes.
11h55	Arrivée d'un couple	Négociation de cotisations : la discussion tourne au marchandage.
12h00	Paula rentre des cotisations sur son ordinateur	
12h05	Coup de fil extérieur	Paula renvoie vers le service social de l'association.
12h10	Arrivée du studio <i>L'Éclair</i> , retour de l'administrateur dans le bureau.	Discussion entre le représentant du studio et l'administrateur. Le studio <i>L'Éclair</i> est sollicité pour la réalisation du journal mensuel de l'Association.
12h13	Reprise des entrées de cotisations, des subventions communales et travail sur le « mailing des remerciements »	
12h25	Coup de fil	Paula renvoie sur le service social.
12h26	Reprise travail précédent	
12h30	Repas/entretien avec l'intervenant	

Dans le même sens, elle déplore une mauvaise utilisation de ses compétences et d'être condamnée à des tâches peu gratifiantes : « Une fois de plus, les capacités que j'ai sont mises de côté pour me cantonner à un travail purement administratif : faire une photocopie, transcrire des chèques sur l'ordinateur, envoyer une circulaire. »

Concernant notre propos, nous pouvons conclure de cette démarche que le poste de Paula n'a pas été défini dans le cadre ordinaire d'une philosophie organisationnelle, c'est-à-dire selon des attendus fonctionnels, mais s'est progressivement et empiriquement dessiné au travers d'une négociation implicite entre des personnes consommatrices du poste et l'auto-organisation de Paula – ce qui nous autorise à parler de « personnalisation de poste ».

Cette personnalisation est rendue possible et entretenue par :

- une très faible lisibilité ;
- un très faible contrôle ;
- une anticipation et planification quasi inexistantes.

Paula se situe au cœur d'un « système à haute incertitude ». La première inconnue réside dans le fait qu'aucun administrateur ne sait exactement ce qu'il est en droit et en mesure de lui demander. La seconde inconnue tient à ce qu'aucun administrateur ne sait ce que les autres demandent à Paula. Ce sont de telles incertitudes relatives qui interdisent toute appréciation par quiconque de la charge de travail de Paula, et donc toute détermination de délais concernant les travaux demandés. Ce qu'évoquent des administrateurs quand ils déclarent :

« – Je ne sais pas ce que je peux exactement lui demander. Qu'est-ce que je peux confier comme tâche à Paula (limites, délais) ? S'agit-il de taper, de mettre en forme ? Quant aux comptes rendus de réunions de ma commission, est-ce à elle de le faire, aux administrateurs ou aux membres de la commission ? Je ne sais pas si elle participe à d'autres commissions. Quant à l'accueil, elle constitue le premier interlocuteur et jusqu'à présent, j'ai eu peu affaire à d'autres interlocuteurs. »

Ce sentiment de malaise repose donc sur le fait que personne ne dispose d'une vision d'ensemble de sa fonction. Paula peut ainsi gérer les incertitudes en opérant des choix et des priorités ou bien en cédant aux pressions les plus fortes ou les plus urgentes. D'où cette impression d'aléatoire, voire de favoritisme que peuvent ressentir certains partenaires qui peuvent dire d'elle : « c'est une boîte noire ». Toutefois, la personnalisation de ce poste s'est probablement instaurée parce que Paula n'a pas non plus rencontré en face d'elle d'interlocuteurs susceptibles de mieux cerner sa fonction et de mieux définir son poste. Paula a pu en quelque sorte investir une coquille vide.

Un tel poste s'avère entièrement à revoir et témoigne par définition de la gestion à vue de l'organisation dans un certain nombre d'établissements, associations ou services. Une organisation défailante possède son corollaire : une gestion des ressources humaines déficitaire qui entraîne son lot de conflits, tensions, mécontentements, usures, dysfonctionnements divers...

L'ORGANISATION CONSISTE EN DES TRANSFERTS DE TEMPS ET DE TÂCHES

L'analyse de l'activité permet de repenser une organisation et de transférer du temps mal utilisé vers d'autres situations professionnelles qui en méritent davantage, de transférer des tâches vers des acteurs plus adéquats, d'améliorer certains circuits d'information, de revoir certaines situations professionnelles, les conditions et les procédures de travail.

L'exemple de la mise en place de « coordinateurs de projets personnalisés » dans de nombreux établissements et services s'avère parfaitement illustratif de la question du gain de temps : en effet, l'instauration de véritables projets personnalisés, s'appuyant sur une consultation des bénéficiaires et de leurs proches, et requérant un suivi et une évaluation, consomme du temps (minimum douze à quinze heures par suivi de projet). Certains professionnels se déclarent intéressés par ce nouveau rôle mais se demandent où ils vont bien pouvoir trouver le temps pour le remplir. À moyens constants, cette mise en œuvre nécessite inéluctablement de ré-interroger les emplois du temps des divers professionnels, les priorités d'action et l'organisation de l'activité.

