

...bis

Belgique-België

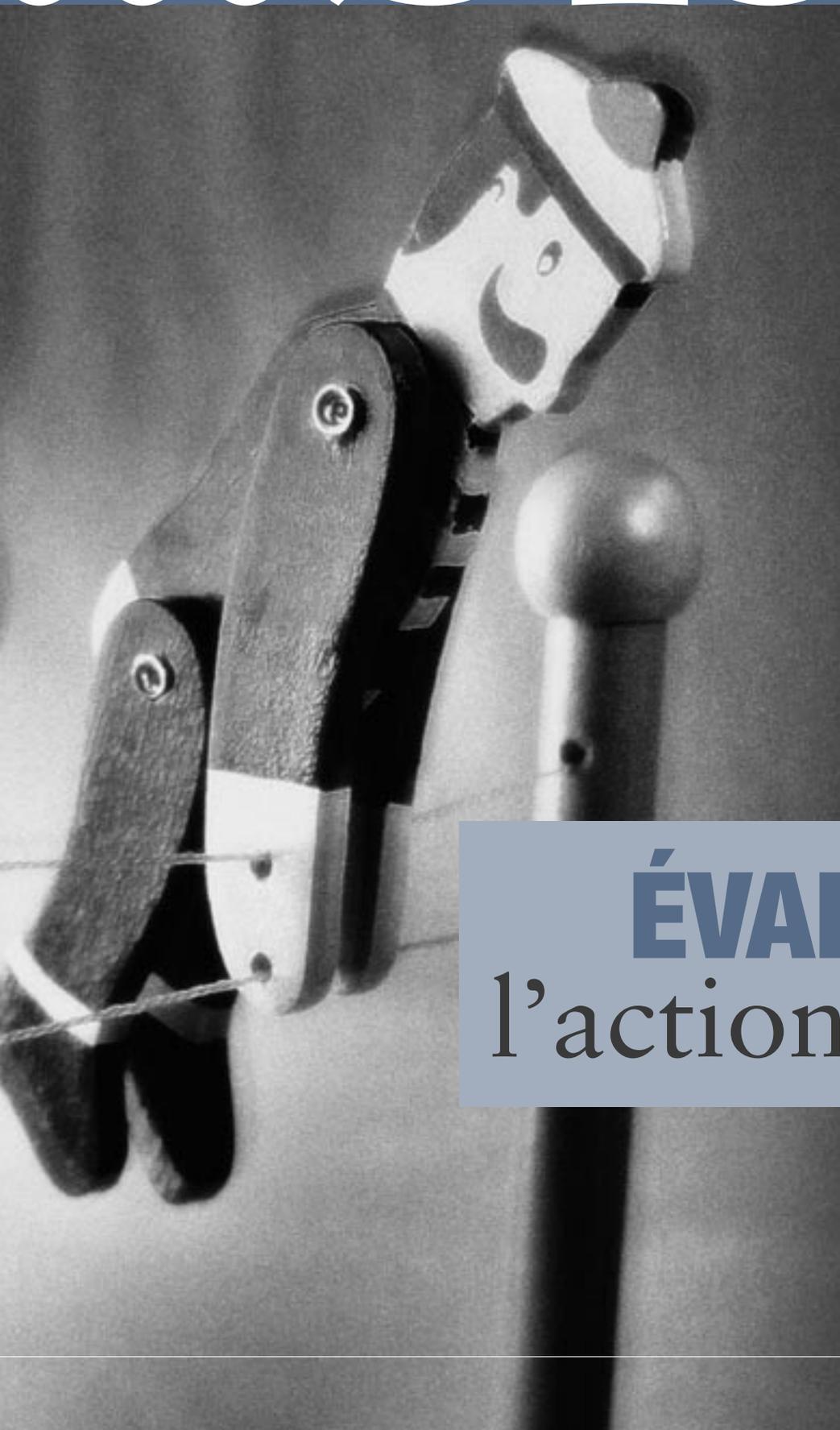
P.P.

1050 Bruxelles 5
1/7658

TRIMESTRIEL
BUREAU DE DÉPÔT : 1050

...bruxelles informations sociales

mars 2006
n°156



RAPPORT

ÉVALUER l'action sociale

SOMMAIRE

CHAP I / INTRODUCTION	4
CHAP II / DISPOSITIF MÉTHODOLOGIQUE	6
CHAP III / SYNTHÈSE ANALYTIQUE	9
1/ Le point de vue du représentant du secteur des maisons médicales	10
2/ Le point de vue des représentants du secteur des plannings familiaux	16
3/ Le point de vue des représentants du secteur des CASG	20
4/ Le point de vue des représentants du secteur de la santé mentale	25
5/ Le point de vue des représentants du secteur toxicomanies	30
6/ Le point de vue des représentants du secteur des maisons d'accueil	37
7/ Le point de vue des représentants du secteur des soins palliatifs	41
8/ Le point de vue des représentantes du secteur des coordinations de soins à domicile	44
9/ Le point de vue du représentant du secteur des IHP	46
10/ Le point de vue des représentants de Télé-Accueil et du Centre de Prévention du Suicide	50
11/ Le point de vue de la représentante du secteur des services d'aide à domicile	53
CHAP IV / ANALYSES TRANSVERSALES	56
1/ D'une culture de l'évaluation à une culture réflexive	57
2/ Les recueils de données	57
3/ Les rapports d'activité	58
4/ Les craintes	58
5/ Les garanties	58
6/ Les trois axes en tension	59
6/1 L'axe démarche ou méthode	59
6/2 L'axe échelle de l'évaluation	59
6/3 L'axe objet de l'évaluation	60
6/4 Les trois axes comme perspective d'un espace en débat	60
CHAP V / L'ÉVALUATION EN PERSPECTIVES THÉORIQUES	61
1/ Les fondements historiques de l'évaluation : le processus de rationalisation	62
2/ Du processus de rationalisation à la rationalité instrumentale	64
2/1 Des systèmes autopoïétiques	64
2/2 La normalisation	65
2/3 D'une raison instrumentale à une raison esthétique	66
3/ De la raison instrumentale à un modèle de raison réflexive, sociale ou politique	67
3/1 Ulrich Beck : De la société du risque à la modernité réflexive	67
3/2 Jürgen Habermas : Replacer la (les) raison(s) au centre de la communication sociale	68
4/ D'une raison réflexive à une conception alternative de l'évaluation	69
4/1 Rejet de l'évaluation	69
4/2 Evaluation instrumentale	70
4/3 Evaluation réflexive	71
5/ L'évaluation et les secteurs ambulatoires sociaux et sanitaires bruxellois	73
CHAP VI / L'ÉVALUATION EN PERSPECTIVES PRATIQUES	74
1/ Les enseignements au terme de cette première année de recherche	75
2/ Les propositions concrètes pour la suite	75
2/1 Vers une «Charte de l'évaluation concertée en ambulatoire social et sanitaire bruxellois»	75
2/2 Partir d'une expérience concrète d'évaluation autour d'une thématique transversale...	76

L'évaluation dans les secteurs de l'ambulatoire social-santé bruxellois (COCOF) aux yeux de leurs représentants - rapport final

HUGUES-OLIVIER HUBERT EN COLLABORATION AVEC ZOÉ VAN DER HAEGEN
ASSISES DE L'AMBULATOIRE SOCIAL-SANTÉ BRUXELLOIS / NOV 2005

CBCS |  **CONSEIL BRUXELLOIS DE COORDINATION SOCIALE**

EDITO

Bis n° 156 - mars 2006

Bruxelles Informations Sociales est la revue périodique du Conseil bruxellois de coordination sociopolitique asbl.

Le bis est membre de l'association des Revues Scientifiques et Culturelles.

Editeur responsable

Philippe Laurent
Avenue Voltaire 135 – 1030 Bruxelles
Tél. 02 511 89 59 – 02 644 04 81
Fax : 02 245 23 02
E-mail : info@cbcs.be
Site : www.cbcs.be

Coordination du CBCS et de sa revue

Muriel Maldague
mmaldague@cbcs.irisnet.be
Alain Willaert
awillaert@cbcs.irisnet.be

Conception graphique, mise en page et production

www.witrouwen.be

Photos

Bruno D'Alimonte
(couverture et pp. 3, 4, 6, 9, 19, 24, 49, 56, 61, 66, 74, 79)

Par respect de l'environnement, le ...BIS est imprimé sur du papier non blanchi au chlore.

Les articles signés n'engagent

que la responsabilité de leurs auteurs.

Les articles et extraits d'article ne peuvent être reproduits qu'avec l'accord de la rédaction.



Initiées en 2002, les «Assises de l'ambulatoire» sont un long processus de concertation entre les Fédérations des secteurs santé-social CoCoF, auquel ont participé, jusqu'à fin novembre 2005, les membres du Collège francophone compétents pour la santé, pour l'Action sociale et la Famille et l'administration de la CoCoF. Le CBCS est rapidement associé au processus.

Ce travail en commun aboutit, en juin 2004, à la rédaction d'un «cahier des charges» [édité par le CBCS (bis+ n°17, juin 2004) - peut être téléchargé sur le site www.cbcs.be], énonçant une série de perspectives sur 3 thématiques : l'accueil, la transversalité et l'évaluation. Cette dernière est alors choisie comme thématique de travail, avec l'aide d'une coordinatrice de projet et d'un chercheur (tiers temps tous deux), que nous remercions ici pour la qualité de leur travail.

Le rapport de recherche et d'activités que nous vous proposons de lire constitue le fruit d'un labeur intensif d'une année (décembre 2004 – novembre 2005) durant laquelle la manière dont les secteurs de la santé et de l'action sociale envisagent l'évaluation a été analysée à l'aide d'une méthodologie scientifique reconnue.

Dans le chapitre 5 du rapport, il est fait référence au sociologue Habermas. Ce dernier plaide pour une société civile vivace qui maintient la portée communicationnelle de l'espace public. Il conçoit cet espace public comme un système d'alerte doté d'antennes hautement sensibles aux débats de société, puisque alimenté par tout un conglomerat disséminé d'acteurs sociaux, qui ont la capacité de «formuler les problématiques de façon convaincante et influente, les appuyer par des contributions et les dramatiser de façon qu'ils puissent être repris et traités par l'ensemble des organismes parlementaires». C'est l'ensemble des associations non étatiques et non économiques qui accueille et répercute dans l'espace public politique les problématiques sociales propres aux sphères de la vie privée (voir p. 69 du rapport).

Le CBCS communique à destination tant des responsables et travailleurs sociaux que de l'autorité politique et son administration. Son objectif est de favoriser les lieux où peuvent germer les prises de conscience et leur élaboration politique.

Les informations que nous relayons doivent susciter les rencontres, les échanges, les débats, comme outils au service de la prise de décision.

C'est bien dans cette optique que la publication du présent rapport s'inscrit.

Bonne lecture.

Alain Willaert - Coordinateur CBCS

CHAP

Intro



INTRODUCTION

Conformément à la méthode proposée (voir chap II), nous avons rencontré les représentants des onze secteurs, sur un mode sériel. En tout, onze entretiens d'1H45 chacun en moyenne :

- 1/ secteur des maisons médicales,
- 2/ secteur des *plannings familiaux*,
- 3/ secteur des CASG,
- 4/ secteur de la santé mentale,
- 5/ secteur toxicomanies,
- 6/ secteur des maisons d'accueil,
- 7/ secteur des soins palliatifs,
- 8/ secteur des coordinations de soins à domicile,
- 9/ secteur des IHP,
- 10/ secteur Télé-accueil et Centre de prévention du suicide,
- 11/ secteur de l'aide à domicile.

Les entretiens se sont structurés sur un schéma de questions ouvertes dont la base restait identique mais qui s'enrichissait progressivement sur base du contenu des entretiens précédents. Ces entretiens ont été enregistrés. Outre les notes prises in situ, chacun des entretiens a fait l'objet d'une réécoute attentive et d'une prise de note exhaustive. Sur base de ces prises de notes exhaustives, chaque entretien a fait l'objet d'une synthèse analytique. Chacune de ces synthèses analytiques a été envoyée aux personnes entendues pour relecture, afin de donner à chacun la possibilité de réagir, de proposer des modifications et de valider les propos. Un bémol, les échéances n'ont pas toujours laissé suffisamment de temps à chacun pour réagir dans des conditions favorables.

Sur base de ces onze synthèses analytiques (voir chap III), nous avons procédé à une analyse transversale. Cette analyse met en évidence les craintes exprimées et les ga-

ranties souhaitées par les représentants des secteurs. De cette analyse se dégagent trois axes de tensions concernant les démarches ou méthodes, les échelles, ainsi que les objets de l'évaluation (voir chap IV). Ces trois axes constituent un cadre qui pourrait structurer la poursuite des travaux.

Du côté de la recherche, nous avons ensuite intégré ces enseignements dans une analyse plus théorique sur les évolutions du processus moderne de rationalisation (voir chap V). Cette analyse permet de montrer que les enjeux et débats actuels concernant l'évaluation se situent dans le contraste entre deux modèles ou deux conceptions théoriques de l'évaluation : évaluation de type systémique et instrumentale d'une part et évaluation de type réflexive, sociale ou politique d'autre part.

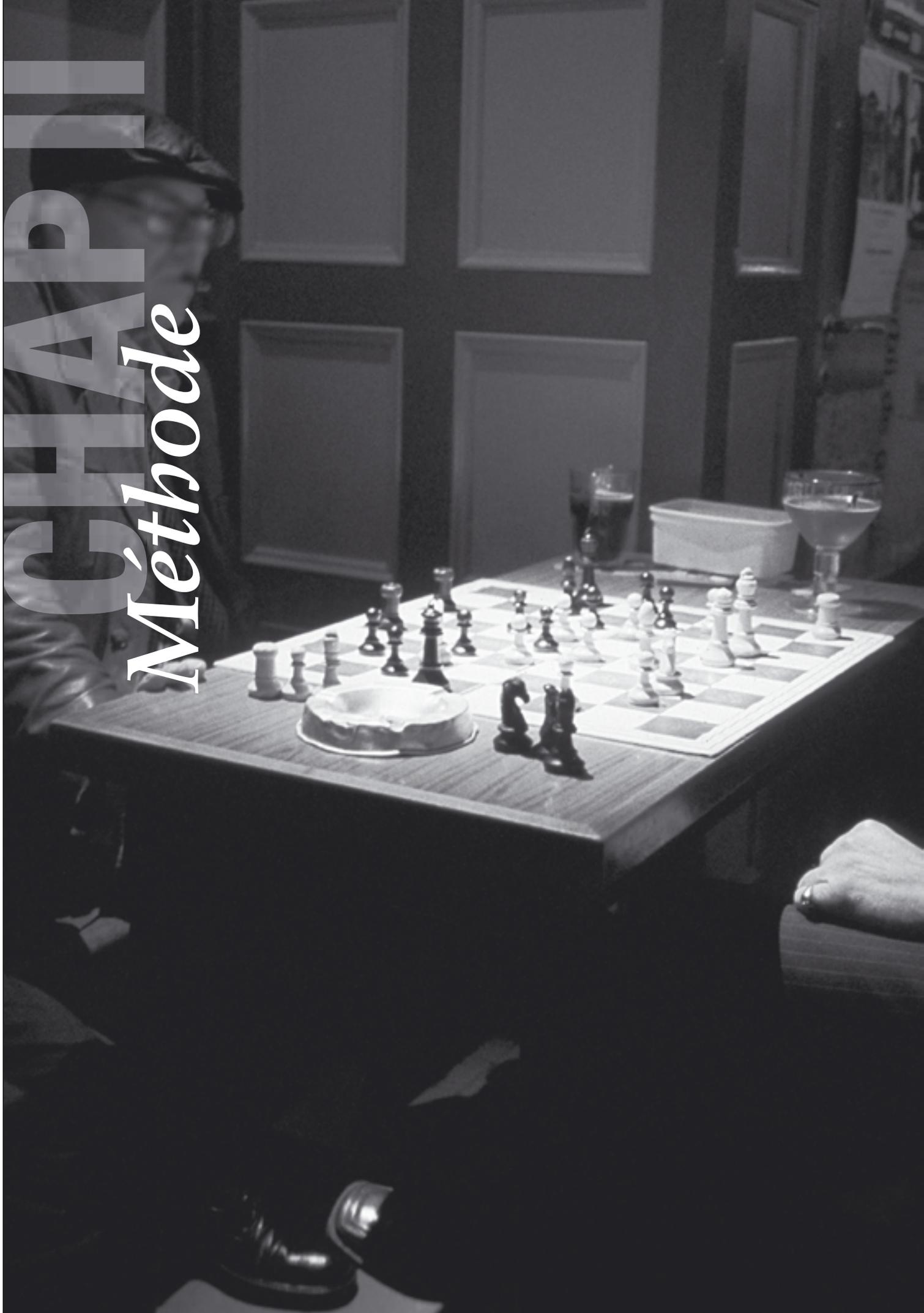
Enfin, du côté de l'action, nous concluons ce rapport par une synthèse des enseignements et deux propositions concrètes pour la suite du travail (chap VI).

Merci aux représentants des secteurs :

Catherine Ballant, Claire Borchgraeve, Antoine Boucher, André Bouret, Charles Burquel, Anne Devresse, Axel Geeraerts, Carole Grandjean, Nicole Grimberghs, Ludovic Henrard, Charles Lejeune, Fouad Mabrouk, Eric Messens, Claude Moreau, Nadine Page, Michel Roland, Betty servais, Caroline Vandermeersch, Thierry Van de Wijngaert, Véronique Van Espen, Dominique Van Lierde et Frédéric Willems.

CHAP II

Méthode



LE DISPOSITIF MÉTHODOLOGIQUE

Le dispositif méthodologique mis en oeuvre s'inspire de la **Fourth generation evaluation** élaborée par Guba et Lincoln (1989). Il s'agit d'une forme d'évaluation qui table sur la négociation, plus que sur la mesure, la description ou le jugement qui caractérisent, selon eux, les trois générations précédentes d'évaluation. Dans cette optique, l'évaluation est considérée comme le résultat d'une construction processuelle et collective par les personnes concernées par l'évaluation et le(s) chercheur(s). Dans le cas présent, bien qu'il ne s'agisse pas à proprement parler d'un travail d'évaluation, mais bien d'une recherche sur l'évaluation, cette méthode nous paraît tout indiquée.

Cette méthode permet de récolter des informations fines, fouillées et pertinentes et nourrit la recherche d'un matériau riche pour l'analyse. Mais, au-delà de la récolte d'informations, elle s'inscrit pleinement dans la perspective d'une recherche-action. En effet, elle apporte une plus-value aux pratiques du terrain qui constitue l'objet d'étude. Cette plus-value repose essentiellement sur la posture du (des) chercheur(s), ainsi que sur la place attribuée aux personnes concernées par la recherche dans le processus de recherche. Cette méthode vient à la fois pervertir et enrichir cette frontière classiquement tracée entre chercheur(s) et «cherchés». Elle la rend davantage perméable. On n'est pas dans la perspective du chercheur qui n'entrerait en contact avec le terrain que pour y récolter de l'information avant de produire son analyse en solitaire, en parfaite extériorité. Au contraire, avec la méthode proposée, il ne s'agit pas de «produire un savoir sur», mais bien de «produire un savoir avec». Il s'agit bien d'une construction collective où le chercheur n'aurait pas le monopole du savoir. Ce qui implique, d'une part, que le chercheur soit davantage impliqué dans son objet d'étude et, d'autre part, que les personnes concernées par la recherche soient davantage impliquées dans la recherche elle-même, dans le travail d'analyse.

Techniquement, ce type d'évaluation repose sur la **constitution de cercles herméneutiques et dialectiques** (voir schéma ci-dessous) regroupant les personnes concernées par la recherche. Ces cercles sont «herméneutiques» parce qu'ils visent la construction d'interprétations et d'analyses. Ils sont «dialectiques» parce qu'ils tablent sur la mise en commun des interprétations et analyses émises par les personnes rencontrées, leur comparaison et la mise en évidence des convergences et divergences entre points de vue ; ou, pour le dire autrement, ils visent à faire émerger quelque chose de neuf du frottement entre des points de vue différents voire antagoniques.

Plus concrètement, ces cercles s'organisent dans un premier temps sur des entretiens qui s'enchaînent sur un mode sériel. En quelque sorte, les entretiens rebondissent les uns sur les autres et s'enrichissent progressivement. C'est le(s) chercheur(s) qui établissent le lien. Plus simplement, le premier entretien fait l'objet d'un travail de synthèse et d'analyse par le(s) chercheur(s). Ce travail d'analyse est réinjecté dans le second entretien (il en constitue, en tout ou en partie, le guide d'entretien). Ce second entretien fait à nouveau l'objet d'un travail de synthèse et d'analyse par le(s) chercheur(s) qui, à son tour, viendra enrichir le troisième entretien. Et ainsi de suite jusqu'à ce que le tour de cercle soit clôturé.

D'une part, l'analyse se construit et s'affine progressivement au cours de ce processus. D'autre part, les personnes sont amenées à découvrir une altérité qui interroge leurs perceptions, leurs stéréotypes ; ce qui les amène à déconstruire et reconstruire leur point de vue sur une problématique particulière.

Suite à l'enchaînement sériel des entretiens, l'organisation **d'entretiens collectifs** regroupant les différents partenaires du cercle herméneutique permet encore de clarifier et de collectiviser l'élaboration de l'analyse qui devient véritablement une élaboration collective.

L'objectif à terme est de trouver un accord sur les résultats de l'analyse. Non pas que les résultats de l'analyse fassent l'objet d'une convergence consensuelle de tous, mais qu'ils tiennent compte de tous les points de vue (que tous s'y retrouvent) et que, le cas échéant, ils mettent en évidence les divergences persistantes.

Concrètement, les représentants des différents secteurs ont été entendus, conformément à l'enchaînement sériel d'entretiens. Les réunions en Comité de Pilotage ont permis de collectiviser les débats.

Attention !

Il est important de rappeler que les résultats de cette recherche s'appliquent bien aux représentants des différents secteurs. D'un point de vue strictement scientifique (et sans juger de leur représentativité «politique» à l'égard de leur secteur), les résultats ne permettent pas de tirer de conclusion sur les secteurs. Il serait scientifiquement hasardeux d'extrapoler leurs points de vue à l'ensemble des secteurs qu'ils représentent. Ce serait un peu comme si s'entretenir uniquement avec des mandataires politiques suffisait à un sociologue pour tirer des conclusions sur la réalité de l'ensemble de la population belge...

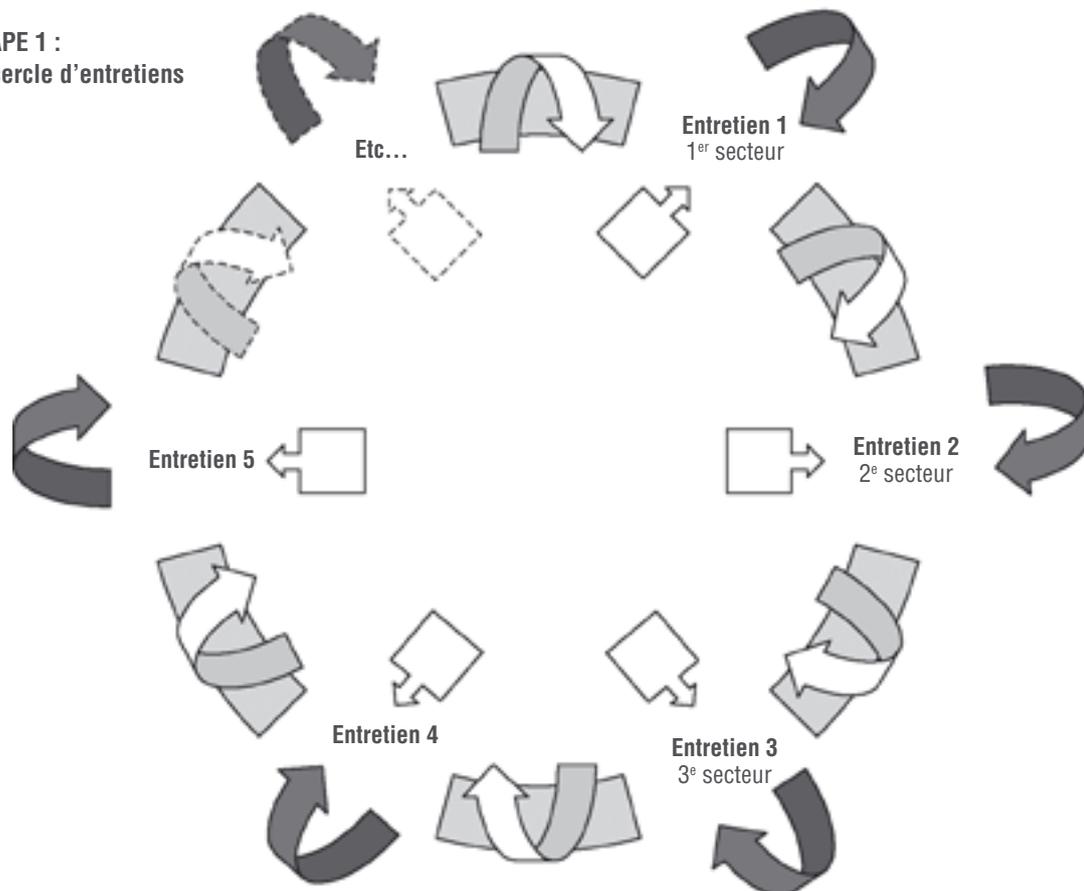
SCHÉMA DE LA MÉTHODE

ETAPE EXPLORATOIRE :
cabinets et administration



+ modalités de relecture(s) et de réécriture(s)

ETAPE 1 :
le cercle d'entretiens



Rédaction du rapport intermédiaire

+ modalités de relecture(s) et de réécriture(s)

ETAPE 2 : Entretiens collectifs



Rédaction du rapport final

+ modalités de relecture(s) et de réécriture(s)

CHAPTER III

Analyse



SYNTHÈSE ANALYTIQUE

Des points de vue des représentants des différents secteurs

1/ Le point de vue du représentant des maisons médicales

ENTRETIEN MENÉ EN PRÉSENCE DE :

Michel Roland *chercheur à la Fédération des Maisons Médicales*

1/1 Une culture de l'évaluation

La culture de l'évaluation s'inscrit dans l'histoire relativement longue des maisons médicales. Dès leur création, l'évaluation est apparue comme une nécessité - même si tout n'est pas tout rose : dans la pratique, on rencontre encore des difficultés, certains freins et certaines résistances relatives au sentiment d'inutilité, à la complexité de fixer des objectifs, à l'impression de se perdre dans un foisonnement de problématiques, etc.

Toutefois, le représentant du secteur des maisons médicales pense que les résistances et les craintes y sont sans doute moins répandues que dans d'autres secteurs.

Poussé dans le dos par les contingences, le terrain évolue progressivement vers une culture de l'évaluation de plus en plus répandue et de plus en plus satisfaisante.

1/1/1 Une nécessité d'ordre professionnelle

Dans les années 70-80, au moment de sa fondation, le secteur ne parlait de rien, si ce n'est d'expériences étrangères. L'évaluation s'avérait alors essentielle pour ne pas piloter les maisons médicales à l'aveugle :

- Ces équipes proposaient une approche de la santé inédite en médecine générale, en Belgique ; il était particulièrement important dans cette phase d'implantation, d'être attentif aux résultats des soins, à la satisfaction des patients, à celle des équipes de soignants, etc. ;
- De plus, l'expérience de soins et de préventions coordonnés requérait des formes d'évaluation complexes pour permettre la synergie des réflexions et des pratiques d'intervenants multiples relevant de disciplines différentes. C'est le cas par exemple de l'expérience de soins coordonnés et pluridisciplinaires pour une maladie traçante telle que le diabète de type 2 (parce qu'elle traverse toutes les professions, tous les systèmes de l'humain). La multitude de problèmes impliqués oblige à travailler de façon pluridisciplinaire et l'évaluation s'avère indispensable pour apporter des priorités dans les actions potentielles à mener. L'évaluation des actions menées pour une telle maladie - extrêmement répandue dans la population - est une nécessité ;
- Enfin, à partir des années 80, une grande partie des maisons médicales expérimentaient un mode de financement forfaitaire (ce qui était aussi novateur). Il fallait donc évaluer la viabilité financière du système au regard des activités mises en œuvre.

1.1.2. Une motivation d'ordre politique

Parallèlement à cette nécessité d'ordre professionnel, l'évaluation apparaît aussi comme une motivation d'ordre politique.

- En effet, le secteur des maisons médicales s'est construit autour d'un projet politique. Dès sa création, le secteur s'est doté d'une charte qui définit des objectifs politiques visant un changement radical du système de dispensation de soins, davantage orienté vers le patient et les besoins en santé de la population.

Sans se considérer comme un groupe représentatif, le secteur se vit plutôt comme un groupe de pression.

Dans cette perspective, l'évaluation permet de rendre compte des expériences des maisons médicales, de pouvoir en discuter et de les présenter à plus large échelle afin de pouvoir les reproduire en d'autres lieux.

Les résultats des évaluations et/ou études sont diffusés à travers un réseau de contacts (universités, administrations, cabinets, Inami, mutualités, etc.).

- Rappelons aussi que le secteur des maisons médicales est placé dans une position minoritaire au sein du corps médical, dans le domaine des soins globaux. C'est le cas en particulier par rapport à la force de l'institutionnel que représentent les hôpitaux. C'est le cas aussi au sein des soins ambulatoires où le concept de maison médicale, en tant que structure multidisciplinaire, reste largement minoritaire par rapport aux autres formes de dispensation et d'exercices de soins (médecins généralistes...)

Dans ce contexte, l'évaluation et la promotion de recherches dans le domaine des soins étaient un moyen de renforcer la position des maisons médicales dans le dispositif global des soins de santé.

- Enfin, l'évaluation s'inscrit aussi dans un souci démocratique. Le politique étant le garant de la démocratie, il est normal qu'il ait des exigences et qu'il veuille obtenir des chiffres et des données sur les services qui ont des missions de service public : ce souci est légitime. Il serait par contre à la fois illusoire et incorrect d'exiger de se piloter sans regard extérieur ou uniquement en fonction de ce que l'on sent.

1.1.3. La posture ouverte du secteur des maisons médicales

Nécessités professionnelles et motivations politiques ont contribué à la consolidation d'une culture de l'évaluation dans le secteur. De telle sorte que, hormis ce qui relève du secret médical ou professionnel et hormis certaines choses éthiquement sensibles, le secteur a peu de craintes et peu de réserves à mettre les informations sur la place publique.

Certaines maisons médicales développent des expériences pilotes en matière d'évaluation, de manière autonome.

La fédération joue aussi un rôle moteur dans la promotion de cette culture d'évaluation :

- en organisant des groupes de travail («informatique», «évaluation et assurance de qualité», etc.) ;
- en coordonnant diverses formes d'expérimentations en matière d'études et d'évaluation ;
- par le développement de processus d'évaluation (assurance qualité) et de tableaux de bord, par la définition de critères de qualité et la construction d'un recueil de données harmonisées et du logiciel adapté à ce recueil de données ; ces différents axes de travail s'élaborant toujours en concertation avec les équipes ;
- par un travail de promotion de ces outils au sein du secteur ;
- par un travail de conseil, d'accompagnement des maisons médicales, notamment à leur demande lorsqu'elles sont confrontées à des difficultés ou des questions en matière d'évaluation ;
- par son bureau d'étude qui centralise et traite certaines données ;
- en jouant évidemment son rôle de relais ou d'interpellation politique.

Il faut préciser que la fédération est constituée essentiellement de travailleurs des maisons médicales, et qu'elle est particulièrement sollicitée et investie par les équipes. Des colloques, groupes de travail, débats internes (récemment, une ré-écriture de la charte), assurent son dynamisme ; celui-ci est aussi soutenu par la participation financière des équipes à la fédération, sous forme de cotisations. Cette grande implication des services au niveau de la Fédération lui apporte une adhésion et une légitimité importantes.

1/2 Le rapport au politique (exécutif et administration)

La volonté politique du secteur le pousse, via la fédération, à chercher le contact avec le politique.

Il n'est pas rare que le monde politique sollicite les professionnels du secteur pour un avis, un texte, pour «prendre la température», voire pour assumer un mandat ou des petites missions politiques.

Malgré tout, la volonté d'activation politique du secteur se heurte trop souvent à un monde politique fragile en raison :

- D'un manque de continuité politique auquel l'administration n'arrive pas toujours à pallier.
 - Chaque changement de législature (d'autant plus si elle s'accompagne d'un changement de majorité) donne le sentiment que rien n'est transmis d'un cabinet à l'autre.
 - D'un manque de décision politique, ou d'une décision politique qui se réduit progressivement à la seule gestion quotidienne (avec comme corrélat une conception de l'évaluation qui se rapproche davantage du «contrôle de qualité» que de l'«assurance de qualité» (voir plus bas)).
 - D'une fragmentation et d'une dilution des compétences (pour la santé, il est des matières qui concernent 12 ministères) avec pour corollaire une dilution des responsabilités et un rétrécissement des marges de manœuvres.
- Il existe bien des conférences intercabineaux, puis des conférences interministérielles ; mais à chaque échelon, on perd de la pertinence, en cherchant le consensus qui débouche finalement sur le plus petit commun dénominateur ; plus petit commun dénominateur qui est une bien maigre consolation au regard de la lourdeur du processus.
- De logiques d'attribution des mandats qui reposent sur des enjeux qui ne sont pas toujours liés aux compétences.

Parmi les instances qui devraient théoriquement faciliter le débat avec le politique, le Conseil consultatif paraît décevant. Sans doute est-ce vrai que les secteurs ont tendance à s'y neutraliser mutuellement. Mais surtout, on n'y a jamais proposé une structure de travail qui permettrait d'aborder des problèmes de fond et un débat plus global sur l'ensemble des secteurs et les politiques publiques.

En ce qui concerne plus spécifiquement les liens avec l'administration, le représentant du secteur des maisons médicales estime :

- que les visites de l'inspection sont une occasion de dialogue intéressante qui permet un retour et qui permet d'aller au delà des informations contenues dans les rapports d'activités.
- que l'on sent une attention croissante de l'administration à l'égard des réalités du secteur et des terrains.

1/3 Les exigences normatives en matière d'évaluation :

En ce qui concerne les maisons médicales, la COCOF est compétente pour tout ce qui n'est pas curatif (le curatif relève du Fédéral), à l'exception de la prévention-dépistage et de la prévention-programme de soins (qui relèvent de la Communauté française).

Si l'on part du principe que la COCOF ne peut demander de comptes que sur les matières qu'elle finance, les maisons médicales ont à transmettre des informations :

- à propos de l'accueil,
- à propos de la mission de coordination de soins à l'échelon local,
- à propos de la mission de santé communautaire,
- puis, plus récemment, à propos des projets «réseau santé».

1/3/1 Le rapport d'activité

Les informations sont transmises par les maisons médicales, à travers le rapport d'activité annuel. Toutefois, ce rapport n'est pas standardisé au niveau du secteur des maisons médicales. De plus, la définition décrétales de chacune des missions citées ci-dessus est extrêmement générale et floue, voire inexistante. De sorte que les opportunités d'évaluation sur base des rapports d'activité restent très relatives.

La fédération produit également un rapport d'activité qui fait la synthèse globale des rapports de chaque maison médicale. Ce rapport est envoyé à la Communauté française et à la Cocof pour les maisons médicales de Bruxelles.

1/3/2 La mission d'observatoire local

Normalement, les maisons médicales ont aussi une mission d'observatoire local de la santé. Mais cette mission est prescrite sans définition et, concrètement, elle n'a pas pris de force obligatoire. Il semble que les informations transmises à travers les rapports d'activité suffisent.

Lorsque le secteur demande en quoi consiste cette mission d'observatoire local et ce que l'administration et/ou le politique souhaiteraient qu'il soit observé et comment, la réponse reste on ne peut plus évasive.

Les entretiens d'Egmont étaient censés donner une réponse à cette question mais ils n'ont pas eu de suite.

De plus il existe déjà un observatoire de la santé et du social pour la région

bruxelloise, sous tutelle de la COCOM. Ses productions pourraient permettre d'éclairer les prises de décision politiques en montrant les problèmes, les priorités. On peut se demander en quoi la mission d'observatoire local différerait de la mission d'observatoire régional et quelles pourraient être les synergies.

Il n'y a pas de recueil de données imposé par ou négocié avec la Cocof. ; si ce n'est un récent projet de construction d'un tableau de bord en santé communautaire (qui se construit actuellement via l'inter-groupe bruxellois).

1/4 L'évaluation comme «assurance qualité» : évoluer pour évaluer

1/4/1 Un processus cyclique d'évaluation

La Fédération a développé depuis une dizaine d'années, au sein de groupes de travail, les méthodes de l'assurance de qualité ; celles-ci ont été opérationnalisées grâce à un outil construit avec les équipes, le «carnet de bord en assurance de qualité».

Le terme «assurance de qualité» vient du monde de l'entreprise et l'importation de cette appellation pour l'évaluation des services du non-marchand fait débat dans le secteur. On peut regretter d'avoir conservé le vocable². Toutefois, le terme est considéré comme porteur dans le sens où il se différencie du «contrôle de qualité». Le «contrôle de qualité» est une démarche ponctuelle et statique, qui aboutit à la sélection du meilleur – et à l'exclusion du «défaut». L'«assurance de qualité» fait par contre référence à une évaluation formative : c'est un processus de questionnement des pratiques, qui se fait avec la participation dynamique de tous les acteurs concernés³.

Le processus d'évaluation «assurance de qualité» est conçu comme un cycle de différentes étapes qui permet de voir d'où l'on part, vers où on veut aller et ce qu'il faut faire pour y arriver :

- 1/ On part d'un état de la question sur base notamment d'un recueil de données (qualitatif et quantitatif) pour identifier une série de problèmes (problem solving).
- 2/ Les problèmes prioritaires pour l'année à venir sont définis par l'équipe et en A.G.
- 3/ Les objectifs et les critères d'évaluation sont définis, ainsi que des standards qui sont les valeurs pratiques des critères que l'on veut atteindre. Les objectifs doivent être explicites et partagés par ceux qui entreprennent l'action. Tout objectif, aussi qualitatif soit-il peut être traduit en critères de qualité. Enfin, les standards doivent être réalistes, ni trop ambitieux ni trop modestes.
- 4/ Un inventaire des solutions possibles est réalisé et une ou plusieurs solutions sont choisies.
- 5/ La (les) solution(s) est (sont) implantée(s).
- 6/ Un nouveau recueil de données est réalisé sur les paramètres prédéfinis.
- 7/ Les indicateurs sont ré-évalués et, au regard des standards définis, on voit si les objectifs sont atteints ou pas, plus ou moins.
- 8/ En cas d'échec, on imagine de nouvelles solutions que l'on implante et puis que l'on évalue, en fonction du même cycle. Si l'évaluation conclut à une réussite, on poursuit le programme. Même en cas de réussite, l'évaluation peut faire apparaître de nouvelles questions ou de nouveaux problèmes. Sur cette nouvelle identification de problèmes, on établit des choix prioritaires, etc.

Et le cycle se poursuit, selon les mêmes étapes : état de la question, priorités, objectifs, développement d'une stratégie, implantation, évaluation, etc.

Environ 40 maisons médicales développent ce type de processus.

Les actions d'assurance de qualité sont réunies dans une sorte de médiathèque au niveau de la Fédération. Elle contient un relevé des différentes expériences réalisées, avec, pour chaque expérience, une évaluation selon le SWOT (strength, weakness, outcomes, threats) : les difficultés, les points forts, les points faibles, les résultats attendus ou réels, les craintes et les dangers auxquels il faut faire face. Le regroupement de ces expériences par la fédération permet à chacun de profiter des expériences des uns et des autres, de s'en inspirer, d'en tirer un certain nombre d'enseignements, etc.

1.4.2. Des critères de qualité

Dans ces démarches, les maisons médicales se réfèrent à des critères communs qui définissent la qualité des soins telle qu'elle est recherchée dans leur approche de la santé. Ces critères ont été définis dès le début du mouvement, et se sont enrichis par la suite en concertation avec les équipes.

Les critères de qualité des soins définis sont au nombre de quinze⁴.

1/ La **globalité** consiste à envisager l'ensemble des aspects des problèmes de santé présentés par les patients, qu'ils soient physiologiques, organiques, familiaux, sociaux, psychologiques, économiques ou culturels. Elle articule donc la santé physique à ses déterminants et à ses conséquences mentales et sociales. Elle est nécessaire autant pour faire un diagnostic correct du problème que pour y répondre adéquatement.

La globalité signifie donc de la part du soignant de pouvoir percevoir les différentes causes impliquées dans un symptôme. Un problème somatique peut par exemple provenir d'un problème de logement ou d'environnement, et s'avérer être un problème de santé publique qui demande des réponses politiques. La globalité implique que le médecin se dise qu'il n'y a pas que le psychosomatique, qu'il n'y a pas que des organes qui dysfonctionnent.

Cette optique reste minoritaire dans le milieu médical où bon nombre de médecins qui travaillent en solo restent souvent braqués sur la seule relation duale médecin-patient.

2/ La **continuité** implique que toutes les informations pertinentes nécessaires soient disponibles pour être prises en considération aux moments adéquats par les dispensateurs appelés à soigner l'individu en demande de soin, tant au niveau des soins de base qu'au niveau spécialisé. La

-
- 2 Le Conseil national pour la promotion de la qualité des soins utilise le même terme.
 - 3 En matière d'enseignement, le contrôle de qualité correspond aux examens où l'on teste les élèves pour voir, à un moment, s'ils satisfont ou pas. Il permet de sélectionner les étudiants, mais ne remet pas nécessairement en question le processus d'enseignement, la façon dont l'enseignant donne cours, etc. L'assurance qualité permettrait de s'interroger, en terme processuel, non seulement sur la qualité du produit (la qualité des élèves), mais aussi sur la qualité du processus (la qualité de l'enseignement).
 - 4 Par ailleurs, des critères de qualité des systèmes de santé sont aussi définis. Ils permettent d'évaluer davantage l'organisation générale des systèmes de santé. Ces critères sont au nombre de sept :
 - structuration du système en trois niveaux de soins,
 - ni trou fonctionnel, ni recouvrement, mais subsidiarité,
 - un système d'information cohérent et structuré,
 - participation de la population et des individus,
 - recherches de modes de financement,
 - evidence-based medicine,
 - la dimension humaine.

(In Roland M., Prevost M., Jamouille M., L'assurance de qualité et le médecin de famille).

responsabilité de la continuité relève essentiellement de l'échelon primaire et du patient lui-même, et permet de prendre à chaque étape des processus de soins les bonnes décisions aux bons moments. Exemple, si un patient présente une allergie médicamenteuse, cette information doit être connue par tout intervenant amené à le prendre en charge.

- 3/ **L'intégration** concerne la coexistence cohérente dans le même service de soins en santé primaires (généraliste solo ou équipe) d'activités curatives, préventives, d'éducation à et de promotion de la santé, de revalidation et de réhabilitation. Elle se traduit à la fois au niveau individuel notamment par la prise en compte des aspects préventifs à partir des opportunités des contacts curatifs et au niveau collectif de la population prise en charge.
- 4/ La **permanence** implique que le service assure une possibilité de recours de façon continue au cours du temps (soir, nuit, week-end, jour férié). Ce critère est souvent confondu avec celui de continuité beaucoup plus large et plus difficile à réaliser.
- 5/ **L'acceptabilité** ou légitimité définit l'harmonie de la pratique par rapport aux normes sociales, éthiques et culturelles de ses utilisateurs et de leur famille.
- 6/ **L'accessibilité** fait référence à la possibilité pour un patient de recevoir les soins nécessaires à un coût (accessibilité financière), un endroit (accessibilité géographique), un moment (permanence et continuité) et dans des conditions (acceptabilité) raisonnables.
- 7/ La **validité** ou adéquation constitue la mesure sur laquelle la pratique dispense des soins en quantité et en qualité compatibles avec la politique de santé définie à l'échelon des décideurs. (exemple : une campagne de vaccination contre l'hépatite B est réalisée suite à la décision de remboursement de ce vaccin pour certaines catégories de population)
- 8/ **L'efficacité théorique** ou utilité représente les résultats attendus d'un processus dans des circonstances concrètes et particulières, mais idéales et théoriques. (exemple, la vaccination anti-influenza offre une protection de 85-90 % contre l'infection grippale)
- 9/ **L'efficacité pratique** évalue les résultats constatés d'un processus de soins dans des circonstances de réalité : conditions de travail, population avec ses caractéristiques particulières. (exemple : une campagne de vaccination anti-influenza ne permettra de vacciner que 65% des patients, vu qu'il est impossible de les contacter tous, que certains refusent et que pour d'autres la vaccination est contre-indiquée)
- 10/ **L'efficience** ou optimalité représente le rapport entre l'efficacité pratique et les moyens utilisés, le rapport coût/bénéfice.
- 11/ La **compétence** d'un dispensateur est ce qu'il est capable de faire. Ce concept relève de la connaissance, son contenu étant l'objet de l'enseignement et de son évaluation dans sa forme actuelle (recyclage, abonnement à périodiques, formation continue, etc.).
- 12/ La **performance** d'un dispensateur est ce qu'il fait réellement dans les circonstances concrètes de sa pratique. Ce critère est souvent confondu avec celui de compétence (savoir) ; cependant son contenu est plus large et fait appel aux habiletés non seulement techniques (savoir faire) mais aussi relationnelles (savoir être) et organisationnelles (savoir gérer). [...] On peut assimiler la différence entre compétence et performance à celle entre efficacités théorique et pratique.
- 13/ **L'équité** constitue un attribut essentiel du système de santé, dont une des politiques généralement acceptée est la distribution des services en fonction des besoins. L'équité relève une dimension très politique et très idéologique puisque le critère «selon les besoins» exclut l'égalité des moyens au profit de leur distribution plus large aux plus démunis. L'appréciation de l'équité peut se faire par des études épidémiologiques et des études d'utilisation des services.

14/ Le **travail en équipe** est de plus en plus souvent cité comme un critère de qualité en soi, par la confrontation, les échanges, les comparaisons, le non isolement qu'il génère intrinsèquement. [...]

15/ La **satisfaction des patients** pourrait en fait constituer le premier de tous les critères, surtout si l'on se place dans la perspective consumériste d'un marché de soins fait d'offres et de demandes. Il est évidemment fondamental de la prendre en compte à toutes les étapes du processus de soins, en sachant qu'il n'y aura jamais concordance parfaite entre les besoins de santé tels qu'ils sont définis par les professionnels ou les enquêtes épidémiologiques, les attentes et les demandes des patients et les services qui sont en mesure d'être proposés. Il est seulement possible de tendre vers l'équilibre optimal.

(extrait de Roland M., Prevost M., Jamouille M., *L'assurance de qualité et le médecin de famille*)

Les critères de globalité, continuité, intégration et permanence sont spécifiques aux soins primaires en général.

Non seulement ils constituent des critères de qualités pour l'évaluation, mais leur réalisation nécessite précisément le recours à l'évaluation et au recueil de données.

1/4/3 Un recueil de données

La fédération a développé un recueil de données harmonisées informatisé dans un logiciel «fait maison».

L'outil n'est pas la priorité première. L'outil doit servir l'intervenant pour la qualité des soins. Ce n'est pas l'intervenant qui doit servir l'outil.

Le souci premier n'est pas l'évaluation, mais bien le soin. L'enregistrement d'informations s'inscrit dans le travail même du soignant de première ligne. C'est une nécessité pour garantir la continuité. L'outil informatique est un bon support à une information qui puisse être partagée entre collègues et passer de l'un à l'autre (en cas d'absence, un collègue peut aisément se saisir des informations et assurer la permanence et la continuité de la relation avec un patient).

Corrélativement, l'enregistrement d'informations peut servir, en terme de recueil de données, à nourrir une réflexion épidémiologique (ou micro-épidémiologique) qui sert la globalité comme critère de qualité des soins, permet de concevoir des actions de santé collective ou communautaire et, plus largement, des politiques de santé publique.

Les données recueillies concernent trois grandes catégories :

- La signalétique. Il s'agit des données sociographiques telles que l'âge, le sexe, le lieu d'habitation, la nationalité (et le pays de naissance des parents), la langue, la composition du ménage, la profession (tables du BIT), le niveau d'étude, le statut social et professionnel (statuts officiels et «circuits parallèles»), le niveau de revenu, etc.

Cette signalétique est généralement remplie à l'accueil et se complète au fur et à mesure.

Le choix de ces items a donné lieu à des discussions sérieuses du fait des enjeux qui y sont associés.

- La «nosographie». Il s'agit d'enregistrer des données sur les problèmes que les patients viennent exprimer. Cette nosographie n'est pas exclusivement médicale. Il s'agit d'une classification pluridisciplinaire dans laquelle on retrouve non seulement des problèmes de santé organiques,

mais aussi des questions de santé mentale, des questions sociales, etc. La Fédération a développé un dictionnaire de plus de 100.000 termes adaptés aux soins primaires. Il reprend aussi, au-delà de la terminologie médicale traditionnelle, des expressions du langage populaire telles que la 'gueule de bois' ou la 'peur d'avoir une maladie'.

Cette nosographie n'est donc pas fermée sur des classifications diagnostiques cloisonnées, mais propose une liste ouverte et pluridisciplinaire de difficultés exprimées, que l'on peut appeler «symptômes», des plaintes au sens large.

Chacun des items reçoit un code. Il s'agit donc de passer du langage du patient, au langage de l'intervenant puis à celui de la machine.

Il existe en Belgique un Comité de classification fédéral, bilingue, qui développe cette banque de termes, basée sur la CISP⁵ dont l'utilisation et la validation se font à l'échelle mondiale.

- Les procédures. Il s'agit de tous les actes réalisés. Ces derniers ne s'arrêtent pas aux actes INAMI, mais regroupent aussi des actes comme le conseil, la référence à une AS externe ou interne à la maison médicale, l'écoute, etc.

Cet outil est sécurisé par un double cryptage. Dès que les données sont transmises à d'autres structures qui s'occupent de qualité des soins au niveau fédéral, elles sont doublement anonymisées. Un premier cryptage empêche de relier les données à un patient. Puis, dans une seconde étape, le nom du médecin lui-même est crypté dans une structure intermédiaire constituée de médecins assermentés. De sorte que lorsque des structures reçoivent des données, elles ne peuvent les relier ni au médecin traitant, ni a fortiori au patient⁶.

Le seul risque en termes de confidentialité serait une saisie policière des disques durs d'une maison médicale (ce risque est tout aussi présent pour les dossiers papier). Mais rien n'empêche de cadenciser davantage encore les garanties pour qu'une instance politique quelle qu'elle soit ne puisse se saisir de ce type d'informations.

1/5 D'un point de vue plus prospectif

D'après son représentant, et en termes prospectifs, le secteur des maisons médicales semble désireux d'aller vers des modalités de travail et d'évaluation davantage intersectorielles.

Par ailleurs, il convient de «ne pas réinventer l'eau chaude», mais bien de partir de ce qui existe déjà, expériences, savoir-faire, etc. ; même si c'est encore parfois un peu balbutiant.

1/5/1 Un recueil de données commun à tout l'ambulatoire.

On pourrait imaginer de construire un recueil de données commun à tous les secteurs de l'ambulatoire, qui pourrait s'inspirer du modèle ouvert conçu au sein du secteur des maisons médicales.

Ce modèle n'est pas fermé sur une classification diagnostique mais plutôt symptomatique, considérant le symptôme comme l'expression d'une plainte au sens large. Il recouvre donc des vocables qui vont du langage professionnel au langage populaire et des questions physiologiques aux questions sociales en passant par des questions plus psychologiques. Sa forme actuelle serait d'ores et déjà opérationnelle pour une grande part des secteurs de l'ambulatoire. Par ailleurs, si l'ensemble des secteurs pouvait s'approprier ce recueil de données, ce serait un enrichissement pour ce dernier parce que chacun des secteurs pourrait y introduire de nouveaux termes qui leurs seraient plus spécifiques.

Le dictionnaire de termes nosographiques a été présenté à la Ligue de Santé mentale. Cette dernière s'est dite intéressée. Toutefois, elle a choisi de s'inspirer d'une classification développée et utilisée par l'UCL à une échelle strictement locale. Pour le représentant du secteur des maisons médicales, c'est dommage. C'est dommage notamment pour le recueil de données lui-même qui aurait eu tout à gagner de s'enrichir de termes importés du secteur de la santé mentale.

Les finalités d'un recueil de données commun à tous les secteurs de l'ambulatoire, outre l'enrichissement du recueil de données lui-même, seraient :

- d'évaluer les demandes de la population au sens large pour mieux y répondre en tant que professionnel et pour les relayer vers le politique.
- d'avoir une vision plus claire des circuits des bénéficiaires entre les différents secteurs, les différents services.

Il serait intéressant d'avoir une meilleure perception de la façon dont les bénéficiaires mobilisent les différents services, des plaintes et des demandes qu'ils y expriment, de leurs trajectoires entre les différents services ; mais aussi des procédures, des réponses que chacun a apporté à ces demandes, des modalités de réorientations vers les autres services, etc.

