

La qualité de service comme projet démocratique

En prenant comme critère la qualité des services, l'évaluation des politiques sociales et des politiques de santé conduit à distinguer les différentes logiques de modernisation. De réforme en réforme, d'innovation en innovation, le paysage se redéfinit et laisse entrevoir de nouveaux clivages autour de différentes questions: quel rapport au territoire local? Quel travail en réseau? Quelle manière de coproduire les services? Pourquoi structurer la participation? Qu'est-ce qu'un risque social? Il en ressort une hypothèse: les politiques sociales sont surdéterminées par des logiques de « gestion prévisionnelle des profils humains ». Le risque? Confiner les professionnels de l'ambulatoire dans des rôles de bricoleurs de cursus de nos concitoyens les plus fragilisés.

PAR THOMAS LEMAIGRE

Dans notre pays, les années nonante auront été marquées par un bouleversement des politiques sociales. Engagée dès les années septante, la réforme de l'État a conduit à une progressive redistribution des compétences en ce domaine. Et l'arrivée à maturité des politiques sociales régionales et communautaires a été accompagnée d'une externalisation de plus en plus grande des services à la population. On a vu se systématiser des délégations au monde associatif de missions complémentaires à celles des services publics. Un nouveau discours de « modernisation » a accompagné ce processus.

La relation de service y a-t-elle gagné en qualité? On ne peut avancer une réponse simple à cette question, pourtant révélatrice des tensions cachées de notre temps. Dans les différents secteurs de l'aide sociale (comme la santé mentale, l'aide à domicile ou l'insertion socioprofessionnelle), on doit constater la coexistence peu pacifique de deux logiques de « modernisation ». D'une part, on y peut voir une logique d'innovation, voire d'expérimentation, à l'œuvre dans les pratiques du travail social et de l'action en santé ambulatoire. D'autre part, on enregistre la montée en puissance d'une

logique de rationalisation, mise en œuvre sectoriellement par les pouvoirs publics ou les grandes organisations (grands pouvoirs organisateurs, mutuelles, organismes parastataux, etc.). Ces deux logiques peuvent être recouvertes par le concept ambigu de « modernisation ». Pourtant, elles sont loin de se rencontrer. Le plus souvent, elles se heurtent et induisent des versions bien contradictoires de la « qualité ».

UNE MODERNISATION PAR LE BAS

Quand on se rend dans des services ambulatoires pour poser la question de la qualité de service, on ne rencontre que très rarement des réponses toutes faites. Même si la qualité de service est une préoccupation permanente, elle ne fait que rarement, comme telle, l'objet de discussions explicites. Elle n'est pas une construction sociale au sens où elle constituerait une référence commune à un ensemble de pratiques. C'est en ce sens une interrogation nouvelle.

Mais dans les pratiques, elle est implicitement omniprésente. La question de la qualité est traitée concrètement, parfois très confusément, par des pratiques innovantes construites localement par les travailleurs sociaux et les responsables de services. Ces pratiques sont vécues comme des alternatives aux pratiques dominantes ou comme des réponses à des problématiques perçues comme locales et spécifiques. La notion de qualité de service renvoie directement les professionnels des secteurs sociosanitaires à la manière dont l'objet social de leurs organisations rencontre ou non la réalité.

Dans ces innovations, deux dimensions au moins méritent d'être soulignées. La première dimension est interne à la relation elle-même. La qualité se joue d'abord dans une définition de la relation de service, de ce qui s'y passe, s'y échange, de ce qu'on parvient à en dire, de ce qu'on peut en dire. La recherche concerne les droits des usagers, le rôle du travailleur social, le rôle et l'impact du service, le rapport au savoir des usagers et des professionnels. Elle pose la question de la participation de l'utilisateur comme coproducteur des relations de service, de la manière de tenir compte de la dimension identitaire qui s'y joue. La qualité apparaît comme « à géométrie variable », comme question ouverte au cœur de la pratique, comme objet de la réflexivité des professionnels, sans se retrouver comme concept clé dans la mise en valeur de l'action.

