

Services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé

Démarche d'Evaluation Qualitative Transversale - DEQ-T2

Second triennat 2013 - 2016

Gouvernance associative et service aux usagers, quelles conflictualités pour quels effets ?



Rapport conclusif, Juillet 2016

Bernard DE BACKER



Bruxelles-Capitale

COMMISSION COMMUNAUTAIRE FRANCAISE

Avec le soutien de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale

Remerciements

Ce rapport final rassemble les principaux enseignements du second triennat de la Démarche d'Évaluation Qualitative Transversale (en abrégé : DEQ-T2). Il s'agit donc du rapport conclusif de l'ensemble du projet de la DEQ-T 2013-2016. L'auteur remercie les personnes qui se sont investies dans cette démarche, que ce soit par le biais du comité d'accompagnement, des interviews approfondies de la phase exploratoire, des réponses données à l'enquête et de la participation aux réunions. Il adresse un remerciement tout particulier à Dominique WAUTIER qui, plus que tout autre, a aidé l'auteur à réaliser et finaliser cette étude.

Ce texte est cependant de la seule responsabilité de son auteur, qui en assume toutes les imperfections et manquements. Il n'est toutefois pas comptable du niveau de participation des acteurs de terrain ou de leurs représentants à cette DEQT-2.

Statut des sources

Le lecteur trouvera une série d'énoncés dans ce rapport, extraits des interviews approfondies sous forme de citation ou de synthèse. Si ces témoignages peuvent être convergents sur des aspects, relatifs aux thèmes de la DEQ-T2 et de leurs liens, ils peuvent diverger en fonction des situations, des expériences ou des opinions, voire comporter des affirmations qui ne correspondent pas totalement à la réalité. Le chercheur n'avait pas pour mission de vérifier le bien-fondé de chacune des assertions, mais bien de répercuter la « parole du terrain » qui constitue une réalité en tant que telle. C'est dès lors le statut qu'il convient de conférer à ces témoignages.

Table des matières

Avant-propos des initiateurs et commanditaires de la DEQ-T2	4
Introduction : rétroactes, présentation du projet et de la démarche	5
A. Première partie : analyse qualitative et exploratoire	6
1. Champ professionnel et secteurs concernés par cette étude	7
2. Bref historique des secteurs sous l'angle organisationnel	12
2.1. Eléments d'histoire globale	12
2.2. Le « santé-social » ambulatoire : enfant de mai 68 ?	14
2.3. Les services sociaux : issus des paroisses, des communes et des mutuelles	17
2.4. L'aide à domicile : CPAS, communes, mutuelles ou « associatif pur »	19
2.5. Les petits secteurs spécialisés, en transition vers la CFWB	20
2.6. Sous-ensembles moins flous dans un « ensemble flou »	20
3. Gouvernance et conflictualité : un premier éclairage conceptuel	23
3.1. Changement de vocabulaire, changement de réalité ?	23
3.2. Horizontalité et verticalité	26
3.3. Dualité et « tiercéité »	27
3.4. Malaise, tension, conflit, exclusion, éclatement...	28
3.5. Conflictualité positive ou négative ?	29
4. Modes de gouvernance et types de conflictualité	31
4.1. Les modes de gouvernance et leurs dynamiques (selon P. KINOO)	32
4.2. Types de conflictualité	38
4.3. Conflictualités souvent associées aux modes de gouvernance (extraits d'interviews)	43
5. Les effets possibles sur la qualité du travail avec les usagers	50
5.1. Gouvernance et travail avec les usagers	50
5.2. Conflictualité et qualité du service	52
B. Deuxième partie : enquête de terrain	53
6. Questionnaire soumis à un échantillon d'acteurs de terrain	54
6.1. Construction du questionnaire et de ses composantes	54
6.2. Questionnaire	55
6.3. Construction de l'échantillon	59
6.4. Détails de l'échantillon par secteur	62
7. Résultats de l'enquête	63
7.1. La participation globale à l'enquête	63
7.2. Profil global des répondants	64
7.3. Résultats du groupe « santé-social »	66
7.4. Résultats du groupe « social »	84
7.5. Résultats du groupe « aide et soins à domicile »	95
7.6. Quelques enseignements généraux de l'enquête	106
7.6.1. Participation	106
7.6.2. Résultats	106
C. Troisième partie : Synthèse générale	110
8. Annexes	117
8.1. Détails complémentaires de l'échantillon	117
8.2. Sources documentaires	118
8.3. Lettre des partenaires sociaux (CRAMIC) aux secteurs concernant l'enquête	120

Avant-propos des initiateurs et commanditaires de la DEQ-T2

Comme vous le savez, les partenaires sociaux des secteurs concernés, réunis en association de fait CRAMIC¹, pilotent la DEQ transversale mise en œuvre parallèlement aux DEQ locales depuis 2010.

C'est le Décret du 5 mars 2009 – relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé (dit « décret ambulatoire ») et réunissant en un seul texte de loi les législations jusqu'alors disparates des différents secteurs de l'action sociale et de la santé ambulatoire – **qui introduit la « démarche d'évaluation qualitative » dans les secteurs**. Cette dernière se décompose en **une démarche d'évaluation qualitative (DEQ-L) par service agréé et une démarche transversale d'évaluation qualitative (DEQ-T) concernant l'ensemble des secteurs ambulatoires**. « Processus d'autoévaluation, la DEQ-L vise l'amélioration du service proposé aux bénéficiaires et à la population dans son ensemble en termes de prévention, d'aide ou de soin, compte tenu des moyens disponibles en effectifs, ressources financières et structures. »

La première DEQ-T (2010-2013) était centrée sur l'analyse des impacts de l'accessibilité des services sur la pénibilité du travail des équipes, et, en retour, des impacts de cette pénibilité sur l'accessibilité des services. Le rapport final de cette DEQT-1 a été remis en juin 2013.

Le thème choisi par les partenaires sociaux pour la seconde DEQ-T (2013-2016) est un **sujet sensible** mais 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 (et le travail avec eux).**

Il nous semble important de souligner plusieurs aspects de cette seconde DEQT :

- 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 représentatif d'acteurs des secteurs) avec l'analyse fine et contextuelle des résultats obtenus.
- La recherche est confiée à une personne extérieure à nos secteurs mais qui a eu l'occasion de les arpenter, notamment par la mise en œuvre de la première DEQ-T. Il s'agit de Bernard Backer, sociologue.
- Le thème a été choisi par nous et non par le chercheur. Ce n'est pas lui qui souhaite « fouiller nos entrailles » mais bien nous qui souhaitons faire le point sur cette question par son entremise.
- Ce projet est piloté également par un comité d'accompagnement composé paritairement. Ce comité est tenu régulièrement au courant des étapes du projet.
- Le rapport final de cette DEQT-2 sera publié fin juin 2016 et fera l'objet d'un large débat au sein de nos instances. Ce sont elles qui jugeront des leçons à en tirer.

Bonne lecture

Marie-Christine MEERSSEMAN, administratrice de la FASS

Pierre SCHOEMANN, administrateur de la FASS

Yves DUPUIS, permanent SETCa

Emmanuel BONAMI, permanent CNE

¹ Cellule Régionale d'Appui Mobilisatrice de l'Inter-secteur CoCoF, association de fait.

Introduction : rétroactes, présentation du projet et de la démarche

Ce rapport consigne les principaux enseignements du second projet de « démarche d'évaluation qualitative transversale » (DEQ-T2 en abrégé). Ce projet est porté par le Conseil Bruxellois de Coordination Sociopolitique asbl (CBCS) et la Cellule Régionale d'Appui Mobilisatrice de l'Intersecteur CoCoF (CRAMIC), association de fait paritaire émanant des secteurs concernés.

En application de l'article 93 de l'arrêté du Collège de la CoCoF du 4 juin 2009 portant application du Décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé, le Collège a confié à l'organisme intersectoriel de coordination CBCS un rôle spécifique dans le cadre de la démarche d'évaluation qualitative prévue au Titre IV du Décret et l'a doté d'une subvention annuelle pour ce faire. Les partenaires sociaux bruxellois francophones CNE, SETCa, FSB et FASS ont convenu de la création de la cellule paritaire CRAMIC.

Comme le souligne le CBCS, « Par cycle de 3 ans, le CBCS promeut une démarche transversale d'évaluation qualitative d'une ou plusieurs thématiques retenues par le Collège francophone en vertu du Décret. Ces analyses concourent à éclairer les secteurs et l'autorité politique, par exemple (thème de la DEQ-T1), sur les dimensions d'accessibilité de l'offre de services, mise en tension avec la pénibilité du travail. Le postulat est que la démarche transversale d'évaluation qualitative et les démarches locales menées par les services agréés se renforcent mutuellement. (...) les enseignements de la DEQ transversale sont destinés à enrichir les DEQ individuelles. »²

L'objet de la présente DEQ-T2 est l'analyse **DE LA GOUVERNANCE INTERNE DES SERVICES AMBULATOIRES, DE LA CONFLICTUALITÉ QUI PEUT LUI ÊTRE LIÉE, AINSI QUE DE LEUR IMPACT ÉVENTUEL SUR LE TRAVAIL AVEC LES USAGERS**. Le dispositif de recherche de la DEQ-T2 a comporté cinq phases de travail principales.

1. La première consiste en une **reconstitution historique synthétique** de la naissance des secteurs et de leur évolution, des interviews d'acteurs « historiques » et une prise de connaissance de la littérature existante afin de problématiser la question de départ (construction du modèle d'analyse qui précède les hypothèses qui seront soumises à l'épreuve des faits).
2. Cette phase a abouti, dans un deuxième temps, à la **formulation d'hypothèses**, sous forme d'une typologie des modes de gouvernance et des types de conflictualité. Ceci a permis la construction d'un outil de collecte de données sur le terrain, le **questionnaire d'enquête**.
3. La troisième phase consiste en la **mise en œuvre de l'enquête de terrain**, par le biais d'une enquête par questionnaire auprès d'un échantillon représentatif d'acteurs de terrain. Les résultats ont fait l'objet d'un traitement quantitatif.
4. La quatrième phase est consacrée au **traitement des données** collectées sur le terrain, à leur analyse et à leur présentation dans ce rapport final.
5. La cinquième phase est constituée d'une **discussion des résultats de l'enquête avec des acteurs** de terrain réunis en trois groupes macro-sectoriels.

² Extrait de la newsletter « Brèves du BIS » du 6 septembre 2010 - Décret « ambulatoire » : le CBCS promeut une démarche transversale d'évaluation qualitative.

A. Première partie : analyse qualitative et exploratoire

L'objet central de cette étude est de prendre la mesure des problèmes de gouvernance et de la conflictualité³ (interne) aux associations dans l'ensemble du champ concerné, avec leurs effets éventuels sur les services rendus aux usagers. Cette opération ne peut se faire que si nous décrivons d'abord brièvement le champ concerné, tel qu'il existe actuellement. Nous réalisons également une brève synthèse de la naissance et du parcours des secteurs, sur le plan organisationnel notamment, en examinant la littérature sur le sujet et en rencontrant des témoins historiques.

Nous précisons ensuite le sens des concepts utilisés, ainsi que les dimensions et indicateurs qui peuvent y être associés. Ce n'est qu'à partir de là que nous pourrons, sur base de l'examen de quelques typologies⁴ existantes de « gouvernance » et de « conflictualité », construire un outil pertinent de collecte de données auprès des acteurs de terrain. En d'autres mots, il est nécessaire de construire des filets aux mailles assez fines et bien profilées pour espérer ramener des informations utiles. On ne peut en effet se lancer dans une enquête de terrain (quelle qu'en soit la forme) sans avoir un tant soit peu exploré la problématique permettant de poser des questions adéquates.

Bien entendu, les données collectées lors du premier triennat de la DEQ-T (notamment la retranscription des groupes de discussion sectoriels où les résultats de l'enquête qualitative) peuvent être mobilisées dans ce contexte. C'est aussi le cas des études « bien-être » réalisées dans les secteurs, il y a deux ou trois ans⁵, notamment sur les « risques psychosociaux » (harcèlement, gestion des conflits...). Nous ne sommes pas partis de rien dans ce second triennat. Ainsi, nous nous souvenons qu'en dépouillant les questionnaires ou qu'en écoutant les participants aux groupes de discussion, nombreux furent ceux qui évoquèrent la conflictualité interne ou les « crises institutionnelles » comme facteurs de pénibilité au travail, tout en regrettant que cet aspect ne soit pas pris en compte dans la première DEQ-T1. Voilà qui sera fait.

Dans cette première partie, nous allons successivement :

- Réexaminer brièvement le champ professionnel en actualisant les données de la DEQ-T1 ;
- retracer l'historique des secteurs sous l'angle du sujet qui nous intéresse ;
- analyser les concepts de gouvernance et de conflictualité ;
- isoler les différents modes de gouvernance et de conflictualité sur le terrain ;
- examiner en première approche les effets possibles sur la qualité du service.

C'est sur cette base que l'outil de collecte de données sera construit et mise en œuvre dans la seconde partie de ce rapport.

³ Ces termes seront explicités plus loin.

⁴ Le mot « typologie » renvoie à une collection construite de formes caractéristiques, une ensemble de types de gouvernance et de conflictualité dans notre cas. Bien entendu, la réalité est plus complexe et mouvante que les « types idéaux », mais il est souvent nécessaire de passer par cette construction pour repérer et analyser les réalités concrètes. Une typologie peut être élaborée de manière inductive (à partir d'exemples concrets) ou déductive (à partir d'une réflexion abstraite), mais se construit bien souvent entre ces deux pôles.

⁵ Bernard DE BACKER, Jérémie RAFALOWICZ, *Approches du bien-être au travail au sein des institutions bruxelloises en matière de soins de santé et d'aide sociale ambulatoire*, Fonds social ASSS, 2013

1. Champ professionnel et secteurs concernés par cette étude

Il est utile de rappeler d'abord quelques notions générales, telles que définies dans le texte décretaal du 5 mars 2009 (c'est nous qui soulignons en italiques). Nous reprenons et actualisons ici une série de tableaux et données de la DEQ-T1.

- **Le Conseil consultatif** : le Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé créé par le décret du 5 juin 1997.
- **Le service ambulatoire** : *structure agréée en tant que centre, maison ou service* actif dans le domaine de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé qui, *par une approche interdisciplinaire et en partenariat avec d'autres acteurs socio-sanitaires*, assure des prestations pour les bénéficiaires dans leur milieu de vie, permettant ainsi d'améliorer leur qualité de vie.
- Le service ambulatoire est soit un service de santé mentale, un service actif en matière de toxicomanie, un centre d'action sociale globale, un centre de planning familial, une maison médicale, un service de médiation de dettes, un service d'aide aux justiciables, un service « Espaces-Rencontres », un centre de coordination de soins et services à domicile, un service de soins palliatifs et continués, un service d'aide à domicile, un centre d'accueil téléphonique.
- **Le bénéficiaire** : toute personne, famille, groupe ou public spécifique en faveur de qui est conduite une mission de service public en matière d'action sociale, familiale et de santé.
- **Le siège d'activité, l'antenne** : *lieux où s'exercent ou d'où s'organisent les missions* des services ambulatoires.
- **Le secteur** : ensemble des services ambulatoires *agréés sous la même appellation*.
- **Le soin** : action au bénéfice d'une *personne, d'un groupe de personnes* ou de la *population* dans le but de promouvoir, d'améliorer, de protéger, d'évaluer, de maintenir ou de rétablir sa santé.
- **L'action sociale** : action qui vise prioritairement à *lutter contre des situations de précarité et d'exclusion caractérisées par des problèmes multiples et complexes*. Elle met en œuvre un ensemble de moyens par lesquels la société agit sur elle-même pour assurer sa cohésion sociale, par des actions visant à aider les personnes, les familles et les groupes les plus fragiles à mieux vivre, à acquérir ou à préserver leur autonomie et par le soutien des réseaux de solidarité, notamment par l'action communautaire. L'aide aux familles participe de l'action sociale.
- **L'organisme** : l'organisme de coordination ou l'organisme représentatif et de coordination.
- **Le territoire** : entité géographique, *définie par le service ambulatoire*, sur laquelle il exerce principalement ses missions.

Le champ des services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé est donc toujours composé de 12 secteurs, identifiés comme tels dans le décret, appartenant à deux sous-ensembles qui constituent des sections distinctes au sein du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé : la section « ambulatoire » (9 secteurs, 126 agréments) et la section « aide et soins à domicile » (3 secteurs, 18 agréments).

Le tableau de la page suivante donne une vision globale. Attention : les appellations des secteurs, sections, bénéficiaires et le bref descriptif des actions sont *extraites des textes légaux*. L'ordre des secteurs (sauf CAT) est celui du décret.

Le nombre des agréments a été actualisé fin **2015** (données mises à jour et reprises du cadastre de *l'Etude préparatoire à l'élaboration de la programmation des services ambulatoires en Région bruxelloise*, ESP-ULB, octobre 2012, page 10, source CoCoF).

Tableau 1 : Sections, secteurs, bénéficiaires, actions (source : Décret 5 mars 2009, arrêté 4 juin 2009)

Secteur	Section	Bénéficiaires	Actions	Agréments
Services de santé mentale (SSM)	Ambulatoire	individus, population (prévention)	accueil, diagnostic, traitement, suivi, prévention, réseau et concertation	23
Services actifs en matière de toxicomanie (SAMT)	Ambulatoire	personnes confrontées à tox ou susceptibles de l'être	accompagnement, soins, prévention (+ réinsertion, liaison, formation)	15
Centres d'action sociale globale (CASG)	Ambulatoire	bénéficiaires, milieu de vie	action collective, communautaire, aide individuelle, analyse collective	10
Centres de planning familial (CPF)	Ambulatoire	personnes, couples, familles	accueil, information, accompagnement, prévention	27
Maisons médicales (MM)	Ambulatoire	patient, population	soins primaires, santé communautaire, observation santé, accueil	37
Services de médiation de dettes (SMD)	Ambulatoire	bénéficiaire	aider, trouver solution durable, responsabiliser	6
Services d'aide aux justiciables (SAJ)	Ambulatoire	victimes + proches, condamnés, ex-détenus	aide, action individuelle ou de groupe, information, orientation, accompagnement	4
Services « espaces-rencontres » (SER)	Ambulatoire	familles, parents, enfants	rencontre, restaurer relation	2
Centres d'accueil téléphonique (CAT)	Ambulatoire	personne en crise ou détresse psy	accueil téléphonique, supervision écoutant	2
Σ section ambulatoire				126
Centres de coordination de soins et de services à domicile (CCSSD)	Aide et soins à domicile	personne malade ou handicapée, son représentant	coordonne soins et services pour maintien au domicile	5
Services de soins palliatifs et continués (SSPC)	Aide et soins à domicile	malade à pronostic fatal, entourage, représentant	organiser coordonner dispenser soins intervention psycho-soc, sensibiliser, former, superviser	6
Services d'aide à domicile (SAD)	Aide et soins à domicile	personnes âgées, isolées, malades, familles en difficulté	aide familiale, aide ménagère (accompagnement et aide à la vie journalière)	7
Σ section aide et soins à domicile				18
Σ ambulatoire + aide et soins à domicile				144

L'ensemble représente **144** agréments octroyés par la CoCoF (mars 2015) à des entités juridiques pouvant par ailleurs avoir plusieurs agréments et/ou exercer d'autres missions (agréés par d'autres pouvoirs publics et/ou sur fonds propres). Une entité peut ainsi réunir plusieurs agréments relevant du décret et/ou effectuer d'autres missions que celles prévues dans le cadre de leur agrément. Les deux sections sont de taille très différente en nombre d'agréments : 126 « ambulatoires » contre 18 « aide et soins à domicile », ce qui ne signifie pas qu'ils le soient autant en nombre de bénéficiaires et de travailleurs. Enfin, à l'intérieur des deux sections, les secteurs vont de 37 agréments pour les maisons médicales à 2 agréments pour les Centres d'accueil téléphonique ou les Services Espace-Rencontre. → *Soulignons que deux secteurs passent sous la tutelle de la CFFWB (Services Espaces-rencontres et Service d'aide aux justiciables) mais que nous avons décidé de les maintenir dans notre étude, étant toujours légiférés par le Décret ambulatoire durant la période de transition.*

Ce tableau nous montre la très grande diversité des secteurs en termes d'action, de taille et de composantes internes. Il nous indique également que les bénéficiaires de l'intervention peuvent être très variés et multiples. Outre des personnes individuelles et leur entourage ou représentant, il y a également des couples, des familles avec enfants, des communautés locales, voire l'ensemble de la population ou une partie de celle-ci dans le cadre d'actions de sensibilisation et de prévention.

En outre, les services peuvent avoir des missions de concertation, de travail de réseau, de formation et supervision, d'orientation... Une partie de leur public peut être constitué de professionnels du même service ou secteur, d'autres secteurs ou champs de l'aide psychosociale et de soins, voire les responsables politiques et l'administration. Dans certains cas, ce sont les bénéficiaires qui se rendent dans les services pour y bénéficier de l'aide et/ou de soins, dans d'autres ce sont des professionnels qui se rendent au domicile ou interviennent dans d'autres lieux. Les deux modalités coexistent souvent (maisons médicales, CASG, CPF...). Un secteur (celui des CAT) entre par ailleurs en interaction de manière presque exclusivement « non présenteielle » (téléphone ou *chat* internet).

En termes d'action, les interventions vont de l'aide/soins individuels à la prévention primaire, en passant par des modalités intermédiaires, telles l'orientation, l'accompagnement, la coordination, la concertation, l'action communautaire et collective, l'observation, la formation, etc. L'étude « programmation » a identifié une série de fonctions que nous regroupons dans le tableau qui suit.

Tableau 2 : Fonctions mises en œuvre par les services

Fonction	Brève définition
<i>A. Envers ses bénéficiaires au sein de la population générale</i>	
Accueil	Premier contact avec le bénéficiaire visant à comprendre et orienter sa demande
Soins	Prestation de soins de santé
Service	Prestation de services, se caractérisant par une relativement courte durée (par opposition avec <i>la prise en charge</i>) et une implication restreinte du bénéficiaire dans le processus (par exemple, prestations d'aide familiale...)
Prise en charge	Activités se caractérisant par une relativement longue durée (par opposition à la <i>prestation de services</i>), ou s'inscrivant dans un suivi, réalisées en collaboration active avec le bénéficiaire, visant à lui permettre de retrouver la meilleure situation possible en l'accompagnant dans la résolution de ses difficultés (y compris le conseil).
Projet	Organisation ou accompagnement, par le service, de projets visant à contribuer à ses missions, ainsi que mise en place de lieux extérieurs d'action
Coordination	Coordination, gestion, supervision et/ou soutien par le service d'un ensemble de services ou professionnels autour du bénéficiaire.
<i>B. Envers ses bénéficiaires parmi les professionnels</i>	
Prévention	Activités d'information et de sensibilisation dirigées vers les bénéficiaires 'professionnels'
Formation	Mise en place et organisation de formations destinées à des professionnels.
<i>C. Envers le monde politique, les autres acteurs de terrain ou la société au sens large</i>	
Recherche	Actions de recherche ainsi que constitution du service en tant qu'observatoire de la santé et/ou du social
Représentation	Actions concourant à la réalisation d'un plaidoyer envers le monde politique, à la contribution aux prises de décisions politiques et à la représentation d'intérêts du service ou d'un ensemble de services ou acteurs.
Réseau	Actions de mise en réseau, de construction de collaborations et partenariats avec d'autres acteurs et/ou services du réseau social, sanitaire et de la famille
Prévention	Activités d'information et de sensibilisation, ainsi que la mise à disposition de documentation
Source : CREMERS A., COPPIETERS Y. <i>Etude préparatoire à l'élaboration de la programmation des services ambulatoires en Région bruxelloise : Rapport final</i> , Ecole de santé publique de l'ULB, 2012, pp. 18 et suivantes.	

Si l'approche est centrée sur les services en tant que tels, il importe de rappeler que la concertation entre acteurs du champ social-santé bruxellois et les relations avec le pouvoir de tutelle ou l'opinion publique sont une dimension importante de leur missions et de leur activité (ou devrait l'être).

Enfin, il convient de distinguer les travailleurs du « front office » en contact direct avec les usagers, et ceux du « back-office » en « fonction d'appui » (de manière permanente ou temporaire). Le tableau 3 donne un aperçu partiel de l'emploi, avec deux ventilations : par secteur et par statut. La première colonne fournit les chiffres pour les « salariés CoCoF + ACS », la seconde le total des indépendants de l'ambulatoire et les bénévoles CAT. La dernière colonne est basée sur des données ONSS, une estimation de la FSB et une évaluation des SMD (3 PP par service).

Tableau 3 : Nombre de travailleurs par secteur et par statut (selon différentes sources)

Secteurs	Agréments octroyés par la COCOF en mars 2015	Travailleurs PP et ETP									
		Salariés (CoCoF 2015 et ACS)		Indépen- dants		Art 60 et titre service		Béné- voles		Chiffres ONSS (2013 T4)	
		PP	ETP	PP	PP	ETP	PP	PP	ETP		
Services de santé mentale (SSM)	23 (+ * ant.)	323	nc	Cadastre Fass partiel.		nc	nc	nc	480	nc	
Services actifs en matière de toxicomanie (SAMT)	15 (+ * ant.)	110	nc			nc	nc	nc	230	nc	
Centres d'action sociale globale (CASG)	10 (+ * ant.)	70	nc			nc	nc	nc	148	nc	
Centres de planning familial (CPF)	27	294	nc			nc	nc	nc	270	nc	
Maison médicales	37	110	nc			nc	nc	nc	337	nc	
Services de médiation de dettes (SMD)	6	15	nc			nc	nc	nc	0	nc	
Services d'aide aux justiciables (SAJ)	4	26	nc			nc	nc	nc	46	nc	
Services « espaces- rencontres » (SER)	2	16	nc			nc	nc	nc	19	nc	
Centres d'accueil téléphonique (CAT)	2	8	nc			nc	nc	150	25	nc	
∑ section ambulatoire	126	972	nc		387	nc	nc	nc	1.555	nc	
Centres de coordination de soins et de services à domicile (CCSSD)	5	24	nc	nc	nc	nc	nc	nc	23	nc	
Services de soins palliatifs et continués (SSPC)	6	31	nc	nc	nc	nc	nc	nc	17	nc	
Services d'aide à domicile (SAD)	7	800	nc	nc	nc	nc	nc	nc	1.148	nc	
∑ section aide et soins à domicile	18	855	nc	nc	nc	nc	nc	nc	1.188	nc	
∑ ambu + ASD	144	1.827	nc	nc	nc	nc	nc	nc	2.743	nc	

Trois constats dans cette première approche : la très grande variation du volume de l'emploi en fonction de la taille des secteurs ; le temps partiel ; la diversité des statuts, la présence de nombreux travailleurs indépendants et, dans certains cas, de bénévoles. Notons l'absence de travailleurs dans les SMD selon l'ONSS, les travailleurs étant comptabilisés par employeur et non par agrément.

Tableau 4 : En résumé : champ concerné par la DEQ-T2 (en nombre d'agrément)

Champ social santé (12 secteurs, 144 agréments), mars 2015					
Décret CoCoF 5/3/2009, Arrêté 4/6/2009					
Section services ambulatoires (9 secteurs, 126 agréments)			Section aide et soins à domicile (3 secteurs, 18 agréments)		
Maisons médicales	Centres de planning familial	Services de santé mentale	Services d'aide à domicile	Centres de coordination soins et services à domicile	Services de soins palliatifs et continués
37 agréments	27 agréments	23 agréments	7 agréments	5 agréments	6 agréments
Services actifs en matière de toxicomanie	Centres d'action sociale globale	Services de médiation de dettes			
15 agréments	10 agréments	6 agréments			
Services d'aide aux justiciables	Services Espace-rencontre	Centres d'accueil téléphonique			
4 agréments	2 agréments	2 agréments			

*

2. Bref historique des secteurs sous l'angle organisationnel

L'objectif de cette partie n'est pas de faire œuvre d'historien, mais bien de situer le secteur social-santé et d'aide à domicile dans son contexte temporel et sociétal⁶, en ciblant plus particulièrement son organisation interne, en lien avec ses missions auprès des usagers, ce qui est l'objet de la DEQ-T. Notre approche ne peut, en effet, pas être synchronique et déshistoricisée, notamment pour des raisons de *path dependency* (« dépendance au chemin emprunté »), de modèle culturel et de transition intergénérationnelle. Ceci suppose de placer brièvement la naissance des secteurs dans leur contexte germinal, de repérer les facteurs de changement et les évolutions jusqu'à ce jour.

2.1. Eléments d'histoire globale

Pour ce faire, nous avons consulté quelques sources synthétiques et rencontré des témoins au long cours, qu'ils soient internes ou externes aux secteurs concernés. Par ailleurs, des travaux concernant d'autres domaines du « travail sur autrui » (expression du sociologue F. DUBET) montrent que le développement de l'ambulance participe d'un mouvement plus général s'inscrivant dans des évolutions globales, même s'il s'incarne à chaque fois de manière spécifique.

Tableau 5 : Quelques dates-clés de l'ambulance (dénomination actuelle des secteurs)

Secteur (Bxl COCOF)	Origine du secteur (année, noms...)
Maisons médicales	1972 (GERM contre le syndicalisme médical libéral et système hospitalier, modèle théorique des « centres de santé intégrés », origine USA), 1978 (déclaration Alma Ata), 1979 (création FMMCSF)
Centres de planning familial	1972 « Famille heureuse » à St Josse (Fédération Laïque de CPF), 1973 (combat de W Peers), 1975 (« aimer à l'ULB », première IVG hors hôpital)
Services de santé mentale	Années 1920 (Ligue d'hygiène mentale, premier dispensaire d'hygiène mentale « extra-hospitalier » mais à l'hôpital St-Jean Bruxelles en 1923, origine USA - Clifford WHITTIGAM BEERS, tout comme les « centres de guidance »), 1975 (Arrêté centres de santé mentale). Années 1960-70 (courant de l'antipsychiatrie et remise en question des formes d'autorité, impact sur les habitudes de travail des équipes, paradigme systémique, psychiatrie sociale et approche globale), « esprit d'indépendance et habitude d'autodétermination », de « pratique à plusieurs » (E. MESSENS)
Services actifs en matière de toxicomanie	Années 1970. Les premiers SAMT ont été créés à partir des maisons médicales ou de centres d'hygiène mentale. Ils se situent aussi, de ce fait, « dans le vent de mai 68 », mais comme « boutures ».
Centres d'action sociale globale	AR 1974, santé publique (impulsion donnée par mutuelles). Regroupement de services de quartier, de paroisse, mutuelles...
Services de médiation de dettes	Petites unités la plupart du temps enchâssées dans d'autres
Services d'aide aux justiciables	Petit secteur complexe (victimes, auteurs...) et d'origine variée
Services espace-rencontre	Services datant des années 1990, ex aide à la jeunesse
Centres d'accueil téléphonique	L'un créé par l'église catholique, l'autre proche de l'ULB (années 1980)
Services d'aide à domicile	1947, premiers services spécifiques pour l'aide à domicile, reconnus par un arrêté du Régent de 1949. Secteur pluriel (CPAS, associatif) d'abord orienté vers l'aide aux familles, puis également les personnes âgées.
Services de soins palliatifs et continués	Services récents et souvent de troisième ligne (peu d'intervention directe auprès des usagers)
Centres de coordination de soins et de services à domicile	1973 (expériences de Havelange et Braine-le-Château), 1983 (reconversion travailleurs de la clinique Edith Cavell à Bruxelles)

⁶ Le mot « sociétal » signifie que le contexte n'est pas que socio-économique et politique. Il inclut aussi les aspects culturels et psychosociaux, ainsi que leurs effets sur les usagers, sur les services et leurs travailleurs.

La naissance et le développement des soins et aides ambulatoires ou « de proximité » est donc à situer dans une dynamique beaucoup plus large de « désinstitutionnalisation » (au sens de « l'institution totale » ou du « programme institutionnel » analysé par DUBET) qui a touché bien d'autres secteurs⁷ que ceux qui nous occupent dans la présente étude. Que l'on pense notamment à l'aide à la jeunesse⁸, aux secteurs des maisons de repos, de l'aide aux personnes handicapées, etc.

Comme l'écrivait Pierre ANSAY dans un article datant de 2003 et centré sur les soins de santé, « Le virage ambulatoire est un processus généralisé à l'œuvre dans les pays occidentaux, depuis les années soixante, processus plus marqué dans les pays disposant d'un État-Providence légitime et généreux dans ses modalités redistributives. Plusieurs notions s'offrent à nous : les soins ambulatoires, le virage ambulatoire, l'opposition pas toujours structurante entre l'hébergement lourd et les dispositifs légers "de terrain", "extra-muros" et "services à domicile" et la première ligne de soins renvoyant à la seconde ligne et à la troisième, etc. La définition minimaliste résume ainsi : "Virage dans l'organisation des services de santé où la personne pouvant se déplacer n'est plus hospitalisée pour recevoir les traitements et les interventions nécessaires". En quelque sorte, le système est mis en mouvement, le patient déambule, le médecin se déplace, l'infirmière va partout, l'hôpital s'amaigrit, la première ligne "devrait se renforcer" mais Sœur Anne qui ambule ne palpe pas toujours les moyens supplémentaires promis. Il s'agit là, à vrai dire, autant d'un processus de désinstitutionnalisation que d'un processus de reconfiguration du système de soins. »⁹

Dans le même dossier, Jean DE MUNCK écrit que « Le secteur ambulatoire naît dans un contexte culturel très précis qu'on peut qualifier de contexte de rupture. Les institutions dites de "planning familial" sont issues de la révolution sexuelle de ces années-là, de la transformation radicale des comportements en matière de reproduction et de famille. Les services de santé mentale, formalisés en 1975, émergent dans un contexte de contestation frontale du système de la santé mentale cristallisé dans la forme asilaire. Les maisons médicales tentent de rompre tant avec l'hôpital qu'avec la médecine libérale classique. » L'accroissement des capacités de mobilité physique (des personnes, des biens et des messages) a certainement aussi favorisé ce développement¹⁰.

Deux interprétations de la mouvance ambulatoire cohabiteraient aujourd'hui, selon la reconstitution qu'en fait le même auteur (dans le cadre des « Assises de l'ambulatoire ») :

« Le secteur ambulatoire jaillit ainsi dans les années soixante puis se stabilise dans les années septante comme une forme de cristallisation institutionnelle d'un puissant discours critique des systèmes sociaux en place. On peut se demander aujourd'hui sur quoi portait exactement cette critique, quelle en fut la signification profonde. Il me semble que deux interprétations de ce moment sont aujourd'hui, quarante ans plus tard, en conflit. La première consiste à y voir, comme les acteurs eux-mêmes, un épisode quasi révolutionnaire, axé sur les valeurs du collectif, et profondément politique. Comme on s'en aperçoit en consultant les archives, le

⁷ « Le secteur ambulatoire est donc un ensemble flou, dont le cœur est fait d'institutions exclusivement tournées vers la santé et dont la périphérie se trouve dans le secteur de l'action sociale au sens très large. » écrit Jean DE MUNCK dans « Quel avenir pour le secteur ambulatoire de la santé ? », *Revue nouvelle* Octobre 2003 / n°10, dossier « Soins ambulatoires : qu'est-ce qui bouge ? »

⁸ Je me permets de faire référence ici à mon livre sur les transformations du métier d'éducateur, *Du mur à l'ouvert*, Luc Pire 2001. Le « mur » est évidemment celui de « l'institution » auquel on oppose les pratiques « extra-muros », dans une vision parfois manichéenne.

⁹ Dans « Virage ou mirage ambulatoire ? », *Revue nouvelle* Octobre 2003. Voir aussi *Mental'idées* n° 1, 2003.

¹⁰ Difficile d'imaginer des services ambulatoires sans téléphone et moyens de déplacement rapides (avant, les malades, fous, invalides ... allaient vers l'institution et y restaient ; ils étaient soustraits à leur milieu de vie).

discours était en effet truffé de références politiques, d'ailleurs extrêmement chaotiques, où le discours libertaire se mêlait au discours marxiste. Mais dans l'après-coup, on peut cependant jeter un soupçon sur cette (auto)compréhension collectiviste et n'y voir qu'une étape de plus dans le processus d'individualisation et de dépolitisation des sociétés modernes. C'est la seconde interprétation : en faisant sauter les cadres de la médecine, de l'école, de l'hôpital, de l'asile, les contestations n'annonçaient nullement la prise de pouvoir par les masses, l'assomption de la liberté collective, un souci renouvelé du social, mais une nouvelle avancée du petit individu, égoïste et bourgeois, né avec le libéralisme du XVIIIe siècle. Il trouvera, dans les années quatre-vingt et nonante les institutions qui lui conviennent : le marché dérégulé, le narcissisme des psychothérapies, l'expressivisme culturel. Dans cette perspective d'après-coup, le discours politique des années 1960-1970 n'aura été qu'une ruse de la raison individualiste. En réalité, c'est le néolibéralisme qui s'avanceit masqué dans le carnaval gauchiste. Il faisait exploser les derniers cadres collectifs et traditionnels de l'existence. »

2.2. Le « social-santé » ambulatoire : enfant de mai 68 ?

Bien entendu, ceci concerne avant tout les secteurs ambulatoires « social-santé » et moins l'aide sociale ou à domicile qui n'est pas née dans le même contexte idéologique, même s'il participe d'un mouvement ambulatoire d'aide « de proximité ». L'auteur ne se contente pas de ces deux interprétations, nous y reviendrons. Un examen plus attentif du « virage ambulatoire » (l'expression serait québécoise, selon Pierre ANSAY) dans les secteurs social-santé montrent que plusieurs facteurs conjugués sont à l'œuvre au départ, même s'ils ne sont pas tous contemporains. Un premier aspect, « négatif », est la critique de « l'institution totale »¹¹ qui enferme ses usagers assujettis dans ses « murs », dont une illustration caricaturale est sans doute le film « Vol au-dessus d'un nid de coucou »¹² (FORMAN, 1975) ou « Home, sweet home » (LAMY, 1973). Un sociologue comme François DUBET a très longuement documenté et analysé la logique du « programme institutionnel » et de son déclin dans son livre, « *Le déclin de l'institution* » (Seuil, 2002), centré sur les domaines de l'éducation, de la santé et du travail social en France (les psychologues, « travailleurs sur autrui » tout autant, sont curieusement absents de son champ d'investigation). Le programme institutionnel qu'il décrit et analyse va bien au-delà de l'enfermement des usagers derrière « les murs » de l'institution (c'est notamment pour cela qu'il utilise le terme de « programme »). Il s'agit avant tout d'un paradigme d'intervention, d'une logique de « travail sur autrui » d'origine religieuse et laïcisée ensuite, qui n'implique pas nécessairement le contenant physique d'un bâtiment situé à l'écart du monde social ordinaire, comme l'a illustré le dessinateur de BD BINET dans « L'institution ».

