

CHAPITRE 8. ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES, LA LOGIQUE DE SERVICE COMME PREMIER ORGANISATEUR

Jean-René Loubat

Francis Batifoulrier, *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*

Dunod | « Guides Santé Social »

2014 | pages 173 à 202

ISBN 9782100554386

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/manuel-de-direction-en-action-sociale-et-medico--9782100554386-page-173.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Dunod.

© Dunod. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Chapitre 8

Établissements et services, la logique de service comme premier organisateur

Jean-René LOUBAT

PLAN DU CHAPITRE

1.	L'achèvement historique d'une professionnalisation	175
2.	Le marketing des services sociaux et médico-sociaux	182
3.	Le positionnement d'une entreprise de service social ou médico-social	191
4.	Nouvelles organisations de service et nouvelles pratiques professionnelles	197
5.	Conclusion : veille environnementale et capacité prospective	201

L'INTRODUCTION D'UNE LOGIQUE DE SERVICE dans un univers traditionnel, héritier historique de l'action caritative et d'une intentionnalité morale et idéologique¹, constitue l'un des principaux moteurs de la mutation systémique que les secteurs de l'action sociale et médico-sociale sont en train de vivre. Il s'agit là d'une véritable « révolution culturelle », qui tour à tour enthousiasme et suscite des résistances mais dont les conséquences s'avèrent multiples et décisives, tant au plan des relations entre acteurs et des modes d'organisation, qu'au plan des pratiques professionnelles et des formations.

C'est en effet l'émergence de politiques globales plus affirmées, en rapport avec une décentralisation et un transfert de pouvoir accrus (cf. le rôle de plus en plus important des conseils généraux et des agences régionales de santé), le souci de rationalisation financière (maîtrise des coûts), mais aussi l'évolution des besoins et des mœurs, ainsi que la pression des consommateurs, qui introduisent une nouvelle lecture de l'utilité sociale des établissements et services d'action sociale et médico-sociale.

Cette utilité ne peut plus s'établir sur la seule base d'une profession de foi ou d'une offre de places, mais sur la base d'une opportunité et d'une efficacité recherchée, c'est-à-dire de la capacité d'opérateurs à produire des « effets estimables et intéressants » pour leurs bénéficiaires en particulier et pour la société en général, bref, une *valeur ajoutée*. La demande des clients et des autres parties intéressées n'est plus seulement une attente de places, mais une espérance de promotion sociale, de développement personnel et de qualité de vie, tout cela au mieux coûtant. C'est donc désormais à une *culture du résultat*, de la performance² et de l'efficience que sont conviés les opérateurs en action sociale et médico-sociale qui découvrent par là même — bon gré mal gré — un nouveau vocabulaire et de nouvelles préoccupations.

1. L'ACHÈVEMENT HISTORIQUE D'UNE PROFESSIONNALISATION

Le « travail social canal historique », pour employer la formule chère à Jean-Pierre Hardy, obéissait à des modèles paternalistes et communautaires, et reposait génétiquement sur une doctrine que nous pouvons baptiser d'hospitalisme compassionnel, issue de la saynète emblématique de Saint-Martin partageant son manteau et mise en œuvre par Saint-Vincent de Paul et divers ordres confessionnels. Au cours du xx^e siècle, ce fondement caritatif et hospitalier de l'action sociale et médico-sociale a laissé progressivement la place à une logique d'intervention reposant sur l'expertise (notamment médicale), tout en perpétuant l'accueil institutionnel de populations définies tour à tour comme invalides, inadaptées, exclues ou handicapées, dans des conditions

1. Cf. J.-R. Loubat, « Où en est le travail social avec la religion ? », *Lien social*, n° 721, 2004.

2. La création d'une Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) par l'arrêté du 16 octobre 2009 atteste l'introduction de ce concept jusqu'alors exotique aux secteurs qui nous intéressent.

que l'on jugeait bonnes pour elles, et selon des objectifs également définis de façon unilatérale, en s'appuyant sur divers courants philosophiques, pédagogiques, cliniques ou sociologiques¹. Les dogmes, les postures et les réponses ne faisaient alors largement l'objet d'aucune véritable négociation avec les principaux intéressés : les acteurs de ces domaines agissaient dans une parfaite autolégitimation vis-à-vis d'*usagers captifs*.

De la charité et l'État-providence à l'entreprise de service

Les secteurs de l'action sociale et médico-sociale se sont longtemps caractérisés par une marginalité de fait vis-à-vis de l'environnement économique. Descendants des paroisses, des couvents et congrégations, ou de leurs équivalents républicains, ils se sont trouvés à l'écart des contradictions de l'échange, dédouanés de tout rapport au marché et de toute espèce d'appréciation. Ne pouvant plus vivre de la seule charité, ils ont alors progressivement constitué des « secteurs dépendants » de l'État-providence, s'inscrivant dans des politiques de santé, de protection de l'enfance et de solidarité. D'où la difficulté endémique de certains de leurs acteurs à regarder en face les réalités économiques et leur tendance à oublier qu'ils dépendent étroitement de la création de richesses de leur pays. Est-il besoin de rappeler que seuls les pays riches mènent des actions sanitaires et solidaires de grande ampleur, et que la part du PIB dévolue à de telles actions dépend naturellement du taux de croissance ? Autrement dit, « l'argent ne tombe pas du ciel ». Même les croyants n'en doutent pas un instant, si nous en jugeons par l'astucieuse campagne d'appel aux dons qui a lieu dans les églises de l'Hexagone et qui reprend cette formule...

176

Cette coupure de l'environnement et du marché a également éloigné ces secteurs des besoins des populations qui leur étaient adressées et qui, dans la plupart des cas, ne venaient pas vers leurs structures de leur propre chef. Ce fait a parfois conduit les établissements sociaux et médico-sociaux à s'autoproclamer et à s'autolégitimer, à fonctionner pour eux-mêmes, sur la base de leurs propres credo, de leurs propres valeurs, voire de leurs propres lois, avec tous les risques de dérapage que cela comportait... Leur principal rapport avec la société civile était celui qu'ils entretenaient *de facto* avec les autorités alors dites « de tutelles », desquelles ils attendaient toujours plus d'argent et de bienveillante compréhension. S'en était suivi un mode de gestion opportuniste, épinglé par Jean-Pierre Hardy, qui consistait à « demander le plus possible dans une logique de surenchère sachant qu'on aura beaucoup moins », ce qui avait pour effet « d'accentuer le phénomène de déconnexion entre besoins et demandes² ».

Depuis la fin des années quatre-vingt, les secteurs social et médico-social sont donc entrés peu à peu dans ce que nous appelons leur « deuxième phase historique de professionnalisation » : c'est-à-dire celle d'une véritable organisation de leurs modes opératoires. La première phase ayant consisté en une institutionnalisation des règles du

1. Cf. le très intéressant article du sociologue P. Menchi : « L'emprise du religieux dans la mise en place des écoles en travail social », in *Forum*, n° 128, juillet 2010.

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

jeu qui a couru sur la période de la Seconde Guerre mondiale aux années soixante-dix (qui s'est notamment manifestée par la mise en place de dispositifs administratifs, l'octroi de statuts aux établissements et aux personnes, la définition de métiers, la signature de conventions, l'instauration de formations, etc.¹). Quant à elle, cette seconde phase se manifeste par :

- l'affirmation des droits des bénéficiaires (dont l'émergence de droits opposables) ;
- la contractualisation des diverses relations transactionnelles (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre les ministres concernés et les directions générales des ARS, convention pluriannuelle d'objectifs entre les associations et les autorités, contrat de séjour entre les prestataires et les usagers, etc.) ;
- une exigence de performance et de résultats ;
- un encadrement financier plus étroit et la prise en compte d'un rapport qualité/coût ;
- une *lisibilité* et une *traçabilité* plus poussées de l'activité ;
- la mise en place d'outils managériaux ;
- l'intégration des services dans un cadre commun, tant au plan légal qu'économique (c'est par exemple l'ouverture des marchés sous la pression de l'Europe) ;
- la mise en concurrence et le recours à l'appel à projets (en remplacement des CROSMS ou comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale).

L'émergence de la concurrence

En somme, cet achèvement de la professionnalisation d'un univers bénévole, qui s'est effectuée par étapes, réalise l'intégration des structures d'action sociale et médico-sociale dans l'univers de services d'une société postindustrielle. Celles-ci y occupent d'ailleurs une place de plus en plus centrale, importante et incontournable, puisqu'elles représentent de surcroît le principal gisement d'emplois de la décennie à venir, selon les propres chiffres du commissariat au Plan et de la DARES (direction de la recherche du ministère de l'Emploi)². Autrement dit, les secteurs de l'action sociale et médico-sociale traversent une période de mutation décisive qui n'est que le prolongement et l'accélération des logiques des politiques publiques posées depuis les années quatre-vingt, mutation qui s'avérerait par conséquent parfaitement repérable³.

1. Ce fut la mise en place des DDASS, CREAL, CDES, COTOREP, CROSS, l'émergence des syndicats employeurs, la création de diplômes professionnels, la fameuse loi de 75, les conventions de 51, 65 et 66, etc.

2. Les secteurs social et médico-social comptent aujourd'hui environ 32 000 structures, offrent 1 050 000 places d'accueil et emploient un demi-million de salariés en équivalents temps plein. Ils représentent par conséquent un des plus importants secteurs de l'économie française.

3. « Qui peut contester le bien-fondé d'une reconfiguration des services déconcentrés de l'État, devenus exsangues au fil des années ? » reconnaît Jean-Yves Gueguen dans son introduction de *L'Année de l'action sociale*, Paris, Dunod, 2010.