D'un point de vue professionnel, la finalité ne serait pas une rationalisation, mais une optimisation des réponses aux demandes dans le sens d'une synergie (comment réduire par exemple le nombre d'étapes nécessaires avant d'aboutir au service le plus adéquat au regard d'un problème spécifique ?).

Le représentant du secteur des maisons médicales est conscient des risques éthiques et politiques que cette démarche comporte ; à savoir la mise en place de parcours balisés et obligés pour les bénéficiaires (une institution qui aurait une forme de monopole de l'accueil, du diagnostic et de la définition d'un parcours de soin pour le patient). Mais le risque est déjà présent ; et une évaluation commune permettrait sans doute de démontrer que la perspective des parcours de soins obligés n'est ni enviable, ni nécessairement la réponse la plus adéquate.

Cet outil commun, à partir du moment où il nourrit une évaluation de type cyclique et participative (qu'on la nomme «assurance de qualité» ou pas) permettrait d'avoir une rediscussion sur la place des différents secteurs dans l'échiquier de l'ambulatoire.

La question se pose en effet de savoir si ce qui a été construit sur des initiatives privées il y a 30, 40 ans, dans un contexte politique, économique et sanitaire particulier, est encore la réponse la plus appropriée aujourd'hui. Ou encore de voir si la configuration actuelle de l'ambulatoire, résultat d'une historicité particulière, ne peut être améliorée.

La finalité n'est pas d'uniformiser les secteurs, mais de penser un système plus homogène, plus accessible, plus compréhensible pour les gens – et plus cohérent, plus apte à répondre aux évolutions des demandes et des besoins socio-sanitaires de la population.

5 Classification Internationale des Soins Primaires.

6 Le cas échéant, si dans une optique épidémiologique, on se rend compte qu'un certain nombre de patients présentent bizarrement une maladie très particulière et que l'on désire voir si cette maladie ne provient pas de la même source (vérifier l'hypothèse d'une maladie qui serait liée à un même logement ou à un même lieu de travail par exemple), il faut demander à la structure médecin qu'elle décrypte le code médecin puis demander au médecin de décrypter le code patient.

Dans cette optique, d'après son représentant, le secteur des maisons médicales serait ouvert à une rediscussion des décrets. Cette réflexion pourrait mener à l'idée d'un décret ambulatoire avec une réorganisation des services. Il semble que cette idée induise des craintes parce qu'elle implique effectivement des changements, des refontes de postes et de missions. Pourtant, pour le représentant du secteur des maisons médicales, cette réflexion à l'échelle du système ambulatoire dans son ensemble, paraît indispensable (et elle s'accommode mal de réflexes corporatistes, sans pour autant exclure la défense des intérêts de chacun).

Une des questions que pourrait éclairer ce type d'évaluation commune serait celle de la confusion relative entre «soins de santé primaires» et «première ligne de soins». Pour le représentant du secteur des maisons médicales, il convient de distinguer ces deux notions :

- Les «soins de santé primaires» font référence à un système d'offre de soins qui s'échelonne en niveaux. Le niveau des soins de santé primaires serait le moins spécifique. Le troisième niveau est le plus spécialisé, à haute technologie. Entre les deux, le deuxième niveau est celui de la référence spécialisée de basse ou moyenne technologie. Il est donc plus spécifique et recouvre des hôpitaux locaux ; mais aussi certains services ambulatoires plus spécialisés.
- La «première ligne de soins» fait référence aux demandes de la population ; c'est-à-dire les lieux où les patients se rendent en premier lieu pour exprimer leur(s) plainte(s).

Tout l'enjeu est de superposer les deux notions autant que faire se peut :

- D'une part en organisant mieux l'offre de soins, dans une optique qui ne soit pas rigide (contre les parcours de soins balisés), mais plus cohérente.

Ce qui suppose un débat sur la place des «soins de santé primaire» dans le système général de dispensation de soins.

Et ce qui implique un débat sur ce qui, au sein même de l'ambulatoire, relève des «soins de santé primaire» ou pas.

- D'autre part en améliorant la «première ligne de soin».

Ce qui implique un débat sur ce qui, au sein même de l'ambulatoire, relève de la «première ligne» ou pas.

D'après le représentant du secteur des maisons médicales, c'est un leurre de penser que tous les secteurs seraient des centres de première ligne. Plus encore, il estime que le fait que tous revendiquent d'être une première ligne non spécifique déforce l'ensemble de l'ambulatoire.

Dans cette perspective, on pourrait envisager la création de sortes d'antennes psycho-médico-sociales ouvertes, dans les quartiers ; où les gens pourraient entrer ne fut-ce que pour boire une tasse de café, avec un AS de garde, un psy de garde... La pluridisciplinarité est essentielle dans le contexte de grande ville qui produit des morbidités complètement disparates. Ce serait une alternative sans doute plus adéquate que la tendance actuelle des personnes de s'adresser aux urgences hospitalières déjà surchargées et qui sont embarrassées par des demandes qu'elles n'arrivent pas à traiter.

1/5/2 Un rapport d'activité commun

Dans le même ordre d'idée, la fédération des maisons médicales souhaiterait que l'on aboutisse à un format standard de rapport d'activité pour tous les secteurs ; pour peu qu'il soit effectivement négocié de façon concertée avec les secteurs et pas imposé de façon unilatérale.

1.5.3. Trouver des réponses aux craintes relatives à l'évaluation (et en particulier au recueil de données)

Les outils d'évaluation font à la fois l'objet de craintes et de fascination comme s'ils étaient tout puissants.

Une des critiques communément émises aux recueils de données classiques concerne l'emprisonnement de la pensée dans des catégorisations trop fermées, réductrices, figeantes et stigmatisantes.

Le représentant du secteur des maisons médicales estime que cette critique est fondée à l'égard de certaines formes de recueil de données communément répandues dans le domaine médical où la culture de la classification est encore majoritaire. Il est clair que des recueils de données qui ne retiendraient qu'une classification diagnostique seraient réducteurs. Le diagnostic est présent dans toute forme de soin. Mais il est vrai qu'une hypothèse diagnostique fait partie intrinsèque du processus de soin. Il est le plus souvent implicite et se construit progressivement avec la plainte ou la demande. Par exemple, lorsqu'une personne se plaint d'une toux persistante, le médecin ne sait pas a priori s'il s'agit d'une bronchite, d'un cancer des poumons ou encore d'un signe de nervosité. S'il dispose d'un recueil de données où il doit choisir dans une pick-list ou un menu déroulant qui ne retient que des diagnostics et exclut des symptômes («la toux»), que pourrait-il encoder ? Que faire des individus qui ne relèvent d'aucune catégorie existante ou qui rentrent dans plusieurs tiroirs à la fois ? De la même manière, un recueil de données fondé sur les symptômes et qui produirait lui-même le diagnostic adéquat (de type DSM) serait inconséquent. Et l'on peut comprendre qu'en santé mentale, la question soit encore plus sensible.

Les craintes par rapport aux recueils de données sont aussi relatives à l'usage politique que l'on va en faire. Et ces craintes sont légitimes si expliciter la pratique ne sert qu'au contrôle et, à la clef, à l'octroi de plus ou moins de moyens financiers ; s'il s'agit de contraindre les actes médicaux, voire de les financer en fonction des données recueillies par les services (Imaginons que chaque maladie reçoive un code : Combien de code untel avez-vous ? Alors vous avez droit à tel financement. Ou encore Mr X est diagnostiqué sous tel code ? Il n'a droit qu'à x consultations, qu'à x grammes de neuroleptiques, etc.).

Il semble qu'au Danemark, les services soient financés en fonction de leurs résultats par rapport à des standards définis au préalable en négociation avec le politique. Bien que des objectifs puissent être définis avec les pouvoirs publics, ce type de financement produit cependant des effets pervers trop importants pour être envisageable chez-nous.

Il convient aussi de rester attentif aux objectifs politiques. Si un objectif peut être de réduire des risques, il est important de viser des résultats réalistes et non illusoire ou inacceptables tels que le risque zéro. Non seulement, atteindre le risque zéro est impossible ; mais en outre, c'est une visée de maîtrise totale particulièrement morbide.

Néanmoins, ceci ne devrait pas empêcher de pouvoir expliciter l'implicite du diagnostic et du soin.

Ceci ne devrait pas non plus empêcher de se fixer des objectifs raisonnables. On entend parfois que les soignants ont une obligation de soin mais pas de résultat. Mais cet argument est surtout défensif et s'accompagne de risques de dérive importants. Lorsque l'obligation de moyens prime, on se protège en faisant tout ; et accessoirement on s'adjoint le conseil d'un avocat et on prend de bonnes assurances. Mais on pervertit aussi la relation de soin.

Le représentant du secteur des maisons médicales pense qu'en définitive tout est évaluable.

Le tout est de bien choisir les méthodes d'évaluation :

- Il est possible de concevoir des recueils de données qui ne soient pas cloisonnés dans des diagnostics prédéfinis ;
- Par ailleurs, le recueil de données n'est pas la seule manière d'évaluer. En matière de santé, tout n'est sans doute pas quantifiable. Mais d'autres méthodes plus qualitatives, individuelles ou collectives permettent de se questionner sur ses pratiques. Même en matière de psychanalyse, des lieux où l'on peut débattre, critiquer, interpellé sont des lieux de questionnement (sans pour autant reposer sur la définition de critères, de standards, etc.).

Le tout est aussi de se donner des garanties quant à l'usage politique qui pourrait être fait de ce genre d'outil.

Et cette double garantie quant aux choix des méthodes et à l'usage politique nécessite que les secteurs participent à l'élaboration des évaluations. C'est sans doute le seul moyen pour s'assurer que l'outil soit bien au service de la pratique et non la pratique profilée sur l'outil.

En conséquence de quoi, en termes organisationnels, pour toute recherche évaluative financée par les pouvoirs publics, il faudrait rendre obligatoire l'existence d'un conseil scientifique et d'un comité d'accompagnement :

- Le conseil scientifique dont l'objet serait de mettre sur pied un protocole de recherche, de le faire appliquer et de cautionner ce qui est réalisé. Il serait le seul garant de la validité scientifique de l'évaluation.
- Le comité d'accompagnement serait constitué de représentants du ministre, de l'administration et du terrain. Leur objet serait de vérifier l'avancée des travaux, le cas échéant de demander des éclaircissements sur telle ou telle question qui leur semblerait trop peu abordée, etc.

Par contre, il n'aurait pas à valider ou à amender la démarche scientifique. Il ne serait pas non plus le dépositaire des travaux et de ses conclusions ; et ne devrait pas décider de leur diffusion ou pas. La publication fait partie des modalités qui assurent la qualité d'une recherche par la mise en débat au sein du monde scientifique⁷.

1/5/4 Eviter l'inflation d'organismes d'étude

Il existe déjà beaucoup de structures qui s'occupent d'évaluation et/ou plus largement d'études scientifiques. Il convient de mieux connaître ces instances et de mieux les coordonner. En effet, beaucoup font la même chose et, ce qui est pire encore, sans même le savoir, en s'ignorant (un centre national d'expertise, le KCE vient de lancer un programme de recherche-action sur les maladies cardio-vasculaires. Ce programme rejoint largement ce que fait un autre centre d'expertise en Communauté française depuis trois ans).

1/5/5 Eviter l'inflation des lieux de débats avec le politique

Une dynamique commune d'évaluation et la construction d'outils communs permettraient de réactiver le Conseil consultatif en nourrissant de réels débats sur le fond des problématiques des bénéficiaires et de l'organisation de l'ambulatoire dans sa globalité.

Ce serait sans doute le meilleur lieu où débattre des résultats d'évaluations ou d'études si l'on souhaite que ces résultats servent bien d'abord à améliorer la situation des bénéficiaires, l'organisation du secteur, les pratiques des services et des intervenants, ainsi que la définition des politiques publiques.

2/ Le point de vue des représentants du secteur des plannings familiaux

ENTRETIEN MENÉ EN PRÉSENCE DE :

Carole Grandjean *directrice de la FLCPF*

Claude Moreau, *responsable du service «représentation politique - visibilité» de la FLCPF*

2/1 Une démarche d'évaluation en gestation

Il y a peu d'outils d'évaluation existant au niveau des plannings et de la fédération ; et peu de réflexion à ce sujet au sein du secteur (il n'existe pas de groupe de travail à ce sujet, par exemple).

Il existe quelques expériences d'évaluation plus ou moins ponctuelles dans certains centres. Mais l'effort de réflexivité des plannings s'exprime plutôt à travers les supervisions.

Une démarche d'évaluation institutionnelle est en cours au niveau de la fédération. Elle s'inscrit dans un projet de refonte de la fédération dans le contexte de glissement de la représentation que les centres se font de leur fédération ; à savoir une fédération de services davantage qu'une fédération de soutien à la militance. Cette démarche d'évaluation interne à la fédération accompagne une réflexion visant la clarification des objectifs de la fédération.

Cette démarche d'évaluation ne vise pas à proposer un modèle d'évaluation dans une stratégie de dissémination vers les centres.

Par contre, la fédération collabore avec PROMES (santé publique, ULB) pour mettre au point des modalités d'évaluation des formations dispensées par la fédération (notamment au personnel enseignant). Dans le cadre de cette collaboration, la perspective de réfléchir ultérieurement sur des modalités d'évaluation plus large du travail de la fédération et des centres est aussi envisagée.

Par ailleurs, la fédération est soucieuse de récolter des informations. La majorité de ces informations sont transmises par les centres, mais en l'absence de recueil de données harmonisé pour le secteur, cette information n'est pas systématisée. La fédération s'inspire aussi d'études et chiffres provenant de pays limitrophes, en les transposant tant que faire se peut à la réalité belge et/ou bruxelloise.

2/2 Une démarche de recueil de données avortée

Lorsque les plannings ont été intégrés dans les compétences de la COCOF, cette dernière leur a demandé de recueillir des données. Sans certitude, les représentants des plannings pensent que les items n'ont pas été concertés avec le secteur. Toujours est-il qu'en 1995-96 (?), un logiciel informatique a été implanté dans les centres pour enregistrer des données. Il semble que les centres aient contribué à ce recueil de données jusqu'à 2000 où l'expérience a été abandonnée parce que :

- premièrement, le logiciel informatique n'était pas conçu pour passer l'an 2000 (bug) ;

7 Il est fait état des conclusions d'une étude qui montrait qu'un médicament était responsable de décès ; mais qui, pour conserver les milliards de profit que générerait ce produit, a été tenu sous le boisseau pendant près de trois ans par son commanditaire peu scrupuleux.

- deuxièmement, les informations recueillies n'ont jamais été traitées et n'ont donc jamais servi à une réelle évaluation.

Cet épisode a provoqué une désillusion importante au sein du secteur. D'emblée, les travailleurs n'y voyaient pas vraiment d'intérêt ni de sens, hormis celui d'une obligation administrative relative à leur subsidiation. Et le fait que cet investissement en temps de travail n'a jamais débouché sur l'exploitation des données, mais sur un abandon de l'outil, n'a fait que renforcer ce sentiment.

2/3 Les exigences normatives en matière d'évaluation

2/3/1 COCOF

La COCOF est la source principale de financement des plannings. Les visites de l'inspection et le rapport d'activité annuel sont les seules obligations décrétales en matière d'évaluation.

Il semble que l'inspection ait une vision claire du secteur, qu'elle fait remonter à l'administration.

Le rapport d'activité n'est pas standardisé. Un canevas minimal existe, mais il reste très ouvert. Il s'ensuit des rapports d'activité très divers et un manque de cohérence d'ensemble.

Les rapports d'activité contiennent peu de données chiffrées, si ce n'est quelques informations basiques qui permettent de vérifier le respect des normes décrétales (nombre de professionnels, nombre d'heures de prestation, etc.). Et encore, ces chiffres restent disparates et ne peuvent donc être globalisés (par exemple, en ce qui concerne les activités d'animation, certains comptent aussi le temps de préparation et d'évaluation et d'autres retiennent juste le temps d'intervention).

D'après les représentants du secteur, les rapports d'activité sont lus par l'administration de la COCOF. Cette dernière semble très en phase avec le secteur et soucieuse de son évolution. Le secteur se sent suivi et soutenu. Les relations du secteur avec l'administration COCOF des affaires sociales sont positives.

Le secteur est actuellement en discussion avec l'administration pour avancer vers une certaine harmonisation des rapports pour éviter que ça parte dans tous les sens. Vu l'actuelle relation de confiance avec l'administration, les centres semblent preneurs d'une telle harmonisation concertée, si cette harmonisation n'empêche pas les centres de faire aussi état de leurs spécificités.

2.3.2. D'autres sources de financement

L'INAMI finance la pratique de l'IVG. Les centres transmettent des données ; mais celles-ci ne s'inscrivent pas d'emblée dans un souci d'évaluation. Elles restent très administratives, dans la logique de remboursement pour chaque acte IVG. La seule information que l'on peut en retirer est le nombre d'IVG pratiqué, éventuellement par catégorie d'âge.

Les plannings bénéficient aussi de quelques financements annexes pour certains emplois Maribel, ACS, etc... Il n'y a pas d'autre souci d'évaluation que la vérification du respect des normes de subsidiation.

Enfin, certains projets des centres, au cas par cas, bénéficient de financement provenant de fonds divers tels que la Fondation Roi Baudouin ou Reine Fabiola, le Fonds social européen, etc. Ces financements par projet s'accompagnent généralement d'exigences d'évaluation souvent plus précises et qua-

litatives sur ce que l'action produit. On peut parler davantage d'évaluation de projet. Certains centres ont beaucoup développé cette dynamique là ; il s'agit surtout des plus gros centres car ce type de financement nécessite beaucoup d'investissements de personnel pour se tenir au courant, rédiger des projets et les suivre. Mais, dans l'ensemble du secteur, ça reste très ponctuel.

2/4 Prospectives

2/4/1 Des formes plus harmonisées d'évaluation pour le secteur et l'intersectoriel

L'absence d'évaluation ou de recueil de données systématisés est perçue comme un manque à la fois pour le secteur (centres et fédération), mais aussi pour l'administration et le politique.

D'après ses représentants, le secteur des plannings a de plus en plus conscience que l'évaluation est incontournable. Le secteur serait donc preneur :

- D'une harmonisation des rapports d'activité (qui laisserait toutefois la place à l'expression des spécificités de chaque centre).
- De l'élaboration d'un recueil de données pour le secteur (et/ou intersectoriel).

Ces deux perspectives devraient toutefois être mises en œuvre dans un esprit de concertation avec le secteur.

Cette démarche aurait des utilités diverses :

- Pour les centres, une formalisation accrue de démarches d'évaluation serait pertinente pour améliorer les pratiques et une reconnaissance de leur travail.

Les formes d'évaluation imaginées devraient être directement utiles aux professionnels dans leurs pratiques.

- Pour le secteur, des formes d'évaluation plus systématiques et rigoureuses permettraient de renforcer les bases d'une argumentation plus solide. Si la fédération, en renégociation avec un cabinet, n'a pas de données pertinentes à faire valoir, elle risque de ne pas obtenir grand-chose ; en tout cas elle risque de se faire moins bien comprendre et entendre.

Vu la tendance actuelle à vouloir tout quantifier, il est important de disposer de données chiffrées quand il s'agit de convaincre et de défendre des options politiques pour la région bruxelloise.

- Pour le secteur, une meilleure évaluation permettrait de renforcer son identité. Selon la fédération c'est un bon moment pour commencer à penser l'évaluation dans le secteur. L'évaluation est vue comme un moyen de repenser l'identité du secteur en se reposant les questions essentielles : Qu'est ce qu'on est ? Qu'est ce qu'on fait ? Où va t'on ?

On peut également poser la question de la place et la spécificité des plannings par rapport à d'autres secteurs. Les plannings ont des activités spécifiques dans certains domaines comme l'accueil, la prévention dans les écoles, etc. Mais ils peuvent être en concurrence avec les maisons médicales, les centres de guidance, les maisons de droit etc. pour un certain nombre de pratiques (consultations psychologiques, juridiques, médicales, etc.).

Pour éviter le risque d'une éventuelle rationalisation des activités qui sont pratiquées dans d'autres secteurs, il serait nécessaire de pouvoir mettre en avant ce qui se fait sur le terrain. Et les outils et moyens actuels sont insuffisants pour cela.

Dans le même ordre d'idée : il y a 28 centres de plannings en Région bruxelloise. Le politique peut se demander pourquoi 28 centres ? Ca

nécessite aussi des arguments pour se positionner dans des tentations de rationalisation et expliquer la nécessité de ces 28 centres (notamment par rapport aux difficultés de mobilité des publics les plus défavorisés).

- Pour l'administration, l'évaluation permettrait sans doute de mieux argumenter leurs avis ou leurs recommandations au cabinet.
- Pour le cabinet, l'évaluation permettrait d'avoir une meilleure connaissance des secteurs, de leurs problématiques, de leurs actions, de leurs spécificités. Une bonne évaluation permettrait à de nouveaux cabinets d'entrer plus rapidement dans les dossiers et d'avoir plus rapidement une connaissance fine des secteurs. Ce serait aussi un avantage pour les secteurs qui actuellement s'investissent régulièrement dans l'information des cabinets lors des changements de ministres.
- Pour le cabinet, comme pour les secteurs, l'existence d'une évaluation concertée permettrait de mieux expliquer (cabinet et administration) et de mieux comprendre (secteur), les nécessités et les enjeux d'un changement de politique ou d'une innovation (exemple des ex-IMS - nouveaux PSE).

Une meilleure argumentation et une meilleure explicitation de nouvelles inflexions politiques – notamment sur base de données, d'évaluations, d'études, a fortiori concertées avec le secteur – réduiraient quelque peu les résistances ou les hiatus entre les choix politiques et les pratiques de terrain.

Enfin, de façon générale, l'évaluation ne devrait pas être purement technique, mais devrait permettre aussi de poser la question du sens des politiques et des actions. L'évaluation doit être élargie et doit permettre de mettre en évidence des questions qui traversent le secteur tout en n'étant pas son objet principal. On pense en particulier aux questions de politiques générales touchant au logement, à l'emploi, etc. Toutes ces questions, si elles ne sont pas l'objet principal de l'intervention des plannings, n'en sont pas moins présentes dans le travail quotidien : comment imaginer, par exemple, un suivi de grossesse avec une personne qui n'a plus mangé depuis trois jours ou qui vit dans un logement insalubre sans tenir compte de ces difficultés (peut-être plus urgentes encore) ?

Au-delà d'un travail effectif en réseau au niveau local (qui ne permet pas de répondre aux questions de politique générale), il est important aussi de rendre compte de ces problématiques générales dans le sens de l'observatoire et de l'interpellation.

Dans cette optique, une évaluation transversale, trans-sectorielle paraît nécessaire :

- pour mieux articuler les secteurs dans l'échiquier ambulatoire ;
- pour nouer des alliances entre secteurs et porter des constats et des interpellations en commun.

En ce sens, le projet émis en 2004 par l'administration d'élaborer un recueil de données commun à tous les secteurs du social COCOF était une bonne idée. La seule difficulté était que l'administration n'était pas assez claire ni sur les modalités, ni sur les finalités du traitement des données. Par ailleurs, le contexte de fin de législature n'était sans doute pas assez sécurisant.

2/4/2 L'objet de l'évaluation

L'évaluation pose d'emblée la question de ce qui est ou non évaluable.

De façon générale, la fédération des plannings estime qu'un grand nombre de dimensions sont évaluables.

Toutefois, certaines choses sont plus difficiles à évaluer, parce que les objectifs sont difficilement traductibles en indicateurs (en tout cas chiffrés). C'est le cas :

- de la qualité de la prestation,
- de la qualité de l'accueil,
- de l'évolution, quand on n'a pas de données de référence pour les années précédentes,
- de l'émergence de nouveaux besoins de la population qui ne s'expriment pas encore clairement dans les plannings...

A cet égard, la transversalité de l'évaluation pourrait être importante car des demandes peuvent être déviées et être exprimées dans d'autres types de services (de nouvelles questions qui pourraient intéresser les plannings et qui s'exprimeraient dans un CASG par exemple).

- des effets de la prévention.

Les effets de la prévention sont souvent réduits à des relations causales trop simplistes. C'est le cas par exemple de la question récurrente posée par les médias comme par le politique : en quoi les actions de prévention dans les écoles diminuent le nombre d'IVG ?

Premièrement, il y a tellement d'autres facteurs qui interviennent soit dans le changement d'attitude des personnes, soit dans les grossesses non désirées, qu'il est illusoire d'isoler la seule relation prévention - nombre d'IVG.

Deuxièmement, on peut se demander si la diminution du nombre d'IVG est le seul critère pertinent pour évaluer l'importance des animations à l'école. D'autres objectifs ne sont-ils pas aussi – voire plus – importants, comme par exemple : diminuer le machisme ; réduire l'homophobie ; faire en sorte que le désir soit vécu positivement, que la sexualité ne soit pas seulement vue comme un problème ou un risque, mais aussi comme quelque chose d'épanouissant, etc.

L'évaluation des effets de la prévention pose d'emblée la question des objectifs et des critères, ainsi que celle de la difficulté à isoler la cause et l'effet lorsque des tas de facteurs interfèrent.

Parmi les grands objectifs possibles d'une démarche d'évaluation (évaluation de l'offre de services, évaluation des besoins de la population, évaluation du cadre politique et législatif), il semble que la priorité du secteur irait à l'évaluation de l'évolution des besoins de la population (ce qui permettrait de mieux ajuster les pratiques et les politiques).

2/4/3 Se donner des garanties pour apaiser les craintes

2/4/3/1 Les craintes

Les représentants du secteur des plannings font état d'un certain nombre de craintes persistantes quant à l'évaluation :

- Une méfiance par rapport à l'usage que le politique et/ou l'administration ferait des résultats d'une évaluation ou d'un recueil de données ; sur l'horizon d'une espèce de croyance que l'on va chercher à supprimer des choses ou à mettre le doigt sur des dysfonctionnements.
- Une méfiance par rapport au non-usage qui pourrait être fait d'un travail d'évaluation ou de recueil de données. L'expérience passée du recueil de données avorté n'est sans doute pas étrangère à l'inquiétude qu'un investissement des centres dans un travail d'évaluation ne débouche sur rien.

Or :

- Premièrement, le politique n'affiche pas clairement sa volonté de changement ou de redéfinition des choix politiques (toujours avec l'argument que le budget ne laisse aucune marge de manœuvre),

- Deuxièmement, les positions du politique paraissent ambiguës à l'égard de l'évaluation. D'une part, il ne cesse de demander aux secteurs de produire des chiffres ou encore il se réfugie derrière l'absence de données pour justifier l'absence de décisions. D'autre part, il craint légitimement des formes de technocratie ou encore s'accommode bien de l'absence d'informations plus objectives pour conserver des zones de flou et ne pas trop devoir justifier la répartition du gâteau budgétaire par des arguments rationnels.

Dès lors, la crainte que l'évaluation ne serve pas ou ne serve qu'à une rationalisation budgétaire plutôt qu'à donner un nouveau souffle d'imagination politique, n'en est que plus forte.

- Enfin, une méfiance par rapport aux moyens à dégager pour participer de façon efficace à une évaluation. Certains centres risquent d'être mis en difficulté parce qu'ils arrivent déjà tout juste à remplir leurs missions au quotidien face à une demande qui explose.

La question des moyens est donc posée.

Si on creuse un peu, une forme de recueil de données existe déjà dans la pratique quotidienne des centres (dossiers, écrits, etc.) mais les travailleurs n'ont pas toujours conscience qu'il s'agit aussi d'un outil potentiel d'évaluation. Ils voient l'évaluation comme une charge de travail supplémentaire et non comme une démarche qui peut s'intégrer à leur pratique professionnelle et qui en fait déjà partie à certains égards.

2.4.3.2. Les garanties

Ces craintes doivent être apaisées par la définition de garanties :

- Il est primordial que les cabinets et l'administration définissent d'avantage les objectifs de l'évaluation et l'usage qu'ils comptent en faire. Il faut pouvoir expliquer à quoi ça va servir. Il faut sortir du flou et des ambiguïtés.
- Il est sans doute important qu'il n'y ait pas de lien direct et mécanique entre les données qu'on recueille et le financement. Un financement du cadre est plus favorable qu'un financement par acte. L'information recueillie est sans doute moins sujette à caution.
- Il faut se doter de garanties quant à l'usage qui est fait de l'évaluation.

Plus qu'un feed-back, il faut se doter de moments et de lieux formels qui garantissent le débat entre les personnes concernées par l'évaluation (politique, administration, secteur(s)) pour confronter et affiner les interprétations. Et ceci avant même de pouvoir traduire l'évaluation en recommandations ou en pistes politiques.

Le débat récent sur l'interprétation des chiffres qui montrent une augmentation du nombre d'IVG est exemplatif. Si l'on s'en tient aux chiffres produits par la Commission d'évaluation de la loi IVG au parlement, il est vrai qu'on observe un accroissement du nombre d'IVG effectuées dans les plannings. Mais des éléments de contextes permettent de mieux interpréter ces chiffres et de mieux les comprendre.

Premièrement, c'est l'enregistrement des chiffres qui s'est amélioré. A l'origine, les plannings restaient méfiants à l'égard de cette commission parlementaire et certains étaient réticents à transmettre leurs données. Aujourd'hui, la confiance est plus importante, les centres transmettent davantage leurs chiffres et ces derniers sont plus rigoureux et reflètent mieux la situation.

Deuxièmement, le déplacement des IVG de l'hôpital vers les plannings correspond à une tendance des structures hospitalières à externaliser les IVG par des conventions avec les plannings, pour la bonne et simple raison qu'ils n'ont pas toujours les structures d'accueil pour satisfaire à la loi (4 entretiens, entretien psy, etc...). Par ailleurs, l'IVG sous forme médicamenteuse jusqu'à la sixième semaine n'est appliquée qu'en extra-hospitalier.

Si l'on s'en tient aux chiffres bruts, on s'inquiète de voir le nombre d'IVG augmenter dans les plannings. Heureusement que des mesures unilatérales n'ont pas été prises et que le secteur a été sollicité pour aider les pouvoirs publics à interpréter ces chiffres, à les recontextualiser et donc à pondérer les inquiétudes.

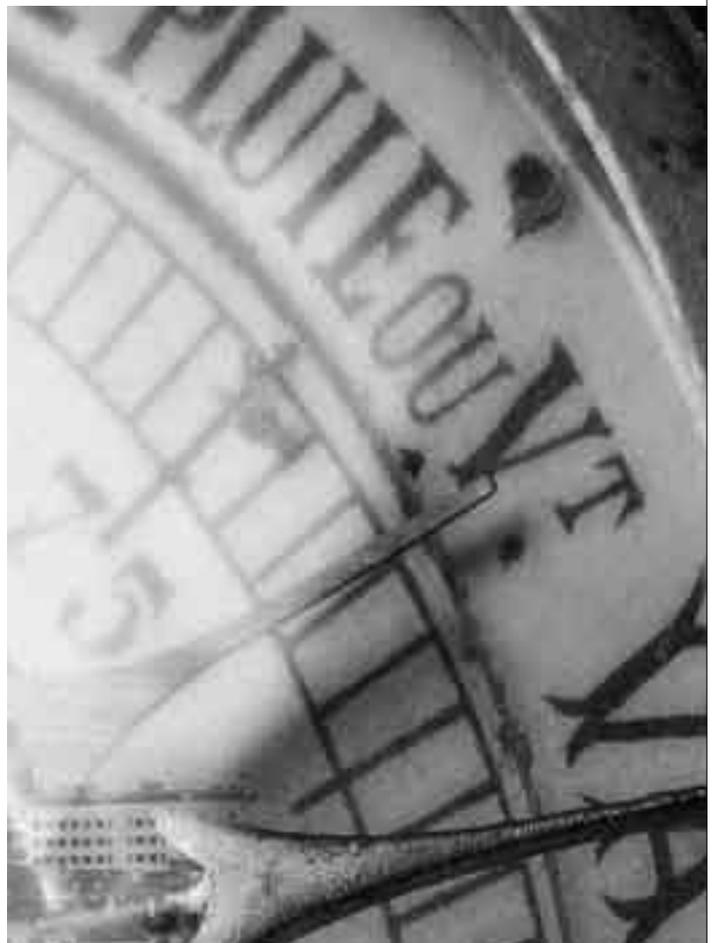
A cet égard, le conseil consultatif devrait être réorienté vers une réflexion globale sur les secteurs. Le conseil consultatif ne semble pas à hauteur des espérances. Il est vrai que les secteurs ont tendance à s'y neutraliser dans la négociation des répartitions de moyens. Il conviendrait que le conseil consultatif soit moins instrumentalisé (par les secteurs comme par les pouvoirs publics) et qu'on puisse y aborder des questions de fond et de politiques communes. Des formes d'évaluation transversales permettraient d'aborder des questions plus globales, au-delà des particularismes.

- Il est essentiel que le secteur soit impliqué dans une démarche d'évaluation.

Il peut être particulièrement intéressant de bénéficier du regard de quelqu'un de plus extérieur pour pointer les forces et les faiblesses.

Et en définitive, quel que soit l'opérateur principal (école sociale, centre d'études, etc...), il est important qu'il soit accompagné d'un comité constitué de représentants du terrain, des cabinets, de l'administration et d'autres chercheurs, etc., qui puisse garantir l'absence d'instrumentalisation du processus et des résultats de l'évaluation.

En l'absence de telles garanties, toute velléité d'évaluation risque d'apparaître comme une obligation dénuée de sens, un surcroît de travail pour les équipes. Elle risque surtout d'être peu légitime. De ce fait, la qualité des informations recueillies risque de s'en ressentir et les résultats risquent d'être peu pertinents.



3/ Le point de vue du représentant des CASG

ENTRETIEN MENÉ EN PRÉSENCE DE :

Caroline Vandermeersch, *ex-coordinatrice de l'inter-centres Casg et directrice du Casg de Bruxelles Sud-Est*

Charles Lejeune, *secrétaire général de la FCSS*

3/1 L'existence d'une dynamique réflexive au-delà de l'évaluation

Au-delà de l'évaluation, les représentants du secteur des CASG soulignent l'existence d'une dynamique réflexive au sein du secteur :

- L'arrivée du décret en 1998 avait déjà induit beaucoup de réflexions au sein des centres et du secteur. Il fallut réfléchir sur les nouvelles missions, fixer les priorités et réorganiser les actions. Il fallut présenter les changements au sein des AG et CA des différents centres.
- Au niveau des centres, les réunions d'équipes et les supervisions sont des moments privilégiés pour s'interroger sur les projets qui sont menés et les difficultés rencontrées.
- L'inter-centres est aussi présenté comme un lieu important de réflexion sur les pratiques des intervenants et les problématiques des usagers.
La dynamique inter-centres est instituée par le décret. Elle a été largement réappropriée par les centres. Il ne s'agit sans doute pas d'évaluation au sens strict ; mais il s'agit d'un effort de réflexivité organisé et sectoriel qui produit des choses selon une méthode dialectique. Les débats et les échanges entre centres :
- Permettent, au sein d'un secteur relativement disparate et qui se connaissait peu à l'origine, de construire des formes de normes sectorielles, de lignes de conduite propres qui promeuvent une certaine cohérence sectorielle et garantissent au secteur que l'on n'y fait pas n'importe quoi.
- Impliquent un effort de clarification de ses objectifs, de ses pratiques et de ses difficultés ou limites pour chaque centre.
- Induisent une synergie entre les centres qui peuvent s'inspirer des expériences des autres, se réapproprier de «bonnes pratiques» et se confronter aux normes propres aux autres centres.
- Permettent de réfléchir collectivement sur des thèmes transversaux qui traversent la réalité du travail social. Ils permettent notamment de s'arrêter sur des problématiques concrètes rencontrées par les bénéficiaires, telles que logement, gaz-électricité, CPAS, aide alimentaire, etc. Ces réflexions collectives peuvent se traduire en recommandations ou interpellations politiques.

Sans être de l'évaluation au sens strict, cette dynamique réflexive s'en rapproche puisque :

- Premièrement, elle promeut un retour sur les pratiques, les réalités de travail, les problématiques du public.
- Deuxièmement, elle s'accompagne d'une forme d'autocontrôle et de construction de normes propres au secteur.
- Troisièmement, elle induit des changements dans la pratique.
- Quatrièmement, elle permet de mieux rendre compte des pratiques et des problématiques ; y compris à l'égard du politique et de l'administration.

Les représentants du secteur soulignent qu'en termes de rapport qualité/prix, cette dynamique est plutôt efficiente.

3/2 Les exigences normatives en matière d'évaluation

Le décret et les circulaires de la COCOF imposent l'évaluation des missions individuelles, collectives et communautaires relatives aux Casg. L'inter-centres lui-même est soumis à une obligation d'évaluation (le terme exact repris dans le décret est «analyse»). A cet effet, l'inter-centres a tenté d'utiliser les modèles d'évaluation proposés par les circulaires du décret (évaluation des missions collectives et communautaires) pour évaluer les groupes de travail thématique (logement, CPAS, gaz-électricité). Mais ces modèles se sont rapidement montrés peu adaptés pour ce type d'évaluation.

Un recueil de données sur les dossiers individuels, les modalités de tenue des dossiers d'aide individuelle et une grille d'évaluation des actions collectives et communautaires ont été définis comme normes d'évaluation dès 1998.

En réalité, ils ont été construits au cours des deux années de cheminement vers le décret (dès 1996). En 1998, les Casg n'ont pas eu l'opportunité d'accepter ou refuser les grilles d'évaluation édictées. Toutefois, ils ont été impliqués dans leur construction et le chercheur (A. Stengel du CRIDIS) chargé de les élaborer était à la fois connu du secteur et attentif au secteur. En effet, il avait déjà rencontré certains centres dans le cadre du PRD ; et des réunions régulières avec les «futurs-Casg» ont été organisées pendant deux ans pour préparer les modalités d'évaluation et le décret. De telle sorte que bien qu'imposées, ces modalités d'évaluation n'ont pas fait l'objet d'oppositions de principe au sein du secteur.

3/3 Le recueil de données concernant les dossiers individuels

Le décret de 1998 disposait un recueil de données pour le secteur des Casg. Il convient de préciser que, même si ce n'était pas systématique, certains centres disposaient déjà d'informations sur leurs publics avant 1998. Effet inattendu, les nouvelles exigences du décret rendaient les outils existants obsolètes et ils furent massivement abandonnés.

En 1998, la première formule du recueil de données comptait environ 50 items qui permettaient de recueillir des informations :

- sur l'identification des personnes (nationalité, état civil, statut professionnel, etc.) ;
- sur les problématiques rencontrées (système d'items en arborescence) ;
- sur les problématiques traitées (solutions trouvées et institutions relais).

En l'état, ce recueil de données a été progressivement abandonné ; et ce pour diverses raisons :

- Une grande partie des centres n'avait pas les moyens de satisfaire à cette obligation. Premièrement, ils manquaient des moyens informatiques. Deuxièmement ils manquaient des moyens humains. La formation du personnel aux outils informatiques était insuffisante voire inexistante. Par ailleurs, même s'il avait été formé, le personnel restait réduit et le temps de travail disponible pour l'enregistrement des données était impossible à dégager au regard des actions menées.
- Il est possible que cette première formule correspondait à un certain idéalisme, voire une certaine illusion, partagée par le secteur et l'administration, d'en savoir un maximum sur les publics concernés par les Casg. Les items proposés étaient sans doute trop détaillés, trop nombreux et donc leur usage trop fastidieux (à la fois l'encodage et le traitement).

Certains centres dont les moyens étaient les plus réduits n'ont jamais pu mettre en oeuvre cet outil. D'autres ont tenté ; mais se sont rendu compte que c'était pour le moins compliqué, voire infaisable.

Bien que rendu obligatoire par le décret, ce recueil de données n'a jamais pris force d'obligation au cours des sept premières années (de 1998 à 2005). Au cours de ces années, l'administration s'est montrée tolérante :

- Premièrement, elle s'est montrée attentive et compréhensive aux raisons avancées par le secteur.
- Deuxièmement, l'administration, elle-même, aurait manqué des moyens pour traiter ce foisonnement brut de données recueillies⁸.

La situation, bloquée dans un premier temps, a toutefois évolué depuis 1998 et elle évolue toujours à l'heure actuelle :

- En 2000, des moyens financiers ont été débloqués pour informatiser les centres.
- Par ailleurs, suite aux échanges constructifs entre le secteur et les pouvoirs publics (le cabinet et son administration), une nouvelle circulaire (mai 2004) a abrogé et remplacé l'annexe III de la circulaire n°1 relative au recueil de données. Désormais, le recueil de données ne compte plus que 10 items. En outre, cette liste d'items reste adaptable et modifiable à travers un comité d'accompagnement créé par cette même circulaire et composé de représentants du cabinet compétent, de représentants de l'administration (affaires sociales et inspection), ainsi que de représentants de l'inter-centres et de la fédération ; et qui se réunit au minimum deux fois par an. Enfin, la circulaire dispose que l'interprétation des résultats est réalisée en collaboration avec les centres, l'administration et les représentants du cabinet compétent.

Actuellement, les dix items sont les suivants :

- 1/ *Difficultés psychosociales (santé mentale, assuétudes...)*
- 2/ *Droits sociaux (sécurité sociale, CPAS, droit à la justice, droit des étrangers, carte médicale...)*
- 3/ *Liens familiaux et sociaux (rupture, isolement, séparation, divorce, discrimination familiale, loisirs...)*
- 4/ *Logement*
- 5/ *Perte d'autonomie physique (maintien à domicile, handicap, vieillesse, dépendance, placement...)*
- 6/ *Problèmes administratifs et informations générales (état civil, aide à compléter et à comprendre les documents, taxes communales, régionales, impôts, INS, domiciliation...)*
- 7/ *Problèmes financiers (dettes, manque de ressources, revenus, regroupe les problèmes liés à l'argent...)*
- 8/ *Problèmes liés à l'enfance (scolarité, crèche, loisirs, problèmes éducatifs, maltraitance...)*
- 9/ *Santé physique (éducation santé, accès à, santé communautaire, hygiène de vie,...)*
- 10/ *Travail/emploi/formation*

Le recueil de données dans sa nouvelle formule ne concerne donc plus que les problématiques des bénéficiaires.

Il reste toutefois un certain nombre de questions qui, soit ont été solutionnées, soit font encore l'objet de débats, principalement au sein de l'inter-centres :

- Parle-t-on des problématiques rencontrées ou des problématiques traitées par les centres ? En d'autres termes, enregistre-t-on tous les problèmes dont les bénéficiaires font part ou uniquement ceux dont se saisissent les Casg (et, plus loin, orienter vers un autre service plus spécialisé, est-ce une forme de traitement ou un non-traitement et, le cas échéant, doit-on en tenir compte dans le recueil de données ?) ?
En inter-centres, un accord a été trouvé pour retenir «toutes les problématiques évoquées par l'utilisateur et diagnostiquées [...], qu'elles soient traitées ou non»⁹.

- Doit-on enregistrer les données à l'acte ou au dossier ? En d'autres termes, doit-on enregistrer les données par bénéficiaire ou les enregistrer à chaque contact avec la personne ?

Actuellement, certains centres enregistrent les données à l'acte et d'autres au dossier.

A priori, les deux entrées ne sont pas contradictoires, mais complémentaires. La porte d'entrée «au dossier» met davantage en évidence et de façon plus juste et plus fine la réalité sociale des bénéficiaires. Tandis que la porte d'entrée «à l'acte» met davantage en évidence le temps consacré aux différents problèmes, l'investissement humain qu'ils représentent et, de ce fait, peut constituer un bon outil de management interne pour les différents centres.

Les débats en inter-centres devraient déboucher sur un accord entre les différents centres, afin de garantir une certaine cohérence sectorielle des données recueillies : soit l'une des portes d'entrée au détriment de l'autre, soit les deux portes d'entrée en parallèle (avec les conséquences afférentes, en termes de temps d'enregistrement).

- Doit-on transmettre les données sous forme de pourcentages ou de nombre réel ? En d'autres termes, faut-il juste dire que tel item représente x% de l'ensemble des problématiques rencontrées ou faut-il préciser combien de personnes ou d'actes ça représente ?
Derrière cette question persiste une crainte de bon nombre de centres d'être mis en concurrence avec les autres («Et si le chiffre des autres était beaucoup plus important que le mien ?»).
- Quel est le contenu des différents items ? En d'autres termes, dans quel item les problématiques réellement rencontrées doivent-elles être enregistrées (un IVG, est-ce un problème de santé ou un problème familial ? les problèmes de voisinage rentrent-ils bien dans l'item «liens familiaux et sociaux» ? etc.)

Là encore, les débats en inter-centres tentent de mieux préciser ce que recouvrent chacun des items en termes de problématiques.

Au-delà de ces questions, on peut relever certaines limites à ce recueil de données dans sa nouvelle formule :

- Si l'allègement de la grille d'items s'avérait nécessaire pour en assurer sa concrétisation effective, on peut se demander si les informations ainsi recueillies ne sont pas à leur tour un peu légères. En termes de traitement, les catégories restent grossières puisque chaque item englobe des problématiques diverses. En ce qui concerne l'item 2, par exemple, on ne dispose en définitive que d'un chiffre qui reflète de façon générale les problématiques relatives aux droits sociaux ; mais on ne peut spécifier s'il s'agit plus spécifiquement de problématiques relatives au droit des étrangers ou au droit à la sécurité sociale (voire même au droit pénal...).

8 Le rapport de la phase exploratoire le confirme.

9 Compte-rendu de la réunion des CASG du 20 avril 2004 sur la définition des items du recueil de données.

Cette perte d'information est peut-être regrettable. Mais ne vaut-il pas mieux disposer d'informations – fussent-elles relativement grossières – que d'aucune information ?

Rien n'empêche d'imaginer que, si un des items apparaît surdéterminant dans les problématiques rencontrées à un moment donné, les Casg puissent décider de focaliser davantage leur attention sur cet item et d'en affiner les catégories pour un temps déterminé.

L'inter-centres l'a déjà fait pour certaines problématiques, comme par exemple un zoom sur les questions relatives au logement.

- Dans sa nouvelle formule, le recueil de données ne retient plus que les problématiques et ne comporte plus d'informations relatives au profil des bénéficiaires (âge, sexe, statut professionnel, etc.).

Aujourd'hui, le recueil de données ne permet donc pas d'établir des liens entre les problématiques rencontrées et des caractéristiques de population. Il n'est pas possible, par exemple, de croiser l'item 10 (Travail/emploi/formation) avec le niveau d'études.

Le recueil ou pas de ces données concernant le profil des bénéficiaires est actuellement laissé au libre arbitre des différents centres (en fonction de l'intérêt qu'ils y trouvent et des moyens dont ils disposent).

Il semble néanmoins que le secteur soit d'accord pour envisager le recueil de ce type de données dans un temps plus éloigné. Encore faudrait-il s'entendre sur les catégories pertinentes à retenir et sur les garanties d'anonymisation des données.

Les représentants du secteur que nous avons rencontrés soulignent quant à eux l'importance de ce type de données. D'une part, ils considèrent que savoir à quel public on s'adresse permet aux centres de mieux orienter leurs actions. D'autre part, ils estiment qu'il s'agit d'une condition pour pouvoir dire quelque chose de sérieux à propos des problématiques.

- Enfin, les représentants du secteur s'interrogent sur la persistance d'une forme de fantasme au sein de l'administration et du politique ; à savoir l'espoir que les Casg, en raison de leur mission d'accueil généraliste et global, puissent constituer des observatoires aptes à récolter des informations reflétant une analyse sociologique générale de la ville.

Or, les Casg ne peuvent décemment produire d'informations qu'au sujet de leurs bénéficiaires. Fussent-ils généraux et diversifiés, ces bénéficiaires ne reflètent en définitive toujours que des catégories particulières de la population. De plus, l'histoire du secteur implique que près de la moitié des Casg s'adressent, non pas à un public généraliste, mais à un public spécifique ou partiellement spécifique (par exemple, Espace P s'adressant aux prostituées, Tel Quel s'adressant aux homosexuels, etc.). Il convient donc d'être très prudent dans le traitement des données et de ne pas extrapoler de façon trop simpliste les données recueillies par le secteur à l'ensemble de la population bruxelloise.

L'objectif du recueil de données ne peut donc pas être la constitution d'un observatoire social généraliste. Les données recueillies ne reflètent certainement pas la population bruxelloise dans son ensemble. Elles ne reflètent qu'une partie de la population ; celle qui est confrontée à des difficultés. Mais de plus, au sein de la population confrontée à des difficultés, les données ne reflètent pas non plus à suffisance les problèmes généralement rencontrés ; puisque la spécialisation de certains Casg induit une surreprésentation de problématiques spécifiques à certains publics.

De façon synthétique, après l'expérience avortée du recueil de données dans sa première version, on observe la reconstruction pas à pas d'une formule plus allégée – on pourrait dire plus raisonnable – en discussion au sein même de l'inter-centres et entre le secteur, l'administration et l'exécutif.

3/4 Recueil de données et évaluation des dossiers individuels : confusion ?

L'article 11 du décret dispose l'obligation de tenir un dossier d'aide individuelle qui doit être tenu à disposition de l'administration au sein de chaque Casg. Une évaluation de la situation problématique du bénéficiaire et des interventions du travailleur social doit être réalisée au moins une fois par an pour les dossiers de longue durée.

Il est possible qu'une certaine confusion règne entre le recueil de données et l'évaluation des dossiers individuels. Or, le recueil de données dans sa nouvelle formule ne dit rien des interventions ; tandis que le dossier d'aide individuelle est censé comprendre les diverses interventions telles que courriers, entretiens téléphoniques, réorientations éventuelles, etc.

Si les dossiers individuels nourrissent évidemment le recueil de données, ce dernier viendrait-il dispenser les Casg de l'obligation d'une évaluation de l'aide individuelle ? Rien ne permet actuellement de l'affirmer.

3/5 Les grilles d'évaluation des actions collectives et communautaires

Les grilles d'évaluation des actions collectives et communautaires sont obligatoires. Elles doivent être complétées au cours de l'action et en refléter l'avancement.

En réalité, ces grilles d'évaluation ne doivent pas être transmises à l'administration, mais elles doivent être tenues à disposition de l'administration au siège de chaque Casg.

Il semble que les centres se soient tous réappropriés ces grilles d'évaluation et considèrent qu'il s'agit d'un bon instrument pour mettre en œuvre les projets et être attentifs aux points importants tels qu'objectifs, modalités et effets des actions.

3/6 Les rapports d'activité

Le moment de rédaction annuelle du rapport d'activité est un moment d'évaluation parce qu'il permet un retour sur les actions menées et permet de s'interroger sur les orientations, la poursuite ou l'arrêt d'un projet, voire d'imaginer d'autres formes d'actions.

Le rapport de la phase exploratoire faisait apparaître la difficulté de l'administration de traiter les rapports d'activité en raison de leur trop grande diversité, d'un manque de standardisation.

Il existe en réalité un modèle de rapport d'activité qui stipule les différentes dimensions à traiter. Ces dimensions restent assez générales (généralité, conventions de collaborations, spécificités du centre, rôle du coordinateur, etc.) ; mais elles ont le mérite de clarifier les attentes de l'administration.

Ce qui est vrai, c'est que jusqu'à aujourd'hui, tous les centres n'utilisaient pas nécessairement la grille d'évaluation des actions collectives et communautaires pour remplir le rapport d'activité.

Afin de réaliser une économie d'échelle (ne pas réaliser en parallèle, d'une part, le dossier d'évaluation à tenir à disposition de l'administration et, d'autre part, le rapport d'activité) et surtout afin de promouvoir une plus grande cohérence, en inter-centres, les coordinateurs des Casg ont décidé d'utiliser cette grille dans le rapport d'activité, dès l'année prochaine.

Le décret Casg a ceci de particulier qu'il stipule que la synthèse des rapports doit être réalisée annuellement par l'administration et être transmise au Conseil consultatif. Cette spécificité est positive parce qu'elle permet un débat intersectoriel qui n'aurait sans doute pas lieu sans ce travail de l'administration.

Toutefois, cette opportunité reste réduite dans la réalité parce que :

- Il semble que depuis 1998, l'administration ait réalisé un «rapport des rapports» à trois reprises.
- La synthèse réalisée par l'administration relève plutôt de la compilation que de la synthèse générale et analytique. En termes de retour vers le terrain, un résumé de chacun des rapports d'activité n'apporte pas grand-chose sur le fond.

3/7 D'autres exigences d'évaluation ?

Outre les moyens octroyés par la COCOF, certains Casg bénéficient d'autres sources de financement pour des projets spécifiques : ACS, Maribel, Ete Jeune, Ecoles de devoir, Communauté française, Fondation Roi Baudouin, etc.

En fonction des sources de financement, les Casg sont parfois soumis à des exigences différentes en matière d'évaluation (du contrôle des normes à une réflexion plus ou moins poussée sur les projets). Certaines sources de financement impliquent une charge administrative tellement importante que certains centres évitent d'y recourir (Ecoles de devoir, FRB, ...).

