Jean-René LOUBAT
Psychosociologue-Consultant
Formation-Conseil en Ressources Humaines
& Ingénierie Sociale

☏ 06 15 90 43 47
jeanreneloubat@gmail.com
WWW.jeanreneloubat.fr

La transition sociale et médico-sociale en 40 diapos :

« Logique de parcours, accès au droit commun & nouvelles organisations »

Diapo 1. Le nouveau glossaire conceptuel de la transition médico-sociale

---

Inclusion Désinstitutionalisation Mainstreaming
Empowerment Advocacy Situation complexe
Programme Parcours Projet de vie
Personnalisation Dispositif Coordination
Performance CPOM Nouvelle tarification
Plan d'accompagnement personnalisé Territoire
Attentes & besoins Plateforme de service
Autodétermination Mutualisation des ressources

Diapo 1 : La transition médico-sociale

• Les secteurs de l'action sociale et médico-sociale, autrefois plutôt périphériques, sont dorénavant totalement concernés par les mutations sociétales qui s'annoncent, parce que les besoins auxquels ils répondent augmentent plus vite que les ressources qui pourront leur être allouées du fait de facteurs démographiques, économiques et sociologiques.

• Dépendant des ressources publiques – et donc de la croissance – les secteurs d'activité dits « dépensiers » (la santé et la solidarité) sont nécessairement conviés à coûter moins cher, c'est-à-dire à ***innover*** et à trouver de nouvelles réponses alternatives.

• À l'instar du secteur de la santé, nous devons réaliser la « ***transition ambulatoire*** », c'est-à-dire le passage d'une institution centrale et centripète (telle que l'hôpital) à un réseau centrifuge présent dans l'écosystème du patient.

• D'autre part, la comparaison possible avec d'autres pays (notamment pays scandinaves ou nord-américains) 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 désormais participer aux décisions scellant leur sort, d'où le fameux slogan, prononcé lors de la conférence de Madrid de mai 2002 : « Rien pour nous, sans nous ! ». Nous avons affaire à un processus qui affecte l'ensemble des sociétés développées et s'inscrit dans un vaste mouvement sociétal d'ordre culturel et structurel : ***la désinstitutionalisation et l'inclusion*** (*mainstreaming*). La France a signé la Convention internationale des droits des personnes handicapées en 2008 mais ne la respecte pas suffisamment. Cf. Le rapport de l'ONU de Me Devandas Aguilar (avocate des droits de l'homme).

Diapo 2 : La caractéristique de l'institution service public

• « Le défaut principal de l'institution service public, c'est de tenir pour fondamentale la forme de l'institution d'abord, puis d'en déduire son mode de fonctionnement et le contenu de son activité ; et, à partir de là, d'élaborer des règles de relations avec le public. D'où la tendance à ne considérer le public que dans la dernière phase de sa réflexion en le tenant pour passif et en lui imposant des règlements.

• Du coup, toute demande du public remontant vers l'institution se heurte à une réaction de défense en vue de refuser la remise en question du fonctionnement et d'esquiver le débat sur la pertinence et la qualité du service rendu. Il s'ensuit une extrême complexité et une volontaire obscurité des règlements et procédures. Toute réaction du public est considérée comme perturbation.

• On peut se demander si ce type d'organisme vise l'intérêt du public ou la subsistance du système en place.[1] »

Guy
SERRAF

[1] Guy Serraf, « Un remède indispensable », *Informations sociales* n°7, 1983.

Diapo 3. Les limites des dépenses publiques

◆ Quoiqu'il en soit, les coûts en matière de santé ne peuvent qu'augmenter en fonction d'un paradoxe insoluble qui veut que plus nous sommes en bonne santé et plus nous voulons nous y maintenir longtemps… et plus nous dépensons pour cela.

◆ **Les dépenses de santé représentent actuellement près de 12% du PIB en France et 17% aux USA.** Certains économistes américains, comme Robert Hall et Charles Jones du *National Bureau of Economic Research*, considèrent que les dépenses de santé pourraient absorber jusqu'à 33% des ressources nationales des États-Unis en 2050 (elles ne représentaient que 5,2 % du PIB en 1950).

◆ Concernant notre pays, chaque Français dépensait en moyenne 170 € pour sa santé en 1955 contre plus de 2 500 € aujourd'hui **(soit presque 15 fois plus en 60 ans)**.

◆ En 1960 les dépenses publiques françaises représentaient 35% de notre PIB contre 57% aujourd'hui… Selon l'OCDE, la France est le pays de l'organisation où les dépenses sociales publiques sont les plus élevées, soit **33% du PIB**, au-delà de pays considérés comme particulièrement protecteurs comme le Danemark (30,8%) ou la Suède (28,6%), bien au-delà de l'Allemagne (26,2%), sans parler du Royaume-Uni (23,8%) ou des États-Unis (20%). L'écart n'a cessé de se creuser au cours des trente dernières années.

Diapo 4 : La nécessaire adaptation de l'offre aux besoins

• Le pertinent rapport Vachey-Jeannet[2] qui visait deux objectifs : ***l'adaptation de l'offre aux besoins des personnes*** d'une part, les voies et moyens pour entreprendre une réforme du financement du secteur d'autre part, a parfaitement mis en évidence ces principaux obstacles à la rationalisation des coûts au sein du secteur qui nous intéresse, à savoir :

- ⇨ que les sources de connaissance des situations de handicap et de leurs évolutions sont insuffisantes ;
- ⇨ qu'il n'existe pas d'outils d'évaluation des situations de handicap traduites en besoins d'accompagnement en ESMS ;
- ⇨ que l'absence de description des prestations empêche de corréler service rendu et coût de fonctionnement et constitue une limite forte à la connaissance et à la structuration même d'une approche parcours ;
- ⇨ que la programmation des créations de places n'est pas dictée, du côté des financeurs, par une objectivation des besoins sur un territoire donné ;
- ⇨ qu'il n'existe pas de lien objectivé entre le niveau de financement d'un ESMS et le degré d'autonomie des personnes accueillies ;
- ⇨ que les modes de catégorisation des ESMS sont des obstacles à la continuité des prises en charge.

• Le rapport Piveteau[3] laboure le même sillon en montrant la contradiction patente entre logique de place et logique de parcours, en prônant le « zéro sans solution » et en affirmant que « Les moyens supplémentaires ne doivent plus simplement financer des "places" mais doivent aller vers des "réponses territoriales" de qualité. »

---

[2] L. Vachey (IGF), A. Jeannet (IGAS), *Établissements et services pour personnes handicapées : offres et besoins, modalités de financement,* 2012.
[3] D. Piveteau, *Droit à un parcours sans rupture pour les personnes en situation de handicap*, 2014.