Cette inclusion dans la société ordinaire se manifeste en particulier par une concurrence qui s'affirme jour après jour, pas seulement entre opérateurs associatifs mais entre diverses variétés de réponses : les familles d'accueil, par exemple, concurrencent sérieusement certains établissements d'action sociale ; des services d'accompagnement concurrencent les foyers traditionnels ; de nouveaux prestataires à but lucratif prennent position, etc. « L'approche concurrentielle sera-t-elle dans l'avenir une opportunité ou une menace pour les organisations sociales et médico-sociales en France ? » questionnent avec pertinence Jean-Marie Descamps, Daniel Sentein et Laurent Sentein, dans leur « vision concurrentielle du secteur social et médico-social¹ », avant de poursuivre : « Pour nombre d'acteurs du secteur centrés sur leurs missions d'intérêt général, le concept même de concurrence reste incongru. Pourtant, les pouvoirs publics et le législateur prônent le développement de l'efficience des établissements et la comparaison de leurs performances pour optimiser les fonds publics destinés aux plus démunis. La concurrence serait l'apanage de la solidarité en favorisant la performance et la réduction des coûts. » Selon nous, cette concurrence n'est pas à craindre mais doit constituer une stimulation entre les diverses offres de service : elle amènera nécessairement une réflexion sur les positionnements respectifs des divers opérateurs dans le sens d'une meilleure écoute des besoins, d'une plus grande diversification des gammes de réponses, d'une plus grande spécialisation des actes professionnels, d'une utilisation plus optimale des savoir-faire et, pour finir, d'une élévation de la qualité. Le seul bémol est que l'arbitre de cette concurrence n'est pas uniquement le client mais un décideur politique ou administratif qui peut avoir tendance à privilégier systématiquement le moins coûtant au lieu du meilleur rapport qualité/coût²...

C'est ainsi que les opérateurs du secteur social et médico-social abandonnent progressivement les caractéristiques historiques des établissements traditionnels pour adopter les préoccupations et les techniques de n'importe quelle organisation entrepreneuriale, pour peu naturellement qu'on les adapte au contexte et à la vocation des structures qui nous intéressent. Car même si une entreprise de service à caractère social ou médico-social ne possède pas de finalité lucrative, elle vise bien une gestion optimale des ressources et la meilleure performance possible ; même si elle ne souhaite pas absolument conquérir des marchés ou des parts de marché, elle tend bien à répondre au mieux aux besoins de ses différents clients ; et quand bien même elle ne se considère pas dans un secteur concurrentiel, elle doit bien souffrir la comparaison avec d'autres entreprises ou dispositifs et se préoccuper de qualité ; enfin, dans tous les cas, elle doit recruter, motiver, gérer, former des personnels, mettre en place des procédures de travail, communiquer avec ses partenaires, etc.

Bref, les convergences de préoccupations l'emportent largement sur les divergences, pour peu qu'on laisse de côté les facteurs purement culturels. Point de vue qu'entérine

1. In *Prospectives sociales et médico-sociales* (œuvre collective sous la direction de J.-M. Descamps, D. et L. Sentein), Montpellier, Éditions Espace Sentein, 2010. Ouvrage qui propose un ensemble de visions pluridisciplinaires sur les évolutions sociétales à venir pouvant avoir des incidences sur les secteurs de la santé et de la solidarité.

2. Comme le fait remarquer Arnaud Vinsonneau, adjoint au directeur général de l'UNIOSS, in « Loi HPST : quel impact pour le secteur social et médico-social ? », *L'Année de l'action sociale*, Paris, Dunod, 2010.

d'ailleurs aujourd'hui l'approche européenne en matière d'aides des pouvoirs publics aux entreprises :

« Ainsi une association sans but lucratif exerçant une activité économique d'intérêt général et sollicitant un concours financier sera qualifiée d'entreprise au sens européen et soumise à la réglementation des aides d'état pour son activité économique¹. »

Nous pouvons donc aujourd'hui sans rougir, et sans risquer pour autant de perdre son âme, parler « d'entreprise de service » lorsqu'on désigne un opérateur s'efforçant de répondre aux besoins de bénéficiaires dans un cadre contractuel, que ses bénéficiaires soient ou non en situation de handicap, et qu'il s'agisse ou non d'action labellisée comme relevant de l'action sociale ou de l'action médico-sociale...

Les termes législatifs d'une révolution culturelle

La transformation du cadre de vie traditionnel d'une « institution totale² » en *prestations* identifiées et délimitées dans le temps et l'espace, assurées aux bénéficiaires selon leurs attentes et leurs besoins, dessine un tout nouveau contexte de relations, fondé sur la *transaction* entre des parties et non plus l'assumption d'un devoir-être. Ce mode transactionnel, consubstantiel à la relation de service, se traduit notamment par le *libre choix*, la *contractualisation* et la *personnalisation* des prestations proposées. C'est en ce sens que la loi 2002-2 assure à la personne concernée :

« Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé » (article 7).

La même loi pose deux exigences :

« Un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel » (article 8).

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

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

1. « La nouvelle convention pluriannuelle d'objectifs », Véronique Baudet-Caille, *Directions*, n° 77, sept. 2010.

2. Au sens du sociologue américain Erving Goffman (*Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1968).

Le choix européen du *mainstreaming* impose donc un nouveau cadre de droit commun qui a pour conséquence de modifier le statut d'exception des personnes concernées, et partant, les relations qu'elles peuvent entretenir avec les opérateurs et leurs professionnels. Ainsi, la loi 2005-102, « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », entérine ces avancées et prône l'accès des personnes en situation de handicap, quel que soit leur âge, à toutes les institutions ouvertes à la population, ainsi que l'opportunité pour elles de vivre dans leur environnement ordinaire de vie, de scolarité ou de travail :

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

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

[...] L'action poursuivie vise à assurer l'accès de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte handicapé aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et son maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie. Elle garantit l'accompagnement et le soutien des familles et des proches des personnes handicapées » (article 2).

Les effets pratiques de cette révolution galiléenne — qui consiste à mettre la personne bénéficiaire au centre des dispositifs — s'avèrent multiples et considérables. Les bénéficiaires des services sociaux et médico-sociaux n'apparaissent plus, en premier lieu, comme des patients, des inadaptés, des handicapés, des flux de population déplacés et ventilés, bref, des sous-citoyens, mais des interlocuteurs à part entière, acteurs de leur destinée, des *clients* face à une offre de services, voire des *employeurs* du fait de leur *solvabilisation*. Ce saut statutaire sans précédent n'aura échappé à personne.

En effet, la loi 2005-102 instaure le principe de la prestation de compensation :

« La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quelles que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie.

[...] Cette compensation consiste à répondre à ses besoins...

[...] a droit à une prestation de compensation qui a le caractère d'une prestation en nature qui peut être versée, selon le choix du bénéficiaire, en nature ou en espèces » (article 11).

ainsi que la libre utilisation de cette compensation :

[...] (la prestation de compensation) peut être employée, selon le choix de la personne handicapée, à rémunérer directement un ou plusieurs salariés, notamment un membre de la famille [...], un service prestataire d'aide à domicile, ainsi qu'à dédommager un aidant familial...

[...] La personne handicapée remplissant des conditions fixées par décret peut employer un ou plusieurs membres de sa famille, y compris son conjoint, son concubin ou la personne avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité...

[...] Lorsqu'elle choisit de rémunérer directement un ou plusieurs salariés, la personne handicapée peut désigner un organisme mandataire... La personne handicapée reste l'employeur légal » (article 12).

Ce statut de client de fait accordé progressivement aux bénéficiaires des actions sociales et médico-sociales, à l'instar du secteur sanitaire, place ceux-ci en position de partie contradictoire, soulignant ainsi leurs droits et leurs possibilités de recours, mais également en position de choisir davantage leurs prestations et leurs prestataires en faisant jouer la concurrence — même si leur choix de fait est parfois limité par l'insuffisante diversité de l'offre.

Dans le même ordre d'idées, la recommandation européenne en matière de *désinstitutionalisation* ne fait que retranscrire cette volonté des personnes en situation de handicap de bénéficier de services au plus près de leur environnement et non plus d'être pris en charge par un « système de développement séparé » :

« Le Comité des ministres recommande aux gouvernements des États membres de prendre toutes les mesures législatives, administratives et autres adaptées à cette situation et respectueuses des principes énoncés en annexe de la présente recommandation, afin de remplacer l'offre institutionnelle par des services de proximité dans un délai raisonnable et grâce à une démarche globale¹. »

Cette volonté des personnes de devenir actrices de leur vie et, du même coup, leur propre commanditaire de services, s'exprime pleinement dans l'émergence du concept de *projet de vie*. La loi du 11 février 2005 présente ce dernier comme une notion indispensable. L'engagement de la loi est des plus ardents, puisque le projet de vie y est mentionné dans plus de 10 articles ! Elle précise notamment :

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

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

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

Mais le projet de vie a pour l'instant quelques difficultés à se mettre en place², comme l'a souligné avec beaucoup de lucidité la Commission sénatoriale menée par Paul Blanc, parce que précisément « l'individualisation totale de la prestation de compensation et l'évaluation des besoins en fonction du projet de vie des personnes constituent une révolution pour les gestionnaires car elles supposent de sortir de la logique uniquement administrative et comptable qui préside encore trop souvent au calcul des droits des personnes concernées³ ».

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

2. Cf. à ce propos l'article de M. Bechtold et J.-R. Loubat : « Il faut faire vivre le projet de vie ! », ASH, n° 2645, 5 février 2010.

3. P. Blanc, rapport n° 359 de 2007 : « Loi handicap : pour suivre la réforme... ».

Pourtant cette révolution culturelle n'a rien d'irréaliste et se met déjà en place au sein des opérateurs les plus en pointe, ceux qui interrogent leurs positionnements, leurs prestations et leurs organisations et débouchent ainsi sur de nouveaux projets, de nouveaux services et de nouvelles organisations. C'est ainsi que se dessine un vaste secteur de services aux personnes, réactif, imaginatif, allant de pair avec l'émergence d'un *marketing des services sociaux* afin de prétendre à un meilleur ajustement de l'offre et de la demande.

Instaurer des relations de réciprocité, des transactions plus lisibles, plus traçables et plus cohérentes, entre prestataires et bénéficiaires, tel est donc le pari engagé par l'émergence de cette nouvelle action solidaire dont les cadres sont posés par des textes déterminants, entre autres par les lois du 2 janvier 2002, du 4 mars 2002, du 11 février 2005 et du 21 juillet 2009 (dite loi HPST) et leurs décrets d'application. Mais les lois impulsent (ou parfois répulsent) des changements mais elles n'en représentent que les cadres d'exigence ; seules la volonté et l'intelligence des acteurs mettent réellement en œuvre les grands bouleversements des sociétés et de l'histoire. Ce sont donc ces qualités avant tout qui vont se trouver sollicitées par les défis de la mutation dans les secteurs qui nous intéressent.

