



**JOURNEE DE VALORISATION
DE LA RECHERCHE EN INTERVENTION SOCIALE**

Les nouvelles figures de l'intervention sociale

JEUDI 26 NOVEMBRE 2015

Institut régional du Travail Social PACA Corse - 20, boulevard des Salyens – 13 000 MARSEILLE

Conférence introductive - Jean René LOUBAT

Psychosociologue – Docteur en sciences humaines – Consultant et formateur

***"L'action sociale et médicosociale de demain –
perspectives et prospectives"***

Diapo 1 : Un nouveau contexte sociétal

Nous sommes progressivement entrés dans un nouveau contexte sociétal, de fait depuis l'après « *Trente Glorieuses* », caractérisé par :

- **un ralentissement démographique et un vieillissement de la population** (pays développés OCDE). En France : en 1960 : 400 000 plus de 85 ans ; en 2020 : 2 millions ; en 2040 : 4 millions ;

Par exemple, l'Asie représente actuellement 4,2 milliards d'habitants et possède un taux de croissance démographique de 1,1. L'Afrique, qui compte 1 milliard d'habitants mais possède un taux de croissance de 2,2, devrait voir sa population doubler en 2050. Quant à l'Europe, elle compte 733 millions d'habitants mais possède un taux de croissance de seulement 0,1. Le taux de natalité est de 34,6 pour l'Afrique, de 17,1 pour l'Asie mais de 12,9 pour l'Amérique du nord et de 10,7 pour l'Europe. Quant au nombre d'enfants par femme, il est encore plus éloquent : de 4,54 pour l'Afrique et de 2,16 pour l'Asie, il tombe à 1,60 pour l'Europe. En 2025, l'Europe et la France représenteront respectivement environ 6,5% et 0,8% de la population mondiale...

Un seuil symbolique sera atteint en 2047 : les personnes âgées seront alors plus nombreuses dans le monde que les enfants¹ !

- **une croissance économique ralentie durablement, voire quasi nulle** (*secular stagnation*) ;

2008 : taux de croissance pronostiqué : 2 %, taux réel : -0,1 % ;

2009 : taux de croissance pronostiqué : 1 %, taux réel : -3,1 % ;

2010 : taux de croissance pronostiqué : 0,75 %, taux réel : 1,7 % ;

2011 : taux de croissance pronostiqué : 2 %, taux réel : 2 % (l'exception) ;

2012 : taux de croissance pronostiqué : 1,75 %, taux réel : 0 % ;

2013 : taux de croissance pronostiqué : 0,8 %, taux réel : 0,3 % ;

Etc.

- **un niveau d'emploi et un temps de travail à la baisse ;**

¹ Nations unies, *World Population Ageing*, rapport du DESA, 2013.

- un des pires taux de chômage des jeunes de l'Europe de l'ouest (environ 25% des moins de 25 ans, mais le taux monte à 50% lorsque l'on ne prend en compte que les jeunes non diplômés).

- une des plus faibles durée d'activité (en France, seul un adulte sur trois de plus de 55 ans est un actif² et la moyenne de cessation d'activité est de 58,5 ans) ; À titre de comparaison, il est de quatre ans plus élevé chez nos voisins germains et scandinaves, sans parler des USA. Enfin, notre temps de travail n'a cessé de diminuer régulièrement.

- **un taux d'actifs défavorable ;**

En une vingtaine d'années, de 1980 à l'an 2000, le nombre de cotisants est passé de 13,3 à 13,9 millions tandis que le nombre de retraités passait dans le même temps de 5 à 9 millions ! En 2050, il devrait y avoir 1,2 cotisant pour 1 retraité contre 1,8 pour 1 actuellement.

Les Français bénéficient de 17 années supplémentaires de vie après la retraite par rapport à une trentaine d'années en arrière.

- **une dette publique très importante.**

« ce poison lent de la dette » selon la formule de Didier Migaud, premier président de la Cour des comptes ; endettement qui s'élève à 2 037 milliards d'euros à fin 2014.

En conclusion : **des ressources à la baisse pour des besoins à la hausse**, d'où de nécessaires **innovations** dans les réponses à apporter en matière de santé, d'action sociale et médico-sociale, à savoir appels :

- à de nouvelles organisations ;
- à de nouvelles technologies ;
- à de nouvelles pratiques professionnelles.

² La préretraite a été largement utilisée comme un moyen de lutte contre le chômage des jeunes (exemple même de la fausse solution) mais aussi comme mode de régulation managériale.

