

« Plates-formes de services. Un nouveau modèle d'organisation pour l'action médico-sociale »

Article parue in *Gestions hospitalières*, n°557, juin/juillet 2016.

La *plate-forme de services* s'inscrit dans une quête de nouvelles organisations qui puissent répondre aux exigences induites par les grandes dynamiques du nouveau contexte sociétal (tel que nous l'évoquons dans notre dernier ouvrage¹). Ce contexte entraîne inéluctablement le recul d'un modèle historique et la recherche de solutions alternatives, à la fois plus adaptées à l'évolution des mœurs et des attentes des bénéficiaires et moins coûteuses, en un mot, plus *efficientes*. Ce processus de « transition historique » a déjà commencé à se déployer dans le secteur sanitaire et touche progressivement le secteur médico-social.

Des organisations intelligentes, souples et adaptatives

La notion de parcours personnel, fait d'aléas et de diverses situations évolutives, qui remplace progressivement celle de filière d'établissements et de services, rend caduque la logique institutionnelle traditionnelle. L'imposition grandissante du *mainstreaming* et le fait d'opérer dans un environnement rendu infiniment plus complexe plaident pour une nécessaire coordination entre une grande diversité de partenaires et la constitution de dispositifs souples et adaptatifs – des *plates-formes de services*.

Les plates-formes de services représentent ce que nous avons appelé de nouvelles organisations intelligentes² car celles-ci doivent précisément savoir lire leur environnement et s'y adapter rapidement, et donc posséder une *plasticité organisationnelle*. Nous mesurons toutefois aujourd'hui l'immensité du chantier de déconstruction progressive qui se présente à notre pays afin de passer d'un modèle à l'autre, compte tenu de la viscosité culturelle des mentalités qui peut en freiner la mise en oeuvre. Tout ceci explique la lenteur relative de la mutation.

Les plates-formes de services ont fini par être officiellement prônées en 2012 par un protocole d'accord sur « Le parcours résidentiel des adultes handicapés dans le cadre de leur parcours de vie » passé entre l'Assemblée des départements de

¹ J.-R. Loubat, J.-P. Hardy, M.-A. Bloch, *Mettre en œuvre une plate-forme de services en action sociale et médico-sociale*, Dunod, 2016, préface de Denis Piveteau.

² J.-R. Loubat (2014). « Qu'est-ce qu'une organisation intelligente ? » in ASH n°2847.

France³ (ADF) et les grandes fédérations du secteur du handicap (APF, FEGAPEI, FEHAP, AFIMC, APAJH, UNA, GEPSO, etc.), protocole repris et entériné par la CNSA le 23 avril 2013. Le rapport Piveteau⁴ laboure le même sillon quand il évoque « qu'il faut passer d'une logique de place à une logique de dispositif ou de plate-forme [...] déployer une offre modulaire... »

L'appellation de *plate-forme de services*, terme tendance et largement adopté, mérite cependant d'être davantage définie car l'on peut y associer diverses réalités organisationnelles. L'histoire récente du secteur médico-social nous montre quelques évolutions organisationnelles significatives qui tendent progressivement vers l'idée de plate-forme sans en être tout à fait pour autant (voir plus loin). Soyons clairs : une plate-forme intégrale s'avère encore difficile à mettre en œuvre pour des raisons très concrètes d'ordre administratif, législatif, financier, technique et culturel. Nous avons pour l'instant plus largement affaire à des rapprochements de structures qui tendent vers le modèle plate-forme, voire des hybrides, des semi-plates-formes, comme le montrent de nombreux appels à projets.

Il convient donc de comprendre la logique d'un tel modèle et de passer les seuils nécessaires afin d'être prêt à franchir le Rubicon lorsque les divers prérequis et conditions indispensables seront enfin réunis. Notons qu'un certain nombre d'opérateurs avancés ont déjà produit des dispositifs innovants et sont tout à fait prêts à s'engouffrer dans les ouvertures qui pourront leur être proposées.