Ce qui signifie que l'on peut faire du travail « post-institutionnel » entre quatre murs et de l'institutionnel en ambulatoire. C'est plutôt le passage d'un paradigme « vertical », appuyé sur un garant méta-social religieux puis laïc, à un paradigme « horizontal » autoréférentiel qui caractérise le changement de fond, dont les services ambulatoires ont été les pionniers, mais sont loin d'avoir le monopole. Ce qui fait « sauter les cadres », c'est le changement de paradigme dont l'ambulatoire a été un des vecteurs dans le domaine de la santé, mais que l'on retrouve aussi dans le domaine éducatif, notamment. L'exemple du Snark, évoqué plus loin, est emblématique d'une institution autogérée « post-institutionnelle » qui ne privilégiait pas l'ambulatoire mais en soulignait au

¹¹ « *Total institution* » selon Ervin Goffman, qui a popularisé l'expression. La traduction française « institution totalitaire » nous semble moins adéquate, dans la mesure où elle est aujourd'hui très largement connotée par le « totalitarisme », régime politique régnant par la terreur. Goffman distinguait cinq types d'« institutions totales », parmi lesquelles on trouvait, outre les asiles, prisons et camps, également les sanatorium, les monastères, les orphelinats, les homes pour jeunes ou pour personnes handicapées.

¹² Il est piquant que Thierry POUCKET, coordinateur du dossier de 2003 sur l'ambulatoire dans la *Revue nouvelle*, ait choisi « Vol au-dessus d'un laboratoire ambulatoire » comme titre de son introduction...

contraire les pièges dans son document fondateur de 1971 : « Le traitement ambulatoire n'a pas de prise sur le milieu concret dans lequel évolue l'enfant, et les effets de sa cure sont la plupart du temps freinés, voire contrecarrés par la persistance de situations réelles pathogènes tant au niveau familial que social ou professionnel ». Une critique de « l'action en milieu ouvert » avant la lettre et que l'on retrouvera bien plus tard dans le secteur de l'aide à la jeunesse...

Un second facteur, « positif », est évidemment lié au souci d'accessibilité plus grande des soins et services, facilitée par une grande proximité physique et sociale, par la petite taille des services et leur insertion dans le milieu de vie des usagers. Proximité qui favorise par ailleurs l'approche globale, continue et intégrée des problématiques individuelles, ainsi que l'adaptation plus fine de « l'offre » aux besoins individuels et collectifs de la population, que cette dernière s'exprime ou non par une « demande »¹³. La santé doit être « conjuguée » avec d'autres aspects de la vie, comme l'indique le titre de la revue de la Fédération des maisons médicales, qui succédera aux Cahiers du GERM¹⁴.

Enfin, troisièmement, est venu se joindre à ce mouvement de dynamique ambulatoire associative « par le bas », contestataire et alternatif à l'origine, un encouragement public progressif « par le haut », motivé en partie par des impératifs budgétaires (comme dans l'aide à la jeunesse ou le secteur handicap) mais sans doute également par des convictions partagées, l'un n'étant pas nécessairement opposé à l'autre. Des militants et acteurs de terrain se sont retrouvés dans des fonctions institutionnelles, voire dans des cabinets ministériels, et ont participé à l'impulsion de nouvelles politiques¹⁵. Ce qui était marginal et alternatif, « contre-culturel », s'est retrouvé progressivement reconnu puis encouragé par les autorités politiques, sans que pour autant d'autres modalités de soins et d'aide ne soient bien évidemment abandonnées, tout en étant peu ou prou « contaminées » culturellement dans certains aspects .

Au-delà de ces facteurs explicatifs et interprétations, force est de constater qu'une partie des secteurs ambulatoires ne se distingue pas seulement par le souci de proximité et d'accessibilité des soins , mais également par une « institutionnalisation » d'autres pratiques de soins qui ne sont pas sans rapport avec son mode d'organisation interne, soit sa « gouvernance ». Ceci est clairement le cas pour les maisons médicales dont le projet, initié par le GERM dès 1964, met en lien « les pratiques internes » avec « les principes conceptuels d'un système de santé basé sur la notion de participation et de citoyenneté » (LERUTH 2008). Il y doit y avoir congruence (ou homologie) entre la gouvernance associative, autogestionnaire et non-hiérarchisée, avec le projet politique d'une médecine alternative, participative et égalitaire.

Le texte fouillé de Monique VAN DORMAEL, *Le Centre de Santé Intégré et les Maisons Médicales*, publié dans un cahier du GERM en 1981, est très clair sur ce point, tout en soulignant également les « obstacles à la réalisation du Centre de Santé Intégré », notamment sur son mode de gouvernance. Il stipule notamment : « Le CSI tel que formulé par le GERM, est un modèle théorique, défini : a) par ses objectifs, à savoir la dispensation de soins de base globaux, continus et intégrés, et la

¹³ D'une certaine manière, le thème de la première DEQ-T (« Lien entre accessibilité des services et pénibilité du travail ») n'était pas sans rapport avec ce souci inaugural d'accessibilité.

¹⁴ Axel HOFFMAN, « Flashback sur Santé conjuguée », Santé conjuguée - juillet 2012 - n° 61. Le GERM, fondé en 1964, s'inspirait notamment des *Neighbourhood Health Center* créés aux USA.

¹⁵ A titre d'exemple et dans un autre secteur, l'arrêté relatif à la reconnaissance des nouveaux services d'aide en milieu ouvert (AMO) dans l'Aide à la jeunesse, a été rédigé avec une éducatrice devenue responsable d'une AMO et, ensuite, membre du cabinet du Ministre de l'Aide à jeunesse de la Communauté française.

participation de la population ; b) par certaines caractéristiques générale des moyens à mettre en œuvre pour atteindre ses objectifs : équipe pluridisciplinaire de petite taille et non-hiérarchisée, permanence, polyvalence et décentralisation » (nous soulignons)¹⁶. La participation des patients (« s'approprier sa santé ») et la gouvernance autogestionnaire des professionnels sont inscrites dans le logiciel de départ, car elles seraient « bonnes pour la santé ». L'auteur écrit ensuite : « (des professionnels) soucieux de leur rôle social, animés de perspectives auto-gestionnaires incluant la population, et désireux d'investir une autre pratique basée sur de nouveaux rapports entre travailleurs de santé et patients, et entre travailleurs de santé entre eux ».

Il est frappant de voir que la pyramide des soins reprise dans le texte de Monique VAN DORMAEL est à quatre étages, le premier étant le « Self-Care » de la population par elle-même¹⁷. L'auteur écrit à ce sujet : « La réorganisation de l'ensemble du système de soins sur des fondements plus cohérents devrait partir de la base. En effet, dans le cadre de cette pyramide, la population entre dans le système de soins par la base ». Ce point est repris par Thierry POU CET dans son texte introductif au dossier de la *Revue nouvelle* consacré aux soins ambulatoires : « Premier élément distinctif remarquable : la présence ou non dans le schéma des profanes eux-mêmes, non comme consommateurs mais comme acteurs de soins. Faire figurer les soins que s'auto-administre elle-même la population à la base d'une pyramide dont le sommet est occupé par les spécialités médico-techniques les plus pointues revient peu ou prou à reconnaître des pratiques, sinon à légitimer des compétences, qui n'appartiennent pas directement à la sphère d'activités des professionnels de santé. Ne pas mentionner ce « pré-échelon » revient, par contre, à renforcer l'idée qu'en dehors de la sphère professionnelle il n'est point de soin (de salut sanitaire ?) possible. » Jean DE MUNCK, dans l'article déjà cité, revient sur ce lien entre le projet politique de l'ambulatoire social-santé (il ne concerne pas que les maisons médicales, même si ces dernières ont eu un rôle pionnier) et son organisation interne, qu'il désigne de « polyarchie délibérative ». Il écrit (et nous soulignons):

« Le secteur ambulatoire a découvert, au fil de sa pratique, que ce n'était ni un surcroît d'individualisme ni un surcroît de collectivisme qui définissait sa différence. *Il a découvert qu'il pouvait se rassembler autour d'une formule simple aux conséquences infinies : il n'y a pas de sujet isolé et souverain.* C'est vrai d'abord pour le patient qui souffre, qui souffre de l'autre, avec d'autres, entre autres. Et le sujet professionnel — médecin, psychologue, sexologue, éducateur — n'est lui-même pas un sujet souverain. C'est bien pourquoi il doit, lui aussi, apprendre à travailler avec les autres. Et, d'abord, avec son patient ! (...) Comment qualifier le modèle de régulation qui s'incarne dans le secteur ambulatoire ? Je propose, pour le qualifier, une expression empruntée à des sociologues américains, Charles SABEL et Joshua COHEN : la « polyarchie délibérative ». Ce concept me semble parfaitement convenir à ce que pourrait être le modèle de démocratie porté par les professionnels de l'ambulatoire. (...) Mais la polyarchie doit être délibérée. Il faut introduire cette spécification normative pour bien marquer que l'essentiel du modèle repose sur une certaine qualité de ses processus d'échange et de coordination. La délibération n'est pas l'agrégation. La coordination par agrégation est une coordination qui repose sur des alliances, des sommations de pouvoirs particuliers sur des bases occasionnelles, comme dans une coalition gouvernementale. Dans ce cas, on ne suppose pas nécessairement l'échange des raisons d'agir et l'établissement, par le dialogue, d'une carte du monde commune. Les compromis suffisent à l'action collective. La délibération n'est pas non plus réductible à la représentation. La représentation collective constitue un

¹⁶ Quels que soient les slogans marxistes et révolutionnaires qui ont accompagné la naissance des Maisons médicales, on est évidemment très loin d'une « médecine d'Etat » à la soviétique et nettement plus proche d'un projet socialiste autogestionnaire. Il est par ailleurs intéressant de noter que l'origine du concept de CSI est nord-européen (Angleterre, Pays-Bas) et nord-américain (USA et Canada), notamment les *Health Center*.

¹⁷ Selon POU CET : « *Self-care* » dans la terminologie anglo-saxonne ; autotraitement ou automédication en français, selon qu'il s'agit d'une pratique qui ne met pas ou qui met en œuvre un remède de type chimique. »

mode de coordination qui fonctionne sur un mandat : les représentants doivent être fidèles aux représentés. Mais cette sémiologie politique naïve, qui suppose l'adéquation du signifiant au signifié, est sans cesse défaite dans les processus de décision. La délibération, c'est l'effort permanent d'échanger non seulement sur les positions et les décisions, mais surtout sur les raisons et les justifications. »

Le paradigme de la santé ambulatoire est à la fois « *holistique* » (global, pluri- ou interdisciplinaire, communautaire...) et « *individualisant* » (prise en compte des singularités individuelles, prise en charge du patient par lui-même, autogestion décentralisée), voire expérimental (mise en œuvre permanente de la réflexivité). On reconnaît là un paradigme culturel, présent dans d'autres champs, voire dans tout notre modèle culturel contemporain, et que certains ont baptisé « d'individualo-globaliste »¹⁸. On peut dès lors se poser la question de savoir s'il s'agit bien d'une « découverte » du secteur, comme l'affirme Jean DE MUNCK dans l'article précité, ou plutôt d'une réinterprétation¹⁹ théorique et opérationnelle de son mode de régulation et de ses pratiques « individuelles et globales » à la lumière de ce modèle « individualo-globaliste », tout comme il l'était auparavant dans le paradigme quasi-révolutionnaire et « collectiviste » de 1968, dont il était « imbibé »²⁰. Rappelons également que cela ne concerne qu'une partie (70 %) de l'ambulatoire : MM, SSM, CPF et SAMT.

Une question qui se pose chez nombre d'acteurs des secteurs « post 68 », mais que nous ne pouvons développer ici, concerne la postérité de ces services. Perçus au départ comme étant l'avant-garde d'un changement profond de la médecine et de la psychiatrie, voire d'une révolution sociale globale (comme écrit P. KINOO : « On peut même dire que certaines institutions (...) ont été des creusets dans lesquels l'horizontalisation du lien social s'est opéré de façon tout à fait radicale »), ils se perçoivent parfois, aujourd'hui, comme étant des « bouche-trous » ou des « rustines ». Ceci non seulement parce que la révolution sociale appelée de leurs vœux ne s'est pas produite (d'où une certaine mélancolie des fondateurs au moment de « passer la main »), mais aussi parce que les « grosses structures » ou les praticiens (voire praticiens ?) « libéraux » tiennent toujours le haut du pavé.

2.3. Le services sociaux : issus des paroisses, des communes et des mutuelles

Les services sociaux, repris aujourd'hui sous la nouvelle dénomination générique bruxelloise de CASG (« Centre d'Action Sociale Globale »)²¹, qui a succédé à celle de CSS (« Centre de Service Social »), ont une origine très différente de celle des secteurs de la santé ambulatoire largo sensu (incluant les CPF et les SAMT). L'origine est un arrêté royal national de 1974, pris par la Ministre de la Santé publique sous l'impulsion des mutuelles, qui organisait les services sociaux du non-marchand privé. Mais d'autres acteurs que les mutuelles ont saisi l'opportunité d'une reconnaissance et d'un financement, notamment les services associés aux paroisses ou aux communes. Il y eut des « mariages de raison » plus souvent que des « mariages d'amour », selon un de nos témoins historiques, entre différentes structures locales pour correspondre aux normes exigées par la tutelle. La « gouvernance » de ces services était plutôt de type « hiérarchique traditionnel » et pas autogestionnaire, même si le militantisme était fort présent, bien que d'une nature sensiblement différente (notamment de type caritatif) de la précédente « post 68 ». Cela n'empêchait pas que, dans certains cas, selon le même témoin, « ce sont les travailleurs qui ont porté les services, qui ont mis en place un CA, et qui pour

¹⁸ R. LIOGIER dans *Souci de soi, conscience du monde. Vers une religion globale ?*, Armand Colin, 2012.

¹⁹ L'auteur l'écrit d'ailleurs lui-même : « Il y a dans ce discours des origines un thème à reformuler ».

²⁰ Il suffit sur ce point de lire les propos de David COOPER, un des « papes » de l'antipsychiatrie, cité dans l'article conclusif du GERM du dossier « Pour une politique de la santé mentale », *Revue nouvelle*, octobre 1973

²¹ On constate à nouveau la substitution de « action » à « aide » ou « service ».

une part étaient des CA fantoches. Ce sont les travailleurs qui menaient le truc. Le CA avalisait les décisions, mais ce sont les travailleurs qui avaient le pouvoir (...) Même si c'était plus hiérarchique, on allait chercher quelques bonnes volontés pour le CA et qui n'étaient pas toujours des gens compétents et dont les travailleurs faisaient ce qu'ils voulaient. Ce qui présente un avantage au départ mais se révèle extrêmement redoutable à terme. » On constate dès lors que, dans ces services dont la genèse est différente, la question de la « propriété du projet » et de la gouvernance *de facto* par les travailleurs pouvait aussi se poser.

Certains CASG sont originaires des communes, notamment, dans celle citée comme exemple par un autre témoin, « créé par la commune pour faire subventionner des AS qu'elle dispatche à l'époque dans ses services. C'est une manière d'engager des AS qu'elle n'aurait pu faire autrement. Puis il y a un décret CASG qui fait qu'ils doivent rassembler les AS pour qu'ils "fassent du CASG" et pas aller bosser dans les services communaux. » Selon le même témoin, « C'est une évolution privée parallèle à celle des CPAS, où l'on passe de l'assistance ou de l'aide à l'action : on passe de la charité et de l'aide aux pauvres à un travail qui tout doucement devient plus professionnel et ils sont tous là-dedans. » Cela s'est conforté avec le décret « CASG », « qui fait mettre l'action collective et l'action communautaire avant l'aide individuelle. Et ce qui les oblige tous à repenser leur manière de travailler. Parce qu'ils sont tous dans l'aide individuelle, en rapport singulier avec la personne que l'on vient aider. Il y avait dix pour-cent des AS formés à l'aide sociale communautaire. »

Ici aussi, le financement vient majoritairement de subsides publics, et l'on n'a pas l'opposition entre le travail et le capital comme dans le secteur marchand. Et cette absence rend la relation de subordination moins claire, ce qui peut être une source de confusion. Selon un des témoins, « cela reste un des points d'accrochage terrible. » Il a fallu de nombreuses années pour que les services aient un règlement de travail, et même des conventions collectives. La réglementation s'est progressivement mise en place, portée souvent par les secteurs eux-mêmes. « Les Ministres, leurs conseillers, sont souvent des gens issus du milieu. » Le secteur s'est donc en partie « autorégulé par cabinetards interposés ». Il n'y a donc pas nécessairement la spontanéité des secteurs d'en bas mis en coupe réglée par les politiques d'en haut. Il y a de la circulation entre les deux.

En termes de conflictualités, comme dans d'autres secteurs, le tournant a été « de passer du militantisme (avec ses différentes formes, celle des MM ou des SSM ou celle de l'AS qui travaille dans un service de quartier et qui "en fait son affaire") à la philosophie de la deuxième génération qui a été engagée sur base de ses compétences et pas de son engagement "philosophique" ». C'est, d'une certaine façon, la dynamique militante, le « feu sacré » qui « contenait » la conflictualité professionnelle et syndicale. Pour beaucoup de travailleurs de la seconde génération, « la priorité c'est l'équilibre vie familiale vie de travail, alors que cela n'aurait même pas effleuré ceux de la première génération. Si on doit faire une kermesse un WE pour faire vivre la maison, on le fera. On n' imagine même pas compter des heures supplémentaires pour cela. » Les gens qui étaient engagés aux origines devaient avoir « le feu sacré ». Pour la période d'avant 1990, les conflits étaient surtout liés aux orientations du projet, presque pas aux conditions de travail.

Ceci étant, cette nouvelle conflictualité professionnelle et syndicale ne semble pas toujours avoir des effets négatifs dans le service rendu aux usagers. « A première vue, oui, car l'AS n'était plus l'AS taillable et corvéable à merci. Et l'usager pouvait y faire appel presque nuit et jour. Mais cela a eu un petit effet positif en ce sens que quelqu'un qui n'est pas autonome, qui est dépendant, peut

difficilement générer de l'autonomie chez son usager. C'est ce que j'ai toujours défendu sur le plan de la gestion de ces entreprises, aussi. Si vous n'êtes pas autonome à ce niveau-là, qu'allez-vous insuffler auprès de vos usagers ? Vous êtes censés les autonomiser ! Si vous ne prenez pas la vôtre comme travailleur social, comment allez-vous faire ? ». Peut-être en lien avec cela, « Les derniers conflits que l'on a dû résoudre en commission paritaire sont des conflits de personnes. Beaucoup de conflits de personnes. Relatifs à l'autorité. Et aussi parce que arrivent maintenant dans nos secteurs, des gens qui sont choisis par les pouvoirs organisateurs, sur base de leurs capacités de gestion gestionnaire, et pas spécialement de gestion des ressources humaines. »

Il semble donc y avoir deux lignes de développement de conflictualité dans ces services (voire au-delà). Le passage du travailleur militant au travailleur professionnel exigeant ; les conséquences des exigences du pouvoir subsidiant qui nécessitent l'engagement de professionnels gestionnaires qui entrent de plein fouet en conflit avec des gens « qui ont pris de mauvaises habitudes ».

2.4. L'aide à domicile : CPAS, communes, mutuelles ou « associatif pur »

Nous entrons ici dans un monde très différent, même si les services francophones qui le composent sont également régis par le décret dit « ambulatoire », ceci depuis 2009. Leurs missions sont presque exclusivement l'aide à domicile (SAD) et/ou la coordination de celle-ci (CCSSD), souvent pour un public de personnes âgées et/ou handicapées et/ou malades. Ces services sont dès lors composés la plupart du temps de travailleurs qui opèrent à partir de bureaux « fixes », d'un côté, et d'autres travailleurs qui effectuent les tâches à domicile. Cette nette division du travail n'empêche pas les permanents « non-ambulatoires » (la plupart du temps des AS) de faire des visites sur place pour évaluer la situation des familles et leurs besoins, et que les aide-familiales ou aide-ménagères se concertent avec les travailleurs qui font le « dispatching ». Mais nous sommes dans une histoire et une logique différente de celle des autres services ambulatoires, qui se marque aussi par la taille des services.

D'un point de vue historique (D. VAN DROOGENBROECK, 2013), les services d'aide à domicile (SAD) sont relativement anciens. Les premiers services spécifiques organisés datent de l'immédiat après-guerre. Ils ont été reconnus par un arrêté du Régent de 1949. Le secteur aura un cadre législatif unique jusqu'en 1975, relevant du Ministère de la santé publique. Dans un premier temps, ce sont uniquement les services privés à but non lucratif qui sont reconnus. L'offre sera ensuite étendue à l'assistance publique (CAP, devenue CPAS) qui créent des services là où ils n'existent pas encore. Les subventions sont liées au respect de conditions d'agrément (type de travail, durée, formation...).

Les services sont d'abord orientés vers les familles (comme l'indique le titre professionnel « aide familiale »), puis élargis vers les personnes âgées, malades et/ou handicapées, ce qui induit un accroissement du public et des prestations subventionnées. La proportion des personnes âgées passe ainsi de 55 % des bénéficiaires en 1970 à 78 % dix ans plus tard. Les réformes successives de l'Etat débouchent sur un transfert de l'aide non médicale à domicile vers les Communautés, puis les Régions, ce qui complexifie particulièrement la situation à Bruxelles (plusieurs pouvoirs subsidiaires différents). Les modalités de l'intervention publique deviennent plus contraignantes (contribution forfaitaire au salaire de l'aide-familiale, système dit du « contingent »)²².

²² Il s'agit de la limite d'aide que les services peuvent accorder aux bénéficiaires s'ils veulent être entièrement subventionnés. Elle s'exprime en nombre maximal d'heures pour les prestataires.

Comme le raconte un témoin : « Ils font partie des services qui, lors des réformes institutionnelles, étaient à la santé publique. » Des SAD ont été créés par des CPAS (tels Koekelberg et Schaerbeek), d'autres de type directement communal. Enfin certains sont de « l'associatif pur ». Ce serait le cas de CSD « qui naît à l'époque où ils licencient à Cavell, c'est un SAD mais aussi un CCSSD et une CASG. C'est un peu particulier. C'est une structure (...) qui a une bonne idée de ce qu'il faut faire pour les bénéficiaires. Et qui arrive à les prendre en charge de manière globale. Et elle sait qu'une des choses qu'il faut faire c'est les aider à rester chez eux. » Certains services peuvent donc avoir plusieurs agréments : SAD, CCSSD et CASG. Il n'est pas toujours facile de se retrouver dans les acronymes et ces services se plaignent parfois de leur manque de visibilité, de la confusion avec d'autres services²³.

Selon le même témoin, leur mode de gouvernance paraît très différent des services ambulatoires santé. « Il y a beaucoup de choses à dire, mais c'est très vertical. Même dans les petites équipes. Parce qu'il y a des niveaux de formations qui sont très distincts. C'est l'endroit où l'AS peut être chef, c'est l'endroit où il peut d'emblée diriger une équipe, surveiller des horaires, organiser des horaires.... Et en-dessous, les aides familiales, une première ligne hyper-importante. Et c'est une formation qui est peu poussée parce que les gens qui entrent dans cette formation ont peu au départ.. (...) Ils sont en contact avec des bénéficiaires qui sont difficiles, qui ont des exigences vraiment importantes, qui sont la plupart du temps justifiées, mais les personnes âgées ne sont pas des gens faciles. Et ils doivent faire travailler là des gens qui ont une formation technique, qui essaient de développer des qualités humaines et d'écoute, mais avec qui ce n'est pas du tout facile, parce qu'ils n'ont pas un chemin professionnel qui les mène vers ça. (...) Et en terme de gouvernance c'est très vertical.»

Enfin, les Services de soins palliatifs et continués (SSPC) constituent un peu un monde à part dans la mesure où ils travaillent le plus souvent de manière indirecte avec les usagers, en épaulant, formant ou coordonnant les services et intervenants de première ligne. D'après les informations collectées lors des groupes de discussion de la DEQT-1, leur origine et leur mode fonctionnement ne se situent pas vraiment dans la postérité et la dynamique du secteur social-santé ambulatoire « post-68 ».

2.5. Les « petits » secteurs spécialisés, certains en transition vers la CFWB

Il s'agit des Services espaces-rencontres (SER), des Services d'aide aux justiciables (SAJ), des Services de médiation de dettes (SMD) et des Centres d'accueil téléphonique (CAT). Comme nous l'avons vu plus haut, deux de ces secteurs passent sous la tutelle de la CFWB (Services espaces-rencontres et Service d'aide aux justiciables) mais nous avons décidé de les maintenir dans notre étude, étant toujours légiférés par le Décret ambulatoire durant la période de transition.

Les Services espaces-rencontres, de création relativement récente (années 1990), relevaient auparavant du secteur de l'aide à la jeunesse et y retourneront sans doute. Leur histoire est assez découplée du champ social-santé ambulatoire, même si elle relève de la même dynamique globale de « désinstitutionnalisation » (y compris celle des familles) et de l'accompagnement en milieu ouvert.

²³ Ceci ressortait clairement des groupes de concertation lors de l'étude « programmation » de 2012.

Les services d'aide aux justiciables ont une histoire institutionnelle complexe en termes de tutelle²⁴ et sont assez différenciés entre eux, dans la mesure où certains travaillent avec les seules victimes, d'autres uniquement avec les auteurs et d'autres avec les deux catégories de justiciables.

Les services de médiation de dettes sont insérés dans une structure plus vaste et n'ont donc pas d'autonomie en tant que telle. Leur histoire et leur gouvernance sont donc liés à l'institution-mère. Il s'agit ici des services privés de médiation agréés par la COCOF, les CPAS étant agréés d'office pour pratiquer la médiation. Un certain nombre de services sont bicommunautaires (COCOM).

Les deux Centres d'accueil téléphonique sont à l'origine liés à un « pilier ». Télé-accueil (qui fait partie d'un ensemble plus large) était né à l'origine dans l'orbite de l'Église catholique mais s'en est détaché. Le service de prévention du suicide, dont la mission est sensiblement différente, est lié au pilier laïc (ULB). En termes organisationnels, la particularité majeure est la place centrale occupée par les bénévoles et l'interaction « non présenteielle » avec les usagers. Bien entendu, leur origine est liée aux changements technologiques dans le domaine de la communication, le téléphone d'abord, internet ensuite. Mais cette dimension purement technique ne doit pas occulter l'aspect sociologique, à savoir le fait de se confier à un inconnu et croire dans les vertus de la parole à distance. Ceci explique d'ailleurs pourquoi certains publics ne sont pas utilisateurs de ces services anonymes et non présentsiels²⁵.

2.6. Sous-ensembles moins flous dans un « ensemble flou »

Précisons pour finir que les notions de « ambulatoire » ou « extra-muros » peuvent être comprises à plusieurs niveaux : d'abord comme intervention sans hébergement en dehors des murs physiques de l'institution (même si le premier centre d'hygiène mentale a été créé au sein de l'hôpital St Jean, mais sans hébergement), ensuite en dehors des « murs » physiques du service ambulatoire (travail de rue, travail communautaire, intervention à domicile) par « immersion » dans « la vie des gens ». Et, de manière métaphorique peut-être, en dehors des « murs symboliques du savoir » ou des « murs de la hiérarchie », voire (tant qu'à faire) des frontières dessinées par « la loi du père » dans un « monde sans limite »²⁶ ? Bien entendu, comme écrit plus haut, une pratique peut être de nature institutionnelle (verticale, spécialisée, centrée sur le symptôme...) dans un service ambulatoire et post-institutionnelle (collaborative, globale, interdisciplinaire...) dans une ... institution.

Un premier élément frappant ressortant de la dizaine d'interviews approfondies (personnes de différents secteurs, certaines transversales) est l'assimilation fréquente de « l'ambulatoire social-santé » aux quatre secteurs issus peu ou prou du « contexte de rupture » de mai 1968, dans sa mouvance autogestionnaire et « anti » (autoritaire, psychiatrique, institutionnelle, capitaliste, étatique...)²⁷ : à savoir les maisons médicales, les services de santé mentale, les centres de planning

²⁴ Voir à ce sujet le *Rapport sectoriel Services d'aide aux justiciables*, 2012, en ligne sur www.cbcs.be.

²⁵ Nous avons abordé ce point dans la dimension « accessibilité » de la DEQT-1.

²⁶ Nous renvoyons ici au livre du psychanalyste belge J.P. LEBRUN, *Un monde sans limite*, Erès, 1997.

²⁷ Mouvance à distinguer (même si ce n'est pas toujours tranché) des projets de type collectiviste ou étatique (dans leur version socialiste ou marxiste-léniniste), comme en témoigne la séparation des maisons médicales « médecine pour le peuple » liées au PTB-PVDA (AMADA-TPO à l'époque) avec celles qui relèvent d'un projet autogestionnaire, voire anarchiste (au sens politique), et qui sont fédérées dans la FMM. Ceci est documenté par un de nos témoins historiques, bon connaisseur du secteur, qui s'est longuement exprimé sur cet aspect. Ceci n'empêchait pas certains autogestionnaires d'être plus en faveur d'un MARS (« Mouvement d'Action pour une Révolution de la Médecine ») que d'un GERM (« Groupe d'Etude pour une Reforme de la Médecine »).

familial et les services actifs en matière de toxicomanie (appellations officielles actuelles). On retrouve cette assimilation dans nombre d'analyses dont nous avons eu connaissance.

Or l'espace institutionnel concerné par cette étude est beaucoup plus vaste et comporte, outre divers types de services sociaux (comme les centres d'action sociale globale ou les services d'aide aux justiciables) qui ne relèvent pas de cette mouvance initiale (mais plutôt de services sociaux de commune, paroisse, mutuelle, etc.), tout le secteur de l'aide à domicile qui a une histoire et des missions très différentes. Comme l'écrit J. DE MUNCK dans un texte déjà cité (voir note 7, page 13) « Le secteur ambulatoire est donc *un ensemble flou, dont le cœur est fait d'institutions exclusivement tournées vers la santé et dont la périphérie se trouve dans le secteur de l'action sociale au sens très large* »²⁸ (nous soulignons).

Ajoutons que les services sociaux ou d'aide à domicile n'apprécieraient peut-être pas d'être qualifiés de « périphérie », mais aussi que « le cœur » n'est pas « exclusivement tourné vers la santé », mais prône au contraire une approche globale dans laquelle les dimensions sociales sont prises en compte. Il serait dès lors plus pertinent de les nommer « ambulatoire santé-social », dans la mesure où l'élément santé est au premier plan de leur mission²⁹, constitue la « porte d'entrée » de l'intervention ou de la demande. Bien entendu, la notion de « santé mentale » et, dès lors, de « problème de santé mentale » est tellement extensive (notamment dans le contexte urbain moderne et multiculturel contemporain) que l'on peut y trouver à peu près tout, de la psychose à la solitude existentielle. Il convient dès lors de distinguer idéalement (c'est-à-dire en dégageant des « types purs », la réalité étant souvent composite) quatre sous-ensembles « moins flous » :

1. **L'ambulatoire « santé-social » stricto-sensu** (issu directement ou indirectement du « big bang » anti-institutionnel de mai 68 qui a généré la « galaxie des auto » - **mais ils ne le sont pas tous**), formant « le gros des troupes » en termes d'agrément (102 sur 144 en 2015, soit 71 % des agréments) ;
2. **Les services sociaux non marchands**, de quartier (communes), paroisse ou mutuelles, parfois regroupés dans une entité plus large et toujours agréés (10 agréments sous le nom officiel de CASG à la CoCoF) ;
3. **Les services plus récents et spécialisés dans une thématique pointue** (*aide aux justiciables - retour à la CFWB -*, médiation de dette, accueil téléphonique, *espace-rencontre - retour à CFWB* - soit 14 agréments) ;
4. **Les services d'aide à domicile** (les trois sous-secteurs définis par le décret de 2009 : SAD, CCSSD, SSPC), qui sont peu nombreux en termes de structures mais importants en termes de travailleurs et de bénéficiaires (18 agréments).

Le lecteur l'aura compris, cette distinction n'est pas basée sur la réglementation (en bonne partie coulée dans un décret unique depuis 2009) mais bien sur le projet d'origine et les missions des services. Bien entendu, notre espace de recherche global est en partie « artificiel » d'un point de vue sociologique, le découpage réglementaire et administratif (francophonie belge > région de Bruxelles-capitale > ambulatoire social santé > COCOF) ne correspondant pas nécessairement aux logiques sociales (missions, publics, réseaux, histoire, place dans les rapports sociaux...).

*

²⁸ Dans « Quel avenir pour le secteur ambulatoire de la santé ? », dans *Revue nouvelle* Octobre 2003 / n°10, dossier « Soins ambulatoires : qu'est-ce qui bouge ?

²⁹ Mais les choses ne sont pas simples, les centres de planning familial considérant souvent qu'ils relèvent du « social » et pas de la « santé ». Leurs représentants étaient mécontents de se trouver dans le groupe de concertation « santé » de l'étude dite « programmation », pilotée par l'École de santé publique de l'ULB.

3. Gouvernance et conflictualité : un premier éclairage conceptuel

Les mots, comme chacun sait, découpent le réel à leur manière et ne sont pas neutres, ce qui signifie que nous sommes plus ou moins « coupables » de partialité en faisant appel à eux. Et comme personne ne peut s'en passer pour rendre compte, si pas du réel, au moins de la réalité³⁰, on ne peut échapper à cette « culpabilité », y compris, bien entendu, en la dénonçant avec plus ou moins de virulence. Même en définissant précisément notre vocabulaire, nous utilisons d'autres mots, qui sont eux-mêmes suspects, etc. Il faut donc « faire avec », mais en produisant l'effort de définir et de situer le vocabulaire utilisé, ce qui permettra peut-être de réduire notre faute d'un cran. Sans vouloir nous défausser, précisons que ces termes ont été choisis par les commanditaires de cette étude, mais que nous en assumons l'usage, à condition qu'il soit réflexif et critique au sens du « libre examen ».

3.1. Changement de vocabulaire, changement de réalité ?

C'est devenu un lieu commun de dénoncer ou de se gausser de la « novlangue » (traduction française de l'expression « *newspeak* », forgée par Georges ORWELL pour son roman *1984*) qui se serait emparée de nous, comme si la langue (française dans notre cas) avait été pure, juste et belle avant la perversion que divers acteurs - identifiés le plus souvent comme étant des agents « du pouvoir »³¹ - lui auraient fait subir « pour faire passer la pilule ». On connaît quelques exemples : *technicienne de surface*, *personne en situation de handicap*, *croissance négative*, *ressources humaines*, etc. Toute langue est peut-être une « novlangue », car les mots et expressions changent (dans leur face « signifiant » ou leur face « signifié », voir les deux à la fois) et tous sont chargés de définitions conceptuelles plus ou moins implicites qui découpent la réalité selon des lignes de clivages qui ne sont pas neutres. Qualifier le langage de l'autre de « novlangue » est une manière de délégitimer son propos, constat qui ne doit pas nous dispenser d'utiliser le langage de manière critique.

Les termes de « gouvernance » et de « conflictualité » n'échappent évidemment pas au soupçon de « novlangue ». Pourquoi ne pas parler simplement de « direction » et de « conflits » ? N'y-a-t-il pas dans cet usage une volonté de séparer les autorités de leur souveraineté légitime, d'euphémiser la brutalité des rapports de force au sein des organisations humaines, qu'elles soient d'ailleurs marchandes et non marchandes ? Une « perverse » origine anglo-saxonne (« *governance* ») n'aurait-elle pas infecté notre vocabulaire ? Il est donc nécessaire de préciser ici le sens que nous donnons à ces mots, tout en traçant brièvement leur usage relativement récent.

GOUVERNANCE

Notons d'abord que « gouvernance » est issu de « gouverner » par le biais d'une nominalisation, c'est-à-dire la transformation d'un verbe d'action en nom commun³². Ainsi la gouvernance est un nom désignant l'action de gouverner. C'est en quelque sorte « le gouverner », soit d'abord un terme descriptif et pas normatif. Par cette nominalisation, l'action de gouverner est en quelque sorte mise à

³⁰ Sans vouloir pousser le bouchon trop loin, mais en tenant compte du fait que certains de nos lecteurs appartiennent au champ de la santé mentale, précisons que, pour certains (dont Lacan), le « réel » est ce qui est impossible à dire, résiste à toute nomination. On pense à « l'fracassable noyau de nuit » d'André Breton.

³¹ Communiste chez ORWELL, nazi ensuite (« La langue du Troisième Reich ») et le plus souvent néo-libéral aujourd'hui, même si chacun dénonce la novlangue chez l'autre, identifié en fonction de ses choix idéologiques. Le Figaro parlera ainsi de la « novlangue socialiste », le Front de gauche de la « novlangue néo-libérale », etc.