2. LE MARKETING DES SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

Le *marketing* a pénétré les secteurs de l'action sociale et médico-sociale dans les années quatre-vingt, à la suite conjuguée d'une revalorisation culturelle du modèle entrepreneurial, de la confrontation de ces secteurs protégés à la logique économique environnante et d'une revendication émergente de la part des consommateurs. Pour des raisons culturelles évidentes, le terme apparaissait jusqu'alors choquant et inadapté à un mode d'action caritatif et idéologique qui ne pouvait concevoir l'action des établissements comme relevant d'un « marché » mais la faisait découler d'une intentionnalité morale et d'une mission immanente¹.

1. L'hostilité au commerce et à l'argent puise sa source dans une doctrine catholique fondamentale, plus ou moins bien comprise, qui a longtemps présidé les secteurs qui nous intéressent, et qui renvoie entre autres à ce fameux passage des Évangiles : « Jésus entra dans le Temple, et il expulsa tous ceux qui vendaient et ceux qui achetaient dans le Temple ; il renversa les comptoirs des changeurs et les sièges des marchands de colombes. Il leur dit : l'Écriture affirme : Ma maison s'appellera maison de prière. Or vous, vous en faites une caverne de bandits. Des aveugles et des boiteux s'approchèrent de lui dans le Temple, et il les guérit. » Mathieu 21,12.

Le rapport décisif au marché

Pourtant, dès 1983, Guy Serraf écrivait dans la revue *Informations sociales* que « sans le marketing social, il n'y a pas de service public ». Et de rajouter que « si les administrations avaient le souci de servir le public, elles seraient obligées de faire du marketing social. Car il impose de prendre en compte les désirs et les besoins de la population¹ ». Sensiblement à la même époque, René Baptiste, directeur d'établissement dans l'agglomération lyonnaise, allait développer cette approche avec des spécialistes du marketing des services comme Jean-Paul Flipo et François Mayaux². On pouvait ainsi lire ses propos prémonitoires dans l'introduction de son ouvrage, *Rénover l'action sociale par le management et le marketing*, paru en 1990 :

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

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

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

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

- les usagers sont aidés à se prendre en charge ;
- le personnel est dynamique ;
- le financement en partie autonome ;
- les structures souples, évolutives ;
- la communication ciblée, volontariste ;
- le management participatif ;
- la stratégie orientée vers un développement planifié ;
- l'idéologie centrée vers la satisfaction des clients.

Qui s'en plaindrait³ ! »

Ces quelques rappels pour signifier que c'est l'ouverture du marché qui entraîne la nécessité de faire du marketing et que ce dernier n'est possible que si l'on a conscience de rendre un service, c'est-à-dire de répondre à des besoins d'acteurs dotés d'une possibilité de choix. Jusqu'alors, le « marché social » s'avérait captif et ses seules voies

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

2. J.-P. Flipo, *Le Management des entreprises de service*, Paris, Éditions d'Organisation, 1984 ; J.-P. Flipo, F. Mayaux, *Associations : réussir votre développement*, Paris, Éditions d'Organisation, 1988 ; F. Mayaux et R. Revat, *Marketing pour associations. L'efficacité au service de vos valeurs*, Paris, Éditions Liaisons, 1993.

3. R. Baptiste, *Rénover l'action sociale par le management et le marketing*, Lyon, CREAL Rhône-Alpes, 1990.

d'accès étaient des couloirs administratifs balisés par un tissu de contraintes (même s'il ne faut jamais sous-estimer le fait que même lorsqu'un marché est captif, il existe toujours des prescripteurs, des préconisateurs et des influenceurs qui permettent une stratégie marketing...).

Le marketing n'est pas une idéologie mais une discipline appliquée qui sollicite les diverses sciences humaines. « Le marketing est la fonction par laquelle l'entreprise répond aux changements de son marché et de son environnement » nous disent Gilles Marion et Daniel Michel de l'école de management de Lyon¹. Son objet est d'analyser, de structurer et de comprendre les marchés, c'est-à-dire les motivations des acteurs en direction de telle ou telle offre, quelle que soit la nature de cette dernière : qu'il s'agisse d'un produit, d'un service, d'une idée, d'un message ou de tout autre objet à valeur d'échange. Le marché renvoie donc à un « espace d'échange » — d'ajustement de l'offre et de la demande —, que ces échanges soient d'ordre économique, politique, culturel, intellectuel, sexuel, social, etc. N'en déplaise à ceux qui ont strictement identifié le marché au capitalisme et à l'idéologie libérale, le marché a toujours existé depuis que les hommes échangent... et ce ne sont pas ceux qui pourfendent l'économie de marché qui sont les derniers à guerroyer pour conquérir des parts de marché en matière politique, syndicale, artistique ou intellectuelle... Les partis politiques, les églises, les mutuelles ou encore les ONG font du marketing, en sollicitant les mêmes méthodologies et les mêmes cabinets que les groupes industriels. D'un point de vue psychosociologique, le marché est une métaphore du jeu social, parce que les hommes sont par définition des êtres d'échange et que tout s'échange.

Encore est-il nécessaire de distinguer le marché potentiel d'une offre, le marché réellement accessible et le marché effectivement touché. Le travail des experts en marketing et des prévisionnistes consiste précisément à comprendre et à diminuer les écarts entre ceux-ci. Tout cela renvoie à situer l'offre de service dans un univers préexistant, à définir également l'espace de vie d'une telle offre, car une offre est non seulement spatiale mais aussi temporelle : elle possède une « durée de vie ». À l'instar de tous les produits, celle-ci tend à se raccourcir régulièrement, car les besoins et les contextes culturels se modifient eux aussi de plus en plus rapidement : les nouveaux marchés apparaissent, évoluent ou disparaissent très rapidement, ce qui sollicite la réactivité des offreurs. Enfin, il convient d'en tracer les frontières avec les offres déjà existantes par ailleurs, car une offre est relative et comporte ses spécificités, sa « personnalité ». Toutes ces considérations n'ont rien d'exotique mais concernent complètement les entreprises de services sociaux et médico-sociaux qui nous intéressent dans cet ouvrage.

L'importance de la relation client

Le passage progressif du statut d'utilisateur captif à celui de client actif constitue un mouvement historique propre à tous les services publics ou assimilés et transcrit une

1. G. Marion, D. Michel, *Marketing mode d'emploi*, Paris, Éditions d'Organisation, 1990.

évolution culturelle des relations. Le statut de client¹ n'est en rien dépréciatif, bien au contraire, il octroie aux personnes un statut, des droits, une reconnaissance, des recours, une meilleure lisibilité relationnelle. La relation de service n'est pas une relation d'exploitation (une « relation de sévices ») mais une relation d'échange convenu. Les entreprises de services sociaux ou médico-sociaux fonctionnent sur des deniers publics, au motif de l'action solidaire, du fait de la situation de leurs bénéficiaires et du coût très élevé des services qu'on leur propose. Pourquoi cette spécificité interdirait-elle pour autant à leurs bénéficiaires le statut de « clients » ?

À cette question, René Baptiste apporte une réponse sans ambiguïté :

« Un service public est-il un service qui peut se permettre d'ignorer l'avis de ses clients ou est-il, au contraire, un service qui se doit d'être plus que tout autre attentif aux besoins de son public ? La question est posée aux travailleurs sociaux. Je n'entrerai pas dans une vaine polémique pour savoir si les travailleurs sociaux ont vraiment envie d'écouter leurs clients, d'adapter les réponses à leurs demandes, de solliciter leurs critiques. [...] Je préfère, car c'est la voie de l'avenir, poursuivre la promotion d'une déontologie professionnelle qui admettrait comme postulat de base qu'un client de service social est d'abord un client comme un autre². »

Précisément, l'une des particularités des services est l'importance accordée à la *relation client*, l'interaction entre prestataire et consommateur, du fait même de la dominante intangible du service qui nécessite la mutuelle présence entre le prestataire et le bénéficiaire (elle s'avère plus fugitive lorsqu'elle concerne un produit qui transite entre les parties, et beaucoup d'industriels utilisent pour ce faire des distributeurs intermédiaires). On estime, en moyenne, que 50 % des personnels d'une entreprise de service sont en contact commercial avec les clients. Dans les services d'action sociale et médico-sociale, c'est généralement beaucoup plus, voire la totalité des personnels (car les secrétaires peuvent participer à l'accueil, les agents de service conseillent parfois les résidents sur l'entretien de leur chambre, les cadres interviennent dans les relations avec les clients, etc.).

Mais comme toute relation, celle-ci n'est pas exempte d'un rapport de pouvoir qui tend à rendre la clientèle captive dès lors que son choix est limité. P. Eiglier, J. Bateson, E. Langeard et C. Lovelock³ notaient cela dès les débuts du marketing des services :

« Les relations entre clients et entreprises de services ont toujours été difficiles. [...] En fait, on est en face de conflits de pouvoirs entre les entreprises et leurs clients, de là, la volonté des entreprises de minimiser le rôle des clients et de les mettre en situation de dépendance, car la matière première « client » est difficile à gérer [...]. C'est une constante des politiques des entreprises de services que d'avoir des stratégies de captivité

1. Notons au passage que, contrairement aux idées reçues, ce terme ne contient étymologiquement aucune connotation à caractère lucratif : les *clientis* représentaient chez les Romains de l'Antiquité des personnes bénéficiant de protection de la part d'une famille notable (patricienne). On parlerait aujourd'hui de réseau relationnel...

2. R. Baptiste, *Le social mérite mieux ! Comment améliorer la qualité des prestations sociales*, Genève, Éditions des Deux Continents, 1996.