La seconde dimension de la qualité du service, proprement spécifique à l'ambulatoire, porte sur le rapport du service avec son contexte. Comment la relation de service tient-elle compte de la complexité des situations individuelles, complexité qui naît d'une vision complète et dynamique du milieu de vie, et de la préoccupation de plus en plus prégnante de l'intégration des usagers dans des tissus sociaux à reconstruire, ou à tout le moins à la vie desquels le service veut participer? Cette complexité peut amener le service à se situer comme un acteur local qui joue sur le même plan que les autres acteurs locaux, et qui joue éventuellement avec eux: l'utilisateur lui-même, ses proches, ses voisins, des personnalités du quartier ou de la cité, un groupe de bénévoles, un comité de quartier ou un autre collectif, un

SOINS AMBULATOIRES: QU'EST-CE QUI BOUGE?

commerçant, un artiste, une école, un élu local. Cette complexité situe le service sur son territoire en s'attaquant aux problèmes de pouvoir, notamment celui de l'asymétrie des positions entre le service et ses usagers. Le service se profile comme un maillon de réseaux horizontaux, imbriqués dans le social local, très décentrés, et composés d'acteurs variés. Il désenclave, recomprend et rend plus hétérogène le travail en « réseaux » ou en « coordinations sociales » qu'on met classiquement en exergue dans les discussions sur la coordination ou le partenariat.

TROIS PRÉCISIONS

Avant de décrire la seconde logique à l'œuvre, trois précisions doivent être apportées à ce qui vient d'être dit pour lui donner son exacte portée.

D'abord, la question du discours articulé sur ces enjeux de qualité est cruciale, tant pour les débats entre professionnels de l'ambulatoire que pour l'espace public en général. L'apparition de telles pratiques et de leur questionnement peut conduire à des innovations en termes de conceptualisation, de (re)formalisation, d'évaluation, qui révèlent une tension entre implication subjective des professionnels et objectivation de leurs pratiques. Il en va ainsi par exemple lorsque se pose la question de savoir si ces innovations sont transférables, généralisables¹.

Deuxième remarque: on ne parle pas ici d'un archipel de quelques pionniers très innovants, heureux rescapés des années septante. On parle d'une tendance lourde dans la transformation du secteur sociosanitaire. Via les deux dimensions de l'innovation sociale, la question de la qualité se révèle placée au cœur de la « modernisation » discrète de l'action sociale: plus on rencontre d'expériences de « terrain » aussi variées soient-elles, plus on découvre effectivement à l'œuvre des théories comme celle de Donzelot ou d'Ion (le social reconstructeur de la société), ou de Laville ou de Viveret (l'espace public comme lieu le plus légitime de la rencontre offre-demande de services). On assiste à l'émergence de nouveaux rapports entre l'économique, le culturel et le politique. Différents droits se recombinent, l'usager et le citoyen se réimbriquent.

Troisième remarque: surtout, pas d'angélisme! D'autres logiques viennent complètement perturber la donne. Celle qui vient le plus spontanément à l'esprit est l'apparition dans la relation de service de la *contrainte* (les années-charnières sont 1992 et 1993 avec l'introduction des Conventions d'intégration sociale dans les C.P.A.S. et les Contrats de sécurité). Il y aura désormais des usagers qui s'adressent aux services parce qu'ils y sont contraints par l'action publique. Et avec lesquels les services ne savent pas comment s'y prendre². On assiste à une conditionnalisation progressive des

¹ Un exemple actuel de mise en scène de cet enjeu — nouveau au moins dans sa forme — est l'édition de livres numériques où des professionnels de l'écriture mettent à plat avec des services sociaux et de santé wallons leurs pratiques, leur expérience et leurs interrogations. Voir le Laboratoire des innovations sociales, <www.labiso.be>.

² Notamment les services qui ont construit leur action à partir d'un discours critique sur l'« État fort » — très daté « seventies » et parfois à la limite de la paranoïa.

allocations sociales (et dans une moindre mesure à la multiplication des systèmes de peines alternatives). Dans cette tendance complémentaire à celle de l'externalisation des services vers l'associatif, les droits politiques, les droits économiques et les droits culturels sont mis en contradiction, voire de plus en plus niés ensemble (voir la figure emblématique de l'inspecteur de l'Onem, ou celle de l'huissier ou encore, de façon moins dramatisée, celle du médecin-conseil). Les professionnels de l'action sociale se retrouvent bricoleurs de cursus pour des publics très précarisés à maintenir dans leurs droits. Comment poser la question de la qualité de service dans des situations de contrainte?