³² Ainsi, espérer a donné espérance, errer errance, guider guidance, etc. Le processus n'est pas nouveau.

distance et « objectivée » comme un objet de réflexion, de savoir, d'évaluation... plus ou moins autonomisée de ceux qui, effectivement, « gouvernent » On parlera ainsi de bonne ou mauvaise gouvernance, indépendamment de ceux qui ont le mandat (céleste ou démocratique) de gouverner et plus largement, de diriger, d'orienter, de prendre des décisions³³. Le mot détachant l'action des acteurs, a également pris un sens plus normatif, désignant une gestion plus « décentrée » et participative qui le rapproche de « pilotage », avec lequel il partage une étymologie commune en langue française (gouvernail). Le mot, qui existait en français au moyen-âge³⁴, serait réapparu par le biais de l'anglais « corporate governance³⁵ » désignant le processus de direction résultant des relations entre plusieurs catégories d'acteurs (actionnaires, direction, travailleurs, clients...) des entreprises privées. Par extension, le terme désigne les modes de régulation à divers niveaux des collectifs humains (y compris la famille) dans les sociétés occidentales contemporaines. On peut y voir une objectivation et donc une « science » des processus et des pratiques de direction de ces collectifs, résultant d'interactions entre diverses catégories d'acteurs.

Comme le souligne J. PITSEYS, « la gouvernance n'est pas seulement un terme descriptif dont le contenu vise à examiner les transformations contemporaines des modes de gouvernement et qui varie en fonction des acteurs et des contextes institutionnels mais elle propose également un discours normatif entendant soutenir et faire advenir des transformations perçues comme positives parce qu'elles produisent des décisions à la fois plus fonctionnelles et plus démocratiques. »³⁶ Comme l'indique le même auteur dans le résumé de son article, la gouvernance prend souvent le sens d'une « technique de gestion sociale visant à produire des règles collectives basées sur des contrats passés entre les acteurs plutôt que sur des normes commandant et sanctionnant directement leurs comportements. »

Pour d'autres auteurs, comme le psychanalyste et formateur Joseph ROUZEL, la gouvernance est un exemple typique de la « novlangue » capitaliste. Ainsi écrit-il, après avoir évoqué la novlangue d'ORWELL et KLEMPERER (auteur de « La langue du troisième Reich ») : « Il en va de même dans l'idéologie capitaliste dont la gouvernance est la pointe avancée. Il s'agit bien de produire une sémantique commune pour garantir une adéquation des objectifs et des moyens. Un certains nombres de vocables, à terminaison en « ance » devraient nous mettre la puce à l'oreille : bienveillance, conductance, covariance, dominance, freelance, mouvance, observance, portance, traitance etc. Que signifie ce glissement phonématique? Si ce n'est la mise en place d'une novlangue qui véhicule les impératifs de la gouvernance? »³⁷

Il est dès lors nécessaire de préciser que **nous n'utiliserons le terme « gouvernance » que dans son sens nominatif et descriptivement neutre, à savoir les diverses modalités du « gouverner »** au sein

³³ Le terme est d'usage très commun, comme en témoigne ce titre du journal *Le Soir* après les accords sur le gouvernement bruxellois de juillet 2014 : « La gouvernance, axe fort de l'accord bruxellois ». Et l'auteur d'écrire : « un seul terme domine : gouvernance. L'accord gouvernemental prévoit du reste un chapitre à part entière sur le sujet : « Révolutionner la gouvernance », texte mis en ligne dans *Le Soir.be* du 14/7/2014. Enfin, le président chinois a fait paraître un ouvrage en septembre 2014 « Xi Jinping : La Gouvernance de la Chine »...

³⁴ Il existait dans le Littré (1863-1877) et désignait « une juridiction à la tête de laquelle était le gouverneur ».

³⁵ Comme on le sait, près de la moitié du vocabulaire anglais est d'origine française, mais avec des sens souvent différents (c'est ce que l'on appelle les « *false friends* »).

³⁶ John PITSEYS, *Le concept de gouvernance*, dans « Wallonie et gouvernance », Etopia n° 7, 2010

³⁷ « Quand la gouvernance prend la mauvaise direction », Communication de Joseph ROUZEL, directeur de l'Institut européen psychanalyse et travail social, au congrès de l'AIFRIS du 4 au 8 juillet 2011, à Genève

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 du terme, une « volonté de maîtrise totale sous-jacente à l'idée de gouvernance » (ROUZEL, texte cité). Nous verrons au terme de cette recherche si la gouvernance effective au sein des associations correspond ou non à une modalité « contractuelle » du gouverner et, si oui, dans quelle mesure et dans quels secteurs.

CONFLICTUALITÉ

L'émergence du terme de conflictualité participe un peu du même processus. Si le mot existait (il est cependant absent du Littré publié en 1877), son usage était peu fréquent avant les années 1960. Son émergence participe aussi de la promotion d'un nouveau signifiant, un peu plus précoce que celui de « gouvernance » mais moins répandu³⁸. Le mot est toujours absent du dictionnaire de l'Académie française en ligne. Le terme semble participer d'un processus similaire à celui qui a donné naissance à « gouvernance ». **Il 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 (elle devient alors *conflit ouvert*)³⁹, de basse intensité, explosive, épisodique, chronique, localisée, généralisée, etc. Nous ne nous intéressons donc pas à tel conflit en particulier (sauf comme indice d'un phénomène plus large), 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.

Dès lors, « **gouvernance et conflictualité** » désigne les relations qui peuvent se tisser entre les modes de régulation, de direction, de gestion, d'orientation d'un collectif humain, et les types de conflits qui peuvent s'y développer. Ce qui peut générer des questionnements du type : « Les conflits de personnes sont-ils plus fréquents dans les associations autogérées ? », « L'absentéisme est-il plus fréquent dans les organisations fortement hiérarchisées ? », « Peut-on être, sans conflictualité, un simple exécutant en exerçant une fonction visant à autonomiser les usagers ? », etc. Bien entendu, cette espace d'investigation doit tenir compte de variables externes (subsidés, réglementations...), mais notre sujet, déjà vaste dans un champ par ailleurs fragmenté, concerne d'abord les problématiques internes, dans le contexte des missions et des types de services rendus.

Ces glissements dans le vocabulaire sont pour le moins indicatifs d'un changement dans la perception de la réalité, mais sans doute aussi dans la réalité elle-même (dont les schèmes de perception font évidemment partie). Une certaine complexification de l'exercice du pouvoir et une « horizontalisation » de la société seraient en cause, ce qui a débouché sur d'autres termes emblématiques comme « accompagnement », « co-construction », « inclusion », etc. Mais les mots s'usent vite et le terme « guidance » apparaît déjà trop « vertical » depuis de nombreuses années.

³⁸ Le « Ngram viewer » de Google permet de voir les variations d'un mot dans les livres référencés. Dans le cas de « conflictualité », le terme apparaît en 1960 et connaît une croissance lente depuis les années 1980 mais nettement moins forte que « gouvernance ». Le parallélisme de l'occurrence des deux mots est cependant tout à fait clair sur le graphique que l'on peut générer en introduisant les deux mots. Voir à ce sujet : <https://books.google.com/ngrams>. (introduire un ou plusieurs mots dans la case ad hoc).

³⁹ Selon l'approche psychique de MELLIER (2003), « il ne faut pas confondre le "conflit" et la "conflictualité". Le premier renvoie au manifeste, à des manifestations visibles de conflits alors que le second désigne un niveau conceptuel, celui d'une dynamique psychique, d'une conflictualité. Entre l'un et l'autre il y a un rapport de type manifeste/latent, superstructure/infrastructure. » Il s'agit bien entendu d'une vision psychologisante de la question, mais on peut retenir cette distinction (freudo-marxienne) entre latent et manifeste.

3.2 Horizontalité et verticalité

De manière régulière, dans les interviews approfondies et dans les ouvrages récents de superviseurs d'institutions psychosociales, le couple d'opposition « verticalité/horizontalité » est revenu comme un leitmotiv, parfois sous d'autres formulations homonymes (comme autogestion/hiérarchie, autonomie/hétéronomie). Si ces termes sont anciens, force est de constater que, selon l'outil de recherche informatique cité plus haut (note 38), ils connaissent un essor non négligeable à partir 1960, tout comme gouvernance et conflictualité. Nous n'en tirerons pas de conclusion trop hâtive, car ces mots (contrairement à gouvernance et conflictualité) peuvent être issus de secteurs extrêmement variés comme la géographie, l'architecture, la menuiserie, etc.

Par contre l'usage de « verticalité » et surtout « horizontalité » pour désigner des axes ou des modes de gouvernance est relativement récent, y compris en sciences humaines⁴⁰. Il est bien entendu aussi utilisé pour désigner le fonctionnement et l'évolution de sociétés humaines dans leur globalité, soit sur un axe temporel diachronique (les sociétés occidentales seraient passées d'une gouvernance verticale à une gouvernance horizontale), soit sur un axe synchronique (la société japonaise serait verticale, la française horizontale). Le terme « *taté shakai* » signifiant « société verticale » aurait été utilisé au Japon dès les années 1960, mais l'opposition a un sens un peu différent de celui que nous utilisons ici. Il ne signifie pas nécessairement autoritaire et inégalitaire, notamment en termes de revenus (le Japon a, par exemple, un coefficient d'inégalité inférieur à celui de la plupart des pays industrialisés et proche de celui des pays scandinaves).

Plus près de chez nous, notons que dans le projet de création d'une institution, emblématique de l'autogestion, Le SNARK⁴¹, le terme de « verticalité » est utilisé à plusieurs reprises dans un document fondateur datant de 1971, alors que celui d'horizontalité est absent. On peut notamment y lire que « une institution fortement hiérarchisée privilégie en effet un type de relation inter-personnelle de verticalité et de dépendance » (...) « dans une relation verticale, la communication devient facilement une émission à sens unique ». Quelques lignes plus loin, les auteurs écrivent au sujet de cette relation verticale : « Nous pouvons appeler ce type de relation "relation duelle". Elle ne se présente pas, en effet, comme une relation de l'enfant au maître, mais s'établit le plus souvent comme un face à face imaginaire de l'enfant au maître (identifié dès lors au savoir lui-même) ». C'est après ces considérations que les auteurs définissent ce qu'ils entendent par « auto-gestion ». Il est intéressant de noter que dans ce document emblématique de la mouvance autogestionnaire, c'est la verticalité qui est associée à la relation duelle, alors que le projet insiste sur la nécessité du tiers (le symbolique, le savoir), symbolisé dans la gouvernance institutionnelle par le Conseil qui, à travers la délibération et le langage, « élabore progressivement les lois du groupe ». Dans une autre brochure publiée par le SNARK, éditée cinq années après la fondation (1973), les auteurs consacrent un chapitre à la « gestion collective » (au niveau adultes, puis au niveau jeunes). Cette expression est un équivalent de l'autogestion. Il y est notamment écrit que « contrairement à ce qui paraît le mieux établi dans la société globale, le SNARK a vécu sans qu'un pouvoir hiérarchisé lui commande ce qu'il avait à faire, sans chef » (texte souligné en gras). Après avoir décrit une autre modalité de décision, celle du « pouvoir circulaire » (par tournante hebdomadaire, deux membres de l'équipe prennent les décisions, les font exécuter), les auteurs signalent que « les normes extérieures traversent le Snark avec ce qu'elles comportent de contraignant, à commencer par les critères de subsidiation »).

⁴⁰ A titre anecdotique, l'auteur de ce rapport se souvient d'avoir utilisé l'expression « horizontalisation de la vie sociale » à la fin des années 1990 et avoir suscité des sarcasmes un peu grivois de la part d'un spécialiste belge du travail social. L'expression lui était inconnue et il l'avait associé aux « horizontales » de la belle époque.

⁴¹ Voir DETLER M.E., VELGHE J., VERESS Z, *Projet pour un Centre Psychothérapeutique et Pédagogique pour adolescents de 12 à 18 ans*, Cahiers du Centre Consultatif pour les Etudes, UCL, 1971. Et Collectif, *Le snark* (brochure de présentation publiée 5 ans après la création de l'institution)

On remarquera par ailleurs que « gouvernance » au sens d'une « technique de gestion sociale visant à produire des règles collectives basées sur des contrats passés entre les acteurs plutôt que sur des normes commandant et sanctionnant directement leurs comportements » (PITSEYS) correspond assez bien, en première approche, à une gestion de type horizontal⁴². Mais cette horizontalité ne signifie pas qu'il n'y a pas de lois, mais bien que celles-ci sont élaborées par le groupe à travers des moments décisionnels particuliers que sont les réunions du Conseil. Ce qui fonde la norme, ce sont des moments d'exception durant lesquels des décisions sont prises par une procédure discursive. Il s'agit d'une forme de démocratie directe, étendue et radicalisée.

3.3. Dualité et « tiercéité » (ou « triangulation »)

Un autre duo conceptuel, fort sollicité ces dernières temps, influencé notamment par la psychanalyse, est celui de « dualité/tiercéité ». Comme vu dans le texte déjà cité plus haut, il était présent dans le document du Snark de 1971, et associé à la gestion verticale : « dans une relation verticale, la communication devient facilement une émission à sens unique (...). Nous pouvons appeler ce type de relation "relation duelle". Elle ne se présente pas, en effet, comme une relation de l'enfant au maître, mais s'établit le plus souvent comme un face à face imaginaire de l'enfant au maître (identifié dès lors au savoir lui-même) ». Le face-à-face entre l'enfant (ou, dans notre cas, le travailleur) et le « maître » (le détenteur du pouvoir, le supérieur), sans médiation par un tiers, est perçue négativement et associée à la verticalité sans contrepoids. Cet exemple est d'autant plus piquant que la « relation duelle » est de nos jours souvent associée au modèle « horizontal », dont Le Snark est un exemple typique, dans lequel il n'y a plus de personne « en position d'exception », de « norme admise et reconnue par tous »⁴³. Mais s'agit-il bien de la même dualité ? Celle de l'enfant face au maître ne nous semble pas de la même nature que celle du semblable face à un autre semblable. Comme nous le verrons plus loin, la relation duelle du travailleur-exécutant face à un dirigeant tout puissant (« de droit divin » ou de type « stalinien ») n'est sans doute pas du même acabit que celle entre deux travailleurs totalement autonomes dans un collectif « mou ».

Sans entrer dans des considérations philosophiques ou freudo-lacaniennes, remarquons que la démocratie, comme mode autonome de construction des normes, est caractérisée depuis des siècles par la « balance » puis la séparation des pouvoirs (d'origine grecque, la notion a été théorisée par LOCKE, ensuite par MONTESQUIEU dans *L'esprit des Lois* publié à Genève en 1748)⁴⁴. MONTESQUIEU y écrit notamment que « Pour qu'on ne puisse abuser du pouvoir, il faut que, par la disposition des choses, le pouvoir arrête le pouvoir ». Aujourd'hui, le fonctionnement des démocraties est caractérisé par une multitude de poids et de contrepoids, à la fois nationaux et internationaux (UE,

⁴² Sinon que l'analyse de PITSEYS concerne surtout la gouvernance étatique, ce qui signifie que les acteurs dont ils parlent sont souvent des organisations, entreprises, qui peuvent, elles, être de type « vertical ».

⁴³ Voir à ce sujet l'ouvrage collectif *Avons-nous encore besoin d'un tiers ?* (Erès, 2005), dirigé par Jean-Pierre LEBRUN et Élisabeth VOLCKRICK. On peut lire dans la présentation : « La référence à la norme spontanément admise et reconnue par tous, à l'idéal implicitement partagé, à la hiérarchie véhiculée par la tradition que les générations se donnent la charge de transmettre, autrement dit au Tiers, est aujourd'hui remise en cause. Nous voulons être une société pluraliste, évoquant des références diverses, prenant en compte différents modèles culturels et donnant place aux singularités. La coordination de l'action collective en est rendue d'autant plus complexe. Il faut désormais arriver à construire des normes à plusieurs, en fonction des situations, avec les protagonistes eux-mêmes, au cas par cas. »

⁴⁴ La nécessité de cette séparation inspirera l'article seize de la Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen du 26 août 1789 qui affirme : « Toute société dans laquelle la garantie des droits n'est pas assurée, ni la séparation des pouvoirs déterminée, n'a point de Constitution. »

ONU, Droit international...), à travers lesquels, si tout va bien, « le pouvoir arrête le pouvoir ». L'idée centrale est la préservation de la liberté face au pouvoir, en limitant celui-ci et en instaurant des recours, donc des instances tierces entre le citoyen et le pouvoir ou ses représentants.

La gouvernance des petites organisations auxquelles nous avons affaire dans cette modeste étude n'échappe pas à ces questions, et ce n'est pas parce que nous sommes dans le « non-marchand » militant ou les « métiers du cœur », que les abus de pouvoir ne s'y produisent pas, ou que la nécessité d'un pouvoir et d'une prise de décision ne s'y fait pas ressentir. La relation duelle dans un contexte vertical résulte d'un écrasement du subordonné par une autorité sans contrepoids, la dualité caractéristique d'une situation horizontale est la conséquence d'un manque d'opérateur décisionnel commun, d'une absence d'arbitre, qui peut aboutir à la « guerre de tous contre tous », et, dès, lors au délitement du collectif qui n'est plus qu'une collection d'individus autogérés.

3.4. Malaise, tension, conflit, exclusion, éclatement⁴⁵...

Outre le fait que la conflictualité est, à un certain degré, inhérente à la cohabitation des humains dans un collectif⁴⁶, qu'elle est parfois « positive » (inductrice de changement, de confrontation d'idées, etc.) ou « négative » (paralysante, destructrice, etc.)⁴⁷, elle peut prendre de multiples visages qui vont du simple « malaise », de la « conflictualité à bas bruit », à l'éclatement du collectif en question. Sans vouloir établir une « échelle de Richter » de la conflictualité (cette comparaison sismique n'est d'ailleurs pas pertinente, un malaise sournois et durable pouvant être plus pernicieux qu'à un éclatement aboutissant à de nouvelles structures), il est sans doute utile d'en distinguer quelques modalités a priori, qui pourront être affinées ou bousculées à l'épreuve du réel.

Une première distinction est le caractère latent ou manifeste de la conflictualité. Est-elle exprimée (et si oui, par qui et à qui ?) ou demeure-t-elle dans les limbes du non-dit ? « Malaise » et « tension » appartiennent manifestement à la première catégorie, la modalité « malaise » étant plus diffuse que la seconde, qui est plus proche du seuil de la manifestation comportementale ou verbale. Dès que l'on atteint le « conflit » (manifestation de la conflictualité potentielle), les choses sont apparentes, même s'il n'est pas toujours facile de savoir ce qui est en jeu, car un conflit peut en cacher un autre. Viennent ensuite les passages à l'acte comme effets du conflit. Dans le cas de l'exclusion, le conflit a trouvé une issue (de quelle durée ?) par l'expulsion d'un ou d'une partie de ses membres, alors que dans celui de l'éclatement, c'est la structure dans son ensemble qui n'a pas survécu au conflit. Il y a bien entendu (et heureusement) d'autres modalités de résolution que l'exclusion ou l'éclatement.

Ajoutons enfin que les conflictualités peuvent être locales ou générales, concerner l'ensemble de l'association ou seulement un secteur de celui-ci. Elles ont par ailleurs leurs dynamiques propres, qui peuvent déboucher sur une aggravation, une résorption ou un caractère cyclique. Enfin, le recours à des tiers médiateurs (internes ou externes, comme le SEPPT) peut bien entendu jouer un rôle dans la résolution de celui-ci, mais peut aussi l'aggraver en le faisant éclater davantage, certaines parties

⁴⁵ Je remercie Pierre SMET, membre du comité d'accompagnement, pour cette première distinction.

⁴⁶ Voire à la condition humaine dans sa conflictualité intrapsychique. C'est en tous cas la perspective freudienne : « La psychanalyse s'est constituée en mettant en son centre la conflictualité psychique. C'est l'hypothèse qui peut être soutenue si nous examinons le passage, la rupture, entre hypnose et psychanalyse. Mais cette conflictualité a été de fait centrée sur le patient, sur une personne, sur "l'intrapsychique" (...) ce mouvement inaugural, initial, de poser l'existence d'un conflit psychique là où le sens commun déniait son existence, là où l'hypnose montrait au mieux l'impact d'un traumatisme.. » (MELLIER, 2003).

⁴⁷ Bien entendu, pas nécessairement pour les mêmes personnes.

prenantes préférant parfois « battre leur chien derrière une porte close »⁴⁸. Rappelons par ailleurs que la « Loi sur le bien-être au travail » (du 4 août 1996, modifiée à plusieurs reprises) prévoit des obligations dans le chef de l'employeur, mais aussi des travailleurs⁴⁹.

Nous tenterons dans le chapitre suivant d'affiner notre grille de lecture (et de repérage) des types de conflictualité, ainsi leurs relations parfois privilégiées avec certains modes de gouvernance.

3.5. Conflictualité positive ou négative ?

Un dernier mot, enfin, sur *la qualification en valeur* de la conflictualité. Une chose est en effet de distinguer la conflictualité dans son concept, ses formes et son intensité, une autre est de poser un jugement de valeur sur ses manifestations. La conflictualité est-elle bonne ou mauvaise ? La réponse n'est évidemment pas simple à donner et ne se réduit pas nécessairement à une opposition binaire (« bien ou mal »). Dans une organisation, elle peut être bonne pour les uns et mauvaise pour les autres, délétère sur le moment mais positive à plus long terme, dynamisante ou paralysante, favorable à la relance d'une équipe mais nuisible aux usagers, etc. Certains parlent de la conflictualité comme « facteur de changement social », voire de « cohésion sociale » (ce qui est un beau paradoxe), d'autres comme « pathologie sociale » ou source de dysfonctionnements.

Le regard que l'on porte sur la conflictualité dépend aussi de la vision que l'on a de la société. Si on considère celle-ci comme un tout intégré, consensuel et cohérent (que ce soit dans une vision « fonctionnaliste » américaine ou une vision « totalisante » révolutionnaire ou traditionaliste, qui ne tolère aucun écart), la conflictualité apparaît comme un « dysfonctionnement », voire le signe d'un agissement subversif d'ennemis de la cause, de « marginaux qui ne veulent pas s'intégrer ». Mais si l'on est partisan de la conception démocratique du gouvernement autonome de la société⁵⁰ par elle-même, il faut bien accepter une certaine dose de conflictualité qui lui est propre, que ce soit par le biais du débat démocratique, des luttes sociales et de multiples divergences d'opinion. Nous avons quitté la société de l'Un, ou de la « one best way » qui ne tolérerait aucune divergence. Le conflit est donc quelque chose de « normal » dans une société démocratique (il est bien évidemment aussi très fréquent, voire endémique dans d'autres, mais n'est pas nécessairement considéré comme faisant partie de la nature légitime des choses : l'opposant devient un « ennemi à abattre »). Par ailleurs, il est difficile de penser le changement social⁵¹ sans le conflit, même si le conflit peut être paralysant et ne générer aucun changement, au sens positif ou négatif du terme, voire se manifester à travers des actions contre le changement (défense de privilèges, lutte contre la perte d'acquis sociaux).

Il convient d'autre part de bien mesurer l'échelle et le champ de la conflictualité qui nous intéresse. Il ne s'agit pas de « conflits sociaux » au sens de conflits entre groupes sociaux (lutte des classes, conflits entre catégories sociales ayant des intérêts divergents, conflits de nature linguistique ou culturelle, etc.), mais bien de formes de conflits qui se déroulent dans un espace social restreint (une organisation de petite taille), même si, bien entendu, des facteurs extérieurs peuvent y jouer un rôle

⁴⁸ Proverbe chinois signifiant qu'il est plus avantageux de réduire ses adversaires dans la discrétion, de « laver son linge sale en famille ».

⁴⁹ Voir à ce sujet le site de l'ABBET (*Association Bruxelloise pour le Bien-être au Travail*) : <http://www.abbet.be/>

⁵⁰ Nous utilisons ici le mot « société » pour désigner un collectif social ayant une certaine puissance sur sa propre gestion. Cela peut concerner un pays, un groupe de pays associés (comme l'UE, voire de plus vastes ensembles liés par des conventions internationales), mais aussi des entités plus restreintes, jusqu'au niveau familial.

⁵¹ Changement positif ou négatif. On a peut-être un peu trop tendance à considérer le « changement social » comme intrinsèquement positif, comme s'il suffisait de « bouger » pour que cela aille dans le bon sens.

important de manière explicite (nouvelle réglementations, projets de fédérations, action syndicale, etc.) ou implicite (transition entre générations porteuses de valeurs culturelles différentes, impact d'idéologies, notamment « managériales », capital symbolique lié à certaines fonctions, etc.).

Enfin, *qui peut juger ?* Ce n'est bien entendu pas à nous de juger, mais bien aux acteurs concernés, ce qui suppose que des questions précises leur soient posées à ce sujet, afin de les aider à formuler leur jugement. Il faudra dès lors introduire un grille de mesure dans le questionnaire d'entretien, permettant aux répondants de qualifier le mieux possible la valeur positive ou négative qu'ils accordent à la conflictualité vécue au sein de leur milieu de travail, durant une période donnée.

*

4. Modes de gouvernance et types de conflictualité

Notre analyse des modes de gouvernance et des types de conflictualité doit bien entendu tenir compte du fait que nous sommes dans le non-marchand associatif et, de surcroît, dans des secteurs très spécifiques. Il ne s'agit pas de l'enseignement, de l'aide à la jeunesse, de la santé hospitalière, des maisons de repos, de l'insertion ou de l'action socioculturelle, mais bien de l'accompagnement ambulatoire des personnes (la plupart du temps « in presentia », mais parfois aussi par téléphone ou internet) qui comporte majoritairement une aide psycho-sociale et une intervention en soins en santé mentale et/ou physique). Cet accompagnement n'implique pas d'hébergement et les usagers sont rencontrés soit dans les locaux de l'association, soit à leur domicile, soit dans d'autres lieux (comme la rue, des lieux festifs, des écoles, etc.), de manière individuelle ou collective⁵².

La majorité de ces associations, plus ou moins périphériques et alternatives par rapport au mode dominant de prise en charge qui régnait *au moment de leur émergence*, sont nées dans un contexte de militance politique et/ou caritative. Elles se sont lentement sédimentées, avec le passage du temps et les effets de leur reconnaissance et de leur financement par les pouvoirs publics. Elles connaissent actuellement un passage de témoin entre générations qui apparaît parfois comme une transition culturelle. Enfin, *last but not least*, elles travaillent pour l'écrasante majorité d'entre elles avec un public urbain souvent dominé socialement ou en situation de « relations sociales asymétriques »⁵³ et fragilisé sur de nombreux aspects qui, souvent, se cumulent : pauvreté et dépendance socioéconomique, habitat et quartiers peu salubres, mauvaise santé physique et/ou mentale, assuétudes, capital scolaire réduit, distance culturelle par rapport à la société globale, etc.

Les dimensions associatives-militantes et la reconnaissance publique ont diverses conséquences :

- Valeurs, objectifs, finalités fédérant le projet associatif, qui ne se définit pas par des objectifs de gain économique (même s'il doit avoir le souci de l'équilibre financier) ;
- culture organisationnelle liée à ces valeurs et finalités (pouvant parfois masquer des enjeux de pouvoir, présents ici comme ailleurs), avec quelquefois un « mythe des origines » lié à la dynamique fondatrice ;
- tension entre volonté d'indépendance et dépendance effective (financière, réglementaire, politique, partenaires, réseaux,...) qui peuvent susciter une méfiance à l'égard des pouvoirs publics et des « politiques » (y compris des recherches initiées par eux) ;
- difficulté, souvent, à identifier l'employeur et le « rapport social », le lien de subordination propre au contrat de salarié, dans un contexte où les travailleurs apparaissent (ou se revendiquent) souvent comme les « propriétaires » du projet et/ou comme des militants, ce qui peut obscurcir ou donner un tour particulier aux relations contractuelles de travail.

Etant donné ces singularités, nous avons pris comme option, après balayage de la littérature (voir la bibliographie en fin de rapport), de nous inspirer principalement du travail de Philippe KINOO, psychiatre et superviseur qui a eu l'occasion de travailler dans des institutions diverses depuis plusieurs décennies. Comme il l'écrit lui-même dans « Typologie des modes de direction » : « J'ai eu la chance et le plaisir de travailler dans une des rares institutions fonctionnant depuis plus de trente

⁵² Pour une présentation raisonnée et synthétique des missions des services, voir la tableau 2 page 9, réalisé par l'ESP de l'ULB lors de l'étude « programmation ».

⁵³ Le lecteur trouvera une explication de la notion de « domination sociale » et de ses difficultés en sciences humaines - d'Etienne DE LA BOÉTIE à Pierre BOURDIEU, en passant par Karl MARX et Max WEBER - dans l'article de Michel MESSU, 2012. L'article est disponible en ligne : <http://sociologies.revues.org/4198?lang=en>

ans selon le modèle de gestion collective⁵⁴ et de partage des salaires, tout en travaillant avec autant de satisfaction dans d'autres lieux, dont un hôpital universitaire organisé selon une hiérarchie pyramidale des plus traditionnelles. J'ai aussi supervisé plus d'une centaine d'institutions depuis vingt ans. La conclusion est évidemment qu'il n'y a pas un type unique de fonctionnement qui serait bon en soi pour une institution. »⁵⁵ L'auteur écrit ensuite ce qui lui semble nécessaire pour que l'institution soit « suffisamment bonne »⁵⁶, mais nous réservons cette opinion à plus loin. La diversité des expériences de travail de l'auteur, en particulier sa fonction de superviseur, soutient l'option que nous avons prise de s'appuyer sur sa typologie et son analyse, voire de la tester, tout en n'étant pas ignorant du fait que les secteurs fréquentés relèvent majoritairement de la santé (l'auteur a également travaillé dans un SSM, Le Grès, et dans un service de placement familial) et peu du social ou de l'aide à domicile. Notons qu'il est membre fondateur du groupe « Institutions »⁵⁷ au service de santé mentale du centre Chapelle-aux-Champs (UCL). La grille d'analyse élaborée par l'auteur n'est dès lors évidemment pas une « Bible » pour nous, mais un outil de travail dont nous nous emparons de manière réflexive et que nous allons soumettre à l'épreuve du réel.

GOVERNANCE GLOBALE ET GOVERNANCE LOCALE

Enfin, point très important, le mode de gouvernance peut varier au sein d'une même organisation en fonction des domaines concernés, comme nous l'avons déjà évoqué plus haut. Ainsi, par exemple, selon des témoins rencontrés, les décisions cliniques peuvent se prendre de manière collégiale entre praticiens (médecins, psy et AS, notamment) et en autogestion de facto, alors que celles concernant l'orientation globale de l'institution, ses relations extérieures, sa gestion financière et sa politique des ressources humaines, peuvent s'effectuer de manière hiérarchique « traditionnelle ».⁵⁸ Il apparaît plus pertinent de prendre des décisions cliniques de manière collective et délibérative, après concertation et échanges d'information, plutôt que de se les voir imposées de manière « verticale ». Des aires d'autogestion peuvent donc coexister dans une structure globalement hiérarchisée, alors que l'inverse est sans doute moins probable (mais pas impossible de fait, sinon de droit).

4.1. Les modes de gouvernance et leurs dynamiques (selon P. KINOO)

Venons-en dès lors à la typologie de Philippe KINOO. Cette dernière est en partie le fruit d'une réflexion collective et a évolué d'un modèle linéaire à trois modalités (« système de gestion collective », « systèmes participatifs » et « systèmes hiérarchiques ») vers un modèle circulaire qui permet de faire apparaître plus de nuances mais aussi de prendre en compte la dynamique des

⁵⁴ Il s'agit du Snark, évoqué plus haut. Il y est toujours médecin-référent. Voir : <http://www.philippekinoo.be>

⁵⁵ Paru dans VANDER BORGHT et MEYNCKENS-FOUREZ (dir.), *Qu'est ce qui fait autorité dans les institutions médico-sociales ? Autorités, pouvoirs, décisions, responsabilités*, Erès, 2007 et 2012 (pages 71 à 92)..

⁵⁶ Cette formule est une référence au psychanalyste anglais Winnicott qui parlait de « mère suffisamment bonne ». Elle signifie aussi implicitement (c'est moins souvent dit) qu'elle (la mère) doit être « suffisamment mauvaise », avoir la capacité de frustrer l'enfant de sa toute puissance et de le mettre face au manque. Nous laissons le lecteur faire la conversion avec l'institution et ses travailleurs (sans oublier le père !).

⁵⁷ Selon les informations diffusées sur la page du groupe : « Les formateurs, en s'adressant aux équipes ou aux professionnels individuellement, soutiennent une réflexion sur les questions institutionnelles et cliniques rencontrées dans les prises en charge en services résidentiels (hospitalisations, secteur AWIPH, secteur de l'aide à la jeunesse et secteur psychiatrique) ou ambulatoires. » Pour plus d'information sur ce groupe, voir : http://www.chapelle-aux-champs.be/vf/index.php?option=com_content&task=view&id=22&Itemid=50

⁵⁸ Un phénomène plus ou moins similaire peut se produire dans le privé marchand : une usine automobile peut être gérée globalement de manière hiérarchique et comporter des zones « autogérées » par les travailleurs.

institutions comme « systèmes vivants ». Des glissements peuvent en effet se produire d'un système de gestion à un autre (en fonction des personnes, évènements, dispositions légales...).

On remarquera que les deux polarités sont la gestion collective (« horizontale ») et la gestion hiérarchique (« verticale »). Cette polarité de base sera reprise dans le schéma circulaire, avec des ajouts et dédoublements. **L'opposition « vertical / horizontal » est donc la base structurante de la typologie**, qui redouble celle de l'autonomie versus hétéronomie. Au cœur de cette opposition se situe le mode de prise de décision de l'organisation dans de nombreux domaines, allant des choix stratégiques à des considérations plus matérielles (salaires, locaux...), en passant par la gestion des ressources humaines collectives et individuelles. **Un troisième pôle vient compléter la typologie, et qui n'est rien de moins que « le tiers »**. Celui-ci est tantôt constitué par les travailleurs (ou leurs représentants) venant « horizontaliser » le fonctionnement hiérarchique « pur », tantôt un moment d'exception venant « verticaliser » la gestion collective. L'auteur qualifie ces deux types de gestion mixtes d'« éclairés », ce qui indique sans doute sa préférence⁵⁹ (*qu'il nous faudra « neutraliser » si nous voulons un outil de description n'influençant pas les réponses*). Cette typologie « pas tout à fait neutre » est par ailleurs inscrite dans notre modèle culturel occidental. Elle peut ne pas toujours être adéquate pour appréhender les situations de multiculturalité, ce qui est plus le cas à Bruxelles.

Plutôt que de passer trop de temps à expliciter les notions utilisées, il nous semble plus opérationnel de décrire d'emblée les différents types de directions, quitte à revenir ensuite sur l'architecture conceptuelle de l'auteur et son adaptation à notre objet d'étude. Soulignons cependant que la typologie de P. KINOO, représentée graphiquement par un cercle (p. 37), se veut illustratrice d'un continuum de possibilités évolutives, marqué par cinq types de gestion majeurs, trois situés aux « pôles », verticaux ou horizontaux, et deux à « l'équateur », qui associe verticalité et horizontalité. L'auteur a également représenté ces types par un tableau, que nous reproduisons ci-dessous (avec notre mise en forme et l'ajout des mentions « pôle » et « équateur »).

Tableau 6 : Cinq types de gestion selon Philippe Kinoo⁶⁰

<i>Systèmes de gestion</i>	Hiérarchique (pôle vertic.)	Hiérarchique participatif (équateur)	Collectif mou (pôle horiz.)	Collectif éclairé (équateur)	Totalitaire pseudo-collectif (pôle vertic.)
<i>Variables</i>					
Norme	Hétéronomie	Hétéronomie démocratique	Autonomie	Hétéronomie démocratique	Hétéronomie
Fonctionnement	Hiérarchique	Polyarchie délibérative	Anarchie	Polyarchie délibérative	Hiérarchique
Autorité	Le « directeur »	Rationnelle négociée	Nulle part	Rationnelle négociée	« La théorie » (et son gardien)
Pouvoir	Le « directeur »	Ouvert	Ouvert	Ouvert	Le gardien
Décision	Le « directeur »	Le « directeur »	Ne se prennent pas	Le vote	Le gardien
Organisation	Rigide	Modulable	Faible	Modulable	Rigide
Responsabilité individuelle	Nulle	Modulable	Dans la solitude	Modulable	Nulle
Rapport symbol./imag.	Fort	Equilibré	Faible	Equilibré	Fort
Le tiers	Absent (dualité verticale)	Présent	Absent (dualité horizontale)	Présent	Absent (dualité verticale)

⁵⁹ Nous retrouvons le « régime mixte » que nous évoquons à la page suivante en citant M. GAUCHET.

⁶⁰ Source : VANDER BORGHT et MEYNCKENS-FOUREZ (dir.), *Qu'est ce qui fait autorité dans les institutions médico-sociales ? Autorités, pouvoirs, décisions, responsabilités*, page 90.

Comme on le voit, neuf variables entrent en ligne de compte pour différencier les types de gestion, mais ce sont la première (source de la norme) et la dernière (présence d'un tiers) qui sont « indépendantes ». En effet, les sept autres apparaissent comme des conséquences, des variables « dépendantes » des premières. Ce qui distingue en effet le type « hiérarchique » du type « hiérarchique participatif », c'est l'absence ou la présence d'un tiers (participation des travailleurs), ce qui est aussi le cas pour la distinction entre le « collectif mou » et le « collectif éclairé » (le tiers est, dans ce cas, le vote, effectué dans des « moments d'exception », de la « verticalité temporaire »). La distinction entre le système « hiérarchique » et le « totalitaire pseudo-collectif » est cependant plus intrigante. On remarquera que ces deux systèmes sont identiques sur les deux variables que nous avons qualifiées d'indépendantes (la norme et le tiers) et sur quatre autres dépendantes (le fonctionnement, l'organisation, la responsabilité individuelle et le « rapport symbolique/imaginaire »). C'est au niveau du trio « autorité, pouvoir, décision » que se fait la différence dans ce tableau. Ces trois variables sont incarnées par « le directeur », dans le premier cas, et par « le gardien » (de la théorie) dans le second. Ainsi l'autorité est-elle détenue par « la théorie », la « pensée unique » incarnée dans son « gardien ». Nous reviendrons sur cette distinction qui se fonde sur une **troisième variable indépendante, mais qui n'est pas explicitement nommée**⁶¹.