Partant de là, les pistes pour dégager du temps ont pour nom productivité, transfert, spécialisation ou embauche. Voici les possibilités qui s'offrent :

- les coordinateurs de projet dégagent du temps en effectuant leurs autres tâches plus vite ou en évitant les gaspillages de temps (ce qui sous-entend une augmentation de leur productivité) ;
- les coordinateurs n'effectuent plus certaines tâches afin de dégager du temps ; ce qui signifie que d'autres professionnels s'en chargent (ce qui sous-entend un transfert de tâches) ou bien que ces tâches sont purement et simplement abandonnées (changement de priorités d'action). Si d'autres professionnels s'en chargent, soit il est fait appel à de nouveaux professionnels (embauche), soit, ceux-ci augmentent eux-mêmes leur productivité ;
- pour demeurer à coût constant, il est également possible en théorie d'embaucher des personnels moins chers pour effectuer certaines tâches

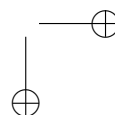
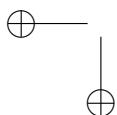
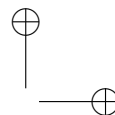
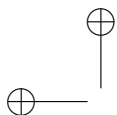
à faible qualification, afin de dégager de l'argent, et donc du temps, pour rémunérer des spécialistes pour des tâches plus qualifiées (par exemple : plus d'AMP et d'agents de service pour disposer de techniciens supérieurs, voire d'ingénieurs). Cette solution n'est pas toujours aisément réalisable à l'heure actuelle mais elle paraît plausible à l'avenir.

Quelles que soient les hypothèses explorées, elles renvoient toutes à une indispensable analyse de l'activité et à la nécessité d'ajuster les tâches et les compétences et de prendre en considération le rapport temps/coût. L'argent est au temps ce que la chaleur est à l'énergie, c'est-à-dire une équivalence : gagner du temps revient à gagner de l'argent et vice-versa. Cela signifie qu'une meilleure utilisation des compétences par un ajustement des exigences des tâches avec les postes permet de gagner de l'argent ; argent que l'on peut convertir en temps. La solution pour gagner du temps passe donc toujours par une meilleure utilisation des compétences et par une définition plus stricte des postes. Approfondissons quelque peu les hypothèses qui se présentent au manager soucieux de rationaliser l'organisation :

1. l'embauche est-elle possible ? Si oui, deux possibilités se présentent :
 - embaucher par le haut (par exemple des personnels très qualifiés afin d'assurer ou d'encadrer la coordination de projets). Cette solution est coûteuse et nécessite probablement de réaliser des économies par ailleurs ;
 - embaucher par le bas (par exemple, des agents de service pour soulager les coordinateurs de certaines tâches) ;
2. l'embauche n'est pas possible et l'on opte pour d'autres solutions : par exemple, le gain de productivité. Ce dernier sous-entend un examen des tâches et des temps de travail, une analyse ergonomique même simple, une amélioration des procédures de travail, et ensuite un contrôle plus strict des personnels ;
3. on procède par des transferts organisationnels :
 - certaines tâches sont assurées par d'autres personnels détachés expressément (tâches hôtelières, surveillance, accompagnement aux rendez-vous) ;
 - on répartit différemment les groupes de bénéficiaires, afin d'avoir moins besoin de personnels, notamment pour la surveillance ;
 - on déplace ou on étale dans le temps certaines tâches ;
 - on abandonne purement et simplement certaines tâches jugées non indispensables ;
 - on compresse les temps de réunion.

Un autre exemple de gain de temps est celui de l'approche critique des réunions qui représentent une mine potentielle d'économie. Dans bien des cas, les réunions sont devenues des rituels qui ne sont pas toujours indispensables. On leur fait souvent jouer un rôle anti-inflammatoire au-delà de leur objet technique. Certaines réunions remplissent la fonction de déversoir et de lieu d'épanchement des ressentiments, au nom du postulat : si on ne règle rien, en parler fait déjà du bien ! La révision des réunions permet fréquemment de les recentrer et de les rendre plus efficaces, et du même coup d'en supprimer certaines ou d'alléger le nombre de leurs participants. Une réunion à cinq coûte deux fois moins cher qu'une réunion à dix, et le temps ainsi économisé peut être passé, par exemple, en consultation et suivi de projet.

Les gains de temps et d'argent au travers d'une meilleure organisation vont finir par préoccuper notablement les dirigeants d'ESMS. Mais force est de constater que le manque de souplesse actuel rend parfois la tâche difficile à ces dirigeants... et tout particulièrement des modes de financement dépassés, des conventions obsolètes, un encadrement trop limité, des marges de manœuvre trop étroites en matière de GPEC. La décennie à venir va devoir dégager des marges de manœuvre sous peine de placer les dirigeants dans une insoutenable double contrainte.



Conclusion

Pour une maîtrise de la croissance des organisations

LA TAILLE CRITIQUE

Les petits établissements ont eu bonne presse dans les années 80, car ils correspondaient alors à une humanisation des conditions de vie des personnes accueillies et scellaient la fin des grands ensembles, c'est-à-dire des très grosses structures d'internat. Mais les petits établissements présentent des inconvénients majeurs : en termes d'organisation et d'emploi du temps, ils n'autorisent aucune souplesse, ils nécessitent une grande polyvalence des personnels, ils posent des problèmes de remplacement de ceux-ci, ils coûtent donc chers, puisque la polyvalence des actes renchérit l'accomplissement des tâches qui nécessitent le moins de qualification. Ils ne favorisent pas de mutualisation des moyens, ni bien d'autres choses encore.

Parvenir à faire coïncider de petites structures de vie avec une plus vaste entité entrepreneuriale s'avère une nécessité actuelle (le mouvement

est déjà largement en cours dans le sanitaire). Cela permet de manager les personnels à une toute autre échelle, de gérer les remplacements de manière plus efficace, de jouer sur la mobilité et la promotion, de spécialiser davantage les fonctions et les postes afin d'optimiser les moyens, de mutualiser les ressources, chaque fois que possible, qu'elles soient humaines (personnels de cuisine, pools techniques, secrétariat) ou qu'elles soient matérielles (matériel thérapeutique, véhicules, informatique, bureautique). Surtout, il se crée une autre dynamique et une autre identification, davantage porteuses en termes d'image et de poids social, économique et politique.

