

Handicap & Grand Age: Journée d'échanges et de coopération entre professionnels du médico-social en Côte-d'Or - mercredi 8 octobre 2025

Conférence débat "Réalités actuelles et évolutions attendues des métiers de l'accompagnement"

Note de synthèse

Par Jean-René Loubat

Psychosociologue, docteur en sciences humaines, consultant libéral auprès des organisations sanitaires, sociales et médico-sociales, président d'honneur du think tank Parcours & Innovations.

1. La logique de parcours inclusif et ses conséquences

Qui veut la fin veut les moyens ! Le virage inclusif risque d'être une sortie de route sans les évolutions indispensables exigées par ce changement de paradigme radical que constitue la logique de parcours. Ces évolutions concernent en effet un vaste ensemble de plans, qu'il s'agisse de la conception même du handicap (repensée par les CIH et CIF), de l'organisation administrative régissant le secteur médico-social, du mode de financement des réponses, des modes de management et des conventions en vigueur, des différentes professions impliquées (leurs missions, leur formation, leur rémunération, etc.).

Si les prérequis politiques et administratifs de la transformation de l'offre de service se trouvent entre les mains des pouvoirs publics, les professionnels de l'accompagnement et du soin en représentent « le bras armé », rien de concret ne se fera sans eux. Face à la perte d'attractivité des secteurs qui nous intéressent, il s'avère plus que jamais urgent de repenser ces professions et leur écosystème de travail (et de penser davantage à ceux qui les exercent !).

INTRODUCTION

Succédant à l'esprit de charité et à l'action confessionnelle historique, un professionnalisme laïque s'est largement développé au cours de l'après-Seconde Guerre mondiale au sein des secteurs de l'action sociale et médico-sociale de notre pays, dû à la fois à leur reprise en main par l'État et au déclin des vocations confessionnelles. Diverses professions ont alors vu le jour parallèlement à la progressive complexification administrative et à l'explosion du nombre et de la diversité des structures d'accueil. Les années soixante ont constitué le tournant de cette évolution avec la mise en place entre autres des DDASS, DRASS et CREA en 1964, de la convention de 1966, du diplôme d'état d'éducateur spécialisé en 1967, avant la promulgation de la loi de juin 1975.

Nous avons ainsi rapidement assisté jusqu'à ce jour à une multiplication des professions, de manière totalement empirique, au fur et à mesure du surgissement de nouvelles problématiques sociales : les ES, les ETS, les moniteurs-éducateurs, les EJE, les CESF, les auxiliaires de vie, les maîtresses de maison, les AVS, AMP, AES, AESH, TISF, etc. ! Notons que la France est le seul pays à avoir multiplié à ce point les statuts des professionnels de l'action sociale et médico-sociale, à l'image naturellement de la complexité de ses structures et de sa catégorisation des handicaps... La valse des sigles professionnels est en effet à mettre en parallèle avec celle tout aussi abstruse concernant les appellations de structures : FAM, MAS, IME, IEM, IES, ITEP, SESSAD, SAMHSA,

SAVS, SAPAD, SPASAD, SAED, SAD, etc. Quand on ne réalise pas de changement fondamental, on change les appellations.

Il va de soi que cet écheveau n'est plus en phase avec des secteurs d'activité en pleine transformation culturelle et structurelle. Ne serait-il pas temps de définir exactement les compétences dont on a besoin afin de mettre en œuvre réellement une politique inclusive dans ce pays, comme nous le demandent instamment l'Union européenne et l'Organisation des Nations Unies ? En nous inspirant, s'il le faut, de ce qui se fait ailleurs, car nous ne manquons pas de possibilités de benchmark chez nos proches voisins, britanniques, belges, allemands, néerlandais, suisses, italiens, etc. !

L'IMPACT SYSTÉMIQUE DE L'INCLUSION SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Il est clair que le fait de passer d'une vie collective en institution spéciale à l'accompagnement personnalisé d'un parcours de vie dans la société civile révolutionne conséquemment les modalités d'intervention – et donc les pratiques professionnelles – comme les organisations elles-mêmes chargées de cet accompagnement. Pour paraphraser une célèbre publicité pour de non moins célèbres bonbons suisses : « *la logique de parcours, c'est de la dynamite !* » Le parcours d'une personne échappe nécessairement à une logique institutionnelle classique qui propose a contrario une forme d'immobilisation. La logique de parcours impose nécessairement une approche écosystémique de l'accompagnement, privilégiant l'environnement et le partenariat, mais exigeant également une grande plasticité organisationnelle de l'opérateur qui assure l'accompagnement. À terme, une inclusion réussie ne sollicite que du droit commun et un accompagnement personnalisé et ne requiert plus d'institutions d'accueil que pour une frange ultra-minoritaire de personnes¹.

Dans ses conclusions, le rapport Vachey-Jeannet de 2012 évoquait déjà que la catégorisation en ESMS constituait « un obstacle à la continuité des parcours ». Depuis, tous les rapports, textes et recommandations ont fait état de la nécessité de faire évoluer les organisations sociales et médico-sociales, jusqu'à la dernière Conférence nationale du handicap du 26 avril 2023, qui acte le passage « *d'une logique de places [...] à une logique de services coordonnés* » et précise que « *tous les jeunes accompagnés en établissement pour enfant se verront proposer de 15 à 20 ans l'intervention d'un facilitateur [...] pour construire des solutions qui respectent leur choix* ».

