

Jean-René LOUBAT

Psychosociologue-Consultant

Formation-Conseil en Ressources Humaines

& Ingénierie Sociale

☎ 06 15 90 43 47

💻 jean-reneloubat@wanadoo.fr

WWW.jeanreneloubat.fr

Le case management au service du parcours et du projet de vie :

Diapo 1. Le nouveau glossaire conceptuel de la transformation sanitaire et sociale

Inclusion

Empowerment

Désinstitutionalisation

Advocacy

Mainstreaming

Situation complexe

Programme

Parcours

Case management

Projet de vie

Personnalisation

Autodétermination

Dispositif

Coordination

Performance

CPOM **Nouvelle tarification**

Mutualisation des ressources

Plan d'accompagnement personnalisé

Territoire

Attentes & besoins

Plateforme de service

Diapo 2 : La transition sanitaire et sociale

- Les secteurs de la santé et de la solidarité sont plus que jamais concernés par les mutations sociétales qui s'annoncent, parce que les besoins auxquels ils répondent augmentent plus vite que les ressources qui pourront leur être allouées du fait de facteurs démographiques, économiques et sociologiques.
- Dépendant des ressources publiques – et donc de la croissance – les secteurs d'activité dits « dépensiers » (la santé et la solidarité) sont nécessairement conviés à coûter moins cher, c'est-à-dire à **innover** et à trouver de nouvelles réponses alternatives.
- À l'instar du secteur de la santé, nous devons réaliser la « **transition ambulatoire** », c'est-à-dire le passage d'une institution centrale et centripète (telle que l'hôpital) à un réseau centrifuge présent dans l'écosystème du patient.

Diapo 3 : Le primat de l'autodétermination et la montée des droits personnels

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

Diapo 4 : Le primat de l'autodétermination (suite)

- David Goode nous résume ainsi le *Projet de la Californie sur la qualité de vie* :

« Les objectifs du projet sont les suivants :

1. Permettre aux clients d'identifier eux-mêmes les questions importantes de leur vie quotidienne.
2. Créer une base de données sur la QDV (qualité de vie) telle que définie par les consommateurs.
3. Se servir de cette base de données pour influencer la politique sociale, la législation, les recherches, la formation et la prestation de services communautaires dans le domaine des handicaps.
4. Encourager le client à défendre personnellement ses droits (*self-advocacy*) en prenant part aux activités des conférences.
5. Établir dans tout l'État un réseau des principaux clients qui aurait une influence sur les décisions de politique sociale touchant à leur vie.
6. Rédiger un rapport final qui énoncerait les convictions des clients sur : "qu'est-ce qui fait la QDV ? " ¹ ».

¹ David Goode, Ghislain Magerotte, Raymond Leblanc, *Quality of Life Persons with Disabilities. International Perspectives and Issues*, Brookline books, 1994, trad. Franc. *Qualité de vie pour les personnes présentant un handicap*, De Boeck Université, 2000.

Diapo 5 : La caractéristique de l'institution service public

- « Le défaut principal de l'institution service public, c'est de tenir pour fondamentale la forme de l'institution d'abord, puis d'en déduire son mode de fonctionnement et le contenu de son activité ; et, à partir de là, d'élaborer des règles de relations avec le public. D'où la tendance à ne considérer le public que dans la dernière phase de sa réflexion en le tenant pour passif et en lui imposant des règlements.
- Du coup, toute demande du public remontant vers l'institution se heurte à une réaction de défense en vue de refuser la remise en question du fonctionnement et d'esquiver le débat sur la pertinence et la qualité du service rendu. Il s'ensuit une extrême complexité et une volontaire obscurité des règlements et procédures. Toute réaction du public est considérée comme perturbation.
- On peut se demander si ce type d'organisme vise l'intérêt du public ou la subsistance du système en place.² »

Guy
SERRAF

² Guy Serraf, « Un remède indispensable », *Informations sociales* n°7, 1983.

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

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

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

[...]

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

- **La secrétaire d'État elle-même dresse le constat :** « On a bien vu qu'avec une politique "handicap" à part depuis 1975, les résultats ne sont pas bons. Il faut irriguer toutes les politiques publiques. [...] La prise en compte du handicap dans les établissements spécialisés après-guerre a généré un système à part³. »

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

³ Interview de Sophie Cluzel in ASH n°3074, septembre 2018.