Diapo 2 : 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.

Diapo 3 : Le projet de vie (*Life map*), pierre angulaire du parcours

<i>Domaines de vie</i>	<i>Attentes</i>	<i>Capacités</i>	<i>Ressources</i>	<i>Plan d'action</i>
Santé				
État physiologique				
Hygiène de vie				
Climat psychologique				
Activité				
Activité professionnelle				
Activité bénévole				
Mode de vie				
Logement				
Mode de consommation				
Rythme de vie				
Conditions de vie				
Relations				
Relations familiales				
Relations intimes				
Relations amicales				
Relations publiques				

Diapo 4 : L'articulation projet de vie/projet personnalisé

<i>Santé & bien être</i>	<i>Activité</i>
<i>Mode de vie</i>	<i>Relations</i>

<i>Prévention et suivi de la santé Promotion du bien être</i>	<i>Aide à l'accès à l'emploi, Formation & développement des compétences</i>
<i>Aide à l'accès au logement, aux démarches & à la consommation</i>	<i>Aide à la participation sociale Développement personnel</i>

Les domaines du projet personnalisé

Les quatre domaines-clés du projet de vie

Diapo 5 : 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 **désinstitutionnalisation** 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 6 : La recherche d'optimisation d'intérêts différents

Le *case management* est caractérisé par :

- un souci d'efficacité (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 maîtrise du processus.

Il 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 case manager est donc par essence un « diplomate », un médiateur, un négociateur, un facilitateur.

Diapo 7 : Des questions de positionnement

Le case management peut concerner 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 peut se situer à des niveaux différents 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 ?
- Quelle est sa valeur ajoutée ?
- A-t-il réellement une portée économique ?

Diapo 8 : Le modèle canadien PRISMA

Le programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie ont mis en œuvre au début des années 2000. Il a inspiré l'expérimentation MAIA en 2008 en France concernant les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Il concerne des plus de 85 ans remplissant quelques conditions.

- Le *gestionnaire de cas* mène une évaluation de la situation et des besoins du patient à l'aide d'un outil officiel SMAF (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle).
- Il établit un plan de service individualisé.
- Il coordonne et organise l'ensemble des intervenants impliqués.

Il n'est pas que gestionnaire de cas, il est :

- Environ 1/3 évaluateur ;
- 1/3 coordinateur ;
- 1/3 intervenant dans son champ de compétences.

Diapo 9 : Le cas japonais

Le Japon est le seul pays à avoir généralisé le principe du case management dans le secteur des personnes âgées dès les années 2000.

60 000 gestionnaires de cas y sont en place gérant chacun une 40^{aine} de situations.

Le *care manager* (gestionnaire de soins) y est à la fois, pivot et gestionnaire de parcours :

- il doit obtenir une certification ;
- il gère une enveloppe budgétaire (venant de la municipalité) ;
- il négocie avec les prestataires de services ;
- il possède une réelle autonomie.

Diapo 10 : En quoi consiste la coordination de parcours et projets personnalisés (proche 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 P & P 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 P & P 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 fort (*coaching, advocacy*).

Diapo 11 : Un programme évaluable

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, 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*) ;
- la sortie ou le réajustement (*reassessment*).