Ces diverses modalités d'évaluation ne sont pas nécessairement incompatibles. Certains recouvrements peuvent être opérés et parfois même des «copier-coller» peuvent être réalisés entre rubriques d'évaluations différentes.

De plus, les décrets d'autres secteurs peuvent influencer les évaluations réalisées par les Casg. C'est le cas en particulier de l'évaluation des projets qui sont menés en collaboration avec des partenaires d'autres secteurs soumis à d'autres obligations d'évaluation, parfois plus exigeantes.

3/8 Avancées et résistances

D'après les représentants du secteur que nous avons rencontrés, globalement, le secteur semble avoir beaucoup progressé sur la question de l'évaluation ces dernières années. La plupart des centres semblent convaincus de l'importance de disposer de données :

- pour eux-mêmes, afin de mieux conduire leurs projets, d'améliorer les actions, de les prioriser, etc.
- pour le secteur, afin de nourrir les réflexions collectives en inter-centres et de clarifier et renforcer ses positionnements dans les rapports avec les autres secteurs, l'administration et le cabinet.
- pour nourrir le débat politique et permettre au politique de mieux piloter le secteur.

Toutefois, des résistances restent bien présentes pour diverses raisons :

- Premièrement, les moyens ont été longtemps insuffisants pour les Casg. La situation semble progressivement en passe de se débloquer. Désormais, les centres disposent des moyens informatiques. Parfois ils peuvent tout de même manquer des compétences en interne pour les utiliser de la façon la plus efficace. Le problème le plus persistant est celui de la disponibilité du personnel pour l'évaluation.

Les missions à mener et les actions à concrétiser sont très importantes au regard du nombre d'ETP. D'autant plus que les centres paraissent beaucoup sollicités à la fois par le public et par les autres secteurs, en raison de leur caractère global et généraliste.

Contrairement au représentant des maisons médicales qui présentait l'enregistrement de données comme une nécessité inhérente au travail des intervenants, il semble que pour les Casg les tâches inhérentes à l'évaluation et/ou au recueil de données apparaissent bien comme un travail supplémentaire qui s'ajoute au reste. Evidemment, conserver des traces écrites dans les dossiers est une nécessité. Mais pour la majorité des centres, elles restent sous forme «papier» et ne sont pas systématiquement et immédiatement réencodées sous forme informatique (car ça doublerait le temps de traitement pour les intervenants et les secrétariats sont déjà pris par des charges administratives importantes).

L'engagement du cabinet de renforcer partiellement le personnel en finançant cinq ETP supplémentaires pour le secteur est un signe positif qui pourrait améliorer l'investissement du secteur dans un effort d'évaluation.

Toutefois, il semble que certains centres considèrent que les nouveaux ETP étaient plus que nécessaires pour l'action et que leur arrivée ne libère pas pour autant davantage de temps pour l'évaluation et/ou le recueil de données.

- Deuxièmement, les contacts avec l'administration sont actuellement très positifs et constructifs. Toutefois, ils restent très personnalisés et, de ce fait, ne sont pas dénués d'incertitudes pour l'avenir. En effet, les choses se mettent en place avec des personnes de confiance ; mais qu'en serait-il (ou qu'en sera-t-il) si les personnes changent ; à partir du moment où les textes restent larges et peuvent donc être interprétés de façon relativement aléatoires.
- Troisièmement, le caractère général et global des casg ne facilite pas toujours la transparence :

1/ Pour la moitié des centres qui s'adressent à des publics spécifiques (ainsi que pour ceux qui ont des possibilités réduites de développement d'actions communautaires), l'effort de transparence inhérent à l'évaluation peut être insécurisant ; parce qu'il pourrait mettre en évidence l'hiatus entre la réalité et les missions décrétales (l'évaluation pourrait dire tout haut ce que tout le monde sait tout bas).

A cet égard, les représentants du secteur estiment qu'il faut adopter une attitude plus assertive, considérer que chaque centre a bien été reconnu pour ce qu'il est et s'il faut modifier quelque chose, c'est éventuellement le décret.

2/ L'identité généraliste est à la fois forte et floue par définition, au point que l'on puisse craindre qu'un processus d'évaluation ne mette en évidence d'éventuelles incohérences, voire des recouvrements avec d'autres secteurs.

3/ La définition globale des Casg laisse parfois penser que les centres devraient pouvoir répondre à toutes les failles sociales ; ce qui en terme d'objectif à atteindre est totalement irréaliste. La perspective d'être évalué au regard de cette attente irréaliste peut aussi induire certaines réticences.

4/ La définition globale des Casg laisse parfois la porte ouverte à l'interprétation d'objectifs non seulement irréalistes, mais aussi peu légitimes et peu acceptables pour le secteur.

Lorsque le politique interpelle le secteur en demandant «qu'est-ce que vous faites ; comment se fait-il qu'il y ait encore des gens dans la rue, alors que vous êtes là ?», le secteur ne peut

décemment pas être tenu pour responsable de la présence des gens en rue. Si l'objectif qui leur est dévolu par la politique est de «sortir les gens de la rue pour qu'ils ne dérangent plus», non seulement cet objectif est irréaliste, mais il est en porte à faux avec les objectifs sociaux du secteur.

Toutefois, au sujet de ces quatre points, les représentants du secteur ajoutent qu'il s'agit précisément d'un des enjeux de l'évaluation. Cette dernière, bien pensée (en particulier à l'échelle sectorielle), permettrait de s'appuyer sur des moyens plus construits pour défendre ce qu'est le secteur et ce qu'il fait. Elle permettrait d'avoir des arguments pour se positionner dans des débats et répondre à des critiques trop dogmatiques, idéologiques, non respectueuses, voire tyranniques.

En ce qui concerne plus spécifiquement le recueil de données, actuellement, la tendance serait favorable à un traitement à l'échelle sectorielle ; ce qui apaiserait les craintes d'un ciblage centre par centre. Toutefois, le secrétaire général de la fédération rétorque que, s'il est légitime et opportun de commencer le travail à l'échelle sectorielle, ceci ne pourra dédouaner les centres de prendre leur propre part de responsabilité à court ou moyen terme et de répondre aux exigences du décret en matière d'évaluation.

Au regard des résistances encore présentes, les représentants du secteur insistent sur la nécessité de soutenir les avancées réelles et actuelles du secteur en matière d'évaluation. Il s'agit d'encourager la dynamique présente dans le secteur afin de définir des positions sectorielles claires sur la question :

- Premièrement, c'est une nécessité d'anticiper la volonté des cabinets de disposer de chiffres et d'évaluations.
- Deuxièmement, il faut se définir des objectifs relativement ambitieux en matière d'évaluation. Lâcher des choses du bout des lèvres ou rester sur le plus petit commun dénominateur du secteur serait la voie la plus sûre pour s'imposer des contraintes évaluatives inutiles parce que dénuées de sens et inaptes à produire des informations pertinentes et intéressantes.

Il apparaîtrait donc judicieux de veiller à tirer la dynamique vers le haut plutôt que vers le bas ; ce qui passe par la capacité de dégager les moyens nécessaires pour que les centres les moins bien lotis puissent effectivement s'inscrire dans des objectifs d'évaluation qui ne soient pas trop frileux.

Enfin, promouvoir une culture de l'évaluation au sein du secteur passe aussi par le renforcement d'un positionnement sectoriel plus assertif qui sorte progressivement d'une culture de la justification.

3/9 D'un point de vue plus prospectif

En ce qui concerne le recueil de données, la nouvelle directive stipule que «les centres recueillent une série de données qui devront être traitées statistiquement». Par ailleurs, «l'interprétation des résultats de ce recueil de données est réalisée en collaboration avec les centres, l'administration et les représentants du Membre du Collège compétent».

Très bien. Mais la question qui reste en suspens, c'est : concrètement, qui fait quoi ? Si le principe du recueil de données (dix items) semble acquis, la question du traitement des données reste bien floue.

On relève à la fois du côté du secteur et du côté de l'administration, des problèmes de moyens et de compétences.

Sans doute la première étape serait que la COCOF octroie les moyens au secteur pour qu'il puisse exploiter ses données, les interpréter et les mettre en débat :

- que le secteur puisse s'adjoindre les services de quelqu'un de compétent ;
- et, qu'au sein du secteur, on puisse, avec l'aide de la fédération et en lien avec l'administration, traiter statistiquement les données et en produire des interprétations.

Il s'agit sans doute d'une condition nécessaire pour s'assurer que les données recueillies ne restent pas lettre morte, qu'elles débouchent sur une production réelle et qu'elles contribuent effectivement à la dynamique réflexive du secteur.

En outre, l'évaluation trans-sectorielle risque de n'être qu'une illusion tant que chaque secteur n'aura pas pris clairement attitude par rapport à l'évaluation et ne se sera pas donné les moyens d'une évaluation sectorielle. Il faudra sans doute encore se donner un temps pour travailler secteur par secteur avant de pouvoir envisager des modalités d'évaluation trans-sectorielle.

Si l'on partait d'emblée de la construction d'une évaluation trans-sectorielle, avant même que chaque secteur ait des propositions concrètes à faire valoir (propositions construites à partir de leurs réalités de travail), le risque serait d'aboutir à la constitution de modalités d'évaluation qui soient totalement déconnectées des contingences du terrain et donc uniquement soumises à des exigences gestionnaires.



4/ Le point de vue des représentants du secteur de la santé mentale

ENTRETIEN MENÉ EN PRÉSENCE DE :

Charles Burquel *vice-président de la LBFSM*

Frédéric Willems *président de la FSSMB*

Eric Messens *directeur de la LBFSM*

4/1 L'existence d'une dynamique réflexive comme forme d'évaluation

Les représentants du secteur de la santé mentale soulignent l'existence d'une évaluation permanente des pratiques cliniques. Cette évaluation est constitutive du travail thérapeutique. Elle est donc essentielle et ne peut être distinguée du travail clinique.

Les supervisions, interventions, réunions d'équipes (cliniques ou sur l'organisation institutionnelle), tout ce qui amène les travailleurs à se rencontrer autour de situations cliniques ou de questions plus larges constituent des moments d'évaluation¹⁰.

D'autres lieux de rencontre avec d'autres secteurs, tels que les lieux multiples de coordination ou encore les réflexions menées au sein de la Ligue avec d'autres partenaires (du social, de la justice, etc.) sont des opportunités d'évaluation en ce qu'ils amènent les travailleurs et les services à s'interroger sur leur organisation, sur leur projet, sur les objectifs qu'ils poursuivent et, plus largement, sur leur place comme unité de soin dans un quartier ou une ville.

Il ne s'agit pas à proprement parler d'outils techniques d'évaluation ; mais il s'agit bien d'une dynamique qui induit des formes processuelles d'évaluation, à partir d'une méthode empirique essentiellement axée sur le débat.

Ce mode d'évaluation (entendue au sens large, comme interrogation sur les pratiques et les problématiques des bénéficiaires) convient aux intervenants qui participent aux débats et dont certains resteraient réticents à se voir appliquer des grilles techniques dans l'évaluation de leurs pratiques.

On pourrait reprocher à cette empirie du débat de rester uniquement de l'ordre du langage et d'être donc totalement évanescence. Il n'en est rien. La plupart de ces échanges verbaux débouchent sur des traces écrites, qu'il s'agisse de comptes-rendus de réunions (plus proches des travailleurs de terrain), de synthèses de groupes de travail et de coordination (notamment à la Ligue) ou encore de formes plus élaborées telles que rapports, publications, articles, etc. Ces écrits reflètent les réflexions du secteur (et parfois du secteur et de ses partenaires) autant qu'ils les nourrissent. Ils peuvent aussi servir à étayer certaines propositions et/ou revendications.

En termes plus critiques :

- Les représentants du secteur admettent que ces écrits ne sont pas toujours très abordables pour des extérieurs peu férus de vocabulaire psychologique ou peu exercés aux modes de pensée de la profession. Ils conviennent qu'un effort de vulgarisation pourrait être opportun pour favoriser la lisibilité de ces écrits, pour ouvrir l'accès à cette réflexion en dehors du secteur et pouvoir en rendre compte notamment à d'autres secteurs, à l'administration et au politique.

- Ces écrits ne sont pas suffisamment complétés par d'autres formes de représentations. D'autres modalités peuvent être imaginées (enquêtes, sondages, etc.) et elles ne font pas d'emblée l'objet d'une opposition de principe. Toutefois, encore faut-il s'interroger sur le sens et la pertinence de leur mobilisation au regard de questions concrètes et spécifiques qui seraient abordées. Et surtout, le secteur ne dispose pas des moyens humains ou financiers pour mettre en œuvre d'autres types d'approche. Il serait utopique d'imaginer par exemple que chaque centre puisse engager un chercheur sur fonds propres.

4/2 Un recueil de données

Toutefois, la fédération reste attentive à ces autres formes de représentation qui complèteraient les conceptions de la pratique clinique. Ces autres formes de représentation concernent notamment les caractéristiques des populations bénéficiaires. Evidemment, les problématiques du public apparaissent dans le travail clinique au cas par cas ; mais il est intéressant de se donner les moyens de s'extraire du cas par cas et de remonter en généralité pour avoir une perception plus globale, plus collective des problématiques et des caractéristiques du public.

A cet usage, un recueil de données est proposé par la fédération. Il permet d'enregistrer des informations :

- Sociodémographiques, pour rendre compte des caractéristiques des publics bénéficiaires.
- Relatives à l'envoyeur et aux réorientations éventuelles, pour rendre compte des réseaux.
- Relatives aux « motifs de première consultation », pour rendre compte des problématiques non seulement sanitaires, mais aussi sociales.

Les motifs de première consultation ne sont pas assimilables à la demande qui, d'un point de vue psychologique, peut émerger progressivement et faire l'objet d'un travail. Ils permettent néanmoins de refléter les questions posées au départ d'une relation qui peut déboucher sur un travail clinique.

L'interprétation des données recueillies et la réflexion clinique doivent s'enrichir mutuellement. En ce sens, le chiffre doit toujours être au service de la lettre et non l'inverse ; et le chiffre doit toujours être accompagné de son commentaire. Par ailleurs, ces recueils de données n'ont de pertinence que si l'on se donne les moyens de pouvoir les analyser ; et actuellement, ces moyens sont insuffisants.

D'un point de vue normatif, le décret stipule que les services sont censés renvoyer des données à l'administration. Concrètement, c'est à travers les rapports d'activité que les données sont transmises par les centres ; mais elles le sont de façon disparate, non traitée et intraitable. C'est pour cette raison que la fédération tente de rassembler des données communes plus cohérentes, qu'elle traite et interprète.

Toutefois, ce recueil de données pourrait être plus performant et plus exploité qu'il ne l'est aujourd'hui. Dans cette optique, cet outil reste l'objet de débats et d'écrits au sein de la fédération. Il se construit progressivement et collectivement avec le consentement des services de santé mentale, membres de la fédération. Il n'a pas de caractère obligatoire. C'est pourquoi il est nécessaire de s'assurer d'une forme d'accord à travers les débats et surtout d'affiner l'outil de telle sorte qu'il puisse réellement avoir du sens pour les différents services et être réapproprié par eux comme un instrument utile pour leurs pratiques.

¹⁰ Par ailleurs, bon nombre d'intervenants psychologues investissent une part non négligeable de leur temps et de leurs finances privées pour la formation continuée, la supervision individuelle ou encore l'inscription dans des collectifs de réflexion clinique.

4/3 Contre des grilles d'évaluation rigides ; mais pour une dynamique d'évaluation

En référence à la typologie de Mintzberg, on peut qualifier les centres de santé mentale d'organisations adhocratiques. C'est-à-dire une forme d'organisation ouverte sur son environnement et qui tente de s'y adapter continuellement et de trouver des réponses adéquates aux sollicitations et aux problèmes auxquels elle est confrontée.

Cette forme d'organisation est à l'opposé de l'organisation bureaucratique. L'étude des organisations montre que les organisations très bureaucratiques où toutes les actions sont balisées par des règlements standardisés sont très efficaces quand l'environnement est uniforme. C'est-à-dire lorsque l'organisation est toujours confrontée aux mêmes problèmes. Dans ce cas, la standardisation des réponses est très efficace. Mais dès que l'environnement change, que des questions inattendues se posent et échappent aux règles existantes, l'organisation bureaucratique se trouve rapidement dépourvue.

Ouverts sur un environnement qui n'est pas uniforme mais bien au contraire multiple, hétérogène, les centres de santé mentale ne pourraient survivre dans une organisation de type bureaucratique.

C'est une des raisons pour lesquelles toute forme d'évaluation trop inspirée d'un modèle bureaucratique ou administratif serait peu opérante pour le secteur.

C'est une des raisons aussi pour lesquelles l'empirie du débat (cfr. ci-dessus) est une nécessité. Les échanges et les discussions permettent de repérer de façon qualitative les problématiques auxquelles les centres sont confrontés et d'explorer les types de réponses les plus adéquates à mettre en œuvre sans pour autant les figer en recettes ou en actions stéréotypées. C'est en ce sens que cette empirie du débat fait évaluation.

Ce mode d'organisation adhocratique est à la fois la force du secteur et la source d'une certaine difficulté à se montrer clairement à l'extérieur et à se dire efficient puisqu'un système adhocratique requiert un haut coût en énergie. En particulier dans une perspective fonctionnaire, cette façon de procéder peut paraître incompréhensible. Elle peut paraître pour une débauche inconsidérée d'énergie. Alors même que l'utilité des débats et des échanges est précisément un enrichissement mutuel permettant à chacun de perdre moins d'énergie dans l'action, en disposant d'un panel de pistes de solutions qui permet de s'adapter plus rapidement aux problématiques multiples et hétérogènes quand elles se présentent.

Ceci ne signifie pas que d'autres formes d'évaluation ne peuvent pas être mobilisées (notamment le recueil de données). Mais ça signifie que l'enjeu est d'imaginer une forme d'évaluation qui ne soit pas trop catégorique, c'est-à-dire qui ne vienne pas figer la dynamique dans des catégories, des cadres trop particuliers et trop serrés. En termes positifs, l'enjeu est d'imaginer une forme d'évaluation respectueuse d'institutions, dont la structure est à la fois solide et malléable (solide parce que malléable), capables d'adapter leurs pratiques en fonction des problèmes rencontrés.

Une évaluation calquée sur les organisations bureaucratiques risquerait de figer la réflexion dans des catégories trop étroites ; alors que, pour les organisations adhocratiques que sont les centres de santé mentale, l'évaluation est pertinente et nécessaire si elle induit une dynamique de réflexion.

La question principale est qu'est-ce qu'une démarche d'évaluation peut insuffler ? Que peut-elle insuffler comme réflexion qui puisse amener les uns et les autres à aborder des questions autrement que ce qui se fait actuellement ?

Ce qu'on présente classiquement comme de l'évaluation reste mineur et secondaire. Ce n'est pas que ce soit dénué d'intérêt, mais il ne s'agit en définitive que d'outils. Sans doute y a-t-il plus de ressources dans les centres que ce que ne pourraient refléter des tableaux statistiques. Le tout est de mettre ces ressources au travail.

En synthèse, il s'agit donc d'imaginer des formes d'évaluation (cfr plus bas, 4.6. *D'un point de vue plus prospectif*) :

- qui ne paralysent pas les institutions par le poids de contraintes administratives qui ont tendance à fonctionnariser la profession¹¹ (au même titre que le discours sur la professionnalisation ou encore les quelques effets pervers produits par les accords du non-marchand),
- qui ne figent ni la réflexion, ni l'action, notamment à travers des catégories trop étroites,
- qui induisent une dynamique réelle de réflexion pour les intervenants du (des) secteur(s),
- qui ouvrent l'espace de réflexion à la créativité (qui ne la ferment pas dans une pensée stéréotypée et ne débouchent pas sur la programmation d'actions standardisées).

Le secteur semble sceptique quant à un recueil de données de type nosographique. Des outils existent déjà (DSM, RPM, etc.). Et bien qu'ils fassent l'objet de nombreuses critiques, il faudrait en inventer d'autres qui soient du même niveau, mais spécifiques au secteur ? Les nosologies sont sans doute nécessaires dans le champ médical classique, pour réaliser des études épidémiologiques, vérifier combien de personnes ont été vaccinées, etc. Mais elles relèvent d'une vision de la santé que ne partage pas le secteur. Comme si la psychiatrie pouvait se réduire au cerveau comme organe... Ce type d'outil n'est pas nécessaire pour le secteur. Plus encore, ce type d'outil provoque un appauvrissement des problématiques en la saucissonnant dans des catégories trop étroites. Et cet appauvrissement de la pensée induit des appauvrissements concrets dans la pratique.

4/4 Une évaluation ouverte sur l'environnement

L'image selon laquelle le psy aurait des difficultés à sortir de la stricte relation au sujet et n'aurait de compte à rendre qu'à lui-même et à chacun de ses bénéficiaires, au sein même de leur relation, confine au stéréotype. Elle est peu pertinente en ce qui concerne les pratiques en cabinet privé ; elle est carrément inconsistante en ce qui concerne les pratiques dans les services de santé mentale.

Les services de santé mentale sont peut-être «sans lit et sans mur», ils n'en restent pas moins des institutions. Et les choses se pensent en institution. Les psychologues dans les services de santé mentale s'inscrivent dans des équipes. Chacun est en lien avec une équipe et c'est ce qui permet de travailler. Il arrive que les pratiques impliquent la co-intervention (notamment dans le travail à domicile avec une famille par exemple). Puis les situations sont continuellement remises au travail avec les collègues à travers les supervisions et les interventions.

11 Les représentants du secteur se réjouissent d'ailleurs que la représentante du cabinet Cereche affirme que l'une de priorités pour cette législature serait la simplification administrative.

12 On peut se demander si les instances politiques et administratives elles-mêmes ne sont pas touchées par la même tendance.

Par contre, il est vrai que ces réflexions collectives restent trop largement et trop souvent centrées sur la clinique individuelle. Elles ne débouchent pas toujours sur le collectif ; elles ne pensent pas toujours pour le plus grand nombre. Le risque est d'être un peu déconnecté de l'environnement dans lequel on travaille.

Les représentants du secteur émettent quelques hypothèses pour expliquer cette tendance à se vivre comme l'épicentre des phénomènes, des problèmes et des interventions :

- Cette tendance n'est pas le monopole de la santé mentale ambulatoire. Peut-être qu'elle y est plus perceptible, encore que... Mais c'est une tendance que l'on observe aussi dans les institutions telles qu'hôpitaux, CPAS, etc. Et, au sein même de l'ambulatoire, c'est une tendance assez générale dans le domaine de l'aide, qu'elle soit sociale ou sanitaire¹².
- Sans doute est-ce une tendance constitutive de l'homme contemporain, de se vivre comme le centre (le centre de son réseau de relations, le centre de ses difficultés, etc).
- Sans doute est-ce lié à l'amplification des problèmes auxquels les intervenants ont à répondre. Cette amplification est à la fois quantitative et qualitative. Non seulement les problèmes sont plus nombreux, mais ils sont plus complexes. Face à cette pression constante, les services et les professionnels ont tendance à se vivre dans une sorte de rapport direct, quasiment intime, avec les difficultés psychosociales auxquelles ils tentent de répondre.

Ça peut paraître paradoxal parce que la complexité des problèmes psychosociaux nécessite précisément l'ouverture à des formes de réseaux, de partenariats, de collaborations. C'est effectivement le cas, le travail en réseau est bien présent ; mais chaque partenaire dans les réseaux a tendance à se vivre comme le centre de son réseau qu'il mobilise le cas échéant pour répondre aux problèmes au cas par cas (je connais telle autre institution ou tel autre intervenant dans une autre institution et je sais que pour tel type de problème je peux réorienter les personnes). Chacun a un réseau très efficace autour de lui et il sait l'utiliser. Mais la question de savoir ce que l'on pense, ce que l'on imagine et ce que l'on fait ensemble reste trop souvent en suspens.

Mais la pression est telle qu'il est parfois difficile pour les intervenants de sortir le nez des situations dans lesquelles ils sont plongés. Sans se vivre nécessairement comme le centre du monde, il peut être malaisé de prendre de la hauteur et d'avoir un souci plus global.

En termes d'évaluation, c'est presque une révolution copernicienne qu'il faut envisager : l'épicentre des phénomènes, ce n'est pas le centre de santé mentale [le terme «centre» est-il encore bien approprié ?], mais bien les problématiques autour desquelles gravitent une série de satellites parmi lesquels figurent les services de santé mentale. En interne et en ce qui concerne la clinique, les services ont une assez bonne capacité d'évaluation. Tout l'enjeu aujourd'hui est de pouvoir s'évaluer comme un des multiples satellites qui gravitent autour de problématiques.

C'est donc la gravité des problématiques qui en fait plus que jamais un centre de gravité. Dans cette perspective, il faudrait concevoir l'évaluation de manière à dynamiser une réflexion qui intègre l'environnement (quartier et intersectorialité).

C'est entre autres ce qui a amené la fédération à favoriser la construction d'un recueil de données. C'est une opportunité pour récolter des informations plus globales par rapport à un terrain, un quartier, une commune, voire une région, qui ont des caractéristiques propres. Ça permet donc de pouvoir en dire quelque chose de plus précis. Et surtout la comparabilité de ces chiffres permettrait de décloisonner la réflexion. Le recueil de données est un moyen, mais il n'est sans doute pas le seul pour promouvoir l'ouverture de la réflexion.

4/4/1 En ce qui concerne le quartier

Il n'est plus possible aujourd'hui de penser comme si les problèmes de santé mentale pouvaient se soustraire à la géographie.

Disposer d'informations sur les caractéristiques de la population et sur les problématiques est une nécessité.

Mais au-delà des profils de populations et des problèmes ou des besoins qu'elles relatent, il serait essentiel d'évaluer aussi les ressources des quartiers (formes de solidarité, tissus collectifs, etc.) ; tout ce qui «ferait soin» dans le quartier sans nécessairement relever d'une professionnalité.

Il serait faux de considérer que les intervenants en santé mentale ne connaissent rien de leur environnement de travail. Si on les interroge, ils peuvent dire des choses à propos du quartier, à la fois sur des caractéristiques de population, sur des problématiques et aussi sur les formes de ressources que peuvent mobiliser les personnes. Mais ils le font le plus souvent à partir des relations cliniques particulières avec des individus ou des familles ; sans en avoir nécessairement une vision claire et plus globale.

Là encore, recueillir des informations est important ; mais pas suffisant. Le recueil d'informations ne doit pas dispenser d'une réflexion plus fondamentale sur ce qu'on signifie, sur la place que l'on prend, sur ce que l'on provoque en tant qu'entité au sein d'un quartier.

Attention, si le quartier est une porte d'entrée qui reste pertinente, il ne faut pas perdre de vue que la géographie actuelle est de moins en moins aréolaire et de plus en plus réticulaire. La réflexion sur l'environnement devrait aussi pouvoir intégrer la notion de mobilité.

4/4/2 En ce qui concerne l'intersectorialité

A la faveur de la structuration de la fédération et de la construction progressive d'un discours au sein de celle-ci, les membres commencent à réfléchir aux difficultés rencontrées dans leur service en introduisant un léger décalage. Ils commencent à se penser comme faisant partie d'un tout régional où il y a d'autres centres de santé mentale, des institutions qui relèvent du bicommunautaire, du monocommunautaire flamand, le résidentiel et l'ambulatoire dans son sens le plus large. Bref, une attention particulière est progressivement apportée à tout ce qui fait réseau.

Promouvoir une réflexion intersectorielle, c'est aussi prendre de la hauteur ; c'est pouvoir se défaire d'une représentation en collage entre l'offre et les demandes ou les besoins ; c'est pouvoir se défaire du sentiment de devoir répondre à tout ce qui se présente. Introduire les notions de relais, de réseau, de complémentarité, c'est «introduire un peu d'air» dans la réflexion et ceci pourrait modifier les pratiques, les attitudes et les postures de travail.

Par ailleurs, bon nombre de personnes qui s'adressent aux services de santé mentale y sont envoyées par d'autres personnes et notamment d'autres professionnels qui conseillent ou imposent. Ouvrir les réflexions à d'autres intervenants, c'est aussi pouvoir travailler sur les sources des demandes et sur une forme d'inflation de la demande psy («tu rencontres un problème, va voir un psy»). Ce n'est pas que ce soit inintéressant de s'adresser à un service de santé mentale, mais ce n'est certainement pas toujours la panacée, ni même la seule et bonne manière d'appréhender les difficultés. En outre, ça provoque parfois des équivoques entre celui qui envoie, celui qui reçoit et celui qui est reçu. Est-ce que le harcèlement moral ou encore une difficulté d'apprentissage se résolvent uniquement à renfort de psychologues (autour du harceleur et

du harcelé dans un cas ; autour de l'élève dans l'autre) ? Ou n'est-il pas aussi important de réfléchir à la structure de l'entreprise ou du monde syndical ; ou encore à la structure des écoles, des familles ? L'évaluation conçue comme dynamique de réflexion intersectorielle permettrait précisément de mettre les personnes concernées au travail sur les dispositifs pathogènes et envisager de voir les choses différemment et de les modifier.

Il s'agirait donc d'imaginer des formes d'évaluation qui ne noyautent pas les choses, mais qui au contraire permettraient de faire circuler de la pensée autour de thématiques précises entre des intervenants ou institutions de divers secteurs, dans une zone déterminée.

Par contre, les dynamiques de réflexion intersectorielle ne sont jamais simples, parce que les modes de pensée diffèrent. Ainsi, l'interface entre la santé mentale et le monde médical, pour ne retenir que celle-là, oppose parfois des rapports au symptôme différents, des logiques professionnelles différentes, des conceptions de la santé – et en particulier de la santé mentale – différentes, etc. Cette difficulté est présente aussi à l'interface avec d'autres secteurs. Ceci explique parfois la difficulté de réaliser des études ou des rapports communs entre secteurs sur des thématiques précises ou sur un territoire spécifique. La mise en place de dynamiques de réflexion intersectorielle est nécessaire, mais elle ne peut se concevoir que dans un temps long.

4/5 Contre l'urgence, le temps ; et contre le simplisme, la complexité

Si l'on imagine l'évaluation pas seulement sous l'angle du renseignement, mais aussi comme un moyen de promouvoir une dynamique de réflexion (individuelle, au sein des services, sectorielle et intersectorielle), elle ne peut se concevoir que dans un temps long.

Les représentants du secteur comprennent les exigences médiatiques qui pèsent sur les membres de l'exécutif.

Toutefois :

- Les représentants du secteur s'étonnent de ce que, lorsqu'ils arrivent au pouvoir, les ministres expriment subitement le besoin de récolter de l'information pour définir une politique pour la législature. Comme s'ils ne disposaient pas d'information auparavant et comme si rien n'était pensé avant l'arrivée au pouvoir.

Or, on ne peut décemment concevoir que la pensée politique commence avec une législature et s'arrête avec elle. Que les ministres passent, et que leur temps soit compté pour convaincre les électeurs, c'est une chose. Mais si l'on regarde les parlementaires, ils sont déjà moins soumis à une temporalité courte. La plupart jouissent d'une carrière relativement longue de mandataire politique. Par ailleurs, les hommes politiques sont membres d'un parti et la temporalité des partis (en tout cas des partis traditionnels) s'inscrit dans une histoire longue. Et les partis, comme les parlementaires, ont du pouvoir et peuvent influencer les politiques, même s'ils sont dans l'opposition.

Idéalement, on pourrait espérer que les partis et les hommes politiques aient une pensée préalable de ce qu'ils projettent pour un secteur avant d'accéder à un cabinet. Logiquement, ils en ont les moyens. Ils ont des services d'études, sont alliés avec des mutuelles, des syndicats, des organismes de tout genre. Ils ont aussi des contacts avec des gens de terrain, avec des experts, etc., des gens qui ont réfléchi, qui ont écrit. Il existe une foultitude d'organismes tels que l'INS, l'Observatoire du

social et de la santé, des Instituts de santé publique, la CTB, etc. qui produisent de l'information.

Mais trop souvent, on a le sentiment qu'il n'y a pas de réflexion préalable et que, s'asseyant pour la première fois dans son fauteuil de ministre, l'homme politique se dise : «je ne sais pas quoi faire, mais je dois le faire vite». Et il demande au secteur de fournir des renseignements le plus rapidement possible et sous la forme la plus simple possible.

- Les représentants du secteur déplorent un mode d'action publique trop réactif, trop lié à l'événement, à l'immédiateté et la médiatisation de l'actualité. On pourrait encore comprendre que l'exécutif doive répondre à cette pression, si elle était contrebalancée par une réflexion et une définition de priorités sur le long terme (notamment au sein des partis).

Par ailleurs les problèmes sociaux ou sanitaires «à la mode» donnent parfois une vision tronquée de l'ensemble des problématiques et peuvent parfois oblitérer des difficultés parfois plus essentielles (on parlera subitement des centaines de tués par le virus Ebola dans une région d'Afrique ; et on en oublierait presque les milliers de mort de faim).

On a parfois le sentiment qu'en l'absence de perspectives longues et de réflexion préalable au temps de la législature, les mandataires de l'exécutif rebondissent sur l'événement pour légitimer une intervention ponctuelle et très visible. L'action publique relève alors moins du programme politique que de l'agitation momentanée autour d'un secteur ou autour d'une question à la mode. Elle relève alors du bricolage ou du ravalement de façade sans réellement agir sur les causes ou les contextes qui amènent des catégories de populations dans des situations problématiques.

- Les représentants du secteur estiment que, en l'absence de réflexion préalable et de programme à plus long terme, en présence de l'urgence de l'actualité et de la nécessité d'adopter un discours médiatique, les mandataires politiques ont tendance à exiger des informations simples, succintes et directement mobilisables. A cet égard, quelques chiffres statistiques ou quelques sentences percutantes suffiraient pour s'informer et pour informer l'opinion publique. Les chiffres seraient en apparence plus parlants et plus simples d'accès que des débats ou des écrits plus fouillés. Mais à quoi bon connaître le nombre de cocaïnomanes et ses évolutions statistiques, si connaître ces chiffres dispense de réfléchir sur les causes, les conditions et le sens de ce phénomène, par exemple ? Transmettre des chiffres paraît parfois tellement désuet au regard des questions de fond qui restent à traiter. Qu'un Etat moderne dispose d'informations statistiques pour se faire une idée des choses, c'est normal ; mais ce n'est pas elles qui vont définir les politiques.

On peut comprendre que ce type d'évaluation-renseignement produise des effets d'un point de vue électoral. Mais il ne relève pas des missions du secteur d'être conseiller en marketing politique. Imaginer l'évaluation dans cette finalité serait contreproductif et impliquerait un investissement des intervenants du secteur pour une tâche qui ne relève pas de leurs missions.

Le secteur est prêt à s'investir dans un effort d'évaluation, mais pas à être instrumentalisé :

- Transmettre des chiffres ne pose pas de problèmes pour le secteur s'il a l'opportunité de les commenter, de les expliquer, afin qu'ils ne soient pas récupérés pour légitimer une action politique immédiate et peu fondée.
- Pour être un minimum sincère, c'est-à-dire respectueux des usagers du secteur, l'évaluation ne peut se contenter de produire des informations simplistes, parce que la réalité n'est pas simple.

L'évaluation doit pouvoir intégrer la complexité. Intégrer la complexité, ce n'est pas compliquer les choses et les rendre inintelligibles. Mais simplifier la réalité c'est se donner l'illusion d'une intelligibilité immé-

diète qui a toutes les chances de ne plus rien dire de la réalité. Intégrer la complexité, c'est se situer entre ces deux pôles : simplisme et complication.

L'évaluation doit pouvoir refléter la complexité du réel, la problématiser et déboucher sur des pistes concrètes de travail qui ne seront sans doute pas des solutions simples, immédiates et réactives, mais des solutions sans doute plus efficaces parce que plus en phase avec le réel, portant sur les causes des problèmes et pas seulement sur leur face émergée. A des questions complexes, il faut pouvoir répondre par des solutions complexes, qui s'inscrivent dans une historicité plus longue.

- Pour que l'évaluation puisse intégrer la complexité et pour qu'en tant que processus elle puisse impulser des modifications dans la manière de penser les problématiques, des réorientations politiques et des transformations dans les modalités d'intervention, elle ne peut se concevoir que dans la durée. Les représentants du secteur plaident donc pour une évaluation qui soit au service d'une réflexion durable et non l'instrument d'une forme de renseignement instantané et plus ou moins récurrent.
- Pour que l'évaluation puisse nourrir une réflexion durable, encore faut-il que les mandataires politiques définissent et clarifient leurs projets pour le secteur. Une réflexion préalable à l'accès au pouvoir est donc nécessaire, tout comme la capacité à imaginer le mouvement qu'ils comptent imprimer au secteur et les solutions politiques qu'ils comptent apporter aux problématiques sociales et sanitaires.

Les représentants du secteur sont bien conscients du carcan budgétaire qui s'impose aux portefeuilles ministériels de la COCOF. Toutefois, ils estiment qu'il est possible d'impulser des changements de politiques tout en restant dans le même cadre budgétaire. Tout en gardant la même somme indexée annuellement, tout en maintenant l'emploi actuel, il serait possible de faire en sorte que d'autres axes d'action publique apparaissent et d'imprimer une politique différente pour dans dix ans ; ceci en connexion avec le secteur et de temps en temps en faisant preuve d'autorité.

Car pour qu'un travail effectif soit possible, il faut du prescrit. Quand le politique ne prescrit plus, on est en perpétuelle désorientation. Et le prescrit n'est pas nécessairement tyrannique ; il est amené à s'assouplir premièrement à l'épreuve du terrain et deuxièmement à travers les interactions avec le secteur (et c'est sans doute l'existence d'un prescrit qui rend possible l'interaction et qui lui donne un sens).

À l'homme politique de montrer comment il a pris sa place dans ce processus ; mais sans doute que les traces qu'il laissera seront plus pérennes que les brèves réponses qu'il peut apporter à l'actualité.

Mais les statistiques ou l'évaluation telle qu'on la pense jusqu'à aujourd'hui ne suffiront pas pour construire cette pensée préalable et définir des priorités politiques cohérentes.

- Enfin, il convient de définir politiquement les objectifs de l'évaluation. L'évaluation fait fréquemment l'objet de procès d'intention et parfois à juste titre, parce qu'on peut aussi se poser la question de ce qu'on va faire avec les informations transmises. Si l'objectif est uniquement d'accroître le rendement du secteur en imposant des standards de production, sur un mode gestionnaire (pour telle pathologie, la durée moyenne de prestation doit être d'autant), il est clair que cette finalité sera inacceptable pour le secteur.

Cette façon de faire pourrait d'ailleurs s'avérer particulièrement contre-productive en terme de recueil d'informations ; parce que les services seraient relativement tentés de diagnostiquer plus de cas lourds pour s'assurer «plus de points» ou plus de temps d'intervention. Et à moins de placer un huissier de justice à côté de chaque intervenant et de chaque patient, ce serait incontrôlable.

4/6 D'un point de vue prospectif

Le secteur ne semble pas aussi démuné en matière d'évaluation que ce qu'on ne pourrait croire a priori. Ses représentants se demandent même si l'effet de tétanisation de certains collègues ne relève pas surtout d'un manque de représentations ou de vocabulaire sur ce que serait l'évaluation.

En réalité, le secteur disposerait déjà des trois-quarts d'informations pertinentes pour faire de l'évaluation. Encore faut-il prendre conscience que ces éléments que l'on a déjà en main sont susceptibles de nourrir un travail d'évaluation. Un peu à la manière de Mr Jourdain, il n'est pas impossible que le secteur fasse de l'évaluation sans même le savoir. Toutes les procédures de travail en «méta» autour du travail clinique (cfr dynamique réflexive), que l'on nomme «élaboration», «perlaboration», «méta-communication», et qui produisent de la pensée collective, du débat verbal et des traces écrites, ne sont pas éloignées de l'évaluation.

En définitive, par rapport à son objet – la santé mentale – le secteur fonctionne et pense relativement bien son action.

Ce qui est vrai, c'est qu'en l'état, ce foisonnement de matériel part dans tous les sens. Et ce qui manque, en l'occurrence :

- c'est un travail de réorganisation, d'analyse synthétique de ces informations qui abondent et s'accumulent sans jamais être recentrées ;
- c'est un travail sur l'histoire de ces données, sur les strates successives d'informations qui conduisent les centres et le secteur à élaborer des formes de réponses les plus adéquates possibles aux types de problèmes rencontrés.

Ce qui reste insuffisant aussi, c'est une réflexion qui s'ouvre davantage à l'environnement (au quartier, à l'intersectorialité, à l'interface, au collectif, etc.).

Plus que de promouvoir des techniques (statistiques, logiciels, recueils de données, etc.), l'évaluation devrait non seulement fournir des résultats pour nourrir une réflexion, mais bien plus encore, devenir par son processus même l'occasion, voire le prétexte, à dynamiser une réflexion collective et durable. Pour le dire autrement, l'évaluation n'est pas seulement intéressante pour les résultats finaux qu'elle peut produire, mais aussi et surtout pour la dynamique de réflexion qu'elle peut insuffler tout au long de son processus. L'évaluation doit permettre de penser et d'agir autrement.

Ce que les représentants du secteur proposent et sollicitent en matière d'évaluation :

- Ce sont moins des outils techniques, qu'une ressource humaine, un chercheur en permanence :
 - > Un chercheur qui puisse traiter le foisonnement d'informations d'ores et déjà produites par le secteur, qui ait le feeling pour en retirer les éléments les plus pertinents. Un chercheur qui puisse, à partir de tout ce matériau, en ressortir ce que l'on sait des services, la manière dont ils se pensent au sein d'une région, la perception qu'ils ont des besoins de la population à travers les demandes qu'ils reçoivent et les rencontres avec leurs partenaires. Un chercheur qui recentre tout ce matériau, qui l'analyse, qui le métabolise et le réinjecte dans le secteur.

suite page 30

13 Les thématiques pourraient aller des «modifications du rapport au corps» aux «fractures sociales et rapports de force sociétaux qui ont un impact sur le travail social et sanitaire».

- > Ce serait une façon de faire percevoir aux intervenants du secteur que l'évaluation n'est pas nécessairement une tâche supplémentaire, mais qu'il s'agit de traiter ce qui se fait déjà (en équipe, en fédération, etc.) dans le sens de l'intérêt public.
- > Un chercheur qui soit impliqué, intimement lié au secteur, qui le rencontre régulièrement et qui propose une méthodologie apte à solliciter la participation des intervenants, à encourager ou dynamiser leurs réflexions.
- Ce sont moins des outils techniques, qu'une démarche dynamique de réflexion durable :
 - > Il faut que l'évaluation insuffle un mouvement qui conduise progressivement les intervenants à aborder les questions autrement que ce qui se fait aujourd'hui et à imaginer et élaborer des modalités d'action plus efficaces parce que plus adéquates pour répondre aux problématiques.
 - On pourrait imaginer que des intervenants relevant de plusieurs secteurs (et sans doute pas seulement l'ambulance), mais qui se retrouvent dans un même quartier, travaillent ensemble pour produire un rapport commun sur ce quartier (profils de populations, problématiques, ressources professionnelles et extraprofessionnelles).
 - On pourrait imaginer que le politique ou l'administration ou encore le(s) secteur(s) (ou les trois ensemble) définissent une thématique¹³ sur laquelle on concentrerait les réflexions sectorielles et de préférence intersectorielles.
 - > Quelle que soit l'hypothèse retenue, il faudrait délimiter le(s) sujet(s) à l'étude, pour s'assurer de ne pas diluer la réflexion, en raison du précepte «qui trop embrasse mal étreint».
 - > Quelle que soit l'hypothèse retenue, il faut se donner le temps. On pourrait imaginer de se donner quatre à cinq années (pour réaliser un rapport commun ou explorer une thématique). Ce temps s'avère nécessaire pour être un minimum rigoureux et ne pas rester à la surface des questions abordées. Et surtout, ce temps est nécessaire si l'objectif de l'évaluation est non seulement de produire de l'information mais aussi et surtout de promouvoir une dynamique de réflexion. Il faut un certain temps pour que le secteur puisse s'approprier la réflexion, pour que la dynamique se mette en place et pour qu'elle produise ses effets (changement dans les manières de penser les problématiques et changement dans les postures de travail).
 - > Cette perspective n'exclut pas la mobilisation d'outils plus techniques (recueil de données, tableaux statistiques, tableaux de bord, etc.). Mais ces outils techniques ne sont pas une fin en soi. Ils servent une pensée en mouvement et prennent tout leur sens à partir du moment où ils sont contextualisés et circonscrits autour de quelques questions précises.
 - > Cette perspective nécessite l'intervention de personnes un peu tierces – on revient à l'idée d'une association avec un (des) chercheur(s) – qui apportent des outils, des méthodes ; qui en fonction de leur propre discipline apportent d'autres logiques de pensée, conduisent à poser les questions autrement ; et qui soient impliquées afin d'accompagner la réflexion des intervenants (qui ne pensent pas «sur» ou «à la place de», mais «avec»).
 - > En imaginant une méthode sérielle ou qui garantisse des allers-retours entre le(s) secteur(s) et un pôle de recherche-action, on établit des boucles récursives qu'on ne contrôle pas, mais qui produisent des effets, peut-être inattendus, que les intervenants eux-mêmes se réapproprient et dont ils gèrent les effets dans un contexte démocratique. Cette dynamique produit non seulement

de l'évaluation, mais aussi une réflexion en travail, en mouvement, et qui produit du changement déjà en cours de processus. Dans cette optique, on induit une politique sociale et sanitaire, non pas totalement maîtrisée, mais pensée par les acteurs concernés (intervenants de terrain, fonctionnaires de l'administration et mandataires politiques).

- Ce sont moins des outils techniques qu'il s'agit d'élaborer qu'un cadre clair d'évaluation qu'il convient de définir.
 - > Un cadre négocié entre secteur(s), administration(s), cabinet(s) et scientifique(s). Il s'agit de promouvoir des formes d'évaluation coconstruites, proche du modèle de la polyarchie délibérative (De Munck) et que l'on pourrait qualifier d'évaluation coopérative.

Toutefois, les représentants du secteur se disent conscients que cette forme idéale d'évaluation implique une sorte de révolution culturelle, tant les formes classiques, verticales et autoritaires d'évaluation (de type scientifique plus que scientifique) restent encore bien présentes dans les rapports à l'expertise d'une part et dans les rapports aux institutions politiques et administratives d'autre part.
 - > Une définition précise des objectifs devrait être préalable à tout processus d'évaluation. L'engagement politique que l'évaluation ne servirait pas une finalité gestionnaire (restrictions budgétaires, définitions de normes et de standards de production, etc) apaiserait grandement les inquiétudes et les réticences.
 - > Ne pourrait-on imaginer que tout processus d'évaluation soit continuellement négocié dans les rapports avec les pouvoirs publics et qu'il soit susceptible d'être remis en question dès que la loyauté des partenaires n'est plus vérifiée ?

5/ Le point de vue des représentants du secteur toxicomanies

ENTRETIEN MENÉ EN PRÉSENCE DE :

Nadine Page *administratrice de la Fedito, Enaden*

Antoine Boucher *administrateur de la Fedito, Infor-drogues*

5/1 Le rapport d'activité

Le décret COCOF prévoit que les services en toxicomanies doivent remettre un rapport d'activité annuel. Ce rapport d'activité repose sur un socle minimum de standardisation, à savoir de grands titres relativement ouverts (historique, philosophie, problèmes rencontrés, type(s) de population(s) ciblée(s), etc.) qui constituent un support, un point d'appui qui laisse la liberté à chaque service d'y mettre ses spécificités, d'y imprimer quelque chose de sa marque. Il s'agit d'une manière de procéder satisfaisante et intéressante.

Toutefois, le rapport d'activité serait «en deçà» de l'évaluation. Il ne requiert que le compte-rendu des activités en fonction des missions décrétales.

Les prescriptions du rapport d'activité permettent de mesurer le travail réalisé au cours d'une année, de le quantifier. Mais, à moins d'avoir pour objectif de faire de la quantité (mon objectif est de faire 400 consultations, je mesure l'activité et je regarde si je suis dans cette norme de production, un peu au-dessus ou un peu en dessous), le rapport d'activité n'impose aucune évaluation de type qualitatif (même si mon évaluation est positive d'un point

de vue quantitatif, si j'atteins 450 consultations, rien ne dit si ces consultations étaient nulles ou excellentes).

Peut-être que l'administration peut l'utiliser comme outil d'évaluation (et encore, sans doute très relatif) ; mais pour les services eux-mêmes, le rapport d'activité en tant que tel ne suffit pas à l'évaluation.

En soi, le rapport d'activité n'impose donc pas de démarche d'évaluation qualitative. Les services sont donc libres d'accomplir cette démarche ou pas. Certains s'y prêtent et d'autres pas, parce que c'est du boulot et parce que ce n'est pas encore une habitude totalement répandue.

Le rapport d'activité n'est donc pas en soi un outil d'évaluation pour les services. Mais il peut devenir une opportunité d'évaluation si les services s'en saisissent pour aller plus loin. Dans ce cas, le rapport d'activité deviendrait un outil majeur d'évaluation.

Si le rapport d'activité n'impose pas de contenu qualitatif, il ne l'interdit pas non plus. Et certains services complètent le rapport d'activité de leurs réflexions qualitatives. Ceux qui ont le souci de rendre compte de leur travail ne se contentent pas d'un bilan chiffré des activités. Ils font aussi état de leurs questionnements, notamment sur des problématiques mouvantes, de modifications des projets, d'évolution des pratiques.

Certains services se saisissent donc du moment de rédaction du rapport d'activité pour réfléchir en équipe et faire le point sur les activités et/ou les projets mené(s), ainsi que sur l'évolution des problématiques des bénéficiaires. En croisant des données épidémiologiques liées à la population et les activités mises en œuvre, c'est l'occasion de s'interroger sur la qualité des moyens mobilisés pour répondre aux demandes, d'imaginer de nouvelles formes d'action pour répondre à des demandes émergentes.

Le dossier de renouvellement d'agrément tous les cinq ans est davantage approfondi. Il est sans doute davantage propice à un effort d'évaluation de la part des services puisqu'il s'agit de justifier les actions menées au cours des cinq années précédentes et de définir des axes de travail pour les cinq ans à venir.

Par ailleurs, le secteur n'est pas seulement financé par la COCOF. Les autres sources de financement sont :

- ORBEM, Maribel, etc. (emploi) ;
- Communauté française (prévention, culture) ;
- INAMI (centres de réhabilitation, rééducation, etc.) ;
- Région wallonne (Modus, réduction des risques) ;
- Fonds privés ponctuels (FRB, Loterie, etc.).

Les exigences en matière de comptes à rendre et, plus largement d'évaluation, sont différentes et plus ou moins importantes en fonction des sources de financement.

14 Par exemple, un service est financé par la COCOF pour ses missions. Mais l'activité de tous les travailleurs qui contribuent à ces missions sans pour autant être directement financés par la COCOF (Maribel, ACS, etc.) doit-elle être prise en compte dans les comptes rendus à la COCOF ?

15 Le contenu de l'entretien (pas assez précis à ce sujet) ne nous permet pas de l'affirmer avec certitude, mais il est possible qu'une forme de retour vers chaque service soit prévue par la CTB. Ce qui signifierait que cette dernière traite aussi pour chacun d'eux les données qui leurs sont propres.

De manière générale, les « financements par projets » sont davantage susceptibles de faire l'objet d'une évaluation plus systématique et plus cadrée. En effet, la définition des projets dans les demandes de subventions est elle-même plus circonscrite. Les services doivent y préciser la problématique de départ, les modalités d'action, les objectifs poursuivis ; et il n'est pas rare qu'ils doivent aussi y préciser des modalités d'évaluation. C'est le cas notamment de la Communauté française qui finance des projets. Ceci implique par ailleurs un temps de travail considérable.

A contrario – et sans pour autant remettre en question ce mode de financement –, la COCOF finance des missions dont la définition reste plus évasive. Imaginer les contours d'une évaluation y est plus difficile¹⁴. Les frontières de l'évaluation sont par nature plus poreuses.

5/2 Le recueil de données ADIBRU

Les services encodent des données relatives aux personnes qu'ils reçoivent dans un recueil appelé ADIBRU. Les données sont analysées par la CTB, au niveau bicommunautaire (COCOM).

Le recueil a été construit avec le secteur. Son élaboration n'a pas été simple en raison de la diversité des services (diversité des objectifs poursuivis par chacun d'eux, diversité de leurs modalités d'intervention).

Pour les représentants du secteur, sans doute que le recueil ADIBRU n'a pu être réalisé que parce que la CTB ne relevait que d'une seule source de financement (la COCOM). Si plusieurs niveaux de pouvoir s'étaient mêlés de sa construction (Communauté française, Région, INAMI, Europe, etc.), il y a fort à parier que rien n'aurait pu aboutir tant leurs objectifs, leurs critères, leurs attentes et leurs exigences peuvent être différents. L'accord qui aurait pu être négocié, les items qui auraient pu être définis, auraient été tellement minimaux que le recueil de données aurait été inopérant.