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

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

- « Le système français de protection sociale doit remplacer son approche paternaliste d'isolement des personnes par des mesures favorisant une citoyenneté active, l'inclusion sociale et la participation à la collectivité. [...] »
- **À cet égard, j'exhorte le Gouvernement à adopter un plan d'action concret pour assurer la fermeture progressive de tous les établissements existants et transformer l'offre actuelle de services pour personnes handicapées en solutions d'accompagnement et de logements de proximité. La désinstitutionnalisation des enfants handicapés doit constituer une priorité politique et le Gouvernement devrait envisager un moratoire pour suspendre toute nouvelle admission. »**
- Et Jonas Ruskus, rapporteur du Comité pour l'examen du rapport de la France devant la représentation de l'ONU au sujet de sa politique handicap, de surenchérir :
« La France n'a pas encore intégré l'approche du handicap fondée sur les droits de l'homme. 700 000 personnes en France restent privées de leur capacité juridique sur la base de leur handicap, et donc privées de leurs droits humains : cela constitue une violation claire de l'article 12 de la Convention⁴. »

⁴ Cf. audition de la France des 18 au 20 août 2021 devant les Nations-Unis au sujet du non-respect de la CIDPH. <https://www.ungeneva.org/fr/news-media/meeting-summary/2021/08/la-france-na-pas-encore-integre-lapproche-du-handicap-fondee-sur#>

Diapo 8 : La nécessaire adaptation de l'offre aux besoins (suite)

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

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

[...]

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

Diapo 9 : Des mesures simplificatrices

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

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

[...]

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

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

Ecosystème

⇕ Autonomie

Capacités (+/-) ⇐ **Interaction** ⇒ exigences de situations

⇕ Participation sociale

Systeme culturel

Terminologie anglo-saxonne	Terminologie française	Niveau
<i>Impairment</i>	Déficiences	Structurel
<i>Disability</i>	Incapacité	Situationnel
<i>Handicap</i>	Désavantage	Socio-culturel

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

- Le **parcours** s'impose désormais comme un paradigme remplaçant ou transcendant peu à peu ceux des ESSMS qui constituaient un maillage institutionnel.
- La **primauté du parcours** entérine en quelque sorte le **recentrage sur la personne**, évoqué par les textes législatifs de ces dernières décennies.
- Le parcours est constitué d'aléas et d'incertitudes ; il signe l'adoption d'une **vision dynamique** de l'existence.
- La CNSA (Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie) en donne une définition plus large dans un de ses documents intitulé « Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé » :

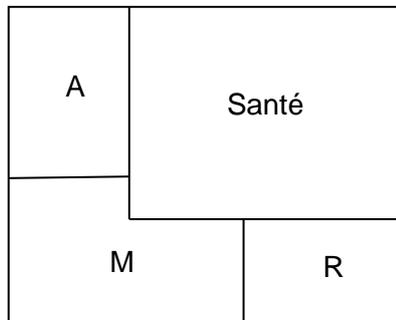
« La notion de parcours de vie recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de la vie : personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne. Utilisée dans le champ de la santé (au sens large de l'OMS), la notion de parcours de vie désigne l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes "périodes" et transitions qu'elle connaît. Ces derniers affectent son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale. »⁵