4.1.1. Le mode hiérarchique non participatif (hétéronomie verticale totale)

Ce premier mode de gestion est aussi qualifié de « système hiérarchique "royal de droit divin" » par l'auteur, mais il est également associé au « modèle médical hospitalier ». Ce qui le distingue est ce qui fait la norme dans l'institution, et, dans ce cas, c'est « le directeur », le « chef » la personne « en place d'exception » (souvent un médecin ou psychiatre dans les institutions bien connues de P. KINOO) qui transmet ses directives par la cascade hiérarchique des délégations. La verticalité est absolue dans ce type pur⁶², le tiers est absent, les travailleurs exécutent les directives et se retrouvent dans une relation duelle avec le pouvoir ou son représentant. Comme l'indique le tableau de la page précédente, l'organisation est rigide, la responsabilité individuelle est nulle (le travailleur est un simple exécutant) et le « rapport symbolique / imaginaire » est « fort ». Que veut dire l'auteur par là ? L'expression est d'inspiration lacanienne et renvoie à la trilogie « imaginaire-symbolique-réel » du psychanalyste français. A lire P. KINOO (il développe très peu ce point, renvoyant à un de ses articles⁶³), les institutions de ce type vivent une prédominance forte du symbolique (la loi, la structure, l'organisation, l'ordre, la différenciation...) sur l'imaginaire (l'affectif, le relationnel, la relation spéculaire à l'autre...). Nous n'irons pas plus loin pour l'instant sur cette dimension, les autres variables étant suffisantes pour caractériser le type à ce stade⁶⁴.

⁶¹ Ce tableau fait écho aux types de pouvoirs qu'ont connus dernièrement les sociétés européennes. Ainsi, le type « hiérarchique pur » ressemble au pouvoir de l'ancien régime (KINOO le baptisera d'ailleurs d'un système « royal de droit divin »), les types « hiérarchiques participatifs » et « collectif éclairés » sont qualifiés de « démocratiques », alors que le « totalitaire pseudo-collectif » (aussi qualifié de « stalinien ») renvoie aux dérives totalitaires de la démocratie et leur « théorie » pseudo-religieuse (« productions politico-religieuses de la démocratie » écrit GAUCHET dans *L'avènement de la démocratie. À l'épreuve des totalitarismes*, 2010).

⁶² Il s'agit bien entendu d'un « idéaltype » pour aider à penser, la réalité étant souvent plus hétérogène.

⁶³ P. KINOO, « Organisations, relations et clinique dans une institution thérapeutique », *Thérapie familiale*, Genève, 1998, Vol. 19, No 1. pp. 47-54, 1998.

⁶⁴ Notons cependant que le document fondateur du Snark, évoqué plus haut, associe l'imaginaire au « face-à-face » duel découlant d'une gestion verticale : « Nous pouvons appeler ce type de relation "relation duelle". Elle ne se présente pas, en effet, comme une relation de l'enfant au maître, mais s'établit le plus souvent comme un face à face imaginaire de l'enfant au maître ». Il faudra sans doute débrouiller cela.

4.1.2. Le mode hiérarchique éclairé (par des moments et lieux de participation)

Ce mode de gestion est un mode « mixte », associant une structure hiérarchique classique avec des moments et/ou des instances de participation délibérative des travailleurs. Un tiers reconnu s'intercale donc entre la direction et le travailleur individuel, tiers qui est à la fois constitué par l'instance délibérative et par le recours à la délibération argumentée. Il s'agit en quelque sorte d'une évolution démocratique du système hiérarchique classique, à la fois pour des raisons sociétales globales (diffusion du modèle démocratique) et pour des raisons liées aux métiers même de l'intervention psychosociale, dans un contexte où domine la norme culturelle de l'autonomie. Comment, en effet, favoriser l'autonomie des usagers (patients, utilisateurs...) si l'on n'est pas soi-même un peu autonome dans son travail ?

Ce mode correspond, comme l'indique l'auteur lui-même dans son tableau, à celui de la « polyarchie délibérative » dont nous avons parlé plus haut (partie historique). Ceci sur base d'analyses de Jean DE MUNCK, lui même inspiré des sociologues américains, Charles SABEL et Joshua COHEN⁶⁵. Il ne s'agit en effet pas que d'un simple modèle de représentation des parties prenantes avec « mandat » pour défendre leurs intérêts, mais d'un modèle délibératif fondé sur des processus d'échange autour des décisions à prendre, d'un modèle rationnel négocié. On peut sans doute inclure, dans ce mode de gestion, les organisations qui associent une hiérarchie organisationnelle classique et une autogestion ou polyarchie délibérative dans le champ clinique. Comme l'écrit P. KINOO, ce mode « regroupe les institutions à modèle hiérarchique classique, mais avec une large part réservée à la participation et à la discussion d'équipe dans bon nombre de domaines (le travail avec les patients, le fonctionnement institutionnel). (...) Le rôle du directeur (ou coordinateur, ou responsable thérapeutique...) est d'aller le plus loin possible avec son équipe par l'échange vers le consensus. Sans consensus, c'est à lui d'assurer qu'une décision soit prise ». Cette dernière phrase est importante, car elle montre que le « dernier mot » revient tout de même à la direction. C'est donc une verticalité tempérée par un processus de décision participatif et délibératif.

4.1.3. Le mode collectif éclairé (par des moments d'exception)

Nous décrivons ce mode directement après le précédent, auquel il s'apparente par sa position « équatoriale » de système mixte, de « gymnastique à deux dimensions ». Ici, la décision revient non pas à une personne en « place d'exception », mais bien à un collectif dans un « moment d'exception » (les termes sont de l'auteur). L'horizontalité du collectif est en quelque sorte « arrêlée » pour se « plier à la règle de l'hétéronomie démocratique : la décision prise au vote ». C'était (et c'est encore) le mode de fonctionnement de cette institution pionnière qu'est Le Snark, mais aussi de nombre de maisons médicales autogestionnaires. Bien entendu, ce système de gestion, tout comme le précédent, peut se décliner de manière très diverse. L'auteur souligne qu'une des entraves de ce mode de gouvernance est la difficulté ou la paralysie par des conflits de personnes. Dans ce cas, écrit-il, la décision n'est plus « rationnelle-négoiée » mais en partie ou totalement parasitée par des dynamiques affectives ou de pouvoir. Si la paralysie de la prise de décision guette, il peut avoir glissement vers un « collectif mou » ou une prise de pouvoir menant vers une issue « verticale » située sur le pôle nord du schéma circulaire.

⁶⁵ Voir ce texte de synthèse écrit par ces deux auteurs, qui date de 1999 : <http://www2.law.columbia.edu/sabel/papers/DIRECTLY-DELIBERATIVE%20POLYARCHY.pdf>

4.1.4 .Le mode collectif « mou » (autonomie horizontale totale)

Ce mode, annoncé précédemment comme évolution possible du système autogestionnaire, est un système de gestion au fonctionnement anarchique⁶⁶, dans lequel les décisions ne se prennent pas vraiment (ou ne sont pas appliquées) et où chaque travailleur est laissé à sa solitude, sans repères collectifs, avec une responsabilité maximale. N'étant plus "médiées" et structurées par un tiers, les relations entre les travailleurs (ou des groupe de travailleurs) sont dominées par le relationnel et l'imaginaire, avec des mobilisations affectives, formations de clans qui peuvent mettre l'organisation en danger. Tout le monde s'y plaint du manque d'organisation, mais personne n'agit ou ne peut agir. Ce mode extrême est par définition instable dans la mesure où le service rendu aux usagers peut en pâtir, et par conséquent aussi la reconnaissance et le financement par les pouvoirs publics, dans les secteurs qui nous concernent. Mais ce fonctionnement anarchique peut être plus ou moins masqué et perdurer longtemps (car il peut procurer certains avantages), ponctué de crises successives.

4.1.5. Le mode pseudo-collectif (dérive possible du mode collectif)

P. KINOO évoque d'entrée de jeu ce type d'organisation dans son article. On peut imaginer qu'il a eu l'occasion de la rencontrer à quelques reprises dans son expérience. Ce qui fait fondamentalement la différence avec le mode « hiérarchique pur », c'est qu'il n'est **pas issu de la gouvernance hiérarchique traditionnelle, mais bien d'une évolution possible des systèmes autogestionnaires**, notamment (mais pas seulement) quand ils deviennent « mous ». En effet, ce n'est pas véritablement un « directeur », nommé par le conseil d'administration et occupant une fonction officielle reconnue, qui est au sommet de la pyramide, mais bien une « théorie » représentée par son « gardien », qui en est l'incarnation⁶⁷ (même si ce dernier peut également occuper une fonction de direction). Ce qui joue un rôle central, c'est la théorie de référence (psychanalyse, systémique, discours de type stalinien, etc.) qui se transforme en idéologie ou pensée unique, et non la structure organisationnelle verticale du pouvoir. Les discussions entre travailleurs sont dès lors souvent « pro forma » et formatées par la théorie-idéologie de référence. La personne incarnant la théorie qui fait autorité détient dès lors le pouvoir de décision et toute contestation est assimilée à une rébellion ou une « déviance » (voire à une haine ou un refoulement).

4.1.6. Différenciation interne des modes de gouvernance (clinique, institutionnelle...)

La typologie que nous venons de présenter correspond à ce que nous disait un de nos interlocuteurs dans les interviews approfondies, travaillant par ailleurs comme superviseur : « Il y a les deux formes extrêmes. L'horizontal ne convient pas à ce nécessaire temps de verticalité ou de conclusion, ou ce vertical qui ne convient pas au temps nécessaire de consultation. Je ne privilégie pas un modèle par rapport à un autre, mais on ne peut pas exister que sous un mode ou sous un autre. L'horizontal a un besoin de décider, et le vertical un besoin de consultation. Je retrouve des crises dans les deux cas de figure. » Notre interlocuteur rejoignait ainsi les préférences de Philippe KINOO sur les modalités « éclairées » de gouvernance. Mais son secteur de provenance fait partie du « santé-social » ambulatoire et les problématiques sont peut-être différentes dans d'autres secteurs, notamment l'aide à domicile.

⁶⁶ Au sens courant de ce mot, qui connote le désordre, le chaos, l'anomie. Le mouvement politique anarchiste est, quand à lui, plutôt à situer du côté de l'autogestion.

⁶⁷ Incarnation charismatique, sans doute, car la « théorie » trouve corps dans un sujet singulier et suscite diverses formes de transfert à son encontre.

Comme nous l'avons esquissé plus haut, une organisation peut combiner des zones de gouvernance verticale et hiérarchique plus ou moins « éclairée » avec des zones d'autogestion. Cela semble être le cas dans le service du même témoin, cité dans le paragraphe précédent « L'équipe est souveraine pour les décisions cliniques, mais pour toutes les autres décisions, c'est la direction. C'est cette double dynamique, cette tension qui est intéressante. (...) mon secteur n'est pas un secteur dont les fonctionnements sont horizontaux, il y a une grande horizontalité de la décision clinique, et une grande verticalité de tous les autres plans, dont l'orientation globale des dispositifs. »

Le schéma suivant reprend une représentation circulaire des modes de gouvernance selon KINOO.

1. Système de gestion collective « stalinienne », « totalitaire pseudo-collectif » (une seule pensée incarnée par un « gardien », hétéronomie travailleur)
2. Système de gestion collective éclairée (décision processus, hétéronomie démocratique travailleur)
3. Système collectif ou participatif « mou » (autonomie travailleur)
4. Système hiérarchique participatif éclairé (décision processus, hétéronomie démocratique travailleur)
5. Système hiérarchique « royal de droit divin » (un seul chef, hétéronomie travailleur)

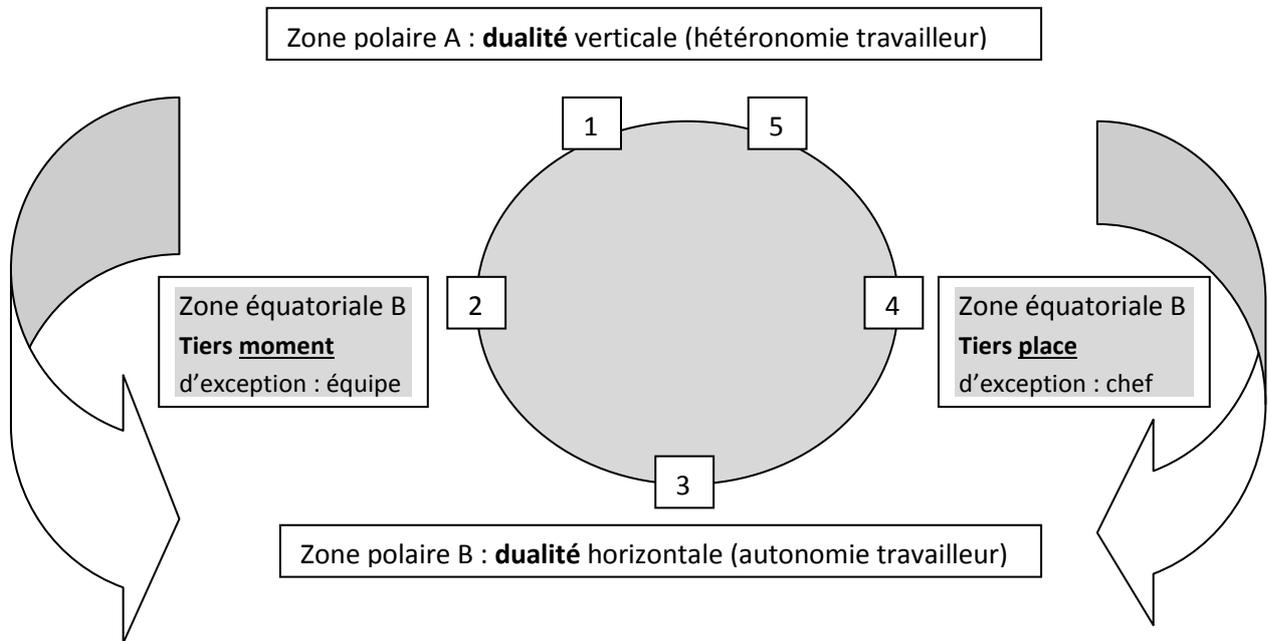


Tableau 7 : Autre forme de représentation (les termes entre guillemets sont de P. KINOO)

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
Travail d'exécution Travail idéolog. contraint		Travail autonome collectif relatif ou partiel		Travail autonome individualiste

4.2. Types de conflictualité

Notre but est toujours de réunir les éléments suffisants permettant de construire le guide d'entretien que l'on trouvera plus loin. Il s'agira dès lors de présenter un type de questionnaire comportant une liste de choix avec des modalités structurées de conflictualités, *qui ne pourront bien entendu pas épuiser toutes les subtilités, singularités et dynamiques de certains conflits*. Cette liste (avec choix multiple) doit combiner les conflictualités avec une échelle d'intensité, telle qu'esquissée plus haut. Enfin, les répondants sont également invités à qualifier cette conflictualité en termes de valeur, de manière graduée avec un pôle positif et négatif. Cet objectif demande évidemment d'aboutir à une grille très synthétique et transversale de la conflictualité et, d'autre part, facile à comprendre.

La littérature distingue divers types de conflictualité (latente ou exprimée), selon l'objet du conflit, les acteurs impliqués, les causes, la durée, leur nature structurelle ou conjoncturelle. Bien entendu, ces variables doivent être croisées (un conflit de type organisationnel peut résulter d'une contrainte extérieure nouvelle). D'autre part, les conflictualités ont leurs dynamiques et parfois leurs ressorts cachés : un conflit qui semble interpersonnel peut être le reflet d'un problème institutionnel vécu à travers une personnalisation, et son éclatement peut « révéler » la dimension sous-jacente. Dès lors, l'émergence d'un conflit peut se situer dans l'une (ou plusieurs) des « cases » du tableau que nous avons élaboré (voir page suivante) et « voyager » ensuite, gagner ou perdre en intensité, etc.

4.2.1. Typologie des conflictualités

La conflictualité suppose toujours au moins deux pôles, même si ces pôles se situent à l'intérieur d'une même personne (conflictualité intra-personnelle ou intrapsychique) ou, autre extrême, entre l'organisation et les évolutions du monde extérieur. Les variables que nous avons choisies sont relativement simples : il y a d'un côté **le niveau du pôle conflictuel** (comme espace de conflictualité ou de conflit ouvert), allant du plus localisé (les conflictualités intra- ou interpersonnelle) au plus global (les conflictualités avec le contexte sociétal global), de l'autre **le motif de la conflictualité**.

Pour cette seconde variable, nous avons distingué : les objectifs missions et valeurs de l'organisation, son mode organisationnel, la dimension cognitive de l'organisation, (les référents théoriques) et la dimension affective et émotive vécue par les travailleurs. Le croisement de ces deux variables et de leurs modalités respectives donne 24 types de conflictualités différentes, allant de la « conflictualité personnelle pure » à la « conflictualité entre les objectifs de l'association et le contexte sociétal ».

En toute logique, *notre attention devrait se porter prioritairement sur le second niveau du tableau* (en vert et italiques), à savoir les six types de conflictualités en lien avec le mode de gouvernance, mais, bien entendu, les autres types de conflictualités doivent être **gérés par l'organisation** (avec ou sans tiers externe), ce qui fait dépendre leur « gestion » (et leur dynamique) du mode de gouvernance. La gouvernance peut donc intervenir à deux niveaux : comme **cause de la survenance des conflits** et **comme acteur de leur gestion**, voire de leur « résolution ».

Tableau 8 : Typologie des conflictualités ou conflits potentiels (exemples illustratifs et non exhaustifs)

Niveau de conflictualité	Entre personnes individuelles ou à l'intérieur d'elles (conflit intrapsychique)	Entre composantes au sein de l'organisation (sous-ensembles, acteurs collectifs, y compris CA, AG...)	Avec les usagers (ou à partir des relations avec eux)	Avec partenaires (réseau, fédération, syndicat...)	Avec pouvoirs publics (tutelles, législation du travail, ONSS...)	Avec changements globaux (économiques, culturels, générationnels)
Motif de conflictualité						
Objectifs de l'organisation (buts, missions, valeurs...)	Conflictualité intra-ou interpersonnelle entre les objectifs de l'individu et ceux de l'organisation	Conflictualité entre des groupes ou acteurs collectifs au sein de l'organisation concernant ces objectifs (crise institutionnelle)	Conflictualité entre l'organisation (totalité ou partie) et les usagers pour des motifs d'objectifs et de valeurs de celle-ci	Conflictualité entre les objectifs de l'organisation et ceux des partenaires	Conflictualité entre les objectifs de l'organisation et les règles imposées par les pouvoirs publics	Conflictualité entre les objectifs initiaux de l'organisation et ceux nécessités par les transformations sociétales
Mode de gouvernance de l'organisation	<i>Conflictualité intra-ou interpersonnelle liée à la gouvernance (ex : manque d'autonomie d'un système trop vertical, anomie d'un collectif mou...)</i>	<i>Conflictualité entre des groupes ou dans l'ensemble de l'organisation, liés au mode de gouvernance (ex : crise institutionnelle de « verticalité » ou de « horizontalité »)</i>	<i>Conflictualité entre l'organisation) et les usagers pour des motifs de gouvernance de celle-ci</i>	<i>Conflictualité inter-organisationnelle ou avec les syndicats, liés au mode de gouvernance</i>	<i>Conflictualité entre le mode organisationnel et les contraintes des autorités de tutelles, la législation du travail...</i>	<i>Conflictualité entre le mode de gouvernance et les changements sociaux (ex : inadéquation, lenteur de décision pour s'adapter aux changements...)</i>
Cognitif (idées concepts, référent théorique...)	Conflictualité de personne liée aux référents théoriques (ex : désaccord théorique, clinique, dissonance cognitive...)	Conflictualité entre des groupes au sein de l'organisation concernant les référents théoriques (autre forme de crise institutionnelle)	Conflictualité pour des raisons de dissonance ou d'inadéquation entre les référents théoriques et les usagers	Conflictualité entre les référents théoriques de l'organisation et ceux des partenaires	Conflictualité entre les référents théoriques de l'organisation et ceux favorisés par les pouvoirs publics	Conflictualité entre les référents théoriques de l'organisation et les transformations cognitives et culturelles (ex : conflits de génération)
Affectif (sentiments, émotions...)	Conflictualité de personnes au sens strict (ex : incompatibilité de caractère, transfert...)	Conflictualité de nature affective qui s'incarne dans des conflits de type organisationnel (entre composantes)	Conflictualité de type émotionnel dans le travail avec usagers (ex : agressivité, transfert, résonances...)	Conflictualité avec un partenaire extérieur vécu de manière émotionnelle	Conflictualité intra- ou interpersonnelle lié à des facteurs relevant des pouvoirs publics	Conflictualité intra- ou interpersonnelle reflétant des changements globaux (ex : perte de référence, conflits de générations)

PS. Nous considérons ici la « conflictualité » comme une potentialité latente de « conflit », qui en est la manifestation ouverte dans certaines conditions.

Tableau 9 : Typologie des conflictualités en lien avec le mode de gouvernance (exemples illustratifs et non exhaustifs)

Niveau de conflictualité Motif de conflictualité (gouvernance)	Entre personnes ou à l'intérieur d'elles (conflit intrapsychique)	Entre composantes au sein de l'organisation (sous-ensembles, acteurs collectifs, y compris CA, AG...)	Avec les usagers (ou à partir des relations avec eux)	Avec partenaires (réseau, fédération, syndicat...)	Avec pouvoirs publics (tutelles, législation du travail, ONSS...)	Avec changements globaux (économiques, culturels...)
Gouvernance hiérarchique « pure »	Manque d'autonomie, soumission, malaise professionnel, absentéisme, dissonance entre valeurs des travailleurs et travail d'exécution	Démotivation des travailleurs, révolte contre la direction, impossibilité de gérer souplement les conflits	Manque d'autonomie débouchant sur un manque de flexibilité et d'adaptabilité (travail routinier d'exécution), mécontentement des usagers	Conflits avec syndicats qui peinent à faire entendre la voix des travailleurs, dissonance avec autres organisations gérée de manière plus participative	Incompatibilité entre le mode de gestion et les prescrits légaux en vigueur, menaces sur la viabilité de l'association	Dissonance majeure entre l'idéal d'autonomie et de démocratie et le fonctionnement institutionnel
Gouvernance hiérarchique participative	Tensions personnelles entre le processus de délibération et celui de décision, entre le rôle d'acteur et celui d'exécutant	Lenteur du dispositif pour arriver à un consensus, conflit lorsque la hiérarchie « tranche », déséquilibre entre les deux pôles	Lenteur ou ratés de la dynamique participative qui mobilise les travailleurs aux dépens des usagers	Conflits avec partenaires liés aux tensions de la dynamique participative	Dysfonctionnement de la « polyarchie délibérative » avec effets sur les relations avec tutelles	Tensions entre le contexte sociétal global et les évolutions d'une organisation tiraillée entre deux pôles
Gouvernance collective « éclairée »	Processus décisionnel rendu « irrationnel » par conflits de personnes, aiguisés par « l'horizontalité »	Dysfonctionnement du dispositif de « verticalité temporaire », batailles procédurières entre groupes d'acteurs	Dysfonctionnement du dispositif de « verticalité temporaire » nuisant à la qualité du service	Absence de référent stable de l'organisation dans ses contacts avec les partenaires	Absence de référent stable de l'organisation dans ses contacts avec les pouvoirs publics	Conflits de génération entre la culture des militants de la fondation et les « engagés par la fondation »
Gouvernance collective « molle »	Dissolution du collectif dans le « chacun pour soi », relations interpersonnelles non arbitrées par un tiers, prépondérance du relationnel	Luttes de pouvoir entre des « clans », sans instance tierce (moment d'exception de verticalité) pour arbitrer, conflit avec CA qui veut trancher	Travailleurs non soutenus par l'organisation dans leurs relations avec les usagers, manque de cohérence dans les interventions	Pas de représentant ou interlocuteur légitime de l'organisation dans ses relations avec ses partenaires, conflits avec ces derniers	Tensions avec les pouvoirs publics par lenteur (ou paralysie) des décisions et de la réactivité aux réglementations	Lenteur extrême des décisions et adaptabilité faible ou incohérente avec les changements sociétaux
Gouvernance pseudo-collective	Souffrance, crainte de l'arbitraire, absence de liberté d'expression, conflits larvés avec le gardien (et les adeptes) de la « théorie »	Risque d'éclatement ou de paralysie de l'organisation par dissidence d'un sous-groupe, avec CA ou AG	La « théorie unique » engendre des conflits avec les usagers (ou une fuite de ceux-ci par inadéquation)	Les partenaires ne sont pas dans la même référence et mode de gouvernance, « lutte des théories »	Dissonance entre « la théorie de référence » le mode de gouvernance et les prescrits publics	Dissonance entre « la théorie de référence », le mode de gouvernance et les changements culturels

4.2.2. Discussion de la typologie : la gouvernance comme source et comme ressource

Les deux tableaux qui précèdent ne constituent à ce stade qu'une grille de lecture, permettant de construire le guide d'interview. Ils ont l'inconvénient d'être statiques, inévitable avec ce type de schématisation. Il convient dès lors d'avoir à l'esprit qu'il n'y a pas de frontière étanche entre chacun des modes de gouvernance. Une organisation peut évoluer d'une « gouvernance molle » à une « gouvernance collective éclairée » (notamment suite à un conflit ou une paralysie) ou à une « gouvernance totalitaire » (par recherche ou imposition d'une « théorie » et de son « gardien » pour sortir de l'anarchie). Le même phénomène peut se produire entre la « gouvernance hiérarchique pure » et la « gouvernance participative » (évolution de nombreuses organisations). Il est par contre moins probable (mais pas impossible) que des passages s'établissent entre les zones roses et bleues du tableau 8. Une maison médicale, par exemple, pourrait passer d'un système autogestionnaire à un système hiérarchique participatif (suite à l'obligation d'avoir une direction), mais il convient sans doute de faire la différence entre l'organigramme officiel et la réalité effective.

Un aspect important de la conflictualité (nous l'avons signalé plus haut) est évidemment la capacité de gestion de celle-ci par l'organisation, quelle que soit sa source. Et le mode de gouvernance est bien entendu impliqué dans le traitement de (quasiment) tous les conflits. Par ailleurs, en se révélant incapable de traiter les conflits, la gouvernance devient elle-même une source seconde de conflictualité. En d'autres mots, *quelle que soit l'origine de la conflictualité, la gouvernance des organisations va jouer dans un second temps comme opérateur ou « transformateur » des conflits*. Cela peut tout autant concerner la conflictualité latente ou « à bas bruit » que les conflits ouverts, et autant leur « résolution » que leur « transformation » (pour changer certaines pratiques, dynamiser le service, les conflits pouvant être positifs). Il convient dès lors de distinguer :

1. La gouvernance comme source de conflictualité *première* (tableau 8).
2. La gouvernance comme source de conflictualité *seconde* par son incapacité ou sa difficulté à gérer (apaiser, résoudre, transformer...) les conflits (quelles qu'en soient les causes).
3. La gouvernance *comme ressource dans la gestion* (apaisement, résolution, transformation...) de la conflictualité (tableau 9).

Il nous faut dès lors aborder le point 3, la question de la gestion (du traitement, de la gouvernance, de la résolution, etc.) de la conflictualité latente et des conflits ouverts qui en sont issus.

4.2.3. La gestion de la conflictualité

Plusieurs paramètres entrent en ligne de compte : le caractère interne ou externe du traitement de la conflictualité, les dispositifs existants en interne ou en externe (même si la ressource externe agit en interne, comme la supervision institutionnelle), l'aspect préventif ou résolutif du conflit, le type de conflictualité etc. D'autre part, comme nous l'avons laissé entendre, la conflictualité latente ou manifeste n'est pas que négative si l'on parvient à la « transformer », à « sortir par le haut », à en faire une source de dynamisme institutionnel, de changement dans ses orientations et dans ses pratiques. Par conséquent, la gouvernance peut jouer un rôle extrêmement important par sa capacité à « faire avec » la conflictualité et ses différentes manifestations : elle peut « en rajouter », elle peut « apaiser ou résoudre », elle peut « transformer, canaliser, métaboliser ». Nous avons dès lors repris le tableau 6, mais en nous centrant sur la gestion des conflictualités en fonction du mode de gouvernance.

Tableau 10 : Gestion des conflictualités en lien avec le mode de gouvernance (exemples illustratifs et non exhaustifs)

Niveau de conflictualité Mode de gouvernance	Entre personnes ou à l'intérieur d'elles (conflit intrapsychique)	Entre composantes au sein de l'organisation (sous-ensembles, acteurs collectifs, y compris CA, AG...)	Avec les usagers (ou à partir des relations avec eux)	Avec partenaires (réseau, fédération, syndicat...)	Avec pouvoirs publics (tutelles, législation du travail, ONSS...)	Avec changements globaux (économiques, culturels...)
Gouvernance hiérarchique « pure »	Gestion informelle par les individus, non triangulée par un tiers ; imposition d'un arbitrage ou d'une solution « par en haut » dans un cadre duel	Imposition d'un arbitrage et d'une résolution de conflit par la direction ; difficulté à faire appel à un tiers externe de type supervision collective	Les conflits avec les usagers sont soit résolus de manière informelle par les travailleurs, soit instruits de manière directive par la hiérarchie	Ces conflictualités peuvent être gérées de manière rigide et déboucher sur un conflit ouvert, mais aussi de manière efficace (selon la souplesse de la direction)	Les conflictualités de type sont gérées de manière centralisées, et probablement bien si la direction est bonne. Le mode non participatif peut entrer en conflit avec législation.	La hiérarchie et le sommet de celle-ci sont seuls à gérer les tensions pouvant survenir entre l'organisation (notamment sa gouvernance) et le changement social
Gouvernance hiérarchique participative	Gestion informelle par les individus ; arbitrage de la direction avec participation des travailleurs à l'un ou l'autre niveau	Arbitrage des conflits par la direction après consultation. Recours éventuel à la supervision.	Les conflits avec les usagers sont soit résolus de manière informelle, soit par la direction après consultation. Supervision clinique.	Conflictualités logiquement gérées par la direction responsable des « affaires extérieures »	Conflictualités logiquement gérées par la direction des « affaires administratives et extérieures »	Les tensions pouvant survenir entre l'organisation et le changement social sont gérées de manière participative
Gouvernance collective « éclairée »	Gestion informelle par les individus ; arbitrage par le collectif de travail dans un « moment d'exception »	Arbitrage des conflits par le collectif selon la procédure de vote en assemblée. Recours à la supervision.	Travail sur les conflictualités en équipe restreinte ou en réunion plénière. Recours à la supervision clinique.	En cas de conflit important, gestion collective et décision par la procédure du vote de l'instance ad hoc	L'instance ad hoc démocratiquement choisie régule ce type de conflictualités	Ces tensions sont travaillées de manière collective, avec prise de position par vote
Gouvernance collective « molle »	Les travailleurs sont laissés à eux-mêmes pour débrouiller les conflits personnes, pas de tiers pour trianguler « l'emballement imaginaire »	Il n'y a pas d'instance ou de procédure reconnue et stable permettant de gérer les conflits collectifs internes à l'équipe ou avec CA ou AG	Les travailleurs se débrouillent individuellement ou par unité de travail pour gérer leurs conflits avec les usagers	Il n'y a pas d'instance ou de procédure reconnue et stable permettant de gérer les conflits avec les partenaires	En cas de conflit (non respect des règles retards ONSS, etc.), le processus de gestion peut être paralysé.	Il n'y a pas d'acteur ou de procédure légitime pour gérer les tensions pouvant survenir entre l'organisation et le changement social
Gouvernance pseudo-collective	Conflits interpersonnels sont souvent perçus à travers la grille théorique, comme expression d'une « déviance », d'une « résistance », ou sont diabolisés	Les conflits collectifs étant interprétés comme des « trahisons » de la « théorie unique », ils sont impossibles à gérer et mènent à l'éclatement	Les conflits avec les usagers, ou à partir de la relation des travailleurs avec eux, sont interprétés selon une grille de lecture unique	Conflits avec partenaires peuvent être perçus comme la résultante d'une déviation ou d'une résistance des autres à la « théorie unique ». Il faut donc les convertir.	Par rapport à l'enjeu que constitue la propagation de la « vraie théorie », les conflictualités de ce type sont perçues comme « secondaires »	Si la société dans son ensemble est en porte à faux par rapport à la « théorie », c'est la société qui doit changer. Il y a donc blocage.

4.3. Conflictualités souvent associées aux modes de gouvernance (extraits d'interviews)

Après cette *excursion typologique* visant à créer un cadre conceptuel et une grille de lecture, il est nécessaire de « redescendre » vers les témoignages empiriques que nous avons recueillis par le biais des interviews approfondies. Ceci en nous centrant plus précisément sur les conflictualités les plus fréquemment associées (explicitement ou implicitement) aux modes de gouvernance, ce qui sera une première tentative de mettre notre grille à l'épreuve. Nous listons ici différents conflits évoqués.

Témoignage 1 (c'est nous qui soulignons dans tous les extraits qui suivent)

1. Je vois beaucoup de crises partout qui sont liées aux modes de gouvernance.
2. Avec un peu de recul, après 10 ans de ce travail, toujours un même constat : pouvoir donner de la lisibilité aux fonctions d'autorité, de pouvoir, de décision. (...) Pour le dire de manière plus traditionnelle, ce qui se nomme très rarement comme si c'était un tabou : les dysfonctionnements de la ligne hiérarchique !
3. Quand l'institution dysfonctionne, ce sont les travailleurs qui sont uniquement focalisés sur le travail individuel avec l'utilisateur et ne trouvent d'autre posture que « la douleur », « la souffrance », « la dénonciation », mais sont incapables de décaler l'institution avec ce qu'elle fait, ce qu'elle génère comme souffrance objectivement. (...) C'est immédiatement diabolisé, directement personnalisé...
4. Dans les réformes à faire, aussi, qui doit pouvoir se faire sans crise, comme la nécessité d'ajuster le service offert à l'évolution de la demande sociale. Il y a des modes de fonctionnement qui ne réagissent que très très très lentement ! Ce n'est pas pour cela qu'ils sont en crise.
5. Il y a les deux formes extrêmes. L'horizontal ne convient pas à ce nécessaire temps de verticalité ou de conclusion, ou ce vertical qui ne convient pas au temps nécessaire de consultation. Je ne privilégie pas un modèle par rapport à un autre, mais on ne peut pas exister *que* sous un mode ou sous un autre. L'horizontal a un besoin de décider, et le vertical un besoin de consultation.
6. Il y a donc les deux : des « crises de verticalité » et des « crises d'horizontalité ». Ce que l'on rencontre, c'est souvent la combinaison des deux. Quand tu as trop d'horizontal, la crise émerge quand on fantasme ou que c'est dans la réalité l'apparition d'un élément qui se distingue, et apparaît comme celui qui voudrait prendre tout le pouvoir. Cela peut être une personne, un organe...
7. Quelqu'un veut imposer du vertical dans une structure qui fonctionnait horizontalement, ou il est perçu comme tel. De l'autre côté, quand c'est très vertical et qu'il y a une saturation de cette verticalité à un moment donné du côté de la base, cela casse aussi. C'est souvent la combinaison des deux.
8. Qu'il y ait une autre personne qui ait de l'autorité n'est pas nécessairement un problème. Cela peut être une reconnaissance par le groupe, qui apaise. Par contre, ce qui est plus embêtant, c'est quand l'imaginaire de l'équipe attribue un pouvoir à une personne qui n'est pas censée l'avoir. Et avoir un pouvoir ce n'est pas la même chose que d'avoir de l'autorité. L'autorité ce n'est pas l'autoritarisme, c'est du côté du savoir, du côté de la capacité à résoudre des problèmes. Avec le pouvoir, on est déjà à la lisière de la crainte, du rapport de force. Pas l'autorité, tu en as ou tu n'en as pas. Quand ces différentes choses se retrouvent ailleurs que dans la ligne hiérarchique où il faudrait les trouver, c'est cela qui crée des crises.
9. Pour moi, il y a trois rapports déterminants dans le fonctionnement d'une association (« trois manières d'ouvrir les portes de l'association ») : 1) bien entendu le rapport entre le professionnel et l'utilisateur 2) la relation de subordination dans le cadre du contrat de travail (que l'on soit dans le non-marchand ou la sidérurgie) 3) le troisième qui est probablement plus particulier au non-marchand et qui est « le rapport social de l'association », comment elle existe par rapport à l'extérieur et aux associations de l'extérieur.

Témoignage 2

1. C'était une dynamique très militante. On créait des projets, on allait chercher des sous pendant un an ou deux.. Chez nous, il y avait des gens (...) payés par l'unif mais qui travaillaient ici. Mais on nous donnait carte blanche tant que le truc fonctionnait. Il n'y avait pas de contrôle.