Il y avait déjà fort à faire pour se mettre d'accord avec le secteur. Vu son hétérogénéité, c'était compliqué de définir des données vraiment communes.

Mais le secteur trouvait intéressant de disposer d'un tel outil. Dans le même temps, il exprimait le souci que le recueil puisse refléter les spécificités de chacun. Il fallait que l'outil puisse être utile pour chacun des services. Il fallait que chaque service trouve un intérêt à remplir les fiches de données. Dans le cas contraire, les intervenants l'auraient sans doute vécu comme une obligation inutile. Ils ne les auraient pas remplies ou ils les auraient mal remplies, rendant les informations peu exploitables et peu pertinentes.

La solution trouvée fut de concevoir le recueil de données de telle sorte :

- Qu'il y ait un socle commun pour le secteur,
- Qu'il y ait pour chaque service des items qui leur soient propres.

Les données constituant le socle commun sont transmises par les services à la CTB qui les anonymise afin de garantir la confidentialité absolue des données personnelles et d'effacer la provenance des chiffres service par service. Puis la CTB traite l'ensemble des données de façon transversale ou globale. C'est ce traitement global que la CTB rend public.

Les données plus spécifiques aux différents services ou certaines données définies comme « trop sensibles » ne sont quant à elles pas rendues publiques. Toutefois les services disposent des outils informatiques pour les exploiter en interne¹⁵.

Mais là encore, la portée évaluatrice de cet outil reste sujet à caution.

Au niveau des services, tout comme le rapport d'activité, le recueil de données peut être une opportunité d'évaluation. Encore faut-il que les équipes s'en saisissent. Car en définitive, le recueil de données ne transmet que des chiffres qui, en l'état ne disent encore rien d'une évaluation qualitative du travail. Tout au plus, les chiffres peuvent imparfaitement montrer si l'on a travaillé peu ou beaucoup. Toute la question reste de savoir si les équipes se les réapproprient et utilisent effectivement les informations concernant le public, les produits utilisés, les inflexions de pratiques, etc. pour faire de l'évaluation.

Certains le font et n'hésitent pas à utiliser les informations qui leur semblent pertinentes dans leur rapport d'activité.

Par ailleurs, certains services s'adressent parfois en priorité à des populations qui ne sont pas toxicomanes (parents ou proches de toxicomanes, formations, prévention primaire). Or, les données recueillies sont essentiellement – voire uniquement – centrées sur les toxicomanes. Pour bon nombre de services, les résultats produits par le recueil de données, bien qu'intéressantes d'un point de vue informatif, n'en restent pas moins périphériques par rapport à leurs objectifs et leurs modalités d'intervention.

Enfin, d'un point de vue global (on pourrait dire politique), le recueil de données ne reflète surtout que l'activité du secteur. De la même manière que les chiffres de la criminalité enregistrés par les services de police et les institutions de justice reflètent davantage l'activité des appareils d'Etat que la réalité du phénomène criminel. En termes de population, ADIBRU ne permet de connaître que la population toxicomane telle que la connaissent les services.

5/3 Au-delà du rapport d'activité et de ADIBRU, une dynamique réflexive

Le rapport d'activité tout comme le recueil de données ne deviennent une opportunité d'évaluation, qu'associés à une volonté réflexive des services qui les pousse à aller plus loin.

Les représentants du secteur sont convaincus que la véritable évaluation du travail est celle qui produit des effets sur la pratique. La véritable évaluation est donc celle qui enclenche un processus de réflexion chez chaque intervenant, qui les amène à sortir de leur rôle d'«exécutant» pour se mettre en position de comprendre ce qui se passe, ce qui arrive, ce qui se joue. L'évaluation qui soit porteuse par rapport à la mise en œuvre des missions est celle qui met en mouvement, en recherche.

A cet égard, le secteur s'inscrit dans une dynamique réflexive assez généralisée. A ce titre, les réunions de travail au sein des services et de la fédération jouent un rôle essentiel et indéniable.

Cette dynamique réflexive est une nécessité :

- Premièrement, parce que les réunions entre professionnels au sein d'une équipe, ou entre services, constituent un soutien important pour les intervenants dont le travail est difficile, notamment en raison des situations sociales et sanitaires qu'ils ont à rencontrer.
- Deuxièmement, parce que les réunions permettent de se mettre au travail et d'ajuster la pratique de façon permanente.

Cette dynamique est particulièrement riche au sein du secteur parce qu'il est au carrefour d'angles de vue diversifiés (licite/illécite, santé/maladie, prévention curatif, etc.) et donc au carrefour de multiples disciplines qui se mettent en débat et s'enrichissent mutuellement.

Et même si ce n'est pas à travers une forme d'évaluation structurée, systématique et au sens propre du terme, la fédération réalise un travail consistant pour relayer la teneur de ces réflexions vers le politique par une activité régulière de prises de position, d'interpellations, etc.

5/4 D'un point de vue plus prospectif

Au cours de l'entretien avec les représentants du secteur, apparaît un plaidoyer important pour une évaluation qui serait pensée davantage à l'échelle des services qu'à une échelle sectorielle, intersectorielle ou encore politique. Il convient toutefois de préciser que lors de l'entretien, ce plaidoyer n'était pas nécessairement partagé par tous les représentants du secteur (et c'est sans doute aussi le cas des travailleurs).

5/4/1 Un certain scepticisme quant à une évaluation «globale»

5.4.1.1. Une évaluation globale qui impliquerait des objectifs et des indices communs serait peu réaliste

A/ Des objectifs communs

Si l'on définit l'évaluation comme la vérification, après un temps, d'une position par rapport à un objectif défini au préalable et qui soit opérationnel (pas trop abstrait, pas trop général), il semblerait qu'une évaluation par service soit déjà difficile et qu'au-delà, une évaluation politique, intersectorielle ou même sectorielle défie la logique.

- Au niveau des services, certains regroupent en leur sein des projets divers ; et les objectifs concrets de ces projets peuvent être différents les uns des autres. Dans une institution où coexistent par exemple des projets d'intervention de crise, de formations sur le long terme et/ou de consultations, comment imaginer une évaluation globale et unique (si ce n'est sous forme de compilation ou d'agrégation des évaluations projets par projets – mais est-ce très pertinent ?) ? Les choses sont plus simples pour les institutions où tous les intervenants s'inscrivent dans un projet commun.

Mais même dans le cas où les intervenants travaillent sur un même projet, si les objectifs ne sont pas définis clairement au départ (et soumis à débat), il n'est pas rare que les résultats soient interprétés de façon différente par les uns et les autres et que l'évaluation fasse apparaître des objectifs personnels parfois très différents.

- Au niveau du secteur, l'hétérogénéité est une force à la fois pour rencontrer les demandes de la population et pour nourrir les débats, y compris avec le politique. Toutefois, elle rend difficile la possibilité de se mettre d'accord sur un ou quelques objectifs évaluables communs à tous les services.

Tous les services du secteur s'inscrivent pourtant dans les missions du décret. Mais la définition de ces missions est générale et ne définit pas vraiment d'objectif opérationnel et concret. Le décret s'en tient à définir des lignes générales qui sont traduites sur le terrain de façons très différentes (et ce n'est sans doute pas plus mal). Pour ne retenir que la mission relative à la prévention, elle recouvre sur le terrain des pratiques aussi diverses que la réduction des risques, les comptoirs d'échange de seringues, la prévention dans les écoles, la substitution par la méthadone, le sport aventure. ; autant de projets dont on peut difficilement dire que leurs objectifs opérationnels, ni même la philosophie, soient identiques.

- Au niveau intersectoriel, définir des objectifs communs opérationnels et évaluables, pour tous les secteurs, tiendrait franchement du tour de force. Les spécificités et la diversité des angles d'approche sont telles que les questions réellement communes risqueraient d'être très réduites.

- Au niveau politique, les objectifs ne paraissent pas suffisamment explicites.

> Actuellement, on a plutôt le sentiment que le secteur propose et le politique accorde ou pas, un peu plus ou un peu moins, de moyens.

Dès lors, face à l'insuffisance d'objectifs politiques clairs, comment évaluer si leurs traductions sur le terrain contribuent bien à leur réalisation ?

Face à l'insuffisance d'objectifs politiques explicites, il n'est pas toujours simple de se mettre autour de la table pour débattre.

- > La question reste néanmoins délicate parce que des objectifs politiques plus explicites pourraient conduire à une situation où les services et le secteur seraient évalués à l'aune d'objectifs qu'ils ne partageraient pas et contre lesquels ils seraient en conflit.

L'exemple de l'évaluation de campagnes de prévention en France est illustratif. Il s'agit d'une campagne de prévention menée par une agence de pub sur le thème : «la drogue parlons-en avant qu'elle ne lui parle». Une évaluation est réalisée par des professionnels indépendants qui demandent à la population : «est-ce que vous avez vu cette campagne et est-ce que vous vous en souvenez ?» - un fort taux de souvenir -, «grâce à cette campagne savez-vous ce qu'il faut faire avec vos enfants ?» - réponse : «en parler» -, «savez-vous ce que vous allez dire à votre enfant ?» - réponse : «ben que c'est mauvais». Et l'évaluation est extrêmement positive et le monde politique salue cette campagne de prévention. Mais cette évaluation joue sur des faux semblants. Parce qu'on se rend compte qu'il n'y a rien derrière, rien de plus sur le fond que l'évidence que «la drogue c'est mauvais». Pourquoi, comment, que dire de plus ?, aucune réponse à ces questions. Une autre campagne, menée sur le thème «le cannabis c'est une réalité», était construite de la même manière. Le message était que, derrière le mythe du «bon cannabis», la réalité c'est l'horreur. Par le matraquage de témoignages de bad trips, de désinsertion sociale, de replis sur soi, il est clair que l'on attise la panique des parents qui s'empressement de téléphoner au numéro vert et aux différents services. Si l'on évalue cette campagne par le taux d'appel, la campagne est formidable. Formidable aussi si l'objectif est de diaboliser la consommation de cannabis (c'était peut-être bien l'objectif de Sarkozy) ; mais du point de vue d'une prévention intelligente, il n'est pas sûr que les résultats soient aussi positifs. Et les intervenants qui travaillent dans le secteur sont bien obligés de répondre à cet afflux d'appels angoissés, ils sont bien obligés de gérer les effets (parfois pervers) de ce type de campagne et en même temps de s'entendre dire que l'évaluation est excellente et que c'est sans doute la meilleure campagne de prévention que l'on ait jamais connue.

Cet exemple illustre bien une évaluation difficilement assumée par les intervenants d'un secteur, parce qu'ils n'en partagent ni les objectifs (ni la philosophie politique ou le projet de société qui les sous-tendent), ni les critères essentiellement quantitatifs (taux de souvenir, taux d'appel, etc.). A force d'évaluer uniquement des résultats chiffrés, l'évaluation s'écarte de plus en plus de la réalité effective du travail ; et le politique prend des décisions sur base de résultats chiffrés qui correspondent de moins en moins à ce qui est effectivement vécu.

- > La question reste délicate si les objectifs politiques s'avèrent irréalistes comme par exemple qu'il n'y ait plus de toxicomanes à court ou moyen terme.

B/ Des indices communs

Une évaluation par objectif implique toujours la définition d'indices qui, comme leur nom l'indique, ne reflètent pas la réalité à 100% mais fournissent des indications.

De façon générale, à moins d'être très détachés, tous les intervenants travaillent avec des indices plus ou moins implicites. Au minimum, le thérapeute sera attentif aux signes qui montrent que son patient va mieux, qu'il stagne ou que sa situation s'empire ; que la prescription qu'il a donnée a produit des effets, etc. C'est aussi une vision du métier : soit on travaille sans le patient, soit on travaille avec lui et on est attentif à ce qu'il dit, à ce qu'il est.

Lorsqu'une équipe constate que les toxicomanes ont du mal à effectuer des démarches administratives et qu'elle décide non seulement de les informer mais aussi de les accompagner dans leurs démarches, elle peut observer si de façon générale, les bénéficiaires recouvrent plus rapidement leurs droits. Il s'agit bien d'un indice qui permet de vérifier si l'accroissement de l'investissement du temps de travail des intervenants par bénéficiaire en vaut la peine. Dans le même temps, cet exercice permet de justifier ce choix de travail dans le rapport d'activité. Il permet de se questionner aussi sur les moyens d'amener les bénéficiaires à être plus autonomes et à accomplir leurs démarches seuls à plus ou moins moyen terme.

Les représentants du secteur insistent sur l'importance d'être attentif à un certain nombre d'indices qui permettent un retour sur la pratique et de se remettre en question.

Toutefois, tous les indices ne sont pas nécessairement pertinents et leur définition suppose aussi une réflexion préalable. Lorsqu'on parle d'améliorer l'adéquation entre l'offre de services et la demande, ceci suppose-t-il que l'indice devrait être un indice de satisfaction ? Si cet indice ne peut être négligé, il n'est sans doute pas le plus pertinent. Il n'est pas certain que l'objectif des équipes soit de rendre les gens contents du service offert. Les intervenants ont sans doute d'autres objectifs plus essentiels relatifs à l'exercice de leur profession, à leurs compétences, à leur philosophie, à leurs valeurs (notamment déontologiques)¹⁶. Imaginons le degré de satisfaction d'un patient au sortir d'une consultation où le médecin aurait refusé de prescrire le Rohipnol qu'il demandait... Par ailleurs, bon nombre de demandes sont en soi impossibles à satisfaire ou échappent à la maîtrise totale de l'intervenant («il faut que mon fils arrête de se droguer !»). La (bonne) réponse à une demande ne postule pas nécessairement la satisfaction.

On oublie aussi trop souvent que l'offre provoque la demande. Un service créé en toxicomanie est un service automatiquement sollicité. Si l'on s'en tient à un critère quantitatif on a toutes les chances d'être satisfait. Mais le service créé était-il forcément nécessaire ? Répond-t-il à une demande réelle ou a-t-il provoqué un type de demande spécifique qui surdétermine (ou au mieux cristallise) d'autres demandes plus fondamentales ? On va vraisemblablement créer des «consultations cannabis». Il y a fort à parier qu'elles vont être sollicitées par des personnes qui viendront en disant qu'elles ont un problème avec le cannabis. Mais très probablement, pour la majorité d'entre eux, on verra après la première consultation que la consommation de cannabis n'est que périphérique à d'autres problèmes plus essentiels et qui relèvent sans doute d'autres services déjà existants. L'inflation de services ciblés sur des problèmes apparents produit des demandes qui se cristallisent sur un objet très délimité

16 Le risque serait de dériver vers le modèle américain où bon nombre de médecins sont poursuivis en justice par leurs patients insatisfaits (au-delà de l'erreur médicale).

(comme dans l'exemple donné, le cannabis) et recouvrent pourtant des réalités et des difficultés multiples. L'offre peut provoquer les demandes et surtout les formater.

En matière de prévention, l'évaluation n'est pas simple. Le temps qui s'écoule et les facteurs multiples qui interfèrent entre une action de prévention et le moment où elle peut produire ses effets rendent particulièrement difficile d'évaluer les effets de l'action dans une forme de causalité directe. On ne peut s'en tenir qu'à des indices relativement proches, collés à l'action, et en inférer une chaîne de conséquences hypothétiques.

En matière de soin aussi, certaines dimensions ne sont pas évaluables.

Enfin, un certain nombre de critères ou d'indices peuvent être délicats et sources de conflit. Est-il légitime et/ou pertinent, de recueillir des informations sur l'origine ethnique des bénéficiaires ? La question est loin de faire l'unanimité et la réponse est loin d'être consensuelle.

Déterminer des indices de façon collective n'est pas simple. Ce n'est déjà pas simple au sein d'une équipe, au sein d'un service. C'est particulièrement difficile au sein d'un secteur. Et ça semble quasi irréaliste à l'échelle intersectorielle.

En cas de construction d'un recueil de données intersectoriel, il y aurait deux optiques :

- Soit tenir compte des centres d'intérêt de tous les secteurs. Mais dans ce cas de figure, on risque de se retrouver avec un recueil de données colossal, trop difficile à remplir et bien trop éloigné des préoccupations des intervenants (quel intérêt pour le travailleur d'un Casg d'enregistrer des données sur les consommations de produits psychotropes, par exemple ?).
- Soit, a contrario, se replier sur le plus petit commun dénominateur et ne recenser en définitive que des informations sans grand intérêt.

Un exemple d'expérience avortée illustre le propos. Une fédération européenne de services téléphoniques en matière d'information sur les toxicomanies voulait imaginer une fiche d'identité commune pour tous les Etats membres. Les services devaient remplir cette fiche pour chaque contact téléphonique. En réalité, la rédaction de cette fiche n'a jamais été possible tant les modalités d'encodage, les définitions (qu'est-ce qu'un contact, qu'est-ce qu'un consommateur, etc. ?) et les objectifs étaient différents d'un service et d'un Etat à l'autre ; alors même que tous avaient le sentiment de parler de la même chose.

5/4/1/2 Une évaluation de type plus exploratoire (sur la population et les problématiques) ne risque-t-elle pas de contribuer à l'inflation de dispositifs ?

Si une évaluation globale «par objectif» semble irréaliste, peut-on envisager une évaluation globale de type plus exploratoire ? A savoir une évaluation qui porterait davantage sur les caractéristiques des populations bénéficiaires et leurs problématiques.

En effet, un recueil de données permettrait :

- de mettre en évidence les problèmes de la population et donc d'argumenter, de justifier les choix d'action (évaluation argumentée).
- de faire le point à un moment donné et d'adapter les actions au regard de l'évolution des populations et des problématiques.

Mais ce choix n'est pas sans implication car la tendance semblerait plus favorable à une exploitation *ex-ante* de ce type de recueil de données qu'à nourrir une évaluation *ex-post* ou *in cursus*¹⁷. Et ceci pourrait contribuer à attiser plus encore l'inflation de dispositifs.

Une évaluation de type *ex-ante* est nécessaire pour tout projet d'action. Il est essentiel d'avoir une idée relativement précise de la problématique sur laquelle on veut agir et du contexte dans lequel l'action va être mise en œuvre, au moment où on conçoit un dispositif. C'est même souvent une nécessité dans les demandes de subvention ou d'agrément où il s'agit de convaincre du bien fondé de ses objectifs («voilà le problème, c'est la raison pour laquelle je propose telle action»). Ceci est sans doute vrai pour tous les secteurs sociaux et même au-delà.

Et ceci pose peu de problème. Par contre, la démarche est moins évidente, qui consiste à s'arrêter en cours de processus pour se demander :

- si le dispositif imaginé était bien adéquat pour répondre aux problématiques observées («est-ce que j'ai pu y répondre en tout en partie et sinon pour quelles raisons ?»),
- si l'on n'est pas en train de dériver par rapport aux objectifs initiaux,
- ou pour vérifier si le dispositif imaginé au départ est encore bien d'actualité (au regard de l'évolution des problématiques).

Dès lors, la tendance générale plus favorable à l'évaluation de type *ex-ante* qu'à l'évaluation *in cursus* ou *ex-post* peut contribuer à l'inflation de dispositifs. Les rapports ou les recueils de données servent alors surtout à observer des demandes estimées non satisfaites ou de nouvelles demandes dites «émergentes» pour lesquelles les différents intervenants sociaux au sens large imaginent de nouveaux dispositifs.

Eventuellement, on évalue le nouveau dispositif après un an et on se convainc qu'on a bien fait de le créer puisque, l'offre créant aussi la demande, d'un point de vue quantitatif, le nouveau dispositif est rapidement sollicité. Et il arrive par la suite que cette conviction suffise et que l'on omette alors de continuer à s'évaluer.

Par contre, on reste très attentif à l'évolution des problématiques et le cycle de l'adaptation ne cesse de fonctionner et de produire de nouveaux dispositifs. On débouche alors sur une configuration où de nouveaux dispositifs se surajoutent à des dispositifs existants dont certains ont des difficultés à se remettre en question sur le fond, à être autocritiques, à s'arrêter un instant pour se demander si ce qu'ils proposaient au départ est encore bien nécessaire, ne devrait pas être revu, réadapté (ce qui ne suppose pas nécessairement la fin d'un service, mais son réaménagement).

En prolongeant cette réflexion générale, on peut se demander si c'est la difficulté des services déjà existants à se mettre en question et à s'adapter qui induit l'inflation de nouveaux dispositifs ou si c'est l'inflation de dispositifs (liée aussi à la médiatisation de problématiques à la mode) qui induit une forme de concurrence entre services qui elle-même rend difficile leur remise en question. Et cette question se pose aussi au-delà du secteur.

17 L'évaluation *ex-ante* est une évaluation préalable à l'action. L'évaluation *in cursus* est une évaluation au cours du processus de l'action. Et l'évaluation *ex-post* est une évaluation au terme de l'action.

5/4/1/3 Les impasses et/ou les risques d'une évaluation globale de type politique

Une évaluation de type politique permettrait :

- De modifier les représentations que le monde politique a des problèmes de toxicomanie, de l'amener à se décentrer de la question du produit.
- D'argumenter et d'être persuasif, ce qui serait la seule façon de se positionner dans des rapports de force.

Toutefois,

- Si les objectifs du politique et du secteur sont divergents, évaluer la politique à partir des objectifs du secteur aurait peu de sens et sans doute peu d'efficacité. Ce type d'évaluation risquerait d'être inaudible et donc de rester lettre morte.
- Une évaluation aussi scientifique et pertinente soit-elle n'est pas en soi une garantie suffisante pour peser sur des choix politiques parce que d'autres enjeux de type plus idéologiques, sur lesquels l'évaluation n'a aucune prise, sont souvent surdéterminants.

Il est souhaitable que le politique ne soit pas soumis au dictat de l'évaluation et qu'ils défendent des idées. Mais malheureusement, le discours est parfois uniquement idéologique.

Par exemple, lorsque le secteur, de façon assez ferme a interpellé le politique sur la faible pertinence de créer des services toxicomanies dans le cadre des contrats de sécurité, il n'a pas été entendu. Il n'est pas sûr qu'un discours plus scientifiquement étayé ait pu modifier l'idéologie sécuritaire qui, à l'époque, s'imposait.

- Le politique est aussi soumis à la pression des électeurs qui revendiquent des réponses immédiates ; et il y répond parfois par des mesures apparentes qui donnent l'impression que l'on agit politiquement sans pour autant régler les difficultés sur le fond. Le politique soumis à cette pression perd des marges de manœuvre et il ne lui est pas facile de défendre un discours fort qui dirait : «ce n'est pas la bonne question et nous proposons de travailler autrement sur autre chose de plus fondamental qui n'est pas compatible avec l'immédiateté».

De façon plus générale, c'est un travail global sur la société qui est nécessaire (travail sur les représentations que la population se fait des toxicomanies, travail sur la société de consommation et la promotion du produit dans son ensemble, etc.). Mais ceci impliquerait une étude tellement globale que seules les informations recueillies par les services à travers des formes d'évaluation ou de recueil de données n'y suffiraient pas.

- Le politique se déclare aussi réduit dans ses marges de manœuvre, du fait des contraintes budgétaires. On peut alors se demander quelle serait l'utilité de participer à des évaluations ou des recueils de données censés éclairer les décisions politiques, quand ces dernières semblent empêchées par les cadres budgétaires.

Mais la question est aussi celle de l'imagination et du courage politique. Un des problèmes prioritaires mis en évidence par les Bruxellois dans les enquêtes sur la qualité de la vie est le bruit. Mais à quoi bon ces enquêtes si rien n'est fait ? Or, on pourrait imaginer des réponses qui, financièrement, ne coûtent pas grand-chose ; mais qui ne sont pas nécessairement populaires : organiser davantage de zones sans voiture, réduire la vitesse de circulation, par exemple. Mais peu de réponses sont apportées. Parfois, les gens deviennent presque fous à cause du bruit et il faut alors les orienter vers ou créer de nouveaux centres de santé mentale...

- On peut se demander aussi s'il revient au secteur d'anticiper les désirs d'information du politique. Si l'on commence à remplir des fiches signalétiques dans les différents secteurs – dans l'optique de mieux connaître

des profils de bénéficiaires ou de patients, de voir si les pathologies sont croisées, etc. – le risque pourrait être que le politique s'en saisisse et que, sur cette base, il organise des fiches signalétiques électroniques par individu qui permettent une traçabilité de leurs parcours de soins et/ou d'accompagnement social (dans l'idée du récent Dossier Médical Global en France).

Doit-on nécessairement anticiper les désirs du politique sans savoir exactement dans quel engrenage on met le doigt ?

- Une crainte concerne aussi une évaluation qui viendrait tout quadriller. Les bénéficiaires et leurs souffrances ne rentrent pas nécessairement dans les classifications. Plus encore, les classifications peuvent avoir des effets sur les bénéficiaires eux-mêmes.

Une évaluation qui voudrait tout quadriller jusqu'à la relation thérapeutique serait élever le comportementalisme au rang de philosophie politique. Ce serait un déni de la liberté qui, à terme, pourrait se retourner contre le monde politique lui-même. Tout ne serait alors qu'une question de comportements adéquats. La visée serait d'amener les bénéficiaires à adopter les comportements attendus. Les intervenants seraient priés d'appliquer le programme adéquat pour amener leurs bénéficiaires à adopter les «bons comportements». Et, en définitive, le politique lui-même serait réduit à appliquer un programme «établi scientifiquement» pour que les intervenants fassent ce qu'il faut afin que leurs bénéficiaires fassent ce qu'il faut.

D'après ses représentants, jamais le secteur ne se prêtera à une évaluation qui viserait à programmer la relation thérapeutique. Une véritable politique de santé qui produise des effets à moyen ou long terme repose sur la notion de libre arbitre des bénéficiaires qui, in fine, choisiront de consommer ou pas, de suivre leur traitement ou pas, d'avaler la méthadone au lieu de se l'injecter, etc. Et ceci implique aussi que le libre arbitre des intervenants soit postulé par l'administration et le politique qui leur donne mandat de soigner ou d'accompagner des bénéficiaires, mais dans une confiance minimale sur les moyens. Ce qui n'invalide pas la liberté et la responsabilité du politique de demander : «ce que vous dites que vous faites avec les moyens que je vous octroie, montrez-moi que c'est bien ce que vous faites et pas autre chose».

Une évaluation qui viendrait s'immiscer dans la relation de soin, qui viendrait prescrire à l'intervenant la manière dont il doit s'y prendre, la façon de parler au bénéficiaire, n'est pas la bonne manière de procéder. De la même manière, une évaluation qui viendrait définir le temps de prise en charge ou minuter le temps des consultations ne serait pas souhaitable.

Et pourtant, cette frontière n'est pas toujours aussi évidente, tant les choix politiques peuvent parfois avoir une influence importante sur les possibilités de soin (par exemple en refusant ou acceptant la substitution par d'autres produits tels que la méthadone).

5/4/1/4 Une évaluation globale serait trop éloignée des préoccupations des intervenants

Une évaluation ou un recueil de données pensés de façon trop globale risquent d'être trop éloignés des préoccupations des intervenants.

Politiquement c'est sans doute intéressant. Mais on peut se demander si c'est bien aux intervenants que revient la responsabilité de produire ce type d'information.

En terme de justification, c'est sans doute important, pour montrer en quoi la diversification des problèmes des bénéficiaires implique aussi une diversification du travail, pour montrer pourquoi, même si l'on est payé spécifiquement pour traiter des questions de cannabis, le travail ne s'arrête pas au cannabis et implique d'aborder des tas d'autres problèmes.

Mais la question fondamentale pour les intervenants, c'est «qu'est-ce que je fais avec ça».

Si encore les informations concernaient spécifiquement les bénéficiaires d'un service, on pourrait imaginer que ça puisse servir l'équipe (par exemple si l'on voit que parmi les bénéficiaires un grand nombre est victime ou auteur de violences intrafamiliales, on peut imaginer se former davantage sur la question). Mais si les informations sont globalisées au niveau sectoriel ou même intersectoriel, elles s'éloignent des préoccupations concrètes des services.

En outre, à quoi bon enregistrer des données sur la population, si c'est pour recueillir des informations à propos de problématiques sur lesquelles les intervenants n'ont aucune prise concrète, comme le manque de logement ou l'augmentation des loyers par exemple ?

Or, si les intervenants ne voient pas d'intérêt à remplir des fiches de données, s'ils ne se sentent pas concernés ou n'y voient pas de finalité dans leur travail, ils risquent de le vivre comme une lourdeur administrative supplémentaire dénuée de tout fondement. Et, même si remplir des fiches de données ne prenait que 30 secondes, pour eux, ce serait 30 secondes de trop.

5/4/2 Une évaluation à l'échelle des services

L'évaluation à promouvoir serait davantage au niveau des services, au niveau des équipes et des relations des intervenants à leurs bénéficiaires.

On aurait sans doute là un intérêt de la part des intervenants qui, pour la plupart trouvent important d'avoir des indices qui leur permettent un retour sur la pratique, de pouvoir se remettre en question.

Par ailleurs, pour que cette évaluation au niveau des services soit effective, qu'elle soit lucide, authentique et sans condescendance, le meilleur moyen est qu'elle se déroule dans une forme de huis clos. Il est toujours plus facile de pouvoir mettre à plat des difficultés, des impasses, des manques quand on se dégage d'enjeux de pouvoir, de financement, de visibilité. La sincérité de l'évaluation, et donc la garantie qu'elle produise bien des effets, serait encouragée si elle ne concerne que le service. Le discours est différent dès qu'il s'adresse à l'extérieur.

Les travailleurs sont les premiers acteurs de l'évaluation. On pourra dire que l'autoévaluation implique des biais. Mais trop d'extériorité induit aussi des biais (à travers l'interprétation d'implicites par exemple). Toutefois, rien n'empêche que quelqu'un d'extérieur puisse aider à l'évaluation d'un service.

Par ailleurs, des outils pourraient être bien utiles. Et pourquoi pas un recueil de données, mais qui soit spécifique aux questions que se pose un service, qui soit conçu précisément pour les réflexions d'une équipe et qui permette de vérifier si les représentations subjectives que l'on a de la population correspondent bien à une réalité, de voir si des choses nouvelles sont à mettre au travail, de vérifier si la population que l'on voulait cibler est bien touchée, etc. Disposer de mesures un tant soit peu plus extérieures ou objectives éviterait, d'une part, de se complaire dans une subjectivité totale et, d'autre part, d'éviter les conflits entre pairs dans l'évaluation.

Là, peuvent intervenir les niveaux sectoriels ou intersectoriels, dans la construction et/ou la promotion d'un outil d'évaluation pour les différents services. Mais il s'agirait d'un outil qui resterait très généraliste, afin de rester adaptable aux différentes réalités et donc d'être réapproprié par les services et directement utiles pour eux ; une sorte de squelette ou de schéma très ouvert que chacun viendrait remplir en fonction de ses propres objectifs et de ses propres indicateurs¹⁸.

La finalité de cet outil construit au niveau sectoriel ou intersectoriel ne serait pas de pouvoir croiser les évaluations des différents services, mais de promouvoir la dynamique d'évaluation des services au sein des secteurs en leur mettant à disposition un outil facilitant.

Le politique et l'administration se satisferaient-ils d'une évaluation en huis clos ou est-ce de l'ordre de l'utopie ? Il est clair que pour le politique, c'est une prise de risque. Mais c'est aussi le meilleur moyen de promouvoir une évaluation honnête et cette dernière est la seule à garantir une autocritique apte à améliorer substantiellement le service aux bénéficiaires. Si l'objectif du politique est bien celui-là, il a tout à y gagner. Par ailleurs, rien n'exclut que les services se saisissent de leur évaluation pour étoffer leur rapport d'activité, décrire des évolutions et proposer d'éventuelles réorientations.

Là peuvent aussi intervenir les niveaux sectoriels ou intersectoriels, dans un travail d'argumentation qui puisse convaincre le politique des avantages d'une telle prise de risque. Et l'existence d'un outil d'évaluation généraliste sectoriel ou intersectoriel mis à disposition des services serait un moyen de montrer que l'on ne refuse pas l'évaluation, qu'on la promet, mais que l'évaluation telle qu'on l'entend se fait au niveau de chaque service et dans une forme de huis clos. La construction de cet outil aurait alors une double utilité : une utilité pour les services (pour mieux piloter leurs projets et leurs actions) et une utilité sectorielle ou intersectorielle (pour dire «l'évaluation, c'est ça et pas autre chose»).

En évaluation, la question de savoir si l'ensemble des services existants est suffisant pour répondre aux besoins de la population, c'est l'affaire du politique et de l'administration. C'est bien légitime, mais ce n'est pas nécessairement la priorité du secteur, ni surtout celle des intervenants. La question d'évaluation qui intéresse les services et les intervenants c'est «par rapport aux objectifs de mon service, par rapport aux actions que je mène, est-ce que les choses pourraient être améliorées?».

Il convient néanmoins de pondérer cette affirmation forte, parce qu'elle ne faisait pas l'objet d'une unanimité au sein des représentants du secteur. Un autre point de vue consistait à défendre l'idée que si le désir d'information du politique était bien légitime, il impliquerait nécessairement les services et le secteur à un titre ou à un autre. Et, vu les modalités d'évaluation peu satisfaisantes, voire peu acceptables, qui s'imposent progressivement dans d'autres domaines, il est peut-être judicieux d'anticiper le mouvement et de proposer des formes d'évaluation plus acceptables. Si les contacts actuels avec le cabinet et avec l'administration sont positifs, rien n'est garanti pour l'avenir. Dans cette optique, il faut imaginer des modalités d'évaluation où le secteur participe à la définition de l'objet, à la construction de l'évaluation, à ses interprétations, etc.

18 En commentaire, il convient de préciser que ce type d'outil proposant une structure d'évaluation, des tableaux de bord ou autres existent déjà. La question, plutôt que la construction d'un nouvel outil, ne serait-elle pas alors de les recenser, d'en choisir l'un ou l'autre et de les promouvoir au sein des secteurs ?

6/ Le point de vue des représentants du secteur des Maisons d'accueil

ENTRETIEN MENÉ EN PRÉSENCE DE :

Anne Devresse *Administratrice AMA, Directrice de la Maison RueVerte*

André Bouret *Directeur du Home Petits Riens*

6/1 Contexte

Historiquement, le secteur des maisons d'accueil est la contraction de deux secteurs : d'une part, les maisons d'accueil qui vivaient un peu en marge, à l'instar de ses bénéficiaires, agréées par la Communauté française, avec peu de moyens mais une relative autonomie ; d'autre part, les maisons maternelles sous le contrôle de l'ONE, bénéficiant de plus de moyens. Le secteur n'a été régionalisé que tardivement et sans moyens.

Depuis sa reconnaissance par un décret de la COCOF datant de 1999 (et arrêtés en 2000), le secteur se situe à un tournant historique qui n'est pas toujours simple à négocier.

Il est vrai que cette reconnaissance s'accompagne de bénéfices importants :

- Les moyens se sont accrus de façon substantielle (ce n'est pas vrai pour les «ex-maisons maternelles) et permettent de mieux assurer l'accueil. C'est le cas en particulier du personnel qui s'est multiplié à peu près par quatre (mais on vient d'une situation où il n'était pas rare qu'une équipe de seulement 3 à 4 personnes ait en charge près de 120 bénéficiaires).
- Le secteur est en train de se professionnaliser.
- Le secteur bénéficie de plus de reconnaissance et trouve des marques plus importantes à l'égard des pouvoirs subsidiaires.
- L'absence de distinction entre les maisons d'accueil et les maisons maternelles s'accompagnant d'un réajustement des financements des maisons d'accueil sur ceux des maisons maternelles.

Toutefois, cette reconnaissance s'accompagne aussi de difficultés relativement importantes :

- L'augmentation de moyens s'est accompagnée d'un accroissement des missions et notamment de l'accompagnement social.
- Cette reconnaissance s'est inscrite dans un projet politique de plus en plus gestionnaire du sans-abrisme.

Alors que les problématiques de fond sont plus dures (marché du logement, revenu minimum, etc.), elles semblent de moins en moins faire l'objet de politiques publiques.

De sorte que les nouveaux moyens alloués sont aussi exigeants, lorsqu'ils s'accompagnent d'une demande de gestion d'une réalité sociale qui est de plus en plus déglinguée et qui est en partie la conséquence de politiques qui elles-mêmes se déglignent.

C'est dans ce contexte que s'inscrit la question de l'évaluation. Et c'est ce contexte qui explique la position en demi-teinte du secteur à l'égard de l'évaluation, entre :

- des craintes fondées sur des éléments du réel ;
- et des volontés d'approfondir la connaissance d'un certain nombre de problématiques.

6/2 Le risque réel et permanent d'une évaluation à visée centralisatrice et purement gestionnaire

Des craintes sont exprimées :

- En termes d'évaluation, il ne serait pas étonnant que l'augmentation de moyens se traduise par des évaluations plus exigeantes qui viseraient notamment à vérifier ce que les maisons d'accueil font de plus par rapport à avant (alors que les moyens actuels permettent enfin de faire mieux ce qui se faisait avant en situation de sous-financement et que ce qui se faisait avant nécessite aujourd'hui un investissement en travail plus important vu le contexte social actuel plus difficile).
- En termes d'évaluation, on pourrait craindre une évaluation en termes de quotas de production (du type «combien de personnes avez-vous réussi à reloger ?» ; ce qui au regard du marché du logement serait relativement disqualifiant).

Mais au-delà de ces risques supposés, le secteur des maisons d'accueil fait l'expérience d'une menace d'ores et déjà bien réelle et bien présente.

La question de l'évaluation percute de plein fouet la mise en place du CASU qui coïncide avec la reconnaissance du secteur des maisons d'accueil par la COCOF.

Le secteur dut négocier son décret, ses arrêtés d'application et les premières subventions avec leur ministre qui, par ailleurs, était un des promoteurs du CASU (à l'époque, le SAMU bruxellois) auquel le secteur s'opposait. Le secteur voyait effectivement d'un mauvais œil la mise en place d'une nouvelle structure à visée centralisatrice, qui avait un poids politique important, et qui venait remettre en question les orientations et les pratiques des maisons d'accueil.

Le CASU s'inspire du SAMU parisien. Par ce projet politique, le CASU allait permettre :

- de créer 120 nouveaux lits pour l'accueil ;
- et, surtout, de gérer le parc des places d'accueil à Bruxelles, à travers un système centralisé d'information et de dispatching.

Les représentants du secteur établissent un lien entre ce projet et la pression médiatique et électorale qui pèse sur le monde politique. La question du sans-abrisme se mêle à des questions délicates concernant le sentiment d'insécurité, la propreté publique, etc. Les gens qui vivent dans la rue dérangent. La solution politique est immédiate : il faut «sortir les gens de la rue». Et pour se faire, il «suffit» d'accroître le nombre de lits et de mieux les gérer.

C'est là que la question de l'évaluation et, plus spécifiquement, la question de la transmission d'informations et du recueil de données, devient problématique.

Sans être cité nommément, le projet du CASU trouve pleinement sa traduction dans le décret COCOF concernant les maisons d'accueil :

- Les articles 6 et 7 précisant les modalités d'agrément stipulent que les maisons d'accueil s'engagent à établir des conventions avec les services reconnus ou agréés par la COCOF et spécialement chargés de gérer l'orientation des bénéficiaires, sans préjudice des autres conventions établies conformément à cet article.
- L'article 8 spécifie que les maisons d'accueil doivent recueillir anonymement les données visées à l'annexe 2 concernant les bénéficiaires et transmettre celles-ci au service d'une institution désignée par le Collège selon une fréquence à définir par celui-ci.

suite page 38

L'évaluation est concernée à deux titres.

- Premièrement, une évaluation continue du nombre de places occupées ou disponibles était imaginée dans la seule visée d'une gestion en temps réel des lits et des personnes sans abris. Cette gestion devait être centralisée au CASU qui allait orienter les sans-abri vers les maisons d'accueil en fonction des places disponibles.

Ce type de centralisation purement gestionnaire (management des stocks et des flux) était inacceptable pour le secteur des maisons d'accueil.

En effet, ce mode de gestion déniait d'une part la liberté des bénéficiaires (les réduisant à de simples numéros) et d'autre part la liberté, les spécificités et la mission même des maisons d'accueil (les réduisant à un nombre de lits).

Or, celles-ci n'accueillent pas a priori n'importe quels publics. Comment imaginer que l'on réquisitionne un lit disponible dans une maison qui accueille uniquement des femmes et leur(s) enfant(s) pour y placer un homme, fut-il sans-abri ?

Par ailleurs, les maisons d'accueil – contrairement aux asiles de nuit – ont pour mission d'établir des projets d'accompagnement et de réinsertion avec le public qu'elles accueillent. Ce qui implique au minimum le choix, de la part du bénéficiaire, de s'inscrire dans un projet (à la fois institutionnel et personnel) et dans une certaine continuité.

Le décret stipule en effet que la maison d'accueil a pour mission l'accueil, l'hébergement et l'aide psychosociale adaptée aux bénéficiaires afin de promouvoir leur autonomie, leur bien-être physique et leur réinsertion dans la société. La réinsertion sociale est un processus visant à permettre aux bénéficiaires de se réapproprier leurs droits, entre autres leurs droits au travail, au logement, à la sécurité sociale afin qu'ils recouvrent une forme d'autonomie.

- Deuxièmement, le projet prévoyait qu'un recueil de données devait être transmis au CASU qui devenait un centre de référence.

Des informations devaient être transmises au CASU par les maisons d'accueil, au moyen du logiciel du SAMU parisien qui avait été importé (acheté ?).

Or, l'anonymat auquel fait référence le décret n'était pas garanti par ce logiciel. Il semble en effet que ce dernier enregistrait des données nominatives.

Pour le secteur des maisons d'accueil, il était inacceptable de transmettre des informations qui permettaient la traçabilité des bénéficiaires dans le circuit d'aide aux sans-abri.

Le CASU est désormais en place. Mais sa fonction de centre de référence n'a jamais été effective ni dans sa fonction de gestion - coordination, ni dans sa fonction de centralisation des données. En réalité, il semble que le projet n'ait pas abouti pour la bonne et simple raison qu'il implique différents pouvoirs. En effet, à Bruxelles, coexistent des maisons d'accueil qui relèvent de la COCOF, de la COCOM et des institutions néerlandophones. Elles sont regroupées dans la «concertation sans-abri» qui, au niveau de la région, relève du bicommunautaire (compétent en matière de coordination). Différents ministres sont donc impliqués et ils n'ont jamais réussi à se mettre d'accord (notamment en raison d'un refus flamand).

De sorte qu'aujourd'hui, personne ne centralise les données.

Toutefois, les risques de réquisition des lits et de traçabilité des bénéficiaires restent bien présents. Ils pendent comme une épée de Damoclès sur la tête du secteur. En effet :

- le projet de centralisation est bien présent dans le décret ;

- et il a été réaffirmé dans la déclaration-programme du Collège de la COCOM en 2004 ;
- le ministre actuel des affaires sociales pour la COCOF est P.S. et il semble que le CASU est précisément soutenu par le P.S.

C'est la raison pour laquelle le secteur reste très prudent et peu ouvert en matière d'évaluation.

6/3 Un recueil de données et des items

Toujours est-il que l'article 8 du décret qui dispose un recueil de données est bien d'application.

Sa forme actuelle est peu satisfaisante. C'est le résultat d'une négociation menée par le secteur dans une position très défensive, vu les craintes en ce qui concerne le dépositaire des données – qui reste à définir – et l'usage qui pourrait en être fait.

Au moment où les items se définissaient, le secteur ne savait pas encore si le logiciel du SAMU parisien allait bien être utilisé. En raison du manque de garanties sur l'anonymat des données, la volonté du ministre de mieux connaître les problématiques des usagers risquait de devenir tout simplement une meilleure connaissance des usagers en tant qu'individus (monsieur untel a un problème de toxicomanie, par exemple). Le secteur se montrait donc très réticent à encoder des informations sur les problématiques des bénéficiaires.

Au bout d'une résistance importante, le secteur a proposé un recueil de données constitué de 64 items qui ne disent plus rien des problématiques, mais qui reprennent une série de services susceptibles d'être contactés dans le cadre d'un suivi. Le ministre a accepté ces items. Pour chaque dossier, à la fin du séjour, les maisons d'accueil doivent donc cocher les services contactés.

Depuis, les maisons d'accueil ont obtenu un financement pour l'information, acheter du matériel informatique et concevoir un logiciel pour le recueil de données. Ce logiciel vient d'être livré. Il a une forme assez minimaliste. Mais dès 2005, il devrait permettre aux maisons d'accueil qui ne le faisaient pas encore d'encoder les données et de pouvoir produire quelques statistiques dans leur rapport d'activité.

La pertinence de ces items n'est pas évidente. Les seules informations que l'on va pouvoir en tirer sont le pourcentage de contacts ou de réorientations vers le CPAS, les mutuelles, etc.

De plus, les données recueillies ne concernent en définitive que les 14 maisons d'accueil relevant de la COCOF.

En l'absence actuelle de définition de l'institution chargée de traiter ces informations, seule l'administration en a connaissance à travers les rapports d'activité. Et cette dernière ne cache pas qu'elle ne peut rien en tirer de congruent.

On aboutit donc à la situation relativement kafkaïenne où les maisons d'accueil doivent recueillir des données peu pertinentes, voire non pertinentes – parce que les items ont été définis dans un esprit de défiance (où il s'agissait de lâcher le moins possible, du bout des lèvres, de faire lanterner, etc.) – et qui ne font l'objet d'aucun traitement.

Cette situation risque d'être défavorable à la motivation des maisons d'accueil et de leurs travailleurs de s'investir sérieusement dans ce type de recueil de données.

6/4 L'évocation d'un recueil de données commun à tout le secteur social de la COCOF

Dernièrement, l'administration de la COCOF avait lancé l'idée d'un recueil de données commun à tout le secteur social. Il devait être composé de trois étages : un étage intersectoriel, un étage sectoriel et un étage spécifique aux services. Quelques réunions ont eu lieu ; mais rapidement les difficultés sont apparues :

- Une harmonisation des items entre secteurs du social était particulièrement laborieuse.
- Les logiciels utilisés par les secteurs n'étaient pas identiques (Filemaker pour les Casg et Acces pour les maisons d'accueil).
- L'administration restait très évasive sur ses finalités et même sur les moyens dont elle disposait pour traiter les données ainsi recueillies.
- Enfin, parallèlement, la concertation «sans-abri» travaillait également à un recueil de données harmonisé au niveau régional. Ainsi coincé entre deux démarches d'harmonisation qui n'étaient pas nécessairement compatibles, le secteur risquait à terme de se retrouver avec deux modèles de recueil de données distincts. Pour éviter cette confusion, le secteur a préféré ne pas s'engager davantage.

En terme de recueil intersectoriel de données, les représentants du secteur expriment leur scepticisme.

Toutefois, il semble que le nouveau décret des fédérations du secteur social prévoit la finalisation de rapports intersectoriels sur certaines problématiques.

6/5 Les rapports d'activité

Les rapports ne sont pas harmonisés au niveau sectoriel. Le décret donne seulement un plan constitué de gros titres : 1) Généralités ; 2) Eléments statistiques relatifs aux personnes hébergées (les items) ; 3) La mise en œuvre du projet collectif et des activités ponctuelles (présentation des actions) ; 4) Les réalisations en termes d'intégration sociale et professionnelle des personnes accueillies.

Il s'agit d'un plan, mais dont les différentes dimensions restent peu précises. On y met en gros ce qu'on y entend. Par exemple, le point 4) concerne-t-il les démarches effectuées ou les résultats obtenus (ou encore les deux ?), individuels et qualitatifs ou agrégés et quantitatifs ? Les interprétations sont différentes en fonction des différentes maisons d'accueil.

Par ailleurs, les publics de bénéficiaires sont multiples et différents pour chacun des services. Enfin, ces derniers développent des projets, des modalités d'action et poursuivent des objectifs propres, en rapport avec le type de public qu'ils accueillent.

De ce fait, les rapports d'activité sont disparates.

Mais vu l'hétérogénéité du secteur, on peut difficilement imaginer des rapports d'activité totalement standardisés.

Les objectifs et les spécificités des maisons d'accueil sont tellement différents qu'il est difficile d'imaginer une évaluation unique pour l'ensemble du secteur si l'on conçoit l'évaluation en référence à un objectif à atteindre.

Pour des projets précis, les maisons d'accueil peuvent obtenir d'autres financements de la part, par exemple, du Fonds Social Européen, de la Communauté française, etc. Il s'agit alors de conventions qui peuvent être plus exigeantes en matière d'évaluation (évaluation de projets).

Certaines maisons d'accueil ont une grande tradition caritative et bénéficient aussi de dons privés.

Mais la source principale de financement des maisons d'accueil francophone à Bruxelles est la COCOF.

Les représentants sont contents des relations tissées avec la COCOF, qui se caractérisent par une grande ouverture et un grand soutien. Ils déplorent toutefois que les choses se déroulent souvent à un niveau informel. Tout repose alors sur la bonne volonté des gens. Ce qui implique une certaine incertitude pour l'avenir.

6/6 Au-delà d'un contexte peu favorable

L'incertitude et l'insécurité dans lesquelles le secteur se trouve – par rapport aux questions du centre de référence, de la traçabilité des usagers, de la réquisition des lits, de l'obligation décréte de transmettre les données, des objectifs politiques qui sont derrière, etc. – expliquent sa position défensive en matière d'évaluation.

Toutefois, le secteur n'est pas par principe rétif à une démarche d'évaluation. Il y voit notamment l'occasion :

- d'en savoir plus sur les problématiques des bénéficiaires,
- de construire un discours sectoriel plus rigoureux et cohérent,
- de défendre aussi une certaine qualité de travail qui est rarement reconnue par les partenaires,
- de déconstruire les rumeurs et la méconnaissance qui planent sur le secteur.

6.6.1. Actuellement, une démarche réflexive existante

Même s'il n'en fait pas actuellement une priorité, il existe déjà des démarches évaluatives au sein du secteur :

De façon plus ou moins ponctuelle et variable, certaines maisons d'accueil se dotent de démarches internes d'évaluation. La grande majorité produit aussi des petites statistiques pour avoir une vision plus claire des problématiques de leurs bénéficiaires et des actions qui sont menées. Certains d'ailleurs, en confiance avec l'administration, passent outre les items définis dans le cadre du décret et se donnent la latitude de mettre en avant quelques problématiques supplémentaires dans les rapports d'activité.

La volonté d'en savoir plus et mieux est bien présente au sein du secteur :

- Il y a quelques années, la fédération organisait des réflexions sur des thématiques (telles que violence, drogue, etc.). Ces sujets étaient abordés sous forme de débats et d'échanges et débouchaient sur des opuscules ou des formations.
- La fédération avait aussi organisé des recueils de données sur deux ou trois thématiques ; avec les moyens du bord, sans financement et sans outil informatique.
- Plus récemment, le secteur s'est prêté à une étude menée par le GERME-ULB concernant l'offre sociale bruxelloise aux sans-abri.

- Enfin, actuellement, en concertation avec les fédérations bicommunautaire et néerlandophone, le secteur participe à un recueil de données ponctuel (de mai à juin) qui devrait permettre de clarifier la question de l'accueil des illégaux et de tirer officiellement la sonnette d'alarme sur cette problématique.

6/6/2 D'un point de vue plus prospectif

Pour l'avenir, les représentants du secteur estiment pertinent que chaque maison d'accueil puisse disposer de données et puisse les traiter, les analyser d'une façon utile pour leur travail.

Toutefois, ils doutent qu'elles puissent être traitées dans le respect du travail et des spécificités des maisons par des organes extérieurs. La connaissance du terrain (savoir «de quoi l'on parle»), leur semble indispensable pour toute forme d'interprétation des chiffres.

L'hétérogénéité du secteur rend difficile une évaluation globale. Toutefois, certaines problématiques traversent l'ensemble du secteur et mériteraient de faire l'objet d'une réflexion plus approfondie à l'échelle du secteur (voir à une échelle plus large). Parmi ces thématiques on trouve notamment :

- Les questions relatives aux relations entre sans-abrisme et santé mentale ainsi qu'entre sans-abrisme et toxicomanies.

Ces questions pourraient être ouvertes à une réflexion intersectorielle. Cette réflexion permettrait de clarifier les rôles de chacun et notamment le fait qu'avoir un psychologue «à demeure» en maison d'accueil ne serait pas dénué de sens et ne serait pas nécessairement empiéter sur le terrain de l'ambulatoire.