Diapo 5 : La nécessaire adaptation de l'offre aux besoins (suite)

• **Le rapport d'information du sénateur Philippe Mouiller poursuit la réflexion :**

« Le groupe de travail a formulé plusieurs préconisations visant à la **simplification** des structures et des acteurs intervenant auprès des personnes handicapées. Les parcours de ces dernières étant appelés à associer des acteurs de plus en plus divers et de plus en plus mobiles, l'enjeu de leur coordination et de la rationalisation de leur action est déterminant. Il est à cet égard proposé de créer une plateforme territoriale du handicap (PTH), afin de se livrer à un recueil direct des besoins exprimés. »

[…]

« Le groupe de travail s'est également penché sur la question de la **solvabilisation** de la personne handicapée et sur le rôle décisionnaire qu'elle est appelée à jouer dans l'élaboration de son parcours. Soucieux de la complémentarité du financement direct de la structure d'accueil et du financement direct de la personne, le groupe de travail a proposé que les termes de leur répartition soient rationalisés, afin d'assurer à la personne la plus grande autonomie possible, tout en lui garantissant un accompagnement adapté. »

• **La secrétaire d'État elle-même dresse le constat :** « On a bien vu qu'avec une politique "handicap" à part depuis 1975, les résultats ne sont pas bons. Il faut irriguer toutes les politiques publiques. […] La prise en compte du handicap dans les établissements spécialisés après-guerre a généré un système à part[4].»

Ce constat lucide de la part d'une secrétaire d'État scelle la nécessité de tourner une page de l'action médico-sociale.

[4] Interview de Sophie Cluzel in *ASH* n°3074, septembre 2018.

Diapo 6 : La nécessaire adaptation de l'offre aux besoins (suite)

Madame Devandas-Aguilar, avocate des Droits de l'homme et Rapporteuse spéciale de l'ONU sur les droits des personnes handicapées (*Observations préliminaires au cours de sa visite en France du 3 au 13 octobre 2017*) déclare :

- « Le système français de protection sociale doit remplacer son approche paternaliste d'isolement des personnes par des mesures favorisant une citoyenneté active, l'inclusion sociale et la participation à la collectivité. […]

- **À cet égard, j'exhorte le Gouvernement à adopter un plan d'action concret pour assurer la fermeture progressive de tous les établissements existants et transformer l'offre actuelle de services pour personnes handicapées en solutions d'accompagnement et de logements de proximité. La désinstitutionalisation des enfants handicapés doit constituer une priorité politique et le Gouvernement devrait envisager un moratoire pour suspendre toute nouvelle admission. »**

- Et Jonas Ruskus, rapporteur du Comité pour l'examen du rapport de la France devant la représentation de l'ONU au sujet de sa politique handicap, de surenchérir :

« **La France n'a pas encore intégré l'approche du handicap fondée sur les droits de l'homme.** 700 000 personnes en France restent privées de leur capacité juridique sur la base de leur handicap, et donc privées de leurs droits humains : cela constitue une violation claire de l'article 12 de la Convention[5]. »

[5] Cf. audition de la France des 18 au 20 août 2021 devant les Nations-Unis au sujet du non-respect de la CIDPH. dttps://www.ungeneva.org/fr/news-media/meeting-summary/2021/08/la-france-na-pas-encore-integre-lapproche-du-handicap-fondee-sur#

Diapo 7 : La nécessaire adaptation de l'offre aux besoins (suite)

• **Les Conseils Généraux, représentés par l'Assemblée des Départements de France (ADF) ont invité les principales organisations du secteur du handicap adulte en février 2012 afin de débuter un cycle de réunions et de négociations.** Le but de celles-ci : faire des propositions communes, sur le fondement de constats partagés, concernant les parcours résidentiels des personnes en situation de handicap au sein d'un ***protocole d'accord*** intitulé **:** « *Parcours résidentiel et parcours de vie des personnes : vers une refondation.* »

- Les idées forces de ce protocole :

  ⇨ « Cesser de raisonner selon une logique d'établissements et de services au profit d'une logique de ***parcours résidentiel*** a pour conséquence de conduire les structures et services à s'adapter en permanence pour répondre aux besoins des personnes handicapées ; besoins différents selon la nature de leur handicap et de leur niveau d'autonomie, évolutifs du fait de la survenance de troubles et pathologies notamment liés au vieillissement ; dans l'objectif d'éviter les ruptures dans leur parcours de vie. »

  […]

  ⇨ « Il convient de dépasser le concept historique d'établissement issu de la loi du 30 juin 1975 au profit d'une nouvelle entité : la ***plateforme coopérative de services*** des adultes en situation de handicap qui permettra de mettre fin à la fragmentation et à l'atomisation des services au profit d'une palette de réponses modulables sur un territoire de vie pertinent, pour servir l'autonomie de la personne handicapée et assurer la continuité de son accompagnement. »

Diapo 8 : Des mesures simplificatrices

- Le rapport IGAS 2021-010R de Nicole Bohic et Franck Le Morvan : « Mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap », mai 2021, reconnait :

> « Une segmentation excessive, source de complexités… […] Cette segmentation persistante est source de complexité pour les personnes en situation de handicap, les gestionnaires et les autorités publiques. Elle peut motiver des refus de prise en charge pour les personnes qui ne correspondent pas exactement à la spécialité offerte. Même lorsque le gestionnaire est d'accord pour passer outre, il doit obtenir de l'autorité de contrôle une dérogation qui ne peut être fondée juridiquement que sur une décision d'orientation le désignant expressément. Enfin, elle rend extrêmement difficile toute programmation globale. »
>
> […]

Diapo 9 : Des mesures simplificatrices (suite)

La mission recommande dès lors plusieurs adaptations structurelles des autorisations existantes :

- En ce qui concerne les types de handicap, la suppression rapide des spécialités « sans trouble associé » (c'est-à-dire excluant l'existence d'un autre trouble) ou dépendant de la gravité du handicap ;

- La suppression de la plupart des bornes d'âges, notamment, de manière immédiate, celles comprises entre 16 et 20 ans, afin d'assurer la fluidité des parcours entre les ESSMS dédiés aux jeunes et les autres ESSMS ;

- La généralisation du droit, pour un établissement, d'intervenir au domicile des personnes qu'il accueille habituellement et, dans un délai d'un an, de les accueillir à titre temporaire – sans préjudice, pour l'avenir, du développement de formes d'accueil et d'accompagnement modulaire associant au moins ces deux types d'activités.