Autrement dit, l'établissement représente-t-il encore la bonne échelle en termes d'entité fonctionnelle à considérer ? La question mérite d'être posée mais la réponse risque d'être plus rapide à venir que le temps de la réflexion à conduire... D'ailleurs, qu'est-ce qu'un établissement ? Une unité de mesure administrative et gestionnaire (via le budget et l'agrément) ou bien encore une unité architecturale (via le bâtiment), renvoyant aux modèles historiques de la pension, de l'école ou de l'hôpital ? Quelle est donc l'entité que l'on peut dénommer aujourd'hui « entreprise », au sens d'un projet cohérent, d'une communauté d'action et de destin ? Quelle est celle qui permet le plus de transversalité et de mutualisation des ressources ? Cet ouvrage s'intitule *Élaborer un projet d'établissement et de service* mais le terme d'établissement est à comprendre de la manière la plus large : l'établissement de demain sera un dispositif ou une plateforme, bref, une entreprise de services.

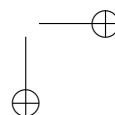
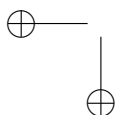
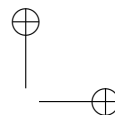
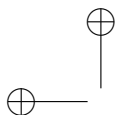
LE SEUIL CRITIQUE

La sociologie des organisations nous montre que le moment critique de toute communauté d'action n'est pas tant celui de sa fondation, ni même celui de ses premiers développements – aussi difficiles soient-ils –, mais celui où il lui faudra modifier qualitativement la globalité de sa configuration. Ce « seuil critique » tient au fait que, parvenue à une certaine taille, une entreprise quelconque ne peut plus continuer de fonctionner sur l'organisation et le mode de management de proximité qui avaient prévalu jusqu'alors. L'accroissement du volume d'action, du nombre de personnels mobilisés, des quantités d'espace et de temps consommés, l'agrandissement des réseaux de relations et de communication, entraînent nécessairement de passer à une nouvelle organisation plus complexe. Cette complexité requiert à son tour un autre management, plus technique et plus rationnel, nécessitant entre autres des organigrammes plus sophistiqués,

de larges délégations, une force de communication plus importante, une réelle capacité prospective.

Bref, de nombreuses entreprises familiales ont connu ce seuil critique qui les a vues soit se transformer, soit disparaître, soit accepter d’en rester à un stade artisanal. Le coût psychologique du changement tient essentiellement au fait que le dépassement du seuil critique remet en cause les bases et les valeurs mêmes sur lesquelles s’était édifiée l’entreprise familiale, artisanale ou communautaire, c’est-à-dire la confusion entre la raison d’être de l’entreprise, la personnalité de l’entrepreneur, les valeurs communes, les liens interpersonnels et le management.

Le seuil critique que nous décrivons est atteint plus ou moins vite, cela dépend essentiellement de l’environnement et de sa tolérance : si l’environnement est très exigeant et très concurrentiel, l’entreprise se trouvera rapidement confrontée à la nécessité de ré-interroger son organisation, mais si l’environnement s’avère très peu exigeant, comme ce fut pendant longtemps le cas des organismes qui dépendaient de la puissance publique, ce moment semblait pouvoir être indéfiniment retardé. Les secteurs de l’action sociale et médico-sociale ont connu une phase artisanale et créatrice, puis une phase en plateau au cours de laquelle les changements se sont avérés peu nombreux, enfin une phase de changement accéléré du fait d’un contexte sociétal en plein bouleversement. Aujourd’hui, de tels secteurs ne peuvent plus demeurer en marge de la mutation globale et systémique que nous vivons et que nous allons vivre. Ils se trouvent désormais au cœur du point critique, du *money time*, comme disent les anglo-saxons.



Bibliographie

OUVRAGES

- ADAM M., *L'Association image de la société*, L'Harmattan, 2005.
- ALFÖLDI F., *Évaluer en protection de l'enfance*, Paris, Dunod, 2010.
- ALFÖLDI F., BATIFOULIER F., ANGELINO I., BERGER M., *La Protection de l'enfance*, Paris, Dunod, 2008.
- ALLIER H., « Réformes impactant le secteur de la santé, du médico-social et du social », in J.-Y. Guéguen (dir.), *L'année de l'action sociale 2010*, Paris, Dunod, 2010.
- AMYOT J.-J. et VILLEZ A., *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques*, Paris, Dunod/Fondation de France, 2001.
- AUSLOOS G., *La Compétence des familles*, Érès, 1991.
- BAPTISTE R., *Le Social est à vendre*, Lyon, CREA Rhône-Alpes, 1986.
- BAPTISTE R., *Rénover l'action sociale par le management et le marketing*, Lyon, CREA Rhône-Alpes, 1990.
- BAPTISTE R., *Le Social mérite mieux !*, Genève, Éditions des Deux Continents, 1996.
- BAPTISTE R., *Le social est à partager ! Les réseaux de l'entreprise associative de service social*, Paris, TSA, 1998.
- BAPTISTE R., CAUBERE B., *Développer l'éthique en travail social*, Lyon, Chronique sociale, 2011.
- BARLOW M., *Formuler et évaluer ses objectifs en formation*, Lyon, Chronique sociale, 1994.
- BARREYRE J.-Y., PEINTRE C., *Évaluer les besoins des personnes en action sociale*, Dunod, 2004.
- BASAGLIA F., *La Majorité déviante*, Union Générale d'Éditions, 1976.
- BATESON G., *Vers une écologie de l'esprit*, Seuil, t. 1, 1977, t. 2, 1980.
- BATIFOULIER F., NOBLE F., *Fonction de gouvernance dans les associations d'action sociale*, Paris, Dunod, 2005.
- BATIFOULIER F. et TOUYA N. (dir.) *Pro-mouvoir les pratiques professionnelles*, Paris, Dunod, 2011.