2. C'est une équipe qui a beaucoup fonctionné sur le consensus. Mais le consensus parfois cela prend du temps. Il y a une majorité qui se dégage à un moment donné et la décision est prise comme cela (...) Il y avait sûrement des crises institutionnelles récurrentes (ndlr : dans les autres services du même secteur). Ici on avait un CA et XX qui était une figure imposante, même si on était à tu et à toi. Quand il fallait prendre une décision à un moment donné... Mais il nous poussait aussi à prendre une décision en équipe.
3. Cela prend plus de temps, bien sûr. Cela prend toujours plus de temps si l'on veut un consensus, que si c'est « le chef » qui décide. 5 minutes pour un chef et deux heures pour une équipe.
4. Mais je pense que quand on fonctionne à l'horizontal comme cela, il faut un moment donné prendre une décision. Alors le danger de tout ce qui fonctionnait en autogestion, c'est que les gens qui ont vécu là-dedans estiment que les décisions c'est leur décision à eux, dans un truc très individualiste et en étant *archi-contre* et ce sont des trucs qui ont provoqué de très gros problèmes. Ou alors l'aspect inverse, c'est une personne qui prend le leadership dans cette espèce de groupe où on est fort en autogestion et alors cela devient de petits tyrans, de petits dictateurs. Et cela a créé de gros problèmes dans certains centres.
5. Il y avait les psychanalystes et les non-psychanalystes. Et chez les analystes, il y avait encore les écoles et tout ça. Il y a eu une telle dispute dans l'équipe que tous les psychanalystes d'un bord ont décidé de démissionner. Ils sont partis, et puis les autres n'ont pas voulu rester non plus, et toute l'équipe a été renouvelée.
6. Il faut un tiers à tous les étages dans une institution, sinon cela ne fonctionne pas.
7. Il y a des personnes qui sont là avec la psychanalyse, et quand on connaît leurs chapelles avec leurs conflits d'églises ou de religions, ils sont encore bien pires que les autres !. C'est terrible, et la violence qui a dans l'institution, c'est terrible !
8. Il y a une grosse évolution sur cet aspect d'autogestion qui a vraiment diminué, diminué... L'écueil de ce mode d'organisation, c'est qu'il n'y a pas de cadre quand quelque chose dérape de ce côté, quand quelqu'un prend le pouvoir, c'est très très difficile de s'en sortir. Ou alors l'autre aspect, avec des gens qui sont tout le temps en contestation, et cela paralyse le service.
9. Dans le premier cas (ndlr : autogestion « molle »), les choses se diluent sans cadre et tu as parfois deux clans qui s'opposent et qui n'arrêtent pas de se bagarrer et qui paralysent tout. Et alors cela tourne en rond. Ou alors parfois des personnes vraiment fragiles ou parfois pathologiques.
10. Et puis, petit à petit, l'administration a commencé à exiger des choses, et puis on a eu des normes, et il y a eu toute une responsabilité qui a dû être prise dans l'équipe à ce sujet. Et il y a vraiment eu une évolution dans les XX. Au début, c'est beaucoup de travailleurs dans le CA, et aujourd'hui les travailleurs ne sont plus majoritaires dans le CA. Et il y a même des CA sans plus un seul travailleur dedans.
11. Une hiérarchisation interne s'est petit à petit instaurée. Avec une responsabilité, car si on ne rentre pas les justificatifs on n'est pas payé ! Il faut en tout cas une direction de ce côté là. Et il faut aussi justifier que l'on remplit bien les missions. Le décret de 1996 dit bien qu'il y a un « coordinateur général » dans les XX.
12. C'est vrai que dans cette évolution là, tu as des équipes qui ont continué à fonctionner comme cela et tu te retrouves avec un turn-over de coordinateurs généraux, parce que c'est d'une violence que tu ne peux pas imaginer, avec ces travailleurs à l'intérieur qui s'opposent systématiquement à chaque décision de coordinateur.
13. C'est un autre type de conflictualité. L'introduction des règles et de la hiérarchie a créé de la conflictualité au sein des équipes qui avaient l'habitude d'un fonctionnement horizontal. Et comme il faut respecter certaines règles avec le pouvoir subsidiant pour avoir les subsides, c'est extrêmement dur avec certaines équipes. Et donc ils consomment beaucoup beaucoup de coordinateurs !
14. Ce sont des « acquis » que les travailleurs se sont octroyés eux-mêmes. Je pense à une autre équipe qui considérait qu'elle n'était pas assez payée et qui s'est octroyé 15 jours de congés en plus par an ! Et alors ce sont les CA qui se retrouvent aujourd'hui avec ça et qui disent que si la COCOF tombe un jour dessus, ils vont en ramasser plein la figure !
15. Cela crée donc des tensions entre les CA et l'équipe. Je vois bien les coordinateurs qui sont arrivés dans une équipe : il y a un règlement de travail et puis ce règlement n'est pas appliqué. Ainsi par exemple « je n'ai plus de patients, donc je m'en vais, je ne preste pas le temps de travail réglementaire, ce n'est pas

grave quoi, je rentre chez moi ». Alors que l'on pourrait faire d'autres choses, qu'il y a d'autres choses à faire.

16. Le terrain clinique, cela dépend aussi comment une équipe se construit. Il y a des équipes où il y a différentes équipes, différentes tendances, alors cela s'arrache les cheveux au sujet des patients. Dans les réunions d'équipe, c'est terrible !
17. Et à l'époque j'ai changé le ROI en spécifiant que l'on est d'abord un service public, que l'on doit accueillir toute personne et que l'on n'est pas un « service de psychanalyse ». Et la psychanalyse est un outil de travail, c'est un cadre conceptuel à partir duquel on imagine la clinique et la prise en charge. Mais ce n'est pas une obligation pour tous les gens qui rentrent ici.
18. Et on a cela de plus en plus, et les exigences de la COCOF, et il faut de plus en plus justifier et justifier... Et on demande des performances de gestion pour laquelle les psys ne sont absolument pas formés. Quand je suis arrivé, je n'avais jamais suivi un cours de compta ! Et puis on m'a mis un bilan et un compte de recettes et de dépenses entre les mains... J'ai demandé au comptable de m'expliquer.
19. Et les centres ont engagé des coordinateurs plus versés là-dedans, mais du coup on a des coordinateurs qui ne sont plus liés à la clinique. Qui sont des secrétaires super secrétaires, ou des gens qui ont des formations de sociologue, économiste...

Témoignage 3

1. Il y a donc toute cette militance, qui reste d'ailleurs, avec l'étonnement de la part de certains que ce genre d'enthousiasme n'est plus partagé par la plus jeune génération.
2. Certains services ne sont pas du tout nés dans cette dynamique autogestionnaire dont tu parles. Oui, c'était une structure hiérarchique classique. Ce qui ne veut pas dire que les gens qui étaient engagés n'avaient pas la possibilité de créer (...). Il y avait une créativité laissée aux personnes, mais s'ils ne l'avaient pas, l'expérience était morte ! Ce qui ne serait plus possible maintenant.
3. Avec parfois la chose étonnante que ce sont les travailleurs qui ont porté les services, qui ont mis en place un CA, et qui pour une part sont des CA fantômes. Ce sont les travailleurs qui mènent le truc. Le CA avalise les décisions, mais ce sont les travailleurs qui ont le pouvoir.
4. Je préciserai aussi que le « flou » qui a présidé à la mise sur pied d'un certain nombre de services a été la difficulté que l'on a traînée pendant très longtemps, et qui rejailit maintenant dans les difficultés relationnelles sur le plan professionnel. Qui est le patron, qui est l'employé, qui décide quoi ?
5. Même si c'était plus hiérarchique, on allait chercher quelques bonnes volontés pour le CA et qui n'étaient pas toujours des gens compétents et dont les travailleurs faisaient ce qu'ils voulaient. Ce qui présente un avantage au départ mais se révèle extrêmement redoutable à terme.
6. (Ce qui veut dire qu'au départ le rapport social employeur-employé n'était pas très clair ?) Exactement ! Mais cela tu le sais bien, que dans l'associatif le nombre de situations difficiles que l'on traîne comme cela sont nombreuses (...) Dans certains boîtes sociales, tu sens bien que les AS, les psys et les autres disent « bon, le PO c'est bien, il faut le tolérer » mais je ne suis pas sûr qu'ils se considèrent dans un lien de subordination.
7. Certains secteurs ont été clarifiés plus que d'autres. Mais même là où c'était clarifié, même dans les maisons médicales qui ont réglementé leur autogestion, les choses n'ont pas toujours été évidentes.(...) Tu vois que si tu pousses la logique autogestionnaire jusqu'au bout, le pouvoir change, et à un certain moment tu finis par être l'exécutant ! Donc je pense que les réglementations ont quand même précisé petit à petit, certains secteurs mieux que d'autres... Mais la réglementation a été, je pense, portée par les secteurs eux-mêmes. Les Ministres, leurs conseillers, sont souvent des gens issus du milieu.
8. Je ne pense pas que ce sont les syndicats qui ont porté les conflits. Ils les ont encadrés, à juste titre. Mais je pense qu'au départ ce n'est pas ainsi que les choses se sont présentées. Je pense que le tournant a été de passer du militantisme (avec ses différentes formes, celle des MM ou des SSM ou celle de l'AS qui travaille dans un service de quartier et qui « en fait son affaire ») à la philosophie de la deuxième génération qui a été engagée sur base de leurs compétences et pas de leur engagement « philosophique ».

9. (C'est la dynamique militante qui « contenait » la conflictualité professionnelle et syndicale ?). Oui. Les travailleurs d'aujourd'hui, par exemple, beaucoup de travailleurs de la première génération ou de directions te le diront, pour eux la priorité c'est l'équilibre vie familiale vie de travail, alors que cela n'aurait même pas effleuré ceux de la première génération (...) On n'engageait que les gens qui avaient le « feu sacré », quoi.
10. Je n'ai en tout cas pas de souvenirs de conflits liés aux conditions de travail, par exemple. Il y avait des conflits liés au projet. Quand tout à coup rentrait au CA quelqu'un qui prétendait mieux connaître les choses que les travailleurs, par exemple. Je parle des services sociaux.
11. (...) quelqu'un qui n'est pas autonome, qui est dépendant, peut difficilement générer de l'autonomie chez son usager. C'est ce que j'ai toujours défendu sur le plan de la gestion de ces entreprises, aussi. « Si vous n'êtes pas autonome à ce niveau-là, qu'allez-vous insuffler auprès de vos usagers ? Vous êtes censés les autonomiser ! Si vous ne prenez pas la vôtre comme travailleur social, comment allez-vous faire ? ».
12. Non, je sais que dans les maisons médicales, de ce que je sais, c'est que la conflictualité n'est pas absente, même si elle s'autogère. Parce que les militants de la première heure n'ont pas la même vue de l'autogestion que les derniers. Et les derniers n'ont pas porté les MM sur les fonds baptismaux, et cela les anciens le leur font sentir.
13. Les derniers conflits que l'on a dû résoudre en CP sont des conflits de personnes. Beaucoup de conflits de personnes. Relatifs à l'autorité. Et aussi parce que arrivent maintenant dans nos secteurs, des gens qui sont choisis par les PO, sur base de leurs capacités de gestion gestionnaire, et pas spécialement de GRH.
14. Or, dans beaucoup d'institutions qui ont grandi, et qui ont grandi trop vite, il y a des baronnies qui se sont installées. Des gens qui ont pris leurs quartiers, leur pré carré. Des équipes qui ne veulent pas se faire emmerder. « Et si on nous emmerde, c'est du harcèlement ! ».

Témoignage 4

1. C'était une XX très très politisée. Mais d'une politisation mosaïque : des marxistes-léninistes purs et durs, des staliniens assez obtus quand on voit cela avec du recul, mais aussi des libertaires, des hédonistes, ou des gens peu politisés mais simplement ouverts à la dimension de vivre sa vie. Cela a très vite explosé pour prendre une direction beaucoup plus monofocale.
2. C'était des léninistes qui avaient une vision très hiérarchisée, top down avec le « camarade responsable », le « camarade responsable de la commande de matériel », « le camarade responsable de l'accueil » et tout et tout. Et d'autres beaucoup plus libertaires, dont moi j'étais. (...) C'était assez stalinien, il n'y a pas d'autre mot ! Ils sont restés très fort sur cette position et n'ont pas été dans la fédération des XX. Et c'est plutôt le courant « troisième voie » qui s'est fédéré.
3. C'est vrai que l'autogestion essayait de répondre à une organisation sociétale qui devait fonctionner de bas en haut, et ce n'était pas l'idée que l'anarchie c'est « rien du tout », le « bordel ». L'anarchie est un système d'organisation sociale.
4. Tout à fait. On a eu d'emblée des organigrammes extrêmement fouillés. Avec affectation de ressources, financières, humaines, matérielles, techniques... Avec des systèmes de rotation, avec des budgets prévisionnels, des bilans, etc.
5. Et on a imaginé plusieurs systèmes de financement alternatif. Le financement à la fonction, à la capitation, à l'objectif. J'étais un ardent défenseur de la capitation (ou forfait). Et cela a fait un conflit majeur.
6. Je dois dire que, personnellement, j'ai vécu très très peu de conflits personnels, au sein des XX. Des conflits idéologiques, certainement. Pourtant l'autogestion induit ... pourtant c'est la réalité, cela arrive. Mais moi j'ai eu la chance d'échapper à cela.
7. Et donc il faut discuter de l'échelle barémique, des anciennetés, on sait exactement ce que gagne l'infirmière, le médecin, la kiné... et certains médecins ne voulant pas passer au forfait, je dois le reconnaître, il y a eu des conflits internes terribles !

8. Et là il y a eu pendant longtemps une opposition interne à la XXX, certains restant farouchement attachés à l'acte, aussi pour des motifs psychanalytiques (en disant « la dette doit s'annuler avec la transaction »), un raisonnement que je peux tout à fait comprendre.
9. Oui, il y a une très grande différence (ndlr : entre générations), qu'il faut accepter je pense. La différence c'est qu'ils sont beaucoup moins politisés. Je suis effaré par le manque de fondement, de connaissances de base. Ce n'est pas jusqu'au « Hitler connaît pas » mais... Freud non plus. Cela manque de profondeur à beaucoup de niveaux, cela manque d'argumentaire. Alors tu as des figures de fondateurs, des « vieux dinosaures » face aux « jeunes gazelles »... En terme d'évolution, les nouveaux sont dans une société plus individualiste, plus hédoniste, plus de consommation (...) Tu dois voir comme les jeunes médecins sont équipés, c'est incroyable. Ils demandent plus de salaire, ils ne sont pas du tout d'accord pour l'égalité salariale. Il y a clairement un changement de génération.
10. La technoscience est remise en question (ndlr : par la nouvelle génération), mais alors vers des dérives hédonistes, individualistes et « alternatives », comme les « médecines alternatives », plutôt que vers une rigueur et une réflexion scientifiques qui s'applique à la médecine, et aussi une réflexion sociétale et politique.

Témoignage 5

1. C'était une antenne mais une antenne autonome, notamment au niveau de la clinique. Avec un fonctionnement horizontal mais avec quand même - tu connais XX ! Il était le penseur un peu du truc. Il avait toujours une guerre d'avance.
2. C'est un peu comme les couples (la métaphore a ses limites). Il y a le moment où l'on lance un nouveau projet, porté par un engagement personnel de chacun (...) Je te disais, c'est comme dans les histoires d'amour des couples qui durent : au début c'était vraiment la lune de miel, on a eu quelques années de pur plaisir. Et quand on est - et cela c'est lié à autre chose - 10 à 12 personnes dans tout système humain, cela on peut le gérer. Au-dessus commencent les histoires dans les couloirs, etc.
3. Mais « conflictualité », c'est quelque chose de positif aussi, c'est une mise en tension, d'opinions différentes. Il y a toujours eu des moments où on n'était pas d'accord. La lune de miel, oui, bonne entente avec un climat porteur, mais avec des mésententes là-dedans. Mais qui était créateur. Cela a été comme cela pendant quelques années. Et puis on a tout doucement... On était de plus en plus nombreux. Donc cela devenait difficile.
4. Oui. Pendant quelques années c'était un « pseudo-horizontal ». Il y a des « seniors implicites ».
5. Dès que l'on demande de nous évaluer, aaaaaaaaaahhhhhh ! Nos patients !! Ce qui est absurde, parce qu'il n'y a pas divulgation de la situation de telle ou telle personne. Ils sont bien plus tracés sur Facebook ! Cette paranoïa, c'est absurde, c'est aussi une position propre à ce secteur. Et qui est source de conflit entre les services, aussi. On n'en a pas parlé, mais il y a aussi une conflictualité qui est présente entre différents services.
6. « C'est nous, nous protégeons le patient ». Alors le patient il a bon dos dans nos services. C'est juste parce que les gens n'ont pas envie de changer leurs pratiques. Et je ne parle pas spécialement pour mes collègues du XX, loin de là. Ce sont des gens flexibles, et pareil dans toute une série de services. Mais il y a quelques services qui sont comme ça très très ... (ndlr : sectaires rigides ?) et qui rendent une décision de secteur de la XX très difficile.

Témoignage 6

1. Non ! non ! C'est un gros problème ! (ndlr : la transition entre générations dans deux secteurs).
2. Mais c'est un fonctionnement très classique, avec un CA, etc. Il y a des gens qui décident et il y a des gens qui bossent, des bénévoles... C'est très vertical. Mais sur les côtés se mettent en place des mouvements plus cogestionnaires, comme « XX » et le « YY ». Ce sont des équipes qui se rassemblent et se mettent en gestion, en autogestion. C'est beaucoup plus horizontal.

3. Je pense moi qu'ils ont fait des erreurs, la psychanalyse à un moment donné, a tout bouffé, avec ses deux défauts majeurs pour moi : 1) les psychanalystes se prennent pour les Kings des secteurs et en dehors d'eux, pas de salut, c'est tous des cons 2) et la psychanalyse a ce gros défaut pour moi qui est de travailler au niveau vertical, de plonger les gens en eux et de faire perdre tout l'aspect relationnel, social et solidaire. Pour moi la psychanalyse est responsable du manque de solidarité dans ces milieux-là, parce que l'on apprend aux gens à penser à eux.
4. Oui, oui. Mais il reste dans la XXX, ce qu'il n'y a pas dans les autres secteurs, des espèces de « ténors » que l'on écoute. Les médecins restent encore au-dessus des autres. Les médecins psychiatres. C'est à tel point que c'est impossible... que le fameux « coordinateur général » qui est imposé partout (cf. infra), en santé mentale c'est impossible d'avoir quelqu'un qui n'est pas médecin, et s'il n'est pas médecin il est automatiquement doublé par un psychiatre.
5. Et il y a quand même des décisions qui se prennent au niveau horizontal. Même s'ils ont besoin de la bénédiction du CA. Et elle vient confirmer l'équipe. Il y a peu de décisions qui viennent d'en haut. C'était un projet politique au départ, il n'y avait pas moyen de faire autrement.
6. (aide à domicile) C'est un « vieux bazar » ! Ce sont des choses dont nous avons hérité, il y a beaucoup de choses à dire. Ils font partie de ceux qui lors des réformes institutionnelles étaient à la santé publique à l'époque (...) c'est très vertical. Très très très vertical ! Même dans les petites équipes. Parce qu'il y a des niveaux de formations qui sont très distincts.
7. Oui, très vertical et très syndiqué. Mais se syndiquer c'est une façon de prendre du pouvoir.
8. L'obligation de nommer, parmi les membres de l'équipe, un « coordinateur général ». C'est la COCOF qui met cela comme obligation. C'est une condition d'agrément : il faut nommer un coordinateur général, ses missions sont décrites à l'article 111. La volonté (...) c'est de donner du pouvoir aux équipes, là où il n'y en pas. En opposition au pouvoir de toutes ces institutions qui travaillent de manière très verticale, et où on est « entre nous ».
9. Par contre, de « l'autre côté », dans les équipes auto et cie, quand quelqu'un arrive avec une plume à son chapeau, il est mis dans une position supérieure aux autres et avec des responsabilités, et alors c'est le bordel !
10. Oui, en tout cas je suis, moi, très touchée, au niveau de la plupart de ces services, devant la difficulté qu'ils ont à gérer ce bazar. Cela devient très difficile, parce que à l'intérieur des équipes il y a des petits jeunes qui n'ont plus du tout l'intention de militer, de passer des heures sans prendre de récup, etc. C'est devenu syndicalisé, beaucoup plus que cela l'était avant, c'est normal, je ne conteste pas ça, mais punaise, ils ne vont pas bien hein ! C'est les uns après les autres, on apprend qu'il y a des difficultés, des conflits au sein des institutions. Et même là où cela a toujours bien fonctionné, cela ne fonctionne plus.

Témoignage 7

1. Mais une série de visées sont de nouveau contradictoires. Essayer de pousser vers la reconnaissance pour la subsidiation, et donc de formes d'agrément, mais en même temps de certitude préalable d'être étouffé le jour où on est subsidié. On est donc devant une contradiction qui n'est pas explicitée et qui aboutira à une série de conflits dans la suite. (...) On va demander avec une liberté totale d'être subsidié, comme si les pouvoirs publics étaient capables de subsidier la « liberté totale ».
2. Les interlocuteurs patronaux existent dans les maisons médicales, où une série de structures autogestionnaires sont dans des structures dans lesquelles tu vas avoir des syndicalistes, mais la structure est autogestionnaire ce qui veut dire qu'au niveau salarial, par exemple, tu n'es pas dans la commission paritaire.
3. De façon globale tu as un mouvement d'autonomie des gens et qui veulent que leur recherche reste leur bijou de famille, à eux. Et qui veulent que cela passe dans les institutions, mais n'ont pas du tout envie d'avoir une mainmise d'Etat. On est dans la période post-thatchérienne, et donc dans une période où la crainte de l'Etat commence à augmenter (ndr : ce n'est pas le contraire ?) de façon exponentielle. Ces gens-là veulent du subside mais de l'autonomie...

4. Tu vas avoir de gros problèmes à l'intérieur avec la montée de la conflictualité générale. De gros problèmes de gestion à l'intérieur des boîtes. Et tu vas avoir un grand mouvement de formation managériale du côté des directeurs. Ce qui va aboutir jusqu'à des obligations formatives pour devenir directeur. C'est dans les années 1990. Et tu as, en gros, je vais dire les théories Crozier et toutes les autres qui arrivent, et qui sont de pures transmissions du privé, en disant que c'est la même chose dans une perception libérale des choses. Et on est donc dans une augmentation des conflictualités à causes internes, à côté des causes externes de ce qui est les grandes luttes de la santé.
5. Tu as des licenciements, et des choses qui se cristallisent autour de gens qui sont licenciés, même si ce sont des gens inadéquats, des désordres de types divers, et puis tu as des licenciements pour des zones de conflictualités interpersonnelles, tu as des gens qui ont des rôles directoriaux et qui n'ont pas les capacités de le faire, tu as des leaders charismatiques, tu as des gens qui sont sans « vrai » CA, et donc sans aucun contrôle de leur rôle directorial. Quand tu es sans « vrai » CA il suffit que le syndicat aille chez trois administrateurs et c'est le bordel.

Nous clôturons ici ces extraits de témoignages sur les conflictualités, qui, pour la plupart d'entre elles, entrent dans la grille que nous avons élaborée (même si certaines sont « mixtes », ce qui n'est pas une surprise). Plusieurs pointent cependant des *conflictualités qui surgissent lors de changement de mode de gouvernance* (ou qui les provoquent), sous une pression interne ou externe, car les organisations sont des « systèmes vivants » comme l'écrit Ph. KINOO. Il nous faudra tenir compte de ces dynamiques, déjà évoquées plus haut mais qui ne sont pas inscrites dans les grilles, comme nous l'avions souligné en les présentant plus haut dans ce rapport.

Ces extraits nous confortent dans le fait qu'il faut inclure la dimension diachronique dans le guide d'interview. Ils montrent également toute l'importance d'une connaissance de l'histoire des secteurs, de la « dépendance au sentier emprunté » ou de « l'hystérésis de l'habitus » selon la célèbre formule de Pierre BOURDIEU⁶⁸. Si les organisations sont des systèmes vivants, ces systèmes ont aussi, tout comme toutes les autres expressions du « vivant », leurs forces d'inertie (ce qui n'est pas nécessairement négatif, et s'avère même souvent indispensable, comme la quille lestant le mouvement d'un bateau) qui peuvent conduire à terme à des points de rupture. Ces ruptures peuvent être soit liées aux dynamiques internes (notamment lors de passages entre générations), soit en lien avec changements externes, notamment dans les réglementations des autorités de tutelle ou dans le profil des usagers et de leurs demandes ou besoins perçus.

*

⁶⁸ Phénomène par lequel les dispositions acquises par la socialisation d'un individu perdurent dans le temps. Même si l'individu en question se retrouve dans un espace social différent, il tendra à conserver au moins en partie, ou pendant un certain temps, les dispositions initiales. Ceci peut conduire l'individu à une situation d'inadaptation aux conditions nouvelles en vigueur dans l'espace social.

5. Les effets possibles sur la qualité du travail avec les usagers

Nous abordons ici un point complexe mais également délicat.

Complexe parce que les effets du couple « gouvernance/conflictualité » sur la qualité du travail avec les usagers sont particulièrement difficiles à mesurer. A défaut de pouvoir mettre en place une enquête auprès des usagers (déjà très difficile) concernant les services « en crise » (encore plus difficile : comment les identifier ? Et ne serait-ce pas les stigmatiser ?), il faudra se contenter de recueillir les points de vue des travailleurs des services, avec les dangers de la subjectivité et du réflexe conscient ou inconscient de défense professionnelle (notamment vis-à-vis des pouvoirs subsidiaires) de type : « quels que soient nos conflits, l'utilisateur n'en souffre jamais ». Il faut par ailleurs distinguer deux variables différentes :

1. Les effets sur le service rendu par la gouvernance en tant que telle, hors conflictualité (exemple : une gouvernance collective risque de mettre plus de temps à prendre des décisions, surtout quand elle est « molle » ; une gouvernance hiérarchique pure à tendance à prendre des décisions « raides » et mal adaptées ; une gouvernance avec « théorie unique » manque de diversité dans les réponses données aux usagers...)
2. les effets sur les usagers des diverses formes de conflictualité, associées à la gestion des services.

Mais ce point est aussi **délicat** car les résultats de l'enquête pourraient être interprétés comme un jugement indirect sur la gouvernance et, dès lors, l'indication d'une « bonne » ou d'une « mauvaise » gouvernance, donc d'un « one best way », ce qui n'est pas notre objet. Nous avons dès lors pris le parti de mesurer ces effets de manière transversale, tous secteurs et modes de gouvernance confondus, et ceci par le biais de questions de fait et pas des questions d'opinion. Les paragraphes qui suivent en donnent quelques indications, qui seront opérationnalisées dans le guide d'entretien.

5.1. Gouvernance et qualité du travail avec les usagers

Les missions des services qui nous occupent dans cette étude sont bien évidemment de travailler avec les usagers, de manière individuelle ou collective, directe ou indirecte, « présenteielle » ou par media interposé (téléphone, chat, web..). La gouvernance des services a dès lors comme premier objectif de gérer et d'animer le collectif de travail dans ce but. Si le mode de gestion des services est lent, inefficace, chaotique, rigide, inhibiteur d'initiatives, « autiste » dans ses relations extérieures ou conflictuel avec les autorités subsidiaires... le service rendu risque d'être mauvais (inadapté, démotivé, mécanique, incohérent, sans réseau...). Bien entendu, cette question ne peut être traitée *que dans le contexte du type de secteur concerné et de ses missions*, la problématique n'étant pas la même, par exemple, dans un service de santé mentale et dans un service d'aide à domicile.

Les effets possibles de la gouvernance peuvent être repérés dans un tableau croisant les modes de gouvernance avec le type de travail effectué. Celui-ci reprend les modalités de gouvernance présentées plus haut, et les types de travail avec les usagers (non professionnels), tels que définis dans l'étude « programmation » publiée par l'école de santé publique de l'ULB en 2012⁶⁹. Nous n'avons donné que quelques exemples illustratifs parmi d'autres possibles.

⁶⁹ CREMERS A., COPPIETERS Y. *Etude préparatoire à l'élaboration de la programmation des services ambulatoires en Région bruxelloise : Rapport final*, Ecole de santé publique de l'ULB, 2012, pp. 18 et suivantes.

Tableau 11 : Risques d'effets négatifs possibles selon mode de gouvernance et type de travail avec usagers non professionnels (exemples illustratifs)

Type de travail avec usagers	Accueil	Soins	Services	Prise en charge	Projet	Coordination
Mode de gouvernance	Premier contact avec le bénéficiaire visant à comprendre et orienter sa demande	Prestation de soins de santé (physique et/ou mentale)	Prestation se caractérisant par une courte durée (par opposition avec <i>prise en charge</i>) et implication restreinte du bénéficiaire dans le processus	Activités se caractérisant par une longue durée (par opposition à la <i>prestation de services</i>), ou s'inscrivant dans un suivi, réalisées en collaboration active avec le bénéficiaire	Organisation ou accompagnement, par le service, de projets visant à contribuer à ses missions, ainsi que mise en place de lieux extérieurs d'action	Coordination, gestion, supervision et/ou soutien par le service d'un ensemble de services ou professionnels autour du bénéficiaire.
Gouvernance hiérarchique « pure »	Risque de fonction exercée de manière rigide par des personnes obéissant à des consignes routinières. Ce facteur varie en fonction du type de mission du service	Si pas d'autonomie de l'équipe clinique, les soins peuvent ne pas obéir à une approche « globale » concertée de manière régulière	Dans la mesure où ces services demandent une concertation horizontale avec des collègues, le manque d'autonomie décisionnelle peut poser problème	Les risques d'effets négatifs sont plus importants dans ce cas, dans la mesure où le processus est long et obéit plus difficilement à un cadre fixé d'avance	Ce type de travail collectif avec les usagers demande une capacité d'initiative et de gestion autonome par « l'équipe projet ». Risque de ne pas être possible.	Travail spécifique à certains services, mais qui demande une autonomie décisionnelle. Risque de contradiction avec la gestion globale de l'organisation
Gouvernance hiérarchique participative	Les effets négatifs éventuels dépendent du mode de participation, notamment celui des accueillants	Si l'équipe clinique a une autonomie relative dans son travail, il ne devrait pas y avoir d'effets négatifs	Ce type de services « techniques » ne devrait pas être affecté outre mesure par des défauts de la participation	La souplesse adaptative de la gouvernance participative est importante ici, dans la mesure où ce type de travail demande de l'autonomie	L'autonomie relative dans la gestion de projets est importante, surtout si ceux-ci sont gérés par une partie du service	La coordination demande une autonomie décisionnelle et la possibilité de partager de manière « horizontale »
Gouvernance collective « éclairée »	Manque de disponibilité des personnes de l'accueil pour des raisons de réunions trop fréquentes; manque de cohérence des orientations	Grande variations dans la logique des soins si les moments décisionnels ou la l'équipe n'ont pas la cohérence suffisante	Ce type de services « techniques » ne devrait pas être affecté outre mesure par certaines lenteurs ou « couacs » décisionnels	Tant que les « moments d'exceptions » décisionnels sont effectifs, la logique globale des prises en charge peut être cohérente	Une certaine lenteur ou blocage de la prise de décision peut nuire à la mise en place et à la gestion quotidienne de ce type de projets collectifs	Les services effectuant de type de missions ne participent en général pas d'une gouvernance de type autogestionnaire
Gouvernance collective « molle »	Dans la mesure où chaque travailleur est laissé à lui-même, la qualité de l'accueil est tributaire de celui qui l'exerce et de son « bon vouloir »	La qualité des soins dans une approche globale est tributaire de la dynamique non régulée de l'équipe clinique	Si le service est « technique » et de courte durée, la responsabilité individuelle et les routines professionnelles peuvent compenser	Le suivi et la dynamique interactive avec l'utilisateur sur une longue durée peut être affectée par le manque de stabilité et de continuité du service	Le manque de gouvernance globale montre sans doute, dans ce cas, ses effets les plus négatifs, par incapacité de coordination globale	Si la coordination est de la responsabilité individuelle des travailleurs, sans coordination, la qualité du service dépendra du travailleur seul
Gouvernance pseudo-collective	A priori, la fonction d'accueil ne devrait pas être affectée par ce type de gouvernance, « la théorie » y étant peu effective	La théorie unique, si elle concerne les soins, peut évidemment avoir un impact majeur sur ceux-ci qui seraient « monocolore »	L'impact de cette gouvernance très idéologique est sans doute moindre dans ce domaine	La souplesse de la dynamique interactive avec l'utilisateur sur une longue durée peut être affectée par la domination d'une référence unique	Des projets de cette nature ne peuvent être mis en place qu'avec des partenaires « frères » ou perçus comme « terre de mission »	Les services effectuant ce type de missions ne participent en général pas d'une gouvernance de ce type

5.2. Conflictualité et qualité du service

Ce sujet nous paraît particulièrement difficile à documenter, mais ce n'est pas une raison pour ne pas tenter l'essai. On pourrait a priori penser qu'un haut niveau de conflictualité au sein d'une équipe n'est pas favorable aux usagers, du moins pendant la période qui précède sa résolution. Ce n'est pas nécessairement vrai, selon nos témoins (et notre réflexion). Les travailleurs peuvent en effet « se consoler » en étant d'autant plus attentifs et investis dans leur travail avec les usagers, direct ou indirect, que leurs relations avec leurs collègues sont mauvaises. Inversement (et en toute logique), une très bonne « ambiance » au sein de l'équipe peut tout aussi paradoxalement nuire au service rendu, les travailleurs investissant plus dans leurs relations entre collègues qu'avec les usagers.

Bien entendu, la *dimension individuelle et relationnelle de l'interaction* avec les usagers n'est pas seule en cause. De nombreux mécanismes collectifs et/ou structurels, liés à la conflictualité, peuvent nuire aux usagers, les services peuvent être par ailleurs collectifs. Il convient donc de distinguer différents niveaux d'effets négatifs de la conflictualité sur le service aux usagers :

1. Global : Le service en lui-même est désorganisé par les conflits, « l'offre » ne correspond pas aux besoins (ces derniers formulés ou non sous forme d'une « demande »), comme conséquence d'une conflictualité paralysante.
2. Sous-groupe : Une équipe du service ne travaille plus correctement, minée par des conflits.
3. Entre professionnels individuels : La collaboration entre les différents professionnels (de l'équipe clinique, par exemple, ou participants de la coordination de différents services) est mise à mal, ce qui nuit à la dimension « globale » du service ou de l'accompagnement sur une longue durée.
4. Réseau : Ce mode de travail est paralysé par une conflictualité interne ou externe (entre les services qui participent au réseau).
5. Individuel : L'interaction individuelle des professionnels avec les usagers (évoquée en début de chapitre) est mise à mal : souffrance psycho-sociale due aux conflits, absentéisme, manque de « présence aux usagers, etc.

Ces éléments devront, bien entendu, être présents dans le guide d'interviews, formulés de manière directe ou indirecte (sous forme de questions de fait).

*

B. Deuxième partie : enquête de terrain

Les nombreuses informations et analyses recueillies et exposées dans la première partie nous ont permis de contextualiser notre problématique, notamment les transformations historiques et réglementaires des secteurs ambulatoires. Elles nous ont aussi permis de construire une méthode de collecte de données ainsi qu'un outil d'investigation adapté à l'objectif visé : prendre la mesure des modes de gouvernance et des conflictualités, ceci auprès d'une base plus large.

Nous avons **pensé, dans un premier temps, opérer par interview** auprès d'un échantillon représentatif de travailleurs et de directions/coordinations. **Les premières tentatives nous ont cependant montré que les secteurs concernés ne disposaient pas toujours du temps nécessaire** et qu'il était par ailleurs très difficile de combiner les disponibilités horaires de chacun. Nous avons dès lors procédé par le biais d'un questionnaire envoyé par mail et auto-administré, comme pour la DEQT-1. L'outil utilisé est cependant le même, le guide d'interview était en effet construit comme un questionnaire

Le questionnaire est relativement bref (quatre pages), comportant des questions à choix multiples. Les personnes sollicitées ont été choisies en fonction de leur secteur de travail, de leur métier et de leur ancienneté, afin de constituer un ensemble représentatif de « l'univers » de référence.

Nous avons utilisé ce guide d'entretien comme **un questionnaire envoyé par mail, après avoir contacté téléphoniquement les services.**

Nous présenterons et commenterons ces résultats dans le deuxième chapitre de cette partie, avant de ramasser l'ensemble des enseignements de cette DEQ-T dans la troisième partie qui fera office de synthèse générale (c'est son titre).

Dans cette seconde partie, nous allons donc successivement :

- Présenter le questionnaire et l'échantillon de personnes rencontrées ;
- Analyser les résultats de l'enquête par questionnaire.
 - De manière transversale pour les questions de participation et d'identification
 - Par groupes de secteurs pour les questions liées à la gouvernance et à la conflictualité

6. Questionnaire soumis à un échantillon d'acteurs de terrain

6.1. Construction du questionnaire et de ses composantes

Nous avons élaboré le questionnaire sur base du travail d'éclaircissement qui précède, en tenant compte des contraintes inhérentes à ce genre d'outil :

1. Le temps pour répondre ne doit pas dépasser 30 minutes.
2. Les questions doivent être les plus « neutres » possibles, elles ne doivent pas induire une réponse dans un sens ou un autre en laissant filtrer le point de vue de l'enquêteur ou un jugement implicite contenu dans les termes (comme « totalitaire », « de droit divin », etc.).
3. La formulation doit être simple et claire, compréhensible par le maximum de personnes possible. N'oublions pas que les travailleurs des secteurs ont des niveaux de formation très différents.
4. Favoriser au maximum les questions de fait par rapport aux questions de jugement.
5. Certaines questions sont formulées de manière indirecte, en demandant aux personnes sondées de réagir à une affirmation mise entre guillemets.
6. Les questions comportent toutes des « réponses fermées », à l'exception de la modalité « autre » (mais qui est toujours très difficile à encoder).
7. La modalité de réponse « je ne sais pas » est presque toujours présente.
8. Le questionnaire est divisé en 6 parties et 45 questions :
 - A. Participation à l'enquête (les personnes sondées ont évidemment la possibilité de refuser de répondre, mais sont invitées à dire pourquoi). L'objectif de cette partie est d'inclure les refus de participer à l'enquête dans les résultats, mais aussi de connaître quelques éléments sur les motifs de la non-participation.
 - B. Questions d'identification (questions classiques portant sur l'âge, le secteur, l'ancienneté...). L'objectif principal de ces questions d'identification est de connaître le profil des répondants et non pas d'effectuer des croisements, les données étant traitées de manière transversale (comme annoncé en début de questionnaire).
 - C. La gouvernance (identification du mode de gouvernance)
 - D. La conflictualité (latente ou manifeste, locale ou générale) dans votre service
 - E. Les impacts de la conflictualité sur le travail avec les usagers
 - F. Les impacts de la gouvernance sur le travail avec les usagers

Le questionnaire a ensuite été testé auprès d'un échantillon représentant les différents profils de répondants (voir le point 6.3.). C'est sa version finale, telle qu'utilisée dans l'enquête, qui est reprise dans les pages qui suivent.

