

Le faire semblant, pathologie du changement ?

(Article paru dans Gestions Hospitalières, n°615, avril 2022)

Jean-René LOUBAT, psychosociologue, consultant libéral,
président d'honneur du think tank *Parcours & Innovations*

Fabrice BOUSQUET, directeur général des PEP 74,
président du même think tank

Jean-Pierre Claveranne¹, évoquait sans ambages, lors d'un colloque organisé à Lyon par le think tank *Parcours & Innovations*, que le secteur lui paraissait « malade et miné par le faire semblant ». La question récurrente est la suivante : a-t-on affaire à une réelle ou à une pseudo-transformation ? Ne peut-on donner l'impression d'une multitude de changements pour conforter de fait un conservatisme foncier comme l'exprimait la célèbre formule du *Guépard* de G. T. di Lampedusa : « Il faut que tout change pour que tout reste comme avant. »

Le faire semblant s'est imposé comme une redoutable ligne de défense au sein des sociétés : certaines grosses entreprises sont passées maîtresses dans l'art d'utiliser une phraséologie tendance pour élaborer leur stratégie de communication et relooker leur image : *respect de l'environnement, développement durable, localisme, commerce équitable, culture bio, bien-être animal, 100 % français, totalement recyclable*, etc. sont devenus les mantras obligés de toute communication qui s'inscrivent dans la « bien-pensance occidentale actuelle » et présentent l'avantage de surcroît de ne plus parler du produit en lui-même... Les mêmes qui nous poussaient au jetable et à la consommation massive nous donne aujourd'hui des leçons de recyclage et d'économie car les profits se sont déplacés du fait de la dématérialisation qui annonce la société de demain : la cyber-société.

L'action sociale et médico-sociale n'est-elle pas en train de connaître un même processus de « green washing » ? C'est ce qu'envisage Jean-Luc Gautherot², enseignant à l'Institut de travail social Pierre Bourdieu à Pau, dont le mérite est d'aborder sans langue de bois cette question au sein de secteurs qui de par leur culture historique auto-proclamée répugnaient à se regarder en face. Qu'en est-il exactement de cette transformation de l'offre et de ce virage inclusif que l'action médico-sociale est officiellement en train de vivre ?

Un risque d'illisibilité de la transition et de perte d'attractivité

Selon nous, il convient d'éviter deux travers antagoniques : le premier est celui d'un angélisme incantatoire qui ne verrait dans ce processus de transformation que la liquidation d'un passé obsolète pour des lendemains et des slogans qui chantent (pour une « société solidaire et inclusive ») ; le second est celui d'une diabolisation absolue et d'un procès d'intention purement financier à l'égard des promoteurs de cette transformation. Autrement dit, gardons-nous de « jeter le bébé avec l'eau du bain ».

La finalité de la transformation de l'offre sociale et médico-sociale n'est pas en cause car elle s'inscrit dans un processus historique d'affirmation des droits des personnes, de défense d'une

¹ J.-P. Claveranne,

² J.-L. Gautherot, « Le modèle inclusif, juste des mots ? » in *Directions* n° 200, septembre 2021.

cause peu discutable ; rappelons que cette évolution est réclamée par nombre de mouvements militants représentatifs. D'autre part, le contexte démographique et socio-économique d'une Europe déclinante et vieillissante requiert la recherche d'optimisation des ressources et d'alternatives organisationnelles en matière de solidarité comme de santé. C'est au niveau de la méthode que le bât blesse...

Nous n'avons pas seulement affaire à une complexité coutumière de la part de l'administration française mais à un risque bien réel d'illisibilité du fait d'une véritable fuite en avant. Nous pouvons constater l'émiettement d'une transformation globale, le manque de cohérence entre les acteurs du millefeuille (chaque administration produit ses propres rapports et ses propres outils), le rajout permanent et confusionnant de nouveaux dispositifs sans pérennité aucune, la multiplication logorrhéique des textes, recommandations, décrets et circulaires. Tout cela laisserait à penser que l'on confond changement et agitation, qu'il n'existe pas de réelle planification claire de ladite transformation et que nous avons affaire à un phénomène très politique : l'obsession de gouvernants qui naviguent à vue et veulent montrer à tout prix qu'ils produisent des réformes (« le changement, c'est maintenant ») tandis que rien d'essentiel ne bouge.