⁵ www.CNSA.fr

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

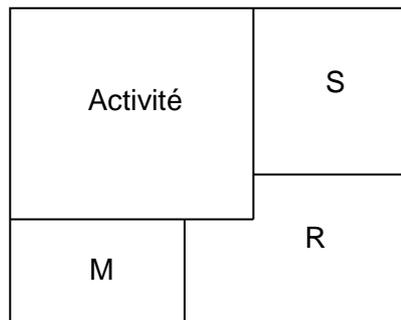
Situation 1

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



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

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

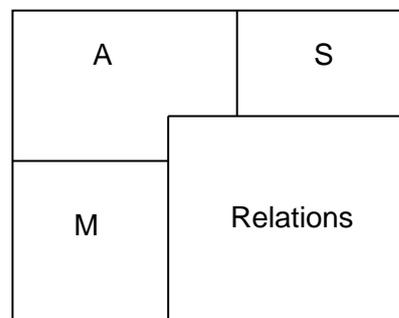


Situation 2

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

Situation 3

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



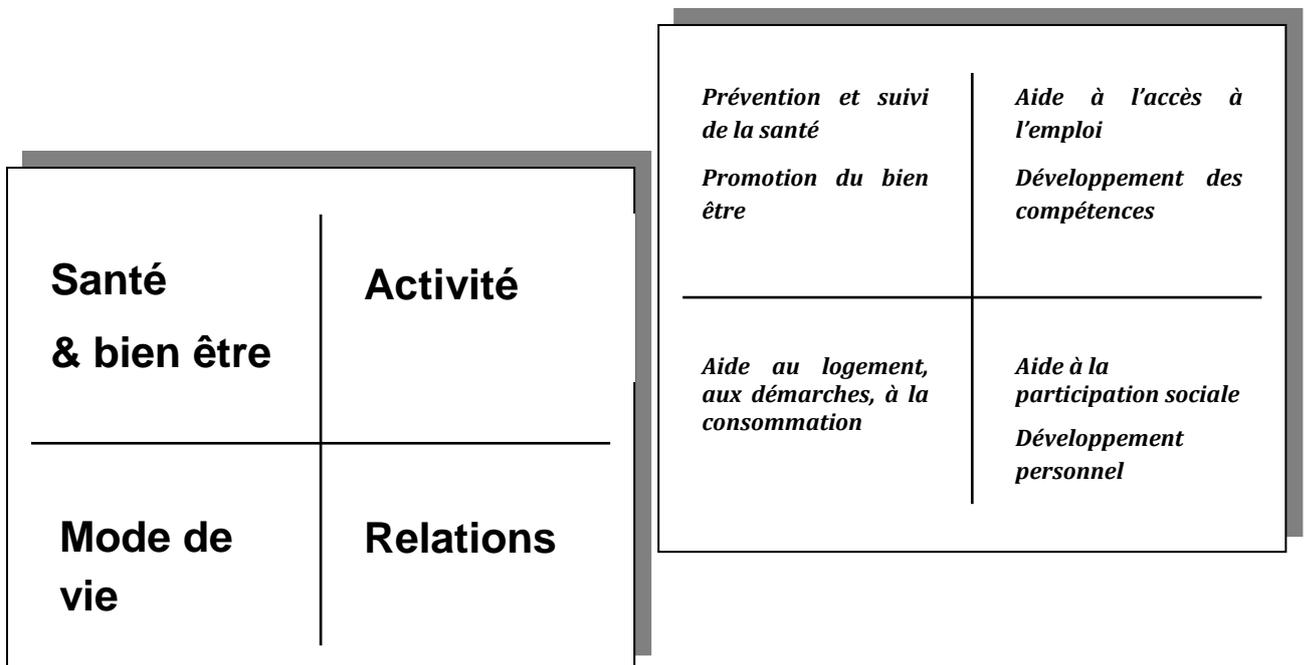
Diapo 13 : Le projet de vie (*Life map*), pierre angulaire du parcours

La loi du 11 février 2005 présente en effet le projet de vie comme une notion indispensable dans son article 11 : « Les besoins de compensation, sont inscrits dans un plan élaboré en considération des besoins et des aspirations de la personne handicapée tels qu'ils sont exprimés dans son *projet de vie*, formulé par la personne elle-même ou à défaut avec ou pour elle par son représentant légal lorsqu'elle ne peut exprimer son avis. »

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

Diapo 14 : L'articulation projet de vie/plan d'accompagnement personnalisé

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



Les domaines du plan personnalisé

Les quatre domaines-clés du projet de vie

Diapo 15 : Sept raisons fondamentales pour valider le case management

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

Diapo 16 : La recherche d'optimisation d'intérêts différents

- Le **case management** et se caractérise par :
 - ⇒ une recherche d'efficience (raccourcissement ou allègement des interventions par la détermination d'objectifs précis, d'une durée déterminée, une évaluation systématique) ;
 - ⇒ une posture centrée sur la personne et ses attentes propres (*client centered approach*) et une relation privilégiée (*coaching*) ;
 - ⇒ une recherche d'autonomie (*empowerment*) de la personne et de maîtrise du processus.
- **Son noyau dur :**
 - ⇒ la personnalisation ;
 - ⇒ la participation de la personne ;
 - ⇒ une coordination de partenaires et de ressources ;
 - ⇒ l'assurance d'une continuité autour de la poursuite d'objectifs définis ;
 - ⇒ une co-évaluation des effets obtenus ;
 - ⇒ et une posture d'accompagnement forte (*coaching, advocacy*).
- **Il concilie par conséquent inéluctablement deux logiques :**
 - ⇒ celle du **client** qui vise une amélioration de sa situation personnelle centrée sur quelques objectifs intéressants pour lui ;
 - ⇒ celle de la **puissance publique** qui vise un changement de situation sociale dans le sens de moindres dysfonctionnements, d'une normalisation accrue, d'un abaissement des coûts sociaux.
- Le case manager est donc par essence un « diplomate », un médiateur, un négociateur, un facilitateur.

Diapo 17 : Les origines du Case management

- Le case management est né progressivement aux États-Unis, comme d'autres doctrines et disciplines (sondages, psychologie sociale) en lien avec les importantes problématiques d'afflux massifs de population, de croissance rapide et de délais très courts dans les réponses. La nécessité d'un *Case work*, d'un mode d'intervention pragmatique centré sur chaque situation apparaît très tôt au sein des systèmes caritatifs d'aide aux migrants (début du XXe siècle).
- Le case management s'est surtout développé de manière plus affinée au plan méthodologique lors de la seconde guerre mondiale qui a généré un flux important de victimes présentant des traumatismes et troubles très divers débordant les services hospitaliers. L'objectif est de permettre aux patients de recouvrer rapidement leur autonomie en les informant, en coordonnant leurs diverses réponses et en facilitant leurs démarches de réinsertion.
- L'appellation officielle de Case manager apparaît cependant plus tardivement en 1974.