LES MÉTAMORPHOSES DE LA PROGRAMMATION

Qu'en est-il maintenant des politiques? Comment la programmation de l'offre s'est-elle transformée? À partir d'impératifs de rationalisation des dépenses de la sécurité sociale, mais aussi de politiques de résorption du chômage, l'ambulatoire s'est renforcé dans les années quatre-vingt. Au cours de la décennie suivante, d'importantes réformes centrées sur l'offre de services ont pris la relève. Elles vont le plus souvent de pair avec des augmentations des budgets consacrés aux secteurs ambulatoires (santé mentale, aide à domicile, Aide à la jeunesse, etc.). On peut dégager des processus structurants dans ces politiques sociales. On y trouve d'abord des logiques de standardisation de la « production » : les services qui occupent la même place aux yeux de la réglementation, avec le même agrément, doivent tous faire la même chose, produire le même social. Et on y voit, aussi, de manière complémentaire, des logiques de linéarisation de la trajectoire individuelle de l'utilisateur. Le formatage de l'offre permet de construire des séquences-types de parcours des « clients ».

Ces politiques de standardisation reposent, pour l'essentiel, sur des réorganisations par le haut. Elles mettent en œuvre deux principes complémentaires, en les poussant plus ou moins loin.

D'abord, on insiste sur le « case-management » individualisé (gestion de cas) : un professionnel négocie avec un usager, ou même contractualise puis suit un programme d'évolution à travers l'offre. On a ainsi vu apparaître des fonctions de référents dans les hôpitaux psychiatriques, ou des expériences pilotes de gestion sur mesure de la sortie de l'hôpital des personnes âgées dépendantes. Ces fonctions sont organisées au départ de l'institution de soins ou d'hébergement, mais pas pour autant exclusivement, ni directement, par elle. L'insertion socioprofessionnelle mise aujourd'hui sur le *coaching* individualisé des parcours d'insertion, par des « agents » des services publics. Ces nouveaux dispositifs exigent un important travail d'interface, et donc d'engagement personnel de la part des travailleurs sociaux concernés. On peut pratiquement parler de nouveaux métiers du social. Dans le même mouvement, hors des institutions, on mise sur le diagnostic, l'accueil et l'orientation pour situer, de façon prescriptive, le cas individuel par rapport à l'offre.

En second lieu, ces politiques s'appuient sur une segmentation de l'offre en filières-types. Les services sont cadrés dans des définitions standards qui

SOINS AMBULATOIRES: QU'EST-CE QUI BOUGE?

fixent la complémentarité supposée des uns par rapport aux autres, de façon à ce que dans telles et telles conditions, tout passage par le service de type A ouvre une « passerelle » vers tout service de type B, et dans telles autres conditions, vers tout service de type C.

Standardisation et division du travail seront en règle générale complétées par un système de gestion de l'information par les nouvelles technologies, du genre « dossier unique » (le Résumé psychiatrique minimum en constitue un exemple type). Surtout, la redéfinition-classification réglementaire des publics cibles met en cohérence directe des segments de l'offre avec des « parcours » types ou « circuits » prédéfinis. Un grand fantasme technocratique vient pimenter le tout: l'idée que l'analyse statistique des grandes bases de données ainsi compilées produira les décisions les plus rationnelles quant aux ajustements à apporter dans l'offre de services.

Ces principes et modalités redéfinissent la division du travail entre l'institutionnel et l'ambulatoire, ainsi qu'au sein même de l'ambulatoire. Ils font de la modernisation « par le haut » une sorte de deuxième vague de taylorisation du travail social, induite par les pouvoirs publics³ et/ou par des secteurs institutionnels (hôpitaux, hébergement...) et/ou les grandes organisations auxquels ils sont liés (via la « pilarisation » de la société belge). Il se dessine ainsi une tendance claire à redéfinir, voire reformater, directement ou par ricochet, le champ de l'ambulatoire. Évidemment ces nouvelles normes induisent des modes de collaboration et des définitions de la qualité de service particuliers, au point, par exemple, de rendre caduques des catégories classiques comme celles de « première », « deuxième » et « troisième » lignes...