3. « Participation du client au système de « servuction » : concepts et mesures », in *Séminaires de recherche en marketing des services*, Sénanque, IAE, Aix-en-Provence, 1978.

fondées essentiellement sur le couple localisation/réglementation. La captivité amène des réactions négatives chez le client : l'entreprise se trouve en face de clients dont l'achat répété ne provient pas de satisfactions des services offerts, mais du manque de choix. »

Les entreprises de services sociaux et médico-sociaux s'avèrent plus que toute autre concernées par les constats qui précèdent, du fait même de la durée et de l'amplitude exceptionnelle des services qu'elles assurent et de la relation d'extrême dépendance qu'elles mettent fréquemment en place. À ce titre, elles doivent impérativement clarifier la nature de la relation de service entretenue avec leurs clients¹. Une entreprise peut généralement remplacer ses fournisseurs, ses salariés, ses gestionnaires, ses partenaires, mais elle a absolument besoin de ses clients ! Dont acte.

La circularité de l'offre et la demande

Nous avons convenu que la *relation client* s'avère potentiellement une relation de pouvoir, parce que chacun des acteurs a besoin de l'autre mais pour des raisons souvent différentes. La transaction constitue une convergence et une rencontre, pas une osmose ! Il est dès lors compréhensible que toute communication sur les « besoins de l'autre » puisse relever de l'intox... Ce qui nous amène à aborder cette question déterminante mais si mal traitée des besoins. Car c'est au nom de besoins supposés et parfois détournés que l'action sociale et médico-sociale s'est largement fondée de manière unilatérale. Je citerai sur ce point la très lucide et courageuse réaction d'un rééducateur en service d'éducation et de soins spécialisés à domicile :

« Les familles doivent-elles payer leur tribut en livrant leurs secrets de famille, leurs douleurs à des professionnels qui se situeraient, au mieux, en voyeur, au pire, en juge de leurs vies et de leurs manières de la mener ? Peut-on y voir l'origine du manque de pudeur que l'on peut rencontrer dans nos ESMS ? Trop souvent le travail autour d'un usager qui a besoin de rééducations précises s'amplifie pour devenir un travail sur la cellule familiale, le mode d'éducation... sans pour autant avoir un mandat des parents ! »

Le besoin résulte très souvent d'un *processus narratif* unilatéral ou dont les codes sont détenus par une seule partie, quand la parole du demandeur n'est pas tout bonnement traduite : c'est ainsi que le besoin d'améliorer sa communication devient un « besoin de séances d'orthophonie », que le refus d'un enfant face aux injonctions d'un éducateur devient « un appel au secours » et donc un « besoin d'entretiens psychothérapeutiques » autoproclamé, que « les difficultés des parents à se faire respecter par leur enfant deviennent des difficultés des parents à prendre du temps avec leur enfant² », etc., etc. Lors d'un colloque européen sur l'inclusion, un intervenant, lui-même personne en situation de handicap, devait expliquer comment il avait dû construire un discours

1. Nous pouvons citer, en contre-exemple, ces banques ou ces prestataires de téléphonie, qui noient leurs clients sous une montagne de prospectus illisibles, entraînant de l'incertitude quant aux véritables prestations offertes et une impossible comparaison entre les prestations proposées.

2. Exemple cité par le sociologue J.-F. Bernoux, in *L'Évaluation participative au service du développement social*, Paris, Dunod, 2004, p. 123.

recevable et présenter une image attendue pour des travailleurs sociaux afin de prétendre à certaines aides¹. Les sociologues américains du courant *ethnométhodologique*, ont très finement analysé les processus linguistiques qui transforment une situation, un rôle, un événement, une observation, une attente, afin de les insérer dans une situation préalablement socialement définie :

« Toute personne entre dans une situation sociale avec une identité déjà établie. Son identité renvoie à sa position ou à son statut dans la situation donnée et détermine ses droits et ses devoirs par rapport à ceux qui occupent la même position dans la même structure². »

Comment naît donc un besoin³ ? Un besoin est largement déterminé par une modification des mœurs, un phénomène culturel, l'irruption d'une nouveauté technologique, ainsi que par une donne législative et une conjoncture économique. Ces variables interagissent de manière si complexe qu'il est impossible de dire quelle est celle qui détermine ou précède les autres. C'est pour cela que l'on parle de « circularité de l'offre et de la demande », car les besoins sont des construits sociaux qui résultent de l'échange, aussi sûrement que les échanges résultent de besoins... Autrement dit, un besoin ne possède pas de réalité fondamentale, si l'on excepte, bien entendu, les besoins vitaux tels que boire, manger, respirer, excréter, dormir, se reproduire. Mais ces besoins-là, la nature y répond depuis l'origine des espèces... et ils ne dépendent donc pas nécessairement d'une activité économique. C'est la montée en puissance de plus vastes communautés humaines et de la division du travail qui a modifié la donne et précipité l'émergence d'une variété beaucoup plus importante et complexe de besoins.

Tels qu'on les conçoit aujourd'hui, les besoins sont des appétences sociales qui prennent une forme culturelle et transactionnelle à un moment donné. Les sciences sociales diront qu'ils obéissent à des problématiques humaines fondamentales, telle la recherche de distinction, de pouvoir, d'admiration, d'affection et de reconnaissance, comme le propose le psychosociologue Abraham Maslow⁴. En somme, les besoins ne possèdent en eux-mêmes aucune transcendance ni aucune légitimité particulière. Ce qu'exprime Jean de Kervasdoué, professeur de la chaire d'économie et de gestion des services de santé du CNAM, de manière lapidaire mais avec une remarquable concision :

« La notion de besoin n'existe pas. C'est un terme idéologique utilisé par quelqu'un pour imposer ses propres intérêts qu'il dissimule en les qualifiant de besoin des personnes qu'il accueille⁵. »

1. Serge Van Brakel, président de l'association belge Horizon 2000, intervenant au colloque « Personnes en situation de handicap : de l'intégration vers l'inclusion ? » dans le cadre de Mode H, 3^e forum européen de mode adaptée, Tours.

2. A. V. Cicourel, *Cognitive Sociology. Language and Meaning in Social Interaction* (trad. fr. *La Sociologie cognitive*, PUF, 1979, p. 25).

3. L'origine du terme renvoie à une petite bourse en cuir dans laquelle les pèlerins emportaient de quoi couvrir leurs premières nécessités.

4. Maslow A. H., *Motivation and Personality*, New York, Harper & Row, 1954.

5. Interview de la revue *Direction(s)*, n° 31, juin 2006.

L'immanence de besoins a fondé largement une action sociale et médico-sociale, mais aussi sanitaire, occultant cette question des contradictions et des relations de pouvoir entre des acteurs qui ne se positionnaient pas comme des prestataires et des clients : les premiers parce qu'il n'y avait pas intérêt et étaient issus d'une culture largement antiéconomique, les seconds parce qu'ils étaient soumis à des processus de labellisation qui leur échappaient complètement. Jean-Pierre Hardy soulève cette question avec lucidité :

« Si grâce à l'écologie politique, les contradictions entre producteurs et consommateurs sont désormais reconnues comme étant une tautologie, les contradictions entre travailleurs sociaux et usagers de l'action sociale restent une question taboue. Pourtant pour dépasser une contradiction, il faut au préalable admettre sa réalité¹. »

Toutefois, le fait de dénier toute transcendance supérieure aux besoins est parfois compris par les acteurs de terrain comme le refus d'une réalité. Il ne s'agit pas de dire que les usagers de l'action sociale et médico-sociale ne tirent aucune utilité de ce qu'on leur offre ou qu'ils n'ont besoin de rien, mais de convenir que l'on pourrait tout aussi bien leur offrir autre chose et que la forme de l'offre tient à un dispositif qui obéit beaucoup plus qu'on ne le pense à des considérations environnementales, idéologiques et objectivement commerciales, alors même que l'offreur social et médico-social s'en défend assez souvent... Quand un médecin prescrit des actes de rééducation parce qu'il faut donner du travail aux rééducateurs de tel établissement qui ne doivent pas se trouver au chômage technique, quand un art-thérapeute autoprescrit des séances, quand un animateur détermine les participants à son activité qu'il reconduit par tacite reconduction durant des années, cela ne veut pas dire que les praticiens concernés font preuve d'un total cynisme, mais qu'ils se trouvent objectivement pris dans un système d'intérêt qui les dépasse et qui n'a pas été fixé par eux. On se contentera de dire que « telle personne accueillie a besoin de séances de kinésithérapie, d'orthophonie, d'activités, de soins psychothérapeutiques, etc. ». Jean-Pierre Hardy dénonce les dérives possibles de ces modes de fonctionnement : « La défense de diverses prébendes se dissimule très souvent sous le masque de la prise en charge des besoins avec la prise en otage de la demande des usagers². »

Rajoutons que si le besoin ne possède pas d'immanence mais résulte d'un jeu social, alors il n'est d'aucune utilité pragmatique de distinguer entre besoins, attentes, souhaits, désirs, etc. Il ne reste, au bout du compte, que des demandes *formulées* (par le client) ou *postulées* (par le prestataire). La posture la plus honnête du prestataire consiste à privilégier les premières par la consultation, s'il veut s'extraire de l'unilatéralité dans la détermination des dits besoins.

Selon notre expérience, le déclic le plus décisif suppose précisément de passer d'une « logique d'expert » à une « logique de service », passage que nous schématisons de la manière suivante :

- **logique d'expert** : bilans (de capacités, d'observations, cliniques) ⇒ besoins ⇒ réponses ;

1. Op. cit.

2. Op. cit.

- **logique de service** : besoins \Rightarrow bilans de capacités et de ressources \Rightarrow réponses \Rightarrow évaluation.

Selon la logique d'expert, les bilans recherchent des informations dans des secteurs prédéterminés et les besoins qui en découlent s'avèrent donc unilatéralement définis dans le sens de réponses également prédéterminées par le champ de l'expert. Selon la logique de service, les besoins sont émis par le client ; en fonction de ces besoins, tel ou tel professionnel peut être sollicité. Les réponses sont adaptées aux besoins et les informations recueillies ne sont plus des préalables mais constituent des éléments de la méthodologie du ou des professionnels (des contingences de l'action qu'il lui ou leur faudra prendre en compte).