- Les questions relatives aux relations avec d'autres institutions telles que :
 - > La justice par exemple (protection de la jeunesse, accueil de libérés conditionnels, accueil de personnes sous contrôle d'un bracelet électronique, etc.) ;
 - > Les CPAS (qui sont réticents à intervenir dans la contribution des bénéficiaires lorsque la durée d'accueil est repoussée au-delà de six mois) ;
- Les questions relatives à la déstructuration des familles (femmes seules avec enfants, voire hommes seuls avec enfants, etc.), les questions relatives à l'accueil des enfants (sécurité, bien-être, droit de visite, etc.), les questions relatives à la paternité en maison d'accueil, les violences conjugales, etc.
- En termes d'adéquation entre besoins et offres de services, la question de l'insuffisance d'offre d'accueil pour les couples.
- En termes plus politiques :
 - > Les questions relatives à la déstructuration du marché du logement.
 - > Les questions relatives aux représentations du «sans-abris» et à l'idée selon laquelle seule la création de lits supplémentaires pourrait résoudre la problématique.
- En termes davantage d'évaluation du décret :
 - > La question de l'absence de reconnaissance décrétable et de subventionnement du travail de suivi post-séjour, alors que celui-ci s'avère de plus en plus nécessaire au regard de la fragilité accrue des bénéficiaires associée à la mission d'accompagnement vers l'autonomie.
 - > La question de l'impossibilité d'engager un psychologue dans les équipes des maisons d'accueil, alors que les bénéficiaires présentent de plus en plus de problèmes de santé mentale et/ou de toxicomanies.

- > La reconnaissance limitée du travail avec les enfants.
- > La question des séjours multiples et récurrents.

Les thématiques qui pourraient être abordées (au minimum) sectoriellement, et pour lesquelles des données pourraient être intéressantes, ne manquent pas.

Toutefois, concrètement, vu les moyens dont dispose la fédération (AMA), les représentants du secteur voient mal comment elle pourrait animer une telle démarche sectorielle ou encore récolter et traiter les données des différentes maisons d'accueil.

Mais il est évident que toute contribution à l'information de l'administration et du politique nécessite au préalable une définition précise des objectifs visés (pourquoi ?), mais aussi de l'usage qui en sera fait (qui va traiter les informations, où et comment ?).

Cette clarification préalable et assortie de garanties, permettrait de replacer l'évaluation quelque part entre :

- une information trop chère parce que servant des objectifs inacceptables pour le secteur (traçabilité, réquisition de lit, etc.)
- et une information gratuite parce que dénuée de sens, non pertinente et/ou non traitée.

6/6/3 Le Conseil consultatif comme lieu potentiel de réflexivité

Au Conseil consultatif, les maisons d'accueil sont dans la section hébergement avec les I.H.P. et les maisons de repos. Cette section semble plus dégagée des enjeux financiers entre secteurs que la section ambulatoire.

En effet, les maisons de repos sont le secteur le plus important dans la section hébergement ; or, pour elles, la COCOF n'est pas la source première de financement.

Ainsi dégagée d'enjeux financiers et d'enjeux de pouvoir, la section hébergement du Conseil consultatif est dynamique et propice à des débats de fond et des échanges intéressants entre secteurs.

Le seul regret, c'est que les cabinets sont relativement peu présents. Ils ne demandent pas grand-chose aux secteurs. C'est d'initiative que ces derniers rentrent des avis.

7/ Le point de vue des représentants du secteur des soins palliatifs

ENTRETIEN MENÉ EN PRÉSENCE DE :

Fouad Mabrouk *Président d'Arémis, Administrateur de la Fédération Bruxelloise des Soins Palliatifs et Vice-Président de la Plate-forme de Bruxelles*

Betty Servais *Présidente de Continuing Care, Administratrice de la Plate-forme de Bruxelles et Administratrice de la Fédération Bruxelloise des Soins Palliatifs*

Claire Borchgraeve *Administratrice à Semiramis, bénévole à Arémis*

7/1 Un secteur à cheval sur deux cadres législatifs

7/1/1 Le cadre COCOF

La COCOF finance six associations actives en matière de soins palliatifs. Parmi ces six associations, trois se sont surtout spécialisées en matière de formation¹⁹ (et certaines aussi en matière de soutien psychologique aux patients en fin de vie et à leur famille). Ces trois centres de formation ne font pas partie de la Fédération Bruxelloise des Soins Palliatifs. Une partie du secteur des soins palliatifs financée par la COCOF échappe donc à cette synthèse.

En définitive, ce sont donc principalement trois associations agréées par la COCOF qui sont concernées par cette analyse ; à savoir *Arémis*, *Continuing Care* et *La Cité Serine*. Mais ces trois associations elles-mêmes présentent des différences substantielles :

- *Continuing Care* est une association de seconde ligne qui s'occupe, à domicile et gratuitement pour les patients, de coordination, d'accompagnement et de soutien pour les patients palliatifs et leurs proches. Elle ne dispense pas de soins.
- *Arémis*, par contre, se revendique de l'hospitalisation à domicile. Cette association dispense des soins jusqu'aux soins palliatifs. Dans l'optique d'une approche globale et continue, elle n'établit pas de scission entre les phases curatives et palliatives de la maladie.
- *La Cité Serine*, maisons thérapeutiques / hébergement temporaire (maximum 6 mois renouvelable 1 fois) assure la dispensation de soins continués et palliatifs. Elle accueille des patients pour un temps de répit et/ou en recherche de solution alternative à l'hospitalisation ou au retour à domicile.

Le décret lui-même définit le caractère hétéroclite du secteur en son article 26, lorsqu'il dispose que : *Les missions principales des services de soins palliatifs et continués sont soit*

1° *organiser et coordonner à la demande du patient ou de son représentant, en collaboration avec son médecin traitant et en liaison notamment avec l'équipe hospitalière et le centre de coordination, l'ensemble des soins et services à domicile permettant d'assurer la continuité des soins et des services ainsi que la surveillance 24h/24h, 7 jours/7jours, pour les patients atteints d'une maladie à pronostic fatal ;*

2° *organiser et dispenser des soins palliatifs et continués aux patients atteints d'une maladie à pronostic fatal, en étroite collaboration avec le médecin traitant et le centre de coordination ;*

3° *assurer l'organisation et les interventions psychosociales, notamment psychiatriques que nécessite un patient atteint d'une maladie à pronostic fatal ainsi que le soutien à son entourage, en étroite collaboration avec le médecin traitant ;*

4° *sensibiliser, assurer la formation, théorique ou pratique, la formation continue ou la supervision d'intervenants professionnels ou bénévoles, extérieurs au service amenés à traiter ou à soutenir les patients atteints d'une maladie à pronostic fatal et leur entourage*²⁰.

D'après les représentants du secteur, ces missions laissent des zones de flou plus ou moins importantes. Elles ne sont pas toujours libellées de manière très claire²¹. Ces missions ne sont pas de la compétence exclusive des associations de soins palliatifs reconnues par la COCOF. Elles sont partiellement partagées par d'autres structures, notamment la plate-forme bruxelloise des soins palliatifs (Association pluraliste de soins palliatifs de Bruxelles Capitale²²).

De plus, cette multiplicité de missions – qui ne sont pas toutes remplies par les organismes agréés par la COCOF – implique, pour les représentants du secteur, qu'il est difficile de concevoir une ligne d'évaluation qui serait commune à l'ensemble du secteur financé par la COCOF.

7/1/2 Le cadre fédéral : l'INAMI

Seules les équipes de seconde ligne, dénommées équipes de soutien, jouissent par ailleurs d'une reconnaissance par l'INAMI. D'après les représentants du secteur, il s'agit en réalité d'une reconnaissance partielle. En effet, pour les soins palliatifs à domicile, l'INAMI ne reconnaît que le travail de seconde ligne, à savoir essentiellement le travail de coordination des interventions auprès des malades en fin de vie. Pour *Arémis* en particulier, c'est tout un pan de son travail lié à la dispensation de soins qui échappe donc à la reconnaissance de l'institution fédérale et de ce fait au financement (si ce n'est le paiement des actes infirmiers repris dans la nomenclature INAMI).

La raison de cette non-reconnaissance de la dispensation de soins semble être la volonté du législateur de maintenir une distinction entre le secteur des soins palliatifs et les services de première ligne tels que les coordinations de soins à domicile. D'après les représentants du secteur, les secteurs de première ligne de soins, tel que les soins à domicile, déjà bien implantés, ne sont sans doute pas étrangers à cette décision.

Il convient de préciser qu'en ce qui concerne la COCOF, si le décret reconnaît bien la dispensation de soins dans les missions des services de soins palliatifs, la notion d'«hospitalisation à domicile» ne figure pas dans les textes. Elle était pourtant bien présente dans la première mouture du décret, agréée par le Conseil consultatif ; mais elle a été supprimée lors du passage au Collège.

Par ailleurs, l'INAMI n'octroie le montant forfaitaire unique incluant des frais de fonctionnement que pour un nombre limité de patients inférieur au

19 Il s'agit de Cancer et Psychologie, du Centre d'Aide aux Malades chroniques (CAM) et du Centre de formation à l'écoute du malade (CEFEM).

20 Décret du 4 mars 1999 de la Commission communautaire française organisant l'agrément et le subventionnement des centres de coordination de soins et services à domicile et des services de soins palliatifs et continués (M.B., 3 avril 1999).

21 A titre d'illustration, alors que le décret dispose en son article 25 que «les services de soins palliatifs et continués comportent l'aide et l'assistance interdisciplinaire globalement dispensées à domicile ou dans un hébergement non hospitalier», excluant donc l'hôpital comme lieu d'intervention, le site internet de la COCOF, dans la présentation des secteurs, stipule que les soins palliatifs «concernent l'aide et l'assistance pluridisciplinaire dispensées soit à domicile, soit dans un hébergement collectif non hospitalier, soit dans un hôpital».

22 Organisme bicommunautaire distinct de la Fédération Bruxelloise Pluraliste de Soins Palliatifs et Continus.

nombre réel de patients pris en charge. Si l'on peut considérer que certains frais fixes (loyer, énergie, etc.) peuvent être couverts par ces frais de fonctionnement, il reste que pour les patients «excédentaires», la prise en charge, les frais de communications, de déplacements et autres ne sont pas pris en considération. Pour *Aremis*, il semble que le temps de soutien consacré aux patients n'est pas pris en compte et que certains actes techniques ne sont pas remboursés par l'INAMI²³.

L'intervention financière de la COCOF apparaît donc comme un apport complémentaire indispensable pour le secteur des soins palliatifs.

7/2 Des informations quantitatives

7/2/1 L'obligation de transmettre des informations quantitatives

A cheval sur deux cadres législatifs et financiers, les services de soins palliatifs doivent transmettre des informations tant à l'INAMI qu'à la COCOF.

Ces informations sont de nature purement quantitative. Il s'agit avant tout d'un recueil de données relativement factuelles concernant en vrac la composition d'équipe, le nombre de suivis, le nombre de forfaits, l'origine de la demande, le lieu de prise en charge, le cadre de vie, l'âge, le sexe et la situation familiale du patient, la pathologie médicale, la problématique, les types d'interventions, les communes où les services interviennent, les médecins traitants, etc. Aucune démarche concernant l'évaluation du travail en soi n'y est associée et les commentaires qui accompagnent les données sont essentiellement de l'ordre du constat.

En ce qui concerne plus spécifiquement la COCOF, les rapports d'activité annuels sont donc essentiellement des rapports statistiques peu harmonisés, peu commentés et relativement peu exploitables, qui recouvrent en tout ou en partie les mêmes informations que celles transmises à l'INAMI. A l'origine, les informations demandées par la COCOF étaient essentiellement comptables et financières.

En 2005, la fédération a mis à disposition de ses membres un logiciel qui enregistre les différentes informations qu'elle aimerait voir apparaître dans les rapports de toutes les équipes de soins palliatifs : unités résidentielles, équipes mobiles en hôpital, équipes de seconde ligne à domicile.

7/2/2 Un effort d'harmonisation des données entre services de soins palliatifs

Partant du constat que les données requises par l'INAMI et par la COCOF faisaient l'objet d'interprétations différentes par les services de soins palliatifs et surtout qu'elles étaient insuffisantes pour se faire une idée exacte de la charge de travail, trois équipes de soutien de la plate-forme bruxelloise de soins palliatifs se sont mis d'accord pour harmoniser les données transmises aux pouvoirs subsidiaires. Il s'agissait non seulement de s'harmoniser en ce qui concerne les obligations d'informations, mais aussi et surtout de pouvoir rendre compte d'éléments qui n'étaient pris en compte ni par l'INAMI ni par la COCOF, tels que le temps de réunions, le nombre de kilomètres parcourus, le temps des déplacements, le temps de soutien au chevet du patient, etc. Autant d'informations nécessaires pour éviter des interprétations hâtives telles que celle de l'INAMI qui, se basant sur les rapports non harmonisés des années 2002 et 2003 en venait à affirmer que les services de soins palliatifs passaient à peine 40 % de leur temps auprès des malades.

Continuing Care est partenaire de ce travail d'harmonisation pour les équipes de seconde ligne²⁴. *Arémis* et *La Cité Serine*, développent, de façon relativement similaire, leur propre rapport statistique qui permet de rendre compte du nombre d'interventions, des activités de prises en charge, de coordination et de formation.

7/2/3 L'utilité de disposer de données

Les données dont disposent les services de soins palliatifs apportent des informations intéressantes.

Elles ont permis par exemple de démontrer des allégations péremptoires telles que l'affirmation selon laquelle très peu de gens mouraient à domicile, en montrant, chiffres à l'appui qu'une part considérable des patients (plus de 60 %) décédaient bien dans leur milieu de vie (majoritairement à leur domicile ou dans leur maison de repos et de soins) et qu'un tiers des patients décédant à l'hôpital étaient pris en charge dans des unités palliatives, assurant ainsi la continuité lorsque la situation de la personne ne permet décentement pas son maintien à domicile.

Elles permettent aussi de s'appuyer sur des données objectives afin de mettre en évidence des décalages ou des incohérences entre les missions, les moyens accordés et le travail au quotidien.

Des données chiffrées permettent par exemple de montrer que le personnel relativement réduit des services de soins palliatifs permet difficilement de répondre à l'obligation d'une permanence 24h/24 et 7 jours/7, surtout si l'on prend en compte les éventuels congés de maladie ou de maternité, les vacances, les récupérations, les réductions de temps de travail pour les employés de plus de 45 ans (or les jeunes sont peu attirés par le palliatif) et les obligations de formation continue pour le personnel. L'obligation de permanence relève pour la plupart de la quadrature du cercle.

Parfois, les démonstrations chiffrées portent leurs fruits et se traduisent par des réaménagements politiques et/ou administratifs. C'est le cas notamment en ce qui concerne le temps pris en compte pour l'octroi des forfaits palliatifs (matériel - médicaments). En effet, l'INAMI estimait l'espérance de vie des patients à pronostic fatal à 1 mois. Désormais, à force de persuasion, ce forfait peut-être payé une deuxième fois, à condition que le patient réponde toujours aux conditions requises (il ne pourra néanmoins l'être une troisième fois). Le secteur avait pu montrer effectivement que la durée moyenne de prise en charge était de près de 62 jours. Les prises en charge courtes de moins de 15 jours ne représentaient qu'à peine 20 %. Il reste par contre que certaines prises en charge dépassent la durée de deux mois et se prolongent parfois sur plus d'un an. En la matière, si la législation établit clairement une distinction entre curatif et palliatif, la réalité est loin d'être aussi tranchée.

Les données chiffrées expriment aussi la faiblesse des liens avec certains secteurs et, en particulier au sein des secteurs de l'ambulatoire, celui des coordinations de soins à domicile. En ce qui concerne l'origine des demandes, par exemple, elles ne proviennent que rarement de ces dernières. Soit elles émanent directement des hôpitaux, soit elles émanent directement du patient déjà à domicile, de la famille ou du médecin traitant. L'enjeu est palpable dans les relations et recouvrements éventuels entre soins palliatifs et soins à domicile. Les représentants du secteur des soins palliatifs déplorent une méconnaissance ou un déni de la spécificité de l'accompagnement palliatif de la part de certains intervenants en première ligne de soins. Le choix du législateur fédéral de ne pas reconnaître la dispensation de soins par les équipes de soutien en soins palliatifs renforce encore cet état de fait. Pour les représentants du secteur, c'est d'autant plus regrettable que la première ligne passe là à côté d'une réelle expertise en matière par exemple de contrôle de la douleur, d'accompa-

gnement des malades en fin de vie et de leur famille, de soutien psychologique face à la perspective de la mort et au deuil des proches ; autant de dimensions qui ne relèvent pas uniquement du soin général et nécessitent des connaissances et une expérience spécifique.

Il faut ajouter que la culture du palliatif en Belgique est relativement récente. Les premières expériences à domicile et dans les hôpitaux remontent seulement à la seconde moitié des années 1980 et leur médiatisation au début des années 1990. Tout un travail visant à accroître la reconnaissance du secteur, de ses particularités et de son expertise, est encore indispensable tant pour clarifier les missions au sein des cadres législatifs que pour affirmer une place spécifique au sein des professions de la santé.

7/3 Des informations qualitatives

D'un point de vue plus qualitatif, la réflexion sur le travail se déroule en réunions d'équipe. Ces moments d'échanges sont nécessaires du fait même de la nature collective du travail, chaque patient étant accompagné par plusieurs intervenant(e)s. En outre, les associations organisent, pour leurs professionnels et bénévoles, qui des groupes de parole animés par un psychologue, qui des supervisions, qui des groupes de réflexion éthique, etc. De plus, la formation continue, par ailleurs obligatoire, permet un retour régulier sur la pratique.

D'après les représentants du secteur, il semble toutefois difficile d'élaborer des évaluations qualitatives en ce qui concerne les soins palliatifs. Des expériences d'évaluation de la satisfaction des patients ou de leur famille ont été tentées, mais sans grands résultats. De façon un peu cynique, mais implacable, au terme de l'accompagnement, le patient est décédé et les réclamations sont donc inexistantes... Quant aux familles endeuillées, elles ont autre chose à penser qu'à exprimer leur avis sur la qualité du suivi. Et lorsqu'elles s'y prêtent, elles sont pour la plupart dans un débordement affectif peu propice à l'objectivité requise, de sorte que globalement, les avis sont positifs et peu critiques.

Les cahiers de liaison chargés de transmettre les informations entre intervenants semblent peu exploitables pour une analyse qualitative des actions.

7/4 Des questions en suspens

7/4/1 A l'échelle sectorielle et intersectorielle

Au-delà des informations qualitatives, de façon générale et plus fondamentale, les représentants du secteur se demandent ce qui pourrait déterminer des critères opérants d'évaluation de la qualité des prises en charge²³, surtout à partir du moment où l'enquête de satisfaction paraît peu convaincante.

Par ailleurs, les représentants du secteur voient mal comment concevoir une évaluation commune pour un secteur aussi hétéroclite que celui des soins palliatifs. Quel pourrait être le fil conducteur pour dépasser le caractère composite du secteur ?

23 Une recherche nationale de faisabilité d'hospitalisation à domicile (aspects techniques et financiers) initiée par l'INAMI est en cours avec, comme centres pilotes, Aremis Bruxelles et Netwerk palliatieve zorg – Brugge. Cette recherche est chapeautée par les écoles de santé publique de la KUL et de l'ULB.

24 Les deux autres équipes de soutien de la plate-forme citées sont Interface et Sémi-ramis. Cette dernière a introduit plusieurs demandes de subsides à la COCOM ; demandes insatisfaites à ce jour.

25 Serait-ce la durée de vie du patient, la diminution du temps d'hospitalisation, etc. ?

26 Pour se faire une idée plus précise des perspectives défendues par l'INAMI, nous annexons un extrait de cette intervention du directeur général adjoint de l'INAMI.

Si l'évaluation sectorielle paraît compliquée, l'évaluation intersectorielle, ne fut-ce que pour les secteurs sanitaires, semble a fortiori encore plus utopique.

7/4/2 A l'échelle globale, politique et administrative

La question de l'évaluation s'inscrit aussi dans une réorganisation de la politique de santé publique où les préoccupations économiques deviennent progressivement surdéterminantes. Les représentants du secteur y voient un bond en arrière et un effet pervers du système. S'agit-il, notamment à travers l'évaluation, de faire des économies sur le dos des malades, de les soutenir pendant un temps seulement ? C'est la notion de solidarité qui passe progressivement à la trappe et c'est d'autant plus inquiétant que c'est le lien le plus essentiel pour maintenir une cohérence sociale.

Si, à ce jour, la COCOF semble ne pas céder à une perspective strictement économiste de la santé, cette interrogation prend toute sa substance lorsqu'on la place en parallèle avec les perspectives officielles de l'INAMI. Lors d'un symposium organisé en 2002 par la Fédération bruxelloise pluraliste des soins palliatifs et continus, concernant *Enjeux éthiques et soins de santé*, le directeur général adjoint de l'INAMI y présentait cinq grandes tendances permettant, sur base notamment des données recueillies (informations économiques – «la facture» – et informations relatives au *résumé clinique minimum*), d'optimiser l'efficacité et l'économie des soins de santé en normalisant les pratiques de soins²⁶.

Extrait de l'intervention de Mr. Grinberg, Directeur général adjoint de l'INAMI, lors du symposium *Enjeux éthiques et soins de santé*, organisé le 9 mars 2002 par la Fédération bruxelloise pluraliste des soins palliatifs et continus.

Je pense que nous sommes aujourd'hui à un tournant. Des politiques se dessinent et cherchent à répondre à une question déjà ancienne qui s'est posée dans la fin des années 70, quand nos sociétés sont entrées en crise et en mutation : « comment accroître l'économie des moyens et d'efficacité, c'est-à-dire l'efficacité des résultats de notre système de santé ? ». Cette question se pose de manière extrêmement forte sachant que notre modèle de réflexion repose sur deux principes importants. Le premier est celui de l'égalité d'accès à l'ensemble de la population pour la prestation de la santé. Le deuxième c'est la liberté de choix, à la fois du patient et du thérapeute dans sa démarche diagnostique et thérapeutique.

Nous sommes confrontés à une série d'interrogations qui tiennent à la fois aux incertitudes de l'évolution de la conjoncture économique et de ses retombées budgétaires. Nous sommes confrontés à des interpellations et des interrogations sur l'incidence du choc du vieillissement de la population sur la demande future de santé. Toutes ces questions qui sont présentes expliquent fondamentalement les évolutions qui se caractérisent aujourd'hui, me semble-t-il, par cinq grandes tendances.

[Parmi ces cinq tendances, la seconde stipule que l'on va introduire de plus en plus des normes de référence par rapport aux pratiques médicales. C'est vrai pour l'hospitalier, c'est vrai pour l'ambulatoire. En ce qui concerne l'hospitalier, un exercice est en cours de préparation qui porte sur 26

suite page 44 

prestations, qui sont considérées comme des prestations de routine et l'on va comparer la consommation des ressources dans l'ensemble des hôpitaux de ce pays et essayer de comprendre quelles sont les différences de distribution de consommation. L'idée étant, à travers l'information qui sera envoyée aux établissements hospitaliers, d'entraîner des mécanismes de correction, là où il apparaît par rapport à la norme qui serait retenue et à un écart qui serait considéré comme normal par rapport à la norme, de ramener progressivement, éventuellement de manière plus sévère, cette consommation à la norme admise. Des comités d'experts vont devoir travailler pour procéder à la reconnaissance des bonnes pratiques médicales en la matière.

Il ne s'agit pas seulement d'aborder la question sur le terrain de l'hôpital, la même démarche se fera dans le domaine de la pratique ambulatoire. Il est prévu qu'un conseil de promotion de la qualité va déterminer quels sont les paramètres qui permettent d'identifier ce que l'on pourrait appeler effectivement la bonne pratique médicale ambulatoire.

Tenant compte des informations dont nous disposons sur le profil de chaque prescripteur, de chaque prestataire, on va mettre en relation les informations que l'on a sur sa pratique, avec ce qui serait effectivement considéré comme la norme.

Ces informations distribuées individuellement vont aussi faire l'objet d'évaluations communes dans des cercles d'évaluation dans lesquels les médecins seront partie prenante et il est prévu qu'après une politique à caractère incitatif basée sur l'information, si les comportements sont considérés comme déviants, le médecin sera sanctionné pour la pérennité en quelque sorte d'une pratique coûteuse pour l'assurance maladie. La multiplication de ces normes de référence dans la pratique, va certainement interpeller les acteurs dans le domaine de la santé.

8/ Le point de vue des représentantes du secteur des coordinations de soins à domicile

ENTRETIEN MENÉ EN PRÉSENCE DE :

Nicole Grimberghs *Co-Présidente de la Fédération des Soins à Domicile*

Catherine Ballant *Directrice de l'asbl Soins Chez Soi*

8/1 Une fédération jeune où l'évaluation n'a pas encore constitué une priorité

La fédération des coordinations de soins à domicile est relativement jeune puisqu'elle a vu le jour en 2003, concomitamment avec les Assises de l'ambulatoire, afin de pouvoir y représenter le secteur.

Depuis, la fédération s'est intéressée à trois dossiers prioritaires :

- L'obtention d'agrèments quinquennaux.
- La représentation des coordinations de soins à domicile dans les débats sur les Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD).

Il s'agit d'une volonté du gouvernement fédéral d'organiser une intégration des services de soins à domicile par zones. Cette initiative est actuellement au point mort.

- L'obtention d'un label de qualité pour les coordinations agréées par la COCOF.

L'enjeu consiste à rendre plus visible la qualité du travail réalisé par les coordinations agréées et garantie par les contrôles liés à leur agrément. Il s'agit de cette façon, de pouvoir se différencier, aux yeux de la population, des petites structures qui se présentent comme coordinations de soins à domicile sans toujours présenter les mêmes garanties de professionnalité. Le projet d'élaborer une plaquette de présentation commune n'est pas encore abouti.

S'étant consacrée en premier lieu à ces trois dossiers et le temps étant réduit depuis sa création, l'évaluation n'a jusqu'à présent pas constitué un thème prioritaire ni fédérateur pour la fédération.

On peut cependant s'étonner qu'aucune réflexion sur des modalités d'évaluation sectorielle n'ait été associée à la revendication d'un label de qualité. On peut s'interroger aussi sur cette absence de concertation sectorielle sur le thème de l'évaluation lorsqu'il semble par ailleurs que le projet des SISD, auquel l'INAMI est étroitement associé, prévoyait un certain nombre de dispositions en matière de recueil de données.

8/2 D'un secteur hétérogène à des modalités d'évaluation difficilement homogènes

Le secteur des coordinations de soins à domicile recouvre trois catégories d'institutions :

- Une coordination dite intégrée est répertoriée en catégorie 3. Elle dispose, en son sein, des trois types de services piliers, à savoir des infirmières à domicile, des aides familiales et des repas à domicile.
- Une coordination dite semi-intégrée est répertoriée en catégorie 2. Elle dispose, en son sein, de deux seulement des services piliers (infirmières à domicile et aides familiales mais pas de repas à domicile).
- Trois coordinations non intégrées sont répertoriées en catégorie 1. Elles ne disposent, en leur sein, d'aucun des services piliers. Elles font dès lors systématiquement appel à d'autres organisations pour la dispensation de soin, l'aide familiale et les repas à domicile.

En fonction de leur appartenance à l'une ou l'autre catégorie, les modalités de subventions, mais surtout les modalités d'organisation et d'action des différentes coordinations sont différentes.

Il est dès lors difficile d'imaginer des modalités d'évaluation communes à tout le secteur.

- Les actions évaluable sont différentes en fonction des catégories,
- Les renseignements disponibles sont différents en fonction des catégories. Les coordinations en catégorie un, par exemple, contrairement aux catégories deux et trois, travaillent uniquement avec des infirmier(e)s extérieur(e)s au centre. Il leur est dès lors difficile de connaître la fréquence ou la durée exacte de la dispensation de soin. Par ailleurs, en cas de prolongation du soin, il arrive que la personne malade recontacte directement l'infirmier(e) prestataire sans transiter nécessairement par la coordination qui ne dispose donc pas systématiquement de cette information. En termes quantitatifs, les coordinations de catégorie un n'ont la possibilité d'enregistrer que le nombre de fois où elles ont mis en contact un patient et un(e) infirmier(e).

8/3 Pas de recueil de données et un rapport d'activité quantitatif et peu standardisé

Les coordinations de soins à domicile doivent transmettre à l'administration un rapport d'activité annuel.

Ce rapport d'activité n'impose pas de contenu qualitatif sur les actions menées. Y transmettre des informations plus qualitatives relève donc du choix des différentes coordinations de soins à domicile.

Les informations prescrites dans le rapport d'activité sont donc uniquement quantitatives.

Toutefois, ces informations peuvent difficilement être comparées ou agréées.

D'une part, d'après les représentantes du secteur, le rapport d'activité, s'il est relativement strict, n'est pas à proprement parler standardisé ; de sorte qu'une marge d'appréciation est laissée à l'interprétation des coordinations. Les modalités de comptage sont diversifiées. Il en est ainsi, par exemple, des chiffres reflétant le pourcentage de l'activité hors heures de bureau. Il en est de même pour les dossiers dits «coordonnés» dont le nombre constitue un critère déterminant pour l'obtention des subsides. Certains considèrent qu'un dossier est déjà coordonné lorsqu'il implique deux services de base ; tandis que d'autres considèrent de façon plus stricte qu'un dossier est dit coordonné seulement à partir du moment où il implique les trois services piliers (dispensation de soins, aide familiale et repas à domicile).

D'autre part, il n'est pas exclu que les chiffres fassent apparaître des doubles comptages, lorsqu'ils impliquent plusieurs coordinations, soit parce qu'il arrive que les coordinations fassent appel à d'autres coordinations pour dispenser des services (faire appel aux aides familiales ou aux repas à domicile d'autres coordinations par exemple), soit parce que des patients eux-mêmes tournent et/ou transitent entre différentes coordinations.

Enfin, les informations quantitatives transmises dans le rapport d'activité ne reflètent pas toujours avec pertinence la charge réelle de travail. Le nombre de dossiers enregistrés n'est pas pondéré par la lourdeur de la prise en charge. Or, certains dossiers impliquent un investissement important du personnel des coordinations, même s'ils ne débouchent pas nécessairement sur la mise en place d'un dossier dit «coordonné». C'est le cas par exemple des demandes croissantes liées à un mal-être, à des problèmes qui relèvent de la santé mentale et/ou des assuétudes et pour lesquels les patients éprouvent des difficultés à exprimer et/ou à reconnaître leurs problèmes.

L'absence d'obligation de transmettre des informations qualitatives ne facilite pas la contextualisation des chiffres. Par ailleurs, aucune information sur les caractéristiques de la population et les problématiques prises en charge par les coordinations de soins à domicile n'est imposée dans les rapports d'activité. Aucun recueil permettant de mettre en évidence ce type de données n'est organisé sectoriellement. Ce n'est en tout cas pas une obligation. Pourtant, à travers leurs pratiques, les coordinations peuvent observer certaines constantes, certaines inflexions importantes. Là encore, l'enregistrement et la transmission de ce type d'information est laissée à l'appréciation des différentes coordinations de soins à domicile.

Certains, au sein de la fédération, seraient favorables à un effort d'harmonisation sectorielle des rapports d'activité et des données qu'ils contiennent. Davantage d'harmonisation permettrait d'accroître la cohérence, la visibilité et la reconnaissance du secteur à l'égard des cabinets et de l'administration, mais aussi vis-à-vis d'autres secteurs hors du champ de l'ambulatoire (les hôpitaux par exemple) ou au sein de l'ambulatoire, notamment pour clarifier les posi-

tions de chacun (notamment en fonction des lignes de soin) et pour améliorer les collaborations. Il convient toutefois de préciser que cette perspective ne semble pas faire l'unanimité des coordinations ; pas au point en tout cas d'en faire actuellement une priorité de travail au sein de la fédération. Sans doute la difficulté liée à l'hétérogénéité du secteur (voir plus haut) rend aussi cet exercice particulièrement périlleux.

8/4 L'évaluation du travail au sein des coordinations de soins à domicile

Comme toute asbl, toutes les coordinations font l'objet d'un contrôle interne par leur AG et leur CA auxquels le rapport d'activité est aussi présenté annuellement.

Par ailleurs, au niveau des différentes coordinations, et en fonction des choix de chacun, des modalités d'évaluation du travail peuvent être mises en place. Parmi celles-ci on retient les réunions d'équipe où chaque dossier est discuté et les supervisions d'équipe qui donnent aussi l'occasion d'évaluer le travail de chacun.

Enfin, certaines coordinations ont mis en place des procédures d'évaluation qui leur sont propres. A titre d'illustration, tous les mois, l'asbl «Soins chez soi» téléphone à un échantillon de 10% des patients au dossier dit «simple» qui sont invités à répondre à une grille de questions concernant l'accueil, la coordination de façon générale et les services dispensés prestataire par prestataire. Cet outil permet une appréciation globale et ciblée des prises en charge. Quant aux dossiers «coordonnés», ils sont à 100% associés à une procédure d'évaluation qui s'inscrit au cœur même de la prise en charge des patients. Dès le départ, chaque demande fait l'objet d'une évaluation pour déterminer les besoins du patient et définir les actions qui doivent être mises en place. Puis le plan d'accompagnement est évalué régulièrement à des dates butoirs lors de réunions de coordination réunissant les différents intervenants au chevet des patients (et/ou de leur famille). Il semble d'ailleurs que le décret prévoit ce type de réunion de coordination dans tous les cas où une situation le nécessite parce qu'elle piétine, n'évolue pas bien ou qu'elle présente des problèmes.

Autant de modalités d'évaluation qui permettent d'apprécier davantage la qualité du travail accompli et d'adapter chaque prise en charge de façon à l'améliorer.

D'un point de vue plus global, elles mettent en évidence les besoins de la population et l'offre de services. Elles montrent souvent les insuffisances de cette dernière. Certaines coordinations font écho de ces insuffisances ; mais de façon plus pragmatique, elles prennent parfois l'initiative d'y palier elles-mêmes développant des services qui échappent aux missions décrétales. Par exemple, confrontée à la difficulté des services d'aide aux familles de répondre rapidement aux demandes croissantes, une coordination a mis en place des assistantes ménagères. Un projet d'ergothérapie à domicile en est une autre illustration.

Si ce n'est pas encore le cas au niveau sectoriel (fédération), on observe bien une réflexion et des pratiques d'évaluation à l'échelle des coordinations de soins à domicile.

9/ Le point de vue du représentant du secteur des IHP

ENTRETIEN MENÉ EN PRÉSENCE DE

Thierry Van de Wijngaert *Président de la FFIHP, coordinateur de l'IHP «Prélude», asbl Juan Luis Vivès*

Les liens qui intègrent le secteur des IHP au sein de la COCOF sont tout à fait spécifiques. En effet, au même titre que pour leurs homologues flamands et wallons, les missions des IHP bruxelloises sont définies par un arrêté royal. Elles sont donc définies au niveau fédéral et pas par un décret spécifique de la COCOF. C'est un peu comme si le fédéral avait délégué à la COCOF le rôle de reconnaissance des IHP (à travers l'agrément quinquennal) et de contrôle du respect des missions définies au fédéral.

Par ailleurs, les dispositions fédérales restent peu détaillées et leurs traductions à l'échelle fédérée sont diverses. Les façons dont travaillent la COCOF, la COCOM ou la Wallonie sont différentes.

C'est dans ce cadre que s'inscrit la thématique de l'évaluation.

D'après son représentant, le secteur des IHP est traversé par de nombreuses réflexions à propos du thème de l'évaluation. Ces réflexions, menées notamment au sein de la fédération, sont pour la plupart critiques ; toutefois elles ne traduisent pas pour autant une volonté d'opposition systématique.

9/1 Critiques du RPM

(Résumé Psychiatrique Minimum)

Les IHP, s'inscrivant dans un cadre fédéral, doivent, comme les hôpitaux psychiatriques et les maisons de soins psychiatriques (M.S.P.), se prêter à un recueil de données organisé par l'administration fédérale de la Santé Publique. Ce recueil de données se nomme R.P.M. (Résumé Psychiatrique Minimum). De façon un peu caricaturale, on peut se demander si le qualificatif minimum décrit bien le caractère résumé ou limité des informations transmises ou s'il ne décrit pas plutôt les insuffisances, les limites, de son exploitation. S'il s'apparente à l'évaluation, s'il y ressemble, le RPM semble peu relevant pour évaluer de façon pertinente les problématiques des bénéficiaires et l'offre de soins, en particulier la qualité du travail ; a fortiori si l'on entend la qualité du travail dans son acception large, c'est-à-dire connaître quelque chose de la nature même du travail au-delà des seuls et stricts jugements d'efficacité. Et même pour ces derniers, le recueil d'informations quantitatives est plus que probablement inopérant.

D'après le représentant du secteur des IHP, l'outil paraît bien dérisoire au regard des objectifs affichés officiellement ; à savoir soutenir la politique de santé par la détermination des besoins en équipement, la définition des normes quantitatives et qualitatives d'agrément, l'organisation du financement et le contrôle de l'usage efficace des fonds publics et, enfin, l'élaboration d'une politique de santé sur base de données épidémiologiques.

9/1/1 Minimums, les catégories ?

Les catégories véhiculées par le RPM sont d'emblée discutables. Il n'existe pas de recueil de données neutre. Un questionnaire repose toujours sur une conception préalable qui oriente les lectures possibles de la réalité. Dans le cas du RPM, les catégories sont construites à partir du DSM IV²⁷.

Elles reposent donc d'emblée sur une lecture particulière de la santé mentale, plutôt inspirée des approches comportementalistes et cognitivistes, qui

s'imposerait de façon monopolistique et relativement autoritaire alors qu'elle n'est pourtant pas le seul cadre référentiel pour l'ensemble des professionnels.

Deuxièmement, ces catégories sont loin d'épuiser le réel. Bon nombre de cas ne rentrent pas dans les cases préétablies. Ou encore, les cases préétablies n'offrent pas un degré de finesse suffisant et des informations pourtant essentielles pour le travail en IHP «passent à la moulinette de critères qui sont absolument inconsistants». Par exemple, on cochera la case «paranoïa», sans pouvoir en préciser la nature ou l'intensité. Or, certains patients gardent une certaine conscience de leur paranoïa. Pour eux, la certitude d'être victime d'agressions reste pondérée par la conscience d'une certaine dissonance par rapport au monde. Alors que d'autres auront perdu cette capacité d'interrogation. Or, cette finesse de l'information est effacée par la seule catégorie «paranoïa» ; alors que ce type de différenciation est essentiel pour le travail en IHP et conditionne grandement à la fois les potentialités de travail et sa nature même.

Les catégories définissant la nosographie ne sont pas les seules à poser des questions. D'autres catégories portant davantage sur le travail s'avèrent tout aussi pauvres. Que signifie par exemple «une sortie de commun accord» opposée à «une sortie exigée» ? Tout le travail autour d'une fin de séjour et de l'après séjour qui implique une dynamique relationnelle complexe est ainsi ravalé à un «OK / pas OK».

Troisièmement, les catégories sont les mêmes, qu'il s'agisse du travail des hôpitaux psychiatriques, des MSP et des IHP ; alors que les réalités et les formes de travail sont fondamentalement différentes. Même si les catégories étaient totalement pertinentes et adéquates pour un secteur (ce qui reste discutable), comment imaginer qu'elles le soient pour tous ?

Enfin, les conclusions en matière épidémiologique ne peuvent qu'être tronquées dans la mesure où une proportion considérable des intervenants en santé mentale ne remplit pas le RPM, du fait qu'ils n'y sont pas tenus, comme les structures PST, les SSM, etc.

9/1/2 Minimum, l'exploitation des données ?

Si les catégories sont, en soi, discutables, leur capacité à produire des informations pertinentes est aussi mise en doute. Les enseignements que l'on peut en tirer paraissent bien faibles pour une réflexion scientifiquement sérieuse et pour poser des choix cohérents au niveau du terrain comme au niveau politique.

Au niveau du terrain, les professionnels reçoivent des tableaux de données relativement brutes, avec peu de commentaires. Le délai entre le recueil de données et la diffusion des tableaux statistiques est assez long (un an à un an et demi). Mais surtout les informations restent trop grossières pour permettre, comme telles, de s'interroger valablement sur le travail.

D'un point de vue politique plus global, les informations recueillies paraissent insuffisantes au regard des objectifs énormes que poursuit la mise en œuvre du RPM. A quoi peuvent donc servir des tableaux comparatifs entre régions concernant par exemple des catégories concernant les visées de l'action, telles que «examen, amélioration ou maintien» ? Premièrement, les IHP

27 Le DSM est le «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders». Il s'agit d'un «manuel proposé par l'association américaine de psychiatrie pour établir un diagnostic psychiatrique après l'examen d'un malade mental en se référant à une classification des syndromes» (Postel J. (sld.), Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique, Paris, Larousse, 1993).

n'effectuent semble-t-il jamais d'examen (on retrouve ici l'idée selon laquelle les catégories ne sont pas nécessairement pertinentes pour tous les secteurs). Deuxièmement, les tableaux font apparaître qu'en Flandre, les IHP ne visent que le maintien, et ont peu d'ambition thérapeutique, contrairement à Bruxelles et à la Wallonie. Ces différences prennent tout leur sens lorsqu'on les replace dans le contexte historique des uns et des autres. A Bruxelles et en Wallonie, les IHP proviennent surtout d'initiatives alternatives du monde associatif ; tandis qu'en Flandre, elles s'inscrivent dans une réorganisation des grands hôpitaux psychiatriques auxquels elles restent étroitement liées, comme des annexes. Dès lors, en Flandre l'ambition thérapeutique reste le propre de l'hôpital et les IHP s'occupent plus spécifiquement du maintien. Alors que faire de cette information ? S'il s'agit de prendre acte des dynamiques institutionnelles différentes, ça ne mange pas de pain. S'il s'agit d'en déduire un modèle unique pour toutes les régions, ça devient plus délicat et ça risque surtout d'être en total décalage avec la réalité des uns et des autres.

Une initiative récente de l'administration fédérale a été d'utiliser le RPM pour caractériser la situation de «patients chroniques dans des contextes complexes». En soi, le représentant du secteur des IHP trouve intéressant d'explorer cette problématique pour envisager les dispositifs de soins les mieux adaptés à ce type de population. Mais il émet de gros doutes quant à la capacité du RPM à éclairer cette question. D'après lui, bon nombre de professionnels trouvent que la possibilité de comprendre les situations complexes et chroniques sur base de données purement quantitatives relèvent tout simplement de l'illusion. Effectivement, on peut connaître le nombre et la durée des séjours. Mais il reste encore à fixer (c'est-à-dire à choisir) la limite quantitative à partir de laquelle on considère qu'un cas est qualifié de chronique. Et puis surtout, les données du RPM ne permettent pas actuellement de faire jouer d'autres paramètres plus sociologiques, plus systémiques. Cette initiative a d'ailleurs été rejetée par les représentants des secteurs qui ont été consultés.

9/1/3 Minimum l'intérêt et maximum la lourdeur et l'inquiétude

D'après le représentant des IHP, les professionnels ont de façon massive le sentiment de traîner cet outil derrière eux. Ils considèrent le RPM comme une obligation d'autant plus lourde qu'il leur paraît inadapté et sans grand intérêt ni pour réfléchir sur leur travail, ni pour concevoir une politique de santé mentale digne de ce nom.

Il semble qu'un questionnaire visant à évaluer l'utilisation du RPM par les professionnels des hôpitaux psychiatriques, des MSP et des IHP ait été envoyé récemment. Sans préjuger des résultats de cette enquête, en ce qui concerne les IHP, il est fort à parier que, hormis l'une ou l'autre exception²⁸, aucun membre de la fédération n'utilise le RPM.

Lors de sa nomination en 2003, le ministre fédéral de la santé exprimait un certain nombre de critiques à l'égard du R.P.M., outil qui lui paraissait peu adéquat. En 2004, il annonçait d'ailleurs une réorganisation du R.P.M. dans le sens d'une simplification administrative, nourrissant ainsi les espoirs du secteur. Espoirs déçus en 2005 lorsque le ministre présente les résultats de la révision et de la modularisation du R.P.M.

L'élément crucial de ce système d'enregistrement sera la «possibilité – dans les limites de la loi sur la protection privée - de suivre le trajet effectué par le patient dans le milieu des soins de santé mentale au moyen d'identification unique du patient». Alors qu'il ose encore parler d'une «cure d'amaigrissement du RPM», la note spécifie une série d'informations complémentaires à récolter dont : «la satisfaction du patient ; la qualité de la coopération entre acteurs et partenaires ; l'efficacité et l'efficacé du traitement ou, lorsqu'aucune vérification n'est (encore) possible, l'évolution de

*la qualité de vie du patient au cours du traitement ; des informations relatives aux problèmes du patient et au traitement proposé». Cela ressemble plutôt à une cure de grossissement que d'amaigrissement*²⁹.

Mais bien plus que l'absence d'amaigrissement du recueil de données, c'est la considération du ministre à l'égard de ce type d'outil qui prête à interrogations, lorsqu'il affirme :

*La recherche dans les soins de santé mentale doit rattraper son retard sur celle des soins de santé somatique et ne pas être traitée en parent pauvre. La littérature sans cesse croissante au sujet de l'evidence based mental health révèle que les dispensateurs de soins et les chercheurs font toujours mieux la différence entre fait et fiction. Il est possible, sur base des données de l'attitude qualitative et quantitative, de travailler au développement d'un protocole de traitement pouvant contribuer à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité*³⁰.

Plutôt qu'à une révision salutaire du RPM, le secteur assiste à l'accentuation d'une conception de la recherche basée sur des techniques statistiques et gestionnaires qui nient la complexité de l'objet d'étude du fait d'être importées d'autres secteurs d'activité.

Plus encore que le faible intérêt et la lourdeur du RPM, c'est l'inflexion managériale qui est donnée à l'évaluation qui semble inquiétante. Dans cette optique, la politique de santé mentale serait réduite finalement à la gestion du coût social de la maladie mentale et en bout de course, ni plus ni moins, à la gestion de malades mentaux, de patients que l'on classerait, que l'on qualifierait (par exemple de chroniques et complexes) et pour lesquels les formes d'intervention pourraient être plus ou moins standardisées dans une forme de «taylorisme relifté»³¹ de la santé mentale.

9/1/4 Minimum, la concertation ?

D'après le représentant du secteur des IHP, le manque d'intérêt du RPM en soi et des professionnels pour le RPM est dû notamment à l'insuffisance de concertation. Il considère en effet que tout travail ne peut être scientifique et rigoureux qu'à partir du moment où il repose sur une consultation relativement large.

Or, en ce qui concerne le RPM, la concertation reste réduite. Il existe probablement un comité relativement restreint regroupant quelques experts et quelques représentants du terrain. Toutefois, et étrangement, la fédération des IHP ne figure pas parmi les représentants du terrain invités.

Par ailleurs, il serait faux de prétendre qu'il n'existe pas de consultation. Mais la portée de cette dernière reste relative. L'actuel ministre fédéral de la santé avait organisé les «dialogues de la santé» dans le courant de l'année 2003, consultant ainsi les différentes fédérations. Cette consultation portait sur des thématiques diverses et le RPM n'y a figuré que de façon marginale.

suite page 48

28 Il semble qu'une IHP utilise effectivement les données du RPM, mais il faut souligner qu'elle engage quelqu'un sur fonds propres pour en exploiter les résultats.

29 Van de Wijngaert Th., «Belgique : le ministre de la santé contaminé par l'évidence !», Agence Lacanienne de Presse, Paris, 04/05/05, n°101 (www.forumpsy.org).

30 Extrait de la «note politique relative à la santé mentale» du ministre Rudy Demotte (février 2005), cité in Van de Wijngaert Th., *ibidem*.

31 Van de Wijngaert Th., *ibidem*.

Toutefois, «en janvier 2004, fort de sa consultation des différentes fédérations, le ministre annonçait parmi une série d'actions à mener et reprises sous la rubrique 'simplification administrative', l'examen du RPM, outil d'évaluation qu'il qualifiait d'inadéquat»³². Mais au regard de la nouvelle inflexion donnée au RPM, on peut s'interroger sur la portée de la consultation, en particulier dans sa traduction opérationnelle. Alors, réel dialogue ou relatif monologue ?

9/2 Des réflexions en débat au sein du secteur

9/2/1 A l'échelle sectorielle

Les critiques émises à l'égard du RPM pourraient faire penser que le secteur est totalement rétif à la thématique de l'évaluation. Or, si les résistances sont bien présentes à l'égard de certaines conceptions de l'évaluation, ce n'est pas l'évaluation en tant que démarche de questionnement qui est remise en cause dans son ensemble.

Au contraire, le secteur, au sein de la fédération francophone des IHP (Bruxelles et Wallonie), est soucieux de réfléchir sur ses pratiques, de disposer de données de plus en plus élaborées à transmettre notamment aux pouvoirs d'agrément et au fédéral.

Des réunions mensuelles sont organisées, pour aborder des questions de fond. Parmi celles-ci, un travail est en cours à propos de l'arrêté royal et de sa confrontation aux pratiques de terrain. Ce travail permet de définir un tronc commun qui pointe les éléments satisfaisants et critiques à l'égard de la législation. C'est aussi l'occasion de s'interroger, après 15 ans, sur les adéquations et/ou inadéquations entre le travail concret et les missions telles qu'elles sont définies. Par exemple, les IHP sont censées permettre l'acquisition d'aptitudes sociales, dans une vision plutôt pédagogique. Cette mission s'avère relativement réductrice au regard du travail réel d'accompagnement. Si une dimension pédagogique est présente au sein de l'accompagnement, elle reste le plus souvent marginale par rapport aux dimensions de rencontre, d'expression et d'élaboration qui renversent la perspective. Le savoir et le savoir-faire effectifs qui doivent émerger ne sont pas tant du côté de l'intervenant que du côté du résidant. Dans le travail concret, il s'agit avant tout de comprendre les bénéficiaires et les difficultés qu'ils expriment et puis il s'agit de permettre au bénéficiaire d'être suffisamment bien avec lui-même pour pouvoir se confronter à l'autre. Il y a aussi tout un aspect du travail qui relève de la dynamique de groupe et qui porte davantage sur l'esprit d'une communauté de vie. Autant de dimensions du travail qui dépassent de loin le seul travail pédagogique qui, par ailleurs, postulerait que les difficultés des personnes pourraient se réduire à des déficits en termes d'apprentissage.

Dans le même ordre d'idée, tout un travail de réflexion a été mené sur le thème des collaborations, réseaux et circuits de soins. Une enquête a été réalisée auprès des membres de la fédération pour faire apparaître leurs expériences et leurs points de vue sur la question. Cette enquête a fait l'objet d'un écrit qui a été présenté lors d'une journée de travail. Il ressort notamment que plus que des protocoles ou des formalisations de coopérations, ce sont surtout les expériences concrètes et les relations sociales interpersonnelles qui déterminent la qualité des collaborations.

Pour le moment, ce travail de réflexion repose essentiellement sur des débats à partir des expériences des uns et des autres. Hormis une enquête quantitative visant à démontrer de façon plus technique le sous-financement du secteur (frais de fonctionnement non financés), les démarches de questionnement restent largement qualitatives au niveau de la fédération. Se lancer dans l'élaboration d'outils quantitatifs propres au secteur des IHP nécessiterait

l'engagement d'un chercheur et un temps de maturation avec la participation des membres de la fédération pour choisir des items pertinents et en définir clairement les termes. Tout en regrettant le poids accordé aujourd'hui à l'argument du chiffre, le représentant du secteur des IHP est conscient que ce type d'outil pourrait sans doute encore renforcer la légitimation du secteur et la crédibilité de ses réflexions. Mais en l'état actuel, les moyens sont insuffisants, et l'élaboration d'un outil quantitatif sectoriel n'est pas à l'ordre du jour.

Ceci ne ternit en rien la qualité des réflexions qui sont produites au sein du secteur et qui, pour la plupart, s'articulent à des recherches et écrits à caractère scientifique menés et rédigés par ailleurs sur des thématiques proches. Le secteur des IHP est convaincu dans son ensemble qu'il existe des sujets de réflexion intéressants qui mériteraient de faire l'objet de recherches. Il serait même prêt à y contribuer pour peu qu'elles soient effectivement et suffisamment financées, et qu'elles soient menées dans un esprit de concertation et avec tout le sérieux requis, c'est-à-dire en ne restant pas à l'apparence de scientificité que donnent les tableaux statistiques et qui relèverait davantage du toc. Le secteur par contre s'opposera aux projets de recherches qui relèveraient du mythe de la «machine à chiffres» qui viendrait suppléer le prétendu «encombrement du bavardage».

9/2/2 A l'échelle des institutions

D'après son représentant, le secteur des IHP se caractérise par une dynamique intense de réflexion. Cette dernière est soutenue par la fédération, mais on la retrouve aussi à l'échelle des institutions elles-mêmes. Chacune développe ses propres modalités de réflexion. Elle est présente dans des supervisions, dans des réunions d'équipe où l'on discute de cas cliniques. Ce type de réunion est d'ailleurs prescrit par la législation. L'évaluation s'inscrit alors pleinement dans le travail clinique, puisque ce dernier ne peut être déconnecté d'une réflexion permanente sur les besoins de chaque bénéficiaire, sur ses difficultés, sur les effets de l'accompagnement, sur ce qu'il est bon d'envisager pour la suite, etc.