Diapo 10 : La conception environnementale de la situation de handicap (CIH)

• Être en situation de handicap signifie connaitre une inadéquation entre ses capacités et les exigences circonstancielles d'une situation

Ecosystème

⇳ Autonomie

Capacités (+/-) ⇦ ***Interaction*** ⇨ **exigences de situations**

⇳ Participation sociale

Système culturel

Terminologie anglo-saxonne	Terminologie française	Niveau
Impairment	**Déficience**	**Structurel**
Disability	**Incapacité**	**Situationnel**
Handicap	**Désavantage**	**Socio-culturel**

Diapo 11 : La logique de parcours, un modèle historique qui est en train de muter

• Le ***parcours*** s'impose désormais comme un paradigme remplaçant ou transcendant peu à peu ceux des ESSMS qui constituaient un maillage institutionnel.

• La **primauté du parcours** entérine en quelque sorte le ***recentrage sur la personne***, évoqué par les textes législatifs de ces dernières décennies.

• Le parcours est constitué d'aléas et d'incertitudes ; il signe l'adoption d'une ***vision dynamique*** de l'existence.

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

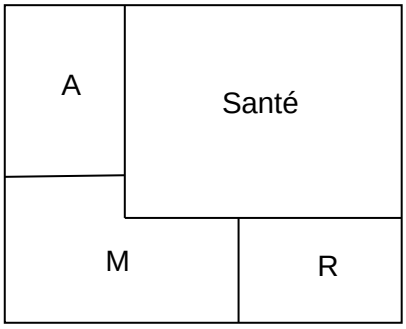
« La notion de parcours de vie recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de la vie : personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne. Utilisée dans le champ de la santé (au sens large de l'OMS), la notion de parcours de vie désigne l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes "périodes" et transitions qu'elle connait. Ces derniers affectent son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maitriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale. »[6]

[6] www.CNSA.fr

Diapo 12 : Le parcours de vie : une succession de situations aux différents focus

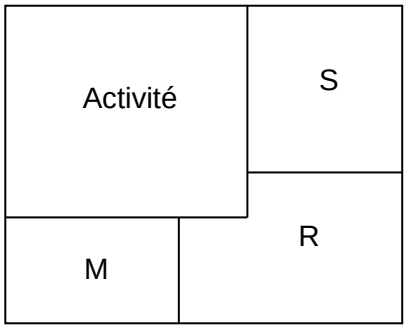
Situation 1

X connait des problèmes de santé nécessitant des soins et un suivi importants



Priorité du PP :
trouver les intervenants de santé nécessités par la situation de X

Priorité du PP :
trouver un poste en ESAT possédant une activité convenant à X

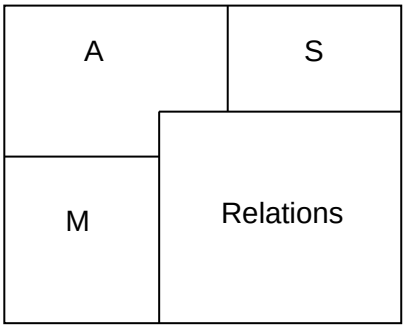


Situation 2

X voit sa santé s'améliorer et veut retravailler en ESAT, telle est sa préoccupation du moment

Situation 3

X travaille en ESAT (en espaces verts), il souhaite s'installer en couple avec une personne de son choix et habiter en studio



Diapo 13 : Le développement de l'autodétermination

- 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 ? "[7] ».

[7] 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.

Diapo 14 : Le projet de vie (*Life map*), pierre angulaire du parcours

La loi du 11 février 2005 présente en effet le projet de vie comme une notion indispensable dans son article 11 : « 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. »

Domaines de vie	***Aspirations ou attentes***	***Tentatives ou expériences passées éventuelles***
Mode de vie		
Logement		
Mode de consommation		
Conditions de vie (*dont rythme de vie & sécurité*)		
Loisirs		
Développement personnel		
Activité		
Activité professionnelle		
Activité bénévole		
Formation		
Relations		
Relations familiales		
Relations intimes		
Relations amicales		
Relations publiques		
Santé		
État physiologique		
Hygiène de vie & confort		
Etat psychologique & Bien être		

Diapo 15 : L'articulation projet de vie/plan d'accompagnement personnalisé

• Le projet de vie appartient à la personne destinataire, le plan d'accompagnement personnalisé représente ***la partie programmatique*** – la mise en œuvre totale ou partielle – du projet de vie.

Santé & bien être	**Activité**
Mode de vie	**Relations**

Les quatre domaines-clés du projet de vie

Prévention et suivi de la santé ***Promotion du bien être***	***Aide à l'accès à l'emploi*** ***Développement des compétences***
Aide au logement, aux démarches, à la consommation	***Aide à la participation sociale*** ***Développement personnel***

Les domaines du plan personnalisé

Diapo 16 : Sept raisons fondamentales pour une coordination de parcours et de projets

- La multiplication et la ***diversification*** des intervenants (elle-même induite par une spécialisation accrue) ;
- ***L'intrication*** des dispositifs (de soin, d'accompagnement, de scolarisation, d'accès à l'emploi, etc.) ;
- La ***désinstitutionalisation*** et le recours grandissant aux services de droit commun (*mainstreaming*) ;
- Le progrès de ***l'inclusion*** et l'évolution des attentes des personnes (vers l'*independent living*) ;
- La pertinence à cibler les réponses et à « ***faire du sur mesure*** » ;
- La ***variabilité*** et l'instabilité des parcours (les allers et retours, notamment concernant des populations présentant des troubles) ;
- La nécessité de ***réduire les surcoûts*** imposés par des « packages de prestations » parfois supérieurs aux attentes réelles des bénéficiaires et par les frais de fonctionnement des établissements traditionnels (le « juste ce qu'il faut »).

Diapo 17 : La recherche d'optimisation d'intérêts différents

• La coordination de parcours et projets s'inscrit dans la même logique que le ***case management*** et se caractérise par :

⇨un souci d'efficience (objectifs précis, durée déterminée, évaluation systématique) ;

⇨une posture centrée sur la personne et une relation privilégiée (*coaching*) ;

⇨une recherche d'autonomie (*empowerment*) de la personne et de maitrise du processus.

• **Elle concilie par conséquent inéluctablement deux logiques :**

⇨celle du ***client*** qui vise une amélioration de sa situation personnelle centrée sur quelques objectifs intéressants pour lui ;

⇨celle de la ***puissance publique*** qui vise un changement de situation sociale dans le sens de moindres dysfonctionnements, d'une normalisation accrue, d'un abaissement des coûts sociaux.

• Le coordinateur comme le case manager sont donc par essence des « diplomates », des médiateurs, des négociateurs, des facilitateurs.

Diapo 18 : Qu’est-ce que le case management ?

