

## **Intervention du 21/10/2008 – Malaise dans l'institution**

### **ACTEURS ou AGENTS ?**

**Lucien Coudrin, membre du Comité d'organisation, ancien directeur de CMPP**

Pour comprendre le malaise de la période actuelle, imputé à une accélération des mutations et des transformations, ainsi qu'à l'avalanche de textes règlementaires qui risquent bien d'étouffer toute vitalité, il est souvent évoqué deux causes majeures : la gestion comptable et l'idéologie managériale copiées sur le secteur de l'économie marchande. Si l'on en reste qu'à un constat de l'actuel ; il n'y a pas d'autre choix que de se lamenter.

Mais le mouvement vient de très loin et je fais confiance à Yann Rollier qui va mettre ce matin cette histoire en perspective. Pour ma part, je vais aussi tenter d'en comprendre quelque chose à partir de ma propre expérience de militant associatif et d'ancien responsable d'établissement.

#### Un renversement culturel

Il faut se souvenir que le secteur social et médico-social s'est construit à partir du militantisme de personnalités et de parents qui pour suppléer des carences de l'état et des établissements publics ont créé des structures pour répondre à des besoins qu'ils avaient identifiés et auxquels il n'y avait pas de réponses.

C'est un peu moins vrai pour le secteur sanitaire.

Il fut un temps où il suffisait de faire état d'un besoin et de proposer des modalités d'intervention pour en obtenir le financement avec une procédure étonnement simplifiée.

D'une certaine façon le cadre règlementaire se définissait alors, à posteriori, à partir des initiatives et de la pratique.

Cela a eu de nombreux effets :

- à partir d'un même texte législatif fondant une catégorie d'établissement, il en a résulté une grande variété d'établissements ayant la même mission, mais avec une organisation et un fonctionnement variant selon la personnalité des créateurs, des responsables et du contexte local.
- les créations dépendant autant des initiatives que de l'évaluation des besoins, cela a donné une grande disparité de la répartition des établissements sur le territoire national.
- on peut avoir ainsi l'impression que la priorité était alors donnée aux institutions avant les personnes qui en bénéficiaient.
- la conséquence est un foisonnement d'établissements et de services, 30 000 semblerait-il, dépendants de 18 000 opérateurs pour prendre la terminologie actuelle.

Nous sommes là, loin du modèle du centralisme jacobin reproduisant à l'identique des structures ayant les mêmes moyens et le même fonctionnement, gérés par le même gestionnaire afin de garantir une qualité de service équivalente.

#### Rationaliser et planifier

Désormais, parce que les moyens sont limités, il nous est dit qu'il faut bien entendre raison et que cela ne peut pas continuer comme avant.

Même si les ressources existaient, il n'est plus possible de créer de nouvelles structures en fonction des nouveaux besoins qui sont identifiés. Un nouveau service ne peut s'ouvrir que si un autre disparaît. C'est ce que l'on appelle techniquement et pudiquement redéploiement des moyens.

Il faut également mettre fin à l'inégale répartition des services sur le territoire, car cela ne garantit pas le principe d'un libre accès pour tous à des services de qualité équivalente. En interne, la démarche qualité qui mobilise beaucoup va en partie dans ce sens. En externe la création de structures n'est plus seulement à l'initiative des associations, mais le plus souvent une réponse à une demande des autorités publiques qui planifient.

Les bénéficiaires des services doivent désormais être au centre des dispositifs et l'on doit répondre à leurs besoins, d'où cet ensemble d'outils et procédures mis en place, depuis le livret d'accueil, le contrat de soin, le conseil de vie social... jusqu'au droit d'accès à son dossier médical.

Dans le même mouvement les administrations de contrôle et de tutelle ont voulu avoir légitimement moins d'interlocuteurs : que les établissements d'un même financement et de la même association soient gérés collectivement, que les petites associations se regroupent ou se fondent dans de plus importantes...

L'objectif serait de passer de 18 000 à 3 000 opérateurs. Cela va faire beaucoup de présidents en moins !

Il n'y a rien à dire de ces mutations, dont la majorité sont parfaitement justifiées, et des transformations que cela entraîne. Tout cela est parfaitement logique et rationnel. S'y opposer c'est vraiment être contre la modernité. Et puis il n'y a pas le choix, les moyens ne sont pas illimités. Soyez raisonnables voyons !

Alors de quoi nous lamentons-nous ?