Diapo 18 : Qu'est-ce que le Case management ?

- Il se définit comme « Une technique de gestion sociale qui vise à coordonner les services pour résoudre la problématique de la fragmentation des services face aux besoins complexes d'une personne. »
- Le Case management concerne au départ des ***cas complexes*** (qui n'entrent pas dans des schémas et dispositifs courants : pathologies rares, situations difficiles ou hors normes, échecs à répétition, etc.) ou des cas généraux. Il est particulièrement pertinent lorsque les processus ordinaires et prévisibles ne sont plus opérants. Il se caractérise donc par son adaptabilité aux singularités des situations.
- Il peut se situer à différents niveaux d'intervention, en amont ou en aval. On recense plus de 250 types de case management... on parle tour à tour de *case manager*, de *care manager*, de *disability management coordinator*, de *health coordinator*, de *return to work coordinator*, de *gestionnaire de cas ou de ressources* (au Québec), etc.

Diapo 19 : L'expansion continue du Case management

- Si au départ le case management est dévolu au champ de la santé (maladies chroniques, gériatrie, réinsertion), il va peu à peu conquérir de multiples champs d'application (traitement du chômage, réinsertion sociale, réhabilitation psycho-sociale, traitement des addictions, reconversion professionnelle), jusqu'à empiéter sur le champ plus large du coaching.
- Si au départ, il concerne des situations complexes qui échappent au processus ordinaire (c'est le cas en France des « gestionnaire de cas »), il est de plus en plus appliqué à de multiples situations. Il tend à devenir une méthodologie non pas d'exception mais plus généralisée.
- Il a été mis en place notamment en Allemagne depuis 2008 pour offrir une offre alternative à l'institutionnalisation pour les personnes en situation de handicap, ainsi qu'en Écosse ou encore au Royaume uni. De nombreuses expériences ont été également conduites en Suisse et dans d'autres pays européens, Pays-Bas, pays scandinaves.

Diapo 20 : Le cadre d'exercice du case manager ?

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

- ⇒ À quel contexte institutionnel appartient le case manager ?

- ⇒ Pour qui travaille-t-il ?

- est-il rattaché à une administration ?

- est-il rattaché à des financeurs (assurance maladie, compagnies d'assurance, mutuelles)

- à des opérateurs (services hospitaliers, associations, fondations, etc.) ?

- à des services indépendants (ONG, coopératives) ?

- à des associations d'utilisateurs ?

- est-il employé directement par des bénéficiaires ou leurs proches ?

- Le case management soulève également des questions d'ordre technique :

- ⇒ Quelle est sa valeur ajoutée ?

- ⇒ A-t-il réellement une portée économique ?

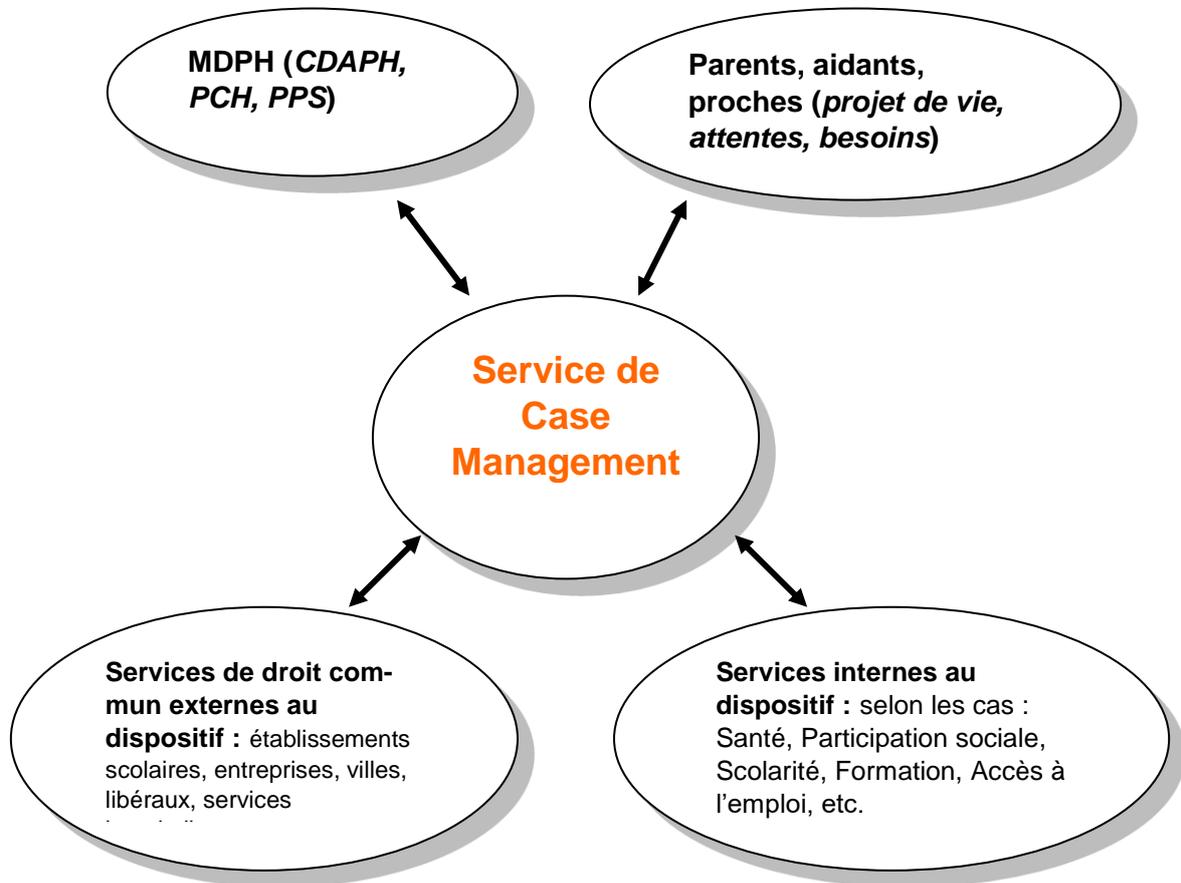
Diapo 21 : Le cadre d'exercice du case manager (suite) ?