Définition(s) d'une plate-forme de services :

Pour notre part, « une *plate-forme de services* représente une entité cohérente possédant un statut unique regroupant, pilotant et coordonnant divers services complémentaires afin d'accompagner dans leurs parcours respectifs des destinataires communs. »

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, qui a mené une exploration de diverses définitions existantes, notamment dans le domaine de la santé, évoque ceci dans notre ouvrage commun déjà cité :

³ Dont Jean-Pierre Hardy a été le délégué durant ces années là.

⁴ Denis Piveteau, *Rapport de la mission sur le « Droit à un parcours sans rupture pour les personnes en situation de handicap »*, 2014.

« En 2013, une équipe de recherche australienne (Lee et coll.)⁵ a voulu établir une définition du concept de plate-forme de service. Parmi les 125 documents répertoriés, ils ont pu mettre en évidence quatre utilisations différentes de la notion de plate-forme de service :

1^{ère} 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*) ;

2^{nde} 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 service*s) ;

3^{ème} 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*) ;

4^{ème} signification : Une plate-forme 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*).

Lee et coll. se sont concentrés sur la première signification et les documents associés. N'ayant pu identifier de définition précise de cette notion à travers les travaux recensés, ils ont alors décidé d'en établir une, qui a été soumise pour avis à neuf décideurs en politique de santé des secteurs public, privé lucratif et non lucratif, et qui est la suivante : "Une plate-forme de service est un groupement de services inter-reliés qui sont semblables en termes de type de ressources mobilisées et qui constitue un composant d'une palette d'offre de soins et d'accompagnements". »

Rationaliser l'offre : passer d'une myriade de structures à des dispositifs

Pour comprendre ce qu'est une plate-forme, il convient tout d'abord de rappeler quelques étapes historiques concernant les organisations du secteur médico-social. Nous avons tout d'abord connu une époque de multiplication des établissements qui couvre tout particulièrement la période de la naissance des associations parentales (les années 50/60) qui ont impulsé ce passage de la psychiatrie aux institutions qui allaient devenir médico-sociales. Au cours de cette période, a surgi ce que nous appelons le modèle des *complexes* qui consistait à regrouper divers établissements complémentaires sur un même site. Puis vint l'ère des *pôles*, regroupant plusieurs établissements du même champ d'intervention sous une même direction, qui se

⁵ 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.

concrétisa à la fin des années 90 et au début des années 2000. L'ère des *matrices* a plus récemment inspiré certains opérateurs sous la double contrainte du regroupement d'établissements et de l'affirmation d'une logique de territoires.

Aujourd'hui, nous héritons d'une immense complexité due à la production compulsive d'établissements et de services (SAVS, SESSAD, SAMSAH, SAMN, SAAME, SPASAD, SAPAD, SAAAIS, SAD, SAED, SAAD, SSIAD, etc., etc.)... Jean-Pierre Hardy rappelle que le Code de l'action sociale et des familles identifie plus de 80 catégories d'ESSMS⁶ répertoriées dans le fichier national FINESS et que nous sommes passés de 32.200 ESSMS en 2002 à 44.580 en 2014 !

Dépasser le concept d'établissement pour redéployer et simplifier l'offre, voilà bien l'enjeu et la condition sine qua non de l'instauration d'un nouveau dispositif dont se réclame la plate-forme. Mais c'est précisément ce mouvement de déconstruction institutionnelle qui représente le processus mental le plus délicat dans le changement en cours, car ce ne sont pas tant les murs physiques des établissements qui sont résistants que ceux qui sont dans les esprits des acteurs (les certitudes, les habitudes, les catégories, les territoires, les identités corporatistes). Face à l'ampleur du défi, la puissance publique procède par étapes : notons que les dispositifs expérimentaux des ITEP d'une part et du PAERPA d'autre part prendront fin tous deux en 2017. Ils ont à l'évidence vocation à servir de modèle et à être généralisés.