Les besoins et l'offre résultent d'une co-construction

Quand nous parlons des attentes du bénéficiaire ou de sa famille, il ne s'agit sûrement pas de leur demander de venir avec un projet tout fait, ou de déposer leur cahier des charges sur le bureau des professionnels. Comme tout un chacun, une personne qui sollicite un service (que ce soit dans un établissement social ou dans le cabinet d'un avocat, d'un architecte, d'un conseiller conjugal) ne se fait pas nécessairement une idée très précise de ce qu'elle peut attendre du prestataire et de ce qu'elle est habilitée à aborder. Comme nous l'avons suggéré précédemment, les attentes déclarées sont fonction du dispositif dans lequel se trouvent les acteurs et de l'idée qu'ils se font des rôles qu'il convient d'y jouer... Aussi, le premier travail du prestataire — qui fait pleinement partie de sa fonction-conseil — est précisément de générer un climat de confiance et de faire émerger, puis développer, les attentes du bénéficiaire jusqu'à ce qu'elles s'avèrent suffisamment lisibles et compréhensibles pour que se négocie et se contractualise une véritable relation de service.

En somme, le recueil des attentes tient à l'offre qui est proposée aux bénéficiaires : leur examen doit se faire sur la base d'un véritable *check-up* des besoins dans les différents domaines impliqués par chaque prestation de service. Ce recueil peut se faire par le biais de guides d'entretien au cours d'interviews approfondies avec les intéressés¹ et non sur la seule base d'observations impressionnistes ou de renseignements collectés. La négociation contractuelle s'avère par conséquent une véritable « co-construction », et non un simple processus de révélation ou d'entérinement de quelque chose d'existant ou de latent.

L'évolution continue des besoins

Un phénomène d'une amplitude planétaire comme la téléphonie mobile était naturellement impensable sans l'extraordinaire effort de miniaturisation des composants

1. J.-R. Loubat, « Pour une éthique et pragmatique de la consultation : partir des besoins d'un bénéficiaire est la base de tout projet personnalisé », *Les Cahiers de l'Actif*, n° 372/373, 374/375, 2008.

électroniques ; nous pourrions en déduire qu'un tel phénomène est d'abord un effet technologique. Mais cet effet ne saurait suffire, et l'innovation technologique aurait pu ne pas avoir d'intérêt ou servir à mille autres choses sans un phénomène de mœurs : l'apparition de besoins de communication constituant un marché dans lequel les populations étaient prêtes à investir démesurément. Dans un autre domaine, l'essor des plats cuisinés correspond à l'évolution du travail et du mode de vie urbain, et notamment des temps de transports (qui eux-mêmes sont liés à la croissance des villes, au prix de l'immobilier et à la séparation plus importante des lieux de travail et des lieux de vie), à l'éclatement des rôles familiaux, au travail accru de la femme et à ce qu'il est convenu d'appeler son émancipation. On mesure dès lors toute la complexité qui préside le marketing et pourquoi il sollicite l'ensemble des sciences humaines...

L'analyse sociologique permet d'anticiper des tendances lourdes et de dessiner ainsi une *cartographie marketing* de futures demandes probables. Pour ne donner que quelques exemples, nous pouvons citer :

- le marché de l'image de soi et du corps ; les sociétés développées sont obsédées par l'image de soi qui devient l'un des secteurs où les individus sont le plus prêts à investir, qu'il s'agisse des interventions de chirurgie esthétique, des produits aminçissants ou des procédés anti-vieillessement ;
- le marché de la relation ; les clubs, agences et sites de rencontre ont le vent en poupe car les rituels sociaux se sont délités en même temps que les tabous sexuels. Les rencontres sont devenues paradoxalement plus difficiles à cibler. La fragilité des couples favorise la rotation des personnes libres sur le marché, et les nouvelles technologies (Internet, téléphonie mobile, multimédias, etc.) augmentent la dynamique du marché des relations ;
- le marché des religions, de la spiritualité, du magique et du paranormal possède également un immense avenir ; dans des sociétés qui perdent tout projet et tout idéal, dans lesquelles les alternatives politiques sont devenues improbables, les croyances deviennent des valeurs refuges, les seuls systèmes culturels suffisamment soutenant et identifiants.

Ces « besoins » dessinent de nouveaux services : le *body coaching* ou *look coaching* proposent un conseil et une aide en matière de développement corporel et d'image de soi ; le *love coaching* s'adresse à des personnes estimant avoir besoin d'être aidées dans le domaine de leurs affaires amoureuses, parce qu'ils se retrouvent en situation d'isolement ou de difficultés relationnelles ; le *soul coaching* remplace les anciens directeurs de conscience et apporte un conseil spirituel aux personnes que cela intéresse, etc.

Quoi qu'on en pense, ces services concernent également étroitement les secteurs sanitaire, social et médico-social, qui vont également s'intéresser au corps, à la relation et au spirituel... Ils traitent et vont traiter de l'obésité et des déboires corporels, des difficultés que présentent certaines personnes dans leurs relations quotidiennes et des effets de la désespérance induits par une société de consommation de plus en plus individualiste et matérialiste.

Par exemple, le vieillissement de la population constitue l'un des phénomènes macro-sociaux parmi les plus remarquables et les plus influents concernant l'avenir de l'Europe

et de notre société française (les historiens et démographes font de la pyramide des âges un moteur essentiel de l'évolution ou du déclin des sociétés et des civilisations). Outre les effets économiques de ce vieillissement, il détermine l'un des plus grands marchés de service à caractère sanitaire et social que nous pouvons connaître¹. Il est clair que dans un avenir très proche, une part importante des emplois de service sera vouée à ce domaine, parmi les centaines de milliers d'aides à domicile et d'aides-soignants à recruter d'ici 2015. Certes, il faudra que le secteur des personnes âgées monte en puissance, gagne en qualité et en qualification tout en réduisant ses tarifs, ce qui peut paraître paradoxal, mais qui devra pourtant être réalisé. Actuellement, le coût de prise en charge s'avère très élevé pour un service parfois très médiocre. Devront être privilégiés l'accompagnement à domicile², l'accueil en résidences avec prestations, ou bien l'accueil en micro-résidences gérées par des particuliers.

L'évolution historique du concept de handicap déplace les futurs services à rendre et tout manager conséquent se doit d'anticiper ce mouvement : le handicap de situation, conçu depuis les années quatre-vingt comme une altération de la participation sociale, entraîne la constitution de services d'accompagnement, de conseil, de promotion personnelle et de coaching personnalisé à l'endroit des personnes concernées. Nous pouvons ainsi nous rendre compte que le positionnement stratégique d'un ESMS ne peut se passer d'une approche pluridisciplinaire des évolutions sociétales. C'est pour cela que le marketing des services sociaux et médico-sociaux a tout l'avenir devant lui...

3. LE POSITIONNEMENT D'UNE ENTREPRISE DE SERVICE SOCIAL OU MÉDICO-SOCIAL

Ce qui a précédé doit convaincre tout dirigeant d'un ESMS que la détermination du positionnement de ses services doit constituer sa préoccupation fondamentale car il détermine la pertinence et l'avenir même de son entreprise : en effet, toutes les autres questions, méthodologiques et organisationnelles, en découlent. Cet exercice présuppose toutefois une réflexion sociologique et stratégique concernant l'environnement dans lequel il va s'inscrire. Quelle que soit la nature d'un service, il est inhérent à un contexte sociétal en mouvement.

Situer son offre de service

Se positionner, c'est identifier la place occupée relativement à un marché, et plus particulièrement à un segment de marché, constitué par les personnes que l'on souhaite

1. Les plus de 85 ans (âge moyen d'entrée en maison de retraite) devraient doubler d'ici 2020 et quadrupler d'ici 2050.

2. Tel est le thème de préoccupation de la mission « Vivre chez soi », lancée par le secrétariat d'État aux Aînés et placée sous la houlette d'Alain Franco, spécialiste en gériatrie.

ou que l'on peut toucher par son offre. Cette position est soumise à une foule de contingences économiques, administratives, légales, sociales, techniques, culturelles, éthiques, etc. Le prestataire a donc un important travail exploratoire à mener quand il décide d'occuper telle ou telle position. Pour faire court, nous pouvons dire qu'il lui faut :

- définir la nature exacte de son offre ;
- identifier à quels besoins elle répond et par conséquent à qui elle s'adresse ; quel est le segment de marché qui est concerné, et qui peut avoir accès à son offre ;
- analyser le système relationnel qui l'entoure, ses contraintes, ses opportunités, ses enjeux et ses acteurs, car la particularité des services qui nous intéressent est qu'ils sont également conditionnés par des parties intéressées autres que les bénéficiaires directs : autorités de tarification et de contrôle, commanditaires publics, associations, opinion ;
- décider s'il veut maintenir en l'état son offre de service ou la faire évoluer en direction de telle ou telle tendance (nouvelles attentes, nouveaux publics, nouvelles missions).

Quand nous demandions, il y a une quinzaine d'années, à des directeurs d'établissements d'identifier leur réseau relationnel et d'en hiérarchiser les acteurs, ils plaçaient tous en numéro un les financeurs ! Ce choix illustre à lui seul l'univers (administratif) dans lequel ils se situaient... À l'heure actuelle, ils désigneraient probablement leurs clients.

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

S'il est classique de subordonner une offre de services à une analyse de besoins, force est de constater que les établissements et services sociaux et médico-sociaux (sanitaires dans une moindre mesure) ne menaient jusqu'alors aucune étude de besoins pour les raisons que nous avons invoquées précédemment. Il apparaît primordial que certaines entreprises de services (notamment les associations gestionnaires) mènent ce genre d'approche : d'une part, elles peuvent mener des enquêtes auprès des populations qu'elles accueillent déjà, mais elles peuvent aussi solliciter leur environnement via leurs adhérents et leurs multiples partenaires afin de constituer des groupes témoins, de rassembler certaines informations existantes et d'en tirer des conclusions pertinentes. Certaines associations en pointe ont réalisé ce genre d'études au moyen de divers outils (entretiens systématiques, grilles), ce qui leur a permis de définir une politique générale, de recentrer leur projet et le management de leurs établissements, mais aussi de créer de nouveaux services plus opportuns.