- De par son souci d'adaptabilité permanente, le case management nécessite une certaine autonomie chez le Case manager qui est amené à évaluer la situation et à prendre les décisions qui lui semblent nécessaires. Son cadre d'exercice doit donc être balisé et la question du *reporting* se pose : à qui rend-il des comptes et selon quelles modalités ?
- Les conditions matérielles et institutionnelles doivent être réunies afin de permettre aux case managers de travailler le plus sereinement possible :
 - un bureau indépendant ;
 - un minimum de matériel bureautique ;
 - une carte de visite ;
 - une plaquette de présentation ;
 - un véhicule de service.

Diapo 22 : Les caractéristiques du case management

- Le case management se caractérise par la notion de **programme** ; c'est-à-dire un ensemble cohérent d'actions censé aboutir à un résultat attendu (par exemple, retour à l'emploi, accès au logement, amélioration de l'état de santé, accéder à la citoyenneté, établir des relations, compensation du handicap, etc.).
- Ce qui sous-entend un système de théories sous-jacent, une planification d'étapes et une évaluation des résultats.
- Le case management comprend des phases qui le caractérise :
 - ⇒ l'accueil (*intake*) ;
 - ⇒ l'appréciation de la situation (*assessment*) ;
 - ⇒ la planification et la mise en réseau (*linking*) ;
 - ⇒ la mise en œuvre et le suivi continu (*monitoring*) ;
 - ⇒ L'évaluation des effets (*reassessment*) ;
 - ⇒ La sortie
- Le case manager veille en premier lieu à l'accomplissement et à la coordination d'un programme : il est sélectionneur, conseiller, planificateur, évaluateur. Plus précisément :
 - ⇒ **Gatekeeper** (portier) : il permet l'accès à un programme ;
 - ⇒ **Broker** (courtier) : il recherche les meilleurs partenaires et solutions dans l'environnement ;
 - ⇒ **Advocacy** (défenseur) : il défend la cause des bénéficiaires et fait valoir leurs droits ;
 - ⇒ **Coach** (accompagnateur-conseil) : il soutient activement, conseille, remobilise la personne bénéficiaire.

Diapo 23 : Le rôle d'interface du Case manager



Diapo 24 : Les compétences requises pour un case manager

Compétences requises :	-	++	+++
Communication/relation :			
• savoir consulter et négocier (ce sont pour nous les plus importantes car c'est l'essence même de cette fonction tournée vers l' <i>advocacy</i>) ;			
• posséder un sens des relations humaines : savoir s'adapter à son interlocuteur et le mettre à l'aise, établir un climat de confiance, faire preuve d'empathie ;			
• Savoir identifier les stratégies des divers acteurs de l'environnement. Faire preuve d'un sens de l'adaptation et d'une souplesse relationnelle ;			
• maîtriser les techniques d'entretien avec des interlocuteurs variés présentant parfois des difficultés d'expression ou de compréhension ;			
• savoir communiquer en public, exposer une situation de manière synthétique, savoir se montrer assertif ;			
• savoir animer des rencontres ;			
Organisation :			
• être capable de prendre des initiatives ;			
• savoir s'auto-organiser, planifier ses actions, gérer son capital temps et ses déplacements ;			
Méthode :			
• savoir gérer et développer un réseau partenarial sur un territoire ;			
• être formé à la méthodologie de projet, pouvoir assurer la gestion globale d'un plan d'accompagnement personnalisé et d'un parcours d'inclusion ou de participation sociale ;			

