

Synthèse générale

Nous tenterons de ramasser ici les enseignements qui nous apparaissent essentiels au terme du volet « étude »¹ de la DEQ-T 2, tout en renvoyant le lecteur l'ensemble du rapport pour plus de détails. Cette présentation synthétique nécessite de bien situer l'objet de l'étude et la question qui la sous-tendait, de prendre connaissance des démarches mises en œuvre sous contrainte (de temps, de moyens, mais aussi de participation des secteurs) pour y répondre, puis d'analyser les principaux éléments de réponse donnés par le terrain dans son contexte. Ajoutons que le texte qui suit ne tient évidemment pas lieu du rapport qui précède.

1. L'objet de l'étude, sa problématique et les moyens mis en œuvre

L'objet de la DEQ-T2 est **l'analyse de la gouvernance interne** des services ambulatoires, de la **conflictualité qui peut lui être liée**, ainsi que leur **impact éventuel sur le travail avec les usagers**. Cet objet fut déterminé par les partenaires sociaux du champ ambulatoire social-santé bruxellois (les secteurs agréés par la CoCoF dans le cadre du « décret ambulatoire »), et non par le chercheur. Ce dernier présume que les partenaires sociaux avaient de bonnes raisons d'aborder cette problématique, sur base de leur expérience. Comme ils le détaillent dans la lettre envoyée aux Fédérations et aux organisations syndicales, « Le thème choisi par les partenaires sociaux pour la seconde DEQ-T (2013-2016) est un sujet sensible que nous avons jugé important d'aborder nous-mêmes, dans une démarche réflexive et critique : l'analyse des liens possibles entre l'organisation du travail (« la gouvernance »), la conflictualité et le service aux usagers. »

Ils précisent dans la foulée que « **L'objectif n'est pas prescriptif** (déterminer un « *one best way* » de la gouvernance et/ou promouvoir une vie associative libre de tous conflits) **mais bien constatif et analytique** : faire le point sur cette question à travers une approche qui combine la récolte de données sur le terrain (interviews approfondies et enquête auprès d'un échantillon d'acteurs des secteurs) avec l'analyse fine et contextuelle des résultats obtenus. »

Afin d'atteindre cet objectif, nous avons procédé de manière différente que pour la DEQT-1. Dans la mesure où l'objet d'étude concerne la gouvernance organisationnelle et la conflictualité, ainsi que leurs effets sur le travail avec les usagers, il fallait **retracer d'abord l'histoire** des secteurs (chapitre 2) dans laquelle s'inscrit la **dynamique organisationnelle** qui leur est propre, ceci sur base documentaire et d'interviews d'acteurs ayant une longue expérience. Nous avons élaboré ensuite une **clarification conceptuelle des notions** de « gouvernance » et de « conflictualité » (chapitre 3), **ainsi que des liens possibles entre ces variables** (chapitre 4) et le travail avec les usagers (chapitre 5). Le sujet étant délicat, il nous est apparu difficile d'organiser des groupes de discussion ; le fait de parler devant des pairs de problèmes internes aux services risquait d'euphémiser ou d'occulter les difficultés vécues. Nous avons pris l'option de procéder par des **interviews individuelles d'acteurs « historiques »** mentionnés plus haut (dernière partie du chapitre 4). C'est sur cette base et sur une étude de la littérature que nous avons construit un **questionnaire destiné à un échantillon**. Des **groupes de discussion** étaient organisés *après*

¹ Rappelons que la DEQ-T est une démarche d'évaluation qualitative et qu'elle devrait dès lors aussi comporter un aspect de jugement qu'il ne nous appartient pas de porter. Comme l'écrivent les partenaires sociaux réunis dans l'association de fait « CRAMIC » : « Le rapport final de cette DEQT-2 (...) fera l'objet d'un large débat au sein de nos instances. Ce sont elles qui jugeront des leçons à en tirer ».

cette enquête (chapitre 7), ce qui permettait aux participants de les analyser collectivement à partir de leur expérience plutôt que de parler de « leurs problèmes » devant les autres.

2. Les résultats de l'étude

2.1. Un premier résultat de l'étude concerne l'historique du champ ambulatoire sur base documentaire, associé aux témoignages d'acteurs de terrain de longue date (dont certains étaient retraités depuis peu) et certains enseignements de la DEQT-1. Elle a permis de mieux prendre la mesure de la complexité de l'ambulatoire social-santé bruxellois (CoCoF), sédimentation d'initiatives historiques pour la plupart privées et « chapeautées » depuis 2009 par un décret unique, relatif à douze types d'agrément. Nous sommes arrivés à dresser les constats suivants, qui débouchent sur une partition du champ ambulatoire en quatre ensembles.