Capter les besoins

Les services relationnels, notamment ceux rendus généralement par des établissements sociaux et médico-sociaux, s'avèrent d'une amplitude et d'une complexité importantes : ils concernent parfois tous les domaines de la vie d'une personne (physiologique, relationnel, affectif, économique, familial, etc.), portent sur des niveaux où s'entremêle une foule de facteurs, peuvent s'étaler sur des années. Mais la principale difficulté qui se fait jour pour déterminer le service rendu par le prestataire, tient au tropisme congénital de certains professionnels à concevoir un idéal pour eux-mêmes et non une « valeur ajoutée » pour le bénéficiaire. C'est ainsi que des établissements définissent parfois leur vocation en dehors des effets réels produits auprès de leurs clients et sans être sûrs que ceux-ci sont bien en attente de tels effets. Bref, la notion de *prestation* ne fait pas partie du patrimoine historique des secteurs qui nous intéressent et elle fait encore l'objet de nombreuses incompréhensions ou confusions.

Afin de contourner cette difficulté sémantique, nous proposons bien souvent à un groupe de travail l'artifice suivant : « Si vous deviez vous installer en libéral et gagner votre vie grâce à vos clients, et que vous décidiez de leur adresser une plaquette pour les sensibiliser à votre offre, quelle formulation choisiriez-vous ? » Beaucoup de professionnels deviennent alors plus clairvoyants... Tout d'abord, cela les amène à s'adresser directement à leur véritable client ou consommateur, c'est-à-dire à une personne qui vient les voir, leur passe commande et les rémunère, et non pas à faire allusion à un usager virtuel. D'autre part, ils comprennent très vite la notion d'effet recherché et de valeur ajoutée, et sont alors mûrs pour se poser la bonne question : qu'est-ce que le client obtient de plus après la prestation qu'avant ? Car, s'ils ne peuvent établir et communiquer ce « plus », pourquoi le client viendrait-il les voir et solliciterait-il leur intervention ?

Un prospectus quelconque commence toujours par évoquer des *besoins* susceptibles de concerner des destinataires potentiels : « Vous voulez apprendre à danser ? Vous vous sentez seul ? Vous cherchez quelqu'un pour garder votre enfant ? Vous souhaitez garder la forme ? Etc., etc. » et non pas : « Je sais très bien danser et je veux absolument vous apprendre ; je vous propose de venir vous voir ce soir ; je garde tous les enfants le mercredi soir, etc. ».

Par exemple, à un tel exercice de style, un service de tutelles a répondu de la manière suivante :

Vous avez besoin d'une aide pour gérer votre budget ?

- Vous avez besoin d'aide et de conseil pour mieux gérer vos ressources, voire apurer vos dettes ?
- Vous avez besoin d'être conseillé et suivi pour une consommation mieux adaptée à vos ressources et à votre style de vie ?
- Vous avez besoin d'aide et de conseil dans la gestion de votre patrimoine ?

Vous avez besoin de protection et de représentation ?

- Vous avez besoin de voir protéger vos intérêts (tant économiques que civiques et personnels) ?
- Vous avez besoin d'être représentés pour un certain nombre d'actes civiques ?

Vous avez besoin d'un accompagnement personnalisé ?

- Vous avez besoin de voir votre situation administrative clarifiée et régularisée ?
- Vous avez besoin éventuellement de voir vos droits rétablis ?
- Vous avez besoin d'aide dans vos démarches administratives et civiques ?

- Vous avez besoin d'être accompagné dans des démarches liées à votre santé ?
- Vous avez besoin d'aide dans vos relations avec votre environnement social ?
- Vous avez besoin de réaliser un projet dans votre vie ?

Dresser la carte des prestations

Une fois définie l'utilité sociale de l'ESMS et les besoins afférents déterminés, il s'agit de dresser une cartographie des différentes prestations qu'il est en mesure de proposer et de délivrer. Ces prestations doivent être explicitées, c'est-à-dire rendues lisibles et intelligibles pour n'importe quelle personne, qu'il s'agisse d'un client, d'un membre du personnel ou d'un partenaire. Ce corpus des prestations représente le principal document de référence sur lequel toutes les autres démarches s'appuieront : communication, contractualisation, personnalisation, qualification et évaluation de la satisfaction, organisation et détermination de fonctions et procédures professionnelles.

Tout comme pour la définition de l'utilité sociale, les professionnels éprouvent parfois quelque difficulté à raisonner service, c'est-à-dire à énoncer des effets positifs recherchés pour le bénéficiaire et ont tendance à leur substituer des finalités morales ou idéales, telles que « l'épanouissement de la personnalité ou l'insertion dans la société », ou encore des objectifs professionnels comme « faire acquérir la latéralité », voire des moyens comme « proposer des séances de kinésithérapie ». D'autre part, certaines prestations ne sont pas conçues comme telles de prime abord mais sont vécues comme des évidences fonctionnelles, comme par exemple tout ce qui concerne l'hôtellerie (l'hébergement, la restauration, l'entretien du linge, les transports) ou encore les loisirs ou la protection.

Certaines prestations peuvent être considérées comme basiques et communes à un très grand nombre d'établissements (comme celles qui touchent à l'hébergement, à la protection, à la santé), tandis que d'autres prestations sont plus spécifiques à un type d'opérateur et les publics qu'il accueille (IME, foyers, ESAT, MECS, FAM, CHRS, etc.). Il est des services qui affichent des options particulières et qui proposent des prestations plus originales, mettant l'accent sur la présentation de soi, les modes d'expression, le développement personnel, la vie civique et la citoyenneté, la médiation sociale, le conseil dans différents domaines, le *love coaching*, etc.

Prenons quelques exemples et allons plus loin dans l'exercice que nous proposons précédemment en associant les prestations proposées aux besoins identifiés :

Exemple n° 1 : un service d'action sociale auprès de jeunes mères adolescentes :

- « Votre grossesse vous préoccupe ? L'idée d'accoucher vous fait peur ? Vous vous posez des questions sur votre futur bébé ? Vous vous demandez si vous allez pouvoir vous occuper de votre enfant ? Vous avez envie de partager cet événement avec quelqu'un ? Vous avez besoin d'en parler et d'être conseillée ? »

Prestation : « Notre service vous propose un accompagnement à la grossesse et à l'accouchement »

Notre service prépare la bénéficiaire à son rôle de mère et aux conséquences psychologiques et affectives de cette maternité.

Notre service aide la jeune fille à se prononcer sur sa maternité (élever soi-même son enfant, le confier, accoucher sous le secret), anticiper et assurer la venue de l'enfant dans les meilleures conditions. Il l'accompagne dans ses diverses démarches de suivi de grossesse jusqu'à l'accouchement (cours de préparation à l'accouchement, rendez-vous avec le gynécologue, la sage-femme, l'anesthésiste, examens divers).

Il informe la jeune mère sur l'évolution de sa grossesse et des effets de son mode de vie sur l'enfant qu'elle porte. Il lui prodigue, notamment, des conseils en matière d'alimentation et de sommeil, au sujet des effets de l'alcool, du tabac, des médicaments et des stupéfiants sur le bébé.

Il aide la bénéficiaire à organiser le domicile et réunir le matériel de puériculture nécessaire pour la venue de l'enfant : l'aider à préparer la chambre du bébé, lui fournir des conseils concernant le mobilier nécessaire, la layette, les couches, les biberons, etc., et l'accompagner pour réaliser ses achats.

Il aide la bénéficiaire à préparer ses affaires pour le séjour à la maternité et à faire les réservations nécessaires (chambre, téléphone, télévision, etc.). Il réalise une visite quotidienne si besoin.

Exemple n° 2 : un foyer de vie

- *Vous avez besoin d'aide pour vous lever, faire votre toilette, vous habiller ? Vous avez besoin d'être aidé et conseillé dans vos diverses démarches de soin, vos démarches administratives, faire vos achats, aller chez le coiffeur, vous procurer des papiers, pour écrire un courrier, etc. ?*
- *Vous avez besoin de conseil pour mieux gérer votre temps ? Mieux gérer l'espace ?*
- *Vous avez besoin d'être sollicité pour réaliser certains actes, prendre des décisions ? Vous avez besoin d'aide pour faire des choix ? Vous avez besoin d'y voir plus clair et d'être conseillé dans vos relations avec les autres ? Que l'on vous aide à négocier, à faire valoir votre point de vue ? Vous avez besoin d'aide pour communiquer ? Mieux exprimer et maîtriser vos émotions ?*
- *Vous aimeriez être plus informé des lois existantes pouvant vous concerner ?*
- *Vous venez d'un IME ou d'un autre établissement, vous vous trouvez dans un nouveau lieu inconnu ? Vous allez vivre en collectivité, vous n'y êtes pas nécessairement habitué, vous avez besoin d'être aidé pour se faire ? Vous allez quitter votre milieu familial ? Vous souhaitez découvrir la vie quotidienne dans un hébergement collectif ?*
- *Vous vous interrogez sur votre avenir ? Vous souhaitez des informations sur les lieux d'accueil existants ? Vous envisagez un autre mode d'hébergement ? Vous avez besoin d'informations et de conseil en ce domaine ?*
- *Vous souhaitez maintenir ou non des liens avec vos proches et parents (parents directs, frères et sœurs, autres) ? Vous souhaitez renouer des liens avec eux ? Vous souhaitez inviter des relations dans l'établissement ou dans votre chambre ? Vous souhaitez vous rendre sur la tombe d'un proche ?*

Prestation : « Notre service assure un accompagnement dans les situations usuelles de la vie »

Le foyer propose au bénéficiaire un accompagnement adapté pour réaliser des actes essentiels de la vie comme prendre ses repas, faire sa toilette, s'habiller, prendre soin de son corps. Il assure également une aide et un conseil dans la réalisation de diverses démarches : soin, achats, démarches administratives, courrier, rituels culturels, etc.

Le service propose au bénéficiaire des outils afin de mieux gérer son temps et son environnement, ainsi que différents dispositifs (groupes de parole, jeux de rôles, mises en situation, etc.) afin de l'aider si nécessaire à formuler des choix, à prendre des décisions, à affirmer ses points de vue, à mieux communiquer avec son entourage.

Le Foyer délivre au bénéficiaire une information sur les textes de lois susceptibles de le concerner. Il peut également lui proposer une visite et un séjour de découverte et réaliser avec lui un bilan.