Notons au passage qu'il aura fallu tout de même trois décennies pour officialiser cette évolution ! En faudra-t-il trois autres pour réaliser l'inclusion ?

Répetons-le : la logique de parcours, d'inclusion et de promotion personnelle et sociale qui inspire la transformation en cours ne peut se réaliser par de simples aménagements de surface. Or, les changements d'objectifs d'une organisation entraînent nécessairement des modifications dans la distribution des fonctions, et donc concernant les périmètres d'action, les cadres d'exercices, les compétences requises, les modes de coopération, etc., de ces dernières. L'intervention sociale et médico-sociale devant s'orienter vers une forme de *coaching social personnalisé*, plus apte à répondre aux besoins et aux situations concrètes de la vie des personnes bénéficiaires et à leur parcours de vie, de nouveaux cadres d'exercice professionnel et de nouvelles formations se dessinent.

¹ Ce qui est déjà le cas dans un certain nombre de pays d'Europe du Nord et prôné par l'Union Européenne.

LE DEVELOPPEMENT DE LA COORDINATION DE PARCOURS

Le rôle de coordinateur de parcours fait précisément partie de ces nouvelles fonctions émergentes² (case manager, gestionnaire de cas, coordinateur de réseaux, APPV, facilitateur ou référent de parcours, etc.) qui viennent enrichir l'éventail de compétences des dispositifs sociaux et médico-sociaux. Cette fonction de coordination est à la fois une conséquence directe du recentrage sur la personne bénéficiaire (impulsée par les évolutions du contexte sociétal, les orientations internationales, les nouvelles politiques publiques et les textes législatifs) et de l'augmentation croissante des partenariats.

Le coordinateur de parcours remplit une fonction très relationnelle, en face à face avec le bénéficiaire : il assure la liaison cohérente entre le projet de vie de la personne (ses aspirations), ses compétences, les ressources de son environnement et les réponses potentielles. Il structure un plan personnalisé d'accompagnement avec les partenaires nécessaires et veille à sa bonne réalisation ou aux ajustements requis. Dans ce cadre, il constitue un interlocuteur privilégié pour la partie bénéficiaire, relais de ses attentes et de ses intérêts, et, plus largement, représente une interface facilitatrice entre les divers acteurs (parents, enfants, adolescents, professionnels de l'opérateur et partenaires externes). Ce rôle de communicateur le plonge au cœur des relations existantes entre les divers acteurs et leurs différentes dimensions : affective, culturelle, matérielle et psychosociologique. Bref, outre des capacités d'organisation et de mise en forme écrite, le coordinateur de parcours doit maîtriser les processus de communication, de consultation, d'entretien, de négociation et savoir faire preuve de diplomatie.

La coordination de parcours porte parfois d'autres noms, selon les pays ou les tendances (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]). Quoi qu'il en soit, elle est issue d'une matrice historique, celle du *Case management*. Le Case management comprend tout à la fois une orientation sociale, une posture relationnelle et un ensemble de procédés professionnels. Il s'appuie sur une prise de conscience que les modèles d'assistantat social étatiques touchent à leurs limites, que ce soit en termes d'efficacité comme de ressources allouées. D'une part, ces derniers n'ont pas toujours fait la preuve de leur capacité à atteindre leurs objectifs : favoriser le retour à l'emploi, extraire des publics de la précarité, réduire la marginalité ou la délinquance, d'autre part, la nouvelle donne économique internationale ne permet plus aux États, même les plus développés, de poursuivre aveuglément dans la voie d'une distribution inflationniste d'allocations et de ressources.

Le Case management propose de traiter le problème de la précarité, de la situation de handicap ou de l'état de santé sous un autre angle, celui de la situation personnelle d'un individu dans un environnement donné, en s'appuyant sur ses ressources propres et en bâtissant un plan d'action doté d'objectifs et s'inscrivant dans une durée déterminée. Le Case management concerne des domaines très divers comme le retour à l'emploi, l'accompagnement dans un processus complexe de soin, l'accès au logement, la réalisation d'un projet de vie, etc.

Tour à tour avocat, courtier et coach, le coordinateur de parcours obéit à une méthodologie qui comprend les étapes suivantes :

- l'accueil de la personne bénéficiaire ;

² Loubat, J.-R., « Coordinateur de parcours : la fonction pivot des dispositifs sociaux et médico-sociaux de demain », in Les Cahiers de l'ACTIF, n° 504/507, mai/août 2018 ; « Coordinateur de parcours : une nouvelle fonction à part entière », in ASH n° 3105, 5 avril 2019.

- l'appréciation de la situation de la personne bénéficiaire ;
- l'élaboration d'un plan d'accompagnement personnalisé (le plan d'action) et sa négociation ;
- le suivi de la mise en œuvre du plan et sa co-évaluation ;
- les ajustements et évolutions de parcours.