- **L'ambulatoire « santé-social » stricto-sensu** (issu directement ou indirectement du « big bang anti-institutionnel » militant de mai 68 qui a généré la « galaxie des auto »), formant le gros des troupes en termes d'agrément - 102 sur 144 en 2015, soit 71 % des agréments ; Il s'agit des maisons médicales (MM), des services de santé mentale (SSM), des services actifs en matière de toxicomanie (SAMT) et des centres de planning familial (CPF). Il convient, à l'intérieur de cet ensemble, de faire la distinction entre les « pionniers » des années 1970-1980, les « boutures » postérieures d'un service pionnier, et des services plus récents, agréés sous la même dénomination mais n'ayant pas vécu la même « scène primitive ».
- **Les services sociaux non-marchand**, de mutuelles, quartiers (communes) ou paroisses, parfois regroupés en asbl plus vastes (10 agréments sous le nom officiel de centre d'action sociale globale ou CASG) ; ces petits services aux histoires et références diverses avaient au départ une gouvernance plutôt « hiérarchique traditionnelle », ce qui ne les empêchait pas d'être militants (avec des orientations diverses, selon leur « pilier »). Les travailleurs sociaux ont souvent « porté les services » et pouvaient y détenir un pouvoir important. Ils ont souvent mis en place un CA qualifié parfois de « fantoche » (ou en tous cas moins au fait des réalités de terrain que les AS).
- **Les services plus récents et spécialisés dans une thématique pointue.** Les services d'aide aux justiciables (SAJ)-, services de médiation de dette (SMD), centres d'accueil téléphonique (CAD), services espace-rencontre (SER) soit 14 agréments. Leur diversité ne permet pas vraiment de déceler des caractéristiques communes en matière de gouvernance. Deux de ces secteurs (SAJ et SER) quittent par ailleurs la tutelle de la CoCoF dans le contexte de la sixième réforme de l'Etat.
- **Les services d'aide et soins à domicile.** Les trois sous-secteurs définis par le décret de 2009 : service d'aide à domicile (SAD), centre de coordination de soins et services à domicile (CCSSD), service de soins palliatifs et continués (SSPC), qui sont peu nombreux en termes de structures mais importants en termes de travailleurs et de bénéficiaires (18 agréments). Ils se distinguent des services précédents par nombre de traits (origine historique, taille, type de professionnels, missions et publics, mode opératoire, type de gouvernance), avec des singularités pour les SSPC. Ce groupe de secteurs forme par ailleurs un sous-ensemble distinct au Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé.

Comme on vient de le voir, ces différences cumulées (histoire, taille des structures, type de professionnels, publics, missions...) ont **un impact important en termes de gouvernance**, les secteurs du premier groupe étant souvent issus d'une dynamique anti-autoritaire et

« horizontale », ceux des seconds se situant moins dans ce mouvement, et ceux du troisième pas (sinon par diffusion d'un modèle). Nous nous sommes basés sur ce constat pour les groupes d'analyse collective, mais en réunissant les second et troisième dans le groupe « social », et en y ajoutant les CPF qui revendiquent un sentiment d'appartenance plus « social » que « santé ».

2.2. Un second résultat de l'étude est l'élaboration d'une typologie des modes de gouvernance et des conflictualités. Nous avons précisé, après discussion de l'historique des termes et de leurs significations diverses, le sens que nous donnions aux termes utilisés :

- Nous avons utilisé le terme **gouvernance dans son sens nominatif et descriptivement neutre**, à savoir les diverses modalités du « gouverner » au sein des associations faisant partie de notre champ d'investigation. Nous ne pouvons en effet présumer que ces dernières font toutes l'objet d'une gestion décentralisée et participative, ou selon d'autres acceptions normatives, d'une « volonté de maîtrise totale sous-jacente à l'idée de gouvernance ».
- Le terme de **conflictualité nominalise et objective « l'état de ce qui est conflictuel »**, indépendamment de tel ou tel conflit particulier, voire de tel ou tel type de conflit (personnel, institutionnel, idéologique...). La conflictualité peut donc être latente, manifeste, de basse intensité, explosive, épisodique, chronique, localisée, généralisée, etc. Nous ne nous intéressons donc pas à tel conflit en particulier mais bien au phénomène général de la conflictualité comme fait social, à mettre en relation avec d'autres faits sociaux, y compris dans ses incarnations interindividuelles ou intrapersonnelles.