- BATIFOULIER F. (dir.) *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, 2011.
- BAUDURET J.-F., JAEGER M., *Rénover l'action sociale et médico-sociale. Histoires d'une refondation*, Paris, Dunod, 2005.
- BAVEREZ N., *La France qui tombe : un constat clinique du déclin français*, Paris, Perrin, 2003.
- BERNOUX J.-F., *Évaluer la performance de l'action sociale*, Paris, Dunod, 2009.
- BOUTINET J.-P., *Anthropologie du projet*, Paris, PUF, 2005.
- CALMETTE P., « Appel à projet : le nouveau défi des associations pour l'accompagnement des personnes handicapées », in J.-Y. Guéguen (dir.), *L'Année de l'action sociale 2011*, Paris, Dunod, 2011.
- CANTER D., *Environmental interaction*, New York International University Press, 1976.
- CHARLEUX F. et GUAQUERE D. (dir.) *Évaluation et qualité en action sociale*, Paris, ESF, 2003.
- CHAUVIÈRE M., RENARD D., *L'Évaluation du social : une question pour les acteurs et pour la recherche*, M.I.R.E., 1984.
- CICOUREL A., *La Sociologie cognitive*, PUF, 1979.
- Classification Internationale des Handicaps : du concept à l'application, actes du colloque CTNERHI, 28-29 novembre 1988, CTNERHI, n° 171, 1989.
- COOK-DARZENS S. (dir.), *Thérapies multifamiliales, des groupes comme agents thérapeutiques*, Érès, 2007.
- CUNY M.-J., PETITDEMANGE F., *Le Feu sous la cendre. Enquête sur les silences obtenus par l'enseignement et la psychiatrie*, Ed. Cuny & Petitdemange, 1985.
- DESHAIES J.-L., *Mettre en œuvre les projets*, Paris, L'Harmattan, 2000.
- DESHAIES J.-L., *Réussir l'amélioration continue de la qualité en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, 2006.
- DI SCIULLO J., *Marketing et communication des associations*, Juris-service, 1988.
- DUCALET P., LAFORCADE M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Paris, Seli Arslan, 2000.
- DUMONT F., *Le lieu de l'homme. La culture comme distance et mémoire*, Montréal, Édition HMH, 1968.
- DUMOULIN P., DUMONT R., BROUSSE N., MASCLET G., *Travailler en réseau*, Paris, Dunod, 2006.
- DURNEZ J.-L., « Quel rôle pour un syndicat employeur ? » in J.-Y. Guéguen (dir.), *L'Année de l'action sociale 2010*, Dunod, 2010.
- EBERSOLD S., *L'Invention du handicap - la normalisation de l'informe*, CTNERHI, n° 196, 1987.
- FAUGERAS S., *L'Évaluation de la satisfaction dans le secteur social et médico-social*, Paris, Seli Arslan, 2007.
- FINLEY M., *L'Invention de la politique*, Flammarion, 1994.
- FINLEY M., *Sur l'histoire ancienne*, La Découverte, 2001.
- FLIPO J.-P., DUMOULIN C., *Entreprises de services : 7 facteurs clés de réussite*, Éditions d'Organisation, 1991.
- FLIPO J.-P., MAYAUX F., *Association, réussir votre développement*, Éditions d'Organisation, 1988.
- FLIPO J.-P., *Le Management des entreprises de services*, Éditions d'Organisation, 1984.
- FOUGEYROLLAS P., « La révision de la classification des handicaps : le point sur les travaux du Québec » - colloque