Afin d'échapper à divers conflits d'intérêts, la coordination de parcours pourrait d'ailleurs, à terme, s'exercer au sein de services spécifiques autonomes, d'associations de défense des consommateurs ou représentatives des bénéficiaires, d'ONG, ou encore de manière libérale pour le compte direct de bénéficiaires, comme le prône Guillaume Weppe, psychologue, consultant, dirigeant médico-social et défenseur engagé de l'inclusion :

« Mon point de vue serait que ce soit plutôt un service indépendant que l'utilisateur pourrait solliciter en direct avec des exigences propres et le financer lui-même. Cela renforcerait le système contractuel entre client et prestataires et la recherche d'une satisfaction client [...] Car en fait ce que l'on recherche auprès de ce service, c'est une compétence en termes de promotion de parcours de vie³. »

En attendant, les services de coordination s'inscrivent au sein d'opérateurs, voire peuvent être avantageusement mutualisés entre plusieurs opérateurs, au même titre d'ailleurs que nombre de services et de compétences. Notons que devant l'expansion de cette fonction, de très nombreuses formations existent aujourd'hui, qu'elles soient diplômantes, certifiantes ou simplement didactiques. Ces formations intéressent un spectre assez large de praticiens très motivés : éducateurs spécialisés, assistants sociaux, CESF, ergothérapeutes, etc.

DE NOUVELLES COMPETENCES POUR REpondre A DE NOUVELLES ATTENTES

Le changement important d'organisation que génère l'évolution actuelle et à venir des dispositifs d'action sociale et médico-sociale déconstruit en partie les repères traditionnels et peut donc créer un sentiment d'incertitude, voire d'insécurité, chez certains acteurs professionnels, mais ouvre en revanche de nouvelles perspectives d'intervention⁴. En effet, la mise en œuvre de plateformes de services entraîne notamment le déclin de certaines fonctions et l'apparition de nouvelles, et donc un élargissement et une modification des organigrammes : par exemple, les demandes relationnelles, de vie affective et sexuelle, de la part d'adultes en situation de handicap, entraînent l'émergence de nouvelles prestations et de nouvelles compétences (*love coach*, conseiller conjugal, sexologue, etc.). D'autres demandes inclusives vont dans le même sens : affirmation de *Job coach*, *home coach*, *school coach*, pair-aidant, conseiller en parcours professionnel, etc. De même, nous pouvons fort bien imaginer qu'un quelconque service d'aide à la vie sociale aura besoin demain d'experts en domotique, robotique, communication assistée, etc.

De manière générale, l'accompagnement se réalisera de plus en plus auprès des acteurs du droit commun et consistera en un travail d'interface et non plus tant d'encadrement éducatif comme dans les institutions traditionnelles. Les modalités d'intervention auprès des bénéficiaires se déplacent en termes de postures vers du conseil et de la médiation.

Quant aux cadres, ils voient également leurs rôles évoluer et passer d'une place dans une cascade hiérarchique au sein d'organisations pyramidales (directeur général, directeur de pôle, directeur, directeur adjoint ou chef de service d'une structure) à une mission de chef de projet, plus ciblée au sein d'un staff de pilotage (responsabilité d'un service déterminé, coordination d'un champ organisationnel : qualité, information,

³ Weppe, G., « La coordination de parcours, un service où tout est toujours possible », in Les Cahiers de l'ACTIF, n° 504-507, mai-août 2018.

⁴ Dans une organisation en plateforme, les personnels sont affectés à de nouveaux services plus spécialisés, en fonction de leurs champs dominants de compétences et d'expériences, et non plus à un établissement ou un service polyvalent au sens classique.

ressources humaines, gestion des parcours, organisation, etc.) ou encore à des missions spécifiques d'ingénierie. Si rien n'était fait en matière d'évolution professionnelle (de fonction comme de formation), nous nous trouverions rapidement dans une situation de complet décalage entre les besoins et les réponses...

Mais tout cela suppose un projet fort et évaluable, un management par objectifs préoccupé de résultat, une capacité à s'extraire des prés carrés, des corporatismes traditionnels et des statuts inamovibles. Cela suppose également de suivre et promouvoir les parcours professionnels des praticiens, d'encourager les initiatives et les suggestions, de proposer des ouvertures, de nouvelles missions, un enrichissement régulier des compétences et connaissances (*empowerment*), par exemple par leur contribution à des groupes de progrès, de raisonner mobilité et de répondre aux attentes des nouveaux professionnels qui sont désormais différentes⁵.

CONCLUSION : DÉCLIN OU (VRAI) CHANGEMENT, L'ÉTERNEL CHOIX POLITIQUE

En l'absence d'une politique volontariste en matière de révision des diverses professions de l'action sociale et médico-sociale – autrement dit, si l'on persistait dans le conservatisme et la pusillanimité jusqu'alors en vigueur – on irait selon moi vers une situation toujours plus tendue en matière d'emploi, se caractérisant par les aspects suivants.

- Une fuite accélérée des compétences les plus précieuses vers d'autres statuts (voire d'autres exercices professionnels) et donc une augmentation des difficultés de recrutement.
- Une baisse de la qualification et de la motivation des personnels en poste.
- Des conditions de travail et une rémunération poursuivant leur détérioration tendancielle.
- Un affaïssement de la qualité de l'offre réelle de service et des désillusions importantes pour les personnes bénéficiaires.
- Un climat social dégradé et donc un management de plus en plus difficile (absentéisme, tensions, incivilités, conflits, explosion des actions prud'homales, etc.).