Nous nous sommes inspirés de la typologie construite par Philippe KINOO pour des secteurs proches et intégrant une série de paramètres souvent évoqués dans les interviews approfondies (comme les dimensions « verticale » et « horizontale », ou de « dualité » et « tiercité », ainsi que leur croisement déterminant des modes de gouvernance).

Le tableau ci-dessous la synthétise². Les termes entre guillemets sont de l'auteur.

| Hétéronomie (vertical) | | Autonomie (horizontal) | | |
|---|---|--|-------------------------------------|---|
| Vertical | | Vertical avec moments de participation | Horizontal avec moments d'exception | Horizontal |
| (1) Dualité verticale (« royal de droit divin ») | (5) Dualité Pseudo-coll (« totalitaire ») | (4) Vertical participatif « éclairé » | (2) Gestion collective « éclairée » | (3) Dualité horizontale |
| Durcissement duel Durcissement totalitaire | | Système mixte avec tiers (moment ou place d'exception) | | Anarchie (au sens d'absence de pouvoir) |
| Travail d'exécution Travail idéolog. contraint | | Travail autonome collectif relatif ou partiel | | Travail autonome individualiste |

2.3. Les interviews approfondies d'acteurs historiques ont confirmé (et nourri) en bonne partie ce qui ressortait de l'étude documentaire sur l'histoire des secteurs, ainsi que certaines hypothèses sur la gouvernance et la conflictualité. Nombre de nos interlocuteurs ont confirmé le point de vue des partenaires sociaux du CRAMIC concernant l'importance de la conflictualité.

² D'autres illustrations de cette typologie sont présentées pp. 33 et 37.

2.4. Le questionnaire de l'enquête quantitative, construit sur base de la typologie et des interviews approfondies et comportant 46 questions réparties en 6 sections, fut soumis à un échantillon représentatif de 200 sondés. La première section de ce questionnaire comportait une question préalable sur la participation. Les sondés qui ne souhaitaient pas participer étaient invités à remplir cette première section et à indiquer les motifs de cette non-participation.

2.5. Principaux résultats de l'enquête par questionnaire

Nous les synthétisons selon les trois axes de la question de départ, avec un point préalable sur la participation à l'enquête et aux groupes d'analyse collective.

2.5.1. Participation

La participation a été **relativement faible**, malgré les contacts téléphoniques, l'envoi d'une lettre signée des partenaires sociaux, relayée par les fédérations et les organisations syndicales. Ainsi que la possibilité de ne pas participer en répondant seulement aux premières questions.

Nous avons constaté un **gradient de participation entre les trois groupes**, les secteurs « santé-social » ayant été les plus participatifs, ceux de « l'aide et soins à domicile » le moins, ceux du groupe « social » se situant entre les deux.

Il y eut une **reproduction de ce gradient lors de la formation des groupes** d'analyse collective, seul le premier (« santé-social ») ayant pu être organisé. Le second (« social ») n'avait pas eu le nombre requis de participants et le troisième (« aide et soins à domicile ») aucun.

2.5.2 Gouvernance

En termes DE GOUVERNANCE INSTITUTIONNELLE, on remarque **une césure entre le groupe « santé-social » et les deux autres, surtout « aide et soins à domicile »**. En effet, conformément à l'histoire des trois secteurs (MM, SSM et SAMT) du « santé-social », l'horizontalité **autogestionnaire** (par consensus ou vote) ou la verticalité fortement teintée de participation sont largement dominantes dans les réponses des sondés. On ne peut pas exclure le rôle d'une « théorie de référence » selon les participants au groupe d'analyse, sous la forme d'un « tache aveugle » ou d'un « implicite » qui s'incarne dans la modélisation de l'offre de soins et impacte par ailleurs les décisions quotidiennes. **Le régime mixte** associant horizontalité et verticalité est aussi très présent dans le groupe « social », mais l'autogestion « pure » y est moins fréquente. Pour les sondés du groupe « aide et soins à domicile » (très peu nombreux en ce qui concerne les directions), la gouvernance institutionnelle apparaît **nettement plus « verticale »**.

En matière de DÉCISIONS QUOTIDIENNES CONCERNANT LE TRAVAIL AVEC LES USAGERS, c'est **la délibération d'équipe ou le « cas par cas individuel »** qui prédomine dans les trois groupes. Bien entendu, la signification pratique de cette autonomie décisionnelle est sans doute relativement différente en fonction des groupes et des secteurs.