BIBLIOGRAPHIE

399

- CIH, Paris, novembre 1988, et « Classification Internationale des Handicaps : du concept à l'application », édité par le CTNERHI.
- GACON D., *Conduire des projets en action sociale*, Paris, Dunod 2010.
- GOFMANN E., *Stigmates*, Paris, Minuit, 1976.
- GOFMANN E., *Asiles*, Paris, Minuit, 1968.
- GOODE D., MAGEROTTE G., LEBLANC R., *Quality of Life Persons with Disabilities. International Perspectives and Issues*, Brookline books, 1994, trad. fr. *Qualité de vie pour les personnes présentant un handicap*, Bruxelles, De Boeck Université, 2000.
- GUELLIL A., GUITTON-PHILIPPE S., *Conduire une démarche d'expertise en action sociale*, Paris, ESF, 2009.
- HALL E. T., *The Hidden Dimension*, New York, Doubleday, 1966 ; trad. franç. *La dimension cachée*, Seuil, 1971.
- HAMELINE D., *Les Objectifs pédagogiques en formation initiale et en formation continue*, ESF, 1995.
- HARDY J.-P., *Financement et tarification des établissements et services*, Paris, Dunod, 3^e édition, 2010.
- JAEGER M. (dir.), *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, 2005.
- JANVIER R., MATHO Y., *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale*, 2^e éd., Paris, Dunod, 2002.
- LAFORCADE M., « Quel devenir pour le secteur à but non lucratif ? » in BATIFOULIER F. (dir.), *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Dunod, 2011.
- LAFORE R. (dir.), *Faire société. Les associations de solidarité par temps de crise*, Paris, UNIOPSS Dunod, 2010.
- GUÉGUEN J.-Y. (dir.), *L'Année de l'action sociale 2010*, Paris Dunod, 2010.
- GUÉGUEN J.-Y. (dir.), *L'Année de l'action sociale 2011*, Paris, Dunod, 2011.
- LEFÈVRE P., *Guide du management stratégique*, Paris, Dunod, 2006.
- LEFÈVRE P., *Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale*, 3^e éd., Paris, Dunod, 2011.
- LEFÈVRE P., MURA Y., *Promouvoir les ressources humaines en action sociale*, Paris, Dunod, 2010.
- LE PLAY F., *La méthode sociale, présenté par A. Savoye*, Méridiens-Klincksieck, 1989.
- LIPOVETSKY J., *Le Crépuscule du devoir*, Gallimard, 1992.
- LOUBAT J.-R., *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, 2006.
- LOUBAT J.-R., *Promouvoir la relation de service en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, 2007.
- LOUBAT J.-R., *La démarche qualité en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, 2009.
- LOUBAT J.-R., « Faut-il avoir peur de la normalisation ? » in MEYER V. (dir.), *Normes et normalisation en travail social*, Bordeaux, Les Études hospitalières, 2010.
- LOUBAT J.-R., « Un regard sociologique sur la prospective des secteurs de la santé et de la solidarité » in DESCAMPS D. et SENTAIN L. (dir.), *Prospectives sociales et médico-sociales*, Montpellier, Espace Sentein, 2010.
- LOUBAT J.-R., « Établissements et services, la logique de services comme premier organisateur » in BATIFOULIER F. (dir.), *Manuel pour les dirigeants en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, 2011.
- LUSSIER M.-D., « ANAP : promouvoir la performance dans le secteur médico-social » in J.-Y. Guéguen (dir.), *L'An-*

- née de l'action sociale 2011*, Dunod, 2011.
- LYNCH K., *The Image of the City*, Cambridge, MIT Press, 1960 ; trad. franç. *L'image de la cité*, Dunod, 1998.
- MAGER R., *Comment définir des objectifs pédagogiques ?* trad. fr. G. Décote, Bordas-Gauthier Villars, 1981.
- MARION G. et MICHEL D., *Marketing mode d'emploi*, 1^{re} éd., Les éditions d'organisation, 1986.
- MARTINET J.-L. (dir.), *Les Éducateurs aujourd'hui*, Paris, Dunod, 1993.
- MERMET G., HASTEROCK R., *Franco-scopie 2010*, Larousse, 2009.
- MEUNIER B., *Le Marketing des services sociaux*, Namur, Presse Universitaire de Namur, 1986.
- MIRAMON J.-M., *Manager le changement dans les établissements sociaux*, Paris, Dunod, 2009.
- MOLES A., ROHMER E., *Théorie structurale de la communication et société*, Masson, 1988.
- MOLES A., ROHMER E., *Théorie des actes. Vers une écologie des actions*, Casterman, 1977.
- MOLIERE, *Le Malade imaginaire*, Librio, Flammarion, 2002.
- NEWMAN O., *Defensible space*, MacMillan Pub Co, 1973.
- NUSS M., *Former à l'accompagnement des personnes handicapées*, Paris, Dunod, 2006.
- PELLETIER C., *Le management par la qualité dans les services à la personne*, Paris, Dunod, 2010.
- PRIOU J., *Les Nouveaux enjeux des politiques d'action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, 2007.
- QUATREBARBES DE B., *Usagers ou clients ? Marketing et qualité dans les services publics*, Éditions d'Organisation, 1996.
- RIFKIN J., ROCARD M., CAILLÉ A., *La Fin du travail*, La Découverte, 2005.
- RIFKIN J., *La Troisième révolution industrielle*, Les liens qui libèrent, 2012.
- SAVIGNAT P., *Conduire l'évaluation externe dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Paris, Dunod, 2010.
- SZASZ T., *The Manufacture of Madness*, trad. fr. *Fabriquer la folie*, Paris, Payot, 1976.
- THEVENET A., HARDY J.-P., L'HUILLIER J.M., *L'Aide sociale aujourd'hui*, 17^e éd. Paris, ESF, 2010.
- VERDIER P., *L'Enfant en miettes : l'aide sociale à l'enfance. Bilan et perspectives*, Dunod, 2004.
- VIAUX J.-L., *Écrire au juge*, Paris, Dunod, 2001.
- VINSONNEAU A., « Loi HPST : quel impact pour le secteur social et médico-social ? » in J.-Y. Guéguen (dir.), *L'Année de l'action sociale 2010*, Paris, Dunod, 2010.
- WACJMAN C., *Les fondements de l'éducation spécialisée*, Paris, Dunod, 2009.
- WATZLAWICK P., *Le Langage du changement*, Seuil, 1980.
- ZANNA O., *Restaurer l'empathie chez les mineurs délinquants*, Dunod, 2010.