La principale conséquence de cette situation serait l'instauration d'un « système à deux vitesses », à l'instar de ce qui se passe dans le secteur sanitaire (dont on doit impérativement tirer les enseignements) ou encore celui de l'instruction scolaire : à savoir, un écart béant entre la situation d'organisations publiques ou parapubliques, de plus en plus déclinantes sur tous les plans et dévolues aux catégories les plus défavorisées de la population, et celle d'organisations privées plus attractives et efficaces, mais essentiellement accessibles aux détenteurs d'un meilleur pouvoir d'achat. La solution est la solvabilisation des personnes bénéficiaires⁶, qui permettrait à la fois de sauvegarder leurs intérêts et leur autodétermination en matière de réponses et de parcours, tout en libérant les opérateurs du carcan d'une économie totalement administrée dans lequel ils se trouvent.

Des marges de manœuvre considérables s'offriraient alors à ces mêmes opérateurs en matière de management et de développement professionnel. Une partie de l'action sociale (celle qui ne dépend pas de mesures de justice) et l'action médico-sociale pourraient enfin rompre avec leur ADN paternaliste et compassionnel.

Cette nouvelle ère « d'entrepreneurs de causes sociales » a déjà commencé, il suffit de modifier les règles du jeu pour lui ouvrir en grand les portes de l'avenir. Le problème est que cela va tellement à l'encontre de l'héritage politique, étatique et administratif de notre pays que le changement risque de prendre un temps considérable,

⁵ J.-R., Loubat : « Grande démission et fin de l'abondance », in *Gestions Hospitalières*, n° 624, mars 2023.

⁶ Un pas est franchi par le dernier rapport de l'IGAS de janvier 2005 qui évoque le système de « budget personnalisé » sur le modèle écossais ou suédois.

de se réaliser en demi-teinte ou de nécessiter une crise sociale importante, une montée en puissance des mouvements revendicatifs et de la pression de l'opinion, suivant en cela le rythme spasmodique habituel de la conjoncture française...

2. Les secteurs de l'action sociale et médico-sociale sont-ils encore attractifs ?

Force est de constater que les secteurs de l'action sociale et médico-sociale, à l'instar de celui de l'action sanitaire ou encore de l'Éducation nationale, connaissent actuellement de réels problèmes de recrutement et de remplacement de personnels, alors que de tels secteurs multiplient paradoxalement les offres d'emploi... Indicateur parmi d'autres d'un manque évident d'attractivité qui n'est pas sans inquiéter dirigeants et administrateurs. Les causes s'avèrent multiples et témoignent d'une évolution historique des motivations et des parcours professionnels tout comme de ces champs d'activité eux-mêmes⁷.

Ces derniers peinent à réaliser leur complète transition, au risque d'y perdre leur vocation initiale, et se trouvent de ce fait dans un « entre-deux » nostalgique et ambivalent. Empêtrés dans une complexité administrative et des conventions d'un autre âge, ainsi que dans une culture endogamique, sont-ils aujourd'hui en mesure d'offrir des perspectives attractives à leurs acteurs potentiels, notamment ceux issus des nouvelles générations ?

I - DES DIFFICULTÉS À RECRUTER

Si les causes de cette perte d'attractivité partent de loin, la conjoncture de la COVID a agi comme un véritable accélérateur de rupture sociétale, en replaçant plus que jamais le *mode de vie personnel* au centre des préoccupations et du projet de vie des individus (le travail s'avère désormais une ressource parmi d'autres qui doit s'adapter à l'organisation de vie personnelle), mais également en « désublimant » en quelque sorte certaines fonctions professionnelles, ayant mis à nu l'incohérence ou le cynisme de leur gestion ainsi que leur absence de reconnaissance⁸.

Tour à tour, effet des 35 heures, dégradation globale des conditions de travail, insuffisance de personnel et mauvaise organisation, normalisation excessive, complexité administrative croissante, code du travail pléthorique, management amorphe, ont contribué à détériorer les organisations de travail du secteur public ou assimilé. La fuite massive du secteur sanitaire, et plus récente des secteurs social et médico-social, en témoigne et contamine d'autres secteurs de service connexes.

DES CAUSES MULTIFACTORIELLES

Les causes de cette perte d'attractivité sont à la fois d'ordre sociétal et d'ordre sectoriel, d'ordre matériel et d'ordre psychosocial. Il serait en effet simpliste d'isoler une seule cause, nous avons plutôt affaire à une combinatoire de facteurs – de « multiples gouttes d'eau qui ont fait déborder le vase » de la démotivation... Identifions ces divers facteurs.

⁷ Lire à ce titre le très éclairant article de J.-P. Hardy : « La fusion des bureaucraties administratives, associatives et politiques dans le secteur social » in *La Revue des affaires sociales*, La Documentation Française, 2022-2, pp. 105-119.

⁸ Les « médailles en chocolat », les attitudes démagogiques comme les applaudissements à l'endroit des soignants, etc., ont eu l'effet inverse escompté : un sentiment profond de déconsidération, alors que les personnels de santé demandaient (et demandent toujours) plus fondamentalement un changement d'organisation du champ de l'action sanitaire et conséquemment des conditions de travail.