• Le case management concerne au départ des ***cas complexes*** (qui n’entrent pas dans des schémas et dispositifs courants : pathologies rares, situations difficiles ou hors normes, échecs à répétition, etc.) ou des cas généraux. Il est particulièrement pertinent lorsque les processus ordinaires et prévisibles ne sont plus opérants. Il se caractérise donc par son adaptabilité aux singularités des situations.

Il peut se situer à différents niveaux d’intervention, en amont ou en aval.

On recense plus de 250 types de case management…

• Il a été mis en place notamment en Allemagne depuis 2008 pour offrir une offre alternative à l’institutionnalisation pour les personnes en situation de handicap, ainsi qu’en Écosse. De nombreuses expériences ont été également conduites en Suisse et dans d’autres pays européens, Pays-Bas, pays scandinaves.

• Le case management soulève des questions d’ordre déontologique à propos du positionnement du case manager et d’éventuels conflits d’intérêts :

⇨ À quel contexte institutionnel appartient le case manager ?

⇨ Pour qui travaille-t-il ?

- rattaché au MDPH ?

- rattaché aux opérateurs ?

- services indépendants ?

- rattaché à des associations d’usagers ?

⇨ Quelle est sa valeur ajoutée ?

⇨ A-t-il réellement une portée économique ?

Diapo 19 : Les caractéristiques du case management

• Le case management se caractérise par la notion de ***programme*** ; c'est-à-dire un ensemble cohérent d'actions censé aboutir à un résultat attendu (par exemple, retour à l'emploi, accès au logement, amélioration de l'état de santé, accéder à la citoyenneté, établir des relations, compensation du handicap, etc.).

• Ce qui sous-entend un système de théories sous-jacent, une planification d'étapes et une évaluation des résultats.

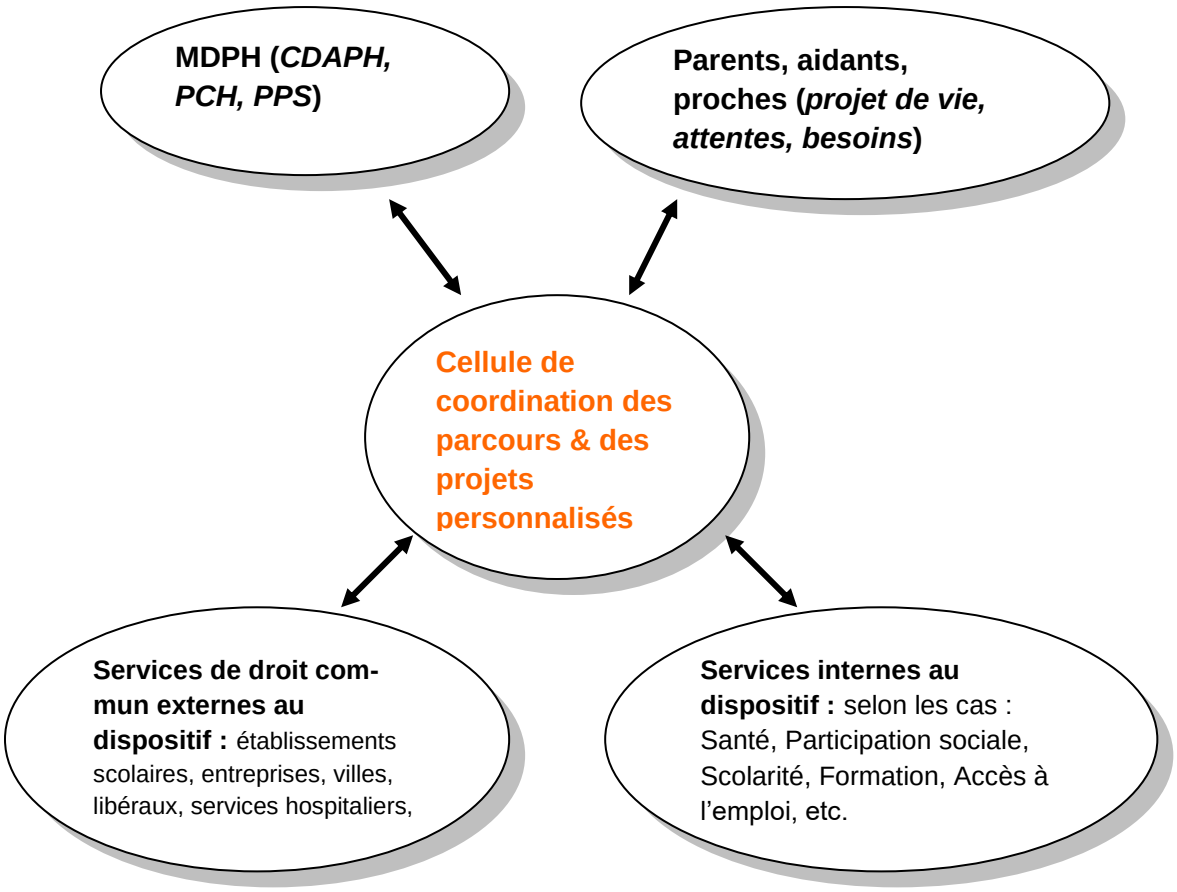
• Le case management comprend des phases qui le caractérise :

- ⇨l'accueil (*intake*) ;
- ⇨l'appréciation de la situation (*assessment*) ;
- ⇨la planification et la mise en réseau (*linking*) ;
- ⇨la mise en œuvre et le suivi continu (*monitoring*) ;
- ⇨L'évaluation des effets (*reassessment*) ;
- ⇨La sortie

• Le case manager veille en premier lieu à l'accomplissement et à la coordination d'un programme : il est sélectionneur, conseiller, planificateur, évaluateur. Plus précisément :

- ⇨***Gatekeeper*** (portier) : il permet l'accès à un programme ;
- ⇨***Broker*** (courtier) : il recherche les meilleurs partenaires et solutions dans l'environnement ;
- ⇨***Advocacy*** (défenseur) : il défend la cause des bénéficiaires et faut valoir leurs droits ;
- ⇨***Coach*** (accompagnateur-conseil) : il soutient activement, conseille, remobilise la personne bénéficiaire.

Diapo 20 : Le rôle d'interface du coordinateur de parcours et de projet



Diapo 21 : En quoi consiste la coordination de parcours (inspirée du *Case management*)

• La coordination de parcours et de projets personnalisés porte parfois d'autres noms : on parle tour à tour de *case manager*, de *care manager*, de *disability management coordinator*, de *health coordinator*, de *return to work coordinator*, de *gestionnaire de cas ou de ressources* (au Québec), etc.