À côté des points saillants que nous venons de mentionner, ces politiques de réforme présentent d'autres caractéristiques qui mériteraient d'être approfondies. Ainsi, il faut rappeler que l'externalisation « publique » de la relation de service vers les associations, souvent confondue avec des politiques de résorption du chômage, a longtemps produit un déficit de sécurité d'emploi pour les professionnels. Elle a produit en outre deux effets: la confusion entre les politiques d'emploi, les politiques sociales et les services rendus à la population; la complexification à outrance de la gestion des associations, ainsi que le développement de la compétition entre elles pour se situer sur divers créneaux de financement (locaux, régionaux, fédéraux et européens). Tous ces processus ont des conséquences sur la qualité du service aux usagers. Nous ne pouvons les examiner ici, faute de place. Mais nous ne voulons pas conclure sans aborder la question clef de la participation des usagers dans la reconfiguration de la relation de service aujourd'hui.

³ On parle ici de façon générale pour la Belgique. Il est clair que cette modernisation « par le haut » est la plus marquée en Flandre et au fédéral, dans des projets politiques entrepris par des exécutifs socialistes-sociaux-chrétiens. En Région bruxelloise et dans les matières de la Communauté française — moins en Région wallonne —, cette tendance rencontre d'autres logiques institutionnelles, notamment une autre culture du rapport entre associations, administrations et politique. Elle est donc plus atténuée, mais bien présente, vu la forte interdépendance des niveaux de pouvoir dans les matières sociales et surtout de santé.

LA QUALITÉ EN TENSION: VERS LA CONSTRUCTION D'UN NOUVEAU CLIVAGE?

Le mot « modernisation » est ambigu. Nous venons de le voir : la notion de qualité de service permet d'ouvrir ce mot-valise « par le bas », dans les services, et « par le haut », dans les politiques. Les décalages entre ces deux logiques de la « modernisation » constituent, à notre sens, le principal élément à retirer de comparaisons interrégionales et intersectorielles de l'évolution des politiques sociales depuis dix ans en Belgique. Cette grille de lecture offre en outre des clés de compréhension des logiques d'action des acteurs en présence. La modernisation « par le haut » produit des conflits et des résistances. De façon remarquable, dans les différents secteurs, il s'agit de conflits très similaires du point de vue des enjeux exprimés ou de la configuration des acteurs en présence. Le « case-management », par exemple, fait davantage peur aux petits services, quel que soit le secteur auquel ils appartiennent. C'est qu'ils sont en rapport étroit avec leur public, ils sont distants des mondes institutionnels, peu bureaucratisés, peu médicalisés, peu familiarisés aux nouvelles technologies de l'information. Les métiers les plus plongés dans le milieu de vie des usagers constituent les milieux plus réactifs à la « néotaylorisation » des services.

Les conflits qui naissent de ces résistances ont pour épicerie la question de la relation de service (où l'on essaie d'aller le plus loin dans la participation de l'utilisateur comme coproducteur de la relation de service) et de l'ouverture du travail en réseaux (qui mobilise les ressources? comment? sur quel territoire?). Il s'agit le plus souvent de tensions, d'oppositions plus que de conflits déclarés. Le redéploiement des services et des réseaux n'épouse pas à priori le mouvement général de standardisation de l'offre de services et de division du travail induit par la modernisation « par le haut ». Les deux logiques peuvent même s'opposer. Cette opposition est vécue par les travailleurs sur le mode du décalage entre le haut et le bas, entre les normes et les pratiques, entre les appels à la normalisation et les situations de survie (des services et des usagers). Projet politique et monde vécu local se mettent alors en porte-à-faux l'un par rapport à l'autre.

LA COCONSTRUCTION COMME IMPÉRATIF DÉMOCRATIQUE

La question de la participation des usagers ne s'impose pas d'emblée comme prioritaire tant dans les ordres du jour des acteurs de terrain et des fédérations associatives que dans ceux des autorités ou des partenaires sociaux... La « citoyenneté » peut néanmoins apparaître comme une des dimensions de la qualité.

On observe que dans presque tous les secteurs fonctionnent des instances consultatives faibles. On y trouve des représentants des usagers. Mais ils n'ont pratiquement aucun impact, en particulier parce que quasi aucune des organisations qui y siège n'a de position claire — sauf les représentants gouvernementaux, qui s'en trouvent largement confortés dans leurs politiques.