DES FACTEURS SOCIÉTAUX

Le déclin global de notre civilisation occidentale

Après cinq siècles de domination mondiale, l'Europe n'est plus au centre du monde mais est devenu un « petit continent » en déclin démographique, économique, militaire et culturel. La zone de l'Océan Pacifique ayant pris le relais. D'un point de vue sociologique, ce déclin produit une démoralisation ambiante (climat social délétère, perte de cohérence culturelle, effondrement religieux, discrédit de la classe politique, perte de foi en le progrès, écologie apocalyptique, géopolitique inquiétante, endettement massif, crise financière latente).

De fait, ce climat entraîne une perte de valeurs positives, de perspectives et de sens collectifs (la fameuse *anomie* de Durkheim), un individualisme de repli (*l'hédonisme consumériste*), un déclin de la valeur travail et un coût psychosocial plus élevé des interactions sociales par une perte de repères partagés au niveau des comportements et des rôles sociaux (tous les rôles sociaux, y compris familiaux, conjugaux, sexuels). Les métiers qui ont affaire à un public sont touchés par des difficultés relationnelles grandissantes : médecins, soignants, éducateurs, pompiers, enseignants, contrôleurs, policiers, etc.

L'autorité, la compétence, l'expertise, tout comme la raison et la vérité ne sont plus des valeurs reconnues

Toutes les formes d'autorité, de celle des parents à celle des enseignants, des policiers, des élus, etc., sont contestées. L'expertise scientifique comme la notion de *vérité* ne peuvent plus se faire prévaloir que difficilement. Internet relativise toute information, comme nous l'avons vu lors de la crise de la COVID, grand ballet de désinformation. La raison est combattue par l'émotion, la démonstration par l'opinion, le chiffre par le sentiment (impact de la télé réalité). On appelle cette tendance idéologique le *relativisme absolu*. Tout cela a un fort impact sur les relations tant civiles que professionnelles et affecte particulièrement les métiers de service et de relation en durcissant leur climat professionnel et en entamant leur prestige.

DES FACTEURS SECTORIELS

Perte de sens vocationnel, de sentiment d'utilité sociale et de reconnaissance évoquée par de nombreux professionnels

Les relations entre professionnels et bénéficiaires se sont en effet rapidement modifiées. Passant historiquement d'une relation assistancielle et caritative, voire militante, à une relation professionnelle d'expertise (dans les années 70), la relation entre professionnels et bénéficiaires a progressivement perdu son caractère méritant et reconnu pour se banaliser, voire être parfois suspectée de maltraitance (cf. les nombreux scoops médiatiques). L'indispensable montée des droits des bénéficiaires est demeurée davantage théorique que réalisé dans les faits et elle n'a pas été accompagnée d'une démarche pédagogique.

D'autre part, les changements rapides de tous ordres au sein des secteurs qui nous intéressent, changements désordonnés, complexes, voire peu lisibles, sans réelle coordination de leur pilotage de la part des pouvoirs publics, parfois sans formation et sans préparation des acteurs de terrain, ont entraîné chez beaucoup une perte de perspectives, de gratification, d'estime de soi et de « reconnaissance sociale ».

Montée en charge du travail administratif au détriment du service rendu

Au niveau des organisations se sont multipliés les postes administratifs ou improductifs⁹ (DAF, DRH, chargés de la prévention des risques, de la qualité, de la communication, de l'informatique, de la recherche et du développement, de la qualité de vie au travail, cellule d'appels à projets, etc.). Il s'agit là d'un constat, sans dénier un certain intérêt à ces nouvelles fonctions et tâches, à condition qu'elles soient indispensables et ne

⁹ Improductif ne veut pas dire inutile, mais ne contribuant pas directement au service rendu aux bénéficiaires. Dans la nomenclature SERAFIN-PH, ces fonctions ressortissent aux *prestations indirectes*. Il est évidemment intéressant de connaître la part des coûts des prestations indirectes par rapport aux prestations directes...

nuisent pas à la qualité du service lui-même et à la motivation des praticiens. Au niveau des professionnels se sont multipliés les réunions, le *reporting*, les tableaux de suivi, les rapports, les enquêtes, les consignes, les normes, les contrôles administratifs : un médecin, un enseignant, un directeur, un éducateur, etc., passent une partie toujours plus importante de leur temps de travail en tâches administratives (parfois jusqu'à un tiers de celui-ci).

Absence de perspective professionnelle

Invoquée par de nombreux professionnels, cette stagnation des parcours n'est évidemment pas source de motivation. Une évolution passe bien souvent par des changements de fonction, des formations importantes, or les passerelles n'existent pratiquement pas. Les conventions obsolètes, conçues en d'autres temps, sont en cause, récompensant davantage l'ancienneté que la compétence, la motivation ou la qualité du service rendu. L'absence d'évaluation de cette dernière fait que seul le statut détermine la rémunération, selon une logique tout administrative (calquée historiquement sur la fonction publique).