Peut-être des effets de ce changement radical de l'origine des initiatives et des circuits de décision. Désormais ce sont les autorités administratives et politiques qui décident selon des critères qui n'ont rien à voir avec les pratiques construites à partir du travail éducatif, social ou thérapeutique, donc de la clinique. Cela a modifié le positionnement de l'ensemble des protagonistes : politiques, agents de l'état, administrateurs d'association, responsables d'établissements et professionnels, sans oublier aussi ceux que l'on peut appeler selon, bénéficiaires, clients, patients, ou désormais usagers.

Le changement de place entraîne un changement de mots pour désigner ces places et l'on sait là combien cela a des effets.

Je vais en prendre quelques exemples.

Du côté des associations, ce n'est pas la puissance mesurée par la taille, le nombre de salariés ou le chiffre d'affaire qui devrait être important, mais la capacité à être imaginatif et « promoteur de projets ». Désormais le risque est que ces associations deviennent des « prestataires de service » devant répondre (parfois et de plus en plus, c'est à craindre) à des appels d'offre selon le principe du mieux disant pour les coûts, mais selon quels critères pour la clinique ? Le paradoxe est que prises dans le mouvement actuel, voire pour assurer leur

propre survie et la volonté légitime de maintenir les emplois, les associations peuvent en arriver à être encore plus radicale dans leur position que les autorités administratives.

Du côté des salariés des associations, y compris des dirigeants, la dénomination d' « agent » est apparue, ce qui est une assimilation avec les agents de la fonction publique. Le terme d' « acteur », dans la définition donnée par Crozier, était jusqu'à présent plutôt employé. On ne peut pas s'empêcher de penser que cela a des effets d'être désigné comme exécutant ou serviteur de l'état (ce qui est, il faut le dire, loin d'être péjoratif quand on en a fait le choix).

Du côté enfin de ceux que l'on appelle désormais les usagers la question est difficile car pratiquement aucun terme n'est adapté. Le terme de « bénéficiaire » était étonnant car on ne voit pas bien de quel bénéfice il est question. Le terme de « client » n'est pas approprié, car cela renvoie à l'idée d'achat d'un service, avec implicitement un « contrat » que pourtant nous allons désormais formaliser avec le contrat de soin. Le terme de « patient » est trop référé au domaine médical et il implique une position passive. Reste que le mot « usager » renvoie à l'utilisation d'un service ce qui nous rapproche de la notion de consommateur.

Si l'on rajoute le droit (souvent illusoire) à un libre choix de la prestation et au droit à compensation, les personnes avec qui nous travaillons risquent de n'être que figées dans leur état, dans l'attente passive d'une réparation, plus victimes qu'acteurs de leur vie.

En plus, la tendance actuelle est à la valorisation des évaluations, des diagnostics à partir de bilans, à la préconisation de protocoles de prises en charge, sous couvert d'une plus grande objectivation. C'est le retour d'un mouvement ancien dont les limites sont vite apparues. Mais, sauf à passer pour rétrograde et passéiste il est difficile de nier les apports de la recherche scientifique et donc de s'opposer au mouvement actuel. Il importe pourtant de ne pas être dupe et de savoir qu'il y a un risque à mettre les personnes « usagers » et « professionnels » dans une situation où l'on pourrait croire qu'il suffirait d'appliquer un protocole formalisé pour qu'un travail soit efficient.

### Une position paradoxale

Cerise sur le gâteau, c'est dans ce contexte, où les associations elle-même, ou du moins certaines, sont en train de renoncer au contre-pouvoir politique qui a légitimé leur création, qu'il est demandé aux professionnels d'être innovants !

Nous connaissons bien ce que produit une injonction paradoxale du type : «soyez soumis au cadre défini par la mission que nous avons défini, appliquez les préconisations dont la valeur technique est prouvée, et soyez créatifs et inventifs ».

Loin de moins l'idée qu'il faille s'opposer à tout cadre. Financée par des fonds publics, l'activité de notre secteur ne peut être qu'encadrée, et nous devons en rendre compte.

La question qui est donc posée aux professionnels est de savoir comment on peut rester libre de penser et d'agir tout en étant soumis à un cadre.

D'une certaine façon, c'est cette question que nous avons mise au travail dans nos journées d'études depuis 2001:

« *Nouveaux mal-être, nouvelles cliniques ?* » en 2001.

« *Du passage à l'acte à l'acte de parole* » en 2003.

« *Penser l'institution* » en 2006.

« *La réalité sexuelle en institution* » en 2007.