Comme pour tout concept innovant, la plate-forme encourt un risque de dénaturation car la nouveauté dérange objectivement et l'on tente alors, plus ou moins consciemment, de la réintégrer dans l'existant et de lui faire perdre son caractère résolument réformateur.

Une plate-forme de services requiert un *reengineering*

La juxtaposition de structures ne crée pas pour autant une nouvelle entité qualitative, même si elle peut constituer une étape vers une réorganisation plus ambitieuse. Par conséquent, une plate-forme ne peut se réduire à un simple rassemblement d'unités préexistantes mais doit représenter une **reconfiguration** obéissant fondamentalement à une autre logique : une logique centrée sur la personne bénéficiaire (*client-centered approach*), son projet de vie, ses attentes, ses capacités, ses ressources, son développement (*empowerment*) et son parcours. Or cette logique remet en cause précisément le mode de fonctionnement institutionnel classique, plutôt gyroscopé sur lui-même, et il ne peut donc s'agir de prolonger simplement un mode d'organisation traditionnel, en l'amendant éventuellement, mais

⁶ ESSMS : établissement et service social ou médico-social.

d'en concevoir un radicalement nouveau – d'où le processus de désinstitutionalisation en marche. Ce qui est précisément l'objet du *reengineering*.

En effet, le *reengineering* (en français : réingénierie) consiste à re-conceptualiser radicalement une organisation et ses processus afin d'en repenser le fonctionnement pour améliorer son efficacité globale, qu'il s'agisse de la qualité de ses produits, de son processus de production, de sa communication, de sa distribution, etc. Cela peut parfois se faire en partant d'une feuille blanche et d'un brainstorming ! L'invention est une révolution – la fameuse destruction créatrice – et non pas le prolongement d'un modèle. Ce qui suppose une rupture conceptuelle et cognitive qui amène les tenants de la réingénierie à adresser aux managers ce message en apparence déroutant et paradoxal : si vous voulez pratiquer la réingénierie, ne cherchez plus à améliorer ce qui peut l'être dans votre système organisationnel car l'amélioration ne fait que prolonger la vie du système, alors qu'il s'agit d'en changer.

« Lors d'un *reengineering*, on commence par déterminer ce qu'une entreprise doit faire avant de dire comment elle doit le faire. Le *reengineering* ne tient rien pour acquis. Il ignore ce qui est et s'attache à ce qui devrait être », évoquent avec audace Michael Hammer et James Champy⁷.

C'est exactement ce que prône Frédéric Bizard dans le domaine de la santé : « Un changement d'approche dans la réflexion est nécessaire dans la mesure où il faut remettre en cause les concepts traditionnels : patient, médecin, hôpital, consultation, généraliste, spécialiste, infirmière, chirurgie... ces derniers ont été pensés dans un monde qui n'existe plus, ce qui conduit à repenser chacun de ces concepts. Qu'est-ce qu'un patient ? Qu'est-ce qu'un médecin ? Qu'est-ce qu'un hôpital ? Qu'est-ce qu'une consultation ? L'objectif est de mettre en adéquation la pensée médicale avec les pratiques médicales, de repositionner les composantes dans le nouvel environnement... »⁸