Pour ce qui concerne les ÉVOLUTIONS DE LA GOUVERNANCE ET LES CRISES INSTITUTIONNELLES depuis cinq années, des « **changements importants** » sont mentionnées par une majorité de sondés des trois groupes. On constate également **la mention très fréquente de « crises graves »** (pour l'ensemble ou une partie du service) par les trois secteurs, ce qui est interpellant et justifie d'une certaine manière le choix de la thématique de cette DEQT.

2.5.3. Conflictualité

Dans le groupe « **santé-social** », LES CONFLITS AU SEIN DE L'ÉQUIPE, **plus souvent latents qu'ouverts**, seraient occasionnels. Les conflits entre l'équipe et la direction apparaissent moins fréquents. Mais le groupe d'analyse remarque qu'il n'est pas possible d'échapper aux conflits et qu'il vaut sans doute mieux qu'ils soient ouverts pour pouvoir les « traiter ». Mais d'un autre côté, les faire apparaître ouvertement risque de briser la « lune de miel » que l'on souhaite préserver. Les conflits entre travailleurs sont aussi des conflits entre professionnels et/ou entre sous-équipes. Dans le groupe « **social** », les conflits au sein de l'équipe sont aussi plus fréquents qu'avec la direction. Mais ces **conflits seraient plus ouverts que latents**, ce qui est une différence assez nette avec le premier groupe. Dans le groupe « aide et soins à domicile », les conflits entre travailleurs seraient aussi plus fréquents qu'avec la direction. On constate cependant **un écart entre la fréquence des crises institutionnelles mentionnées précédemment et une occurrence assez faible des conflits**. Peut-on en déduire que ces crises ne concerneraient que la sphère directionnelle ?

En ce qui concerne les CAUSES DES CONFLITS, ce sont les conflits entre personnes et relatifs à l'organisation du service qui prédominent dans le groupe « santé-social », avec une faible occurrence de conflits syndicaux. La configuration est relativement semblable dans le groupe « social ». Dans le groupe « aide et soins à domicile », par contre, les conflits entre la direction et les syndicats et en lien avec le mode de direction sont plus fréquents. Mais ce sont, là aussi, les conflits entre personnes qui sont le plus souvent mentionnés par les sondés.

Si les EFFETS DES CONFLITS apparaissent source de stress et semble peu affecter le travail avec les usagers, ils paralysent quelquefois le service et sont assez souvent **perçus comme vecteurs de changements positifs à terme** dans le groupe « **santé-social** ». Mais, commentent les membres du groupe d'analyse, **il faut que le conflit devienne explicite** (« il faut oser en parler ») pour que l'on puisse le travailler et déboucher sur des changements positifs. Plusieurs membres du groupe sont par ailleurs **sceptiques sur le fait que les conflits affectent peu le travail** avec les usagers. Certains considèrent qu'il s'agit là d'un « déni de la réalité ». Il ne suffit pas de continuer de faire son boulot, il faut aussi « bien le faire », ce qui est nettement plus difficile dans une situation de conflit. On remarque dans certains services que les courbes de participation à certaines activités collectives varient selon la conflictualité au sein du service.

On retrouve des **résultats relativement similaires dans le groupe « social »**, mais nous n'avons malheureusement pas pu avoir les commentaires d'acteurs de terrain comme dans le groupe précédent. Enfin, les résultats (très partiels étant donné la participation, ne l'oublions pas) du groupe « **aide et soins à domicile** » sont différents sur un point : les conflits mèneraient moins souvent à des changements positifs à terme. Pour le reste, on trouve des tendances similaires sur les conséquences en termes de stress (élevé) et de « paralysie du service » (faible). Et ici également, les conflits affecteraient peu le travail avec les usagers.

2.5.4 Effets de la gouvernance et de la conflictualité sur le travail avec les usagers

Une série de questions plus détaillées concernaient spécifiquement les divers effets sur le travail avec les usagers, sur le versant de la conflictualité, d'un côté, et de la gouvernance, de l'autre, étaient posées aux sondés. Il s'agit donc d'un approfondissement de ce qui a été abordé dans le point précédent de manière générale.

Il apparait clairement dans le groupe « **santé-social** » que **les projets collectifs et le travail de réseau, quand il y en a, sont nettement plus affectés par les conflits** que le travail individuel de courte ou de longue durée (un peu plus dans ce dernier cas). Ce constat est corroboré par les participants au groupe. Selon un participant, c'est d'abord le collectif qui est touché, puis l'individuel et ensuite « cela percole » à tous les niveaux, jusqu'à la crise institutionnelle, si le conflit n'est pas résolu. Le groupe fait par ailleurs remarquer que « se centrer plus sur la travail avec les usagers pour échapper aux conflits » ne veut pas dire « travailler mieux » ou être autant « à l'écoute ». Il y a donc un certain recul critique par rapport aux résultats, qui rejoint ce qui a été dit plus haut sur le « déni de la réalité ».