SOINS AMBULATOIRES: QU'EST-CE QUI BOUGE?

À vrai dire, la question de la participation et de la « citoyenneté » des usagers des services sociaux est prise dans la même tension que celle de la qualité de service. La participation des usagers peut procéder d'une volonté politique, comme dans le cas des parcours d'insertion socioprofessionnelle en Wallonie: les pouvoirs publics imposent la participation, avec le mot d'ordre de citoyenneté. Il s'agit alors d'une composante de politiques modernisatrices. Elles créent le plus souvent de fortes zones d'incertitude pour les services sur le terrain, qui se retrouvent face à l'injonction paradoxale de « devoir faire participer ». Mais cette participation impulsée « par le haut » est comprise de façon très instrumentale: on la réduit à la qualité de l'accueil, de l'information, de l'orientation, à la contractualisation, etc. Dans certains cas particuliers, elle fait même l'objet d'un cadrage par des textes réglementant le travail communautaire.

En revanche, si on se penche sur les initiatives propres des services au niveau local, on constate que les pratiques sont extraordinairement multiples, voire contrastées. On assiste au déploiement de la relation de service et du travail en réseau sur de nouveaux terrains. On peut suivre à la trace une espèce d'immersion des services dans les milieux de vie des usagers qui se traduit par des processus d'innovation complexes portés par des organisations souples qui ont un mode de développement progressif, étape par étape, pour construire ensemble la demande sociale, passer du besoin ressenti à l'expression puis à la réponse souhaitée.

Mais il faut aussi relever des expériences de participation structurée d'usagers qui ont abouti à des succès. Elles dépassent le niveau d'action local des services pris individuellement. Elles se distinguent — quoique jamais totalement — de la demande de les utiliser aux fins de rendre les politiques plus efficaces. De façon remarquable, on relève deux éléments dans le discours qui y est « coconstruit ». D'une part, la centralité des droits: droit à jouir de droits, droit à l'expression, droit à l'identité, droit à la qualité, droit à la concertation, etc. D'autre part, la recherche de solutions alternatives aux modes d'intégration sociale dominants: dans la relation de service se joue un aspect identitaire qui pose des questions d'ordre collectif.

Dans de nombreux champs, des groupes de citoyens s'organisent et revendiquent en collectifs: des sans-abri aux parents de victimes de pédophiles en passant par les jeunes artistes, les chômeurs et les minimexés. Leurs revendications, axées de la même manière sur les droits et la recherche d'intégration sociale, vont des plus ciblées aux plus globales. Dans tous les cas, ils mettent en cause le travail social⁴. Certains sont ou ont été consultés dans le cadre de la formulation de politiques; certains entretiennent des échanges avec des services; d'autres restent ignorés. Si nous insistons sur la participation — y compris en y incluant jusqu'à l'action collective autonome —, c'est qu'elle pose aux politiques sociales et sanitaires une question qui pourrait bien un jour faire elle aussi clivage: celle du dépassement de leur instrumentalisation gestionnaire. Structurer la place de l'usager-patient en tant

⁴ On l'a encore vu tout récemment, cet été, en France, dans la manière dont la mort de Marie Trintignant a provoqué des débats publics autour de la violence domestique.

que citoyen dans la manière dont se construit le service, cela peut se résumer à une simple recherche d'efficacité. Organiser la participation, c'est aller chercher la connaissance là où elle est, c'est mettre de l'huile dans les processus de réforme des secteurs, c'est investir dans la communication politique et dans de nouveaux métiers de la « médiation », ou encore doter le pilotage d'indicateurs qualitatifs qui permettent d'anticiper les phénomènes sociaux... Toutes ces choses ne constituent que des modalités de la gestion des politiques publiques — ou au niveau du terrain avec le versant managérial de la professionnalisation des services. Elles ne renvoient pas nécessairement à un projet démocratique. Pourtant, dans les politiques sociales et de santé, l'enjeu central reste la réarticulation des droits politiques et économiques. C'est dans cette réarticulation que devrait aujourd'hui chercher à s'ancre la coproduction-coconstruction de la modernisation des services sociaux et de santé, que ce soit par le haut ou par le bas.

COMMENT GÉRER LES RISQUES SOCIAUX ?