• Le coordinateur de parcours propose de traiter le problème de la précarité, de la situation de handicap ou de l'état de santé sous un autre angle, celui de la situation personnelle d'un individu dans un environnement donné, en s'appuyant sur ses ressources propres et en bâtissant un plan d'action doté d'objectifs et s'inscrivant dans une durée déterminée.

• La coordination de parcours ou le case management comprend tout à la fois une orientation sociale, une posture relationnelle et un ensemble de procédés professionnels.

• **Ces approches possèdent un noyau dur commun :**

- ⇨ la personnalisation ;
- ⇨ la participation de la personne ;
- ⇨ une coordination de partenaires et de ressources ;
- ⇨ l'assurance d'une continuité autour de la poursuite d'objectifs définis ;
- ⇨ une co-évaluation des effets obtenus ;
- ⇨ et une posture d'accompagnement forte (*coaching, advocacy*).

Diapo 22 : Un questionnement des organisations

• La coordination comme le case management s'inscrivent dans une ***autre configuration organisationnelle*** que l'établissement classique puisqu'ils supposent :

⇨ soit un service spécifique travaillant avec son environnement et sollicitant les divers acteurs de ses réseaux (on peut même envisager des case managers libéraux) ;

⇨ soit de fonctionner au sein d'une plate-forme de services qu'il sollicite en fonction des besoins et de la situation du bénéficiaire.

• Crozier et Tilliette (2007)[8] : « Il est possible d'alléger notre fardeau institutionnel en les [*les institutions*] ouvrant, en laissant beaucoup plus d'espace à la création et à l'innovation. Pour cela, il faut d'abord que nous respections le besoin d'institutions et celles qui existent, les respecter ne signifiant pas vouloir les garder à tout prix, mais s'appuyer sur elles pour en inventer d'autres. »

[8] Crozier M. et Tilliette B. (2007), *Nouveau regard sur la société française*, Odile Jacob

Diapo 23 : L'exemple de la transition ambulatoire en matière de santé

• D'après la fédération des **maisons et pôles de santé**, ces derniers sont passés d'une petite dizaine en 2006, à **1889** en fonctionnement et **366** en projet en juin 2021[9].

• En août 2021[10], les **centres de santé** spécialisés ou polyvalents sont au nombre de **2 200** (dont 455 pluriprofessionnels).

• En juin 2021, on comptait **671 communautés professionnelles territoriales de santé** (CPTS), qui associent des professionnels de la santé et de l'action sociale et médico-sociale, tous niveaux de maturité confondus sur le territoire national :

- 172 en fonctionnement avec projet de santé validé ;
- 233 projets en phase d'amorçage avec lettre d'intention validée ;
- et 266 en projet identifié mais non validé[11].

[9] Source site internet du Ministère des solidarités et de la santé.
[10] Source site internet du Ministère des solidarités et de la santé.
[11] Source DGOS.

Diapo 24 : Les plateformes de services représentent de nouvelles « organisations intelligentes »

• Les CPOM deviennent obligatoires en 2022 pour tous les opérateurs, visant à optimiser les ressources pour la puissance publique et les enveloppes budgétaires pour les opérateurs qui doivent repenser leur organisation.

• Au sens littéral, les organisations intelligentes doivent posséder une grande ***plasticité organisationnelle*** afin de s'adapter à leur environnement.

• Elles présentent :

⇨ une posture ***prospective*** qui permet d'élaborer des scénarios plausibles et probables, d'anticiper les tendances sociétales mais aussi d'imaginer et d'innover ;

⇨ une ***réactivité*** importante aux variations de l'environnement et aux commandes sociales qui lui sont adressées ;

⇨ une plasticité dans sa reconfiguration qui lui permet de ***s'adapter*** rapidement à de nouvelles activités, orientations ou processus ;

⇨ une capacité à ***optimiser les ressources*** en vue d'abaisser des coûts qui sont devenus insupportables pour des communautés à faible croissance durable ;

⇨ un ***management centré sur le client*** (par la qualité) permettant une amélioration continue en responsabilisant tous les acteurs et en mobilisant toutes leurs idées et suggestions.

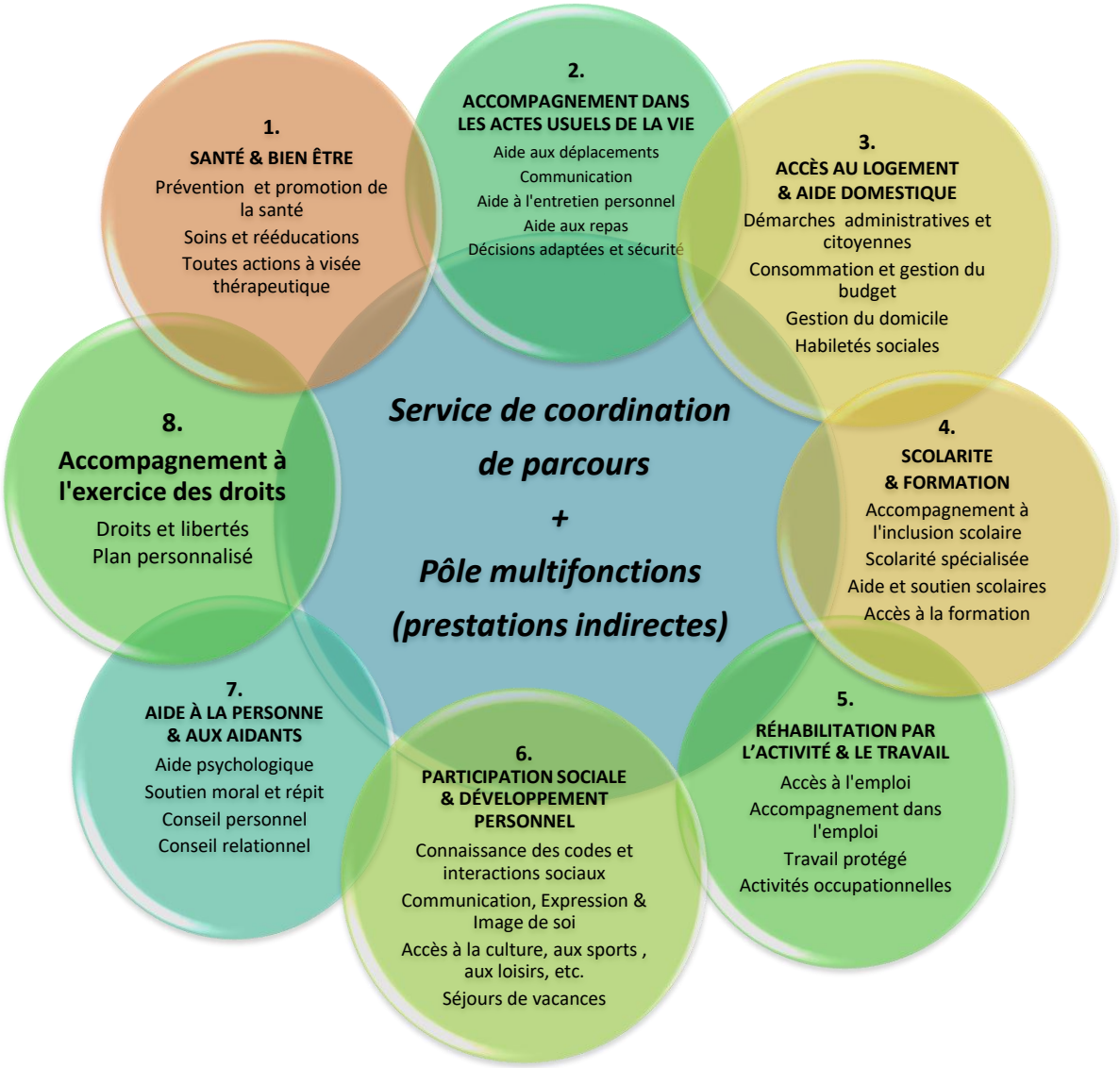
Diapo 25 : Vers des configurations circulaires et non linéaires.