Chaque structure tente au mieux de rendre intelligible son travail et de voir comment améliorer les choses. Certaines produisent même ponctuellement de petites statistiques en interne, soit pour éclairer des questions, soit pour faire émerger de nouvelles questions à mettre au travail. Mais ces statistiques sont toujours en lien avec une réflexion sur la clinique. Si la clinique porte à penser, par exemple, que le nombre de séjours brefs est en augmentation, à l'aide de statistiques, dans un premier temps, on peut vérifier cette hypothèse et, dans un second temps, en explorer les causes en s'interrogeant par exemple sur les critères de sélection des candidats bénéficiaires à l'habitation protégée afin d'améliorer la politique des admissions.

A cet égard, le rapport d'activité et plus encore le dossier d'agrément quinquennal peuvent constituer des moments privilégiés de réflexion et/ou d'évaluation pour les IHP. En ce qui concerne la COCOF, ces rapports sont peu standardisés. Malgré la dimension de contrôle, le représentant du secteur trouve positif le fait que ces rapports laissent une large place à des dimensions qualitatives concernant les projets, leur actualisation, les formes de succès ou au contraire d'échec, dans un esprit qui n'est pas l'attribution de bons ou de

32 Van de Wijngaert Th., «Belgique : le ministre de la santé contaminé par l'évidence !», *Agence Lacanienne de Presse*, Paris, 04/05/05, n°101 (www.forumpsy.org).

33 De Coninck F., Lambeau E., Van de Wijngaert Th., *L'évaluation dans la cité : un médiateur scolaire au travail*, 30/05/04. Voir plus largement les comptes rendus du cycle de travail organisé dans le courant 2004 sur la question de l'évaluation par le groupe alpha (www.alpha-psychanalyse.org).

mauvais points, mais de clarification de l'activité des IHP. D'après lui, les informations dont dispose l'administration sont intéressantes. On peut toutefois regretter qu'elles soient insuffisamment traitées sans doute faute de moyens. Il souligne toutefois que les rapports sont effectivement lus par l'inspectrice qui, tout en faisant preuve d'objectivité reste sensible à la variété et aux spécificités des projets. Les visites d'inspections, parce qu'elles permettent un retour et des échanges sur le contenu des rapports, semblent satisfaisantes.

9/2/3 Une réflexion nécessaire

La dynamique de réflexion est donc présente, tant au niveau des IHP que de la fédération. Elle apparaît comme une nécessité.

Premièrement, elle s'inscrit dans le travail clinique lui-même et permet de mieux adapter les modalités d'action aux réalités de terrain.

Deuxièmement, au niveau sectoriel, elle permet de clarifier et de préciser le travail des IHP à l'égard de l'administration et du monde politique.

Troisièmement, cet effort de visibilité et de reconnaissance est aussi nécessaire à l'égard d'autres secteurs professionnels (en particulier les hôpitaux et les jeunes médecins) pour qui le travail des IHP semble encore mal connu.

Certains par exemple sont peu au fait des limites de l'action en termes d'encadrement des bénéficiaires, de gestion de l'urgence, etc. Dès lors, la fédération se saisit des occasions qui se présentent (colloques, groupes de travail, etc.) pour faire entendre la voix du secteur et exposer la nature du travail en IHP.

Enfin, si la réflexion sur le travail est une nécessité, elle n'est pas suffisante. Elle doit absolument s'accompagner d'une réflexion (en «méta») sur les modalités mêmes de la réflexion : à savoir sur les méthodes mises en oeuvre, sur la clarification de concepts, de catégories de pensées, ainsi que sur les modalités de présentation des informations, des enseignements et des résultats de la réflexion. Ceci afin que les «camemberts statistiques» [ne soient pas comparables] au fromage finalement lâché par le corbeau médusé dans la gueule du renard»³³.

Par contre, d'après le représentant du secteur des IHP, un travail de réflexion avec d'autres secteurs, avec l'administration et les cabinets est intéressant pour peu que les débats y soient réellement ouverts et que les méthodes proposées fassent l'objet d'une concertation et laissent la place au débat. Une consultation large des acteurs concernés est la condition non pas (ou non seulement) de l'acceptation de l'évaluation ; mais bien plus la condition de sa qualité et de sa capacité à produire des enseignements pertinents.

suite page 50



10/ Le point de vue des représentants de Télé-Accueil et du Centre de Prévention du Suicide.

ENTRETIEN MENÉ EN PRÉSENCE DE

Véronique Van Espen *Directrice de Télé-Accueil Bruxelles*

Axel Geeraerts *Directeur du Centre de Prévention du Suicide*

Il s'agit d'un secteur bien singulier puisqu'il recouvre uniquement deux associations qui, par ailleurs, ne sont pas regroupées en une fédération commune.

Les deux associations présentent évidemment des particularités :

- Télé-Accueil, par exemple, a un caractère généraliste, tandis que le Centre de prévention du suicide est davantage spécialisé sur cette problématique spécifique.
- Télé-Accueil dispense des formations à l'écoute et à l'accueil pour des professionnels et bénévoles intéressés. Tandis que le Centre de prévention du suicide a plutôt développé ses interventions pour des collectivités tels qu'écoles, entreprises, administrations, etc., dans le sens de la prévention (sensibilisation aux signes de souffrance et aux ressources personnelles, relationnelles et institutionnelles) et de la postvention (intervention de crise dans les milieux touchés par le suicide ou la tentative de suicide, groupes de paroles pour personnes endeuillées par le suicide, projet d'intervention psychologique en collaboration avec les urgences hospitalières). Ces activités ne sont ni reconnues, ni subsidiées par la COCOF.

Mais au-delà des particularités, elles manifestent aussi beaucoup de points communs. Toutes les deux disposent d'une équipe de professionnels et de bénévoles qui assurent une permanence téléphonique 24h/24. Toutes les deux relèvent du même décret COCOF. Leurs missions et leurs obligations sont donc identiques.

Malgré l'absence de concertation structurée au sein d'une fédération commune, c'est une grande cohérence entre les deux associations et donc, logiquement, une grande cohérence du secteur qui ressort de l'entretien. En matière d'évaluation, au-delà des obligations qui sont identiques, les préoccupations sont relativement similaires, les outils existants et leurs limites sont assez semblables, etc.

10/1 Le rapport d'activité

Les subsides étant calculés au prorata du nombre de communications téléphoniques et du nombre de bénévoles écoutants, le rapport d'activité annuel pour la COCOF requiert principalement des informations quantitatives qui permettent davantage un contrôle administratif et financier qu'une évaluation en tant que tel.

Toutefois, les services prennent la liberté de dépasser les obligations administratives et profitent du flou laissé sur le contenu du rapport d'activité pour y ajouter des informations supplémentaires, tant quantitatives que qualitatives, permettant de mieux présenter les actions – y compris celles qui ne bénéficient pas d'un financement COCOF – les préoccupations actuelles et les projets en construction. Les tableaux quantitatifs sont donc généralement agrémentés de commentaires et sont complétés par des témoignages d'écouterants.

Hors un accusé de réception, il n'y a pas de retour systématique de l'administration en ce qui concerne le contenu des rapports d'activité. Toutefois, lors de ses visites, l'inspection vient vérifier le nombre de bénévoles, les conventions individuelles qu'ils ont signées, les formations et supervisions qu'ils ont suivies, etc. Bref, il s'agit d'un contrôle d'éléments très factuels repris sous forme de tableaux informatisés pour l'un et papiers pour l'autre. Néanmoins cette visite ne se limite pas au comptage et est aussi l'occasion d'échanges constructifs sur le fond. Il semble que l'inspection connaisse et s'intéresse aux activités dans leur ensemble, y compris parfois pour des projets qui ne relèvent pas d'un financement COCOF. Cet intérêt de l'inspection est globalement vécu avec satisfaction par les deux associations.

10/2 Des données quantitatives lacunaires.

10/2/1 Le nombre d'appels

Le nombre d'appels enregistrés correspond aux appels «répondus». Ils ne reflètent donc pas la demande en tant que telle, mais uniquement la capacité d'absorption du service. On sait que les capacités de réponse sont largement insuffisantes par rapport à la demande. Mais il est difficile de se faire une idée exacte de la demande globale. On connaît le nombre d'appels qui arrivent à la centrale et on peut le comparer au nombre de communications téléphoniques effectives. Mais, parmi tous les appels qui arrivent à la centrale, il est impossible de déterminer la proportion de rappels de personnes qui attendent d'être prises en communication (combien de personnes rappellent et combien de fois rappellent-elles ?). Des solutions techniques pour accroître l'accessibilité sont envisageables. Toutefois, la demande paraît énorme. Dans le courant du mois de janvier, Télé-Accueil s'est prêtée à diverses expériences pour tester l'accessibilité. Même en organisant une permanence maximale de 4 personnes – ce qui vu le nombre de bénévoles est matériellement impossible au cours de toute l'année –, il est apparu qu'il était impossible de répondre à tous les appels. Et sans doute qu'en ouvrant deux lignes supplémentaires, ce ne serait pas suffisant.

Par ailleurs, le nombre d'appels enregistrés ne représente pas en tant que tel la population bénéficiaire des services d'écoute téléphonique, puisque certaines personnes peuvent téléphoner à plusieurs reprises (une personne qui téléphone dix fois est enregistrée dix fois). Même si Télé-Accueil a une rubrique pour préciser si la personne téléphone pour la première fois, occasionnellement ou régulièrement, il n'est pas possible d'objectiver avec précision la proportion d'habitues ou d'appelants «chroniques». Au Centre de prévention du suicide, il semble que cette proportion est tout de même significative.

10/2/2 L'identification des personnes et leurs problématiques

Le nombre d'appels n'est pas la seule information quantitative dont disposent les deux services. Pour chaque communication téléphonique, et sur le moment de l'appel, l'intervenant remplit une fiche d'enregistrement informatique qui reprend des informations sur l'identification des personnes d'une part et sur le thème ou les raisons de leur appel d'autre part.

Les fiches d'enregistrement des deux services sont assez semblables si ce n'est que, du fait de leur spécificité, le suicide apparaît comme un item parmi d'autres pour Télé-Accueil³⁴ et le nombre d'items est plus réduit pour le Centre de prévention du suicide pour lequel les items sont sans doute plus affinés, plus pointus, en ce qui concerne les données relative aux suicides et tentatives de suicide. Malgré les similitudes existantes, à ce jour les deux services n'ont pas de projet d'harmonisation et de collectivisation des données.

Toutefois, ces données restent limitées en raison de la nature même du travail.

D'une part, en ce qui concerne l'identification des personnes, il n'est pas rare que les fiches comportent de nombreuses rubriques indéterminées. Et pour cause, les appelants peuvent rester anonymes et la priorité accordée à l'écoute est peu compatible avec l'administration d'un questionnaire d'enquête. De sorte que les informations ne sont pas «forcées», mais récoltées au fil de la conversation et en fonction de ses aléas. Parfois, certaines rubriques sont remplies de façon relativement intuitive. Or, il n'est pas toujours facile, si ce n'est pas dit clairement, de déterminer l'âge de la personne par exemple ou même son sexe, au seul son de la voix. La situation socioprofessionnelle ou encore le statut familial ne sont pas toujours exprimés.

D'autre part, les thématiques sont reprises sous forme d'items et sous-items tels que problèmes existentiels, de solitude, de maladie, conjugaux, familiaux, sexuels, etc. Mais de nouveau, il arrive que les personnes n'expriment pas nécessairement leurs problèmes et, le cas échéant, il est fréquent qu'elles ne les expriment pas clairement et, en tout cas, pas de façon aussi précise que ne sont libellés les items.

Dernièrement, les deux services ont été confrontés à un accroissement important du nombre d'appels encombrants ou «polluants». Il s'agit d'erreurs (Télé-Accueil, par exemple, dont le numéro de téléphone est le 107, reçoit fréquemment des appels pour le 1307 ou le 1207), mais aussi et surtout d'appels malveillants, injurieux, pervers, ainsi que de blagues³⁵. Cette pollution des appels est problématique et peut, à un certain degré, mettre en danger la pérennité des services parce que, premièrement, elle bloque les lignes disponibles et, deuxièmement, elle en vient à décourager des bénévoles. Ces types d'appel sont aussi spécifiquement comptabilisés, afin de mieux les objectiver et d'en apprécier les évolutions. Puis en équipes et entre services confrontés à la même difficulté pour le Centre de prévention du suicide ou en fédération pour Télé-Accueil, des réunions sont organisées pour imaginer des solutions. Par exemple, le Centre de prévention du suicide a mis en place une nouvelle procédure. Désormais, l'appelant n'a plus accès directement à un écoutant mais à un message enregistré et il doit patienter une vingtaine de seconde avant d'être pris en communication. Ce filtre a effectivement permis de réduire le nombre de plaisanteries, mais pas de les éradiquer. Toutefois, il est possible qu'un certain nombre de «vrais» appels aient aussi été découragés, sans pour autant pouvoir ni vérifier ni quantifier cet effet pervers³⁶.

Il reste que, malgré leurs lacunes, ces informations quantitatives permettent de se faire une idée de la population qui fait appel aux services d'écoute téléphonique et de leurs difficultés.

Si l'on veut dresser grossièrement le portrait type de l'appelant à Télé-Accueil, il s'agit sans doute d'une femme de la cinquantaine, qui n'a pas de travail, qui dépend de la mutuelle, etc. Elle exprime surtout des problèmes liés à la solitude, des difficultés relationnelles, etc.

Si les catégories d'âges sont plus ou moins larges, elles montrent tout de même que la proportion de jeunes (moins de 15 ans et moins de 25-30 ans) reste faible parmi les appelants³⁷. La proportion de femmes est généralement plus importante³⁸. En ce qui concerne le statut socioprofessionnel, on ne sait pas toujours préciser le statut des personnes actives. On peut davantage détailler le statut des personnes qui ne travaillent pas car elles sont plus enclines à en parler ; tandis que la personne qui a un emploi et dont les difficultés ne sont pas liées à son activité professionnelle en parlera moins naturellement. On sait en tout cas que la proportion de personnes sans emploi est importante³⁹.

Dans une approche diachronique, elles permettent aussi de mettre en évidence des constances et, parfois, de découvrir des problématiques émergentes.

Constats, constances et nouveautés permettent de dégager des questions qui sont mises au travail en équipe, en supervision ou avec d'autres partenaires dans des réseaux ou fédérations. Les données quantitatives sont alors affinées et complétées par des informations plus qualitatives reposant sur le témoignage de situations de travail. Informations quantitatives et qualitatives permettent alors de réfléchir sur la nature du travail, d'améliorer ce dernier, de préciser les projets ou d'en concevoir de nouveaux (voir plus bas, le point 10.5).

10/3 *Quelle efficacité ?*

En soi, ces informations quantitatives ne disent pas grand-chose ni de la nature même du travail ni de sa qualité ou de son efficacité.

En ce qui concerne la qualité ou l'évaluation d'une quelconque efficacité de l'écoute, on ne peut pas en dire grand-chose. Il est en effet très difficile de l'objectiver. Encore faudrait-il préciser quelle efficacité et par rapport à quoi...

L'absence de suivi et l'anonymat des appelants ne permettent pas de savoir ce qui se passe dès que le téléphone a été raccroché. Certaines personnes expriment leur satisfaction, mais que peut-on en dire en termes d'évaluation ? Les deux associations comptabilisent bien les suites données à l'appel, notamment les éventuelles réorientations vers des services plus spécifiques, mais comment savoir ce que les personnes en font par la suite ?

Des études ont été réalisées aux Etats-Unis, mais la seule chose qu'il était possible d'évaluer en matière de service d'écoute téléphonique était la cohérence entre les lignes directrices affichées par les centres (objectifs, méthodes d'écoute directives ou non directives, etc.) et la façon dont travaillait effectivement le personnel. Mais, sur cette base, il reste impossible de savoir qui, des méthodes directives ou non-directives, sont les plus adéquates. Sans doute d'ailleurs n'y a-t-il pas de réponse à cette question et peut-être que la question elle-même est dénuée d'intérêt. On peut juste tirer de ce type d'évaluation une appréciation de la cohérence des services. En soi, la question de la cohérence reste une question importante au regard des équipes tout de même importantes de bénévoles (pour Télé-Accueil, près de 90 bénévoles écoutants qui se relayent toutes les quatre heures). Mais elle se travaille surtout et sans doute de façon plus pertinente dans les supervisions d'équipes.

suite page 52 

34 Précisons que les fiches d'enregistrement sont harmonisées au niveau de la fédération pour l'ensemble des Télé-accueil de Bruxelles et Wallonie.

35 Pour information, en 2004, sur les 59.393 appels décrochés, Télé-Accueil a été confronté à 14.127 plaisanteries, injures ou erreurs ; soit près de 24 % des appels décrochés.

36 Par ailleurs, une nouvelle disposition de loi impose aux opérateurs téléphoniques de transmettre les numéros d'appel aux services téléphoniques ; ce qui permet de bloquer l'accès des «numéros malveillants» aux services téléphoniques, durant une période limitée. Toutefois, cette disposition suppose des surcoûts relativement importants (comme l'installation d'une nouvelle centrale téléphonique) qui ne sont pas supportés pour l'instant.

37 En 2004, à Télé-Accueil, les moins de 30 ans ne représentaient que 27 % des appels décrochés ; tandis que la proportion des 30-60 représentait près de 58 % des appels.

38 64,3% de femmes en 2004 pour Télé-Accueil.

39 En 2004 pour Télé-Accueil, 37,7 % de «statut indéterminé», mais 48,5 % de «sans activité professionnelle», parmi lesquels 32% de chômeurs.

10/4 Les supervisions comme pièce indispensable du puzzle de la réflexivité

Sans aucune doute, le dispositif le plus à même d'aborder la qualité du travail d'écoute reste les supervisions. Ces dernières constituent une modalité importante de réflexion sur le travail. Des supervisions collectives mensuelles pour les écoutants sont d'ailleurs rendues obligatoires par le décret. Hormis ce caractère obligatoire, les supervisions paraissent nécessaires et inhérentes à l'activité d'écoute téléphonique, non seulement pour encadrer et soutenir le travail des bénévoles, mais plus largement pour partager des situations vécues, en débattre. Et c'est là, précisément, que le travail concret est réfléchi, évalué et peut être amélioré. Il arrive aussi que, confrontés à une expérience difficile (comme par exemple une tentative de suicide en direct), les écoutants sollicitent une supervision individuelle.

Un point par contre reste litigieux. Le décret impose aux deux services d'établir une convention avec un service de santé mentale ; comme s'ils avaient besoin d'une tutelle ou d'une accréditation de la santé mentale pour garantir la qualité du travail d'écoute. Si les services ne disposaient pas en leur sein d'un staff de professionnels et ne reposaient que sur le bénévolat, on pourrait encore comprendre. Mais ce n'est pas le cas. Et lorsque le besoin s'en fait sentir pour enrichir les supervisions, les services tiennent au libre choix de superviseurs extérieurs et ne souhaitent pas se sentir tenus à un centre de santé mentale qui serait leur seul référent.

Par ailleurs, les deux associations s'inscrivent dans des collectifs de réflexion thématique comme la fédération des Télé-Accueil, pour l'une, et la coordination d'un réseau d'associations et services qui, au niveau de la Communauté française, réfléchissent à des sujets liés au deuil et au suicide, pour l'autre,.

10/5 De l'évaluation à la conception de nouveaux projets

10/5/1 L'outil internet

Partant du constat que la proportion d'hommes et surtout la proportion de jeunes restaient faibles au sein de la population d'appelants, les deux services ont été amenés à développer des projets spécifiques sur internet. Télé-Accueil a mis sur pied une permanence par chat à raison de quatre heures/semaine ; et le Centre de prévention du suicide a développé un forum d'expression libre où les personnes peuvent publier anonymement un texte et se répondre mutuellement (après validation par un lecteur professionnel de l'association).

Le projet de forum du Centre de prévention du suicide fait lui-même l'objet d'évaluations. D'un point de vue quantitatif, au terme de cette première année d'implantation, près de 2000 messages ont été mis en ligne et il semble que l'objectif de toucher davantage les populations plus jeunes est atteint (c'est moins probant pour ce qui est de mieux toucher la population masculine). La volonté de promouvoir des échanges entre participants s'est concrétisée puisque près de 70 % des messages ont reçu des réponses.

Mais, au-delà des seules données statistiques, ce projet bénéficie du regard extérieur d'une association française déjà expérimentée en la matière. En outre, au terme de cette première année, le projet a été évalué en équipe. Les trois professionnels qui s'occupent du forum se sont prêtés au regard critique des membres de l'équipe (le projet ne faisait pas d'emblée l'unanimité au sein de cette dernière).

D'un point de vue plus qualitatif, une crainte initiale était que l'outil internet favorise surtout des messages superficiels ou anecdotiques. Or, il apparaît au contraire que le contenu est très riche. Au point que l'association envisage de mettre en place un programme capable d'analyser et de décortiquer quantitativement une série d'informations présentes dans les textes publiés. En outre, la richesse des propos fait de ce forum un précieux recueil de témoignages qui pourrait constituer un corpus intéressant pour des analyses qualitatives ou des études sur des thématiques liées au suicide. Pour dynamiser encore les échanges, il est envisagé de proposer un forum complémentaire animé cette fois par un professionnel qui interviendrait lui-même dans les échanges.

10/5/2 Devenir une sorte d'observatoire social

Télé-Accueil développe également une activité d'«observatoire social». Il s'agit de dépasser la stricte écoute et de pouvoir aussi prendre la parole et témoigner (dans le respect de l'anonymat) des difficultés auxquelles sont confrontés les bénéficiaires. Ce témoignage apparaît essentiel pour dépasser l'écoute individuelle de problèmes individuels et en faire écho de façon plus agrégée, globale et collective. C'est une forme de respect supplémentaire pour la parole des bénéficiaires et l'écoute des bénévoles. Puis c'est une façon de pouvoir interpeller d'autres acteurs concernés par les problèmes vécus pour qu'ils en fassent quelque chose.

Parmi ces acteurs figurent les responsables politiques, le grand public, mais aussi d'autres professionnels du social et de la santé. Notons que les difficultés exprimées par les bénéficiaires concernent souvent d'autres secteurs (notamment la santé mentale, la toxicomanie, etc.)

Ce travail d'observatoire permettra peut-être notamment de tirer la sonnette d'alarme sur des problèmes émergents et/ou sur des problèmes moins visibles parce que confinés dans des lieux clos où seul le téléphone offre une porte de sortie et d'expression. Ainsi, par exemple, lorsqu'à un moment les écoutants entendent fréquemment et de plus en plus les problèmes de femmes immigrées enfermées chez elles, lorsque tout d'un coup des enfants de moins de dix ans téléphonent pour parler parce qu'ils sont seuls à la maison à l'heure de se coucher, il faut pouvoir en faire écho de façon générale et aussi, plus spécifiquement, aux services et autres secteurs professionnels concernés.

Dans cette perspective le travail d'évaluation (tant quantitative que qualitative⁴⁰) des raisons pour lesquelles les personnes appellent le service permet de ne pas être seulement une oreille attentive et de devenir aussi un porte-parole.

40 Analyse quantitative, notamment, sur base des fiches d'enregistrement et qualitative, notamment, sur base des récits des écoutants.

11/ Le point de vue de la représentante du secteur des services d'aide à domicile

ENTRETIEN MENÉ EN PRÉSENCE DE

Dominique Van Lierde *Administratrice de la Fédération des Services Bruxellois d'Aide à Domicile (FSB) et directrice administrative du Centre Familial de Bruxelles*

SYNTHÈSE RETRAVAILLÉE ULTÉRIEUREMENT PAR

Dany Vandroogenbroeck *Secrétaire de la Fédération des Services Bruxellois d'Aide à Domicile (FSB)*

La Fédération des Services Bruxellois d'Aide à Domicile (FSB) regroupe les vingt-sept services d'aide à domicile de la Région bruxelloise, publics ou privés, qu'ils soient subsidiés par la COCOF, la COCOM ou la VGC. Plusieurs services sont également affiliés à d'autres fédérations pour des raisons qui leur sont propres (groupement régional Wallonie/Flandre, services publics, centres de coordination...). Mais la FSB est la seule fédération de services d'aide à domicile exclusivement bruxelloise. Elle a participé à la création toute récente de la Confédération Bruxelloise des Entreprises Non Marchandes (CBENM) au sein de laquelle elle siège au conseil d'administration.

Parmi les membres de la FSB, sept services relèvent spécifiquement de la COCOF et parmi ceux-ci, deux services sont des centres de coordination de soins et services à domicile⁴¹, qui relèvent également, pour une partie de leur activité, du secteur santé.

Cette brève mise en situation démontre la complexité du travail en Région bruxelloise où tout est compartimenté. L'ouverture de la FSB ne correspond pas à celle des instances politiques et l'aide à domicile se trouve aussi parfois segmentée en secteurs (social/santé), secteurs dont la définition des frontières apparaît dès lors comme une notion relativement mouvante.

Dans le décret COCOF⁴², les missions du secteur de l'aide à domicile sont définies principalement en termes de rôles. L'aide à domicile recouvre deux professions :

- «L'aide familial ainsi que l'aide senior sont des professionnels à caractère polyvalent. L'aide familial ou l'aide senior assiste et seconde les bénéficiaires dans la réalisation des tâches de la vie quotidienne. Il prévient notamment des dangers qui menacent le bénéficiaire ou son entourage. Il mène une action de concertation avec le bénéficiaire et ses collègues et collabore avec tous les acteurs médico-sociaux entourant le bénéficiaire».
- «L'aide ménager a pour mission d'assurer l'entretien du logement du bénéficiaire et d'effectuer des tâches ponctuelles avec l'accord du res-

pensible d'équipe. Il travaille en concertation avec ses collègues et le bénéficiaire. Il prévient le service de toute évolution sur le plan financier, de la santé physique ou psychique qu'il constate chez le bénéficiaire.»

L'arrêté du Collège de la COCOF⁴³, quant à lui, propose une définition plus précise de fonctions ou de tâches, précisant ainsi le statut de l'aide familial et de l'aide ménager. Une liste non limitative de tâches est ainsi annexée à l'arrêté.

11/1 Une réflexion sur le travail initiée par le décret

11/1/1 Au sujet du travail des professionnels

Le décret COCOF prévoit la subside d'un poste de responsable d'équipe (assistant social, auxiliaire social ou infirmier gradué social ou en santé communautaire) pour 20 équivalents temps plein. Ce responsable est notamment chargé de l'organisation de l'équipe et de l'encadrement des aides familiaux et ménagers. Les services d'aide à domicile sont tenus d'organiser des réunions d'équipe hebdomadaires à des fins de coordination interne. Ces réunions d'équipe sont des moments privilégiés de réflexion et d'évaluation sur le travail, les projets mis en place et les difficultés rencontrées avec les bénéficiaires.

En outre, pour assurer la qualité de l'aide, le décret impose que tant les responsables de services que les responsables d'équipes et les aides ménagers et familiaux suivent une formation continue à raison de 20 heures minimum et 30 heures maximum par année. De plus, des réunions de supervision, individuelle et/ou d'équipe, sont aussi prévues pour nourrir la réflexion sur le travail.

11/1/2 Au sujet de la situation et du suivi des bénéficiaires

Le responsable d'équipe est également chargé du suivi des bénéficiaires. C'est lui qui effectue l'enquête sociale initiale à domicile, qui évalue les besoins du bénéficiaire et propose les services qui assureraient au mieux son maintien et son bien-être à domicile. C'est lui qui décide si son service peut rencontrer la demande et les besoins du bénéficiaire, et à quelles conditions. Dans ce cas, une convention est signée qui mentionne la date du début de l'aide, les objectifs et les tâches à réaliser ainsi que, le cas échéant, la date de fin et le montant de la contribution du bénéficiaire. Ce sont là les données exigées par l'administration pour l'octroi des subsides. Mais le dossier social du bénéficiaire, conservé au sein du service, peut contenir d'autres éléments.

Par ailleurs, le responsable d'équipe est tenu par l'administration de réaliser une enquête de suivi semestrielle pour les familles et annuelle pour les personnes âgées ou handicapées. Pour l'octroi des subsides, les enquêtes sociales doivent être réalisées en conformité avec les modèles définis par l'administration.

Les enquêtes initiales et de suivis permettent au responsable d'équipe d'évaluer la situation du bénéficiaire et l'évolution de celle-ci, ainsi que les relations entre le bénéficiaire et l'aide familial ou ménager, afin d'ajuster l'aide mise en place. Enfin, lorsqu'une situation s'avère particulièrement problématique, des réunions de coordination sont organisées avec les différents intervenants pour trouver des solutions adéquates et cohérentes.

41 Voir le chapitre concernant Le point de vue des représentantes du secteur des coordinations de soins à domicile.

42 Décret de la COCOF, du 27 mai 1999, relatif à l'agrément et à l'octroi de subventions aux services d'aide à domicile (M.B., 18/06/99).

43 Arrêté du Collège de la COCOF, du 27 avril 2000, relatif à l'agrément et à l'octroi de subventions aux services d'aide à domicile (M.B., 18/07/00). activité professionnelle», parmi lesquels 32% de chômeurs.

11/2 Les obligations décrétales en matière d'information

Chaque trimestre, les services doivent transmettre à l'administration un récapitulatif trimestriel reprenant les activités des aides familiaux et ménagers, le nombre d'heures prestées, la liste des bénéficiaires et leur contribution horaire. Ces données servent, bien entendu, de base au calcul des subsides octroyés à chaque service.

Chaque année, les services doivent transmettre leur rapport d'activité à l'administration. La COCOF n'impose pas de rapport d'activité type. La non standardisation dans la conception de cet outil entraîne un manque d'harmonisation entre les rapports réalisés par les différents services.

En l'état actuel, il semble que les rapports d'activité permettent à l'administration de contrôler le respect des obligations relatives au personnel ou aux formations, notamment, ainsi qu'au bien-fondé des subventions. Comme chacun le sait, le système de financement de la COCOF est relativement complexe et les subventions des services d'aide à domicile sont calculées sur base des heures de travail et des prestations.

11/3 Informatisation et recueil de données destinées à l'administration

Récemment, la COCOF a émis le souhait de doter tous les services d'un outil informatique offrant principalement une modernisation de la transmission des informations administratives nécessaires au contrôle et au calcul des subventions. Il s'agit d'un objectif incontournable. On pourrait difficilement concevoir que l'administration continue à gérer les dossiers uniquement sous forme papier.

De façon générale, les services eux-mêmes comptent sur cet outil pour faciliter le travail administratif. Certainement en ce qui concerne la gestion du personnel au sein des services et, pourquoi pas, pour la gestion des enquêtes sociales par les responsables d'équipe. L'informatisation permettrait alors de libérer davantage de temps pour le travail social et pour une étude plus affinée des besoins des bénéficiaires.

Tous les services sont déjà informatisés, en fonction de leurs moyens mais, d'un point de vue sectoriel, cette informatisation est disparate et peu concordante. C'est la raison pour laquelle un travail pour promouvoir une meilleure harmonisation vient de débiter à la COCOF, en concertation avec le secteur.

Le secteur tient à être partenaire de ce travail d'harmonisation de l'informatisation pour s'assurer que le système mis en place ne soit pas défavorable aux services. En effet, l'un des enjeux de l'informatisation des données relatives au personnel touche aux modalités de subvention. L'administration de la COCOF souhaite notamment recevoir les informations nécessaires pour se mettre en conformité avec les accords du non-marchand en matière de subventionnement de l'ancienneté. Une vieille polémique entre le secteur et la COCOF.

Actuellement, l'ancienneté de plus de dix ans n'est pas financée par la COCOF. Les services perçoivent un subside forfaitaire calculé sur base d'une ancienneté de dix ans pour toute personne, quelle que soit son ancienneté réelle. La marge laissée par le nombre de personnes qui n'atteignent pas dix ans d'ancienneté est utilisée pour couvrir les frais de fonctionnement des services insuffisamment subsidiés. La FSB mène donc une autre négociation en parallèle pour le re-financement des frais de fonctionnement et celui des personnels

d'encadrement et administratif, afin que la subsidiation de l'ancienneté réelle ne vienne pas priver les services de fonds indispensables à leur survie.

La représentante du secteur évoque la possibilité que l'administration puisse initier un recueil de données lorsque les services seront informatisés de façon cohérente : profil des bénéficiaires, problématiques rencontrées, type d'aide, profil du personnel, nombres d'heures prestées etc.

11/4 Les enjeux liés au statut de l'aide-soignant

La mission des services d'aide à domicile vise à permettre le maintien à domicile des personnes malades, âgées, handicapées ou encore, celles qui souffrent de difficultés d'ordre psychologique et psychiatrique. Dans ce cadre, les notions de «social» et de «santé» sont parfois étroitement liées et, eu égard aux définitions de frontières entre secteurs, les enjeux pourraient être importants.

L'actualité en fournit un exemple avec le statut de l'aide-soignant que le Ministre fédéral de la Santé voudrait reconnaître⁴⁴. Cette disposition fédérale pourrait avoir des incidences sur le statut de l'aide familial et même sur celui de l'aide ménager. En effet, tant la définition large des rôles que la définition plus stricte des tâches permet aux aides familiaux de remplir «une fonction d'assistance et d'appui quant aux soins de base. Ces soins ont principalement un caractère d'appui au niveau des activités de la vie journalière du bénéficiaire»⁴⁵.

Appliqué dans sa forme actuelle, le statut fédéral de l'aide-soignant risquerait d'occulter certaines prestations des aides familiaux. Confrontée à cet enjeu qui non seulement limiterait les prestations des aides familiaux mais risquerait de multiplier les intervenants auprès du bénéficiaire, la FSB participe à un groupe de travail où l'on réfléchit et l'on débat la question des limites et complémentarités possibles entre aides familiaux et aides-soignants.

44 Voir le Projet d'arrêté royal du Ministre de la Santé Rudy Demotte, fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes. Une annexe à ce projet d'arrêté royal définit des tâches dont un certain nombre recouvre effectivement des fonctions définies pour les aides familiaux.

45 Arrêté du Collège de la COCOF, du 27 avril 2000, relatif à l'agrément et à l'octroi de subventions aux services d'aide à domicile (M.B., 18/07/00). La liste des tâches (davantage limitative en ce qui concerne les soins personnels) reprend : 1° l'assistance dans les activités de la vie journalière, à savoir : l'aide à la locomotion et aux déplacements, l'assistance dans l'habillage et le déshabillage, les soins hygiéniques (toilette quotidienne, toilette intime, bain), les soins hygiéniques particuliers (soin des cheveux, des ongles, nettoyage des dents/dentier, hygiène buccale, rasage, maquillage) ; 2° l'entretien hygiénique et la disposition de la chambre à coucher et du lit ; 3° les soins limités et élémentaires (soigner les irritations de la peau) ; 4° les tâches hygiéniques (nettoyage et désinfection du matériel utilisé) ; 5° aider à manger et à boire ; 6° aider à aller aux toilettes (usage d'un urinal/bassin hygiénique, soins en cas d'incontinence, changer un sachet pour anus artificiel) ; 7° l'assistance dans la mise et l'enlèvement de prothèses, bas à varices, bouillottes ou vessies à glace ; 8° assurer le confort du bénéficiaire ; 9° assurer sa sécurité physique ; 10° les premiers secours, quelle que soit la gravité de la situation ; 11° l'éducation générale à la santé ; et 12° là où il s'avère nécessaire et souhaitable, une concertation et une collaboration intenses sont mises en place dans le domaine des soins personnels avec tout autre prestataire.

En ce qui concerne l'aide ménager, l'arrêté du Collège stipule qu'il «ne peut répondre à toutes les demandes du bénéficiaire. En particulier, il ne peut rien faire qui touche au corps du bénéficiaire (toilette, pédicure, etc.)».

La représentante du secteur souligne qu'il est effectivement important de clarifier les rôles des uns et des autres, mais dans l'optique d'une définition de complémentarité qui reste suffisamment ouverte, large et cohérente vis-à-vis des besoins et des attentes du bénéficiaire.

11/5 Des outils de réflexion et d'évaluation en construction

En fonction de leurs ressources, les services disposent d'outils statistiques, mais globalement ils sont peu utilisés, faute de temps et de moyens. Depuis quelques mois, cependant, la FSB travaille avec l'ensemble des services au recueil de données statistiques, comparatives et évaluatives. L'objectif poursuivi tend à une analyse plus fine du secteur sur le plan de la Région et des stratégies à développer pour assurer une cohérence du secteur et des services de qualité auprès des bénéficiaires. Ce travail se construit lentement et constitue un des objectifs à réaliser par la toute jeune FSB, pour décembre 2006.

La représentante du secteur souligne que disposer d'outils plus fins d'évaluation permettrait au secteur d'accroître sa capacité d'influence en renforçant ses argumentaires. Disposer de données statistiques pourrait aider à mieux se positionner dans les enjeux actuels.

Toutefois, procéder uniquement de manière quantitative pour mieux définir la place des aides familiales, par exemple en dressant une liste de tâches et en comptabilisant ces tâches, serait peu judicieux. Le danger serait que l'aide sociale à domicile ne soit plus définie que par une liste relativement limitative de tâches peu adaptées à la diversité du réel et réduisant le caractère polyvalent de la profession d'aide familial. Il reste préférable de définir l'aide sociale à domicile, d'abord, en termes de rôles (missions) et, ensuite, en termes de fonctions (tâches).

Une évaluation exploratoire sur le profil des bénéficiaires, le type d'aide qu'ils recherchent et celle qu'ils attendent ou demandent aux prestataires, permettrait de situer le travail des aides familiaux et ménagers dans une perspective différente. Une tentative dans ce sens, amorcée du temps où la FSB était une association de fait, a avorté faute de moyens, mais l'idée reste présente.

La FSB organise toutes les six à huit semaines des réunions inter-services (COCOF, COCOM, VGC), qui rassemblent les responsables de service. C'est une dynamique privilégiée qui permet de débattre de l'actualité du secteur, de partager ses expériences et de réfléchir sur les pratiques du travail. Un ou plusieurs membres du conseil d'administration sont présents à ces réunions et se font les relais de l'information dans les deux sens.

Les prises de position dans les débats reposent surtout sur des informations plus qualitatives, moins objectivées, telles que le témoignage de situations, d'expériences concrètes de travail. C'est sans doute aussi la meilleure manière de présenter, de préciser et de défendre, les fonctions et les rôles de l'aide sociale à domicile et d'affirmer qu'elle a sa place dans le cadre général de l'accompagnement des bénéficiaires.

CHAP IV

Transversalité



ANALYSES TRANSVERSALES

1/ D'une culture de l'évaluation à une culture réflexive

La question de l'évaluation n'oppose pas deux pôles où les secteurs se répartiraient entre d'une part l'existence d'une culture de l'évaluation forte et d'autre part l'absence totale de démarche d'évaluation.

Il convient de libérer la notion d'évaluation du carcan dans lequel elle a été classiquement réduite. En substance, l'existence d'outils techniques ou de modélisations ne suffit pas pour affirmer l'existence d'une évaluation. A la limite, on peut remplir autant de recueil de données, autant de tableaux de bord que l'on veut, si on ne se saisit pas de cette information pour se poser des questions, pour nourrir une réflexion, l'évaluation n'existe pas.

Le fondement de l'évaluation est la volonté d'adopter une démarche réflexive ; à savoir un questionnement sur soi (ses valeurs, ses objectifs, ses moyens, ses modalités d'actions, ses réalisations) associé à un questionnement sur son environnement du plus proche (micro) au plus éloigné (macro) (ressources, manques, problématiques, contextes, etc.).

Et de ce point de vue, tous les secteurs développent une démarche réflexive. Tous les secteurs produisent des réflexions sur leurs pratiques, sur leurs bénéficiaires, sur des problématiques.

Ce qui est vrai, c'est que les formes de cette démarche réflexive peuvent être diverses et s'échelonner entre deux pôles :

- D'une part, le développement de formes très modélisées et d'outils techniques ;
- D'autre part, des formes basées davantage sur une empirie du débat (ou la dialectique).

Les secteurs se positionnent entre ces deux pôles. Il serait trop réducteur d'affirmer que l'un où l'autre se situe à une des extrémités. Il est clair par exemple que le secteur des maisons médicales se situe davantage du côté de la modélisation (assurance-qualité) et de l'outil (recueil de données informatisé) ; mais le débat y est aussi présent. A contrario, le secteur de la santé mentale est sans doute plus proche de l'empirie du débat ; mais un recueil de données est bien présent, même s'il reste en construction.

Mais quelle qu'en soit la forme, cette démarche réflexive des secteurs :

- contribue à leur dynamique (amélioration des pratiques, adaptation aux besoins de la population, formation continuée, etc.) ;
- se traduit par des productions concrètes telles que rédaction de rapports, d'opuscules, d'articles, d'avis ou d'interpellations.

Il serait intéressant de partir de ce qui existe déjà en termes de dynamiques, de lieux de débats, de productions ; notamment se donner les moyens de compiler les productions existantes et d'en tirer des synthèses et des analyses.

2/ Les recueils de données

Les expériences en matière de recueil de données sont diverses.

Certaines expériences ont été tentées et ont été abandonnées, suspendues ou amendées parce que :

- Soit ils étaient inopérants (trop d'items, pas de traitement, etc.)
C'est le cas du secteur des plannings (expérience avortée)
C'est le cas du secteur des casq (renégociation et réduction du nombre d'items)
- Soit ils servaient des objectifs inacceptables
C'est le cas du secteur des maisons d'accueil (visée de gestion centralisée et traçabilité des sans-abri).

D'autres expériences sont plus positives.

- C'est le cas certainement du recueil des maisons médicales (on peut souligner qu'il s'agit d'un recueil construit en interne et pas en négociation avec les pouvoirs publics).
- C'est le cas, de façon générale, du recueil Adibru (toxicomanies).

Aucun des secteurs n'est par principe opposé à l'idée d'un recueil de données :

- Pour peu qu'il soit opérant (nombre d'items raisonnables, items compréhensibles, etc.) ;
- Pour peu qu'il soit utile et qu'il ait du sens ;
- Pour peu d'avoir des garanties quant à l'usage qui en sera fait (garanties sur un traitement effectif des données recueillies – pas de classement vertical –, garanties sur l'opérateur qui traitera les données, garanties sur les finalités, garanties d'une participation aux interprétations des données).

Le secteur de la santé mentale, où il existe un recueil de données qui s'affine progressivement, est traversé par un débat sur les limites de catégorisations trop fermées. Ces dernières auraient pour effet pervers de figer la pensée en catégories plutôt que d'encourager une réflexion dynamique, mouvante et imaginative. Certains propos des représentants du secteur toxicomanies, ainsi que des IHP, font écho à cette question. Le débat s'ouvre au regard du point de vue du représentant des maisons médicales qui, sans être totalement divergent, estime que le recueil de données conçu dans son secteur permet d'éviter ce piège.

Là où les points de vue sont les plus divergents, c'est en ce qui concerne la faisabilité d'un recueil de données intersectoriel. Ce n'est pas tant l'utilité d'un recueil intersectoriel qui est remise en question que la possibilité de sa concrétisation. Le représentant du secteur des maisons médicales pense que le recueil de données de son secteur pourrait servir de base à la conception d'un recueil intersectoriel. Par ailleurs, ce recueil de données serait enrichi par l'implémentation de termes provenant d'autres secteurs. A contrario, dans la plupart des autres secteurs, il apparaît que la conception d'un recueil de données sectoriel n'est déjà pas simple, que le choix et/ou la définition d'items im-

pliquent déjà des débats importants entre services au sein de chaque secteur. La perspective d'un recueil intersectoriel semble donc peu réaliste, en tout cas tant que la question n'est pas clairement solutionnée au niveau des secteurs.

3/ Les rapports d'activité

De façon générale, les rapports d'activité ne sont pas standardisés. Il existe bien un canevas pour les différents secteurs, mais ce canevas reste minimal et très ouvert. Les rapports d'activité sont donc hétéroclites.

C'est sans doute ce qui explique la difficulté de l'administration à en retirer autre chose que des compilations ; compilations dont l'intérêt en terme de retour vers les secteurs et les services reste très relatif.

Toutefois, la rédaction du rapport d'activité annuel peut être une opportunité d'évaluation pour les services qui profitent de ce moment pour faire le point en équipe.

Certains considèrent que cette diversité des rapports d'activité est à l'image de l'hétérogénéité des pratiques au niveau de leur secteur (toxicomanies, maisons d'accueil, soins palliatifs et coordinations de soins à domicile, par exemple).

Sans pour autant effacer la possibilité pour les services de présenter leurs spécificités, d'autres considèrent tout de même que l'absence d'homogénéité dans les rapports d'activité constitue un manque pour leur secteur et aussi pour l'administration et le politique :

- C'est le cas par exemple du secteur des Casg où les directeurs des centres se sont mis d'accord pour utiliser le modèle d'évaluation des actions collectives et communautaires dans les rapports d'activité, afin de promouvoir davantage de cohérence.
- Les représentants du secteur des plannings vont plus loin encore en envisageant la possibilité d'une certaine homogénéisation au niveau intersectoriel.

4/ Les craintes

Différentes craintes ont été exprimées par les différents secteurs.

Des craintes quant au «non-usage» des informations recueillies ou des réflexions produites :

- Soit parce qu'aucune modalité ou même aucun opérateur n'aurait été défini pour les traiter ;
- Soit parce que leur capacité d'influence serait insuffisante face à d'autres facteurs qui pèseraient de façon plus déterminante sur les décisions politiques (idéologiques, partisans, médiatiques, électoralistes, budgétaires, etc.).

Et ceux qui expriment cette crainte ne plaident pas pour autant pour un modèle technocratique. Ils défendent l'idée qu'il est juste que les mandataires politiques gardent une marge de liberté par rapport aux expertises. La question est de savoir si les mandataires politiques restent suffisamment affranchis, par exemple, de la pression médiatique pour qu'une argumentation construite des secteurs reste audible au-delà de l'urgence.

Des craintes quant à l'«usage» des informations recueillies ou des réflexions produites :

- Soit qu'elles soient utilisées dans une optique purement gestionnaire (rationalisation budgétaire, gestion de flux et stocks de bénéficiaires, etc.).
- Soit qu'elles permettent d'évaluer les secteurs au regard d'objectifs politiques peu acceptables ou peu réalistes (qu'il n'y ait plus de toxicomane en 2006 ou encore trouver du travail ou un logement pour tous les bénéficiaires, pour prendre les exemples les plus farfelus).
- Soit que le financement soit mécaniquement articulé à l'évaluation (financement par points).
- Soit qu'elles soient interprétées de façon unilatérale sans laisser aux secteurs la possibilité de s'expliquer.
- Soit qu'elles visent une logique «quadrillante» pour les bénéficiaires (traçabilité, parcours balisés de soins, etc.) ou pour les intervenants (ingérence dans la relation thérapeutique ou la relation d'aide, définition de la «bonne» pratique professionnelle, définition de normes de productivité, de quotas, etc.).

Des craintes quant aux moyens requis :

- Soit que les exigences soient telles que la charge pour les services (et/ou les fédérations) soit trop conséquente.
- Soit que les exigences soient telles qu'elles ne permettent pas de concevoir une réflexion sur la durée (contre l'urgence) qui puisse refléter la complexité du réel (contre le simplisme).

Les représentants des secteurs ne partagent pas toutes ces craintes et certainement pas avec la même intensité. Tout est fonction de l'histoire et des contextes dans lesquels s'inscrivent les secteurs. Entre le point de vue du représentant des maisons médicales et celui des représentants des maisons d'accueil, le contraste est probant.

5/ Les garanties

Malgré les craintes exprimées, aucun secteur ne rejette la perspective de l'évaluation. Au contraire, ils affirment leur intérêt pour la question et y voient des utilités certaines pour les services, pour les secteurs, pour l'ensemble de l'ambulatoire, pour l'administration et pour le politique.

Néanmoins, tous les représentants des secteurs se rejoignent sur la nécessité de définir un cadre clair en préalable à toute démarche d'évaluation et/ou de recueil d'informations.

- Clarifier les finalités politiques et administratives de toute démarche d'évaluation et/ou de recueil de données (pas de logique quadrillante ou traçante, pas de visée gestionnaire, pas de financement «aux points», etc.).
- Garantir qu'une démarche d'évaluation ou de recueil d'information ne soit pas vaine et fasse effectivement l'objet d'un traitement, d'une analyse.
- S'assurer qu'une démarche d'évaluation ne représente pas une surcharge de travail inconsiderée pour les travailleurs des secteurs.
- Définir le ou les opérateurs qui traitera(ont) les informations :
 - > Soit donner les moyens à chaque secteur, via leur fédération, de pouvoir récolter, traiter les informations, les analyser et les interpréter (notamment par l'engagement d'un chercheur par fédé) ;
 - > Soit s'adjoindre les services d'un organisme de recherche (privé, université, écoles sociales ou de santé, etc.) ;

- S'assurer que les secteurs soient partie prenantes de l'évaluation :
 - > En cours de processus : modalités participantes, recherche négociée, chercheur ou organisme de recherche impliqué.
 - > Dans l'interprétation des résultats et leur traduction en pistes de politiques publiques.
 - > Pour ne pas multiplier les lieux de débats avec le politique et l'administration, certains estiment que le Conseil consultatif pourrait être redynamisé par des discussions de fond et les résultats d'une démarche d'évaluation pourraient précisément nourrir ces débats. Avec toutefois le bémol concernant la tendance à une neutralisation mutuelle par l'existence d'enjeux entre secteurs (notamment financiers).
- S'assurer que les démarches de réflexion ne s'inscrivent pas dans l'urgence, qu'elles soient durables et qu'elles puissent refléter les formes complexes du réel.

Formaliser ces garanties dans un accord avec le politique et l'administration semble nécessaire au regard :

- d'un rapport avec le politique caractérisé par une certaine discontinuité,
- d'un rapport avec l'administration, jugé positif par l'ensemble des représentants des secteurs, mais dont le caractère relativement personnalisé et informel induit une certaine incertitude quant à l'avenir.

Si, à ce jour, la COCOF est pondérée en matière d'évaluation, les secteurs restent confrontés de près ou de loin à d'autres secteurs soumis à des exigences plus contraignantes et emportés dans une tendance gestionnaire de l'évaluation. On pense en particulier aux secteurs de la santé proches de l'INAMI⁴⁶; on pense, dans le social, au secteur de l'ISP de plus en plus confronté aux normes de rentabilité à la mise à l'emploi (FOREM et ONEM) ; on pense, dans un secteur relativement proche des CASG, à l'évaluation des Projets de Cohésion Sociale dans les logements sociaux en Région Bruxelloise, réalisé par la SCET pour la SLRB, qui octroie des points aux différents projets et les classes en quatre catégories (très bon, bon, insuffisant, débutant). Autant d'expériences concrètes qui relèvent non pas du fantasme, mais de la réalité et qui doivent susciter la prudence et au minimum l'interrogation critique. La question que se posent les représentants des secteurs de l'ambulatoire social et santé bruxellois porte sur la capacité de résistance de la COCOF à l'égard de cette lame de fond qui représente une tendance forte de l'évaluation. Se mettre d'accord sur les termes d'une évaluation continuée et concertée pour l'ambulatoire bruxellois permettrait, le cas échéant, de renforcer la COCOF face à cette tendance.

6/ Les trois axes en tension

Si les secteurs sont largement convergents en ce qui concerne l'utilité d'une démarche d'évaluation et la nécessité de définir préalablement des garanties, les entretiens font apparaître aussi quelques divergences.

En radicalisant sciemment le propos⁴⁷, ces divergences dessinent trois axes de tensions qui peuvent dynamiser les débats à venir. Chaque axe est mis en tension entre deux pôles.

6/1 L'axe démarche ou méthode

Le premier axe concerne la démarche ou la méthode. Il est mis en tension entre un pôle qui serait le recueil de données et un autre pôle qui serait l'emprise du débat :

- D'un côté, le risque de n'en rester qu'à des interprétations subjectives.
- De l'autre, le risque que l'on ne se satisfasse que de résultats techniques qui dispenseraient d'une réflexion dynamique ou encore que des catégorisations figent la réflexion dans des catégories de pensée trop étroites.
- Entre les deux, se glissent des méthodes ou modélisations cycliques ou sérielles (telles que le modèle de l'assurance qualité)

Grossièrement ce qui s'oppose là, c'est d'une part, un outil technique très formalisé produisant du savoir à travers des logiciels et des traitements statistiques et, d'autre part, une démarche de réflexion moins formalisée produisant du savoir à travers le débat. Entre les deux, une méthode plus formelle qui modélise les modalités de débat.

Les deux pôles ne sont pas mutuellement exclusifs. Mais, si l'on veut aboutir à des propositions concrètes, il faudra faire un choix. Choisir de partir a priori de la conception d'un outil technique puis envisager le cas échéant les modalités de débat ; ou choisir de partir a priori de la définition d'une démarche de débat puis envisager, le cas échéant, la conception d'un outil technique qui viendrait nourrir les débats.

6/2 L'axe échelle de l'évaluation

Le deuxième axe concerne l'échelle de l'évaluation. Il est mis en tension entre un pôle qui serait une démarche intersectorielle et un autre pôle qui serait une démarche à l'échelle des services.