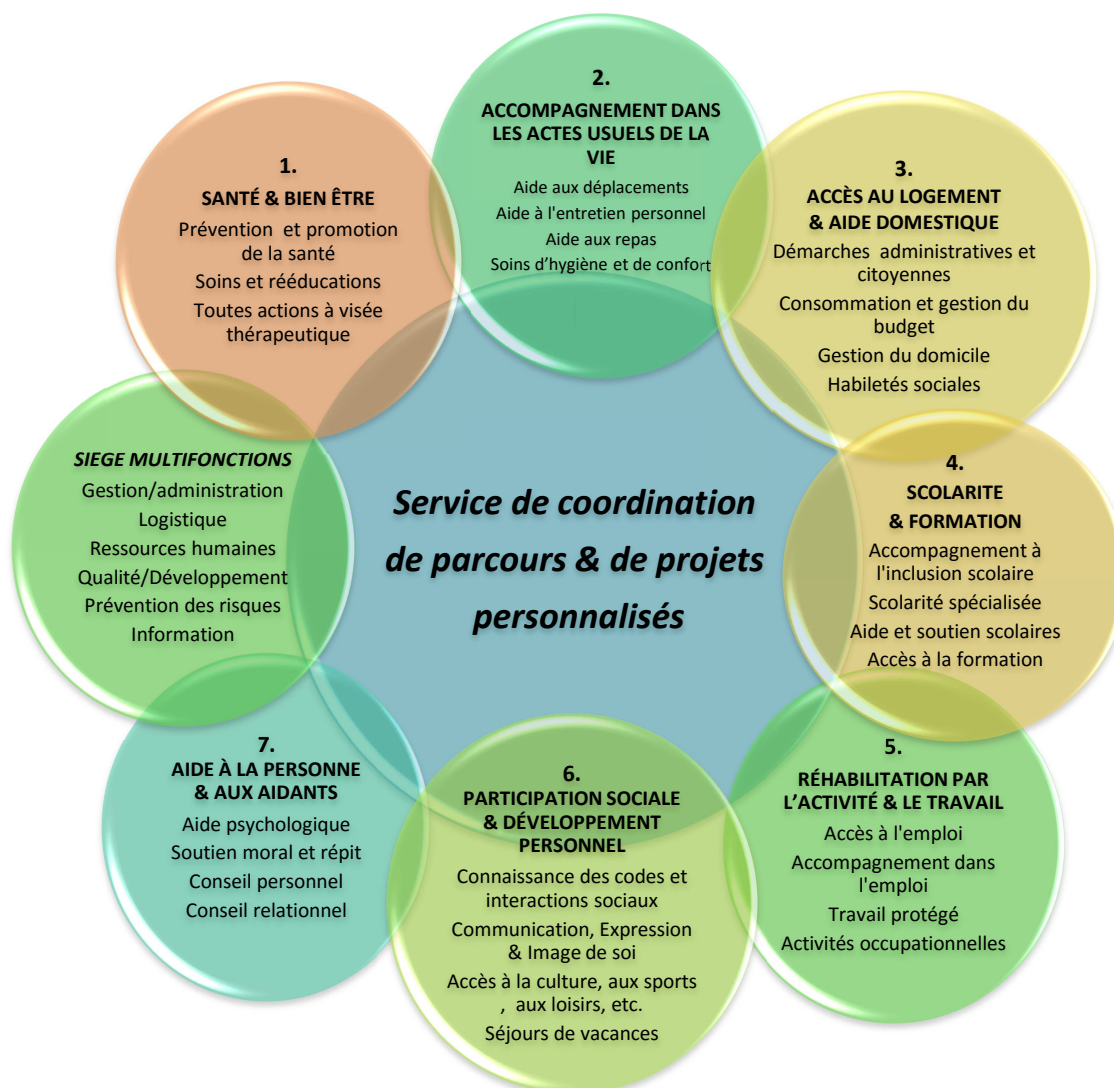
La mise en place d'une véritable plate-forme de services relève bien de la réingénierie car elle nécessite de fait une « nouvelle façon de voir », une autre conception de l'offre de services et un mode de fonctionnement radicalement différent des établissements et services traditionnels. C'est d'ailleurs pour cette raison que cette nouvelle configuration s'avère pour l'instant encore largement virtuelle : en effet, si la plate-forme de service figure dans l'intitulé de nombreux colloques, si elle est de plus en plus présente dans les écrits, si elle est appelée de ses vœux par tel ou tel appel à projets, cette dernière s'avère encore difficile à mettre en œuvre sous sa forme intégrale dans le cadre administratif actuel.