Il peut entrer en relation avec les établissements d'origine. Il apporte une attention particulière au nouvel arrivant pour faciliter son installation et lui apporte si besoin un soutien psychologique. Le Foyer fournit au bénéficiaire une information sur les possibilités existantes, des visites et séjours séquentiels dans d'autres établissements, propose des échanges avec des personnes qui ont changé d'établissement et de maintenir des liens avec ceux qui y sont restés, conseille et recherche des solutions. Il propose au bénéficiaire des visites accompagnées ou non auprès des membres de sa famille, voire, si besoin, une facilitation à la communication et au renouement de lien, ou l'oriente si nécessaire vers des compétences externes (services de médiation familiale). Il peut aussi, en fonction des situations, l'aider à faire d'éventuelles recherches concernant sa famille. Le Foyer propose un lieu d'accueil dédié aux relations entre les résidents et leurs proches.

Exemple n° 3 : un service de médiation familiale

- Vous êtes parents et vous vivez une situation de crise et de tension entre vous ? Vous avez besoin de la présence d'un tiers et d'un « espace » pour échanger et maintenir le dialogue ou rétablir une communication ?
- Vous avez besoin de réorganiser vos relations pour le futur ? De définir comment vous allez demeurer parents ?
- Votre enfant vous réclame une pension alimentaire ?
- Vous êtes grands-parents et vous ne voyez pas ou plus vos petits-enfants ?
- Vous êtes fils et fille de et vous ne pouvez assumer tout seul votre parent âgé ou dépendant ?

Prestation : « Notre service offre un espace d'échange, une information et une orientation éventuelle »

Notre service propose un premier entretien individuel ou conjoint permettant aux personnes d'exposer leur situation et leur demande. Il présente le cadre de la médiation familiale : les principes, les objectifs, les intérêts et les limites de cette démarche.

Il aide les bénéficiaires à y voir plus clair sur leur situation, leurs attentes et la possibilité d'engager une démarche de médiation ou de les orienter vers des professionnels mieux indiqués.

Encadré 8.1 ■ Classement des diverses prestations

Sans prétendre à l'exhaustivité, nous pouvons classer les diverses prestations proposées par les ESMS de la manière suivante :

- *les prestations hôtelières* : hébergement, restauration, entretien du linge, transport ;
- *les prestations locatives* : fourniture de logements en parc privé ou en parc de régie ; entretien du logement ;
- *les prestations matérielles* : des établissements ou services sont amenés à offrir au bénéficiaire un certain nombre d'aides matérielles monétaires ou en nature, telles que prêt bancaire, argent de poche, cadeaux, frais de garde, frais d'avocat, frais de transport, frais de vêture, matériel de bureau, photocopieuse, matériel orthopédique, etc. ;
- *les prestations de protection et de sécurité* : assurance au bénéficiaire d'une bonne sécurité passive (respect des normes de sécurité), ainsi que d'une protection personnalisée, adaptée à ses besoins spécifiques en la matière (en lien avec les effets de ses handicaps, de ses troubles ou de sa personnalité) ;
- *les prestations de service social* : informations sur l'existence de droits et leur modalité d'accès, obtention d'aides et d'allocations, ouverture de dossiers, etc. ;
- *les prestations d'animation et de loisirs* : il s'agit d'assurer au bénéficiaire de bonnes conditions de séjour en établissement, de garantir un climat relationnel agréable, chaleureux et convivial, tout en préservant son intimité et sa vie privée ; assurance d'une ambiance



stimulante ; lutte contre l'isolement, le repli et l'ennui ; fourniture de dispositifs d'agrément et de jeux ; activités sportives, culturelles, artistiques, manifestations sociales, concerts, etc.

- *les prestations de santé* : soins de confort, préventifs ou curatifs ; prescription et délivrance des traitements *ad hoc* ; éducation à la santé ; interventions paramédicales ; suivi et tenue de dossiers ; prise de rendez-vous et accompagnement auprès des spécialistes ;
- *les prestations psychologiques* : passage de tests et diagnostics ; développement personnel (affirmation de soi, gestion du stress, dépassement des angoisses et phobies, amélioration de l'expression, etc.) ; conseil personnel ; psychothérapie ;
- *les prestations éducatives* : apprentissage des actes essentiels de la vie ; développement des capacités sensorielles, motrices, cognitives et opératoires ; acquisition de connaissances intellectuelles et physiques (culture générale, langages, exercices) ; apprentissage des conduites sociales (mœurs, valeurs, normes, règles et lois, instruction civique, comportements en groupe, présentation de soi, maîtrise des relations sociales) ;
- *les prestations de formation professionnelle* : apprentissage de connaissances à caractère professionnel ou préparation à l'exercice d'un métier ; préparation au monde du travail ; fourniture de stages ; évaluation de stage ; appréciation des capacités professionnelles ;
- *les prestations d'aide à l'insertion professionnelle* : bilan de compétences ; re-mobilisation ; accompagnement à la recherche d'emploi ; amélioration de l'employabilité ; accompagnement en entreprise ; aménagement de poste ; soutien psychologique et relationnel ;
- *les prestations d'accompagnement* : fourniture d'aides modulées concernant les actes essentiels de la vie ; suivi régulier en matière de santé ; disponibilité et compagnie ; lecture à domicile ; rédaction et tri des documents ; accompagnement pour les courses ; portage de repas ; aide à la recherche de logement et à l'emménagement ; etc. ;
- *les prestations de conseil* : elles peuvent concerner les domaines les plus divers, tels que conseil en matière d'image de soi ; conseil en communication ; conseil relationnel, sexuel, familial ou conjugal ; conseil en matière de consommation et de gestion de budget ; conseil à l'emploi ; conseil en matière d'aménagement d'appartement ; conseil en matériel orthopédique ; etc. ;
- *les prestations de médiation* : fourniture de dispositifs de visite avec médiation entre parents et enfants (sur décision de justice) ; médiation familiale ou conjugale ; médiation avec l'entourage (relation, employeur, voisin, etc.).

4. NOUVELLES ORGANISATIONS DE SERVICE ET NOUVELLES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Si une chose est certaine, c'est bien que les services d'action sociale et médico-sociale devront faire preuve d'imagination, d'innovation et d'une grande capacité d'adaptation face à l'évolution toujours plus rapide du contexte sociétal et des besoins des personnes :

- parce que de nouveaux publics se dessinent et de nouvelles demandes se font jour ;
- parce que la révolution culturelle dont nous parlions, en matière de situation de handicap, fait émerger des besoins très différents de ceux qui étaient jusqu'alors appréhendés par les établissements traditionnels ;
- parce que s'affirme une nouvelle orientation sociologique fondamentale, celle d'un mouvement de balancier qui oscille du « tout institutionnel » au « tout à domicile ».

- parce que l'indispensable mutualisation des moyens imprime un mouvement de concentration, de fonctionnement en réseaux, et donc de réinterrogation des organisations traditionnelles.

Plateformes de services et pôles ressources

Globalement, l'établissement classique, hérité de grands modèles institutionnels et architecturaux historiques¹, tels que le couvent, l'hôpital, l'école, la pension, la caserne, la mairie, le château, avec leurs façades démonstratives, leurs frontons édifiants et leurs escaliers imposants, est en voie de dépassement historique ! L'entreprise de services sociaux et médico-sociaux évolue vers une nouvelle variété de services, beaucoup plus souples, plastiques, adaptatifs et réactifs, qui ne sont plus des lieux d'internement ou de prise en charge, mais qui se manifestent par des sièges techniques et des pôles de compétences intervenant auprès de l'environnement du bénéficiaire, ou à son domicile de façon personnalisée et contractuelle. Notons au passage que l'opérateur se délocalise assez fréquemment afin de mieux s'ajuster au mode de vie de ses clients, abandonnant par exemple les campagnes verdoyantes, les châteaux et les parcs, pour rejoindre les villes qui constituent le principal habitat des populations d'aujourd'hui.

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

La configuration de ces nouvelles « plates-formes de services » ressemble à une marguerite de prestations ayant pour cœur une cellule de promotion sociale, chargée d'identifier la situation du bénéficiaire, de réaliser un check-up de ses besoins, de ses atouts et de ses compétences et de planifier un projet personnalisé de développement. Dans l'avenir, de telles cellules pourraient être habilitées à établir des états des lieux des besoins, des bilans de compétences, de véritables diagnostics de situation et à susciter des réseaux de prestations autour d'un bénéficiaire devenu « client » par les systèmes de compensation. Certains prestataires s'efforcent déjà d'aller vers ce type de configuration, même s'ils se heurtent parfois au conservatisme ambiant et à des blocages administratifs persistants.

1. Relevant essentiellement d'une culture et d'une symbolique démonstrative de l'Église et de l'État. Pour tout développement sur le concept d'établissement, voir P. Lefèvre, *Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale*, Dunod, 2011 (page 52 et suivantes).

C'est un nouveau paradigme d'intervention¹ qui est en train de se dessiner autour des étapes suivantes :

- l'étude de la situation de la personne : son projet de vie, les aspirations et les craintes de cette dernière, ses atouts et ses faiblesses, les contraintes et les opportunités de son environnement ;
- la détermination d'axes de progrès, véritable « plan de développement » : ce qui peut être valorisé, développé ou obtenu dans le sens de la reconnaissance et de la promotion de la personne ;
- l'accompagnement dans la mise en œuvre d'un plan d'action par des conseils, de la stimulation, des soutiens, des mises en situation, de la co-évaluation, des réajustements.

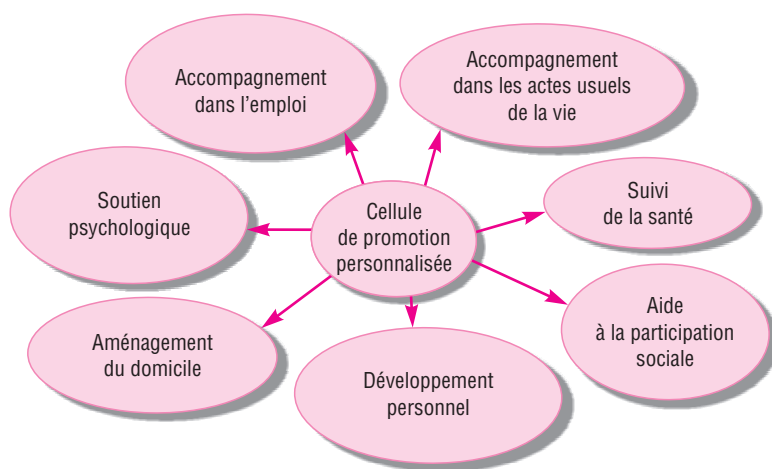


Figure 8.1.