Mais attention, l'échec répété des réformes et la dégradation sociétale qui s'ensuit conduisent inéluctablement à une réaction néo-conservatrice de réassurance, voire pire... Après la déception, la colère. D'autant que la période actuelle s'avère le plus mauvais moment pour mener des changements d'importance : endettement massif, chômage important, déclin tous azimuts, contraintes dues à la gestion du covid, sinistrose ambiante et climat social détestable. Les pays développés qui ont réussi leur programme de réformes l'ont réalisé dès les années 80. Ce théorème socio-politique se vérifie une fois de plus : il faut conduire les réformes dans les périodes fastes ! Malheureusement, la France paye très cher plusieurs décennies d'inertie coupable en ce domaine. Aujourd'hui, tannée par l'Union européenne et mise devant ses contradictions par l'ONU, la France tente de sauver les apparences : Madame Cluzel reconnaissant « qu'avec une politique "handicap" à part depuis 1975, les résultats ne sont pas bons. »

Bref, la complexité endémique, la production continue de messages paradoxaux et le brouillage permanent de cette transformation entraîne un climat anxigène et un risque réel – et déjà perceptible – d'incompréhension et de perte de sens. Très concrètement, ces attermoissements récurrents participent d'un processus de désillusion chez de nombreux professionnels (intervenants de terrain comme cadres et dirigeants) mais aussi chez des parents et des bénéficiaires. Cette désillusion entraîne à son tour un phénomène de fuite, de désertion et participe au manque d'attractivité de secteurs qui, au fil du temps, n'ont pas su revoir des conventions obsolètes. Elle se traduit par exemple par une difficulté de plus en plus grande à recruter à tous les niveaux dont font état nombre de responsables associatifs. L'action sociale et médico-sociale risque ainsi de rejoindre d'autres secteurs en déréliction comme l'Éducation nationale qui ne parvient plus à répondre aux exigences de postes, ou encore l'univers hospitalier dont nombre de personnels soignants quittent le navire pour se reconvertir – les médailles en chocolat et les compliments démagogiques ne leur suffisent plus...

D'autre part, les rémunérations ont décroché par rapport à la hausse des exigences et responsabilités mais aussi en fonction d'une perte de sens et de repères qui alimentent en

temps normal un sentiment d'utilité sociale. La gestion de la crise du Covid a été la (grosse) goutte d'eau qui a fait déborder le vase. Cette dernière a agi en effet comme le révélateur d'une absence totale d'anticipation et de prospective et d'une complexité administrative incohérente et illisible.

Entre concepts et réalités

Étayons quelque peu ce constat d'incohérence. Prenons trois niveaux d'exemples des plus significatifs de la transformation annoncée de l'offre médico-sociale : premièrement, la prise en compte du projet de vie et la promotion du pouvoir d'agir des personnes en situation de handicap, deuxièmement, la transformation organisationnelle des établissements et services (ESMS) en plateformes de service, troisièmement, la reconnaissance et le développement de la coordination des parcours.

La loi 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances aura bientôt 17 ans ; elle a entrouvert la porte de l'accès à une compensation choisie mais elle n'a fait que l'entrebâiller. Les délais de certaines applications ont été repoussés sine die, le projet de vie qui s'y trouvait annoncée comme la pierre angulaire de l'action médico-sociale est passé à la trappe, le parcours de vie constitue toujours une trajectoire entre divers ESMS, le projet personnalisé fonctionne rarement comme la boussole de l'accompagnement des parcours mais demeure encore très souvent un document formel interne à une structure. Si la trajectoire est un déplacement d'un point à un autre obéissant aux lois physiques de la gravité, c'est-à-dire prévisible³, le parcours, quant à lui, exprime une mobilité imprévisible faite d'aléas. La question du parcours renvoie à la course existentielle (*life course*) même de la personne et ne peut être circonscrit par le périmètre d'une ou plusieurs structures. La puissance publique n'a pas osé avancer en matière de désinstitutionalisation vers la solvabilisation des personnes – qu'évoquait le rapport du sénateur Mouiller – ni au moins proposé une feuille de route en ce sens, n'a pas pris le risque de voir lui échapper (même en partie) sa main mise sur les structures. L'*autodétermination* risque ainsi de demeurer un vœu pieux...

Le vocable de *plateforme* a été victime de son succès et risque de devenir un concept magique et flou. Les appels à projet l'évoquent abondamment sans le définir véritablement, les opérateurs usent de son pouvoir de séduction auprès de leurs interlocuteurs de l'administration publique. Il fait incontestablement partie de « l'inclusive washing » évoqué par Jean-Luc Gautherot.

Une fois encore, l'intention est affichée 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 » comme l'évoque en toutes lettres le protocole d'accord de 2012 (déjà) passé entre l'Assemblée des départements de France (ADF) et les principales organisations

³ La trajectoire induit un parcours standardisé et fléché ; du CAMSP à l'EHPAD, voire de la naissance à la mort selon l'expression consacrée d'une époque pas si ancienne. Combien d'associations médico-sociales se sont évertuées à établir toute la gamme d'ESMS nécessaires (ce qu'en économie on appelle de la « concentration verticale »).

représentatives de l'action médico-sociale⁴. Mais la réalité ne suit pas et les opérateurs innovants se heurtent à un rappel de budgets par établissements et services traditionnels de la part de leurs interlocuteurs des agences régionales de santé (ARS) qui ne sortent pas de leur logiciel. Bien sûr, il y a ici ou là des expérimentations intéressantes, tenant à des personnalités, mais rien ne s'inscrivant dans une stratégie cohérente à même d'infléchir le système dans son ensemble.