⁷ M. Hammer et J. Champy, *Le reengineering*, Paris, Dunod, 2000. Ancien professeur au MIT, Michael Hammer est le créateur du concept même de *reengineering*. Son ouvrage, écrit avec James Champy et paru en 1993 aux USA, a été un best-seller de la littérature managériale. Hammer est considéré comme l'une des principales têtes pensantes du management moderne.

⁸ F. Bizard, *Politique de santé. Réussir le changement*, Paris, Dunod, 2015.

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

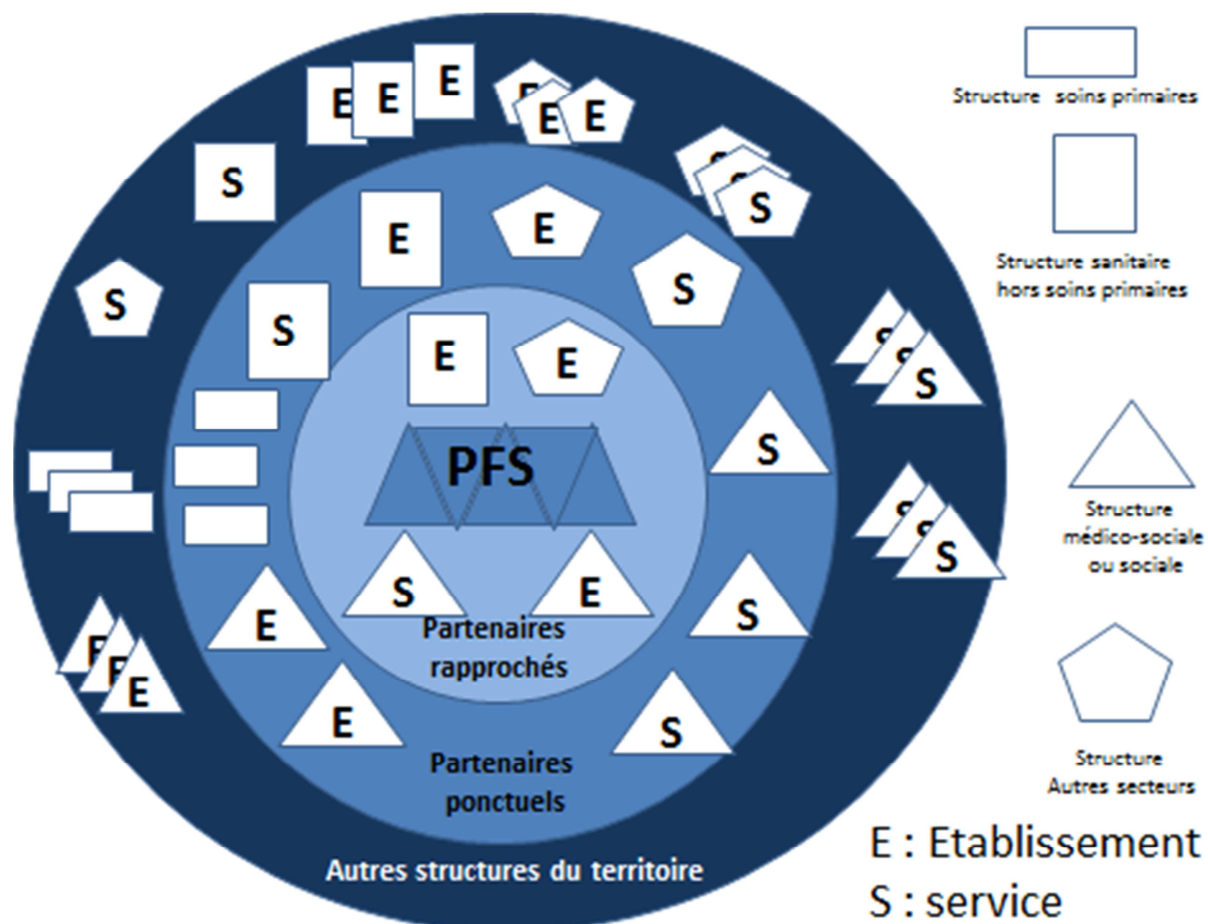
Le schéma qui suit est un exemple de représentation d'une plate-forme médico-sociale.