De nouvelles réponses pour des besoins mieux ciblés

Nous l'avons évoqué, le vieillissement de la population européenne en général s'avère un des phénomènes sociaux les plus déterminants des décennies à venir. Ce vieillissement pose (et posera encore davantage) un défi sans précédent aux politiques de santé et d'intervention sociale, de même que l'augmentation des populations allochtones et la marginalisation croissante de parts importantes de la population. Compte tenu du faible dynamisme de notre économie, il est évident qu'il va falloir établir des priorités et trouver de nouvelles solutions.

1. L'ouvrage d'A. Guellil et S. Guitton-Philippe, *Construire une démarche d'expertise en intervention sociale*, Paris, ESF, 2009, aborde toutes ces questions d'évolution des compétences.

En lieu et place d'établissements et de dispositifs devenus au fil du temps de plus en plus lourds et coûteux, prévus à l'origine pour des fractions de population limitées, il nous faudra, par exemple, proposer des offres de services beaucoup plus ciblées au lieu d'un package imposé, qui visait davantage à utiliser les ressources allouées qu'à répondre aux réelles attentes des bénéficiaires. Il conviendra également de varier les méthodologies d'intervention, les technologies déployées, et partant les formations des intervenants. Par exemple, nos secteurs n'ont encore que très peu intégré toutes les possibilités des nouvelles technologies en matière de communication, de traitement de l'information et d'assistance, même si certains opérateurs rattrapent leur retard. À l'heure où des diagnostics médicaux, voire des opérations chirurgicales, peuvent s'effectuer à distance, que des programmes de psychothérapies commencent à être proposés sur Internet, que la domotique ouvre de nouvelles perspectives de gestion du domicile, il faudra songer dans l'avenir à proposer un certain type de services en ligne en direction des personnes en situation de handicap ou en difficultés sociales, inaugurant un véritable *télétravail social*.

L'avenir appartient à des « centres de ressources » qui seront capables de répondre à un grand spectre de besoins en matière de loisirs, d'informations juridiques, d'aide administrative, de soutien psychologique, de relation, de sexualité, de conseil technique, etc., proposant ainsi un multicoaching dans toutes sortes de domaines de la vie. Ceux-ci mettront à disposition des personnes-ressources joignables sur le Net afin d'offrir une permanence et de répondre à des questions dans leurs domaines de compétences. Ces personnes ressources peuvent être des professionnels, mais aussi des bénévoles prêts à donner un peu de leur temps et de leurs compétences tout en restant à leur domicile. Dans cet ordre d'idées, un service d'hébergement ou d'accompagnement peut, grâce à Internet, demeurer en relation régulière avec un réseau d'appartements adaptés et leurs occupants. Ces derniers pouvant joindre à tout moment une permanence et même voir un personnel grâce à une webcam. Dans d'autres domaines de services, nombre de coachs fonctionnent déjà à distance. Bien entendu, si de tels dispositifs ne sont pas applicables à tout un chacun, ils peuvent parfaitement convenir à nombre de personnes, en complément naturellement d'autres interventions.

Pour une nouvelle posture professionnelle : le coaching social

Pour aller dans le sens de ce que nous venons de développer, une forme d'intervention doit tout particulièrement attirer l'attention des services innovants, modalité que nous désignerons par *coaching social*¹. En tant qu'intervention, le coaching est la combinaison d'un diagnostic-conseil, d'une relation d'aide et d'un entraînement personnalisé. C'est tout à la fois un appui technique et une posture relationnelle que propose un professionnel (le coach) auprès de personnes qui en manifestent le besoin. Le champ du coaching ne cesse de s'étendre, parce qu'il répond aux besoins croissants

1. J.-R. Loubat, « L'affirmation de la relation de service : le coaching social », *Gestions hospitalières*, n° 465, avril 2007.

de conseil, mais aussi d'efficacité, de la part des individus et des organisations dans une société et un environnement à la complexité croissante. Le coaching est un mode d'intervention parfaitement transposable aux personnes en difficultés sociales ou en situation de handicap, relevant de l'action sociale, médico-sociale ou sanitaire.

Les difficultés de la vie, comme la situation de handicap, se manifestent par des altérations de la participation sociale, c'est-à-dire des difficultés à communiquer, à gérer des relations, à générer des réseaux, à s'affirmer, à faire des démarches, à prendre des décisions et à se gouverner dans les différentes situations de la vie quotidienne. Une action sociale ou médico-sociale traditionnelle et institutionnelle, fournissant des assistances émiettées, ne parvient pas toujours à aider véritablement la personne. Les personnes intéressées n'ont pas nécessairement besoin d'une aide bienveillante ou d'une écoute lénifiante, mais plutôt d'un conseil opérationnel, d'une « aide à faire » produisant des résultats. L'aide véritable doit viser la promotion de la personne, pouvoir établir des priorités, s'avérer par conséquent personnalisée et engagée dans l'intérêt de celle-ci. En somme, le coaching social s'avère donc une nouvelle forme d'action engagée auprès de la personne visant sa promotion et l'amélioration de sa participation sociale.

De fait, certains professionnels travaillent déjà dans ce sens et font du coaching sans toujours le dénommer ainsi, comme Monsieur Jourdain faisait de la prose sans le savoir. Qu'il s'agisse, par exemple, de divers services d'accompagnement ou de services de tutelle, il est bien à la fois question de conseiller, de stimuler, d'encourager, de motiver, de viser une réhabilitation morale, comme de fournir des aides pratiques dans le cadre d'une gestion globale de la situation de la personne. Ce qui amène ces professionnels à s'intéresser à de très nombreux domaines de la vie : la recherche de logement et d'emploi, mais aussi le conseil conjugal, l'hygiène de vie ou la médiation avec l'environnement. Le coaching social peut également consister en du coaching scolaire, du coaching professionnel ou du coaching familial.

5. CONCLUSION : VEILLE ENVIRONNEMENTALE ET CAPACITÉ PROSPECTIVE

En somme, il s'avère capital qu'une entreprise de services sociaux et médico-sociaux soit en prise constante sur l'évolution des besoins de son environnement. En effet, dans un contexte sociétal de plus en plus mouvant, l'anticipation, l'adaptabilité et la réactivité deviennent des qualités indispensables pour repenser et actualiser ses orientations. Dans cet ordre d'idée, deux choses nous paraissent fondamentales pour le dirigeant d'un ESMS de demain : la fonction de *veille environnementale* et la *capacité prospective*. Les possibilités d'ajustement stratégique vont dépendre des informations et des indicateurs que ce dirigeant parviendra à saisir, de ses facultés à les analyser et à prendre des dispositions appropriées. Cela parce qu'aucun service n'est absolument indispensable en soi mais constitue une réponse circonstanciée, qui vaut à tel instant, mais qui peut rapidement ne plus correspondre à la demande sociale : soit que le besoin se tarisse, soit que d'autres réponses soient apportées.

Tout cela nécessite d'être à l'écoute de l'environnement et de se situer au cœur d'un réseau relationnel élargi comprenant des partenaires très divers : administrations, associations, élus, entreprises, groupes, etc., et de se montrer capable de capter les tendances. Il convient également d'entretenir une *communication* permanente avec ses partenaires, d'être soucieux de la connaissance que ceux-ci peuvent avoir des services que rend l'opérateur et de la façon dont il les rend. Il existe aujourd'hui suffisamment d'outils de communication externe pour ce faire. L'opérateur peut encore faire appel à des études, des enquêtes et des sondages pour mieux maîtriser ses interactions avec l'environnement. C'est toute cette nouvelle communication, structurant un nouveau tissu social, qui substitue peu à peu le concept dynamique d'entreprise de service à celui figé d'établissement.

Encadré 8.2 ■ Mettre en œuvre une relation de service

En ce qui concerne la mise en œuvre effective d'une prestation de service (la *servuction* comme disent certains auteurs) centrée sur le client, de nombreux aspects pratiques concernent directement les procédures et les méthodes de travail en vigueur, par exemple :

- dans quelles conditions accueillir les clients ?
- comment établir de véritables contrats de prestation ?
- comment capter les besoins des clients ?
- comment produire des projets personnalisés ?
- quelle forme doit prendre le document « projet personnalisé » ?
- comment préparer, coordonner et suivre la mise en œuvre de tels projets ?
- qui peut remplir le rôle de coordinateur de projet ou de coach ?
- comment transformer les traditionnelles réunions de synthèse en de véritables réunions de projet ?
- comment animer ces nouvelles réunions pour les rendre productives ?
- comment consulter, en amont et en aval, les bénéficiaires directs et leurs parents, de façon à ne pas bâtir des projets déconnectés des principaux intéressés eux-mêmes (y compris quand cela s'avère difficile pour telle ou telle raison) ?
- comment s'extraire d'une logique « déféctologique » qui privilégie trop souvent le pathos, les problèmes, ce qui ne va pas, au détriment des potentialités, des savoir-être et des savoir-faire ?
- comment évaluer la satisfaction des clients ?
- comment mettre en place une démarche d'amélioration continue de la qualité ? Comment identifier des indicateurs fiables, des bonnes pratiques, mettre en place un système qualité ?

D'une manière plus générale, il s'agit d'introduire de la *traçabilité* dans l'ensemble du fonctionnement des établissements et services. La traçabilité dans le domaine des services renvoie à la capacité de l'opérateur de rendre lisible les prestations qu'il délivre et d'identifier toutes les modalités du processus de mise en œuvre, étape par étape, depuis l'accueil jusqu'à la cessation du service rendu au client. Cette traçabilité sous-entend des capacités de formalisation et d'évaluation des procédures professionnelles.