Diapo 25 : Un questionnement des organisations

- Le case management s'inscrit dans une **autre configuration organisationnelle** que l'établissement classique puisqu'ils supposent :
 - ⇒ soit un service spécifique travaillant avec son environnement et sollicitant les divers acteurs de ses réseaux (on peut même envisager des case managers libéraux) ;
 - ⇒ soit de fonctionner au sein d'une plate-forme de services qu'il sollicite en fonction des besoins et de la situation du bénéficiaire.
- Crozier et Tilliette (2007)⁶ : « Il est possible d'alléger notre fardeau institutionnel en les [*les institutions*] ouvrant, en laissant beaucoup plus d'espace à la création et à l'innovation. Pour cela, il faut d'abord que nous respections le besoin d'institutions et celles qui existent, les respecter ne signifiant pas vouloir les garder à tout prix, mais s'appuyer sur elles pour en inventer d'autres. »

⁶ Crozier M. et Tilliette B. (2007), *Nouveau regard sur la société française*, Odile Jacob

Diapo 26 : L'exemple de la transition ambulatoire en matière de santé

- D'après la fédération des **maisons et pôles de santé**, ces derniers sont passés d'une petite dizaine en 2006, à **1889** en fonctionnement et **366** en projet en juin 2021⁷.
- En août 2021⁸, les **centres de santé** spécialisés ou polyvalents sont au nombre de **2 200** (dont 455 pluriprofessionnels).
- En juin 2021, on comptait **671 communautés professionnelles territoriales de santé** (CPTS), qui associent des professionnels de la santé et de l'action sociale et médico-sociale, tous niveaux de maturité confondus sur le territoire national :
 - 172 en fonctionnement avec projet de santé validé ;
 - 233 projets en phase d'amorçage avec lettre d'intention validée ;
 - et 266 en projet identifié mais non validé⁹.

⁷ Source site internet du Ministère des solidarités et de la santé.

⁸ Source site internet du Ministère des solidarités et de la santé.

⁹ Source DGOS.

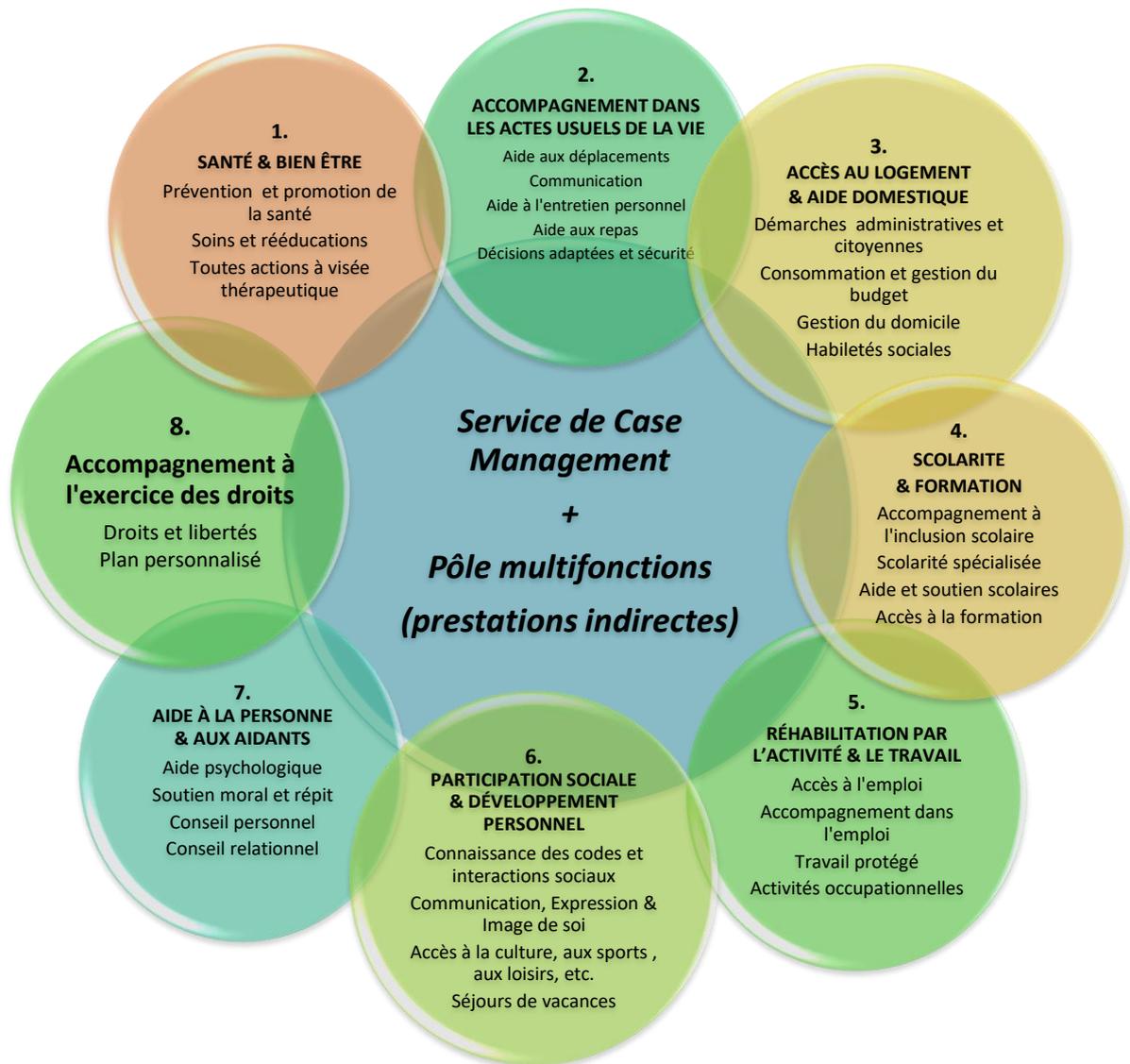
Diapo 27 : Les plateformes de services représentent de nouvelles « organisations intelligentes »