ARTICLES

- BECHTOLD M. et LOUBAT J.-R., « Il faut faire vivre le projet de vie ! », in *ASH* n° 2645, 5 février 2010.
- BERNOUX J.-F., « Pour un référentiel d'évaluation qui réconcilie performance et plus value sociale » in *Les Cahiers de l'Actif* n° 416/417/418/419, janvier/avril 2011.
- BRANDEHO D., « De quoi se plaignent-ils ? Vers une judiciarisation des plaintes ? » in *Les Cahiers de l'Actif*, n° 362/363, 2006.
- BUGEAUD M. et PIERRAIN D., « La participation des bénéficiaires : l'exemple du Centre Adélaïde Perrin à Lyon » in *Les Cahiers de l'Actif*, n° 388/389, septembre/octobre 2008.
- COINTET E. de, « L'hôpital public peut-il se comporter comme une entreprise ? » in *Gestions hospitalières*, n° 264, mars 1987.
- DOUSSET O., « Tsunami financier ou révolution démographique » in *Le Monde* du 24 octobre 2008.
- Études & Recherches*, « Contractualiser la relation avec les bénéficiaires de services médico-sociaux », n° 9, avril 2004, Paris, APF Formation.
- Études & Recherches*, « Le management des structures d'action médico-sociale questionné par la bientraitance et la prévention de la maltraitance », n° 19, janvier 2011, Paris, APF Formation.
- FOUQUET J., participation à l'article de J.-L. Deshaies et M. Darand, « La performance dans les ESMS » in *Les Cahiers de l'Actif* n° 416/417/418/419, janvier/avril 2011.
- HARDY J.-P., « Les Groupes d'Activités Majeures (GAM), une tentative d'objectivation de la mesure de la performance » in *Les Cahiers de l'Actif* n° 416/417/418/419, janvier/avril 2011.
- LEFÈVRE P., « Promouvoir la qualité et l'évaluation dans les organisations sociales et médico-sociales », in *Les Cahiers de l'Actif*, n° 350/351 & 352/353, juillet et octobre 2005.
- LOUBAT J.-R., « La proxémie » in *Lien Social*, n° 445, 1998.
- LOUBAT J.-R., « Dirigeant d'ESMS : une fonction en mutation », in *Les Cahiers de l'Actif* n° 388/389, septembre/octobre 2008.
- LOUBAT J.-R., « De la référence à la coordination : l'affirmation d'une fonction d'avenir » in *Les Cahiers de l'Actif*, n° 424/425, octobre 2011.
- LOUBAT J.-R., « Appels à projets : d'une relation de persuasion à une relation d'adéquation », in *ASH* n° 2734, 25 novembre 2011.
- LOUBAT J.-R., « Errances et expériences de la démarche qualité dans les ESMS », in *Les Cahiers de l'Actif*, n° 398/399/400/401, juillet/octobre 2009.
- LOUBAT J.-R., « La Démarche qualité : à la recherche de l'objet perdu » in *ASH*, n° 2616, 3 juillet 2009.
- LOUBAT J.-R., « Faut-il avoir peur de la désinstitutionnalisation ? », in *ASH* n° 2701, 18 mars 2011.
- LOUBAT J.-R., « Le projet personnalisé » in *La revue du CREAL Rhône-Alpes* n° 104, mars/avril 1992.
- LOUBAT J.-R., « Le management et le projet d'entreprise d'action sociale – de la prise en charge à la prestation de service » in *Le Nouveau Mascaret*, n° 3, mars 1992.
- MINAIRE « Le handicap. Définition et application en rééducation et réadaptation » in *Le Journal de réadaptation médicale*, 1986, n° 6, pp. 202-204.

PROSHANSKY H. M., « Environmental Psychology and the Real World » (non traduit), in *American Psychologist*, avril 1976 (p. 303-310).

SAVALL H., « L'intégration des nouveaux critères de gestion et l'innovation socio-

économique » in *Enseignement et Gestion*, numéro spécial, printemps 1984.

SERRAF G., « Un remède indispensable », in *Informations sociales*, n° 7, 1983.

Table des matières

<i>Introduction</i>	1
Le projet, marqueur de la volonté humaine	1
Le projet comme prise de conscience	3
Le projet comme théorie de l'action	3
Le projet comme entreprise	4
Le projet comme utopie	6
Le projet comme outil de management et de communication	7
Le propos de l'ouvrage	8

PREMIÈRE PARTIE

NOUVEAU CONTEXTE SOCIÉTAL ET NOUVELLES RÈGLES DU JEU

1. Les ESMS à l'épreuve de la prospective	15
Les intérêts et aléas d'une réflexion prospective	17
<i>La prospective réinterroge le présent, 17 • Un objet interdisciplinaire et systémique, 18 • Les grandes tendances sont plus prévisibles que les petites, 19</i>	
Éléments de lecture démographiques, économiques et sociologiques du nouveau contexte sociétal	20
<i>Une donne démographique totalement inédite, 20 • Des effets de la mondialisation économique, 26 • L'irrésistible avancée de l'hédonisme consumériste, 29 • Les dommages collatéraux de la consommation, 31</i>	