Les **résultats sont très similaires** dans le groupe « **social** », mais sans que l'on ait pu y bénéficier des commentaires d'un groupe d'analyse. Enfin, dans le groupe « **aide et soins à domicile** », il n'est à l'inverse que très **peu question d'un effet sur les projets collectifs** (sans doute rares dans ce type de services) et que faiblement d'effets sur le travail de réseau. Les accompagnements individuels de longue durée serait un peu plus affectés que ceux de courte durée, mais la différence est peu significative et il s'agit à chaque fois de la modalité « parfois ».

En ce qui concerne les EFFETS DE LA GOUVERNANCE SUR LE TRAVAIL AVEC LES USAGERS, les sondés du groupe « **santé-social** » pointent surtout la **difficulté de mettre en œuvre les décisions** prises et la « débrouille » de chacun de son côté. Il est peu question du caractère imposé des interventions et de la prégnance d'une « théorie de référence » qui entraverait l'adaptation aux situations. Ces données semblent cohérentes avec le mode de gouvernance. Les participants du groupe font cependant état du nombre important de réunion dans certains secteurs, et reviennent sur le caractère implicite (la « tâche aveugle ») de la « théorie de référence » dont il a déjà été question plus haut. Dans certains secteurs, et surtout pour les psys, « la débrouille » peut aussi être vue positivement (dans le sens d'assumer des positions et des actes qui relèvent de la responsabilité individuelle du thérapeute). Un secteur comme celui des maisons médicales est par ailleurs « très organisé », avec une fédération qui joue un rôle de soutien important, et une longue tradition de l'évaluation.

Dans le groupe « **social** », on retrouve de fortes similarités avec le groupe précédent : ici aussi, la difficulté de **mettre des décisions en œuvre et la « débrouille »** semblent plus fréquentes que la rigidité ou la théorie de référence, ce qui paraît assez cohérent. Enfin, le groupe « **aide et soins à domicile** » ne fait que peu état d'impact de la gouvernance sur le travail avec les usagers, si ce n'est une certaine difficulté de mise en œuvre des décisions, un peu de débrouille ou de rigidité. Mais ces résultats sont peu significatifs dans ce groupe, étant donné l'échantillon et la mauvaise compréhension des questions par certains d'entre-eux.

3. Conclusion

La problématique choisie par les partenaires sociaux, sur base de leur expérience des secteurs ambulatoires bruxellois, est incontestablement « un sujet ». Autant les interviews approfondies, que les réponses des sondés aux questions sur les changements importants de gouvernance ou l'occurrence des crises ces cinq dernières années, en attestent. Cependant, la collecte de données quantitatives et l'analyse collective de ces questions, avec l'éclairage des acteurs eux-mêmes, se sont avérées plus difficiles que prévu. Les interviews approfondies d'acteurs historiques, et la participation au seul groupe d'analyse collective qui a pu se réunir, ont montré l'apport indispensable des acteurs de terrain disposés à aborder ces thématiques, sans crainte ou langue

de bois. Mais cette participation s'est avérée défailante dans certains secteurs et/ou pour certaines fonctions, ce qui aura finalement pesé sur les résultats de cette étude.

Retenons cependant des données qualitatives et quantitatives collectées que le régime de gouvernance le plus favorisé est incontestablement le « régime mixte », alliant une certaine dose de verticalité décisionnelle (assumée par une personne ou un moment en position tierce) et d'horizontalité participative. Notons que cette modalité de gouvernance est assez congruente avec nos régimes politiques depuis les années 1950. Le degré de « mixité » de la gouvernance des services varie cependant en fonction de l'histoire et donc de la « tradition » des secteurs, mais aussi de la taille des services, du domaine d'application (décisions quotidiennes ou gouvernance institutionnelle) et aussi du niveau de formation des travailleurs. D'une certaine manière, la conflictualité interne aux services n'est pas indépendante de ces facteurs, mais les données collectées ne permettent pas de documenter suffisamment ces questions. Il faudrait dès lors que la prise en compte de tous ces éléments, dans les débats annoncés par les membres du CRAMIC, permettent de s'appropriier cette étude, de l'enrichir et d'en tirer les leçons.

Bernard De Backer, chercheur.