Une plate-forme de services

(Jean-René LOUBAT)

Bien entendu, une plate-forme de services n'est pas un système replié sur lui-même mais ouvert sur son environnement et en interaction avec de multiples partenaires. Le schéma suivant, proposé par Marie-Aline Bloch, montre parfaitement cette « organisation satellitaire » qui possède ses divers cercles concentriques.



La plate-forme de service et ses partenaires

(Marie-Aline BLOCH)

La coordination de parcours et de projets au cœur de l'offre de la plate-forme

Une plate-forme de services centrée sur les attentes et la situation du client consiste en une palette de services à la disposition de celui-ci. Cela suppose naturellement que ces attentes et cette situation sont évaluées en amont et qu'il est nécessaire d'assurer un suivi du parcours du client parmi ces divers services. C'est pour cette raison qu'un service de coordination des parcours et des projets s'avère indispensable au cœur de la plate-forme.

La coordination de parcours et de projets personnalisés s'apparente au courant plus générique du *case management* qui a engendré une multitude d'appellations et de pratiques conjointes. La coordination progresse dans tous les domaines de l'action sanitaire, sociale et médico-sociale et vise à assurer une cohérence et une continuité aux divers modes de soins et d'accompagnement.

La coordination de parcours et de projets personnalisés comme le *case management* se caractérisent par un souci d'efficience (objectifs précis, durée déterminée, évaluation systématique), par une posture centrée sur la personne et ses intérêts (*advocacy*), une relation privilégiée (*coaching*) et une recherche d'autonomie (*empowerment*) de la personne et de maîtrise du processus. Elle vise à concilier deux logiques : celle du client qui souhaite une amélioration de sa situation personnelle centrée sur quelques objectifs intéressants pour lui, celle de la puissance publique qui attend un changement de situation sociale chez le bénéficiaire dans le sens de moindres dysfonctionnements, d'une normalisation accrue et d'un abaissement des coûts sociaux. Le coordinateur est donc par essence un « diplomate », un médiateur, un négociateur, un facilitateur.

La coordination de parcours et de projets personnalisés, comme le *case management*, comprend des étapes caractéristiques :

- **l'accueil (*intake*) :**

- prise de connaissance et délivrance d'informations ;
- établissement d'une relation privilégiée.

- **l'appréciation de la situation (*assessment*) :**

- recueil des attentes et du projet de vie de la personne ou de ses proches (« *ce qu'elle souhaite* ») ;
- recueil de ses expériences (« *ce qu'elle a déjà fait ou tenté* ») ;
- recueil de ses capacités (« *ce qu'elle peut et sait faire* ») et de ses ressources personnelles et environnementales (« *ce sur quoi elle peut s'appuyer, ce qu'elle offre son environnement et ses relations* »).

- **la planification et la mise en réseau (*linking*) :**

- détermination des diverses prestations proposées par l'opérateur ou des partenaires externes ;
- détermination des moyens nécessaires mobilisés (moyens matériels et moyens humains) ;
- détermination du réseau de partenaires concerné ;
- programmation de la mise en oeuvre du projet personnalisé (étapes, délais, acteurs).

- **la mise en œuvre et le suivi continu (*monitoring*) :**

- prise de contacts réguliers avec la partie bénéficiaire pour appréciation personnelle ;

- prise de contacts réguliers avec les intervenants concernés pour appréciation du déroulement des interventions.