Grossièrement, ce qui s'oppose là, ce sont des arguments, soit en termes de souhait, soit en termes de pragmatisme entre :

- D'une part, les tenants de la promotion d'une évaluation qui resterait à l'échelle des services, dans une forme de huis clos (et l'intersectoriel interviendrait pour défendre collectivement cette position) ;
 - > Pour s'assurer que la démarche d'évaluation reste en phase avec le terrain et proche des préoccupations concrètes des travailleurs.
 - > Pour s'assurer que la démarche d'évaluation ait bien des effets sur la pratique des services.
 - > Pour respecter les particularités des services et l'hétérogénéité des secteurs.
- Et, d'autre part, les tenants de la promotion d'une évaluation intersectorielle, la plus décloisonnée.
 - > Pour promouvoir une meilleure synergie entre les secteurs, mieux articuler les secteurs dans l'échiquier de l'ambulatoire, imaginer l'ambulatoire comme un ensemble plus cohérent et plus efficace. La question est sensible notamment en ce qui concerne la définition des complémentarités entre les différentes lignes de soins au sein de la santé ou encore entre soins et aides sociales à domicile.

suite page 60 

46 Voir l'extrait de l'intervention de Mr. Grinberg, Directeur adjoint de l'INAMI, p. 80 du présent rapport.

47 Selon la méthode des idéaux-types (Weber) qui consiste à :
 - premièrement, sélectionner les traits les plus pertinents du phénomène étudié,
 - deuxièmement, à en accentuer les traits,
 - pour, troisièmement, en dégager un tableau d'ensemble cohérent.

- > Pour agréger les informations provenant des différents secteurs et donc avoir une meilleure représentation des problématiques et des profils des bénéficiaires.
- > Pour nouer des alliances et porter avec plus de force des constats et interpellations politiques
- Entre les deux se glisse la perspective d'une démarche sectorielle préalable.
 - > Pour renforcer les cohérences sectorielles entre services.
 - > Pour renforcer l'identité des secteurs et leur positionnement à l'égard du politique, de l'administration et des autres secteurs.
 - > Parce que pragmatiquement, il est préférable que les secteurs se définissent d'abord sur leurs propres démarches d'évaluation (que les services aboutissent à des formes d'accord à l'échelle de leur secteur) avant de négocier une démarche d'évaluation intersectorielle.

Si l'on veut aboutir à des propositions concrètes, il faudra faire un choix entre promouvoir l'évaluation à l'échelle des services ou d'emblée se lancer dans une évaluation à l'échelle intersectorielle ; ou encore postposer l'échelle intersectorielle après qu'une évaluation à l'échelle sectorielle se soit consolidée.

6/3 L'axe objet de l'évaluation

Le troisième axe concerne l'objet de l'évaluation. Il est mis en tension entre un pôle qui serait les problématiques et profils des bénéficiaires et un autre pôle qui serait l'évaluation des actions ou des projets.

Grossièrement, ce qui s'oppose là, c'est :

- D'une part, la perspective d'une évaluation de type exploratoire la plus généraliste et la plus large possible concernant les problématiques et les profils des bénéficiaires afin de mieux connaître les besoins, mais aussi les ressources existantes, et améliorer les réponses d'un point de vue professionnel et politique.
- D'autre part, une évaluation *ex post* ou *in cursus* d'actions concrètes, de projets concrets afin d'améliorer les pratiques, de mieux piloter les projets et pour éviter l'inflation de dispositifs nouveaux (risque inhérent à l'évaluation de type exploratoire).
- Entre les deux se glisse la perspective d'une évaluation de type exploratoire, mais plus réduite, plus circonscrite soit autour d'une (ou quelques) problématique(s) spécifique(s), soit autour d'un espace défini (un quartier par exemple).

Les pôles ne sont pas mutuellement exclusifs. Mais si l'on veut aboutir à des propositions concrètes, il faudra aussi choisir des priorités.

6/4 Les trois axes comme perspective d'un espace en débat

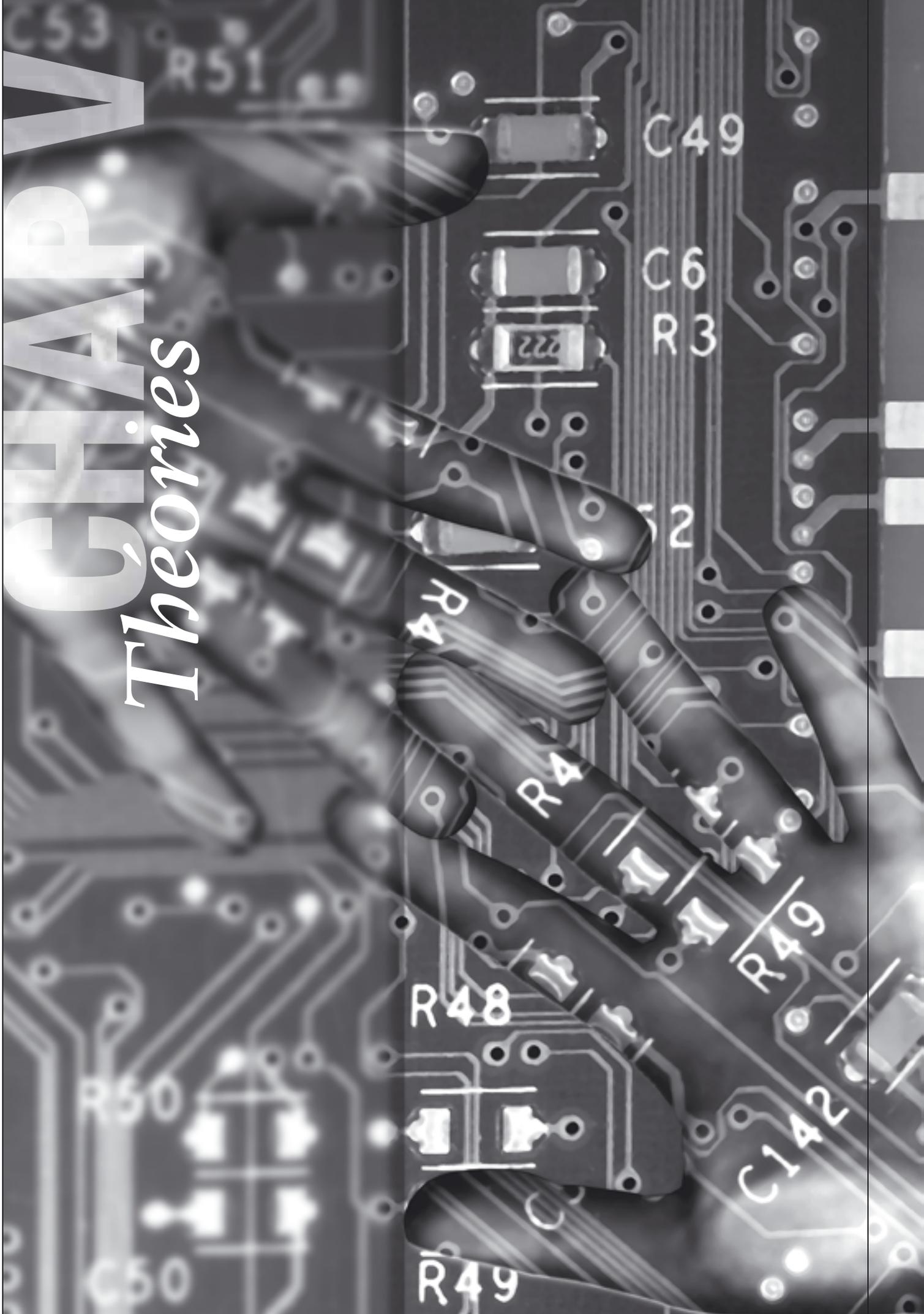
On pourrait, de façon simpliste, associer les pôles et dire que le choix d'une évaluation de type exploration généraliste implique nécessairement l'échelle intersectorielle et le recueil technique de données. Et effectivement, certains choix influent sur d'autres. Le choix d'une démarche intersectorielle rend difficile la conception d'une évaluation de projet ou d'action. A moins d'imaginer que tous les secteurs choisissent une action commune ou un projet commun qu'ils mettent en œuvre et qu'ils évaluent (ou à moins, de façon méta, de considérer que le projet de la conception d'une démarche d'évaluation intersectorielle soit une action commune et fasse l'objet d'une évaluation).

Mais en réalité, les choses ne sont pas si simples et l'espace en trois dimensions qui se dessine n'est pas homogène. Rien n'empêche effectivement d'imaginer une évaluation exploratoire des problématiques de leurs bénéficiaires à l'échelle des services. Rien n'empêche d'imaginer une évaluation exploratoire de problématiques sous la forme de l'empirie du débat.

Les perspectives pour l'avenir se définiront sans aucun doute au regard de ces trois axes.

CHAPTER V

Theories



DU CÔTÉ DE LA RECHERCHE : L'ÉVALUATION EN PERSPECTIVES THÉORIQUES

*D'une raison instrumentale à une raison réflexive,
sociale et politique*

1/ Les fondements historiques de l'évaluation : le processus de rationalisation

L'évaluation constitue un enjeu tant politique que théorique puisque, d'emblée, elle interroge l'exercice du pouvoir et du savoir et plus précisément encore les rapports entre pouvoir et savoir.

L'évaluation s'inscrit dans le mouvement de rationalisation qui a caractérisé l'émergence et le développement de la modernité.

La sociologie allemande est celle qui a produit les analyses les plus poussées concernant le processus de rationalisation et la raison comme principe fondateur et fondamental de la culture moderne. Cette tradition de la sociologie allemande puise ses racines dans les travaux de Max Weber, l'un des pères de la sociologie.

Au 19^e siècle, les premiers sociologues voulaient comprendre le caractère essentiel de la société moderne et analysaient les processus historiques qui pouvaient expliquer le passage d'une société ancienne (pré-moderne, pré-industrielle, Ancien Régime) à la société moderne et industrielle. Ainsi, pour Durkheim, c'était le processus historique de différenciation sociale qui expliquait le passage d'une forme de solidarité mécanique (traditionnelle) à une forme de solidarité organique caractérisant le propre de la société industrielle moderne. Pour Marx, c'était un processus historique matérialiste et dialectique qui expliquait le passage au modèle capitaliste qui constituait l'essence même de la société moderne. Max Weber, quant à lui, considérait que le processus historique expliquant l'avènement de la modernité était le processus de rationalisation et que ce qui caractérisait le fondement de la société moderne était la rationalité de l'esprit ou de la culture.

Pour Weber (1964²²), la modernité est l'aboutissement d'un long mouvement historique qui commence avec la fin des religions polythéistes et l'implantation des religions monothéistes. En raccourcissant sa pensée, on pourrait dire qu'il considère que les êtres humains sont par nature confrontés à des valeurs diverses et parfois contradictoires. Or, les religions polythéistes permettent d'absorber les contradictions de valeurs. Ces dernières sont absorbées et digérées par les religions polythéistes qui les expliquent comme la traduction de luttes entre divinités opposées. Si des valeurs s'affrontent, c'est parce que les dieux s'affrontent et si, à un moment donné, une ou des valeurs s'imposent par rapport à d'autres, c'est que la divinité qui incarne cette valeur s'est elle-même imposée. Les religions monothéistes au contraire sont peu à même d'absorber l'ensemble des conflits de valeurs. Des distinctions s'établis-

sent par exemple entre valeurs temporelles (humaines) et valeurs spirituelles (divines). Et surtout, les conflits de valeurs ne sont plus digérés au sein même des systèmes explicatifs religieux. Il en résulte que les êtres humains sont amenés à procéder eux-mêmes à des choix entre valeurs contradictoires et qu'ils en prennent progressivement conscience. Ce sont les types d'actions posées par les individus qui s'enrichissent. Aux actions «affectives» (purement réflexes) et aux actions «traditionnelles» (posées en référence à la coutume) s'ajoutent des formes d'actions que Weber qualifie de «rationnelles en valeur» ; c'est-à-dire des actions qui impliquent une réflexion consciente et une forme de calcul pour peser les valeurs, les pondérer, les arbitrer et choisir les valeurs les plus pertinentes en fonction des situations et adapter l'action en référence à ces valeurs.

Ainsi, en grossissant un peu le trait, on pourrait dire que pour Weber, la rationalisation puise ses racines les plus profondes dans un irrationnel religieux. C'est au sein même du religieux que naît le mouvement de sécularisation que Weber appelle le «désenchantement». Très progressivement, mais très sûrement, les êtres humains prennent peu à peu conscience que le divin n'explique pas tout et ne répond pas à tout et que les individus sont aussi le siège de choix et d'une rationalité (en référence à des valeurs). C'est le fameux «Je pense donc je suis», fondement de la pensée cartésienne. On affirmera dans un premier temps que cette part de liberté est un don de dieu, puis des philosophes affirmeront cette liberté indépendamment du divin. De sorte que l'organisation politique de la société en sera profondément modifiée puisque la religion sera progressivement confinée à la sphère privée et que la sphère publique se structurera en référence au principe de raison (nous y reviendrons).

Mais toujours au sein du religieux, Weber considère que les Réformes protestantes des 16-17^e siècles (en particulier en Allemagne) effectuent un pas supplémentaire dans la rationalisation. En effet, les Eglises protestantes rejetaient toute forme de ritualisme qu'elles considéraient comme des survivances de superstitions ou de croyances magiques.

Ainsi, dans l'histoire des religions, trouvait son point final ce vaste processus de 'désenchantement' (Entzauberung) du monde qui avait débuté avec les prophéties du judaïsme ancien et qui, de concert avec la pensée scientifique grecque, rejetait tous les moyens magiques d'atteindre au salut comme autant de superstitions et de sacrilèges. Le puritain (protestant) authentique allait jusqu'à rejeter tout soupçon de cérémonie religieuse au bord de la tombe ; il enterrait ses proches sans chant ni musique, afin que ne risquât de transparaître aucune 'superstition', aucun crédit en l'efficacité salutaire de pratiques magico-sacramentelles (Weber, 1964, 121-122).

Parmi les survivances magiques au sein de l'Église catholique, Luther combattait le trafic des indulgences qui permettait la rémission des péchés terrestres contre paiement. Il s'agissait d'une sorte d'assurance de l'âme garantissant – comme par magie – sa place au Paradis. En 1520, dans la *Liberté du chrétien*, Luther dénonçait cette fausse sécurité qu'il considérait comme une dégradation de la foi. Il affirmait que cette sécurité «s'acquiert par la foi, cette foi qui rend le chrétien *maître de toute chose et maître de sa destinée*⁴⁹ vis-à-vis des autres hommes, tandis que l'amour fait de lui le serviteur de Dieu et de son prochain. La foi et l'amour créent ainsi un ensemble indivisible de liberté et d'obéissance» (Grimberg, 1964, VI, 152). C'est dans cet ouvrage que figure le noyau de la doctrine luthérienne de la justification : «Les bonnes œuvres ne rendent pas un homme pieux, mais l'homme pieux accompli de bonnes œuvres». Ce ne sont pas les bonnes œuvres (paiement des indulgences) qui garantissent le paradis. Mais, c'est à travers ses œuvres terrestres que le chrétien, désormais libre, justifie sa piété.

Calvin complète cette idée par la notion de prédestination selon laquelle tout être humain, dès sa naissance, est d'emblée désigné par Dieu pour figurer parmi les élus ou les damnés. Il en résulte une insécurité importante pour chaque individu. La question angoissante que se pose chaque croyant est celle des signes concrets qui lui permettent – non pas d'accéder comme par magie au monde des élus (on ne renverse pas les signes, on n'infléchit pas les décisions divines, tout est joué d'avance) ; mais – de s'assurer qu'il figure bien parmi les élus. D'après Weber, ce dogme de la prédestination a promu un esprit de travail ascétique et de prévoyance. Par le travail ascétique, une discipline de vie stricte et austère, les puritains protestants s'investissent dans un travail rigoureux et créateur de plus-value ; non pour accroître sa richesse personnelle, mais pour un idéal supérieur, en l'occurrence la gloire de Dieu. Dans cette perspective, l'entrepreneur ne tire aucun profit de sa richesse pour lui-même. Le seul profit qu'il en retire est la satisfaction du devoir accompli et le renforcement d'un sentiment de sécurité, à savoir la conviction de figurer parmi les élus. De sorte que la richesse produite est réinvestie pour accroître encore la capacité de production ou de création.

Afin d'arriver à cette confiance en soi, le travail sans relâche dans un métier est expressément recommandé comme le moyen le meilleur. Cela, et cela seul, dissipe le doute religieux et donne la certitude de la grâce. Que l'activité temporelle soit capable de donner cette certitude, qu'elle puisse être, pour ainsi dire, considérée comme le moyen approprié pour réagir contre les sentiments d'angoisse religieuse, on en trouve la raison dans les particularités profondes des sentiments religieux professés dans l'Église réformée (Weber, 1964, 135).

Le chrétien désormais libre, «maître de toute chose et de sa destinée», mais confronté au doute de la prédestination, va en quelque sorte vouloir accroître l'efficacité de ses actions terrestres, puisque c'est la plus-value apportée par ses actions qui lui offre les signes du salut. Ce faisant, il va orienter ses actions de manière conséquente en fonction de principes de direction élaborés consciemment ; ce qui correspond à la définition de la rationalité. Les formes d'actions s'enrichissent. Aux actions «affectives», «traditionnelles» et «rationnelles en valeur», s'ajoute un quatrième type d'action qui peu à peu va s'imposer et que Weber qualifie d'action «rationnelle en finalité». Il s'agit d'une forme d'action qui repose sur la détermination d'objectifs à atteindre, de finalités, et de stratégies calculées consciemment, en vue d'atteindre ces objectifs. La rationalité apparaît alors comme un moyen d'accroître sa capacité d'action sur le monde. Mais ceci suppose aussi la possibilité de jauger, d'évaluer cette capacité d'action. La rationalité permet alors de vérifier si les objectifs fixés ont bien été atteints. En bref, le puritain protestant développera des formes de réflexion, d'auto-réflexion, lui permettant d'évaluer s'il a contribué à produire quelque chose de meilleur, une plus-value, au cours de son passage terrestre. Weber considère notamment que le développement des techniques comptables, per-

mettant d'évaluer la création de valeurs économiques, permettant d'augmenter les capacités prévisionnelles et permettant d'accroître le contrôle des dépenses et la maîtrise de la richesse produite en vue de son réinvestissement, puise ses fondements dans ce contexte historique.

Weber s'oppose ainsi aux auteurs, nombreux à son époque, qui présentaient la religion comme un frein à la modernité, sans doute en opposition au souvenir encore bien présent de l'Ancien Régime de droit divin. Au contraire, il met en évidence des «affinités électives», c'est-à-dire des points de congruence entre l'éthique protestante et l'esprit du capitalisme classique. Il expliquait ainsi les observations statistiques qu'il avait réalisées et qui montraient que :

Dans les régions d'Allemagne où coexistent les groupes religieux, les protestants, et en particulier les protestants de certaines Églises, possèdent un pourcentage disproportionné de la fortune et des positions économiques les plus importantes. Cela ne démontre pas que la variable religieuse détermine les succès économiques, mais pose la question de savoir si les conceptions religieuses n'exerceraient pas une influence sur l'orientation que les hommes et les groupes donnent à leurs activités (Aron, 1967, 536).

En définitive, Weber n'affirmera jamais que le protestantisme est la cause du développement du capitalisme ; mais bien que les deux phénomènes se sont attirés et renforcés mutuellement.

Il s'opère une rencontre étonnante entre certaines exigences de la logique théologique et calviniste et certaines exigences de la logique capitaliste. L'éthique protestante enjoint au croyant de se méfier des biens de ce monde et d'adopter un comportement ascétique. Or, travailler rationnellement en vue du profit et ne pas dépenser le profit, est par excellence une conduite nécessaire au développement du capitalisme, car elle est synonyme de continuuel réinvestissement du profit non consommé (Aron, 1967, 539).

Puisant son essence notamment dans le monde religieux lui-même, la rationalité dynamisée par le développement des sciences et des techniques va progressivement prendre ses distances par rapport à la religion. La rationalité se laïcise avec la sécularisation de la société qui se précipite dans la chute de l'Ancien Régime. Le monde est désormais désenchanté, expurgé de toute croyance en son caractère magique. Le monde moderne est alors celui de

L'intellectualisation du monde et [de] la rationalisation d'attitudes qui ne signifient nullement une connaissance générale des conditions de la vie moderne, mais bien plutôt «que nous savons ou que nous croyons qu'à chaque instant nous pourrions, pourvu seulement que nous le voulions, nous prouver qu'il n'existe en principe aucune puissance mystérieuse et imprévisible qui interfère dans les cours de la vie ; bref que nous pouvons maîtriser toute chose par la prévision. Mais cela revient à désenchanter le monde» (Weber, 1963, 90). (Martuccelli, 1999, 200).

Ce processus de rationalisation se diffuse bientôt dans tous les secteurs de la vie, du privé au public, de l'art aux sciences. Et, bien évidemment, l'organisation politique de la société est modelée par ce mouvement. Les formes modernes de pouvoir reposent sur une domination que Weber qualifie de «légale ou statutaire». Il s'agit d'une forme de domination qui puise sa légitimité – non plus en la croyance au caractère sacré d'un pouvoir traditionnel et divin ; mais – en la croyance en la légalité des ordonnances (des ordres donnés) et en la légalité des titres de ceux qui ordonnent. Cette légalité repose sur le postulat d'être

48 Les références bibliographiques figurent à la fin de cette partie V.

49 Je souligne.

sociaux capables de raison et dispose une organisation politique rationnelle définissant des cadres législatifs, des procédures, des statuts, des fonctions. Ce n'est plus Dieu qui désigne le Roi, mais le droit qui institue les mandataires politiques en établissant notamment des procédures électorales. Ce n'est plus un caractère transcendant, mais leur capacité à convaincre les citoyens qui les amène et les maintient au pouvoir et leur capacité à convaincre leurs collègues qui leur permet de faire adopter de nouvelles lois. Et cette capacité de conviction implique de rallier un grand nombre de personnes autour d'une vision de la société et de perspectives qu'elles considèrent comme valables, c'est-à-dire vraies, adéquates à la réalité. C'est le critère de vérité, c'est-à-dire la capacité à mettre un grand nombre de gens d'accord sur une (des) vérité(s) partagée(s) qui permet de légitimer le pouvoir politique et qui permet à ce dernier de maintenir une cohésion sociale.

Alors que dans la domination traditionnelle de l'Ancien Régime, le Roi était entouré d'une Cour d'aristocrates et de religieux pour l'épauler, la domination moderne légale et statutaire dispose d'une administration de fonctionnaires. Leur statut est défini par la loi et ils accèdent à la fonction par leur capacité à faire valoir un titre (diplôme) et à faire preuve de leurs compétences à travers les résultats objectivés de concours. Cette administration est organisée sous la forme d'une bureaucratie, permettant par la définition de fonctions et de procédures, de rationaliser au mieux les formes de coordinations, de communications, d'archivages, etc. Cette administration doit notamment transmettre les informations nécessaires aux responsables politiques pour qu'ils aient une perception la plus adéquate possible de la réalité sociale et qu'ils puissent ainsi conduire la société en prenant les décisions les plus justes. Il s'agit donc d'une organisation rationnelle et réglementée qui permet de gérer des collectivités de plus en plus grandes. Weber considère que les sociétés modernes n'auraient pas pu se développer comme elles l'ont fait sans cette forme d'organisation.

Toutefois, Weber exprimait aussi et déjà des craintes au regard d'une radicalisation du processus de rationalisation. Il exprimait ces risques sous la formulation imagée de la *cage d'acier*. Il anticipait une rationalité qui se déconnecterait progressivement des valeurs et deviendrait strictement instrumentale. Il entrevoyait un capitalisme se déconnectant de son impulsion religieuse où l'accumulation de richesses ne serait plus maîtrisée par des vertus ascétiques ; l'accumulation de richesse en soi et pour soi. Dans cette optique, les organisations modelées sous forme d'une mécanique rationnelle bien huilée commenceraient à fonctionner de manière autonome, comme un système autosuffisant tournant sur lui-même et fonctionnant en soi et pour soi.

Cette rationalité réduite à son aspect instrumental pose non seulement la question du sens des organisations sociales, mais aussi celle de la place des êtres humains dans ces organisations et en particulier celle de la part de liberté laissée aux individus dans des systèmes de plus en plus réglementés, de plus en plus normés.

Chez Weber, la raison abandonne l'individu et prend corps en tant que rationalité instrumentale, et bien qu'elle soit toujours pensée à partir de l'acteur, elle est plutôt jugée en fonction de ses traits systémiques. [...] Rien d'étonnant alors à ce que son diagnostic de la modernité décrète la soumission des individus aux impératifs du système. (Martuccelli, 1999, 206).

2/ Du processus de rationalisation à la rationalité instrumentale

À la fin du 20^e siècle, de nombreux auteurs ont donné raison aux prophéties de Max Weber. Les uns ont démontré l'autonomisation des systèmes, les autres ont analysé les effets de normalisation des individus.

2/1 Des systèmes autopoïétiques

La modélisation théorique de Niklas Luhmann (1993, 1995) est terriblement complexe. En simplifiant, on pourrait dire qu'il envisage la société comme un ensemble contingent de systèmes et sous-systèmes autopoïétiques. Par système autopoïétique, il faut entendre des «systèmes organisationnellement et informativement clos (clôture qui n'est pas à confondre avec leur ouverture énergétique vers l'environnement)» (Martuccelli, 1999, 147). Ceci signifie que les systèmes vont définir eux-mêmes leur propre information. Les informations provenant de l'environnement sont sélectionnées et absorbées par les systèmes et elles sont interprétées en fonction de référents qui leur sont propres. En gros, chaque système produit son propre lexique et sa propre logique. Les informations sont alors traitées par chaque système pour le nourrir lui-même, lui permettre de se reproduire et de renforcer son cloisonnement en maintenant sa différence à l'égard de l'environnement.

L'énorme complexité de l'environnement (et encore davantage du monde) explique pourquoi un système doit renoncer, pour s'autoproduire, à la prétention de dominer la totalité des causes dont il a besoin pour déterminer ses effets, et se centrer seulement sur certaines causes, pour sélectionner les éléments qui lui sont nécessaires. Plus clairement, tout système a besoin de réduire la complexité afin de pouvoir la traiter. (Martuccelli, 1999, 150)

La connaissance de l'environnement est donc autoréférentielle puisque les informations passent par le filtre cognitif propre à chaque système. Chaque système disposant de sa propre manière d'observer et d'interpréter l'environnement, la question essentielle qui se pose d'un point de vue global est celle de la cohésion, de l'harmonisation entre ces systèmes. La réponse à cette question est la contingence – elle-même systémique – produite précisément par la coexistence de systèmes autonomes et radicalement différenciés. Cette contingence implique une part d'indétermination. En effet, les systèmes étant différenciés les uns des autres, ils peuvent se surprendre ou s'irriter (pour reprendre le terme employé par Luhmann) mutuellement, faisant surgir dans l'environnement de l'autre des éléments perturbants. Pour réduire cette incertitude, les systèmes en viennent à complexifier leurs systèmes d'information (sélection et traitement des messages de l'environnement) et leurs systèmes organisationnels.

La différenciation ou la complexité croissantes de la société moderne ne peuvent que se traduire par une augmentation des situations improbables, puisque bien que la complexité atteinte par un système lui permette d'assurer l'ordre interne, il se peut qu'ainsi il ne fasse qu'augmenter de manière parallèle le désordre dans l'environnement. Mais aussi parce qu'au fur et à mesure qu'un système augmente sa complexité, il ne peut pas assurer à chaque moment la relation de n'importe quel élément avec tous les autres. C'est dire que les systèmes complexes ont affaire non seulement à leur environnement, mais aussi à leur propre complexité, devant faire face à des improbabilités et des déficiences internes, auxquelles il faut sans cesse s'auto-adapter. En bref, la complexité «signifie obligation à la sélection, obligation à la sélection signifie contingence et contingence signifie risque» (Luhmann, 1984, 47). (Martuccelli, 1999, 177-178)

Luhmann dresse alors le tableau très radical d'une société moderne hautement complexe ayant perdu toute possibilité de pilotage central. Le politique n'apparaît alors plus que comme «un des systèmes partiels d'une société polycentrique» (Martuccelli, 1999, 174), lui-même autoréférentiel ; c'est-à-dire définissant sa clôture en décryptant les informations provenant de l'environnement dans le langage qui lui est propre, en les traduisant en termes administratifs et/ou dans les formes de la communication politique (proposition, projet, interpellation, directives, communiqués de presse, etc.). Le système politique ainsi clôturé se distancie d'autres sous-systèmes, en particulier du système économique. Il s'ensuit que, ainsi confrontée à une complexité accrue, «de manière toujours défaillante et hautement temporalisée, la société réagit à sa propre opacité, en l'absence de toute instance centrale capable de déterminer ce qui est juste dans la société tout entière» (Martuccelli, 1999, 174) puisque chaque sous-système produit en son sein et de façon autoréférentielle ce qu'il considère comme juste. Pour Luhmann, cette tentative toujours échouée de réduction de l'opacité se traduit notamment par l'attention accrue du monde politique aux opinions publiques et aux sondages qui en quantifient l'expression (en termes de sélection d'informations, le système politique accorde une importance croissante à ce type d'information). Il est possible que la volonté de disposer d'informations quantitatives rapidement exploitables, notamment à travers des recueils de données, s'inscrit dans ce contexte de velléité de réduction toujours ratée de la complexité. La complexité n'en est en rien réduite ; au contraire, c'est la complexité du système lui-même qui s'en trouve accrue. Au point que Luhmann en vient à disséminer le doute sur la capacité de savoir.

La complexité de la modernité exige des individus de développer une nouvelle forme de confiance dans le système et, en contrepartie, de renoncer à chercher une plus grande information, voire de développer une certaine indifférence quant au contrôle strict des résultats (Martuccelli, 1999, 181)⁵⁰.

La perspective d'une administration bureaucratique qui s'étouffe elle-même a été développée à de nombreuses reprises. Dans *La société bloquée* (1970), Michel Crozier démontrait combien la bureaucratie et son arsenal de standardisation et de normalisation étouffait l'intelligence, la créativité et, en définitive, bridait la dynamique sociale⁵¹. Il s'en prenait notamment à l'ENA, principale pourvoyeuse de fonctionnaires en France, en appelant à «fermer la fabrique de clones». Il considérait par exemple qu'il fallait accorder davantage de place à la marginalité, aux déviances, comme vecteurs de changement ; qu'il fallait préférer la résolution de problèmes en groupes de travail pluridisciplinaire aux seuls raisonnements déductifs et standardisés ou mécanisés. D'autres auteurs, spécialisés en sociologie des organisations, tel Mintzberg (1994), montrent combien une organisation bureaucratique est particulièrement efficace lorsqu'elle a à traiter de questions routinières ; mais combien elle est démunie lorsqu'elle se trouve face à une problématique qui la surprend. La lourdeur de ses procédures, de ses définitions de fonctions, de ses standards de travail, réduit les possibilités d'initiatives et de créativité et donc ses capacités d'adaptation. Dans la modélisation de Mintzberg, ceci oppose les organisations bureaucratiques aux organisations de type adhocratique, en continue adaptation dans leur ouverture à l'environnement.

50 Martuccelli fait ici référence à un ouvrage publié en 1968 par Luhmann, sous le titre *Vertrauen*, traduit en anglais par *Trust and power* (1991), *Confiance et pouvoir*.

51 Voir aussi Crozier (1964 et 1993).

52 La prison panoptique est circulaire. Sur un cercle périphérique, elle dispose les détenus dans des cellules privatives, fermées sur l'extérieur, mais visibles d'une tour centrale intérieure où sont les surveillants. Par un jeu de lumières, les détenus sont placés continuellement sous le regard des surveillants ; tandis que ces derniers restent invisibles aux détenus. La possibilité seule d'être vu induit un autocontrôle accru. Il s'agit, pour Foucault, d'une machine abstraite qui produit les principes de son autorégulation immanente.

2/2 La normalisation

En accroissant la capacité de maîtrise sur la nature, la rationalité a, dans le même temps, accru la capacité de maîtrise de l'humain. Michel Foucault (1972, 1975 et 1976) a admirablement montré les liens entre la raison (versus déraison ou folie) et la discipline des corps et des esprits. Il montre notamment comment le modèle rationnel d'organisation architecturale, temporelle et sociale de la prison, sous la forme du panoptique (Bentham) s'est diffusé progressivement dans tous les secteurs de la vie sociale. Le principe du panoptique est de placer un grand nombre de personnes individualisées sous le regard d'un ou quelques surveillants qui leur restent invisibles⁵². Cette machinerie architecturale et optique (rationalisation de l'espace) s'accompagne d'une rationalisation qui dessine un diagramme disciplinaire visant à discipliner les corps et les esprits : rationalisation du temps, des déplacements, des systèmes de privatisations ou gratifications, des hiérarchisations des rapports sociaux, etc. D'après Foucault, ce qui caractérise aussi ce diagramme disciplinaire, c'est sa diffusion dans d'autres institutions de la société. La prison se propage par conduction. Avec des spécificités, il décrit des formes similaires de machines abstraites et d'agencements dans des institutions comme la caserne, le monastère, mais aussi l'école ou encore l'entreprise. Le modèle Tayloriste, en attachant individuellement un ouvrier à un poste de travail où ses gestes sont étroitement programmés, représente la forme la plus aboutie de la diffusion du diagramme de la discipline dans l'industrie.

La prison comme segmentarité dure (cellulaire) renvoie à une fonction souple et mobile, à une circulation contrôlée, à tout un réseau qui traverse aussi des milieux libres et peut apprendre à se passer de prison. [...] Comme le dit Maurice Blanchot à propos de Foucault, l'enfermement renvoie à un dehors, et ce qui est enfermé, c'est le dehors. (Deleuze, 1986, 50)

Mais pour Foucault, la discipline passe aussi par la volonté de savoir. La pensée rationnelle permet d'accroître la maîtrise par la compréhension notamment des lois de fonctionnement des choses, mais aussi par un effort tranchant et incisif de classification, de définition des choses. Foucault montre que les sciences humaines peuvent procéder de la même manière en ce qui concerne la connaissance du social et des êtres humains.

La lutte pour une subjectivité moderne passe par une résistance aux deux formes actuelles d'assujettissement, l'une qui consiste à nous individuer d'après les exigences du pouvoir, l'autre qui consiste à attacher chaque individu à une identité sue et connue, bien déterminée une fois pour toute. La lutte pour la subjectivité se présente alors comme un droit à la différence, et droit à la variation, à la métamorphose. (Deleuze, 1986, 113).

Ce qui définit l'identité d'un individu ce peut être ses caractéristiques (son profil), mais aussi ses fonctions, ses missions, ses coûts, ses productivités, son inscription dans l'espace (localisations, déplacements), son inscription dans le temps (agenda, emploi du temps, disponibilité, projets), etc. Autant d'informations qui permettent de définir les identités et de vérifier l'adéquation ou les écarts entre les identités prescrites et ce que l'on sait effectivement des personnes ou des groupes d'individus. On voit alors combien l'évaluation, si elle est conçue dans cet esprit, peut être un puissant outil disciplinaire.

A cet égard, le développement des statistiques et des mathématiques probabilistes, ainsi que leurs applications à l'étude de l'humain et de la société au 19^e siècle (statistiques morales de Laplace ou Villermé, physique sociale de Quételet), a profondément modifié les perceptions de la déviance. La figure abstraite de l'homme-moyen devenait une référence par rapport à laquelle des groupes d'individus étaient définis notamment en fonction de leurs écarts dans la répartition normale de la population sur la courbe de Gauss.

En outre, le savoir peut être aussi conçu sous la forme du panoptique lorsque sa machinerie dispose la centralisation des informations sur des individus ou des entités (groupes, organisations, etc.) ; a fortiori lorsqu'elle s'applique dans un rapport d'extériorité, de façon unilatérale et sans modalités de retour ou de feedback pour les intéressés. Dans ce cas, ces derniers savent qu'une institution centrale dispose d'informations les concernant, mais ne savent pas comment ces informations sont ou seront exploitées. Ils ne savent parfois pas si elles seront effectivement exploitées. Et surtout, le cas échéant, ils ne savent pas à quelle fin elle sera exploitée.

2/3 D'une raison instrumentale à une raison esthétique

Le pouvoir nazi a sans aucun doute grandement influé les travaux des chercheurs de l'Ecole de Francfort. Leur sociologie d'inspiration marxiste et critique les mettait en ligne de mire de la répression nazie au point qu'ils furent forcés à l'exil au cours des années 30. Certains se sont retrouvés aux Etats-Unis où ils ont élaboré une analyse très fouillée des dérives de la raison. La planification, c'est-à-dire l'organisation rationnelle, du génocide systématique des juifs, roms, homosexuels et handicapés, les a amené à développer un regard très critique sur le détournement de la raison comme instrument génocide et plus largement liberticide, c'est-à-dire de domination de l'homme sur l'homme.

Dans le sillage de Weber (et de Marx), les sociologues de l'Ecole de Francfort placent «la subordination de la Raison au technicisme et à la domination» (Martuccelli, 1990, 260) au centre de leur pensée. Dans leur *Dialectique de la Raison* (1947), Adorno et Horkheimer interrogent la barbarie dans laquelle peut sombrer l'humanité au nom même de la Raison. Ils considèrent que la pensée cartésienne, en fonctionnant à la manière d'un scalpel, recèle en elle-même le potentiel de violence de la Raison.

La contradiction centrale est donc celle d'une Raison s'instrumentalisant en transformant la nature en instrument, tandis que la nature cherche à se venger périodiquement contre cet assujettissement.

Selon eux, la Raison élevée au rang de principe philosophique supérieur contient en elle les germes de son autodestruction ; de sorte que la domination a pris le dessus sur les promesses d'émancipation que les philosophes des Lumières prêtaient à la Raison. Puisque, réduite à un instrument, la Raison comme principe universel a été pervertie, une première génération de l'Ecole de Francfort en appelle à abandonner ce modèle au profit de l'élaboration d'un modèle de société fondé sur une *raison esthétique* (Adorno et Horkheimer) ou une *raison instinctive ou romantique* (Marcuse).

A leurs yeux, cette raison esthétique pourrait devenir un nouveau principe de sens pour la société et son organisation (tout comme le Divin l'était pour l'Ancien Régime et tout comme la Raison l'était pour la société moderne). En réaction au rationalisme, l'émergence d'une société esthétique marquerait notamment une réactivation de l'intuition, de l'impression, de la liberté critique et surtout de la subjectivité. Selon eux, il existe une puissance critique de l'œuvre d'art qu'ils entendent utiliser dans leur critique de la Raison. Mais, au-delà, cette puissance critique fournirait une force de contrepuissance apte à empêcher les nouvelles institutions de sombrer dans la domination.

Symboliquement, il s'agit d'en appeler à la ludique enfantine contre le sérieux de la raison adulte qui est celle de la domination, ce qui constitue une sorte de réactivation du moment esthétique. [...] L'art représente en effet le phénomène concret où se déchiffre la culture dans son ambivalence, à la fois reflet de la barbarie qui œuvre dans la civilisation et 'promesse de bonheur', donc 'échappement' à la domination.

L'art a toujours été et demeure une force de protestation de l'humain contre la pression des institutions qui représentent la domination autoritaire, religieuse et autres, tout en reflétant leur substance objective (Adorno).

L'art apparaît donc comme une forme de critique sociale où l'œuvre de l'artisan créateur exprimerait la capacité de transformer le monde hors des cadres de la domination. Enfin, cette société serait plus émancipatrice, plus libre pour les individus qui seraient appelés à se réaliser comme une œuvre personnelle, à écrire leur propre histoire personnelle, leur biographie, à la manière d'un écrivain et à façonner l'histoire collective à titre de co-auteur.

Mais, pour séduisante qu'elle soit, cette promesse esthétique apparaît peu convaincante d'un point de vue politique. Cette raison esthétique paraît d'emblée pervertie, elle aussi, par son instrumentalisation à travers l'industrie culturelle et la diffusion d'une culture de masse qui, sous l'apparence de la diversité, diffuse une forme de pensée unique modelant un individu unidimensionnel (pour reprendre le terme de Marcuse, 1964). Par ailleurs, on sait combien l'art peut être instrumentalisé par le pouvoir qui l'utilise pour se renforcer à travers les symboles. Enfin, la réactivation de la subjectivité pose un certain nombre de questions sur la capacité à créer de la cohésion sociale. En effet, soit on considère que les critères de jugement esthétique restent strictement individuels ; ils peuvent donc être multiples et on voit mal comment ils peuvent s'intégrer. Soit on considère que les critères de jugement esthétique font l'objet d'accords et permettent de constituer des référentiels communs aptes à relier les individus ; mais on voit mal alors comment la définition de ces critères communs serait par nature moins conflictuelle et moins l'enjeu de rapports de pouvoir que ne l'est la définition de vérités en référence à des critères rationnels. L'esthétique ne fournit pas une garantie suffisante contre les formes de domination sociale.

La question reste ouverte. La critique d'une raison pervertie par une instrumentalisation reste plus que jamais fondée. Toutefois, doit-on pour autant renoncer au principe de Raison ? Faut-il jeter le bébé avec l'eau du bain ? Et si l'on rejette la Raison, que reste-t-il pour faire société, pour relier les individus, pour produire des formes d'accord et pour organiser la société ?



3/ De la raison instrumentale à un modèle de raison réflexive, sociale ou politique

Deux auteurs allemands contemporains prolongent les réflexions de Weber et de l'Ecole de Francfort. Ils en retiennent la critique de la raison instrumentale, mais ils refusent pourtant de rejeter la rationalité. Au contraire, ils en appellent à un renforcement de la rationalité pour peu qu'elle soit mise en débat et qu'elle serve le débat ; c'est-à-dire pour peu qu'elle ne soit pas conçue simplement comme un conglomérat technique et qu'elle ne serve pas uniquement à huiler les rouages de systèmes fonctionnant de façon mécanique.

3/1 Ulrich Beck : De la société du risque à la modernité réflexive

D'après Ulrich Beck (1992 et 1999), au premier désenchantement décrit et analysé par Weber a succédé un réenchantement de la modernité, lorsque cette dernière a cru en la capacité des sciences, des techniques et plus largement de la rationalité à trouver réponse à tous les problèmes et à conduire l'humanité vers le progrès, c'est-à-dire vers un futur toujours meilleur.

De façon radicale, on pourrait dire que la modernité n'est pas si éloignée qu'elle ne le prétend de l'Ancien Régime. La croyance en la Raison a remplacé la croyance au divin. La légitimité du pouvoir puisait ses sources dans le divin, aujourd'hui elle la puise dans la Raison. Le Roi s'entourait de prêtres quand le pouvoir aujourd'hui s'entoure d'experts scientifiques et techniques. Les prêtres avaient le monopole du savoir religieux quand les experts de l'époque moderne ont le monopole du savoir rationnel. La société de l'Ancien Régime était très hiérarchisée, mais l'organisation rationnelle de la société moderne ne l'est pas moins lorsqu'elle attribue des statuts inégaux aux individus et lorsqu'elle les intègre dans des modèles disciplinaires.

Réenchantée, la modernité place toute sa confiance dans la croissance scientifique, technique et industrielle, au point de lui octroyer un blanc seing. Ainsi libérées, sciences et techniques se sont à ce point développées qu'elles en sont venues à créer de nouveaux risques. Alors qu'elles étaient censées accroître la maîtrise de ces derniers, elles en viennent à produire de nouveaux risques d'une intensité encore jamais égalée dans l'histoire. Il s'agit de risques dont l'échelle elle tellement macroscopique ou tellement microscopique qu'ils deviennent difficilement concevables à l'esprit humain. Par ailleurs, ces nouveaux risques sont globalisés et leurs conséquences dépassent de loin les frontières des Etats.

Le 20^e siècle a été le théâtre de catastrophes et de risques très importants : risques industriels et écologiques (catastrophe de Bhopal, Tchernobyl, marées noires, réchauffement de la planète), risques industriels et militaires (les guerres mondiales, Hiroshima, guerre froide sur l'horizon de la destruction atomique de la planète), risques économiques (spéculation sur une économie virtuelle, crashes boursiers, crises mondiales, délocalisations, déficit des systèmes de sécurité sociale), risques politiques (totalitarismes fascistes ou communistes, terrorisme), etc.

Désormais, la confiance dans le développement des sciences et techniques est ébranlée. Il se passe dès lors, aux yeux de Beck, une forme de second désenchantement à l'égard cette fois de la raison. Les experts perdent progressivement leur monopole du savoir notamment à travers les ouvrages de vulgarisation scientifique⁵³. Par ailleurs, le développement du savoir est tellement rapide que ce que l'on savait hier est contredit et dépassé par ce que l'on sait aujourd'hui et que ce que l'on sait aujourd'hui risque d'être démenti par les découvertes de demain. De ce fait, la Raison et la Vérité qu'elle tend

à faire apparaître perdent leur caractère absolu, intemporel et universel. Tout est relatif, y compris le savoir. A l'insécurité produite par l'horizon des risques globalisés s'ajoute l'incertitude quant au savoir.

Parce que les risques sont désormais trop grands à laisser les sciences et techniques se développer seules dans leur coin, Beck considère désormais qu'elles deviennent de réels enjeux politiques et donc l'objet de débats sociaux. On peut voir dans les mouvements tels que Greenpeace ou les collectifs éthiques ou écologiques les ferments d'une modernité qui deviendrait réflexive. C'est-à-dire une modernité qui se mettrait constamment et systématiquement en question. La société du risque s'accompagne donc, selon Beck, des perspectives d'un renouveau démocratique.

En partant d'une critique de la raison instrumentale, Beck en appelle, non pas à un abandon de la raison, mais à une raison qui ne serait plus ni instrumentale, ni principe absolu, mais qui serait une raison réflexive, une raison en débat.

Une rationalité sociale sans rationalité scientifique resterait aveugle. Mais une rationalité scientifique sans rationalité sociale resterait sourde (Beck, 1992, 30).

En outre, puisque l'organisation sociale s'établit autour du principe de Raison, puisque le pouvoir et l'autorité modernes puisent leur légitimité dans le principe de Raison, la société du risque et sa modernité réflexive impliquent une transformation des rapports à l'autorité. Le risque et l'incertitude prenant le pas sur la foi dans le progrès et dans une Vérité qui serait absolue ébranlent les fondements mêmes de l'ordre social. Il en résulte une autocritique permanente des institutions sociales.

Il se produit un doute sur la rationalité comme socle social – science, loi, démocratie. Dans cette perspective, la société est placée sous une pression permanente pour négocier ses fondations sans Une Fondation (Beck, 1999, 66).

D'une part, toute vérité semble plus relative et donc la raison ne peut plus prétendre à l'absolu. C'est le socle de légitimité de l'autorité qui vacille. D'autre part, les institutions modernes conçues pour organiser la société et maîtriser les risques semblent dépassées. Les risques sont tellement globaux qu'ils semblent désormais inassurables. Radicalement, est-ce que l'Etat en tant qu'institution apporte encore une sécurité suffisante face à la globalisation de l'économie et les risques de délocalisation et donc de chômage grandissant ? Est-ce que l'Etat, seul, en tant qu'institution apporte encore une sécurité suffisante face aux risques écologiques, industriels, militaires ? Etc.

Lorsque les institutions constituaient une garantie de sécurité et de progrès (amélioration des conditions d'existence), les individus acceptaient les rapports hiérarchiques, les modalités disciplinaires dans lesquelles ils étaient insérés. Plus encore, l'idéal d'une Raison comme principe absolu légitimait l'autorité. Désormais, les institutions sont l'objet de critiques importantes. Elles ne s'imposent plus de façon naturelle. Elles sont appelées à se mettre davantage en débat et, pour survivre, elles doivent organiser les modalités d'une mise en débat systématique. Et les instances démocratiques classiques ne suffisent plus. On observe progressivement la mise en place par les pouvoirs publics d'instances de participation où peuvent s'exprimer différents collectifs (collectifs de riverains, associations de quartier, collectifs de chômeurs, collectifs de consommateurs, etc.).

suite page 68 

53 Tout comme la diffusion de la Bible après l'invention de l'imprimerie par Gutenberg (1440) a sans doute joué un rôle dans l'érosion d'un monopole religieux.

En synthèse, la société du risque implique :

- Une transformation de l'autorité des sciences qui sont amenées à se décloisonner, d'une part, pour se mettre elles-mêmes en débat et, d'autre part, pour éclairer, nourrir et dynamiser les débats qui traversent l'ensemble de la société (plutôt que de répondre de façon autoritaire et technocratique aux questions sociales).
- Une transformation de l'autorité des institutions qui ne peuvent plus se contenter d'une organisation technique qui fonctionnerait sur elle-même, fut-elle rationnelle. Elles doivent dorénavant s'ouvrir et être plus attentives à l'humain, laisser davantage de place aux acteurs sociaux et définir les modalités d'une mise en débat constante et systématique.

3/2 Jürgen Habermas : replacer la (les) raison(s) au centre de la communication sociale

Selon lui, la Raison ne peut plus s'imposer aux individus. C'est de considérer la Raison comme un principe absolu (presque divin), détenant La Vérité, qui fait d'elle un instrument de domination. Au nom de la Raison comme principe absolu, on peut tout faire, y compris promouvoir des formes – particulièrement puissantes – de domination des humains.

Il s'agit donc d'abandonner ce modèle de Raison comme principe philosophique absolu et remettre la raison au centre du fonctionnement social. La Raison n'existe pas comme ça, de façon abstraite. Elle se construit au quotidien à travers les relations sociales. On s'éloigne donc de l'idée d'un contrat social originaire et l'on considère plutôt que des contrats sociaux se construisent au quotidien dans les interactions entre les individus. C'est à travers les interactions que les individus construisent des formes d'accord. Il en vient donc à proposer sa théorie de *l'agir communicationnel* (1987) dont les fondements reposent sur la philosophie du langage.

Si sa perspective majeure est de parvenir à saisir l'expansion sociale de la rationalité dans l'époque moderne, sa préoccupation ultime n'est autre, au fond, que de fonder, sur les bases d'une rationalité dépourvue de tout ancrage transcendant, l'espace de la démocratie. La conception de la modernité qui traverse l'œuvre de Habermas se caractérise par l'affirmation d'une profonde rupture de l'unité primordiale du monde et de l'homme et en même temps par une volonté permanente de parvenir, par le déploiement de la raison, à une intégration non pathologique de la société. La rationalité procède de la cassure de l'unité du monde, mais c'est elle et elle seule qui permettra à la société moderne de parvenir à une nouvelle articulation. (Martuccelli, 1999, 323)

D'après Habermas, l'agir communicationnel :

présuppose le langage comme un médium d'intercompréhension non tronqué où locuteur et auditeur, partant de l'horizon de leur monde vécu interprété, se rapportent à quelque chose à la fois dans le monde objectif, social et subjectif, afin de négocier des définitions communes de situations.

En gros, l'agir communicationnel recouvre les trois types d'actions :

- Les actions téléologiques, conçues comme moyen stratégique pour la réalisation d'objectifs (monde objectif) ;
- Les actions régulées par des normes (monde social) ;
- Les actions dramaturgiques, conçues comme mise en scène de soi-même et expression de la subjectivité (monde subjectif).

En simplifiant, Habermas affirme que les objectifs ne sont pas préexistants à l'action sociale, les normes ne sont pas préexistantes à l'action sociale et les

interprétations des interactions ne sont pas préexistantes à l'action sociale. C'est au contraire à travers l'action, et en particulier l'action de communication que les objectifs, les normes et les interprétations sont créés lorsqu'ils font l'objet d'accords, fussent-ils éphémères.

Pour Habermas, contrairement aux sociétés traditionnelles qui jouissent de mythes qui intègrent les individus de façon quasi mécanique dans des consensus autour de conceptions du monde unifiantes, les sociétés modernes sont caractérisées par une décentration des images du monde. Le monde se vit désormais comme un ensemble polyphonique de convictions culturelles, d'ordres légitimes et d'identités personnelles. Ce monde vécu éclaté pose la question de l'intégration de la société.

Habermas définit deux sphères d'intégration, à savoir le travail d'une part et l'interaction de l'autre. Le travail structure des formes d'intégration systémique⁵⁴; tandis que les interactions structurent des formes d'intégration sociale ; les systèmes d'une part et le monde vécu de l'autre. La coexistence de ces deux formes d'intégration repose, en gros, pour l'une sur une conception de l'action stratégique en finalité et pour l'autre sur une conception de l'action communicationnelle. Et, pour Habermas, ces deux formes d'actions définissent en réalité deux formes de rationalité.

La rationalisation aura donc différentes faces selon le type d'action auquel elle s'applique, suivant son orientation vers l'intercompréhension, vers le succès ou vers la réalisation de fins. [...] (Martuccelli, 1999, 335)

Du côté des systèmes, la rationalité sera foncièrement instrumentale, visant l'efficacité de l'action téléologique. Tandis que, du côté du monde vécu et de l'agir communicationnel,

la rationalisation ne peut signifier que l'exclusion des éléments contraignants qui perturbent la communication et la détermination accrue du consensus par la voie de l'argumentation. (Martuccelli, 1999, 335).

Or, Habermas observe un divorce croissant entre systèmes et monde vécu et il stipule que cette séparation se traduit notamment par des formes de communication qui évacuent le langage.