Rémunération en perte de vitesse

Cette rémunération est jugée insuffisante par rapport à la hausse de l'inflation du coût de la vie (réelle, pas celle de l'INSEE) et de nouveaux postes budgétaires contraints (informatique personnelle par exemple) d'une part, par rapport à la hausse des exigences de compétences et de responsabilités d'autre part. Cette tendance à la baisse de la rémunération du travail se vérifie dans de nombreux secteurs d'activité¹⁰ et fortement dans les domaines de l'aide à domicile, du soin et de l'éducation, secteurs jugés dépensiers, grevant les dépenses publiques d'un pays surendetté et dépendant largement d'une *économie administrée*.

Par exemple, une grande quantité d'offres de chargés d'insertion ou de développement professionnel (qui ont le vent en poupe), nécessitant un niveau de technicien supérieur, voire plus, propose actuellement un brut entre 1 700 et 2 000 euros ! Nombre de jeunes professionnels de ces secteurs se reconvertissent, se mettent à leur compte ou se regroupent sous d'autres statuts, comme en témoignent les constats de France Travail. Ces nouveaux professionnels, dont on dit qu'ils ne sont plus mus par une seule posture vocationnelle, s'avèrent plus sensibles aux conditions et environnement de travail, ainsi qu'aux perspectives de réalisation et de progression personnelles. Ils n'envisagent plus d'occuper la même fonction toute leur vie...

LE « MODÈLE FRANÇAIS » EN CAUSE ?

L'addition des facteurs évoqués ici questionne en profondeur ce que l'on appelle le modèle français¹¹. Notre pays s'est construit historiquement autour d'un modèle militaro-bureaucratique (« *à coups d'épée* », disait De Gaulle), centralisé et absolu, dans lequel l'État a joué un rôle déterminant comme facteur contraignant d'unification progressive, l'Éducation Nationale et ses « hussards noirs de la République » ayant repris à son compte l'instruction à l'Église catholique. Omniprésent, prétendant tout régenter, même en matière d'affaires familiales, sexuelles et religieuses, mais délaissant ses domaines régaliens, générant une armée de fonctionnaires à sa botte, l'État français a suscité un *système assistanciel* et une *dépendance importante* chez les citoyens qui représente aujourd'hui un boulet à la fois sociétal, économique et psychologique.

¹⁰ Il faut évoquer dans ce phénomène la part croissante des prélèvements sociaux (conséquences du modèle français) qui n'ont cessé au fil du temps de creuser l'écart entre le salaire brut et le salaire net, au détriment à la fois de la compétitivité des entreprises et de la rémunération finale des salariés.

¹¹ Cf. J. Le Sourd (auteur de la fameuse formule « *La France, une Union soviétique qui a réussi* ») : *Le Modèle français. Grandeur et décadence*, Odile Jacob, 1998. Lire également de P. Huerre & M. Laine : *La France adolescente*, Jean-Claude Lattès, 2013.

Cette omniprésence étatique s'est réfractée dans un secteur associatif devenu « parapublic » *de facto* au fur et à mesure que l'État voulait dégonfler ses effectifs tout en conservant le contrôle absolu.

« La France est engagée dans un cercle vicieux de défiance dont les coûts économiques et sociaux sont énormes. Depuis plus de vingt ans, les enquêtes menées dans les pays développés révèlent qu'en France plus qu'ailleurs, on se méfie des autres concitoyens, des pouvoirs publics, des politiques, des institutions et du marché. En décembre 2012, le taux de confiance dans les partis politiques était de 12 %, de 23 % dans les médias et de 35 % dans les syndicats. Cette défiance est alimentée par le corporatisme et l'étatisme. Le déficit de confiance des Français est en effet intimement lié au fonctionnement de notre État et de notre modèle social, comme plusieurs travaux l'ont parfaitement démontré.¹² »

Concernant les secteurs qui nous intéressent, qui se trouvent totalement inscrits dans une économie administrée, les tentatives innovantes se voient fréquemment buter contre des contraintes et des contradictions administratives. L'absence de coordination entre de multiples pouvoirs publics (DGCS, IGAS, ANAP, CNSA, CIH, ARS, CD, etc.) constitue une des principales entraves aux évolutions souhaitables. Les « injonctions paradoxales » demeurent une constante de notre technocratie largement et plus que jamais coupée des réalités de terrain de par son recrutement (Sciences Po et ENA, la fameuse « énarchie » dont parle Jean-Pierre Hardy) et de plus en plus démunie d'une ligne de conduite claire.

Il nous faut prendre du recul historique pour comprendre cette situation unique comme l'évoque Jean-Pierre Hardy :

« Les bureaucraties associatives et administratives dans le secteur social, à la fois "sœurs jumelles" et "frères ennemis", sont le produit des crises et des mutations (inégaux, mais combinés) du "travail social", du "travail militant" et du "travail associatif", dont l'intelligibilité nécessite des travaux de sociohistoire des différents protagonistes. La reconversion d'importants élus politiques, surtout socialistes et écologistes, dans les associations et ONG sociales et humanitaires ajoute à l'endogamie bureaucratique.¹³ »

COMMENT RESTAURER DE L'ATTRACTIVITÉ ?

On ne peut certes agir directement sur tous les facteurs de perte d'attractivité des secteurs qui nous intéressent puisque qu'un certain nombre sont des lames de fond sociétales, possédant des implications socio-culturelles, idéologiques, géo-économiques et géopolitiques qui dépassent les acteurs concernés. Deux formes d'action sont toutefois à la portée des dirigeants de tels secteurs¹⁴ et doivent les amener à une indispensable réflexion stratégique.