• Le passage d'une juxtaposition d'établissements et services à un regroupement par pôles et départements, qui s'est déroulé à partir des années 2000, ne constitue qu'une étape vers une autre conception de l'organisation.

• Il s'agit bien de dépasser le stade de la simple recomposition pour aller vers celui plus fondamental de la ***réingénierie***.

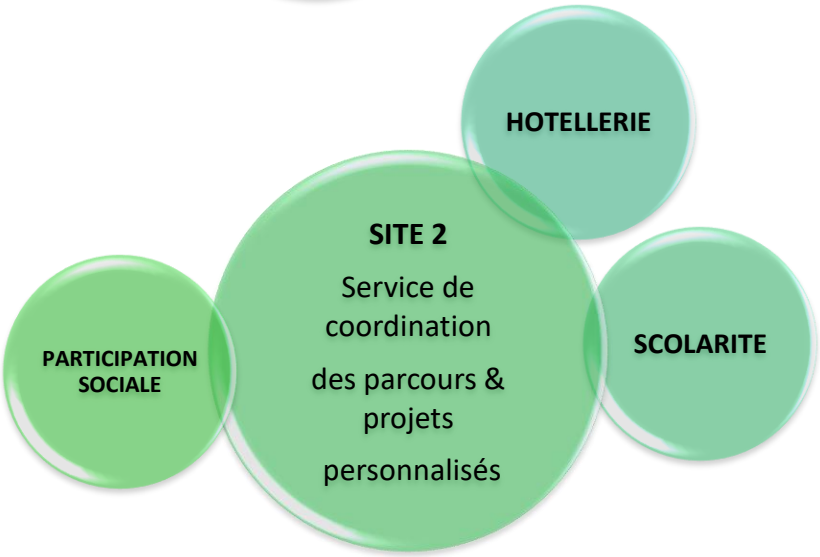
• Concrètement, ce type de plateforme de services s'articule autour d'un centre fonctionnel. Cette configuration plastique permet tout particulièrement une ***mutualisation*** optimale des ressources, une ***adaptabilité*** structurelle aux besoins et aux exigences et une ***personnalisation*** des réponses.

Diapo 26 : Un exemple de plate-forme de services

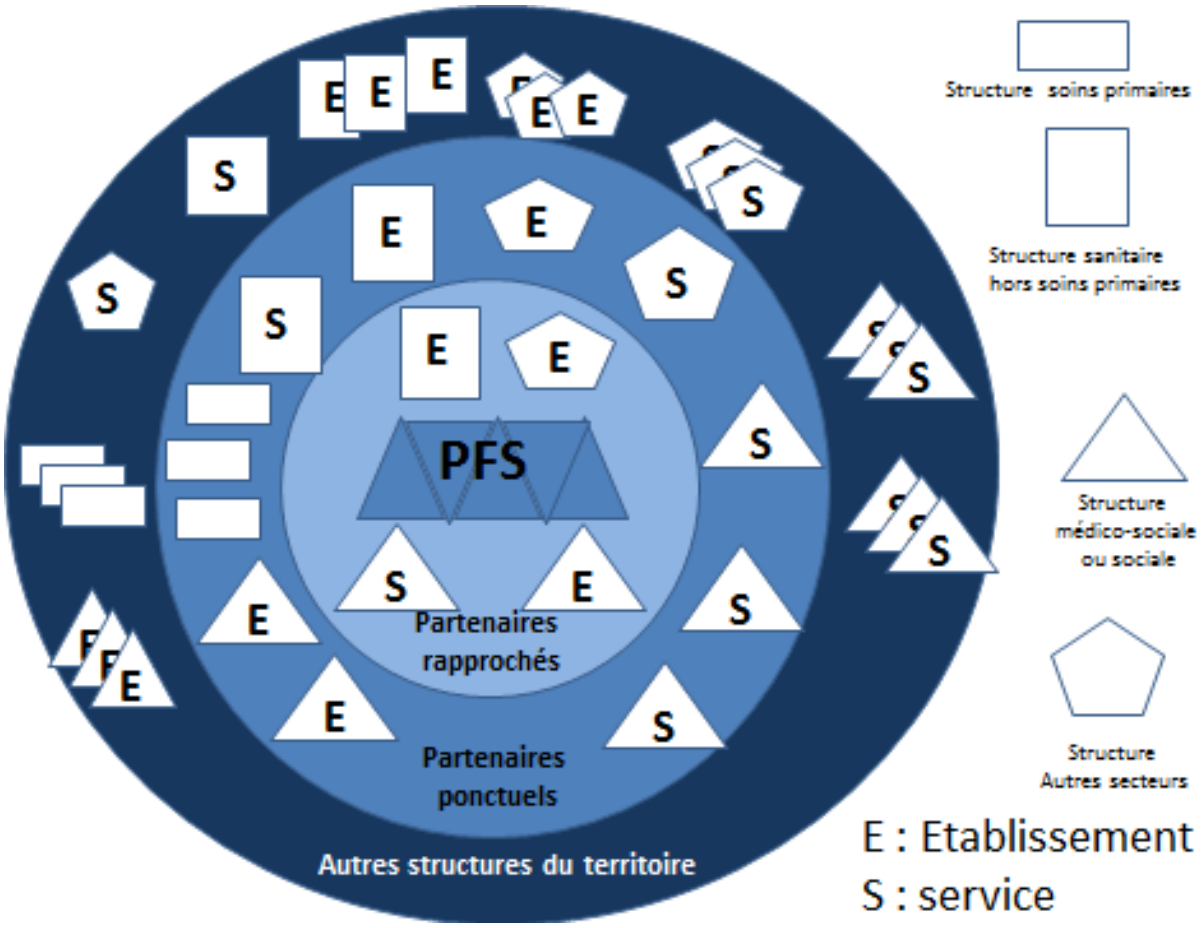


;

Diapo 27 : Un exemple de plateforme de services et ses développements (« développement moléculaire »)



Diapo 28 : La plate-forme de services : un système satellitaire



Extrait de Marie-Aline BLOCH in *Concevoir des plateformes de services* (partie III). Dunod 2016.