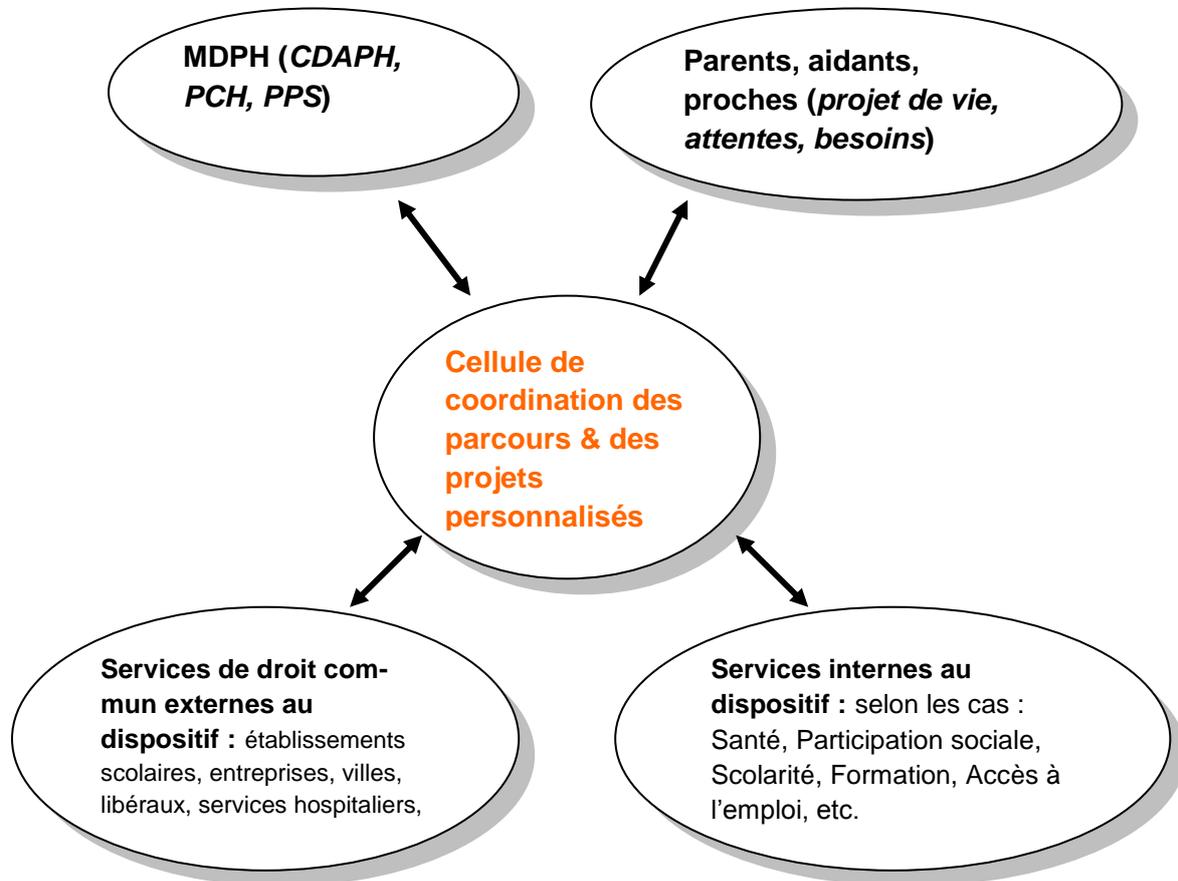
Diapo 12 : Le rôle du case manager

Questions : le case manager adapte-t-il un programme général à une situation singulière ? Favorise-t-il l'adaptation d'une personne à un programme ? Apporte-t-il une valeur ajoutée spécifique dans un champ de compétences ? Lequel ?

Le case manager veille en premier lieu à l'accomplissement et à la coordination d'un programme : il est sélectionner, 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 fait valoir leurs droits ;
- **Coach** (accompagnateur-conseil) : il soutient activement, conseille, remobilise la personne bénéficiaire.

Diapo 13 : Le rôle d'interface du case manager



Diapo 14 : Un questionnement des organisations

Le case management s'inscrit dans une **autre configuration organisationnelle** que l'établissement classique puisqu'il suppose :

- 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.

Diapo 15 : Le dépassement du concept d'établissement traditionnel.

Protocole d'accord intitulé : « *Parcours résidentiel et parcours de vie des personnes : vers une refondation* »

Les Conseils Généraux, représentés par l'Assemblée des Départements de France (ADF) ont invité les principales organisations du secteur du handicap en février 2012 afin de débiter un cycle de réunions et de négociations dans le but, sur le fondement d'un constat partagé, de faire des propositions communes sur les « parcours résidentiels des adultes handicapés dans le cadre de leurs parcours de vie ».

« 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 permette 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 16 : Les plates-formes de services représentent de nouvelles « organisations intelligentes ».

Au sens littéral, l'*organisation intelligente* doit posséder une grande **plasticité organisationnelle** afin de s'adapter à son environnement.

Elle présente :

- 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 par la qualité** permettant une amélioration continue en responsabilisant tous les acteurs et en mobilisant toutes leurs idées et suggestions.

Diapo 17 : 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 **mutation**.

Concrètement, ce type de plate-forme 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 18 : Un exemple de plate-forme de services



Diapo 19 : Des prérequis aux nouvelles configurations

Bien entendu, deux prérequis s'avèrent indispensables afin d'officialiser le dispositif plate-forme :

- un financement par CPOM
- l'orientation par la MDPH vers un dispositif (et non plus vers des ESSMS).

Diapo 20 : 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 », diversité des 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 21 : Réunir les prérequis

Et plus précisément...

- Comment 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