Quant à la coordination des parcours, elle est présentée comme indispensable par le protocole déjà cité qui pose les bonnes questions (sans toutefois y apporter de réponses) :

« [La logique de parcours] impose une véritable coordination des acteurs : autour de la personne handicapée pour appréhender la diversité de ses besoins ; mais également pour construire et fournir l'offre diversifiée de services adaptés et adaptables. C'est une coordination de l'orientation et du suivi des parcours. [...] La question se pose alors de savoir s'il faut, comme dans le secteur des personnes âgées mais également celui de l'insertion ou du logement (sans parler de la notion de gestionnaire de cas dans le cadre du plan Alzheimer), favoriser l'émergence d'une fonction de coordonnateur / gestionnaire de parcours ? S'agit-il d'un nouveau métier à créer ? Quelles compétences nécessaires ? Faut-il une personne ressource qui ait autorité sur les institutions et les professionnels ? Doit-il être internalisé au sein de la plateforme de services, mais avec une séparation fonctionnelle ou doit-il être un tiers extérieur neutre ? »

Pourtant, là encore, aucune suite, aucune reconnaissance officielle, aucune doctrine claire, sinon la multiplication de terminologies possibles selon les acteurs. La coordination de parcours n'a pas de sens – hormis technocratique – si elle consiste uniquement à réguler des ajustements entre structures au sein du seul environnement médico-social et si elle ne se met pas fondamentalement au service (exclusif) de la personne bénéficiaire dans son environnement propre et en fonction de son projet de vie. L'organisation médico-sociale n'est qu'un moyen, pas une fin. C'est bien cette révolution copernicienne qui a du mal à se réaliser...

Faire au lieu de dire en évitant la doctrine des *Shadocks*

L'administration française a l'habitude de commanditer nombre de rapports – généralement de très bonne qualité d'ailleurs bien que très volumineux – mais aussi de les oublier ou de les rétrécir rapidement... Le rapport Vachey-Jeannet aura bientôt 10 ans, le rapport Piveteau 8 ans, le rapport Mouiller 4 ans. Fallait-il produire un rapport paradoxal comme « Plus simple la vie » de 2018⁵ (292 pages) ou « Mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap » (238 pages) de 2021⁶, au lieu de véritablement simplifier dans la réalité ? Comment ne pas avoir le pénible sentiment que plus l'on parle de simplification dans ce pays et plus l'on obscurcit le paysage public ? S'il est certes urgent de communiquer sur la transformation de l'offre pour en expliquer le sens, trop communiquer – et surtout dans le désordre – n'éclaircit rien mais fonctionne bien au contraire comme une « pompe à brouillard ». Nous pouvons noter d'ailleurs la similitude avec la communication incompréhensible des mesures sanitaires concernant la Covid...

Cela nous amène à affirmer que la transformation médico-sociale, si elle veut être comprise et efficace, doit absolument se centrer sur sa véritable utilité sociale et la valeur ajoutée apportée à ses bénéficiaires. Le changement par le seul prisme organisationnel ou d'une

⁴ Protocole d'accord « Le parcours résidentiel des adultes handicapés dans le cadre de leur parcours de vie », adopté par la CNSA en 2013.

⁵ A. Tacquet, J.-F. Serres, « Plus simple la vie », rapport de la Direction Interministérielle de la Transformation Publique, mai 2018.

⁶ N. Le Bohic et Y. Morvan, « Mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap », rapport IGAS, mai 2021.

indispensable rationalisation budgétaire ne peut suffire. Cette utilité sociale est nécessairement réinterrogée par l'évolution des mœurs et du droit au sein de nos sociétés développées. L'institutionnalisation ne se justifie plus quand le droit commun peut apporter les réponses nécessaires par le biais d'une solvabilisation – à condition précisément de ne plus priver ce même droit commun des ressources captées par un secteur spécial. Le discours tout autant obsolète que resucé de la « valeur clinique ou contenante » de l'institution n'est plus guère recevable car ce ne sont pas les institutions ordinaires qui sont dans le collimateur (celles d'ailleurs dans lesquelles nous vivons) mais des institutions spéciales, totalisantes et ségrégatives⁷.

Mais en matière de méthode, doit-on imprimer un modèle unique sur un mode bureaucratique descendant ou laisser une part d'initiative importante aux acteurs ? Faut-il poursuivre dans la voie d'une surenchère de dispositifs selon la fameuse doctrine des *Shadocks* que l'administration française a fait sienne depuis longtemps : « pourquoi faire simple quand on peut faire compliqué ? » ?

⁷ L'Union européenne a produit des textes très clairs à ce sujet comme le rapport « Habitat et inclusion sociale des personnes en situation de handicap en Europe », décembre 2013, de D. Stokkink, économiste, conseiller du ministère belge de l'Emploi, président du think tank *Pour la solidarité*.