Diapo 29 : Qu'est-ce qu'une plateforme de services ?

• En 2013, une équipe de recherche australienne (Lee et coll.)[12] a voulu établir une définition du concept de plateforme de service. Parmi les 125 documents répertoriés, ils ont pu mettre en évidence quatre utilisations différentes de la notion de plate-forme de service :

⇨1ère signification : Un élément ou une entité d'un système d'offre de service en santé (*an element or entity of a health service delivery System*) ;

⇨2nde signification : Une plate-forme de technologies de l'information pour des services d'e-santé ou services de santé via téléphone mobile (*an information technology platform for the delivery of e-health or health-related mobile phone services)* ;

⇨3ème signification : des interventions en santé servant de point d'entrée pour l'accès à d'autres interventions en santé (*health care interventions that serve as a gateway for the delivery of further interventions*) ;

⇨4ème signification : Une plateforme politique utilisée par des candidats politiques pour exposer leur programme de politique de santé (*a political platform by which political candidates espouse their declared principles or aims in relation to health policy*).

• Pour en savoir plus sur les diverses approches d'une telle organisation, le lecteur peut se tourner vers l'excellent travail de synthèse qu'a réalisé Daniel Gacoin[13] sur la question des plateformes en inventoriant entre autres les divers dispositifs existants pouvant être assimilés à une plateforme de service, leur statut et leurs caractéristiques.

---

[12] Lee Y. Y., Meurk C. S., Harris M. G., Diminic S., Scheurer R. W. et Whiteford H. A. (2014), « Developing a Service Platform Definition to Promote Evidence-Based Planning and Funding of the Mental Health Service System », International Journal of Environmental Research and Public Health, 11, 12, 12261-12282.

[13] D. Gacoin, « Plateformes de services. Enjeux, stratégies, repères juridiques », ASH, octobre 2019.

Diapo 30 : Qu'est-ce qu'une plateforme de services ? *(suite)*

• Lee et coll. se sont concentrés sur la première signification et les documents associés et proposent la définition suivante :

⇨ « Une plateforme de services est un groupement de services inter-reliés qui sont semblables en termes de type de ressources mobilisées et qui constitue un composant du continuum de soins et d'accompagnements. » (*A service platform is a grouping of related services that are similar in resource type and constitute a component of a continuum of care*).

• **Jean-René Loubat en propose une :**

⇨ **« Une *plateforme de service* représente une entité cohérente, possédant un statut unique, regroupant, pilotant et/ou coordonnant divers services complémentaires afin de proposer l'offre la plus adaptée et la plus appropriée (*convenient* diraient les anglo-saxons) à des consommateurs potentiels.**

Ces services peuvent être internalisés au sein de la plateforme et constituer des pools de compétences humaines et de ressources matérielles ou bien externalisés, par le biais de conventions de sous-traitance, de partenariat ou appartenir tout simplement au droit commun existant. »

• Il faut entendre par *services* des pools de compétences humaines et de ressources matérielles au service d'une même valeur ajoutée (par exemple : service d'accès à l'emploi, service d'aide à la participation sociale, service de santé, service d'aide à la parentalité, etc.).

• Marie-Aline Bloch retient les attributs suivants :

⇨ « Une entité accessible contribuant à la santé et à l'autonomie des personnes, composée de services couplés et/ou inter-reliés, au service du parcours des bénéficiaires. »

Diapo 31 : Les plateformes dans le sanitaire.

- En France, le terme de plateforme est utilisé, depuis le plan Alzheimer 2008-2012, pour des plateformes proposant une offre particulière pour les aidants des personnes en perte d'autonomie, les plateformes d'accompagnement et de répit (PFR).
- Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 :

  « *Art. L. 6327-2.* – Pour assurer l'organisation des fonctions d'appui définies à l'article L. 6327-1, l'agence régionale de santé peut constituer, par convention avec un ou plusieurs acteurs du système de santé, ***une ou plusieurs plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes***. Les établissements autorisés à exercer sous la forme d'hospitalisation à domicile peuvent participer au fonctionnement d'une ou de plusieurs plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.

- Mais aussi loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) qui permet aux professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice, de se constituer en ***Communautés professionnelles territoriales de santé*** (CPTS),
- Notons qu'une contribution du think tank *Matières grises* de mai 2021 enjoint de modifier l'article L.312-1-1 du Code de l'action sociale et des familles (sur proposition de Jean-Pierre Hardy) afin de faire reconnaitre le concept de plateforme[14]. À suivre en 2022…

[14] BROUSSY L., GUEDJ J., KUHN -LAFONT A. (2021), « L'EHPAD du futur commence aujourd'hui. Propositions pour un changement radical de modèle », Publication du think tank *Matières Grises*.

Diapo 32 : Les « communautés 360 »

- **360 :** 3 chiffres symboliques pour un changement d'approche :

⇨ Une évaluation à 360° avec la personne de ses attentes et de ses besoins.
⇨ Une coopération à 360° de tous les acteurs.
⇨ Un repérage à 360° des personnes isolées ou sans solution adaptée.

- **Les plus**

⇨ Plus de simplicité pour les personnes et les aidants.
⇨ Plus de proximité pour trouver des solutions près de chez eux.
⇨ Plus de rapidité pour apporter des réponses dans l'urgence.
⇨ Plus de compétences mobilisées pour trouver de nouvelles solutions d'accompagnement.
⇨ Plus d'agilité pour s'adapter au contexte de crise.

Diapo 33 : Les fonctions essentielles dans un nouveau système prestataire

• Le coordinateur de parcours :

- c'est un ajusteur entre l'offre et la demande, entre les aspirations, attentes et besoins de la personne cliente et les acteurs et prestataires concernés ;

- c'est une interface entre les divers acteurs en présence dans un écosystème donné.

• Le directeur des parcours :

- c'est le responsable du *service de coordination des parcours*, il veuille à son bon fonctionnement et demeure attentif aux parcours des bénéficiaires ;

• Le manager de ressources :

- c'est un organisateur et un gestionnaire des ressources mises à disposition ;

• L'intervenant ou réalisateur :

- c'est un technicien, expert dans son domaine qui délivre une prestation dans un champ déterminé et qui peut être responsable de programmes d'action.