Les conséquences de ce nouveau contexte sur les champs de la santé et de la solidarité	33
<i>Vers un nouveau paysage conceptuel et structurel, 33 • Un meilleur ajustement de l'offre et de la demande, 34 • Pour une optimisation des ressources, 37 • Une action sociale à repenser totalement, 39</i>	
Conclusion : des secteurs « condamnés » à l'inventivité	41
2. Les ESMS à l'épreuve de leur histoire	45
L'ADN institutionnel des ESMS	46
<i>Quelques étapes décisives, 46 • La professionnalisation, 49 • Le tournant des années 80, 50 • Dépasser l'héritage traditionnel, 51</i>	
Une longue marche vers la reconnaissance sociale	53
<i>Handicap et développement séparé, 53 • Le choix historique du « tout institutionnel », 54 • Les mouvements de consommateurs, 55 • Une prise de conscience écologique, 56 • La situation de handicap et la CIF, 57 • Se situer dans le mainstreaming européen, 59</i>	
Le processus de désinstitutionalisation	60
<i>Un changement souhaité de modes de réponse, 61 • Les origines de la désinstitutionalisation, 63</i>	
Participation sociale et inclusion, des concepts dynamiques	65
<i>De l'insertion à l'inclusion, 66 • Les modalités de la participation sociale, 67 • Promouvoir les réseaux, créer des clubs, 69 • Vers la fin historique du handicap ?, 71</i>	
Conclusion : un nouvel horizon professionnel	72
3. Les ESMS à l'épreuve de la performance	75
Reprise en main de l'État et maîtrise des dépenses	76
<i>La plainte et la nostalgie sont respectables mais ne constituent pas un projet..., 77 • Les raisons d'une obsession comptable ou le syndrome grec, 79 • La performance pose les questions de la lisibilité et de la traçabilité, 81</i>	
La performance questionne l'ensemble des actes	85
<i>Pourquoi la performance serait-elle un problème ?, 85 • La performance est l'autre appellation de la valorisation, 88</i>	
La performance va redistribuer les cartes	90
<i>Le dépassement historique de l'établissement, 91 • De l'établissement à la plateforme de services, 92</i>	
Conclusion : vers de nouvelles organisations	95

TABLE DES MATIÈRES 405

4. Les ESMS à l'épreuve des lois	99
La réforme de la « loi de 75 »	100
<i>L'ambition d'une société d'inclusion, 100 • Un souci d'ajustement de l'offre et de la demande, 101</i>	
La loi du 2 janvier 2002	102
<i>La promotion des personnes et le respect de la citoyenneté, 102 • Évaluer les besoins des bénéficiaires et rechercher leur consentement, 103 • Personnaliser les prestations, 103 • La contractualisation : un engagement réciproque, 104 • Réaffirmer les droits des bénéficiaires, 105 • Mettre en œuvre une démarche d'évaluation de la qualité, 107</i>	
La loi du 11 février 2005	109
<i>Le mainstreaming : l'affirmation du droit commun et de l'égalité de traitement, 109 • La prise en compte d'un projet de vie, 110 • Le droit à la compensation, 111 • L'accessibilité, 111 • La participation à la vie sociale, 115 • La mise en place de nouvelles instances, 116</i>	
La loi du 21 juillet 2009 (HPST)	117
<i>Une reconfiguration générale via les ARS, 118 • L'avènement d'une agence d'appui à la performance, 119 • Redevenir commanditaire par les appels à projets, 120 • Vers des projets moins utopiques et plus réalistes, 122 • La réponse aux appels à projet : partir des besoins, 123 • Un indispensable changement de posture et de méthode, 125</i>	

DEUXIÈME PARTIE

L'ÉLABORATION D'UN PROJET

5. Choisir une méthode, établir un plan	129
Questions préliminaires	130
<i>Le projet doit être un argumentaire, 130 • Le projet doit obéir à une logique de service rendu, 131 • Le projet de l'ESMS doit s'articuler avec d'autres projets externes, 131 • Le projet questionne le management, 135 • Continuité ou rupture ?, 136 • Quelle forme doit prendre le projet ?, 137 • Combien de temps y consacrer ?, 137</i>	
Quelle méthode retenir ?	138
<i>Promouvoir une approche participative, 138 • La participation n'est pas un avatar de la démagogie, 140 • Quelques grandes étapes, 141</i>	

Quel plan adopter ?	142
<i>Éviter certains travers, 142 • Le plan proposé et son argumentaire, 144</i>	
6. L'utilité sociale de l'ESMS	155
Le marketing comme technique de structuration de l'environnement d'un opérateur	156
<i>Le rapport décisif au marché, 156 • L'importance de la relation client, 159</i>	
Le positionnement d'une entreprise de service social ou médico-social	161
<i>Gérer et faire évoluer son positionnement, 161 • Partir des besoins pour définir son utilité sociale, 162</i>	
Les spécificités du positionnement des ESMS	168
<i>Mission ou service ?, 168 • Des différences entre action sociale et médico-sociale, 170</i>	
La personnalité de l'opérateur	172
<i>L'exemple de l'association Contrepoint, 173 • Le pragmatisme de l'Esat Bel air, 177</i>	
7. L'environnement de l'ESMS	179
Appréhender son système relationnel	180
<i>Hiérarchiser les partenaires, 180 • Le mix stratégique, 182 • Dresser une cartographie, 183</i>	
Le rôle primordial de la communication externe	189
<i>Quelques éléments méthodologiques, 190 • Les étapes d'une stratégie de communication, 191 • Labels et logos, 196</i>	
8. Identifier et présenter ses prestations de service	203
Délimiter le périmètre de l'offre de service	204
<i>Qu'est-ce qu'une prestation ?, 204 • Un grand nombre de prestations possibles, 209 • Affaire de présentation, 210 • Des pôles de prestations, 210 • Comment établir ses prestations ?, 212</i>	
Des exemples de prestations	219
9. Accueil et personnalisation	235
Accueillir dans les meilleures conditions	235
<i>Se doter d'une procédure d'accueil, 236 • La fonction et le contenu du livret d'accueil, 240 • Quelques conseils fondamentaux, 241 • Un contrat pour clarifier la transaction, 242</i>	