- Au sens littéral, les organisations intelligentes doivent posséder une grande **plasticité organisationnelle** afin de s'adapter à leur environnement.
- Elles présentent :
 - ⇒ une posture **prospective** qui permet d'élaborer des scénarios plausibles et probables, d'anticiper les tendances sociétales mais aussi d'imaginer et d'innover ;
 - ⇒ une **réactivité** importante aux variations de l'environnement et aux commandes sociales qui lui sont adressées ;
 - ⇒ une plasticité dans sa reconfiguration qui lui permet de **s'adapter** rapidement à de nouvelles activités, orientations ou processus ;
 - ⇒ une capacité à **optimiser les ressources** en vue d'abaisser des coûts qui sont devenus insupportables pour des communautés à faible croissance durable ;
 - ⇒ un **management centré sur le client** (par la qualité) permettant une amélioration continue en responsabilisant tous les acteurs et en mobilisant toutes leurs idées et suggestions.

Diapo 28 : Vers des configurations circulaires et non linéaires.

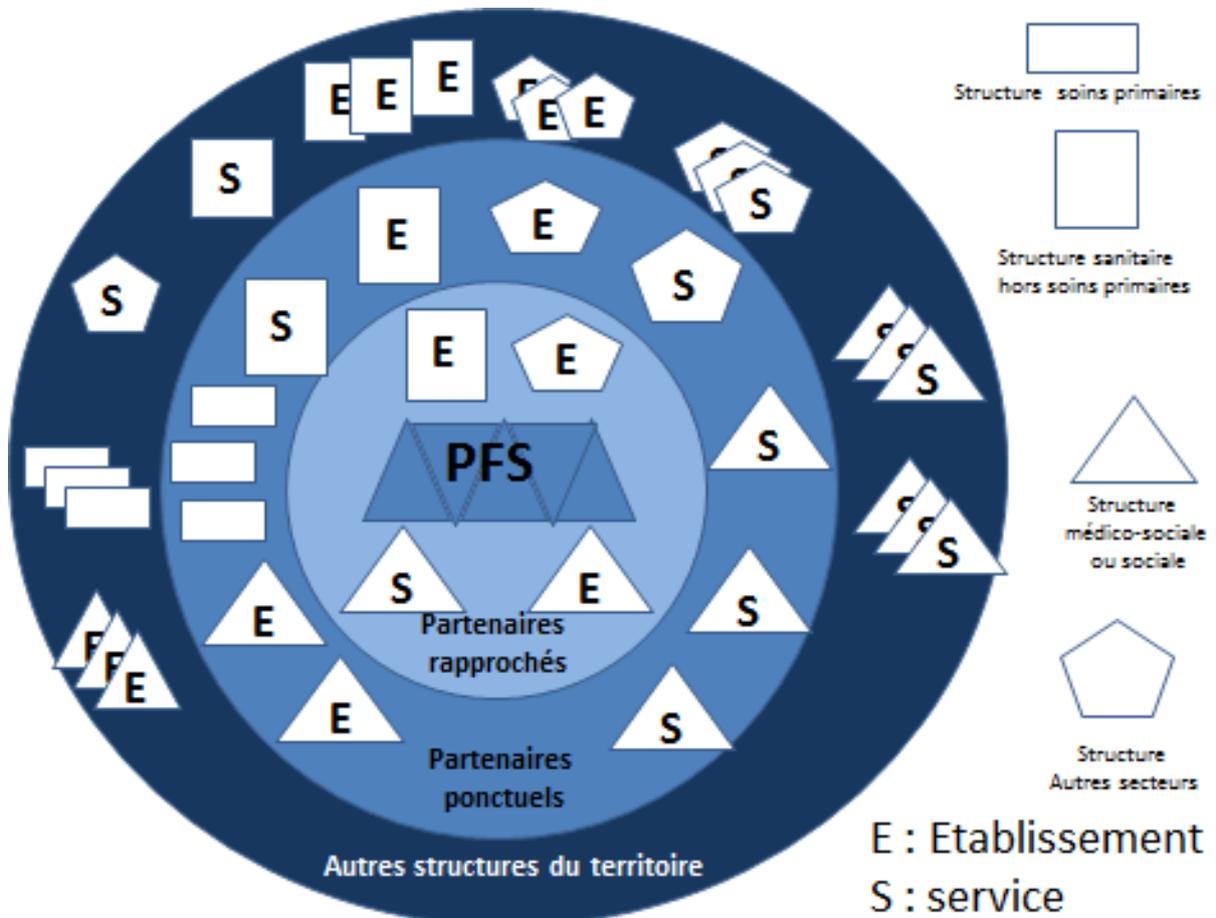
- Il s'agit bien de dépasser le stade de la simple recombinaison pour aller vers celui plus fondamental de la **réingénierie**.
- Concrètement, ce type de plateforme de services s'articule autour d'un centre fonctionnel. Cette configuration plastique permet tout particulièrement une **mutualisation** optimale des ressources, une **adaptabilité** structurelle aux besoins et aux exigences et une **personnalisation** des réponses.