Sur la base d'orientations d'action de plus en plus généralisées se crée un réseau de plus en plus dense d'interactions qui manquent de directions normatives immédiates et qui doivent être coordonnées par d'autres voies. Pour satisfaire ce besoin croissant de communication, on dispose de l'intercompréhension grâce au langage, mais aussi de mécanismes de déstabilisation qui amortissent les frais de la communication et les risques de dissension. [Ces formes de communication purement systémiques] codifient le commerce rationnel en vue d'une fin avec des valeurs quantifiables et calculables, et rendent possible une influence stratégique généralisée sur les décisions d'autres participants de l'interaction, en contournant les processus de formation d'un consensus par le langage. (Habermas, 1987, 198-200)

Bien plus qu'un divorce, Habermas entrevoit la «colonisation du monde vécu par les systèmes». Pour le dire autrement, l'intégration systémique en vient à supplanter et à dominer l'intégration sociale. En l'occurrence, les sous-systèmes politiques et administratifs en viennent à se déconnecter du monde vécu (du monde tel qu'il est vécu par les gens) ; à reproduire des actions de type purement téléologique indépendamment des interactions sociales et des processus d'intercompréhension ; et à coloniser le monde vécu par

un réseau toujours plus dense de normes juridiques, de bureaucraties étatiques et paraétatiques [qui] finit par recouvrir la vie quotidienne des usagers potentiels et effectifs». (Habermas, 1990, 115)

Habermas considère ce divorce et cette colonisation comme une véritable pathologie sociale ; mais, dans le même temps, ils apparaissent seulement comme l'une des alternatives qui s'offrent à l'organisation sociale, puisqu'à ce modèle qui dispose la supériorité de l'intégration systémique, il est possible d'opposer un modèle qui reposerait davantage sur une intégration sociale.

Et Habermas dessine deux conditions nécessaires pour dépasser cette pathologie sociale.

- Premièrement, du côté des systèmes, et en particulier des sous-systèmes politiques et administratifs, il s'agit de promouvoir des formes de communication qui reposent sur l'intercompréhension plus que sur des mécanismes de délestage qui dispensent du langage. Les systèmes doivent alors se prêter au jeu de l'argumentation, accordant une place réelle aux différents acteurs, afin de construire ensemble des formes d'accord. Bien plus, les systèmes ont à mettre en place les procédures qui garantissent la participation des acteurs sociaux à la production des normes qui les concernent. Habermas en appelle alors à une démocratie délibérative fondée sur une éthique procédurale de la discussion.
- Deuxièmement, du côté du monde vécu, et en particulier de la société civile et du monde associatif, il s'agit de renforcer la capacité d'intégration sociale propre à la solidarité face à l'intégration systémique propre notamment au pouvoir administratif. Et, en l'occurrence, Habermas considère que la disjonction d'avec les systèmes et la subordination du monde vécu dépend aussi en partie de son insuffisante rationalisation, de sa faible capacité à se faire entendre de façon convaincante. Du fait de la décentration des conceptions du monde, du fait de la pluralité des points de vue, la construction d'accords passe nécessairement par l'argumentation permettant de dégager des vérités partagées et des référentiels communs. Et cette argumentation n'est pas envisageable en dehors de la rationalité. L'action communicationnelle apparaît alors elle-même profondément rationnelle ; mais une rationalité permettant de promouvoir l'intercompréhension et non pas une rationalité instrumentale visant simplement l'efficacité de l'action ou du système.

En l'absence de ces deux conditions, le risque que présente Habermas est celui d'un Etat (système politique et administratif) qui :

- se détache de la société civile,
- du fait qu'il ne dispose plus d'une représentation réelle du monde vécu,
- puisque la complexité de ce dernier est réduite à sa plus simple expression en passant au filtre de technologies qui produisent de l'information et donc de la connaissance sans passer par le langage et dispensant de toute forme de débat.

Dès lors, Habermas plaide pour une société civile vivace qui maintient la portée communicationnelle de l'espace public. Il conçoit l'espace public

comme un système d'alerte doté d'antennes hautement sensibles aux problèmes de la société, puisque alimenté par tout un conglomerat disséminé d'acteurs sociaux, qui ont la capacité de «formuler les problèmes de façon convaincante et influente⁵⁴, les appuyer par des contributions et les dramatiser de façon qu'ils puissent être repris et traités par l'ensemble des organismes parlementaires» (Habermas, 1997, 386) C'est l'ensemble des associations non étatiques

54 Habermas rejoint en partie Luhmann dans la lecture de systèmes relativement clos. Toutefois (on le verra) il ne partage pas le pessimisme de ce dernier quant à l'abandon de tout projet d'intégration de la société.

55 Je souligne.

et non économiques [...] qui accueille et répercute dans l'espace public politique les problèmes sociaux propres aux sphères de la vie privée. (Martuccelli, 1999, 357)

C'est le monde des sciences, des techniques et de l'expertise qui est aussi mis en question. Habermas entrevoit un danger dans l'accroissement des modalités de connaissance de la société sur elle-même qui se couperaient de tout enracinement dans le monde vécu et les pratiques sociales. Il en appelle dès lors à «une raison qui engage le procès à l'encontre d'elle-même» (Habermas, 1997, 11).

4/ D'une raison réflexive à une conception alternative de l'évaluation

A travers les travaux de Beck et de Habermas, on entrevoit les transformations contemporaines de l'autorité politique d'une part et de l'autorité de l'expertise d'autre part. Plus que l'abandon définitif d'une modernité classique et l'entrée définitive dans une post-modernité ou une modernité post-industrielle, c'est actuellement davantage l'ambivalence qui caractérise nos sociétés. Cette ambivalence permet, d'une part, de percevoir les possibilités d'un changement social profond ; mais, d'autre part, elle implique que ce changement ne reste qu'une éventualité, tant les modèles établis autour de la rationalité instrumentale restent fortement implantés.

En réalité, les tressaillements qui touchent la rationalité peuvent donner lieu à trois formes de réaction :

- Premièrement, l'abandon de la référence à la rationalité soit par la promotion radicale d'une subjectivité esthétique, soit par un retour du religieux (comme l'illustre la percée du créationnisme aux Etats-Unis).
- Deuxièmement, une sorte de crispation scientiste tendant à renforcer le pouvoir d'une expertise technocratique et des formes de rationalités purement instrumentales et systémiques ; des formes de rationalité qui réduisent la complexité du réel, qui oblitèrent le langage et le débat, et qui visent surtout à évaluer l'efficacité et/ou les bénéfices d'actions téléologiques.
- Troisièmement, le renforcement d'une rationalité fondée sur le débat et structurant le débat. Une rationalité qui permet, par le biais de l'argumentation, d'aboutir à des accords mutuels sur les visions du monde, la détermination d'objectifs, mais aussi la définition du sens de l'action, des valeurs auxquelles elle se réfère (et qui sont irréductibles aux seules valeurs économiques et d'efficacité), de normes communes, etc.

En fonction de l'endroit où on la situe parmi ces trois positions à l'égard de la rationalité, l'évaluation sera conçue différemment : soit le rejet de l'évaluation, soit une conception instrumentale de l'évaluation, soit une conception réflexive de l'évaluation.

4/1 Rejet de l'évaluation

On peut la rejeter purement et simplement au nom de la subjectivité, lui préférant des formes impressionnistes et intuitives de connaissance.

La difficulté reste alors de définir ce sur quoi peut s'intégrer une cohésion sociale ; de définir ce sur quoi peuvent se dessiner des accords et se définir les projets collectifs essentiels pour l'organisation politique, à partir du moment où se juxtaposent des perceptions subjectives individuelles multiples sans référentiels communs.

D'un point de vue plus pragmatique, on voit mal comment cette position permettrait à la société civile, au monde associatif, de peser sur le système politique et administratif et de participer de façon convaincante et influente aux décisions qui, pourtant, les concernent.

4/2 *Evaluation instrumentale*

On peut la concevoir dans une optique purement instrumentale. L'évaluation permet alors de gérer des systèmes. Elle permet de vérifier l'adéquation de résultats aux objectifs ; l'adéquation des coûts/bénéfices au regard des moyens disponibles et investis/plus-value escomptée ; de gérer des flux et des stocks, des inputs et des outputs. Elle permet aussi de vérifier l'efficacité des actions conçues comme téléologiques, orientées vers des buts et structurées par le calcul, la spéculation et la stratégie. Elle permet aussi de vérifier l'adéquation des actions aux normes censées les réguler, de vérifier des standards de comportements, de définir des bonnes pratiques.

Les difficultés qui se profilent sont diverses. Pour Luhmann, c'est l'intégration des systèmes qui devient impossible puisqu'ils utilisent les informations en les digérant à travers leur propre prisme cognitif pour renforcer leur cloisonnement et leur autopoïèse. La société prend alors la forme de systèmes autoréférentiels, autonomes, qui développent chacun leur vision du monde, sans plus aucune possibilité d'intégration entre eux ; d'autant plus que le système politique n'est lui-même plus qu'un sous-système au même titre que les autres sous-systèmes qui composent le système social global. Reste la contingence entre des systèmes provoquant l'irritation et l'auto-adaptation d'autres systèmes ; bref, un modèle de marché.

La différenciation sociale, poussée à son extrême par Luhmann, renvoie, peut-être en dernier ressort, au marché comme dernier principe d'intégration de la société. [...] Mais à la différence de la réponse libérale traditionnelle, où d'une certaine manière on supposait toujours, au moins implicitement, l'existence d'individus socialisés et partageant des compétences cognitives communes, Luhmann déteste radicalement la description de la modernité de toute nostalgie pour un critère d'intégration sociale. Le niveau d'analyse s'est déplacé vers les systèmes sociaux ; la contingence devient le critère le plus constant et le plus important de la vie sociale ; l'unique critère de jugement n'est autre alors que le succès d'une évolution impossible à prévoir à moyen terme⁵⁶. (Martuccelli, 1999, 184)

Pour Habermas, c'est le divorce entre systèmes et monde vécu qui se creuse et, à terme, c'est un système politique et administratif déphasé par rapport à la réalité sociale qui se profile. Car en définitive, les informations dont dispose le système sont tronquées. Les données produites à travers des ensembles strictement techniques opèrent une simplification radicale de la réalité. Elles donnent, sous l'apparence de l'objectivité, une image fautive et réduite de la réalité sociale, une fautive conscience. Pour reprendre les termes de Beck, cette rationalité reste sourde. Pourtant, ces données produites techniquement donnent le sentiment de connaître et d'être à l'écoute de la réalité sociale. Cette fautive conscience donne bonne conscience et permet progressivement d'oblitérer le langage et le débat, remplacés par des médiums techniques de communication. Or, pour Habermas, c'est le langage, l'agir communicationnel qui permet de définir des accords sur des visions communes du monde. L'évaluation, si elle est conçue comme un dispositif technique autosuffisant et comme un médium technique de communication qui dispense à bon compte du débat, ne

fait que renforcer la dissociation des systèmes et du monde vécu. Elle profile un modèle de société ne reposant plus que sur une intégration systémique, dont on a vu avec Luhmann qu'elle était désormais impossible.

Plus encore, l'évaluation conçue dans cette optique renforce la colonisation du monde vécu par les systèmes. Elle peut effectivement traduire l'incursion croissante des exigences de l'intégration systémique au sein de l'intégration sociale du monde vécu. Ainsi colonisé, le monde vécu est soumis aux impératifs des systèmes et, bien plus, on pourrait dire qu'il est modelé sous la forme d'un système. Son potentiel d'intégration sociale s'en trouve affecté puisque son potentiel d'intercompréhension est progressivement supplanté par l'agir téléologique ou stratégique. Le monde associatif serait alors jugé davantage sur sa capacité à atteindre efficacement des objectifs prescrits plutôt que sur sa contribution à une intégration sociale fondée sur la solidarité et l'intercompréhension.

Habermas est sensible, par exemple, aux excès de normativité juridique [et administrative] propres aux sociétés modernes, et leur volonté croissante de réguler chaque fois davantage un nombre chaque fois plus grand de secteurs de la vie publique et privée. (Martuccelli, 1999, 345)

En définitive, cette colonisation du monde vécu se traduit par un accroissement de la normalisation des individus, un renforcement de la portée disciplinaire du savoir comme instrument de pouvoir, pour reprendre les thèmes chers à Foucault. Dans cette optique, l'évaluation apparaît comme un dispositif panoptique d'informations qui permet de vérifier l'adéquation des individus aux objectifs, aux normes, aux fonctions, aux identités prescrites, voire aux actes ou comportements standardisés ; adéquation des professionnels ou adéquation des bénéficiaires.

Enfin, cette façon de concevoir l'évaluation nourrit le cercle vicieux de la bureaucratie. Les systèmes de plus en plus éloignés du monde vécu vont vouloir accroître leur connaissance de ce dernier. Ils mettent en place des dispositifs techniques d'informations. Mais ces derniers ne peuvent refléter la réalité du monde vécu dans sa complexité et, en détestant les systèmes des affres du langage et du débat, ils creusent encore le fossé. Pour résorber ce fossé, les systèmes vont vouloir encore accroître leur connaissance de la réalité sociale. Ils multiplient les dispositifs techniques d'informations ; qui à nouveau creusent encore le fossé, etc. ...

Il s'ensuit une congestion importante des systèmes, et en particulier de l'administration, par l'afflux d'informations qui, à terme, ne peuvent plus être traitées. Or, Jean Baudrillard a bien montré que «l'inflation de signes tue le signe» (Baudrillard, 1968). C'est le langage lui-même qui s'en trouve affecté. L'inflation d'informations produit un nivellement de l'information et une perte de sens ; au point que la forme (le signifiant) supprime le fond (le signifié). Toute information devient bonne en soi et pour soi. Il devient impossible d'en extraire le sens et il devient impossible de sélectionner ce qui est pertinent, important, essentiel.

En outre, par le biais de sa colonisation par les systèmes, le monde vécu est progressivement soumis aux exigences des systèmes. C'est alors le modèle bureaucratique de l'administration qui se diffuse au sein du monde associatif. C'est son potentiel créatif d'innovation et d'adaptation, ainsi que sa dynamique de changement social qui s'en trouvent altérés. La perspective de «société bloquée» de Michel Crozier se diffuse des systèmes au monde vécu, de la sphère politique et administrative à celle de l'associatif.

56 Je souligne.

4/3 *Evaluation réflexive*

Alors que Luhmann n'entrevoit pas d'autre alternative pour l'intégration des systèmes qu'une régulation systémique, sous la forme de la contingence ou du marché, Habermas, pour sa part, propose une alternative possible pour l'intégration sociale.

Il en appelle à une éthique procédurale de la discussion qui implique l'existence de lieux de rencontre et de débats effectifs entre les systèmes et le monde vécu ; on pourrait dire, entre la sphère politique et administrative et le monde associatif. On retrouve ici les notions de polyarchie délibérative ou de normes négociées développées par Jean De Munck (2001). Pour résorber la différenciation et le décalage croissant entre les systèmes et le monde vécu, les systèmes ou les institutions sont appelés à se modifier. Dans cette optique, il s'agit d'organiser institutionnellement les formes de la discussion afin que les acteurs concernés construisent collectivement un contenu sur lequel ils tentent de se mettre d'accord.

Tenter de se mettre d'accord suppose, d'une part, la possibilité d'entendre et de comprendre le point de vue des autres et, d'autre part, la capacité de convaincre les autres en les amenant, par l'argumentation, à comprendre et éventuellement à se rallier à son propre point de vue. Ces deux dimensions (compréhension et conviction) supposent l'existence de référentiels communs. Or, en l'état actuel le socle culturel commun qui structure la société reste – jusqu'à preuve du contraire – la rationalité. On peut évidemment susciter l'adhésion par la séduction, par l'apparence (on retrouve l'idée d'une raison esthétique qui serait elle-même instrumentalisée) ; mais ce type d'adhésion reste relativement superficiel et élude la question du fond, du sens. Seule la rationalité permet de mener à des accords collectifs sur le fond. Elle permet de rallier les acteurs autour d'une vision partagée du monde en permettant de confronter des visions différentes du monde. Cette vision partagée, cet accord se construit dans la discussion ; une discussion qui porte sur la validité des différents points de vue, c'est-à-dire leur degré de vérité et tout l'enjeu de l'argumentation rationnelle est de dégager les propositions qui ont un caractère de vérité suffisamment fort pour produire l'adhésion.

Habermas dégage trois sphères discursives (la science, la moralité, l'art) correspondant aux trois concepts formels du monde (objectif, social, subjectif). Chacun de ces mondes autorise d'ailleurs diverses prétentions à la validité (vérité propositionnelle, justice normative, véracité subjective). Dans la modernité, l'homme doit pouvoir fonder rationnellement ses actions dans ces trois sphères (Martuccelli, 1999, 327).

Dans l'agir communicationnel, les discussions permettent de se mettre d'accord sur des critères de validité à la fois de la réalité objective du monde (critères de validité scientifiques), de la réalité morale du monde (critères de justice sociale, d'éthique, etc.), de la réalité subjective du monde (critères liés à l'expression de soi : d'où je parle, au nom de qui, etc.) ; le degré de confiance accordé à la parole de l'autre, etc.). Ces critères constituent le cadre référentiel commun par rapport auquel il est possible collectivement de jauger la validité des différents points de vue en fonction des critères objectifs, moraux et subjectifs.

4/3/1 *L'évaluation en débat*

Dans cette perspective l'évaluation est concernée à plusieurs niveaux.

Au niveau subjectif, on retiendra par exemple les questions liées au statut accordé à la parole. L'entretien sociologique, le recueil de témoignages, etc. ont-ils leur place dans un dispositif d'évaluation ? Quelle confiance accorder à la validité de ce matériel, c'est-à-dire à la parole des uns et des autres ? Jusqu'à quel point peut-on considérer ce qui est dit comme vrai ? Au nom de qui

s'expriment les personnes rencontrées ? Comment dégager ce qui relève de la pure subjectivité (du sentiment, du fantasme, etc.) de ce qui relève davantage de l'objectivité (constats, faits, élaborations collectives) ? Et, dans un autre registre, quelle confiance accorder au chercheur ou à l'expert ? Que va-t-il faire de la parole ?, etc.

Au niveau moral, on retiendra par exemple les questions liées à la posture éthique du chercheur, à l'égard du pouvoir d'une part et à l'égard de la réalité étudiée d'autre part.

Au niveau de l'objectivité, on retiendra les questions liées à la validité des dispositifs méthodologiques, à la qualité de l'analyse, etc.

Et les trois sphères sont entrelacées. Jusqu'à quel point une recherche basée sur le recueil de paroles peut-elle permettre d'objectiver une réalité ? Jusqu'à quel point l'implication ou au contraire l'extériorité du chercheur permet-elle encore de dire quelque chose de la réalité du monde ? La réalité objective du monde laisse-t-elle encore la place au débat éthique, politique, moral, normatif ou encore aux dimensions subjectives ; ou, a contrario, l'expertise s'impose de telle manière que constat vaut décision ou que recommandation vaut prescription.

Toutes ces questions impliquent, dans une optique réflexive, que l'évaluation elle-même se mette en débat ; ou, pour reprendre les termes de Habermas, que la raison «engage le procès à l'encontre d'elle-même» (Habermas, 1997, 11). L'évaluation réflexive suppose alors la concertation à son propre sujet. C'est le système scientifique qui se doit de mettre en place les lieux et procédures autorisant et dynamisant le débat, la circulation de la parole, avec les acteurs concernés par l'étude ou l'évaluation qui sont dès lors considérés davantage comme sujets que comme objets de recherche.

4/3/2 *L'évaluation comme support au débat*

Dans l'optique Habermasienne d'une démocratie délibérative, la science garde toute sa place. En effet, pour Habermas comme pour Beck, la société moderne est sans doute marquée autant par un excès de rationalisme (rationalité instrumentale ou systémique) que par un défaut de rationalité (rationalité du débat).

En effet, pour ces auteurs, il ne s'agit pas d'en appeler à un renouveau démocratique et de mettre en place des lieux qui se réduisent à la discussion pour la discussion ou à la communication pour la communication. On ne ferait alors que produire de nouveaux systèmes auto-référentiels fonctionnant en boucles fermées ; ou, dans une autre version, de promouvoir des lieux plus ou moins éclatés d'expression plus ou moins libre de subjectivités plus ou moins bavardes. Il ne s'agit pas seulement d'étaler ou d'exposer un champ d'impressions subjectives. Encore faut-il que les propositions des uns et des autres se valident, pour que ces lieux de débats soient réellement producteurs de visions partagées du monde et donc le lieu d'établissement d'accords et d'intégration entre système et monde vécu (entre système politique et administratif et monde associatif) et au sein du monde vécu (au sein même du monde associatif).

Et c'est là, précisément, que la science, et plus spécifiquement l'évaluation, peut jouer un rôle. Dans cette optique, l'évaluation permet de dynamiser les débats :

- Premièrement, elle peut proposer un cadre méthodologique (on pourrait dire procédural) apte à garantir la circulation de la parole et donc l'exposition des points de vue.

- Deuxièmement, elle peut mettre en évidence les espaces de recouvrements ou de divergences dans cette constellation de points de vue.
- Troisièmement, elle peut apporter des informations qui permettent, non pas d'arbitrer les dissensions, mais de nourrir les échanges mutuels vers leur dépassement et la production de nouveaux accords.
- Quatrièmement, elle permet, non pas d'exclure la subjectivité des débats, mais de pondérer les expressions subjectives par des éléments plus objectifs concernant la réalité des choses.

Dans cette perspective, l'évaluation n'est pas conçue comme un mécanisme technique de délestage de la parole. Au contraire, elle devient un support à la parole, au débat, à la communication ; mais une communication qui n'est pas stérile, c'est-à-dire ni réductible aux «propos de café du commerce», ni dénuée de toute velléité de conviction et de capacité d'influence. En effet, en prolongeant l'expression de Beck, «une rationalité sociale sans rationalité scientifique reste aveugle» et elle reste aussi muette. Ou plus précisément si elle parle – et dieu sait si on la fait parler – ses énoncés sont dénués d'effets performatifs.

D'après Habermas, s'il est essentiel que le monde vécu et en particulier le monde associatif prenne part aux débats sociaux et politiques et influent sur les systèmes, cette capacité d'influence passe nécessairement par un renforcement de la rationalité des discours pour en accroître la force de conviction (en valider les caractères de vérité).

Par ailleurs, parallèlement au déficit relatif de rationalité, Habermas souligne aussi le risque que les formes de rationalité mises en œuvre au sein du monde vécu se réduisent, du fait de sa colonisation par les systèmes, à des rationalités strictement instrumentales et systémiques, visant uniquement la clôture et le renforcement de sous-systèmes, par exemple dans une optique de défense corporatiste de secteurs, peu favorable à une intégration sociale par l'intercompréhension et par l'établissement d'accords.

Or, on ne saurait trop insister sur l'importance de la dimension collective (on pourrait dire intersectorielle) des discours :

- Premièrement, et d'un point de vue global, parce que la dimension collective seule permet de promouvoir l'intégration sociale. C'est à travers la multiplication des points de vue et leurs confrontations que des formes d'accords sociaux peuvent apparaître.
- Deuxièmement, parce que la dimension collective des discours renforce leur capacité d'influence, leur effet performatif.
- Troisièmement, parce que la dimension collective réduit les propensions des systèmes à la colonisation du monde vécu et plus particulièrement à la normalisation et au contrôle disciplinaire des corps et des esprits.

Ce troisième point mérite d'être explicité. Dans *Le nouvel esprit du capitalisme* (1999), Luc Boltanski et Eve Chiapello montrent combien les grands principes d'autonomie, de liberté, de réalisation de soi ont été intégrés à de nouvelles formes de contrôle et de discipline particulièrement pernicieuses puisqu'elles conduisent les individus à «bâter les murs de leur propre prison». Et de fait, la négociation de la norme, la participation, ne sont pas des conditions suffisantes pour garantir, en soi, une part de liberté ou d'autonomie.

Ces auteurs se sont intéressés aux nouvelles formes de management des ressources humaines dans les entreprises. Ils affirment que parallèlement à la critique sociale soutenue par les mouvements ouvriers et dénonçant l'exploitation ou l'inégalité, s'est développée une critique artistique revendiquant l'autonomie, l'authenticité, la réalisation de soi dans le travail et hors du travail. Mai 68 représenterait un moment symbolique de cette critique artistique. D'après les auteurs, le capitalisme s'est réapproprié cette critique artistique à

son compte pour réorganiser le travail dans le sens d'une plus grande implication des cadres et du personnel dans le travail et d'une plus grande flexibilité du travail.

Aujourd'hui en effet, la vie en entreprise est vue principalement comme une succession de projets, chacun de ses membres étant impliqué dans un ou plusieurs projets. Défini par la conduite de projets plus que par son autorité hiérarchique, le cadre devient manager, meneur de projet (project leader). Sa tâche revient moins à organiser dans le détail le travail des subordonnés et à en surveiller l'exécution minutieuse qu'à les motiver pour qu'ils s'impliquent corps et âme dans les projets en fonction des objectifs poursuivis. Autonome, disponible et adaptable, il est l'animateur d'une équipe où doit régner la confiance et l'auto-contrôle plutôt que le contrôle. Les ouvriers s'appellent désormais des opérateurs, supposés travailler en équipes autonomes. Leur qualité essentielle n'est plus leur formation initiale ni même leur expérience mais leur employabilité, c'est-à-dire l'ensemble des capacités, autant humaines que techniques, requises pour passer d'un projet à un autre projet. [L'entreprise] prône donc le changement, la flexibilité et l'adaptabilité. [A toute organisation] correspondent des épreuves spécifiques, soit de 'nouvelles manières de réussir ou d'échouer'. [Dans l'entreprise], l'épreuve principale consiste d'abord à démontrer que l'on est capable de mener à bien un projet, mais aussi et surtout de passer aisément d'un projet à l'autre et de s'engager constamment dans de nouvelles activités⁵⁷. C'est pourquoi les phases de transition entre projets sont les plus critiques et les plus décisives (L. Van Campenhoudt, 2001, 180-181).

On voit combien une évaluation fut-elle participante, fut-elle attentive aux acteurs, n'est pas par nature opposée à une conception instrumentale de la raison. Au contraire, associée aux principes de participation, d'autodétermination, l'évaluation peut accroître la normalisation, modifiant – voire renforçant – les schémas disciplinaires classiques. Foucault voyait déjà dans l'individuation une des voûtes de l'édifice disciplinaire. L'individuation ou la distinction reste une des clefs des nouvelles formes de normalisation. Etre flexible, s'inscrire dans des projets et participer à la définition de ses normes de production modifie le schéma disciplinaire classique. Le contrôle y est pourtant aussi intense, voire plus encore, parce que d'autant plus intégré par la personne. Lorsque l'entreprise encourage le travailleur à définir lui-même une norme de production (je produirai ou je vendrai x objets en un laps de temps y), ce dernier va être confronté à la concurrence de ses collègues. Il lui faut éviter de proposer une norme de production ridicule au regard de celle de ses collègues. Or, en l'absence de négociation collective, il ne connaît pas ces dernières. Il sera alors poussé à mettre la barre le plus haut possible, se définissant parfois pour lui-même une norme impossible à atteindre. Il va travailler comme un fou pour respecter cette norme et ne pourra s'en vouloir qu'à lui-même puisque c'est lui qui l'a fixée. A terme, s'il ne parvient pas à atteindre cette norme, il risque d'être sanctionné par un licenciement qui sera d'autant plus difficile à vivre que c'est lui qui aura défini les termes de son propre échec. L'individu se voit acteur de sa propre domination.

Le caractère collectif de la négociation de normes apparaît donc comme essentiel. Et, dans l'optique d'une évaluation réflexive, si la participation est requise, elle n'est sans doute pas suffisante et nécessite aussi d'être pensée collectivement.

57 Je souligne.

58 Cette colonisation du monde vécu par les systèmes pourrait réduire en définitive le monde associatif à un marché d'opérateurs sous-traitants d'un service public étatique en déstructuration et en phase progressive de privatisation.

5/ L'évaluation et les secteurs ambulatoires sociaux et sanitaires bruxellois

Au terme de cette présentation théorique, il est possible de resituer les résultats transversaux de cette recherche.

Lorsque les représentants des secteurs :

- craignent des modalités d'évaluation conçues uniquement dans une perspective gestionnaire et systémique ;
- pointent la réduction des marges de manœuvre de leurs ministres en raison de la multiplication des niveaux de pouvoir et la difficile intégration de ces niveaux de pouvoir (sous-systèmes) ;
- plaident pour des modalités d'évaluation qui permettent de rendre compte de façon durable de la complexité du réel et qui ne procède pas par réduction simplificatrice ;
- plaident pour des modalités d'évaluation qui n'oblitérent pas le langage et le débat par des mécanismes techniques de délestage de la parole ;
- craignent que les informations transmises ne soient en définitive jamais traitées, notamment par l'effet de congestion du système administratif ;
- plaident pour des modalités d'évaluation qui ne représentent pas une surcharge inconsidérée de travail et qui ne réduisent pas l'associatif à un appendice du système administratif soumis aux mêmes exigences bureaucratiques (colonisation du monde vécu)⁵⁸ ;
- craignent des modalités d'évaluation normalisatrices et disciplinaires réduisant leurs marges de manœuvre, leurs possibilités d'initiatives et leurs capacités d'adaptation ;
- se disent pour la plupart désireux d'améliorer les modalités d'évaluation dans le sens de la participation, de la concertation, de l'intersectoriel en vue d'accroître, pas tant l'efficacité de systèmes de façon mécanique, mais les possibilités de débats effectifs entre secteurs, entre secteurs et systèmes politiques et administratifs ;

ils se positionnent en réalité en faveur d'une conception réflexive de l'évaluation.

La difficulté, avec Beck et Habermas, c'est que l'avènement d'une rationalité sociale, réflexive, n'est jamais qu'une alternative possible pour la modernité. On peut aujourd'hui en percevoir des soubresauts ; mais elle reste un pari. Un pari sur la capacité des secteurs à accroître leur force de conviction, leur niveau d'influence en renforçant leur rationalité dans l'argumentation. Et un pari sur la capacité des systèmes politiques et administratif à se départir d'une rationalité purement systémique et instrumentale ; à entrer en débats avec le monde associatif ; et à mettre en place les procédures garantissant l'existence de ces débats. Et, enfin, pari sur la capacité d'intercompréhension des uns et des autres.

En l'occurrence, les systèmes politiques et administratifs de la COCOF ne paraissent pas radicalement opposés à cette perspective. Ils semblent plutôt ouverts à cette opportunité pour renforcer les liens déjà existant avec les secteurs ; même si les besoins d'évaluation ou de recueil de données qu'ils expriment restent parfois teintés d'une logique relativement systémique : besoins d'informations surtout quantitatives, rapidement et facilement exploitables, plus que d'analyses fouillées sur des problématiques plus ou moins pointues. En tout état de cause, la rupture entre systèmes et monde vécu n'est pas de mise. La distance entre système politique et administratif et l'associatif est réelle, mais elle reste pondérée notamment par des rapports interpersonnels reposant sur la confiance. Toutefois, la dimension subjective de cette confiance n'est pas suffisante pour dissiper les craintes et l'insécurité persistantes en ce qui concerne le futur plus ou moins proche. En ce sens, l'éthique procédurale de la discussion proposée par Habermas pourrait inspirer un cadre favorable à une formalisation concertée des modalités d'évaluation.

Enfin, à ce stade, la recherche a permis de mettre à plats différents points de vue concernant l'évaluation. Il s'en dégage des convergences, ainsi que trois axes de tensions concernant les démarches ou les méthodes, les échelles, ainsi que les objets de l'évaluation. Ces trois axes offrent un cadre pour la poursuite des débats nécessaires pour permettre, entre secteurs et entre secteurs et systèmes politique et administratif, de dégager des perspectives communes en ce qui concerne les conceptions de l'évaluation et les modalités de son opérationnalisation.

-
- ADORNO T., HORKHEIMER M. (1974), *Dialectique de la raison : fragments philosophiques*, Paris, Gallimard, (1947).
 - ARON R. (1967), *Les étapes de la pensée sociologique*, Paris, Gallimard.
 - BAUDRILLARD J. (1968), *Le système des objets : la consommation des signes*, Paris, Gallimard.
 - BECK U. (1992), *Risk society : toward a new modernity*, London, Sage, (1986).
 - BECK U. (1999), *World risk society*, Cambridge, Polity Press.
 - BOLTANSKI L., CHIAPELLO E. (1999), *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard.
 - CROZIER M. (1964), *Le phénomène bureaucratique*, Paris, Le Seuil.
 - CROZIER M. (1970), *La société bloquée*, Paris, Le Seuil.
 - CROZIER M. (1993), *Analyse des phénomènes bureaucratiques : un bilan intellectuel*, Paris, Gallimard / Le Seuil.
 - DE MUNCK, J. et LENOBLE, J. (2001), « Transformations in the Art of Governance », in DE SCHUTTER, O., LEBESSIS, N. et PATERSON, J. (eds.), *Governance in the European Union, Luxembourg*, Office for Official Publications of the European Communities, pp. 40-43.
 - DELEUZE G. (1986), *Foucault*, Paris, Editions de Minuit.
 - FOUCAULT M. (1972), *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard.
 - FOUCAULT M. (1975), *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard.
 - FOUCAULT M. (1976), *La volonté de savoir (tome I de l'histoire de la sexualité)*, Paris, Gallimard.
 - GRIMBERGS C. (1964), *Histoire universelle*, Paris, Marabout.
 - HABERMAS J. (1987), *Théorie de l'agir communicationnel*, Paris, Fayard, 3 volumes.
 - HABERMAS J. (1990), « La crise de l'Etat providence et l'épuisement des énergies utopiques », *Ecrits politiques*, Paris, Cerf.
 - HABERMAS J. (1997), *Droit et morale*, Paris, Seuil, (1988).
 - HUBERT H.-O. (2002), *L'Etat surveillant. Les politiques belges de sécurité au regard de la sociologie du risque*, Dissertation présentée en vue de l'obtention du titre de Docteur en sociologie (4 volumes).
 - LUHMANN N. (1993), *Risk : a sociological theory*, Berlin, W de Gruyter.
 - LUHMANN N. (1995), *Social systems*, Stanford, Stanford University Press, (1984).
 - MARCUSE H. (1964), *L'homme unidimensionnel. Essai sur l'idéologie de la société industrielle avancée*, Paris, Editions de Minuit.
 - MARTUCCELLI D. (1999), *Sociologies de la modernité*, Paris, Gallimard.
 - MINTZBERG H. (1994), *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Les Editions d'organisation.
 - VAN CAMPENHOUDT L. (2001), *Introduction à l'analyse des phénomènes sociaux*, Paris, Dunod.
 - WEBER M. (1963), *Le savant et le politique*, Paris, Union Générale d'Editions, (1919).
 - WEBER M. (1964), *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, Plon, (1905).

CHAP VI

Perspectives



DU CÔTÉ DE L'ACTION : L'ÉVALUATION EN PERSPECTIVES PRATIQUES

Synthèse et propositions pour la suite du travail

1/ Les enseignements au terme de cette première année de recherche

Cette année de travail a été consacrée à la rencontre des représentants des 11 secteurs de l'ambulatoire social et sanitaire bruxellois conformément à la méthodologie proposée, réalisant un cercle herméneutique et dialectique autour de la thématique de l'évaluation.

Cette phase de recherche a été riche en enseignements :

1/ Nous disposons désormais d'une vision d'ensemble plus claire de ce qui existe en matière d'évaluation au sein des différents secteurs, de leurs obligations d'évaluation, de leurs expériences passées et/ou actuelles, de leurs initiatives en matière d'évaluation au niveau sectoriel et/ou au niveau de services, ainsi que des projets, perspectives et débats qui traversent chacun de ces secteurs.

2/ Nous disposons désormais d'une vision d'ensemble plus claire des résistances qui subsistent au sein de chacun des secteurs à l'égard du thème de l'évaluation. Ces résistances sont plus ou moins sensibles en fonction des secteurs. Si certaines de ces résistances relèvent effectivement du fantasme, d'autres s'articulent à des expériences concrètes dont certaines se révèlent malheureuses, voire douloureuses. Les résistances subsistantes spécifiques à chacun des secteurs (leur nature et leur intensité) prennent alors tout leur sens lorsqu'elles sont resituées dans leur propre contexte historique plus ou moins proche.

3/ Malgré ces résistances, au regard des propos de leurs représentants, il apparaît, de façon massive, qu'aucun secteur ne s'oppose d'emblée et par principe à la perspective d'une amélioration des modalités d'évaluation existantes, pour peu qu'elle soit concertée. Tous y voient des intérêts sectoriels, intersectoriels et politiques dans le sens de l'intérêt général. De sorte qu'il serait sans aucun doute plus correct de parler de «volonté de clarification» pour désigner ce que l'on a nommé et ce que l'on nomme toujours – sans doute erronément – «résistance». La résistance est ce qui empêcherait d'avancer. Or, la situation est loin d'être bloquée et la volonté d'avancer est bien présente au sein des secteurs, pour peu qu'un certain nombre de points soient clarifiés en concertation avec les pouvoirs publics.

Cette volonté de clarification ne traduit en rien une méfiance ou un procès d'intention à l'égard des pouvoirs publics ; mais elle vise à garantir de façon plus formelle le cadre de confiance existant actuellement de façon trop informelle et interpersonnelle. Au contraire, la confiance qui caractérise les relations actuelles entre les différents partenaires de l'ambulatoire (entre secteurs, entre associatifs et pouvoirs publics) offre un cadre particulièrement favorable à ce travail de clarification.

4/ Les perspectives d'amélioration des modalités d'évaluation sont bien présentes et, partant des points de vue des représentants des différents secteurs, nous avons pu dégager trois dimensions dialectiques concernant premièrement les démarches ou les méthodes d'évaluation, deuxièmement l'échelle de l'évaluation et, troisièmement, l'objet de l'évaluation. Ces trois axes constituent le cadre conceptuel permettant de poursuivre le travail, c'est-à-dire de clarifier de façon désormais plus concrète et plus prospective les modalités d'une évaluation concertée du champ d'intervention de l'ambulatoire social et sanitaire bruxellois.

5/ Les points de vue exprimés par les représentants des secteurs dessinent des perspectives d'évaluation qui s'éloignent de l'évaluation classique, instrumentale et systémique. C'est le passage à une modalité plus réflexive d'évaluation, dans le sens d'une raison sociale et politique qui est envisagé.

2/ Les propositions concrètes pour la suite

En se basant sur les enseignements actuels, il est désormais possible d'émettre des propositions concrètes pour l'avenir proche du processus des Assises, si les acteurs concernés estiment de façon conséquente qu'il est judicieux de poursuivre le travail entrepris sur la thématique de l'évaluation.

Nos propositions vont dans deux sens : une première proposition plus politique et principielle et une seconde proposition plus scientifique et méthodologique.

2/1 Vers une «Charte de l'évaluation concertée en ambulatoire social et sanitaire bruxellois»

Partant des enseignements 2/ et 3/, il serait opportun d'envisager la possibilité de rédiger une sorte de «Charte de l'évaluation concertée en ambulatoire social et sanitaire bruxellois».

Nous rappelons que cette Charte ne traduirait en rien une méfiance exacerbée ni de l'associatif à l'égard des pouvoirs publics, ni des pouvoirs publics à l'égard de l'associatif. Il s'agit bien au contraire de renforcer la confiance qui existe dans les relations actuelles en la formalisant davantage en termes de rapports sociaux entre acteurs, au-delà des relations interpersonnelles et informelles existantes.

suite page 76 

La procédure précise reste à définir. Mais dès le mois de décembre, nous pourrions rédiger un avant projet de Charte sur base des enseignements du rapport déposé au terme de cette année. Cet avant-projet serait alors soumis à débat avec les représentants des secteurs, des cabinets et de l'administration.

2/2 Partir d'une expérience concrète d'évaluation autour d'une thématique transversale pour en inférer des modalités opératoires d'évaluation concertée de l'ambulatoire social et sanitaire bruxellois

Partant des enseignements 1/ et 4/, il conviendrait de se positionner sur les trois axes dialectiques qui ont été dégagés.

En raison des contraintes financières de la COCOF, telles qu'elles nous ont été présentées à l'occasion de la première version du projet de recherche, il nous semble illusoire de revenir sur la proposition de départ qui était de réaliser idéalement un travail plus fin avec les services au sein des différents secteurs avant d'aller plus loin dans l'élaboration intersectorielle de modalités d'évaluation.

Les contraintes du réel imposant de travailler d'emblée à une échelle transsectorielle, en l'état, il serait envisageable de mettre en place une série d'entretiens, collectifs cette fois, pour confronter les points de vue des différents acteurs concernés et les amener à effectuer des choix ou à tout le moins de définir des priorités sur les trois axes dialectiques dégagés (des choix ou des priorités en ce qui concerne les méthodes, l'échelle et l'objet de l'évaluation). Ce travail aurait pour objectif de définir des lignes concrètes pour une (des) modalité(s) d'évaluation concertée au sein de l'ambulatoire.

Toutefois cette façon de procéder nous semble relativement illusoire, dans la mesure où la démarche reste relativement abstraite et strictement déductive. En effet, il s'agirait bien de déduire théoriquement les lignes opérationnelles concrètes d'une évaluation concertée sur base de l'analyse transversale effectuée au cours de cette première année de recherche.

Il nous semblerait plus opportun d'adopter une démarche plus inductive en appui de l'optique déductive. Il s'agirait alors de partir d'une expérience concrète et singulière pour en inférer une analyse et des modalités opératoires d'évaluation concertée de l'ambulatoire social et sanitaire bruxellois.

Plutôt donc que de débattre de façon abstraite, nous proposons de partir d'une expérience concrète d'évaluation transversale d'une thématique intersectorielle. Au terme de ce travail, nous disposerions à la fois :

- de résultats d'analyses concernant l'évaluation de cette thématique ;
- et une expérience concrète d'évaluation intersectorielle dont l'observation et l'analyse permettraient de tirer un certain nombre d'enseignements et de généraliser des modalités d'évaluation dans l'optique d'une concertation durable entre acteurs de l'ambulatoire (pouvoirs publics et secteurs).

En terme de phasage :

- *1^{ère} phase* Définition collective d'une thématique commune dont l'évaluation pourrait susciter l'intérêt de l'ensemble des partenaires (pouvoirs publics et secteurs).

Uniquement à titre d'exemple, rappelons que deux thématiques ont d'ores et déjà été abordées au cours du processus des Assises ; à savoir l'accueil et la transversalité. Nous pourrions reprendre l'un de ces thèmes comme thématique commune à évaluer. Bien entendu, un tout

autre thème pourrait être défini collectivement en raison notamment de l'actualité de nouveaux enjeux.

- *2^{ème} phase* A partir de cette thématique collective, circonscription de questions plus précises d'évaluation.

Que veut-on évaluer ? Et deux des trois axes dialectiques dégagés permettent de se positionner et d'établir des choix et des priorités en ce qui concerne (les) l'objet(s) de l'évaluation et (les) l'échelle(s) de cette dernière.

- *3^{ème} phase* Partant des questions posées, élaboration collective d'un dispositif méthodologique, c'est-à-dire choix des outils méthodologiques les plus adéquats.

Comment va-t-on évaluer ? L'axe dialectique concernant les démarches ou méthodes d'évaluation permet de se positionner et d'établir des choix en matière d'outils d'évaluation.

En fonction de la thématique et des questions retenues, nous pourrions élaborer un dispositif méthodologique alliant divers outils ; par exemple, associer des entretiens collectifs d'analyse casuistique comparée et un recueil de données ciblé dans le temps et circonscrit autour de quelques items précis.

- *4^{ème} phase* élaboration concrète des outils méthodologiques.

Par exemple élaboration d'un recueil de données ciblé, élaboration d'une grille d'analyse casuistique transversale, etc.

- *5^{ème} phase* mise en œuvre des outils méthodologiques.

Par exemple, mise en œuvre du recueil de données ciblé, organisation des entretiens collectifs autour de l'analyse de cas, etc.

- *6^{ème} phase* analyse transversale des informations recueillies et évaluation de la thématique choisie.

- *7^{ème} phase* analyse de cette expérience d'évaluation et proposition de lignes opératoires pour une évaluation concertée et durable au sein de l'ambulatoire social et sanitaire bruxellois.

Cette proposition nous semble la plus pertinente et la plus productive. Nous attirons l'attention sur le fait que les résultats escomptés sont doubles :

- d'une part l'évaluation d'une thématique
- et, d'autre part, l'analyse de cette expérience d'évaluation concertée et l'élaboration prospective de lignes opératoires pour les évaluations à venir dans l'ambulatoire⁵⁹.

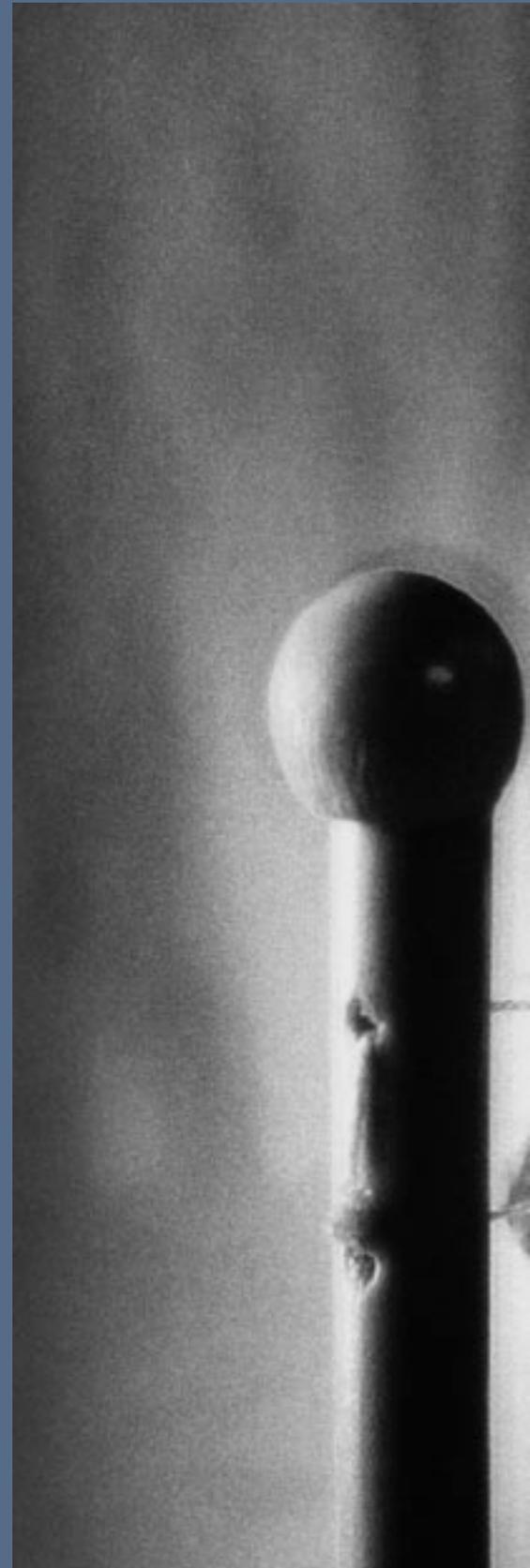
Si les bénéfices sont doubles, le travail à réaliser est aussi plus important :

- Envisager une convention sur deux années (conditionnée à un rapport d'activité circonstancié au terme de la première année) est un minimum au regard du phasage nécessaire.
- Par ailleurs, au regard de la charge de travail et des bénéfices escomptés, il convient d'envisager le renfort des deux tiers temps, actuellement financés, par l'engagement d'un chercheur à mi-temps.

59 A ces deux bénéfices s'en ajoute un troisième en terme d'expérience formatrice pour les acteurs de l'ambulatoire : accompagnement d'une élaboration collective et de la mise en œuvre concrète de modalités d'évaluation concertée.



ABAKA ASBL
 ACTION VIVRE ENSEMBLE
 ARÉMIS - CITÉ SÉRINE
 ASSOCIATIF FINANCIER
 ASSOCIATION POUR LE VOLONTARIAT
 ASSOCIATION CHRÉTIENNE DES INVALIDES ET DES HANDICAPÉS
 ASSOCIATION DES CENTRES ET SERVICES BRUXELLOIS POUR PERSONNES HANDICAPÉES
 ASSOCIATION DES ERGOTHÉRAPEUTES
 ASSOCIATION DES MAISONS D'ACCUEIL
 ASSOCIATION DES SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT POUR PERSONNES HANDICAPÉES
 ASSOCIATION FRANCOPHONE D'AIDE AUX HANDICAPÉS MENTAUX
 ASSOCIATION NATIONALE DES COMMUNAUTÉS ÉDUCATIVES
 ASSOCIATION POUR LE SOUTIEN ET L'ÉTUDE DU VIEILLISSEMENT
 BRUXELLES ASSISTANCE - 3IÈME MILLÉNAIRE
 BRUXELLES LAÏQUE
 CENTRE BRUXELLOIS D'ACTION INTERCULTURELLE
 CENTRE DE COORDINATION DE SOINS ET SERVICES À DOMICILE INDÉPENDANTS
 CENTRE DE DOCUMENTATION ET DE COORDINATION SOCIALES
 CENTRE DE FORMATION PROFESSIONNELLE EN ANIMATION SOCIALE
 CENTRE DE SERVICES ET SOINS À DOMICILE
 CENTRE DE TÉLÉ-ACCUEIL DE BRUXELLES
 COORDINATION BRUXELLOISE DES INSTITUTIONS SOCIALES ET DE SANTÉ
 COORDINATION LAÏQUE DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA SANTÉ
 ECOLE DES PARENTS ET DES EDUCATEURS
 ENTRAIDE DES MAROLLES
 EQUIPES D'ENTRAIDE
 ESPACE P
 FÉDÉRATION BRUXELLOISE FRANCOPHONE DES INSTITUTIONS POUR TOXICOMANES
 FÉDÉRATION BRUXELLOISE FRANCOPHONE DES ORGANISMES D'INSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE
 FÉDÉRATION DES CENTRES DE SERVICE SOCIAL
 FÉDÉRATION DES CENTRES DE SERVICE SOCIAL MUTUALISTES BRUXELLOIS
 FÉDÉRATION DES INITIATIVES ET ACTIONS SOCIALES
 FÉDÉRATION DES INSTITUTIONS MÉDICO-SOCIALES
 FÉDÉRATION DES MAISONS DE JEUNES EN MILIEU POPULAIRE
 FÉDÉRATION DES MAISONS MÉDICALES ET DES COLLECTIFS DE SANTÉ
 FÉDÉRATION DES MUTUALITÉS SOCIALISTES DU BRABANT - SERVICE SANTÉ ET BIEN-ÊTRE
 FÉDÉRATION DES SERVICES BRUXELLOIS D'AIDE À DOMICILE
 FÉDÉRATION LAÏQUE DES CENTRES DE PLANNING FAMILIAL
 FÉDÉRATION NATIONALE DE PROMOTION DES HANDICAPÉS
 FÉDÉRATION SOCIALISTE DES PENSIONNÉS
 FONDATION JULIE RENSON
 FONDS DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES
 FONDS DU LOGEMENT DE LA RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE
 FORUM BRUXELLOIS DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ
 GRANDIR ENSEMBLE
 HAUTE ECOLE CATHOLIQUE CHARLEROI-EUROPE - INSTITUT CARDIJN
 HAUTE ECOLE ICHEC - ISC SAINT-LOUIS - ISFSC
 HAUTE ECOLE LIBRE DE BRUXELLES ILYA PRIGOGINE - DÉPARTEMENT SOCIAL
 HAUTE ECOLE PAUL-HENRI SPAAK - DÉPARTEMENT SOCIAL
 INFOR-HOMES
 INFOR-JEUNES BRUXELLES
 LE NID
 L'ESCALE
 LIGUE BRAILLE
 LIGUE BRUXELLOISE FRANCOPHONE POUR LA SANTÉ MENTALE
 LIGUE DES FAMILLES - BRUXELLES
 LIRE ET ECRIRE BRUXELLES
 LOGER JEUNE À BRUXELLES
 MUTUALITÉ SAINT-MICHEL
 PERSPECTIVE ASBL
 PRÉSENCE ET ACTION CULTURELLES BRUXELLES
 PROXIMITÉ ET SANTÉ
 R2 PROFILÉURS DE PROJETS
 SERVICE LAÏQUE D'ACCOMPAGNEMENT ADMINISTRATIF - AIGUILLAGES
 SERVICE LAÏQUE D'AIDE AUX PERSONNES
 SERVICE POUR LA TRANSFORMATION, L'INNOVATION ET LE CHANGEMENT SOCIAL
 SOINS CHEZ SOI
 SOLIDARITÉS NOUVELLES
 SOS JEUNES
 SYNDICAT DES LOCATAIRES
 SYNERGIE
 UNION CHRÉTIENNE DES PENSIONNÉS - BRUXELLES



**Avec le soutien de la Commission
communautaire française de la Région
de Bruxelles-Capitale**