6.2. Questionnaire	Numéro de questionnaire :
<p><i>Cette enquête est commanditée par les partenaires sociaux du secteur social-santé ambulatoire (CoCoF) réunis en association de fait CRAMIC. Son objectif est de mieux connaître les modes d'organisations et les types de conflictualité que vous vivez éventuellement sur le terrain (années 2013-2015). L'enquête est totalement anonyme et les réponses seront globalisées de manière transversale. Les résultats seront publiés à l'automne 2016.</i></p>	
<p>A. Participation à l'enquête (entourez le chiffre précédant votre réponse)</p> <p>p1. Souhaitez-vous participer à l'enquête ? 1. Oui (<i> passez ensuite à la question i1</i>) 2. Non (<i> si non, merci de répondre encore à la question suivante</i>)</p> <p>p2. <i> Si non, pourquoi ?</i> 1. Suis entré(e) dans le service il y a trop peu de temps 2. N'ai pas d'idée sur ce sujet 3. N'ai pas le temps de répondre 4. C'est sans intérêt 5. Je préfère m'abstenir 6. Les résultats pourraient être utilisés contre nous 7. Autre motif :</p>	
<p>B. Questions d'identification (entourez le chiffre précédant votre réponse)</p> <p>i1. <u>Votre secteur principal</u> (le plus d'heures ou plus ancien si c'est 50/50): 1. Aide aux justiciables 2. CASG 3. Planning familial 4. Accueil téléphonique 5. Espace-Rencontre 6. Maison médicale 7. Service toxicomanie 8. Service de santé mentale 9. Service de médiation de dettes 10. Service d'aide familiale 11. Centre de coordination de soins et d'aide à domicile 12. Services de soins palliatifs ambulatoires 13. Autre</p> <p>i2. <u>Taille du service (lieu de travail)</u> : 1. Moins de 10 personnes physiques 2. De 10 à 20 3. De 21 à 35 4. De 36 à 45 5. Plus de 46</p> <p>i3. <u>Votre âge</u> : 1. (18-29) 2. (30-39) 3. (40-49) 4. (50-59) 5. (60-64) 6. (65 et plus)</p> <p>i4. <u>Votre ancienneté dans votre service</u> : 1. (5 ans et moins) 2. (6 à 9 ans) 3. (10 à 14 ans) 4. (15 à 19 ans) 5. (20 ans à 29 ans) 6. (30 ans et plus)</p> <p>i5. <u>Votre fonction principale</u> : 1. Accueil 2. Aide familiale 3. Aide ménagère 4. Assistant social 5. Assistant en psychologie 6. Administratif 7. Conseiller (familial et conjugal) 8. Coordination-direction 9. Juriste 10. Médecin 11. Paramédical 12. Psychologue 13. Secrétaire 14. Autre :</p> <p>i6. <u>Votre statut professionnel</u> : 1. Salarié 2. Indépendant 3. Bénévole 4. Mixte 5. Autre :</p>	
<p>C. La gouvernance (système de direction et de prise de décision) dans votre service (entourez le chiffre précédant votre réponse)</p> <p>C.1. Comment les principales décisions sont-elles prises dans votre service dans le domaine institutionnel (orientation du projet, ressources humaines...) ?</p> <p>1. De manière collective par les travailleurs avec un vote décisionnel : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP (ne sait pas) 6. NC (non concerné)</p> <p>2. De manière collective par les travailleurs avec consensus : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC</p> <p>3. Par la hiérarchie (direction, CA...) après une consultation collective : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC</p> <p>4. Elles sont imposées par la hiérarchie (direction, CA...) sans consultation préalable : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC</p> <p>5. Par une personne et ses proches qui dirigent au nom d'une théorie de référence : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC</p> <p>6. Elles ont du mal à être prises car personne ne décide vraiment : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC</p>	

C.2. Comment les décisions quotidiennes sont-elles prises majoritairement dans le cadre du travail avec les usagers ?

7. De manière collective par l'équipe (clinique et/ou sociale) après délibération : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC
8. Par la direction qui fournit des réponses-guide, un cadre préétabli : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC
9. En fonction des principes directeurs de la théorie qui nous sert de balise : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC
10. De manière individuelle au cas par cas, mais selon des principes élaborés ensemble : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC
11. Chacun se débrouille comme il peut : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC

12. Dans le tableau ci-dessous, de quel mode de direction votre service est-il le plus proche actuellement ?

Systèmes de gestion	Hiérarchique	Hiérarchique participatif	Collectif peu organisé	Collectif organisé	Collectif régi par une théorie	Mixte
<i>Breve description</i>	Le service fonctionne de manière verticale, les consignes viennent d'en haut et les travailleurs les mettent en œuvre	Le service fonctionne de manière verticale, mais il y a des lieux et de moments de participation des travailleurs	Le service fonctionne de manière horizontale, chacun fait un peu ce qu'il veut et doit se débrouiller de son côté	Le service fonctionne de manière horizontale, mais il y a des moments de décisions collectives effectuées par un vote ou autre procédure	Le service est régi par un référent théorique incarné par une ou plusieurs personnes qui ont les connaissances et l'autorité nécessaires	Le service est vertical pour la gestion globale, horizontal pour les décisions de type clinique et/ou social
Entourer une réponse (1 à 7)	1	2	3	4	5	6
Je ne sais pas	7					

C. 3. Evolution de la gouvernance dans votre service (2010 – 2015)

13. Des changements import. de gouvernance se sont produits ces cinq dernières années : 1. Oui (*passer à q14*) 2. Non (*passer à q 15*) 3. NSP
14. Si oui, cela concerne : 1. La prise de décision 2. Nouvelle direction 3. Changement à la tête du CA 4. NSP 5. Autre.....
15. Si non, vous trouvez que : 1. Des changements n'étaient pas nécessaires 2. Des changements étaient nécessaires 3. NSP
16. Selon votre perception, votre service a-t-il été en crise grave de gouvernance ces cinq dernières années ? 1. Oui 2. En partie 3. Non 4. NSP

D. La conflictualité (latente ou manifeste, locale ou générale, hors usagers) dans votre service (entourez le chiffre précédant votre réponse)

D.1. Quel est selon vous le degré de conflictualité dans votre service ? Réagissez aux énoncés qui suivent (2013 – 2015)

17. « Il y a des conflits au sein de l'équipe » : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC
18. « Les conflits d'équipe sont ouverts (crises, ruptures) » : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC
19. « Les conflits d'équipe sont latents (malaise, tension) » : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC
20. « Il y a des conflits entre l'équipe et la direction (ou le CA) » : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC
21. « Les conflits avec la direction relèvent plus de la tension que du conflit ouvert » : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC

D.2. Quel jugement portez-vous sur les effets de ces conflits ? Réagissez aux énoncés qui suivent (2013 – 2015)

22. « Ces conflits sont vecteurs de changements positifs à terme » : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC
23. « Ces conflits sont une source de stress » : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC
24. « Ces conflits paralysent le service » : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC
25. « Ces conflits affectent le travail avec les usagers » : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC

D.3. Quelles sont les causes de ces conflits selon vous ? Réagissez aux énoncés qui suivent (2013 – 2015)

26. « Les conflits sont liés directement⁷⁰ au mode de direction du service » : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC
27. « Les conflits sont liés indirectement⁷¹ au mode de direction du service » : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC
28. « Les conflits sont principalement des conflits entre personnes (travailleurs) » : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC
29. « Il y a des conflits avec les syndicats » : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC
30. « Il y a des conflits entre générations qui n'ont pas les mêmes conceptions » : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC
31. « Il y a des conflits concernant les orientations et les valeurs du service » : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC
32. « Il y a des conflits concernant l'organisation du service » : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC
33. « Les conflits sont variés et de sources diverses » : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC

⁷⁰ Le mode de direction est la source première des conflits. « C'est parce que la boîte est mal dirigée qu'il y a autant de conflits. »

⁷¹ Par incapacité du mode de direction à « gérer » les conflits, quelle que soit leur cause.

E. Les impacts de la conflictualité sur le travail avec les usagers (*entourez le chiffre précédant votre réponse* (formulation négative, mais peut être positif)

E.1. Quelles sont les types de travail avec les usagers qui sont touchés par les conflits selon vous ? Réagissez aux énoncés qui suivent (2013 – 2015)

34. « Les accompagnements de longue durée sont affectés par les conflits » : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC

35. « Les projets collectifs ou communautaires sont affectés par les conflits » : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC

36. « Les services individuels de courte durée sont affectés par les conflits » : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC

37. « Le travail de réseau est affecté par les conflits » : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC

38. « La plupart des types de travail avec les usagers sont affectés par les conflits » : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC

E.2. Comment le travail avec les usagers est-il principalement affecté selon vous ? Réagissez aux énoncés qui suivent (2013 – 2015)

39. « Pour échapper aux conflits, nous nous centrons plus sur le travail avec les usagers » : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC

40. « Les conflits prennent beaucoup de temps et diminuent notre disponibilité » : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC

41. « Les conflits nous prennent la tête et nous sommes moins à l'écoute des usagers » : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC

F. Les impacts de la gouvernance sur le travail avec les usagers (*entourez le chiffre précédant votre réponse* (2013 – 2015)

42. « La théorie de référence nous empêche de nous adapter aux demandes diverses » : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC

43. « La multiplicité des réunions pour nous décider nuit aux usagers » : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC

44. « Le caractère imposé des interventions est trop rigide et nuit aux usagers » : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC

45. « Une fois les décisions prises en concertation, on a du mal à les mettre en œuvre : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC

46. « Comme tout le monde se débrouille de son côté, cela manque de cohérence » : 1. Toujours 2. Souvent 3. Parfois 4. Jamais 5. NSP 6. NC

Merci pour votre participation ! Vous serez tenu au courant des résultats par les partenaires sociaux du CRAMIC après la finalisation du rapport à l'automne 2016. Pour toute information complémentaire au sujet de cette enquête, n'hésitez pas à contacter vos représentants

6.3. Construction de l'échantillon

L'enquête par questionnaire, **qui est un « coup de sonde » plus qu'une enquête exhaustive** (pour des raisons de moyens humains et de disponibilité du terrain), doit être administrée auprès d'un échantillon *représentatif de la diversité des situations et pas seulement du nombre de travailleurs par secteur*. Nous avons pris l'option de reprendre la méthode de la DEQT-1 en mettant les chiffres à jour, ce qui n'a pas été sans poser quelques problèmes. Nous n'avons en effet pu obtenir, dans un premier temps, que des chiffres COCOF inférieurs à ceux utilisés en 2011. La FASS n'a pas pu nous fournir de données, leur cadastre n'étant pas à jour (info A. LEVEQUE et C. WIJNANTS 9/3/2015).

Comme pour la DEQT-1, les variables qui entrent en ligne pour représenter cette diversité sont : *groupe de secteurs* (« santé », « social » et « aide/soins à domicile »), *nombre de secteurs par groupe*, *nombre d'agrément par secteur* (situations peuvent varier par la localisation géographique, le public, le projet, etc.), *nombre de travailleurs, type de travailleurs* (travailleurs, directions/coord.). On tiendra compte des fonctions et de la localisation dans l'opérationnalisation de l'échantillon.

La première question est de savoir combien de personnes choisir par groupe de secteurs. Comme on peut le constater ci-dessous, les deux gros groupes (santé et aide à domicile) n'ont que trois secteurs internes, alors que le groupe social en a six. Si l'on souhaite tenir compte de la diversité, il faut tenir compte à la fois du nombre de **secteurs**, du nombre **d'agrément** et du nombre de **travailleurs**.

Il faut dès lors composer un quotient (Q) qui intègre ces trois variables, et avec lequel on va multiplier le total général de 200 (base de départ de l'échantillon). Il s'agit de : (% de travailleurs total général + % de secteurs total général + % d'agrément total général) divisé par trois - soit la moyenne arithmétique des trois fractions. Ce qui donne pour « santé » : $(543/1.827 + 3/12 + 76/144)/3 = 0.356$. Les deux autres quotients sont 0.363 et 0.281. La somme des trois quotients égale 1.

1) Les données des agrément et des travailleurs personnes physiques sont celles fournies par la **COCOF en mars 2015**. Le tableau suivant fournit le calcul de l'échantillon par groupe sur cette base.

Tableau 12 : Echantillon par groupe, données COCOF mars 2015

Groupe	Secteurs	Agrément	Trav. PP	Ech. 1	Trav	Coord/dir
Santé (Q = 0.356)	SSM	23	323			
	SAMT	15	110			
	MM	37	110			
	TOTAL	75	543	72		
Social (Q = 0.363)	CASG	10	70			
	CPF	27	294			
	SMD	6	15			
	SAJ	4	26			
	SER	2	16			
	CAT	2	8			
	TOTAL	51	429	72		
Aide à domicile (Q = 0.281)	CCSSD	5	24			
	SSPC	6	31			
	SAD	7	800			
	TOTAL	18	855	56		
TOTAL (Q = 1)	12	144	1.827	200		

La question suivante est de savoir combien de personnes choisir par secteur, sur base de la taille de l'échantillon par groupe. Nous appliquerons le même principe, en tenant compte des variables du nombre d'agrément et du nombre de travailleurs par secteur.

Le quotient par secteur devient dès lors : (% de travailleurs groupe + % d'agrément groupe) divisé par deux. Ce qui donne pour le secteur SSM : $(323/543 + 23/75)/2 = 0.451$. Les autres quotients sont calculés selon le même principe et la somme des quotients par groupe doit chaque fois faire 1. Il n'y a plus qu'à calculer les échantillons sectoriels en multipliant le quotient par l'échantillon de leur groupe. Le résultat final est consigné dans le tableau ci-dessous. Cet échantillon pourrait être éventuellement élargi selon le même principe, si le temps imparti et la réactivité des secteurs le permettent.

Dans chacun des groupes, on partira du principe de 2/3 de travailleurs et de 1/3 de coordination ou direction (réponse collective en cas d'autogestion). Il s'agira également de contacter le maximum d'associations différentes dans la mesure où il s'agit d'avoir la vision la plus transversale possible.

L'échantillon final de 200 personnes et la ventilation par secteur et travailleur/directeur sont repris dans le tableau ci-dessous.

Tableau 13 : Echantillon par secteur et type de travailleurs, données COCOF mars 2015

Groupe	Secteurs	Agréments	Trav. PP	Ech. 1	Dont Trav	Dont Coord/dir
Santé (Q = 0.357)	SSM (Q = 0.451)	23	323	32	21	11
	SAMT (Q = 0.201)	15	110	15	10	5
	MM (Q = 0.348)	37	110	25	17	8
	TOTAL (Q = 1)	75	543	72	48	24
Social (Q = 0.362)	CASG (Q = 0.180)	10	70	13	9	4
	CPF (Q = 0.607)	27	294	44	29	15
	SMD (Q = 0.076)	6	15	5	3	2
	SAJ (Q = 0.069)	4	26	5	3	2
	SER (Q = 0.038)	2	16	3	2	1
	CAT (Q = 0.028)	2	8	2	1	1
	TOTAL (Q = 1)	51	429	72	47	25
Aide à domicile (Q = 0.280)	CCSSD (Q = 0.153)	5	24	9	6	3
	SSPC (Q = 0.185)	6	31	10	7	3
	SAD (Q = 0.662)	7	800	37	25	12
	TOTAL (Q = 1)	18	855	56	38	18
TOTAL (Q = 1)	12	144	1.827	200	133	67

2) Une autre manière de procéder consiste à utiliser les **chiffres de l'ONSS (2013, Trimestre 4)** qui nous sont parvenus ensuite. Ceux-ci ne concernent *que* les travailleurs salariés mais *tous* les salariés. Les données sont ventilées par employeur et non par agrément. La répartition par secteur est donc plus difficile, un même employeur pouvant cumuler plusieurs agréments. Comme on le constate dans le tableau comparatif de la page suivante, le nombre de travailleurs PP est nettement plus élevé dans les données ONSS 2013 que dans celles de la Cocof. Ceci à trois exception près : les CPF, CCSSD et les SSPC. Le nombre de MM est par ailleurs inférieur à la réalité. Quant aux SMD, il est logique qu'ils n'apparaissent pas dans les données ONSS, cet agrément étant par principe intégré dans un autre.

Pour être plus fidèle à la réalité, nous avons pris l'option de **garder le nombre d'agrément COCOF 2015 mais de prendre en compte les travailleurs ONSS 2013 T 4**, avec des correctifs concernant les MM, CPF, CCSSD et SSPC. Dans le cas de ces quatre secteurs, nous avons soit pris des données plus complètes que le fichier ONSS incomplet (MM)⁷², soit les données Cocof supérieures (CPF, CCSSD et SSPC) à celles de l'ONSS. En ce qui concerne les services de médiation de dettes (SMD), nous avons pris l'option de les supprimer dans la mesure où il s'agit exclusivement d'agrément inclus dans d'autres services et que c'est la gouvernance et la conflictualité des *services* qui sont en jeu ici.

Tableau 14 : Echantillon par groupe et secteur, données ONSS 2013 T4

Groupe	Secteurs	Agréments	Trav. PP Cocof 2015	Employeurs ONSS	Trav. PP ONSS 2013 T 4 corrigé (chiffres ONSS)	Ech. Cocof ONSS
Santé (Q = 0.39)	SSM (Q = 0.35)	23	323	21	480	28
	SAMT (Q = 0.19)	15	110	14	230	15
	MM (Q = 0.46)	37	110	29	(337) 511	36
	TOTAL (Q = 1)	75	543	64	1.221	79
Social (Q = 0.34)	CASG (Q=0.25)	10	70	11	148	17
	CPF (Q = 0.58)	27	294	26	(270) 294	40
	SMD (Q = 0)	6	15	0	(15) 0	0
	SAJ (Q=0.088)	4	26	3	46	6
	SER (Q=0.04)	2	16	2	19	3
	CAT (Q = 0.05)	2	8	2	25	3
	TOTAL (Q = 1)	51	429	44	532	69
Aide à domicile (Q = 0.26)	CCSSD (Q=0.15)	5	24	3	(23) 24	8
	SSPC (Q=0.18)	6	31	1	(17) 31	9
	SAD (Q=0.67)	7	800	8	1.148	35
	TOTAL (Q = 1)	18	855	12	1.203	52
TOTAL (Q = 1)	12	144	1.827	120	2.956	200

➔ L'échantillon final 2/3 de travailleurs et de 1/3 de coordination/direction est le suivant :

Groupe	Secteurs	Agréments	Trav. PP ONSS 2013 T 4 corrigé	Ech. Cocof ONSS	Dont Trav	Dont Coord/dir
Santé (Q = 0.39)	SSM (Q = 0.35)	23	480	28	19	9
	SAMT (Q = 0.19)	15	230	15	10	5
	MM (Q = 0.46)	37	511	36	24	12
	TOTAL (Q = 1)	75	1.221	79	53	26
Social (Q = 0.34)	CASG (Q=0.25)	10	148	17	11	6
	CPF (Q = 0.58)	27	294	40	27	13
	SMD (Q = 0)	6	0	0	0	0
	SAJ (Q=0.088)	4	46	6	4	2
	SER (Q=0.04)	2	19	3	2	1
	CAT (Q = 0.05)	2	25	3	2	1
	TOTAL (Q = 1)	51	532	69	46	23
Aide à domicile (Q = 0.26)	CCSSD (Q=0.15)	5	24	8	5	3
	SSPC (Q=0.18)	6	31	9	6	3
	SAD (Q=0.67)	7	1.148	35	23	12 ⁷³
	TOTAL (Q = 1)	18	1.203	52	34	18
TOTAL (Q = 1)	12	144	2.956	200	133	67

⁷² Dans ce cas (données FEBI 2015) il s'agit des « contrats de travail », ce qui donne un chiffre un peu gonflé.

⁷³ Il faudra ici interviewer 5 cadres en plus des 7 directions (il n'y a que 7 agréments).

6.4. Détails de l'échantillon par secteur

Le principe général ayant été de choisir 1/3 de direction/coordination (C/D) et 2/3 de travailleurs (T), il reste à déterminer le nombre et le type de services à rencontrer. Par définition, le chiffre des C/D donne déjà une idée, dans la mesure où il s'agit par principe d'un service différent à chaque fois. Ainsi, les 67 C/D de l'échantillon représentent par définition des agréments différents, ceci valant pour chacun des secteurs, à l'exception du secteur des services d'aide à domicile (SAD) où la taille des services invite à interviewer également 5 cadres en sus des 7 directions. Cela fait donc plus exactement 62 C/D d'agréments différents sur 144. Afin d'avoir un échantillon plus vaste d'agréments, une partie des travailleurs fera partie d'autres agréments. Nous avons pris pour principe de départ de rencontrer un travailleur par service où nous rencontrons une D/C et les autres dans des agréments différents. Le résultat est résumé dans le tableau ci-dessous

Tableau 15 : Détails de l'échantillon par secteur

Groupes	Secteurs	Agrém.	Ech. Cocof ONSS	T	C/D	T. même agrém C/D	T. autre agrém. C/D	Agrém. Échant. Agrém. / total.
Santé (Q = 0.39)	SSM	23	28	19	9	9	10	19/23
	SAMT	15	15	10	5	5	5	10/15
	MM	37	36	24	12	12	12	24/37
	TOTAL	75	79	53	26	26	27	53/75
Social (Q = 0.34)	CASG	10	17	11	6	6	5	10/10
	CPF	27	40	27	13	13	14	27/27
	SMD	6	0	0	0	0	0	0/6
	SAJ	4	6	4	2	2	2	4/4
	SER	2	3	2	1	1	1	2/2
	CAT	2	3	2	1	1	1	2/2
	TOTAL	51	69	46	23	23	23	45/51
Aide à domicile (Q = 0.26)	CCSSD	5	8	5	3	3	2	5/5
	SSPC	6	9	6	3	3	3	6/6
	SAD	7	35	23	12 ⁷⁴	23	0	7/7
	TOTAL	18	52	34	18	29	5	18/18
TOTAL	12	144	200	133	67	78	55	116/144

Comme on peut le constater, 78 des 133 travailleurs sont choisis dans les mêmes agréments que les C/D, à fortiori dans les SAD où ils sont tous rencontrés dans les mêmes services que les C/D. Il en résulte que 55 travailleurs sont choisis dans d'autres agréments (si le nombre total le permet⁷⁵). Si l'on prend l'option de choisir ces travailleurs à chaque fois dans un agrément différent, on a dès lors le nombre total d'agréments « visités » dans la dernière colonne du tableau. Nous aboutissons à un total de 116 agréments sollicités sur 144 (soit 80 %). On notera que, étant donné le nombre élevé de travailleurs par service, tous les agréments du groupe « aide à domicile » sont sondés. Le ratio est plus faible dans le « groupe social » mais comme les SMD ne sont pas sondés, on arrive à 100%. Pour le groupe « santé » (53 sur 75, soit 70%), certains agréments ne sont pas sondés. Le choix plus précis dans ce cas s'est effectué selon des critères propres à chaque secteur (localisation et autres spécificités). En ce qui concerne la qualification des travailleurs, nous nous sommes basés sur une répartition globale par fonction. Le lecteur trouvera des précisions **dans l'annexe 9.1.**

⁷⁴ Il faudra ici interviewer 5 cadres en plus des 7 directions (il n'y a que 7 agréments).

⁷⁵ Ce n'est pas le cas dans les CASG où le nombre de travailleurs sondés (11) est supérieur au nombre d'agréments (10). Il faudra donc interviewer 2 travailleurs dans un même CASG.

7. Résultats de l'enquête

Les résultats ayant été traités de manière quantitative⁷⁶, nous les présentons ici sous la forme de tableaux chiffrés, assortis de commentaires. Notre intention initiale était de **procéder à une analyse collective des résultats par groupe** (« santé-social »⁷⁷, « social » et « aide et soins à domicile »), avec une représentation paritaire des secteurs. **Mais la faible participation à l'enquête par questionnaire s'est aussi manifestée pour la constitution des groupes.** Seul le groupe « santé-social » a pu être réuni et ses commentaires sont synthétisés dans l'analyse des résultats quantitatifs de ce groupe.

Avant d'aborder ces chiffres, quelques éléments de contexte relatifs à la collecte des données. Comme nous l'avons signalé plus haut, après une tentative d'administration du questionnaire par interview et par téléphone, nous nous sommes vite rendu compte que cette méthode était irréaliste. Les disponibilités des acteurs de terrain et celle du chercheur (à mi-temps) étaient rarement compatibles. Nous avons dès lors opté pour l'envoi du questionnaire par mail, après avoir contacté les services par téléphone. Le mail comprenait toutes les informations relatives à l'enquête, notamment le fait que **la participation n'était pas obligatoire et que les sondés n'avaient, dans ce cas de figure, qu'à remplir les questions p1 et p2.** Le mail comprenait par ailleurs une lettre des partenaires sociaux du CRAMIC (voir annexe) qui avait été relayée par les fédérations, ainsi qu'un exemplaire du questionnaire à dupliquer éventuellement. 62 services⁷⁸ ont été contactés, sur base de l'échantillon. 67 coordinateurs, directions ou cadres⁷⁹ étaient invités à répondre, ainsi que 133 travailleurs. Ces 200 personnes étaient réparties dans les services en fonction de différents critères (taille, localisation, secteur...). Dans le cas des travailleurs des services d'aide à domicile (SAD), nous avons été présents lors de l'administration du questionnaire pour fournir des explications⁸⁰.

En termes de présentation, nous commencerons par présenter **les données globales, tous secteurs confondus, en termes de participation et de profil des répondants.** Mais cette présentation globale a moins de sens pour les résultats concernant la gouvernance et la conflictualité. Nous présentons dès lors la suite des données par groupe de secteurs. C'est en effet à l'intérieur de ces groupes que ces données prennent leur sens et qu'ils auraient du être analysés par des représentants des secteurs. **Etant donné qu'un seul de ces groupes a pu se réunir avec un nombre suffisant de participants,** le groupe « social-santé », nous n'incluons que leurs commentaires dans la section qui les concerne. Les résultats des deux autres groupes sont commentés seulement par nous.

Comment lire les tableaux ?

Nous fournissons ici des clés de lecture pour la compréhension des données. La légende de chaque tableau mentionne les numéros des questions. La formulation complète peut être retrouvée dans le questionnaire présenté plus haut ; une formulation synthétique est donnée pour les analyses par groupe. Les réponses sont présentées en effectifs (première ligne) et en pourcentages (seconde ligne). Nous ne calculons de pourcentage que lorsque les effectifs excèdent 100 au total. Le sens des abréviations est le suivant : NSP = « ne sait pas », NC = « non concerné », Plus. = « plusieurs réponses », NR = « non réponse ». T signifie « travailleur » et C/D « coordination ou direction ».

⁷⁶ Cette opération a été confiée à l'Entreprise de Travail Adapté *Manufast*, comme pour la DEQT-1.

⁷⁷ Nom donné à ce groupe de secteurs, suivant le découpage expliqué page 22.

⁷⁸ Nous parlons ici de « services » plutôt que d'agrément, dans la mesure où il s'agit d'une entité concrète.

⁷⁹ Ce chiffre de 67 est supérieur aux 62 services en raison du faible nombre de services dans certains secteurs.

⁸⁰ Ceci se justifie par de plus grandes difficultés de compréhension dans le chef de travailleurs moins qualifiés.

7.1. Participation globale à l'enquête

Souhaitez-vous participer à l'enquête (q p1 à q p2) ?

Oui	Non	Oui et non	Non reçus						Total
143	6	6	45						200
72 %	3 %	3 %	23 %						100 %
Si non, pourquoi ?	Entré trop récem. service	Pas d'idée sur le sujet	Pas le temps	Sans intérêt	Préfère s'abstenir	Résultats peuvent être utilisés contre nous	Autre	NR	Total
	1	1	1	1	1			1	6

Le taux de participation dont nous parlons ici est celui qui est mesuré au sein des 200 personnes contactées, sur base d'un échantillon déterminé à priori. Les personnes choisies avaient la possibilité de ne pas participer à l'enquête, mais étaient, dans ce dernier cas, invitées à donner leur raison. 155 répondants ont accepté de participer, ce qui donne un taux de 77.5 %. **Ce taux est faible dans la mesure où 45 services n'ont pas choisi l'option de ne pas participer en indiquant simplement leurs motifs (questions p1 et p2).** Comme nous le verrons, certains secteurs sont plus concernés que d'autres par cette abstention totale. Les 6 motifs de non-participation se répartissent parmi les options, avec une non-réponse. **Il n'y a donc pas grand-chose à en déduire sur les motifs de non-participation, 45 non-répondants n'ayant pas voulu nous éclairer à ce sujet.**

7.2. Profil global des répondants

Ventilation par secteur et par groupe (q i1)

Groupe	Secteurs	Agréments	Trav. PP ONSS 2013 T 4 corrigé	Echantillon prévu	Echantillon final	Ecart
« Santé-Social » (Q = 0.39)	SSM (Q = 0.35)	23	480	28	23	-5
	SAMT (Q = 0.19)	15	230	15	14	-1
	MM (Q = 0.46)	37	511	36	27	-9
	TOTAL (Q = 1)	75	1.221	79	64	-15
« Social » (Q = 0.34)	CASG (Q = 0.25)	10	148	17	13	-4
	CPF (Q = 0.58)	27	294	40	30	-10
	SMD (Q = 0)	6	0	0	2	+2
	SAJ (Q = 0.088)	4	46	6	4	-2
	SER (Q = 0.04)	2	19	3	1	-2
	CAT (Q = 0.05)	2	25	3	3	0
	TOTAL (Q = 1)	51	532	69	53	-16
« Aide et soins à domicile » (Q = 0.26)	CCSSD (Q = 0.15)	5	24	8	4	-4
	SSPC (Q = 0.18)	6	31	9	3	-6
	SAD (Q = 0.67)	7	1.148	35	23	-12
	TOTAL (Q = 1)	18	1.203	52	30	-22
	NR				6	
	Autre				1	
	Plusieurs				1	
TOTAL (Q = 1)	12	144	2.956	200	155	-45

Si l'on examine ces données en pourcentages, on constate que **la plus forte participation** est celle du groupe « santé-social » (81 %), puis du « social » (77 %) et « Aide et soins à domicile » (58 %). Ceci correspond à l'implication des groupes dans ce projet (participation au comité d'accompagnement, aux groupes de discussion). Remarquons par ailleurs que deux sondés ont répondu « service de médiation de dettes » qui n'était pas inclus dans l'échantillon mais bien dans le questionnaire. Le service visé était celui dans lequel le SMD était incorporé. Les petites différences entre cette ventilation des secteurs et celles par groupe viennent de cette source (« autre » « plusieurs »...).

Fonctions exercées par les répondants (q i4)

Fonction	Direction coord.	Accueil	Aide familiale	Aide ménagère	Assistant social	Assistant en psycho.	Adminis.	Conseiller familial
	39	7	18	3	13	2	5	0
	25%	5%	12%	2%	8%	1%	3%	0%
Juriste	Médecin	Paramed.	Psy	Secrétaire	Autre fonction	Plusieurs fonctions	NR	Total
0	7	7	23	3	14	4	10	155
0%	5%	5%	15%	2%	9%	3%	6%	100 %

Les personnes occupant une fonction de coordination/direction constituent un quart des répondants, suivis par les psychologues, les aides familiale et les assistants sociaux (pour le trio de tête). On remarquera le nombre élevé de « autre fonction » et de NR. Par rapport à l'échantillon de départ qui devait comporter un tiers de coordination/direction (soit 67 personnes), l'échantillon effectif est inférieur en proportion, même si certains ont pu cocher la réponse « plusieurs fonctions ». Il y a cependant de fortes variations par groupe que l'on examinera plus loin.

Autres caractéristiques des répondants (q i3 à q i6)

Classe d'âge	18-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65+	NR	Total
	8	33	40	50	12	2	10	155
	5%	21%	26%	32%	8%	1%	6%	100 %
Ancienneté	≤ 5	6-9	10-14	15-19	20-29	30 +	NR	Total
	27	27	26	27	24	12	12	155
	17%	17%	17%	17%	15%	8%	8%	100 %
Statut professionnel	Salarié	Indépendant	Bénévol	Mixte	Autre	Plus.	NR	Total
	132	7	0	0	0	0	16	155
	85%	5%	0%	0%	0%	0%	10%	100 %
Taille service	< 10	10 à 20	21 à 35	36 à 45	46 +	Plus	NR	Total
	25	73	19	4	25		9	155
	16%	47%	12%	3%	16%	0%	6%	100 %

Nous nous sommes limités à quelques facteurs d'identification pour ne pas charger le questionnaire et donner l'impression aux répondants qu'ils pourraient être reconnus. C'est ainsi que le genre a été volontairement ignoré. Ce côté très sommaire de l'identification est aussi lié au fait que les données sont traitées de manière transversale et non factorielle (croisement de variables). Notre seul souci est dès lors de vérifier si le profil global des répondants est assez représentatif de la population globale du champ concerné, dans les limites de la taille de cet échantillon.

Le profil général des répondants est relativement varié et chaque groupe avait notamment pour mission de voir s'il « s'y retrouvait ». Comme nous l'avons indiqué plus haut, ceci n'a pu être réalisé que pour le premier groupe. Une forte majorité de répondants déclare avoir plus de 40 ans (71 % des répondants sur cette question), ce qui est en partie la conséquence d'une demande explicite lors de la diffusion du questionnaire : la consigne d'avoir des répondants qui aient au moins cinq ans d'ancienneté dans le secteur (pas nécessairement dans le service), ceci pour juger de l'évolution des problématiques dans la durée. Ceci explique aussi pourquoi 17 % des répondants affichent une ancienneté égale ou inférieure à cinq ans dans le service (et non le secteur). Enfin, pour ce qui concerne la taille du service, les services comportant entre 10 et 20 travailleurs sont majoritaires, suivis de « petits services » et de « grands services » (du groupe « aide et soins à domicile »).

7.3. Résultats du groupe « santé-social »

7.3.1. Questions d'identification

i1 Secteur principal / prévu			i2 Taille du service			i5 Fonction principale			i6 Statut		
SAJ	0	0%	Moins de 10 trav.	8	12%	Accueil	5	8%	Salarié	52	80%
CASG	0	0%	10 à 20	42	65%	AF	0	0%	Indép	7	11%
CPF	0	0%	21 à 35	9	14%	AM	0	0%	Bénévole	0	0%
CAT	0	0%	36 à 45	2	3%	AS	3	5%	Mixte	0	0%
ER	0	0%	plus de 46	3	5%	Ass psy	0	0%	Autre	0	0%
MM	27/36	42%	NR	1	2%	Adm	1	2%	Plusieurs	0	0%
SAMT	14/15	22%	Total	65	100%	Conseil	0	0%	NR	6	9%
SSM	23/28	35%				Coord/dir	12	18%	Total	65	100%
SMD	0	0%				Juriste	0	0%			
SAFD	0	0%				Médecin	7	11%			
CCSSD	0	0%				Param	7	11%			
SSPC	0	0%				Psy	14	22%			
Autre	0	0%				Secrétaire	3	5%			
Plusieurs	1	2%				Autre	9	14%			
NR	0	0%				Plusieurs	4	6%			
Total	65/79	100%				NR	0	0%			
						Total	65	100%			

Le « plusieurs » est composé de maison médicale + « autre » (hors secteurs ambulatoires)

i3 Age des répondants			i4 Ancienneté dans service		
18-29	3	5%	5 et moins	9	14%
30-39	13	20%	6 à 9	14	22%
40-49	17	26%	10 à 14	10	15%
50-59	21	32%	15 à 19	12	18%
60-64	8	12%	20 à 29	10	15%
65 et plus	1	2%	30 et plus	7	11%
Plusieurs	1	2%	Plusieurs	0	0%
NR	1	2%	NR	3	5%
Total	65	100%	Total	65	100%

Commentaire du chercheur

Nous indiquons les pourcentages (bien que le total soit inférieur à 100) et surlignons les modalités de réponses majoritaires comme **aide** à la lecture des tableaux (*et les commentaires en italique pour le groupe d'analyse collective*). Les 65 répondants ne représentent pas 65 services différents, mais autour d'une quarantaine⁸¹. 12 directions et 53 travailleurs ont répondu (ou une répartition peut-être légèrement différente si l'on tient compte des « plusieurs »), essentiellement des salariés. Il s'agit majoritairement de « soignants » de plus de 40 ans et ayant moins de 15 ans d'ancienneté.

⁸¹ Etat donné l'anonymat des réponses (hors secteur d'appartenance et autres traits d'identification), il n'est pas toujours possible d'identifier le service.

Commentaires du groupe

La plupart des participants considèrent que le profil des répondants correspond globalement à l'image qu'ils se font du profil des travailleurs des secteurs concernés.

Mais ils notent qu'il y a peu d'assistants sociaux par rapport aux psychologues, ce qui est peut-être la conséquence d'une « hiérarchie » de distribution des questionnaires dans le service qui sont donnés aux plus diplômés. La remarque était aussi que les plus diplômés peuvent être repris à la fois dans les catégories des plus diplômés mais aussi dans les catégories « Coord/dir ». D'où le constat qu'il y a assez peu de « travailleurs de la base » représentés parmi les profils qui ont répondu.

Il y a du turnover, sans doute, mais c'est aussi souvent des entrées plus tardives dans les secteurs.

7.3.2. Questions relatives à la gouvernance

Comment les principales décisions sont-elles prises dans le domaine institutionnel ?