Une action d'ordre civil

Elle questionne directement la capacité d'action militante des mouvements sociaux que sont (ont été ou devraient être) nombre d'associations. Au contraire de diverses ONG internationales, beaucoup d'associations françaises se sont engluées et fondues dans le cadrage de l'économie administrée de la puissance publique et sont devenues essentiellement des « gestionnaires de biens ou de fonds publics¹⁵ », c'est-à-dire des entreprises

¹² F. Bizard : *Politique de santé. Réussir le changement*, Paris, Dunod, 2015. Cet auteur est économiste spécialisé dans les questions de protection sociale et de santé et préside l'Institut Santé et enseigne à l'ESCP Europe et à Sciences Po Paris. Lire également la suite du même auteur... *Et alors la réforme globale de la santé, c'est pour quand ?*, Paris, Éditions Fauves, 2019. Prémonitoire, juste avant la crise de la COVID.

¹³ Article cité en note 1.

¹⁴ F. Batifoulouier & F. Noble (dir.) : *Conduire l'innovation en action sociale et médico-sociale à l'heure de la transformation de l'offre*, Dunod, 2022.

¹⁵ Le CAFDES, véritable blanc-seing administratif, est la parfaite illustration de cette gestion de biens publics.

(parapubliques) d'intérêt général (ESIG pour l'Union européenne) possédant plus de salariés que d'adhérents. Dépendantes administrativement et financièrement de la manne publique, elles ont perdu leur force de lobbying, d'impact, de représentativité des causes et des publics qu'elles défendaient initialement (leur rôle de *claims-makers* ou défenseurs de causes).

Devenues parfois de très gros employeurs (plusieurs milliers de salariés), elles s'avèrent de plus en plus impliquées dans des intérêts économiques et politiques locaux. Leur projet social s'en est trouvé émoussé et peu mobilisateur. Il est capital qu'elles retrouvent un projet sociopolitique par le développement de nouvelles formes d'action militante, la recherche d'adhérents et aussi de fonds autres afin de diminuer leur dépendance. Sinon, divers mouvements et alternatives parallèles (Mutuelles, fondations à but lucratif, fonds de pension, etc.) risquent de s'imposer à terme et délégitimant progressivement ces institutions historiques.

Une action de l'ordre du management

Dans cette même conjoncture, certains opérateurs s'en sortent beaucoup mieux que d'autres, mettant en évidence l'importance déterminante du *facteur managérial*. Le management étant précisément l'art de mobiliser des acteurs au sein d'une « communauté d'action » afin qu'elle atteigne ses objectifs.

Cela engage la capacité à dessiner un projet porteur autour d'une utilité sociale, à générer un climat social positif et une culture d'entreprise forte, à offrir des perspectives d'évolution via l'*empowerment* et la prise en compte des parcours professionnels, à proposer une bonne « qualité de vie au travail », tant matérielle, sensorielle que relationnelle, bref, ce que nous appelons un *nouvel écosystème professionnel*.

Ce nouveau management possède ses propres principes de base :

▪ **Un recentrage sur les bénéficiaires**

Le changement de prisme vis-à-vis de la personne accueillie et la promotion de son autodétermination ont en effet entraîné des changements de fond : la substitution d'une logique de place et de captation par une logique d'accompagnement de parcours a par exemple contribué à faire émerger la fonction de *case manager*, qu'on l'appelle coordinateur de parcours, référent ou facilitateur de parcours, assistant de projet de vie (Nexem), coach personnel, etc., afin précisément de mieux ajuster l'offre et la demande des personnes accompagnées.

▪ **Un véritable projet d'entreprise opérationnel**

Le management est le bras armé d'un projet. La prédominance de la gestion administrative a parfois enterré la raison d'être fondamentale de la communauté d'action¹⁶. Un projet doit comporter un aspect idéal, qui donne un sens philosophique à l'action, mais aussi un aspect opérationnel et évaluable. Cet aspect évaluatif est essentiel pour démontrer aux acteurs que leur action est productive et utile.

▪ **Une réingénierie organisationnelle**

Le concept de *plateforme de service*¹⁷ s'impose à la fois pour ouvrir l'offre de services et pour optimiser l'utilisation des ressources, en évitant la fragmentation en établissements et services selon une logique de tuyaux d'orgue. La plateforme se veut une organisation plus horizontale et plus souple, proposant une palette de prestations et non plus une organisation pyramidale rigide. Des opérateurs se sont engagés dans cette voie en mutualisant, externalisant ou sous-traitant un certain nombre de leurs fonctions, ce qui suppose de changer de dimension et de raisonner à l'échelle d'un territoire plus vaste (ce que le dernier rapport de l'IGAS appelle « responsabilité populationnelle territoriale »). Cette reconfiguration

¹⁶ C'est totalement le cas au sein de l'hôpital. Cf. F. Mispelblom Beyer : *Encadrer les parcours de soin*, Dunod, 2016.

¹⁷ Pour plus d'informations, voir J.-R. Loubat, J.-P. Hardy, M.-A. Bloch : *Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale*, 2^e éd., Dunod, 2022.

pousse à du partenariat, mais aussi à une certaine spécialisation. Il s'agit de se recentrer sur son cœur de métier, « ce que l'on sait bien faire », et de nouer des complémentarités avec d'autres acteurs du territoire.