Le champ de la qualité de service dans le domaine social est remarquablement peu élaboré en Belgique — quoique moins en Flandre — comparativement à ce qu'on peut voir ailleurs en Europe, de l'Allemagne à l'Angleterre en passant par la Scandinavie. En caricaturant à peine, on peut identifier quatre acteurs distincts qui travaillent sur cette question: les services de terrain (en particulier les plus innovants), les pouvoirs publics, les syndicats (et le nouveau patronat associatif), les usagers.

De ces quatre pôles, celui qui est le plus à même d'imposer sa logique aux autres est le monde politique. La question de la qualité de service est donc clairement surdéterminée par une dynamique politique. À moyen terme, il s'agira d'une question politique. Même si les autorités ne doivent surtout pas être vues comme homogènes en termes de position sur une telle question, elle se posera plus que probablement dans la lignée « néomoderniste taylorienne » évoquée ci-dessus, sous les sirènes des méthodes managériales de l'entreprise privée et de l'intrusion des nouvelles technologies dans la mise en œuvre des politiques sociales.

En effet, on peut voir comme les deux versants de la même poussée modernisatrice, d'une part le fait pour l'État de miser sur la citoyenneté, la participation des usagers, la concertation formelle ou informelle avec les secteurs, la négociation avec leurs partenaires sociaux, la multiplication des associations et la liberté subsidiée en général pour organiser de manière externalisée les services sociaux et innover dans ce champ; d'autre part, la mise en œuvre de nouvelles mesures de catégorisation des publics cibles en fonction de facteurs de risque (dossier unique, informatisation, signalement, diagnostic, prévention décontextualisée, orientation) et de contrôle de l'efficacité et de la qualité de la production des services (contractualisation, ingénierie managériale).

On peut même aller plus loin. La modernisation par le haut serait la mise en œuvre d'une « gestion prévisionnelle des profils humains » ou de « programmation des populations » (Castel) appuyée sur une combinatoire de

fragmentation des droits (et obligations...) liés à la sécurité sociale, de conceptions standardisées abstraites des comportements à risque et d'outils de programmation de l'offre sociale. La cohérence de cette combinatoire est donnée par un « paradigme de l'assistance complète », de la prise en charge individuelle, multidimensionnelle, continue et universelle. La maîtrise des dispositifs ne se trouve plus dans le contenu de la pratique et des projets thérapeutiques, pédagogiques ou autres — s'y est-elle jamais trouvée? —, mais dans la décision à prendre sur l'architecture de l'offre en filières et sur le fonctionnement des aiguillages qui y donnent accès. L'État se donne par là une fonction centralisée de distributeur des places aux individus dans la société, mélange de dirigisme technologisé (qui échappe en toute grande partie au contrôle parlementaire, voire administratif) et de convivialité associative (externalisation où tout le monde retrouve ses jeunes, les caritatifs municipalistes, les utilitaristes libéraux, les grandes institutions catholiques, la gauche rationaliste et/ou syndicale, et les contestataires post-soixante-huitards).

Pour faire pièce à cette logique peu rassurante de modernisation, une autre voie reste à frayer, un discours à construire au départ de la confrontation des publics et des professionnels, ancrée dans l'interrogation des territoires, des groupes et des acteurs, des identités, des expériences réciproques et des rapports sociaux. Le travail de modernisation par le bas des services sociaux et de santé est identifiable, et capitalisable. Il est le lieu du savoir crucial pour la modernisation démocratique. Les professionnels doivent donc (continuer de) se doter d'espaces réflexifs et délibératifs à la fois autonomes et connectés aux pouvoirs publics. Ils peuvent même s'emparer du concept de la qualité de service comme levier pour introduire leur savoir professionnel dans les entreprises de la modernisation par le haut.

Thomas Lemaigre

Cet article a été diffusé dans une première version sous forme de note d'intention introductive à un colloque organisé en 1998 par l'Unité d'anthropologie et de sociologie de l'U.C.L. et l'Agence Alter: « La modernisation des services sociaux dans la Belgique fédéralisée: décalages ». Il se nourrit en particulier d'une recherche menée alors sur ces trois secteurs (santé mentale, aide à domicile et insertion socioprofessionnelle) par le Pr Bernard Francq et l'auteur (voir le rapport final sur <<http://www.eurofound.ie/publications/EF00127.htm>>).