1 Collectivement vote décisionnel travailleurs			2 Collectivement consensus travailleurs		
Toujours	6	9%	Toujours	1	2%
Souvent	10	15%	Souvent	23	35%
Parfois	25	38%	Parfois	15	23%
Jamais	12	18%	Jamais	12	18%
NSP	1	2%	NSP	3	5%
NC	2	3%	NC	1	2%
Plusieurs	0	0%	Plusieurs	1	2%
NR	9	14%	NR	9	14%
Total	65	100%	Total	65	100%

Plus souvent par consensus que par vote

3 Hiérarchie après consultation			4 Imposée par hiérarchie		
Toujours	6	9%	Toujours	2	3%
Souvent	21	32%	Souvent	3	5%
Parfois	23	35%	Parfois	15	23%
Jamais	3	5%	Jamais	28	43%
NSP	0	0%	NSP	1	2%
NC	3	5%	NC	4	6%
Plusieurs	1	2%	Plusieurs	0	0%
NR	8	12%	NR	12	18%
Total	65	100%	Total	65	100%

Plus par consultation que par imposition

5. Par une personne au nom d'une théorie			6. Personne ne décide vraiment		
Toujours	0	0%	Toujours	0	0%
Souvent	2	3%	Souvent	10	15%
Parfois	7	11%	Parfois	15	23%
Jamais	33	51%	Jamais	19	29%
NSP	3	5%	NSP	2	3%
NC	7	11%	NC	6	9%

Plusieurs	1	2%		Plusieurs	0	0%
NR	12	18%		NR	13	20%
Total	65	100%		Total	65	100%

La théorie surplombante est rare, l'absence de décision collective plus fréquente

Commentaires du chercheur

En termes de prise de décision institutionnelle (gestion globale du service), c'est le régime « mixte » qui domine, c'est-à-dire soit une gestion par la hiérarchie après consultation, soit une gestion collective avec consensus ou vote décisionnel. L'imposition verticale par la hiérarchie ou par une « théorie de référence » représentée par certaines personnes (membres ou non de la hiérarchie) est très minoritaire, alors que l'absence de décision collective est plus fréquente.

Commentaires du groupe

MM: système autogéré, le vote est une modalité s'il n'y a pas consensus

SAMT: plutôt un panachage, cela dépend du type de sujet et aussi des enjeux.

SSM: le vote est quand il faut trancher, mais je me retrouve dans ces tableaux. Mais en ce qui concerne le tableau 5 (« la théorie »), il y a une « tache aveugle » (ndlr : une théorie implicite), c'est plus présent qu'on ne le pense. Au-delà des écoles de pensée, il existe une modélisation de l'offre de soin traversée par des théories.

MM: il y a encore de vieux dinosaures dans les MM qui ont un statut symbolique, etc.

MM : Je m'y retrouve aussi. Il y a 20 ans dans les MM on ne « décidait pas beaucoup », mais il y eu un travail depuis, avec l'aide de la FMM et on va aussi plus vers le vote

SSM: étonnée par le nombre de non réponses ; le chercheur explique.

SSM: il ne faut pas négliger la « zone d'ombre sur la théorie ». Surtout quand ce n'est pas nommé comme tel, on ne sait pas en débattre (c'est implicite). Il y a des querelles d'écoles et il vaut mieux en parler que rester « larvé ».

SSM : OK avec les tableaux, le vote c'est quand il n'y a pas de consensus. Théorie de référence portée par une personne, peut-être, mais la direction doit jouer son rôle.

SAMT : le vote est rare, cela dépend du type de décision, mais le vote risque de mettre à jour des clivages, des différences que l'on devrait assumer.

Chercheur : Système de gouvernance peut varier en fonction des décisions à prendre. En SSM plus de prégnance d'une théorie implicite ou explicite. On peut préfère le consensus au vote qui peut cliver « les pairs ».

SSM : on peut imposer en SSM (il y a une verticalité)

SAMT : parfois on demande qu'il y ait plus de verticalité.

(différences historiques : MM autogérées très structurées, SSM plus « théorie de référence » et verticalité existante ou souhaitée, et SAMT de collectif peu organisé vers plus de verticalité)

Comment les décisions quotidiennes sont-elles prises dans le cadre du travail avec les usagers ?

7. Collective par l'équipe après délibération			8. Par la direction qui fournit les réponses-guide, un cadre		
Toujours	12	18%	Toujours	0	0%
Souvent	31	48%	Souvent	4	6%
Parfois	13	20%	Parfois	21	32%
Jamais	1	2%	Jamais	16	25%
NSP	1	2%	NSP	4	6%
NC	0	0%	NC	6	9%
Plusieurs	0	0%	Plusieurs	0	0%
NR	7	11%	NR	14	22%
Total	65	100%	Total	65	100%

La décision d'équipe après délibération domine nettement

9. En fonction des principes directeurs de la théorie qui nous sert de balise			10. De manière individuelle au cas par cas, selon principes élaborés ensemble		
Toujours	1	2%	Toujours	7	11%
Souvent	16	25%	Souvent	30	46%
Parfois	14	22%	Parfois	18	28%
Jamais	10	15%	Jamais	3	5%
NSP	4	6%	NSP	1	2%
NC	6	9%	NC	0	0%
Plusieurs	1	2%	Plusieurs	0	0%
NR	13	20%	NR	6	9%
Total	65	100%	Total	65	100%

Il y a des principes directeurs mais adaptés au cas par cas

11. Chacun se débrouille comme il peut		
Toujours	1	2%
souvent	5	8%
Parfois	26	40%
Jamais	15	23%
NSP	1	2%
NC	3	5%
Plusieurs	1	2%
NR	13	20%
Total	65	100%

La débrouille purement individuelle est nettement plus rare

Commentaires du chercheur

Dans le champ des décisions quotidiennes concernant le travail avec les usagers, c'est la modalité collective ou le cas par cas individuel selon les principes directeurs qui prédomine, avec une certaine part de « débrouille individuelle ».

Commentaires du groupe

SSM: « débrouille » autre sens en psychanalyse (chacun s'autorise de lui-même).

Clarification du sens de la notion de « débrouille » dans ce questionnaire

SSM: il y a aussi un principe de réalité, il y a beaucoup de gens et il faut se débrouiller comme on peut.

MM : on a des réunions de cas cliniques mais c'est souvent collectif après délibération ou selon des principes élaborés ensemble.

SSM : retour sur la « tache aveugle » institutionnelle (théorie de référence élargie) qui impacte aussi les décisions quotidiennes. Mais il y a la débrouille aussi vu la réalité et le nombre de demandes.

SAMT: comme on a des permanences téléphoniques 24h/24h on doit se débrouiller, mais c'est avec le superviseur et entre nous que l'on discute le plus du travail. Et on essaye de tendre vers des principes directeurs pour éviter trop de « débrouille ». En fait j'ai évoqué qu'auparavant, nous avions des permanences téléphoniques 24h/24h (ce n'est plus le cas). Il pouvait arriver que nous fassions face à des situations cliniques complexes que nous devons gérer seul la nuit à domicile sans pouvoir débriefer de suite.

MM : quand on a 1.500 usagers, c'est au cas par cas mais selon des principes élaborés ensemble. Mais après-coup on revient pour en discuter en équipe.

Chercheur : différence entre « théorie de référence » et principes directeurs, et entre procédure méthodologique et théorie surplombante et « totale ».

SSM: il ne faut quand même pas penser que chacun se débrouille tout seul, on est quand même soutenus.

(explication sur les raisons du taux parfois élevé de NR : des répondants n'ont pas compris qu'il fallait répondre à **toutes** les questions, ce qui était pourtant bien précisé dans les consignes écrites)

Mode de direction le plus proche actuellement ?

12. De quel mode de direction votre service est-il le plus proche ?		
Hiérarchique « vertical »	3	5%
Hiérarchique participatif	11	17%
Collectif peu organisé	2	3%
Collectif organisé	21	32%
Collectif régi par une théorie	1	2%
Mixte (vertical gestion globale, horizontal décision cliniques et/ou social)	23	35%
NSP	0	0%
Plusieurs	2	3%
NR	2	3%
Total	65	100%

Commentaires du chercheur

Les réponses à cette question confirment ce qui a été souligné précédemment, à savoir le système « mixte » qui est prédominant (plus particulièrement avec la séparation global/clinique).

Le chercheur donne quelques précisions sur la typologie de Kinoo et l'homologie de celle-ci avec « l'histoire de notre démocratie »

Commentaires du groupe

MM : autogéré donc toujours horizontal.

SAMT : je confirme, c'est le mixte qui domine avec panachage.

SSM : 84 % de mixte, cela correspond à notre réalité. Mais tension entre collectif organisé et le « mixte » (avec la question de la représentation des travailleurs dans le CA). Mais le « mixte » est le dominant.

MM : tout le monde est dans le CA (mais question de l'ordre des médecins : pas de non-médecins dans les organes de décision).

SSM: oui, c'est le plus souvent entre collectif organisé et mixte.

SSM: évolution du service d'un « médecin directeur » à un collectif organisé.

SSM : j'ai travaillé dans une organisation mixte (avec travailleurs dans le PO) et maintenant je suis là dans cette autre SSM pour qu'elle soit plus mixte (parce que cela n'allait pas, parce que c'était trop horizontal). Donc on introduit de la verticalité.

SAMT : on vient d'un collectif désorganisé et on va vers le mixte. Mais la COCOF est floue sur les missions et les titres de la coordination, pas de soutien, on n'est pas formés. (syndrome de la coordination « boîte aux lettres » de la COCOF mais sans reconnaissance salariale ou autre)

Chercheur : Précision des deux sens de « mixte » dans ce tableau.

Evolution de la gouvernance dans votre service (2010-2015) ?

13. Des changements importants de gouvernance ces cinq dernières années ?			14. Si oui, cela concerne :		
Oui	33	51%	Prise de décision	6	9%
Non	23	35%	Nouvelle direction	17	26%
NSP	1	2%	Chgm tête CA	3	5%
Plusieurs	8	12%	NSP	1	2%
NR	0	0%	Autre	5	8%
			Plusieurs	5	8%
			NR	28	43%
Total	65	100%	Total	65	100%

Changements importants sont majoritaires, d'avantage nouvelle direction que changement CA

15. Si non, trouvez-vous que :			16. Crise grave de gouvernance ces 5 dernières années ?		
Changements étaient nécessaires	11	17%	Oui	11	17%
Des changements n'étaient pas nécessaires	14	22%	En partie	23	35%
NSP	6	9%	Non	22	34%
Plusieurs	0	0%	NSP	3	5%
NR	34	52%	NR	6	9%
Total	65	100%	Total	65	100%

Commentaires du chercheur

On remarquera la majorité des « changements importants » et des crises de gouvernance (partielle ou globale, 52 % pour ces deux modalités cumulées).

Commentaires du groupe

MM : changement inscrit dans le logiciel, il est obligatoire par rotation dans le CA. Mais la coordination et l'AG sont plus stables.

SAMT : il y a eu changement de tout le CA et de la direction, avec arrivée de travailleurs plus jeunes.

SSM : cela bouge beaucoup en santé mentale, il y a beaucoup de nouvelles têtes, mais pas spécialement à cause de crise, mais aussi départ à la retraite. Mais en voyant le tableau 16 on voit que cela « a bien soufflé autour de ces questions ». Pas mal de crises, c'est vrai.

MM : tous dans l'AG et CA, sauf la coordination. On a précisé avec des juristes le mode d'organisation dans des ROI ou des statuts qui ne voulaient rien dire. Y compris pour des achats en dessous de 2000 euros...

SSM: je vois peu de changement comme déléguée, mais j'en suis déléguée que depuis 5 ans. Mais je suis secrétaire et je n'ai pas une vision aussi large que XX.

SSM: revient sur la notion de crise, qui concerne les fondamentaux de l'institution.

Le chercheur précise que changement n'est pas égal à crise.

SSM : il y a eu des crises institutionnelles, 5 coordinateurs sur 6 ans.

SAMT : dans une crise ou un problème de gouvernance, ce n'est pas toujours le coordinateur qui pose problème.

7.3.3. Questions relatives à la conflictualité

Quel est selon vous le degré de conflictualité dans votre service ? Réagissez aux énoncés

17. « Il y a des conflits au sein de l'équipe »			18. « Les conflits d'équipe sont ouverts »		
Toujours	4	6%	Toujours	2	3%
Souvent	9	14%	Souvent	6	9%
Parfois	47	72%	Parfois	39	60%
Jamais	2	3%	Jamais	12	18%
NSP	1	2%	NSP	2	3%
NC	0	0%	NC	2	3%
Plusieurs	0	0%	Plusieurs	0	0%
NR	2	3%	NR	2	3%
Total	65	100%	Total	65	100%

Conflits au sein de l'équipe fréquents, plus souvent latents qu'ouverts

19. « Les conflits d'équipe sont latents »			20. « Il y a des conflits entre l'équipe et la direction »		
Toujours	3	5%	Toujours	0	0%
Souvent	18	28%	Souvent	5	8%
Parfois	35	54%	Parfois	31	48%
Jamais	2	3%	Jamais	16	25%
NSP	2	3%	NSP	3	5%
NC	1	2%	NC	7	11%
Plusieurs	0	0%	Plusieurs	0	0%
NR	4	6%	NR	3	5%
Total	65	100%	Total	65	100%

Conflits d'équipe plus fréquents que conflits avec la direction

21. « Les conflits avec la direction relèvent plus de la tension que du conflit ouvert »		
Toujours	6	9%
Souvent	21	32%
Parfois	14	22%
Jamais	7	11%
NSP	4	6%
NC	9	14%
Plusieurs	0	0%
NR	4	6%
Total	65	100%

Commentaires du chercheur

L'occurrence des conflits (au sein de l'équipe ou avec la direction) semble un peu moins importante que celle des crises, avec une réponse majoritaire de « parfois » pour les conflits au sein de l'équipe (plus souvent perçus comme « latents » que « ouverts »), plus fréquents que les conflits avec la direction, aux aussi plus de l'ordre de la « tension » que de la crise ouverte. Peut-on en déduire que les « crises graves » seraient dès lors de nature plus systémiques (ou entre direction et CA) ?

Commentaires du groupe

MM : pas mal de conflits ouverts ou latents au sein de l'équipe, mais c'est « normal »

SSM: c'est plus des divergences de points de vue par rapport aux référents théoriques des travailleurs, que je sache.

SSM: il y a eu des conflits entre équipe et directions et je suis devenue déléguée.

SSM : les conflits sont plus entre "sous-équipes" entre elles (ex : équipe adultes et équipe enfants).

SAMT : ce n'est pas évident pour rester convivial de se permettre trop de différenciation (conflits ouverts). Voir plus haut.

MM : plus souvent conflits avec les médecins qui sont prescripteurs et ont du mal avec équipe horizontale et pluridisciplinaire, et surtout avec jeunes médecins moins militants que les fondateurs.

SAMT: on n'échappe pas au conflit, et s'il y a des conflits ouverts et que l'on ne travaille pas dessus ils deviennent latents (importance du rôle indirect de la direction pour « traiter » les conflits, y compris avec un superviseur extérieur sur le « faire équipe » et développer une loyauté). Mais quand il y a cette loyauté et qu'il y a de nouveaux désaccords, vais-je briser cette loyauté ? Il y a une ambivalence entre « loyauté démesurée » et ouverture des conflits. Image des « tourments » suivie de la « lune de miel » que l'on veut préserver.

SSM : la conflictualité est toujours déjà là, les équipes sont traversées par des zones conflictuelles, notamment interprofessionnelles, comme les psychiatres et les psychologues, et les AS qui voudraient bien être psy mais « qui ne sont pas restés assez longtemps sur le divan ». On vient d'un monde où on auto-définissait le cadre de travail entre nous mais maintenant on impose des choses de l'extérieur, comme les heures supplémentaires ou les congés (réglementation, syndicats...). Avant c'était le « règne du désir » (ndlr : « ne pas céder sur son désir »). Parfois cela arrange bien un travailleurs mais pas les autres (ex : ouvrir à 6 h du mat pour ne pas être dans les embouteillages).

SSM : il y aussi conflits entre équipes (accueil, enfants, communautaire...).

Quel jugement portez-vous sur les effets de ces conflits ? Réagissez aux énoncés

22. « Ces conflits sont vecteurs de changements positif à terme »			23. « Ces conflits sont source de stress »		
Toujours	3	5%	Toujours	15	23%
Souvent	27	42%	Souvent	21	32%
Parfois	24	37%	Parfois	24	37%
Jamais	4	6%	Jamais	0	0%
NSP	4	6%	NSP	0	0%
NC	1	2%	NC	3	5%
Plusieurs	0	0%	Plusieurs	0	0%
NR	2	3%	NR	2	3%
Total	65	100%	Total	65	100%

L'effet positif des conflits à terme est fréquent, même si source de stress (positif, donc)

24. « Ces conflits paralysent le service »			25. « Ces conflits affectent le travail avec les usagers »		
Toujours	0	0%	Toujours	1	2%
Souvent	10	15%	Souvent	8	12%
Parfois	16	25%	Parfois	22	34%
Jamais	33	51%	Jamais	25	38%
NSP	2	3%	NSP	3	5%
NC	2	3%	NC	3	5%
Plusieurs	0	0%	Plusieurs	2	3%
NR	2	3%	NR	1	2%
Total	65	100%	Total	65	100%

Commentaires du chercheur

Si les conflits sont parfois ou souvent sources de stress et peuvent affecter le travail avec les usagers, ils paralysent peu souvent le service et sont perçus comme vecteurs de changements positifs à terme dans la majorité relative des cas (47 % de « souvent » et « toujours »).

Commentaires du groupe

SSM: d'accord avec ces tableaux. Le conflit ouvert c'est aussi pour que cela « s'arrange », pour que l'on trouve une solution

SSM: même point de vue

SSM : le tableau 25 (effet sur le travail avec les usagers), c'est le « *tableau du déni* ». Cela affecte évidemment le travail avec les usagers. Le conflit peut être positif si on peut oser en parler, mais cela peut aussi paralyser une équipe. Comment peut-on être bien dans son boulot quand on est pris par un conflit d'équipe ? Il ne suffit de « faire » son boulot, il faut aussi « bien le faire ».

SAMT : des patients « rejouent » le même conflit que l'équipe, on voit les courbes de participation aux activités (ndlr : la plupart du temps collectives dans ce SAMT) qui fluctuent selon les conflits, les patients ont vite compris !

MM : positif ? Oui, mais pour qui ? Celui qui part ou pour l'équipe qui s'en est « débarrassé » ? Quand on a un conflit interne, comment rester empathique avec chacun ? De là à paralyser le service, non.

SAMT: cela peut être positif si on a pu gérer le conflit. Si 4 personnes sont en conflit (plaintes pour harcèlement moral dans ce cas) sur une équipe de 6, cela ne va pas. Paralysés, non, car les gens gardent quand même une loyauté envers le projet institutionnel. Mais s'il y a 300 jours d'absentéisme par an, cela ne marche plus (ou du moins est-ce le symptôme de quelques soucis).

SSM : « Le service continue » peut être, même pendant la bagarre, mais il est difficile d'avouer dans un questionnaire que l'on n'est pas « un bon travailleur » ! Ce sont quand même des soignants qui sont traversés par des crises. Et puis pour virer quelqu'un dans ce secteur, c'est quasi impossible ! Or quelqu'un peut ne pas du tout être à sa place dans une équipe et l'empêcher de fonctionner.

MM. des maisons médicales ont eu des conflits ouverts et une partie de l'équipe s'est séparée et a créé une nouvelle maison médicale !

Chercheur : C'est un conflit qui génère des boutures...

MM. les usagers nous disent quand c'est chouette. A contrario, je présume qu'ils le diraient si cela n'allait pas. Mais il existe une conscience professionnelle, même en cas de crise.

SSM : le tableau 25 n'est pas forcément un déni. Même si la situation était douloureuse, on a continué à faire nos rencontres, nos réunions, et là on ne parle que de nos patients (même parfois plus), pas de nos conflits.

SSM : on n'utilise pas l'institution et les usagers pour régler ses conflits. Sinon la direction doit intervenir.

Quelles sont les causes de ces conflits selon vous ? Réagissez aux énoncés.

26. « Les conflits sont directement liés au mode de direction »			27. « Ces conflits sont indirectement liés au mode de direction »		
Toujours	2	3%	Toujours	1	2%
Souvent	11	17%	Souvent	13	20%
Parfois	23	35%	Parfois	27	42%
Jamais	12	18%	Jamais	7	11%
NSP	4	6%	NSP	3	5%
NC	10	15%	NC	10	15%
Plusieurs	0	0%	Plusieurs	0	0%
NR	3	5%	NR	4	6%
Total	65	100%	Total	65	100%

Un peu plus souvent indirect que direct

28. « Les conflits sont principalement des conflits entre personnes »			29. « Il y a des conflits avec les syndicats »		
Toujours	7	11%	Toujours	1	2%
Souvent	24	37%	Souvent	0	0%
Parfois	24	37%	Parfois	6	9%
Jamais	2	3%	Jamais	37	57%
NSP	0	0%	NSP	4	6%
NC	4	6%	NC	14	22%
Plusieurs	0	0%	Plusieurs	0	0%
NR	4	6%	NR	3	5%
Total	65	100%	Total	65	100%

Nettement plus souvent entre personnes d'une équipe qu'avec les syndicats

30. « Il y a des conflits entre générations qui n'ont pas les mêmes conceptions »			31. « Il y a des conflits concernant les orientations et valeurs du service »		
Toujours	0	0%	Toujours	1	2%
Souvent	7	11%	Souvent	10	15%
Parfois	24	37%	Parfois	34	52%
Jamais	20	31%	Jamais	13	20%
NSP	4	6%	NSP	1	2%
NC	7	11%	NC	3	5%
Plusieurs	0	0%	Plusieurs	1	2%
NR	3	5%	NR	2	3%
Total	65	100%	Total	65	100%

Plus souvent concernant les orientations et valeurs qu'entre générations de travailleurs

32. « Il y a des conflits concernant l'organisation du service »			33. « Les conflits sont variés et de sources diverses »		
Toujours	1	2%	Toujours	3	5%
Souvent	14	22%	Souvent	22	34%
Parfois	39	60%	Parfois	21	32%
Jamais	4	6%	Jamais	4	6%
NSP	1	2%	NSP	7	11%
NC	3	5%	NC	4	6%
Plusieurs	0	0%	Plusieurs	0	0%
NR	3	5%	NR	4	6%
Total	65	100%	Total	65	100%

La dimension organisationnelle semble fréquente comme source de conflit

Commentaires du chercheur

Les conflits entre personnes apparaissent « en haut du tableau » (48 % de « toujours » et « souvent »), même s'ils peuvent être générés par des difficultés institutionnelles (l'imbrication des différents facteurs est difficile à démêler) et ceux avec les syndicats en « bas du tableau » (57 % de « jamais »). Remarquons aussi que le mode de direction est plus souligné de manière « indirecte » (sa capacité à résoudre les conflits) que de manière « directe » (tableaux 26 et 27 de la page précédente). Les conflits entre générations et ceux liés aux orientations et valeurs du service ne sont pas négligeables, et ils sont peut-être liés en partie. Enfin, l'organisation du service paraît aussi une source de conflit souvent citée, mais « parfois ».

Commentaires du groupe

MM : des conflits entre personnes à gérer, on a. Entre générations, un peu. Des conflits organisationnels, on en discute, ce ne sont pas vraiment des conflits mais des problèmes à résoudre. Parfois interpersonnels, comme des accueillantes qu'on a encouragées à s'entendre et à apaiser leurs différends personnels.

SSM: pas connu de grosses crises, sauf maintenant car il y a une nouvelle direction et une mésentente liée à l'organisation. Pas de conflits avec les syndicats, en effet.

SSM: plus de conflits sur les valeurs du service, ou lié au mode de direction.

SSM : si le cadre est instauré et accepté, la direction fonctionne bien. Parfois des conflits entre les orientations cliniques et générationnels, mais si le cadre fonctionne. Mais il faut préparer les gros départs.

SAMT : si le mode de direction est clair, cela apporte de la sérénité.

MM : souvent des conflits de personnes, mais dans un cadre autogéré, c'est plus fluctuant. Des travailleurs essayent de « se placer » (par ex pour être élus au CA) et ils veulent remettre en question des choses plus importantes, comme la politique salariale, et il faut baliser en AG.

SAMT : il y a eu un conflit avec les syndicats, on a du tout changer parce qu'une personne a bien fait éclater le bazar (avec un permanent) pour des questions de modalités de travail (congés, récupération, horaires...).

SSM : entre les générations, pas tellement, c'est toujours du « même » qui rentre (politique d'embauche). Au niveau des orientations et valeurs, il y a des divergences mais on en cause. En termes d'organisation, il y a des facteurs externes comme les exigences de la COCOF, de la législation sociale (les syndicats), et il y a des conflits plus avec les anciens qui n'ont pas l'habitude ses règles, alors que les nouveaux sont d'emblée dedans.

7.3.4. Impacts de la conflictualité sur le travail avec les usagers

Quels sont les types de travail avec les usagers qui sont touchés par les conflits ? Réagissez aux énoncés

34. « Les accompagnements de longue durée... »			35. « Les projets collectifs ou communautaires... »		
Toujours	1	2%	Toujours	4	6%
Souvent	5	8%	Souvent	8	12%
Parfois	20	31%	Parfois	25	38%
Jamais	23	35%	Jamais	13	20%
NSP	5	8%	NSP	1	2%
NC	4	6%	NC	7	11%
Plusieurs	0	0%	Plusieurs	1	2%
NR	7	11%	NR	6	9%
Total	65	100%	Total	65	100%

Projets collectifs plus souvent touchés que les accompagnements individuels de longue durée

36. « Les services individuels de courte durée... »			37. « Le travail de réseau... »		
Toujours	0	0%	Toujours	1	2%
Souvent	4	6%	Souvent	4	6%
Parfois	16	25%	Parfois	21	32%
Jamais	27	42%	Jamais	19	29%
NSP	5	8%	NSP	5	8%
NC	5	8%	NC	7	11%
Plusieurs	1	2%	Plusieurs	1	2%
NR	7	11%	NR	7	11%
Total	65	100%	Total	65	100%

Travail de réseau plus touché que services individuels de courtée durée

38. « La plupart des types de travail... »		
Toujours	1	2%
Souvent	6	9%
Parfois	19	29%
Jamais	21	32%
NSP	7	11%
NC	3	5%
Plusieurs	1	2%
NR	7	11%
Total	65	100%

Commentaires du chercheur

La dimension collective du travail ou de réseau apparaît un peu plus affectée par les conflits que le travail individuel et/ou de longue durée.

Commentaires du groupe

SAMT : les réponses paraissent un peu sous-évaluées, notamment pour le collectif qui peut être plus touché (ndlr : c'est leur mission).

SSM : un patient peut faire venir un conflit au jour, notamment en « utilisant » plusieurs membres de l'équipe et cela peut faire capoter l'équipe. Il y a peu d'engagement à reconnaître que le travail peut être affecté par un conflit, alors que cela peut être constructif que de la reconnaître. Tout ce qui est conflictuel, le patient peut le faire éclater.

SSM: c'est logique que les projets collectifs soient plus affectés.

MM : les projets collectifs peuvent être affectés par un manque d'énergie du aux conflits. Mais cela se marque peut-être plus du côté psy que du côté médical.

SSM : cela affecte d'abord le collectif, et puis si cela perdure l'individuel sera aussi affecté. Si le conflit n'est pas résolu, il percole à tous les niveaux.

SAMT: si le travailleurs est en conflit et que cela n'est pas géré, il finira par perdre l'intérêt pour le bénéficiaire (ndlr : troisième variable du syndrome de burn-out), ou que cela aurait inévitablement un effet sur le travail avec le bénéficiaire sans pour autant avancer une perte d'intérêt. Si l'équipe ne se parle pas et que l'on a mille appels par an, cela ne donner pas un travail de qualité si on se parle pas ! Mais pour gérer les conflits, c'est plus souvent par un extérieur (supervision).

Comment le travail avec les usagers est-il principalement affecté selon vous ? Réagissez aux énoncés

39. « Pour échapper aux conflits, nous nous centrons plus sur le travail avec les usagers »			40. « Les conflits prennent beaucoup de temps et diminuent notre disponibilité »		
Toujours	1	2%	Toujours	3	5%
Souvent	26	40%	Souvent	6	9%
Parfois	16	25%	Parfois	29	45%
Jamais	5	8%	Jamais	16	25%
NSP	4	6%	NSP	1	2%
NC	7	11%	NC	5	8%
Plusieurs	1	2%	Plusieurs	1	2%
NR	5	8%	NR	4	6%
Total	65	100%	Total	65	100%

Le centrage sur travail avec les usagers plus fréquent que diminution de disponibilité

41. « Les conflits nous prennent la tête et nous sommes moins à l'écoute des usagers »		
Toujours	2	3%
Souvent	7	11%
Parfois	27	42%
Jamais	16	25%
NSP	3	5%
NC	6	9%
Plusieurs	1	2%
NR	3	5%
Total	65	100%

Mais cela peut « prendre la tête »

Commentaires du chercheur

Les répondants indiquent assez majoritairement que les conflits les incitent plus souvent à se centrer d'avantage sur le travail avec les usagers que l'inverse, même si la conflictualité peut « prendre la tête » ou « prendre du temps » et rendre moins disponible.

Commentaires du groupe

SAMT : se centrer plus ne veut pas dire « travailler mieux ». !

SSM : je me retrouve dans les résultats.

MM : on peut se concentrer mais ce n'est pas pour cela que l'on est plus à l'écoute.

MM : nous sommes peut-être moins à l'écoute des usagers mais aussi des collègues.

SAMT: se centrer sur le travail donne parfois l'illusion qu'il est de « qualité » mais les conflits ne peuvent que déteindre sur le climat général et notre disponibilité et donc le « lien » avec nos bénéficiaires...

7.3.5. Impacts de la gouvernance sur le travail avec les usagers. Réagissez aux énoncés

42. « La théorie de référence nous empêche de nous adapter aux demandes diverses »			43. « La multiplicité des réunions pour nous décider nuit aux usagers »		
Toujours	0	0%	Toujours	3	5%
Souvent	2	3%	Souvent	1	2%
Parfois	14	22%	Parfois	18	28%
Jamais	29	45%	Jamais	29	45%
NSP	5	8%	NSP	1	2%
NC	9	14%	NC	9	14%
Plusieurs	2	3%	Plusieurs	2	3%
NR	4	6%	NR	2	3%
Total	65	100%	Total	65	100%

La « réunionite » paraît un peu plus « impactante » que la rigidité théorique

44. « Le caractère imposé des interventions est trop rigide... »			45. « Une fois les décisions prises, on a du mal à les mettre en œuvre »		
Toujours	1	2%	Toujours	1	2%
Souvent	3	5%	Souvent	14	22%
Parfois	9	14%	Parfois	37	57%
Jamais	37	57%	Jamais	6	9%
NSP	2	3%	NSP	1	2%
NC	9	14%	NC	4	6%
Plusieurs	2	3%	Plusieurs	0	0%
NR	2	3%	NR	2	3%
Total	65	100%	Total	65	100%

Ainsi que la difficulté à mettre les décisions en œuvre que le caractère imposé des interventions

46. « Comme tout le monde se débrouille de son côté, cela manque de cohérence »		
Toujours	2	3%
Souvent	10	15%
Parfois	20	31%
Jamais	18	28%
NSP	3	5%
NC	10	15%
Plusieurs	1	2%
NR	1	2%
Total	65	100%

La débrouille et le manque de cohérence ne sont pas inexistantes

Commentaires du chercheur

Deux traits de gouvernance semblent pouvoir avoir un impact sur le travail avec les usagers : la difficulté de mettre les décisions prises en œuvre (79 % de « parfois » et « souvent ») et la « débrouille » de chacun de son côté qui peut affecter la cohérence. La rigidité des interventions imposées et la « théorie de référence » est en bas de la liste.

Commentaires du groupe

MM : je ne m'y retrouve pas tellement, nous avons des procédures mais on quand même beaucoup de réunions et cela peut affecter l'accessibilité des consultations. Mais les valeurs nous portent.

MM : dans l'évolution de la gouvernance, on voit plus de coordination et même une direction (ndlr : évolution vers plus de verticalité). Il y a de toute façon un exécutif pour mettre les décisions en œuvre. Mais on a malgré tout une tendance à multiplier les réunions internes et externes, on est beaucoup sollicités. La fédération a aidé pour améliorer la gouvernance.

SAMT : j'entends cela comme un besoin de cadre pour mettre en œuvre les décisions. La position de coordinateur ou de directeur n'est pas évidente. On besoin d'un peu de hiérarchie mais il ne faut pas y perdre.

SAMT: des réunions pour régler des problèmes, d'accord, mais il y a en quand même beaucoup. La « débrouille », il y en a, mais ce sont les cas les plus « sombres ».

Les MM c'est quand même très organisé, une longue tradition, des évaluations, la Fédération, le Germ...

SSM : « Jusqu'ici tout va bien » (ironique).

TRAV : la multiplicité de réunions ne nuit pas usagers, on n'a pas de réunions de gouvernance comme en MM. On n'a pas de caractère imposé rigide des interventions.

SSM: la gouvernance est de la responsabilité du coordinateur, il doit jouer son rôle, sinon on va vers le chaos.

SSM : revient sur la « théorie de référence ». Il y a quand même un niveau général d'un modèle de santé mentale qui a un effet sur la pratique et qui influence la gouvernance (exemple du paiement, de l'utilisation des interprètes par des psys, pouvoir venir avec son chien, être un peu alcoolisé...). Les réponses à la question 42 sont sous-estimées pour cette raison.

Chercheur : Il faut faire une différence entre la « théorie de référence » et le ROI, par exemple. Il y a une question qui manque sur le seuil d'accès (« bas seuil », etc.), mais le questionnaire devait être limité...

SSM : je continue à penser qu'il y a une certaine représentation sectorielle (ndlr : un « habitus »), portée par la gouvernance et qui fait barrage à certains adaptations. Le 45 % de « jamais » à la question 42 est sous-évalué. D'autres aspects font aussi « théorie » (ndlr : on présume beaucoup de choses dans les soins psys individuels par la parole). Nos réunions sont en majorité des réunions cliniques. Pour la 45 on a dépassé cela, on a inventé le « décisionnaire ». On est aussi moins dans la « débrouille individuelle ».

7.4. Résultats du groupe « social »

7.4.1. Questions d'identification

i1 Secteur principal/prévu		i2 Taille du service			i5 Fonction principale			i6 Statut		
SAJ	4/6	Moins de 10 trav.	14		Accueil	2		Salarié	47	
CASG	13/17	10 à 20	27		AF	0		Indép		
CPF	30/40	21 à 35	7		AM	0		Bénévole		
CAT	3/3	36 à 45	2		AS	8		Mixte		
ER	1/3	plus de 46	0		Ass psy	1		Autre		
MM		NR	2		Adm	2		Plusieurs		
SAMT		Total	52		Conseil	0		NR	5	
SSM					Coord/dir	23		Total	52	
SMD					Juriste	0				
SAFD					Médecin	0				
CCSSD					Param	0				
SSPC					Psy	9				
Autre					Secrétaire	0				
Plusieurs	1				Autre	2				
NR					Plusieurs	1				
Total	52/69				NR	4				
					Total	52				

i3 Age des répondants		i4 Ancienneté dans service		
18-29	4	5 et moins	13	
30-39	14	6 à 9	11	
40-49	17	10 à 14	11	
50-59	12	15 à 19	6	
60-64	2	20 à 29	7	
65 et plus	4	30 et plus	1	
Plusieurs	1	Plusieurs		
NR	2	NR	3	
Total	52	Total	52	

Commentaires

Le groupe n'ayant pu être constitué, les commentaires sont ceux du chercheur. Nous n'indiquons pas les pourcentages (comme aide pour le groupe d'analyse) et surlignons les modalités de réponses majoritaires comme **aide** à la lecture des tableaux. Les 52 répondants ne représentent pas 52 services différents, mais autour d'une trentaine⁸². 23 directions et 29 travailleurs ont répondu (ou une répartition peut-être légèrement différente si l'on tient compte des « plusieurs » et des non-réponses), tous des salariés. Il s'agit, hors directions, majoritairement de psychologues et d'AS.

⁸² Etat donné l'anonymat des réponses (hors secteur d'appartenance et autres traits d'identification), il n'est pas toujours possible d'identifier le service.

7.4.2. Questions relatives à la gouvernance

Comment les principales décisions sont-elles prises dans le domaine institutionnel ?

1 Coll. vote décisionnel travailleurs			2 Coll. consensus travailleurs		
Toujours	0		Toujours	5	
Souvent	12		Souvent	23	
Parfois	17		Parfois	14	
Jamais	16		Jamais	6	
NSP	1		NSP	0	
NC	1		NC	5	
Plusieurs	0		Plusieurs	1	
NR	5		NR	3	
Total	52		Total	52	

3 Hiérarchie après consultation			4 Imposée par hiérarchie		
Toujours	5		Toujours	1	
Souvent	22		Souvent	3	
Parfois	15		Parfois	20	
Jamais	4		Jamais	24	
NSP	0		NSP	0	
NC	3		NC	2	
Plusieurs	1		Plusieurs	0	
NR	1		NR	1	
Total	52		Total	52	

5. Par une personne au nom d'une théorie			6. Personne ne décide vraiment		
Toujours	0		Toujours	0	
Souvent	0		Souvent	2	
Parfois	1		Parfois	22	
Jamais	35		Jamais	21	
NSP	1		NSP	1	
NC	10		NC	2	
Plusieurs	1		Plusieurs	0	
NR	4		NR	4	
Total	52		Total	52	

Commentaires

En termes de prise de décision institutionnelle (gestion globale du service), c'est le régime « mixte » qui domine, c'est-à-dire soit une gestion collective avec vote décisionnel ou consensus, soit une gestion par la hiérarchie après consultation. L'imposition verticale par la hiérarchie ou par une « théorie de référence » représentée par certaines personnes (membres ou non de la hiérarchie) est très minoritaire, alors que l'absence de décision est plus fréquente.

Comment les décisions quotidiennes sont-elles prises dans le cadre du travail avec les usagers ?