- **Une gestion des ressources humaines basée sur la responsabilisation**

Un premier aspect porte sur l'organigramme et les fonctions-cadres. Des opérateurs ont opté pour une diminution de la ligne hiérarchique et un déplacement des fonctions traditionnelles de directeurs, directeurs adjoints ou chefs de service affectés à un ESMS vers des responsabilités par champ opératoire, par mission ou par programme, par exemple, « responsable des parcours » et « manager de ressources ».

Concernant les ressources, des responsables plus fonctionnels que hiérarchiques peuvent manager un service santé, un service d'accès à l'emploi, d'inclusion scolaire, d'aide à la vie affective et sexuelle, permettant ainsi une évolution professionnelle vers davantage de responsabilisation et d'initiative.

- **Un focus sur la gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC) et sur l'empowerment**

En se montrant plus attentif au recrutement, en anticipant davantage les besoins de savoir-faire, en embauchant des compétences et non plus un poste, en parrainant les nouveaux recrutés, en utilisant au mieux les entretiens professionnels, en raisonnant parcours et évolution professionnels, en se dotant d'indicateurs de progression professionnelle (motivation, initiative, responsabilité, innovation, etc.), en prévoyant des modalités d'*empowerment* et d'intéressement (y compris financier). Des professionnels de terrain peuvent devenir des responsables de programmes, des leaders de projet, etc.

- **Une priorité accordée à la formation et à la qualité de vie au travail**

Des opérateurs ont misé sur des formations sur mesure afin de faire évoluer les comportements et les pratiques professionnelles de leurs personnels, mais aussi sur le climat social, la communication et l'environnement au sein de l'entreprise¹⁸. Autrement dit, le propos d'un *well-being manager* est d'attirer différemment des personnels en tenant compte des évolutions du contexte culturel, tout en recherchant bien entendu l'efficience optimale.

CONCLUSION

La transition de l'action sociale et médico-sociale et ses impacts managériaux constitue un vaste chantier pour la décennie à venir, car elle soulève un certain nombre d'enjeux d'importance portant sur différents niveaux. Ces secteurs se trouvent plus que jamais à la croisée de chemins historiques et, de ce fait, dans un imbroglio de contradictions.

Issus historiquement d'un univers caritatif (*venir en aide*) et militant (*réduire les inégalités, changer la société*), ces secteurs ont vu leur utilité sociale se modifier au fil de leur prise en main par l'État (*soigner, occuper, réinsérer, former, démarginaliser*) en devenant les spécialistes de problématiques sociétales rémunérées pour cela par les pouvoirs publics. Leur professionnalisation inachevée témoigne d'un statut hybride et contradictoire. Les professionnels y ont été quasi fonctionnarisés tout en étant au service de publics devenus progressivement des « clients » : contrat, démarche qualité, recherche d'autodétermination, promotion personnelle, etc. L'enjeu de la solvabilisation des bénéficiaires prend tout son sens dans cette situation évolutive. On comprend que, dans ce cas, le secteur de l'action médico-sociale et une part de celui de l'action sociale seraient indépendants des pouvoirs publics...

¹⁸ Pour plus d'informations, voir J.-R. Loubat : « Management et qualité de vie : le monde du travail en question ? », in Les Cahiers de l'Actif n° 484/487, décembre 2017.

Cette contradiction questionne de manière insoutenable les aspects que nous avons évoqués précédemment : rémunération, évolution, conditions de travail, etc. Si le militant ne compte pas ses heures, le professionnel le fait. Même les syndicats s'avèrent traversés par cette contradiction, encore porteurs pour certains d'entre eux d'un discours idéologique de résistance plutôt que de projet, ils sont les premiers à figer *de facto* les possibilités d'évolution professionnelle.

Il faudra réfléchir sérieusement à la gestion de ces contradictions, si de tels secteurs d'activité veulent demeurer attractifs auprès des professionnels d'aujourd'hui, dont les attentes se sont profondément modifiées. Dans cette perspective, il est intéressant de comparer nos secteurs avec ceux d'autres pays qui ont parfois emprunté des voies fort différentes, bref, de pratiquer le *benchmarking* (en français « parangonnage ») comme nous l'évoquions dans un article précédent¹⁹.

Quelques références :

- Recommandation du Comité des Ministres européens aux États membres relative à la désinstitutionalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité (2010) ;
- Protocole d'accord et déclaration commune entre l'ADF et les principales organisations médico-sociales : « Parcours résidentiel et parcours de vie des personnes adultes handicapées : vers une refondation » (2012) ;
- Rapport de l'ONU de M^e Devandas Aguilar sur sa visite en France concernant la condition des personnes en situation de handicap (2019) ;
- Rapport Piveteau-Wolfrom sur l'habitat inclusif (2020) ;
- Rapport de l'IGAS : « Handicap : Comment transformer l'offre sociale et médico-sociale pour mieux répondre aux attentes ? » (2025)

¹⁹ J.-R. Loubat : « L'innovation managériale est-elle possible dans le champ d'une économie administrée ? » in Les Cahiers de l'Actif n° 542/545, juillet/octobre 2021.