Diapo 29 : Un exemple de plate-forme de services



;

Diapo 30 : Un système satellitaire



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

Diapo 31 : Qu'est-ce qu'une plateforme de services ?

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

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

- Jean-René Loubat en propose une :

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

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

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

- Marie-Aline Bloch retient les attributs suivants :

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

Diapo 32 : Les plateformes dans le sanitaire.

- En France, le terme de plateforme est utilisé, depuis le plan Alzheimer 2008-2012, pour des plateformes proposant une offre particulière pour les aidants des personnes en perte d'autonomie, les plateformes d'accompagnement et de répit (PFR).
- Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 :
 - « Art. L. 6327-2. – Pour assurer l'organisation des fonctions d'appui définies à l'article L. 6327-1, l'agence régionale de santé peut constituer, par convention avec un ou plusieurs acteurs du système de santé, **une ou plusieurs plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes**. Les établissements autorisés à exercer sous la forme d'hospitalisation à domicile peuvent participer au fonctionnement d'une ou de plusieurs plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.
- Mais aussi loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) qui permet aux professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice, de se constituer en **Communautés professionnelles territoriales de santé** (CPTS),
- Notons qu'une contribution du think tank *Matières grises* de mai 2021 enjoint de modifier l'article L.312-1-1 du Code de l'action sociale et des familles (sur proposition de Jean-Pierre Hardy) afin de faire reconnaître le concept de plateforme¹⁰. À suivre en 2022...

¹⁰ BROUSSY L., GUEDJ J., KUHN -LAFONT A. (2021), « L'EHPAD du futur commence aujourd'hui. Propositions pour un changement radical de modèle », Publication du think tank *Matières Grises*.

Diapo 33 : Les « communautés 360 »

- **360** : 3 chiffres symboliques pour un changement d'approche :
 - ⇒ Une évaluation à 360° avec la personne de ses attentes et de ses besoins.
 - ⇒ Une coopération à 360° de tous les acteurs.
 - ⇒ Un repérage à 360° des personnes isolées ou sans solution adaptée.
- **Les plus**
 - ⇒ Plus de simplicité pour les personnes et les aidants.
 - ⇒ Plus de proximité pour trouver des solutions près de chez eux.
 - ⇒ Plus de rapidité pour apporter des réponses dans l'urgence.
 - ⇒ Plus de compétences mobilisées pour trouver de nouvelles solutions d'accompagnement.
 - ⇒ Plus d'agilité pour s'adapter au contexte de crise.

Diapo 34 : Les fonctions essentielles dans un nouveau système prestataire

- **Le Case manager :**

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

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

- **Le directeur des parcours :**

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

- **Le manager de ressources :**

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

- **L'intervenant ou réalisateur :**

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

Diapo 35 : Des conséquences des nouvelles configurations

- En résumé :

⇒ **la confirmation de nouveaux concepts** et d'une nouvelle ligne culturelle centrée sur le droit de la personne à vivre dans une société inclusive et à faire valoir son projet de vie ;

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

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

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

Diapo 36 : Des conséquences des nouvelles configurations (*suite*)

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

Diapo 37 : Gérer, Manager, c'est posséder une démarche prospective

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

Bonne chance !