• **l'évaluation (*checking*) :**

- satisfaction de la personne bénéficiaire ;

- effectivité des réponses aux attentes du bénéficiaire ou résultats patents obtenus dans le cadre du projet personnalisé ;

- évolutions de la situation du bénéficiaire.

• **la sortie ou le réajustement (*reassessment*) :**

- état du parcours de la personne et perspectives.

Bien entendu, une foule de questions se posent au sujet de cette coordination : quelles sont les compétences nécessaires pour l'exercer ? Quelle formation actuelle y prépare ? Est-ce une fonction à temps plein ? Quel peut être son niveau de qualification ? Quel est son cadre d'exercice ? Comment la financer à moyens constants ou diminués ? Quid des relations avec les autres professionnels, la hiérarchie, l'environnement ? Etc. À toutes ces questions, il existe des réponses précises et expérimentées que nous abordons dans un autre de nos ouvrages (*Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale*). Nous pouvons simplement affirmer qu'il s'agit bien d'une nouvelle fonction à temps plein, faisant appel à des compétences qui exigeront à court terme la mise en place de formations spécifiques.

Des prérequis à réunir

Actuellement, deux prérequis s'avèrent indispensables afin d'officialiser concrètement l'opérationnalité du dispositif plate-forme :

- l'orientation des personnes bénéficiaires par la MDPH vers un dispositif (et non plus vers des ESSMS). Certaines MDPH commencent à pratiquer des doubles orientations (MAS/FAM par exemple), ce qui ne constitue qu'une étape ; d'autres vont déjà plus loin et orientent effectivement vers des dispositifs et des plates-formes mais nous ne sommes pas encore dans la généralisation de cette nouvelle attitude ;

- un changement de reconnaissance de la structure de l'opérateur et de mode de financement. Ceux-ci reposent actuellement sur des agréments et des budgets attachés à des établissements et services traditionnels (le CPOM est un outil de transition laissé au bon vouloir de telle ou telle autorité bien qu'il ait vocation à se généraliser). À terme, le financement des opérateurs devra, pour se montrer plus

juste, être fonction de la situation de la personne bénéficiaire à un instant t de son parcours, c'est-à-dire d'un couple besoins/prestations et obéir à une nomenclature d'actes et de ressources/compétences afférentes⁹. La plate-forme sera ainsi financée pour répondre à une situation précise et mettre en œuvre un parcours et un projet non moins précis.

Bref, c'est la reconnaissance statutaire d'une nouvelle entité qui est en jeu.

Mais demeurons optimistes en la matière, le temps fera nécessairement son œuvre. Les opérateurs tendront progressivement vers ce modèle en passant par des étapes de regroupement et de mutualisation : pôles, territoires, passerelles multiples, etc., les administrations finiront par voir où se trouve l'intérêt public.

Bibliographie :

BIZARD F. (2015). *Politique de santé. Réussir le changement*, Paris, Dunod.

BLOCH M.-A., HÉNAUT L. (2014). *Coordination et parcours. La dynamique du secteur sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod.

HARDY J.-P. (2015). *Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 4^{ème} édition, Paris, Dunod.

HARDY J.-P. (2014). *La marchandisation du social ; fausses peurs et réalité*, Paris, Dunod.

HAMMER M., CHAMPY J. (2000). *Le reengineering*, Paris, Dunod.

LOUBAT J.-R. (2013). *Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod.

LOUBAT J.-R. (2014). « Qu'est-ce qu'une organisation intelligente ? » in *ASH* n°2847.

LOUBAT J.-R. (2015). *La démarche qualité en action sociale et médico-sociale*, (2^e éd.) Paris, Dunod.

LOUBAT J.-R., HARDY J.-P., BLOCH M.-A. (2016). *Mettre en oeuvre une plate-forme de services en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod.

⁹ Tel est l'orientation du travail du groupe SERAFIN-PH, animé par Annick Deveau.