Diapo 34 : Des prérequis aux nouvelles configurations

Des prérequis s'avèrent indispensables afin d'officialiser le dispositif plate-forme :

- Se doter d'une ***cellule de réflexion prospective*** (R & D) au niveau de l'opérateur.
- Interroger le ***projet associatif*** sur ses perspectives et envisager les enjeux, les opportunités et les obstacles d'une nouvelle configuration (sociaux, économiques, organisationnels, juridiques, etc.).
- Négocier auprès de la MDPH une ***orientation*** des bénéficiaires en direction d'un dispositif et non d'un ESMS.
- Établir un ***CPOM*** ad hoc avec les autorités de tarification.

Diapo 35 : Des freins éventuels aux nouvelles configurations

- Ces freins sont principalement de deux ordres :

  ⇨ ils relèvent du ***management*** : ils ont trait à la culture d'entreprise, aux phénomènes identitaires et d'appartenance (corporatismes), à la gestion des ressources humaines, à la capacité de l'employeur à promouvoir et à organiser le changement ;

  ⇨ ils ressortissent ensuite à la cohérence (ou incohérence) de ***l'administration*** dans la mise en œuvre et la gestion globale des politiques sociales (« effet mille-feuilles », complexité et diversité des dispositifs, procédures et logiques des acteurs, lenteur de transmission).

- Il convient d'être en capacité de transférer des identités groupales et corporatistes en direction d'une identité supérieure, d'une ***culture d'entreprise.***

Diapo 36 : Lever les freins (suite)

- **Les freins organisationnels et matériels :**

  ⇨ la plate-forme nécessite de repenser à terme les locaux et leur utilisation. Elle nécessite un nouveau projet structurel et immobilier ;

  ⇨ le fonctionnement en plate-forme entraine davantage de mobilité au sein de l'ensemble des personnels. Les inconvénients de cette mobilité ne doivent pas être supérieurs à ses avantages ;

  ⇨ la circulation d'information doit être repensée. L'informatisation accrue peut se heurter à un manque de préparation, d'outils et de formation.

- **Les freins culturels et humains :**

  ⇨ la recomposition des services et la redistribution des fonctions interrogent les identités professionnelles, corporatistes et groupales. Elle nécessite l'affirmation accrue d'une identité d'entreprise ;

  ⇨ les évolutions hiérarchiques requestionnent le rôle des cadres et affirme le rôle d'une équipe de direction.

Diapo 37 : Des conséquences des nouvelles configurations

- **En résumé :**

  ⇨ ***la confirmation de nouveaux concepts*** et d'une nouvelle ligne culturelle (la « transition médico-sociale ») centrée sur le droit de la personne à vivre dans une société inclusive et à faire valoir son projet de vie ;

  ⇨ ***l'émergence de nouveaux métiers*** et donc de formations ad hoc : coordination de parcours et de projets personnalisés ; case manager, coachs spécialisés dans divers domaines, etc. ;

  ⇨ ***l'évolution de nouvelles organisations*** en plateformes associant externalisation, allègement des charges, mutualisation des ressources, formation en réseau ;

  ⇨ ***le développement d'un nouveau management*** reposant sur un staff de direction aux compétences et missions variées et complémentaires plutôt que sur une ligne hiérarchique à la fois pyramidale et en silos, responsabilisant davantage les professionnels.

Diapo 38 : Des conséquences des nouvelles configurations *(suite)*

- **Conséquences indispensables et inéluctables :**
  - ⇨ évolution de la notion d'orientation ;
  - ⇨ évolution de la tarification (fin des agréments) ;
  - ⇨ évolution des systèmes de formation ;
  - ⇨ évolution des rôles et relations partenariales ;
  - ⇨ évolution des conventions ;
  - ⇨ solvabilisation des personnes bénéficiaires.

Diapo 39 : Les étapes de la transformation (feuille de route)

• Les étapes de cette transformation dont la mise en oeuvre court sur plusieurs années, selon les circonstances, sont les suivantes :

1- la première étape est l'information et la mobilisation de l'opérateur et de ses personnels ;

2- la deuxième est l'officialisation d'un *Service de coordination des parcours* ;

3- la troisième est la définition des services pertinents de la plate-forme ;

4- la quatrième est la réunion des prérequis : négociations avec la MDPH et l'ARS ;

5- la cinquième est la redéfinition des missions des cadres ;

6- la sixième est la redistribution des personnels en fonction des services ;

7- la septième est la réorganisation de l'organisation opérationnelle (horaires, déplacements, etc.) ;

8- la huitième est l'évaluation de la mise en œuvre avec les réajustements nécessaires.

Diapo 40 : Planifier la mise en oeuvre

- Constituer un ***comité de pilotage*** qui facilitera la mise en œuvre.
- Établir la configuration de la future plate-forme de service et une feuille de route des étapes nécessaires à sa mise en œuvre.
- Informer les personnels sur les enjeux, l'intérêt et les étapes du changement.
- Mettre en place un service de coordination de parcours et de projets personnalisés (car c'est le cœur du dispositif centré sur la personne bénéficiaire).
- Mutualiser les services fonctionnels (gestion, administration, logistique, qualité, etc.).
- Envisager la mutualisation d'autres services (commencer par ceux qui sont les aisés à mutualiser).
- Poursuivre la mutualisation avec les autres services.

Diapo 41 : Valoriser les opportunités

• La plate-forme génère de nouvelles fonctions et de nouvelles façons de travailler : coordinateurs de projets, coachs, assistants de projets de vie, etc., recentrage sur leur cœur de métiers pour les autres professionnels (fonctions plus claires), création de services plus homogènes, missions plus précises pour les cadres, perspectives d'évolution et ***marges de manoeuvre*** plus importantes à terme, ouverture plus importante sur l'environnement.

• Le recentrage sur la personne bénéficiaire entraine plus d'efficacité et une valorisation accrue des actions entreprises. La ***fluidité des parcours*** et la continuité de l'accompagnement sont plus évidentes.

• L'organisation s'avère plus ***efficiente*** et plus lisible, les pertes de temps se réduisent.

Diapo 42 : Gérer, Manager, c'est posséder une démarche prospective

• Quoi qu'il en soit, l'avantage appartient à celui qui ***anticipe*** à plus long terme, qui sait se dégager des effets de modes ou des impératifs tactiques pour se recentrer sur l'essentiel : les grandes dynamiques sociétales à l'œuvre, et surtout qui ne perd pas de vue la raison d'être de toute entreprise professionnelle : ***l'état de la demande dans un contexte donné !***

Bonne chance !