TABLE DES MATIÈRES

407

La personnalisation des prestations	244
<i>Un plan d'action au service de la promotion de la personne, 245</i>	
• <i>En finir avec la « réunion de synthèse », 245</i>	
Mettre en œuvre une démarche de projet personnalisé	252
<i>Projet individuel, personnalisé ou personnel ?, 253 • Proposition de procédure en matière de projet personnalisé, 255 • La fonction de coordination inhérente à la personnalisation de l'accompagnement, 257</i>	
Conclusion : le projet personnalisé doit être promotionnel	263
10. La participation des bénéficiaires	267
Pour une éthique et pragmatique de la consultation	267
<i>Positionner le bénéficiaire au centre, 268 • Une absence de culture de la consultation, 268 • L'antidote de l'absolutisme institutionnel, 270</i>	
La consultation : une démarche méthodologique	271
<i>Divers niveaux d'exploitation de la consultation, 271 • L'intérêt du guide d'entretien, 272 • Des précautions éthiques, 274</i>	
La dynamique du partenariat avec les parents et les familles : un changement de mentalité	276
<i>De quel travail et de quelle famille parle-t-on ?, 276 • L'ouverture des institutions, 277</i>	
Les difficultés du partenariat	278
<i>Des obstacles culturels et institutionnels, 278 • Des obstacles techniques et méthodologiques, 279</i>	
Mettre en œuvre le partenariat par la négociation	282
<i>La quatrième attitude, 282 • Les conditions de la négociation, 283</i>	
L'entretien de négociation	286
<i>Le dispositif de l'entretien, 287 • Le rôle des animateurs, 288 • Les principes de la négociation, 289</i>	
11. La bientraitance et la qualité	293
La bientraitance, une prise de conscience	293
<i>Les leçons des systèmes totalitaires, 295 • Pour une culture de la bientraitance, 296 • Les divers visages de la maltraitance, 297 • Prévenir la maltraitance, 298</i>	
Le traitement d'événements indésirables	299
<i>Signaler (des faits) n'est pas dénoncer (une personne), 300 • Les recommandations de l'ANESM, 300 • Apprendre un nouveau</i>	

<i>mode de narration, 301 • La gestion postérieure des dommages collatéraux, 302 • Communiquer sur l'événement, 303</i>	
L'exigence qualitative	304
<i>Le risque de formalisme, 305 • Ce qui est important n'est pas tant la qualité que l'assurance qualité, 307</i>	
Le rôle et l'enjeu des référentiels	308
<i>Manager sa démarche d'évaluation, 310 • Cibler les registres essentiels, 312</i>	
Mettre en œuvre une démarche qualité au sein d'un ESMS	314
<i>Quelques conseils préalables, 314 • Déterminer les acteurs du système qualité, 315 • Les outils de la démarche qualité, 316 • Les étapes de la démarche qualité, 318 • Le référentiel qualité, 318 • Le rapport de synthèse de l'autoévaluation, 319</i>	
Conclusion : pour une véritable analyse des pratiques	320
12. Les ressources matérielles de l'ESMS	321
Projet d'établissement et architecture	321
<i>Un projet social en trois dimensions, 322 • De l'École de Chicago à la psychologie écologique, 323 • L'interaction hommes/environnement, 325 • Les limites du fonctionnalisme architectural, 325 • L'instrumentalisation de l'espace, 326 • La communication est paradoxale, 327 • Imagibilité et appartenance sociale, 328 • Ne plus créer d'écosystèmes déshérités, 330 • Des espaces au service de la qualité de vie, 331</i>	
Aménagement de l'espace et projets cachés	333
<i>Aménagement de l'espace au sein d'un centre d'aide par le travail, 334 • Les sociostyles professionnels, 335 • Projets et projections, 338</i>	
Équipements et matériels	339
13. Les ressources humaines de l'ESMS	343
L'objet des ressources humaines	344
<i>L'intrication des ressources humaines et de l'organisation, 345 • Les principales préoccupations de la GRH, 347</i>	
Les fonctions : au carrefour des ressources humaines et de l'organisation	351
<i>Services opérationnels et fonctionnels, 351 • Dimensions organisationnelle, institutionnelle et situationnelle, 353 • Fonction, statut et rôle, 356 • Fonction et métier, un antagonisme historique, 357</i>	

TABLE DES MATIÈRES	409
Les principaux enjeux actuels de la GRH en matière de fonctions et statuts	360
<i>Ce n'est pas la fonction qui paye... mais le statut, 361 • Les freins du corporatisme, 364</i>	
Conclusion	365
14. L'organisation de l'activité	369
D'une organisation par contraintes à une organisation par objectifs	370
<i>Changer d'optique, 370 • Corréler les compétences aux actes professionnels, 372</i>	
L'analyse de l'activité	373
<i>La démarche déclarative (une journée-type d'une aide-soignante en Ehpad), 375 • L'auto-pointage de l'activité, 377 • L'observation directe (l'exemple de « l'activité discothèque » dans un IME), 382 • L'observation participante (la journée d'une secrétaire d'association), 384</i>	
L'organisation consiste en des transferts de temps et de tâches	389
Conclusion. Pour une maîtrise de la croissance des organisations	393
La taille critique	393
Le seuil critique	394
Bibliographie	397
Ouvrages	397
Articles	401