7. Collective par l'équipe après délibération			8. Par la direction qui fournit les réponses-guide, un cadre		
Toujours	12		Toujours	4	
Souvent	27		Souvent	5	
Parfois	9		Parfois	21	
Jamais	3		Jamais	15	
NSP	0		NSP	0	
NC	0		NC	4	
Plusieurs	0		Plusieurs	0	
NR	1		NR	3	
Total	52		Total	52	

9. En fonction des principes directeurs de la théorie qui nous sert de balise			10. De manière individuelle au cas par cas, selon principes élaborés ensemble		
Toujours	0		Toujours	1	
Souvent	12		Souvent	22	
Parfois	20		Parfois	26	
Jamais	8		Jamais	0	
NSP	0		NSP	0	
NC	8		NC	1	
Plusieurs	1		Plusieurs	0	
NR	3		NR	2	
Total	52		Total	52	

11. Chacun se débrouille comme il peut		
Toujours	0	
souvent	7	
Parfois	18	
Jamais	17	
NSP	1	
NC	5	
Plusieurs	1	
NR	3	
Total	52	

Commentaires

Dans le champ des décisions quotidiennes concernant le travail avec les usagers, c'est la modalité collective ou le cas par cas individuel qui prédomine, avec une certaine part de « débrouille individuelle ».

Mode de direction le plus proche actuellement ?

12. De quel mode de direction votre service est-il le plus proche ?		
Hiérarchique « vertical »	0	
Hiérarchique participatif	10	
Collectif peu organisé	1	
Collectif organisé	10	
Collectif régi par une théorie	0	
Mixte (vertical gestion globale, horizontal décision cliniques et/ou social)	29	
NSP	0	
Plusieurs	2	
NR	0	
Total	52	

Commentaire

Les réponses à cette question confirment ce qui a été souligné précédemment, à savoir le système « mixte » qui est prédominant (plus particulièrement avec la séparation global/social-clinique).

Evolution de la gouvernance dans votre service (2010-2015) ?

13. Des changements importants de gouvernance ces cinq dernières années ?			14. Si oui, cela concerne :		
Oui	36		Prise de décision	5	
Non	14		Nouvelle direction	19	
NSP	1		Chgm tête CA	1	
Plusieurs	0		NSP	1	
NR	1		Autre	3	
			Plusieurs	7	
			NR	16	
Total	52		Total	52	

15. Si non, trouvez-vous que :			16. Crise grave de gouvernance ces 5 dernières années ?		
Changements étaient nécessaires	5		Oui	21	
Des changements n'étaient pas nécessaires	8		En partie	8	
NSP	5		Non	19	
Plusieurs	0		NSP	1	
NR	34		NR	3	
Total	52		Total	52	

Commentaires

On remarquera la nette majorité des « changements importants » et une majorité relative de crises de gouvernance (partielle ou globale, 29 sur 52 pour ces deux modalités cumulées).

7.4.3. Questions relatives à la conflictualité

Quel est selon vous le degré de conflictualité dans votre service ? Réagissez aux énoncés

17. « Il y a des conflits au sein de l'équipe »			18. « Les conflits d'équipe sont ouverts »		
Toujours	0		Toujours	3	
Souvent	5		Souvent	32	
Parfois	43		Parfois	12	
Jamais	3		Jamais	0	
NSP	0		NSP	2	
NC	0		NC	3	
Plusieurs	0		Plusieurs	0	
NR	1		NR	1	
Total	52		Total	52	

19. « Les conflits d'équipe sont latents »			20. « Il y a des conflits entre l'équipe et la direction »		
Toujours	1		Toujours	0	
Souvent	16		Souvent	9	
Parfois	26		Parfois	29	
Jamais	6		Jamais	12	
NSP	0		NSP	0	
NC	2		NC	1	
Plusieurs	0		Plusieurs	0	
NR	1		NR	1	
Total	52		Total	52	

21. « Les conflits avec la direction relèvent plus de la tension que du conflit ouvert »		
Toujours	3	
Souvent	18	
Parfois	17	
Jamais	5	
NSP	2	
NC	4	
Plusieurs	0	
NR	3	
Total	52	

Commentaires

On remarquera la relative faible occurrence de conflits au sein des équipes, ceux-ci étant par ailleurs plus souvent « ouverts » que « latents ». Les conflits avec la direction paraissent un peu plus fréquents et plus de la tension que du conflit ouvert. Peut-on en déduire que les « crises graves » mentionnées à la page précédente seraient dès lors de nature plus systémiques (ou entre direction et CA, par exemple) ?

Quel jugement portez-vous sur les effets de ces conflits ? Réagissez aux énoncés

22. « Ces conflits sont vecteurs de changements positif à terme »			23. « Ces conflits sont source de stress »		
Toujours	5		Toujours	11	
Souvent	18		Souvent	18	
Parfois	16		Parfois	17	
Jamais	6		Jamais	2	
NSP	5		NSP	0	
NC	1		NC	2	
Plusieurs	0		Plusieurs	0	
NR	1		NR	2	
Total	52		Total	52	

24. « Ces conflits paralysent le service »			25. « Ces conflits affectent le travail avec les usagers »		
Toujours	0		Toujours	3	
Souvent	7		Souvent	4	
Parfois	17		Parfois	23	
Jamais	24		Jamais	19	
NSP	2		NSP	1	
NC	1		NC	1	
Plusieurs	0		Plusieurs	1	
NR	1		NR	0	
Total	52		Total	52	

Commentaires

Si les conflits sont parfois ou souvent sources de stress et affectent parfois le travail avec les usagers, ils paralysent peu souvent le service et sont perçus comme vecteurs de changements positifs à terme dans la majorité relative des cas (seulement 6 sur 52 de « jamais »).

Quelles sont les causes de ces conflits selon vous ? Réagissez aux énoncés.

26. « Les conflits sont directement liés au mode de direction »			27. « Ces conflits sont indirectement liés au mode de direction »		
Toujours	1		Toujours	0	
Souvent	6		Souvent	4	
Parfois	24		Parfois	33	
Jamais	16		Jamais	11	
NSP	2		NSP	0	
NC	2		NC	1	
Plusieurs	0		Plusieurs	0	
NR	1		NR	3	
Total	52		Total	52	

28. « Les conflits sont principalement des conflits entre personnes »			29. « Il y a des conflits avec les syndicats »		
Toujours	2		Toujours	0	
Souvent	13		Souvent	1	
Parfois	31		Parfois	2	
Jamais	4		Jamais	39	
NSP	0		NSP	1	
NC	1		NC	8	
Plusieurs	0		Plusieurs	0	
NR	1		NR	1	
Total	52		Total	52	

30. « Il y a des conflits entre générations qui n'ont pas les même conceptions »			31. « Il y a des conflits concernant les orientations et valeurs du service »		
Toujours	0		Toujours	0	
Souvent	9		Souvent	9	
Parfois	14		Parfois	18	
Jamais	24		Jamais	21	
NSP	1		NSP	1	
NC	3		NC	2	
Plusieurs	0		Plusieurs	1	
NR	1		NR	0	
Total	52		Total	52	

32. « Il y a des conflits concernant l'organisation du service »			33. « Les conflits sont variés et de sources diverses »		
Toujours	1		Toujours	0	
Souvent	9		Souvent	16	
Parfois	27		Parfois	17	
Jamais	11		Jamais	5	
NSP	1		NSP	4	
NC	2		NC	8	
Plusieurs	0		Plusieurs	0	
NR	1		NR	2	
Total	52		Total	52	

Commentaires

Les conflits entre personnes apparaissent « en haut du tableau » (44 sur 52 de « parfois » et « souvent »), même s'ils peuvent être générés par des difficultés institutionnelles (l'imbrication des différents facteurs est difficile à démêler) et ceux avec les syndicats en « bas du tableau » (39 sur 52 de « jamais »). Remarquons aussi que le mode de direction est un peu plus souligné de manière « indirecte » (sa capacité à résoudre les conflits) que de manière « directe ». Les conflits entre générations et ceux liés aux orientations et valeurs du service ne sont pas négligeables, et ils sont peut-être liés en partie. Enfin, l'organisation du service paraît aussi une source de conflit souvent citée, mais « parfois ».

7.4.4. Impacts de la conflictualité sur le travail avec les usagers

Quels sont les types de travail avec les usagers qui sont touchés par les conflits ? Réagissez aux énoncés

34. « Les accompagnements de longue durée... »			35. « Les projets collectifs ou communautaires... »		
Toujours	0		Toujours	0	
Souvent	1		Souvent	6	
Parfois	7		Parfois	20	
Jamais	34		Jamais	16	
NSP	6		NSP	4	
NC	3		NC	5	
Plusieurs	0		Plusieurs	0	
NR	1		NR	1	
Total	52		Total	52	

36. « Les services individuels de courte durée... »			37. « Le travail de réseau... »		
Toujours	0		Toujours	0	
Souvent	1		Souvent	2	
Parfois	14		Parfois	21	
Jamais	28		Jamais	20	
NSP	4		NSP	4	
NC	3		NC	4	
Plusieurs	1		Plusieurs	1	
NR	1		NR	0	
Total	52		Total	52	

38. « La plupart des types de travail... »		
Toujours	1	
Souvent	3	
Parfois	14	
Jamais	23	
NSP	3	
NC	4	
Plusieurs	1	
NR	3	
Total	52	

Commentaires

La dimension collective du travail ou de réseau apparaît un peu plus affectée par les conflits que le travail individuel et/ou de longue durée.

Comment le travail avec les usagers est-il principalement affecté selon vous ? Réagissez aux énoncés

39. « Pour échapper aux conflits, nous nous centrons plus sur le travail avec les usagers »			40. « Les conflits prennent beaucoup de temps et diminuent notre disponibilité »		
Toujours	4		Toujours	2	
Souvent	11		Souvent	7	
Parfois	16		Parfois	20	
Jamais	6		Jamais	13	
NSP	4		NSP	4	
NC	10		NC	4	
Plusieurs	1		Plusieurs	1	
NR	0		NR	1	
Total	52		Total	52	

41. « Les conflits nous prennent la tête et nous sommes moins à l'écoute des usagers »		
Toujours	2	
Souvent	6	
Parfois	16	
Jamais	18	
NSP	4	
NC	4	
Plusieurs	1	
NR	1	
Total	52	

Commentaires

Les répondants indiquent avec une courte majorité que les conflits les incitent plus souvent à se centrer d'avantage sur le travail avec les usagers que l'inverse (6 sur 52 de « jamais »), même si la conflictualité peut « prendre la tête » ou « prendre du temps » et rendre moins disponible.

7.4.5. Impacts de la gouvernance sur le travail avec les usagers. Réagissez aux énoncés

42. « La théorie de référence nous empêche de nous adapter aux demandes diverses »			43. « La multiplicité des réunions pour nous décider nuit aux usagers »		
Toujours	1		Toujours	0	
Souvent	0		Souvent	3	
Parfois	12		Parfois	13	
Jamais	27		Jamais	32	
NSP	4		NSP	1	
NC	7		NC	2	
Plusieurs	1		Plusieurs	1	
NR	0		NR	0	
Total	52		Total	52	

44. « Le caractère imposé des interventions est trop rigide... »			45. « Une fois les décisions prises, on a du mal à les mettre en œuvre »		
Toujours	0		Toujours	0	
Souvent	0		Souvent	10	
Parfois	8		Parfois	26	
Jamais	32		Jamais	12	
NSP	3		NSP	2	
NC	7		NC	1	
Plusieurs	1		Plusieurs	0	
NR	1		NR	1	
Total	52		Total	52	

46. « Comme tout le monde se débrouille de son côté, cela manque de cohérence »		
Toujours	0	
Souvent	4	
Parfois	23	
Jamais	17	
NSP	2	
NC	4	
Plusieurs	1	
NR	1	
Total	52	

Commentaires

Deux traits de gouvernance semblent pouvoir avoir un impact sur le travail avec les usagers : la difficulté de mettre les décisions prises en œuvre (seulement 12 sur 52 de « jamais ») et la « débrouille » de chacun de son côté qui peut affecter la cohérence (17 sur 52 de « jamais ». La rigidité des interventions imposées et la « théorie de référence » est en bas de la liste.

7.5. Résultats du groupe « aide et soins à domicile »

7.5.1. Questions d'identification

i1 Secteur principal/prévu		i2 Taille du service			i5 Fonction principale			i6 Statut	
SAJ	0	Moins de 10 trav.	1	Accueil	0	Salarié	30		
CASG	0	10 à 20	3	AF	18	Indép	0		
CPF	0	21 à 35	3	AM	3	Bénévole	0		
CAT	0	36 à 45	0	AS	1	Mixte	0		
ER	0	plus de 46	22	Ass psy	1	Autre	0		
MM	0	NR	2	Adm	2	Plusieurs	0		
SAMT	0	Total	31	Conseil	0	NR	1		
SSM	0			Coord/dir	3	Total	31		
SMD	0			Juriste	0				
SAFD	23/35			Médecin	0				
CCSSD	4/8			Param	0				
SSPC	3/9			Psy	0				
Autre	0			Secrétaire	0				
Plusieurs	1			Autre	2				
NR	0			Plusieurs	1				
Total	31/52			NR	0				
				Total	31				

i3 Age des répondants		i4 Ancienneté dans service	
18-29	1	5 et moins	3
30-39	3	6 à 9	2
40-49	6	10 à 14	5
50-59	17	15 à 19	9
60-64	2	20 à 29	6
65 et plus	1	30 et plus	4
Plusieurs	0	Plusieurs	0
NR	1	NR	2
Total	31	Total	31

Commentaires

Le groupe n'ayant pu être constitué, les commentaires sont du seul chercheur. Nous surlignons les modalités de réponses majoritaires comme **aide** à la lecture des tableaux. On remarquera en tout premier lieu que **seulement 3 représentants des directions ont répondu à l'enquête**, alors que **18 étaient sollicités**. L'échantillon de répondants est dès lors **très peu représentatif des trois secteurs concernés**. Rappelons par ailleurs que nous n'avons **aucune candidature de participation pour le groupe de discussion**. Enfin, les réponses des travailleurs ont été obtenue lors d'une réunion syndicale, pour les motifs que nous avons évoqués plus haut. Mais ces travailleurs venaient surtout d'un seul secteur, celui de l'aide aux familles et à domicile. Après examen des réponses, il nous

semble que certains participants ont mal compris les questions, malgré notre présence pour répondre aux questions de compréhension. Nous publions cependant les résultats, **mais avec les plus nettes réserves** en termes de représentativité et de compréhension des questions.

7.5.2. Questions relatives à la gouvernance

Comment les principales décisions sont-elles prises dans le domaine institutionnel ?

1 Coll. vote décisionnel travailleurs			2 Coll. consensus travailleurs		
Toujours	1		Toujours	3	
Souvent	2		Souvent	0	
Parfois	9		Parfois	13	
Jamais	14		Jamais	8	
NSP	1		NSP	2	
NC	0		NC	2	
Plusieurs	0		Plusieurs	1	
NR	4		NR	2	
Total	31		Total	31	

3 Hiérarchie après consultation			4 Imposée par hiérarchie		
Toujours	3		Toujours	4	
Souvent	6		Souvent	10	
Parfois	12		Parfois	5	
Jamais	4		Jamais	8	
NSP	3		NSP	1	
NC	0		NC	0	
Plusieurs	1		Plusieurs	0	
NR	2		NR	3	
Total	31		Total	31	

5. Par une personne au nom d'une théorie			6. Personne ne décide vraiment		
Toujours	0		Toujours	0	
Souvent	1		Souvent	0	
Parfois	6		Parfois	6	
Jamais	9		Jamais	12	
NSP	7		NSP	5	
NC	5		NC	5	
Plusieurs	1		Plusieurs	0	
NR	2		NR	3	
Total	31		Total	31	

Commentaires

La gouvernance institutionnelle paraît plus « verticale » que dans les autres groupes, plus souvent « imposée » que « après consultation ». Il arrive peu souvent que « personne ne décide vraiment ».

Comment les décisions quotidiennes sont-elles prises dans le cadre du travail avec les usagers ?

7. Collective par l'équipe après délibération			8. Par la direction qui fournit les réponses-guide, un cadre		
Toujours	5		Toujours	1	
Souvent	16		Souvent	6	
Parfois	8		Parfois	11	
Jamais	0		Jamais	8	
NSP	0		NSP	2	
NC	0		NC	0	
Plusieurs	0		Plusieurs	0	
NR	2		NR	3	
Total	31		Total	31	

9. En fonction des principes directeurs de la théorie qui nous sert de balise			10. De manière individuelle au cas par cas, selon principes élaborés ensemble		
Toujours	6		Toujours	6	
Souvent	7		Souvent	10	
Parfois	10		Parfois	10	
Jamais	1		Jamais	1	
NSP	1		NSP	2	
NC	2		NC	0	
Plusieurs	1		Plusieurs	0	
NR	3		NR	2	
Total	31		Total	31	

11. Chacun se débrouille comme il peut		
Toujours	0	
souvent	7	
Parfois	10	
Jamais	9	
NSP	0	
NC	3	
Plusieurs	1	
NR	1	
Total	31	

Commentaires

Dans le domaine des décisions quotidiennes pour le travail avec les usagers, par contre, les décisions sont nettement plus collectives et le « cas par cas » y joue un rôle important. Il arrive dès lors, dans ce domaine de la prise de décisions, que « chacun se débrouille comme il peut ».

Mode de direction le plus proche actuellement ?

12. De quel mode de direction votre service est-il le plus proche ?		
Hierarchique « vertical »	3	
Hierarchique participatif	18	
Collectif peu organisé	1	
Collectif organisé	1	
Collectif régi par une théorie	3	
Mixte (vertical gestion globale, horizontal décision cliniques et/ou social)	4	
NSP	0	
Plusieurs	0	
NR	1	
Total	31	

Commentaire

Les réponses vont un peu l'encontre des précédentes qui laissaient entendre la prévalence d'un système « mixte » plutôt que « hiérarchique participatif ». La question a peut-être été mal comprise.

Evolution de la gouvernance dans votre service (2010-2015) ?

13. Des changements importants de gouvernance ces cinq dernières années ?			14. Si oui, cela concerne :		
Oui	18		Prise de décision	2	
Non	10		Nouvelle direction	11	
NSP	0		Chgm tête CA	1	
Plusieurs	0		NSP	0	
NR	3		Autre	0	
			Plusieurs	4	
			NR	13	
Total	31		Total	31	

15. Si non, trouvez-vous que :			16. Crise grave de gouvernance ces 5 dernières années ?		
Changements étaient nécessaires	2		Oui	10	
Des changements n'étaient pas nécessaires	6		En partie	8	
NSP	4		Non	7	
Plusieurs	0		NSP	3	
NR	19		NR	3	
Total	31		Total	31	

Commentaires

« Changements importants » et « crise graves » ne sont pas négligeables pour ceux qui ont répondu aux questions. Notons une fréquence non négligeable de changements de direction (mais nombre de répondants provenaient du même service).

7.5.3. Questions relatives à la conflictualité

Quel est selon vous le degré de conflictualité dans votre service ? Réagissez aux énoncés

17. « Il y a des conflits au sein de l'équipe »			18. « Les conflits d'équipe sont ouverts »		
Toujours	2		Toujours	0	
Souvent	1		Souvent	2	
Parfois	23		Parfois	19	
Jamais	1		Jamais	5	
NSP	0		NSP	0	
NC	1		NC	0	
Plusieurs	0		Plusieurs	0	
NR	3		NR	5	
Total	31		Total	31	

19. « Les conflits d'équipe sont latents »			20. « Il y a des conflits entre l'équipe et la direction »		
Toujours	1		Toujours	1	
Souvent	5		Souvent	1	
Parfois	18		Parfois	19	
Jamais	1		Jamais	4	
NSP	0		NSP	0	
NC	0		NC	2	
Plusieurs	0		Plusieurs	0	
NR	6		NR	4	
Total	31		Total	31	

21. « Les conflits avec la direction relèvent plus de la tension que du conflit ouvert »		
Toujours	1	
Souvent	8	
Parfois	11	
Jamais	3	
NSP	2	
NC	1	
Plusieurs	0	
NR	5	
Total	31	

Commentaires

Les conflits au sein de l'équipe paraissent occasionnels, tout comme ceux avec la direction. Il y a donc une certaine contradiction entre les réponses à ces questions et celles qui précèdent, sauf à considérer que les « crises graves » ou les « changements importants » ne concernaient que la sphère directionnelle (avec le CA et autres instances, éventuellement extérieures).

Quel jugement portez-vous sur les effets de ces conflits ? Réagissez aux énoncés

22. « Ces conflits sont vecteurs de changements positif à terme »			23. « Ces conflits sont source de stress »		
Toujours	0		Toujours	6	
Souvent	5		Souvent	10	
Parfois	18		Parfois	11	
Jamais	3		Jamais	0	
NSP	1		NSP	1	
NC	0		NC	0	
Plusieurs	0		Plusieurs	0	
NR	4		NR	3	
Total	31		Total	31	

24. « Ces conflits paralysent le service »			25. « Ces conflits affectent le travail avec les usagers »		
Toujours	1		Toujours	0	
Souvent	3		Souvent	2	
Parfois	9		Parfois	14	
Jamais	14		Jamais	11	
NSP	0		NSP	0	
NC	1		NC	1	
Plusieurs	0		Plusieurs	1	
NR	3		NR	2	
Total	31		Total	31	

Commentaires

Les effets de la conflictualité sont difficiles à évaluer sur base de ces réponses. Ils apparaissent plus souvent « source de stress » que vecteurs « de changements positifs à terme ». De même, ils semblent un peu plus souvent affecter le travail avec les usagers que « paralyser le service », mais la différence ne nous paraît pas significative (sans compter les réserves exprimées plus haut sur la composition de l'échantillon et la bonne compréhension des réponses).

Quelles sont les causes de ces conflits selon vous ? Réagissez aux énoncés.

26. « Les conflits sont directement liés au mode de direction »			27. « Ces conflits sont indirectement liés au mode de direction »		
Toujours	3		Toujours	3	
Souvent	4		Souvent	2	
Parfois	13		Parfois	14	
Jamais	5		Jamais	3	
NSP	0		NSP	3	
NC	2		NC	1	
Plusieurs	0		Plusieurs	0	
NR	4		NR	5	
Total	31		Total	31	

28. « Les conflits sont principalement des conflits entre personnes »			29. « Il y a des conflits avec les syndicats »		
Toujours	4		Toujours	0	
Souvent	10		Souvent	5	
Parfois	10		Parfois	14	
Jamais	1		Jamais	6	
NSP	2		NSP	0	
NC	1		NC	3	
Plusieurs	0		Plusieurs	0	
NR	3		NR	3	
Total	31		Total	31	

30. « Il y a des conflits entre générations qui n'ont pas les même conceptions »			31. « Il y a des conflits concernant les orientations et valeurs du service »		
Toujours	0		Toujours	0	
Souvent	3		Souvent	3	
Parfois	12		Parfois	12	
Jamais	9		Jamais	9	
NSP	2		NSP	0	
NC	2		NC	0	
Plusieurs	0		Plusieurs	2	
NR	3		NR	5	
Total	31		Total	31	

32. « Il y a des conflits concernant l'organisation du service »			33. « Les conflits sont variés et de sources diverses »		
Toujours	2		Toujours	1	
Souvent	9		Souvent	12	
Parfois	16		Parfois	13	
Jamais	0		Jamais	1	
NSP	1		NSP	0	
NC	0		NC	1	
Plusieurs	0		Plusieurs	0	
NR	3		NR	3	
Total	31		Total	31	

Commentaires

Ce groupe est le seul où « les conflits avec les syndicats » apparaissent de manière non négligeable, ainsi que le mode de direction. On peut poser l'hypothèse que différents traits de ce secteur (services de grande taille, mode de gestion plus verticale, métier des travailleurs...) peuvent expliquer cela. On remarquera cependant que les « conflits entre personnes » semblent les plus fréquents. Les autres causes de conflit sont moins souvent évoquées.

7.5.4. Impacts de la conflictualité sur le travail avec les usagers

Quels sont les types de travail avec les usagers qui sont touchés par les conflits ? Réagissez aux énoncés

34. « Les accompagnements de longue durée... »			35. « Les projets collectifs ou communautaires... »		
Toujours	0		Toujours	0	
Souvent	2		Souvent	5	
Parfois	14		Parfois	6	
Jamais	8		Jamais	6	
NSP	1		NSP	6	
NC	3		NC	2	
Plusieurs	0		Plusieurs	1	
NR	3		NR	5	
Total	31		Total	31	

36. « Les services individuels de courte durée... »			37. « Le travail de réseau... »		
Toujours	1		Toujours	1	
Souvent	2		Souvent	2	
Parfois	10		Parfois	10	
Jamais	9		Jamais	9	
NSP	1		NSP	1	
NC	4		NC	4	
Plusieurs	1		Plusieurs	0	
NR	3		NR	4	
Total	31		Total	31	

38. « La plupart des types de travail... »		
Toujours	0	
Souvent	4	
Parfois	13	
Jamais	5	
NSP	2	
NC	3	
Plusieurs	1	
NR	3	
Total	31	

Commentaires

Comme ces services développent peu de projets communautaires, ils ne sont pas souvent affectés par les conflits. Ce sont dès lors les accompagnements individuels qui paraissent plus affectés, même si c'est sous la modalité « parfois ». C'est aussi le cas pour le travail de réseau.

Comment le travail avec les usagers est-il principalement affecté selon vous ? Réagissez aux énoncés

39. « Pour échapper aux conflits, nous nous centrons plus sur le travail avec les usagers »			40. « Les conflits prennent beaucoup de temps et diminuent notre disponibilité »		
Toujours	5		Toujours	1	
Souvent	9		Souvent	3	
Parfois	10		Parfois	12	
Jamais	2		Jamais	9	
NSP	0		NSP	0	
NC	2		NC	2	
Plusieurs	1		Plusieurs	1	
NR	2		NR	3	
Total	31		Total	31	

41. « Les conflits nous prennent la tête et nous sommes moins à l'écoute des usagers »		
Toujours	1	
Souvent	4	
Parfois	12	
Jamais	10	
NSP	0	
NC	2	
Plusieurs	1	
NR	1	
Total	31	

Commentaires

Le centrage sur le travail avec les usagers pour « échapper au conflit » est souvent mentionné, beaucoup plus que la diminution de la disponibilité. La « prise de tête », par contre, n'est pas totalement négligeable.

7.5.5. Impacts de la gouvernance sur le travail avec les usagers. Réagissez aux énoncés

42. « La théorie de référence nous empêche de nous adapter aux demandes diverses »			43. « La multiplicité des réunions pour nous décider nuit aux usagers »		
Toujours	1		Toujours	0	
Souvent	3		Souvent	1	
Parfois	6		Parfois	6	
Jamais	10		Jamais	15	
NSP	6		NSP	3	
NC	2		NC	4	
Plusieurs	1		Plusieurs	1	
NR	2		NR	1	
Total	31		Total	31	

44. « Le caractère imposé des interventions est trop rigide... »			45. « Une fois les décisions prises, on a du mal à les mettre en œuvre »		
Toujours	1		Toujours	0	
Souvent	4		Souvent	6	
Parfois	7		Parfois	16	
Jamais	8		Jamais	2	
NSP	5		NSP	2	
NC	3		NC	3	
Plusieurs	1		Plusieurs	0	
NR	2		NR	2	
Total	31		Total	31	

46. « Comme tout le monde se débrouille de son côté, cela manque de cohérence »		
Toujours	2	
Souvent	4	
Parfois	9	
Jamais	7	
NSP	1	
NC	5	
Plusieurs	1	
NR	2	
Total	31	

Commentaires

A part la difficulté de mettre les décisions en œuvre et, bien logiquement, un certain manque de cohérence, on ne perçoit pas trop d'impact du mode de gouvernance sur le travail avec les usagers. Si ce n'est, pour une minorité significative, la rigidité du caractère imposé des décisions.

7.6. Quelques enseignements généraux de l'enquête

7.6.1. Participation

Cette enquête quantitative, conçue comme un « coup de sonde » devant être complétée par des groupes d'analyse collective de ses résultats, n'a pas débouché sur la participation escomptée dans ces deux phases successives. Ce constat transversal doit cependant être nuancé sur base d'une différence importante entre les trois groupes et leurs secteurs respectifs.

Nous avons en effet constaté :

1. **Un manque de participation pour l'enquête quantitative**, malgré les contacts téléphoniques préalables, l'envoi d'une lettre signée des partenaires sociaux (voir annexes) relayée par les fédérations et les organisations syndicales. Mais également malgré la possibilité, clairement exprimée dans les contacts téléphoniques et les envois, de ne pas participer à l'enquête en répondant seulement aux premières questions du questionnaire.
2. **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.
3. **Une reproduction de cette différence de participation 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 suffisant de participants côté syndical et le troisième (« aide et soins à domicile ») n'en ayant aucun.

Ces différents constats conduisent à poser les hypothèses suivantes :

1. **Le premier groupe, composé des secteurs historiquement à la base du champ ambulatoire** dans une dynamique militante de l'après-68, était le plus impliqué dans l'association de fait (« CRAMIC ») à la base du projet DEQT. Il n'y avait en effet pas de représentants, sur le banc des employeurs, des secteurs « social » et « aide et soins à domicile » dans le CRAMIC.
2. **Une certaine lassitude au sujet des recherches et enquêtes** s'était déjà fait sentir lors de la DEQT-1, qui avait par ailleurs été contemporaine de l'enquête « programmation », ainsi que de recherches sur le « bien-être au travail » commanditées par les partenaires sociaux. Sans oublier les « DEQ locales » auxquelles les services sont astreints sur base triennale.
3. **Le thème de cette DEQT-2**, souhaité par les membres du CRAMIC, a sans doute suscité une certaine méfiance auprès des secteurs. Ce fut d'ailleurs la réaction première du coordinateur du CBCS lorsque le sujet a été évoqué.
4. **Enfin, de manière plus structurelle**, les composantes du champ ambulatoire régies par un décret commun ne semblent **pas avoir développé un sentiment d'appartenance** transversal, ce qui avait été constaté lors de la DEQT-1. Ceci est particulièrement le cas pour les secteurs de l'aide et soins à domicile, qui se sentent plus proches de leurs homologues COCOM.

7.6.2. Résultats

Les résultats n'ont pu être discutés avec des représentants des secteurs que pour le groupe « santé-social ». Les participants de ce groupe se sont globalement retrouvés dans ces données mais ont cependant apporté des compléments d'analyse intéressants. Nous les incluons brièvement dans cette synthèse, présentée par thématique. Pour plus de détails sur les commentaires, voir plus haut.

GOUVERNANCE

En termes de **gouvernance institutionnelle**, on remarque une certaine 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 par vote) ou la verticalité fortement teintée de participation y sont très 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, mais plutôt 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. Nous sommes donc, selon cette analyse, dans une autonomie explicite gouvernée peu ou prou par une théorie implicite. Le régime mixte associant horizontalité et verticalité est aussi bien présent dans le groupe « social », mais l'autogestion « pure » y est moins fréquente. Pour les sondés du groupe « aide et soins à domicile » (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 mentionnés 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.

CONFLICTUALITÉ

Ceci nous amène à la **conflictualité au sein des services**, qui peut être à l'origine de ces changements et/ou de ces crises. 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 insitutionnelles 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 », en revanche, 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 semblent 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 la 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 terme de stress (élevé) et de « paralysie du service » (faible). Et ici également, les conflits affecteraient peu le travail avec les usagers.

EFFETS DE LA GOUVERNANCE ET DES CONFLITS 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 apparaît 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 le 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 inexistant dans ce type de services) et que faiblement d'effet sur le travail de réseau. Les accompagnements individuels de longue durée seraient 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 réunions dans certains secteurs, et reviennent sur le caractère implicite (la « tache 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, nous le soulignons une dernière fois, ces résultats ne sont pas très significatifs étant donné l'échantillon peu représentatif des sondés et la mauvaise compréhension des questions par certains d'entre-eux.

*

C. Synthèse générale

Nous tenterons de ramasser ici les enseignements qui nous apparaissent essentiels au terme du volet « étude »⁸³ de la DEQ-T 2, tout en renvoyant le lecteur à 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 constatatif 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 **d'abord retracer 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 ensuite élaboré 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* 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.

⁸³ 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 ».

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, agrées sous la même dénomination mais n'ayant pas vécu la même « scène primitive ».
- **Les services sociaux non marchands**, 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 tout 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 »⁸⁴.
- 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 « tiercéité », ainsi que leur croisement déterminant des modes de gouvernance).

Le tableau ci-dessous la synthétise⁸⁵. 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.

2.4. 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.

⁸⁴ Voir la discussion de la notion de « gouvernance » pp. 23 à 25.

⁸⁵ D'autres illustrations de cette typologie sont présentées pp. 33 et 37.

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 **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 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 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 », en revanche, 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 semblent 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 apparaît 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 le 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 seraient 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 réunions 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 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 l'après-guerre. 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 de la gouvernance (décisions quotidiennes ou gouvernance institutionnelle) et 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.

*

9. Annexes

9.1. Détails complémentaires de l'échantillon

Si la construction de l'échantillon et ses principes généraux ont été présentés dans le corps du rapport, nous explicitons quelques détails ici. L'objet est principalement de choisir des services, puis des travailleurs dans les secteurs et services concernés.

1. Comme nous l'avons vu, la question du choix des services ne se pose pas dans la majorité des secteurs où tous sont sondés (par travailleur et/ou coordination-direction) : CASG, CPF, SAJ, SER, CAT, CCSD, SSPC, SAD. Comme on peut le voir dans le tableau ci-dessous, ce n'est que dans le groupe "santé" que des choix de services ont dû être faits : 19 SSM sur 23, 10 SAMT sur 15 et 24 MM sur 37.

Groupe	Secteurs	Agrém.	Ech. Cocof ONSS	T	C/D	T. même agrém C/D	T. autre agrém. C/D	Agrém. échantillon / total agrém.
Santé (Q = 0.39)	SSM	23	28	19	9	9	10	19/23
	SAMT	15	15	10	5	5	5	10/15
	MM	37	36	24	12	12	12	24/37
	TOTAL	75	79	53	26	26	27	53/75
Social (Q = 0.34)	CASG	10	17	11	6	6	5	10/10
	CPF	27	40	27	13	13	14	27/27
	SMD ⁸⁶	6	0	0	0	0	0	0/6
	SAJ	4	6	4	2	2	2	4/4
	SER	2	3	2	1	1	1	2/2
	CAT	2	3	2	1	1	1	2/2
	TOTAL	51	69	46	23	23	23	45/51
Aide à domicile (Q = 0.26)	CCSD	5	8	5	3	3	2	5/5
	SSPC	6	9	6	3	3	3	6/6
	SAD	7	35	23	12 ⁸⁷	23	0	7/7
	TOTAL	18	52	34	18	29	5	18/18
TOTAL (Q = 1)	12	144	200	133	67	78	55	116/144

Trois secteurs sont donc concernés par ce choix de services, les autres voyant tous leurs services sollicités (ce qui ne signifie pas qu'ils ont tous répondu). Pour opérer les choix les plus judicieux, nous avons contacté les Fédérations des services de santé mentale (F.S.S.M.B), celle des maisons médicales (FMM), et celle des services actifs en matière de toxicomanie (Fedito). Nous leurs avons demandé quels étaient les sous-ensembles significatifs pour la problématique traitée. Ce n'est qu'ensuite que, sur cette base, nous avons choisi des services dans chacun de ces sous-ensembles. Nous ne pouvons bien entendu pas en donner le nom.

2. En ce qui concerne les travailleurs (la question ne se pose pas pour les C/D), le choix s'est effectué par fonction et par ancienneté. Il fallait que les travailleurs aient au moins une expérience de cinq ans dans le même service (notamment pour répondre à des questions sur l'évolution des problématiques) et que les diverses fonctions des secteurs soient représentées. Ne disposant pas de cadastre par fonction, nous nous sommes basés sur les données disponibles et sur celles fournies par les Fédérations.

⁸⁶ Les SMD étant intégrés dans d'autres services, ils n'ont pas été pris en compte dans l'échantillon.

⁸⁷ Il faudra ici interviewer 5 cadres en plus des 7 directions (il n'y a que 7 agréments).

9.2. Sources documentaires

9.2.1. Bibliographie

- Joshua COHEN and Charles SABEL, « Directly-délibérative Polyarchy », *European Law Journal*, Volume 3, Issue 4, pages 313–342, December 1997
- Collectif, « Beknopte geschiedenis van de wijkgezondheidscentra in Vlaanderen », *Vereniging van Wijkgezondheidscentra*, <http://www.vwgc.be/index.php?page=2&titel=Geschiedenis&style=blauw>
- Collectif, « Pour une politique de la santé », dossier de la *Revue nouvelle*, Vie ouvrière, octobre 1971
- Collectif, « Pour une politique de la santé mentale »⁸⁸, dossier de la *Revue nouvelle*, octobre 1973
- Collectif, « L'autonomie en pratique », dossier de la *Revue nouvelle*, 3/2015
- Collectif, Fédération des maisons médicales, Actes du colloque, juin 1995
- Collectif, Cahiers de la Cocof, Les Services de Santé Mentale. « La santé mentale ambulatoire : un axe prioritaire de la politique de la Cocof de la Région Bruxelles-Capitale », 1ère Ed., 1999
- Collectif, *Le snark* (brochure de présentation non datée, publiée 5 ans après la création de l'institution)
- Collectif, Dossier « Personnes âgées », BIS n° 171, juillet 2014
- Michel CROZIER, Erhard FRIEDBERG, *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Seuil, 1992.
- Bernard DE BACKER, *Du mur à l'ouvert : un nouvel âge pour les éducateurs ?*, Luc Pire 2001
- Bernard DE BACKER, Jérémie RAFALOWICZ, *Approches du bien-être au travail au sein des institutions bruxelloises en matière de soins de santé et d'aide sociale ambulatoire*, Fonds social ASS, 2013
- Vincent DE COOREBYTER, « Des pratiques démocratiques de crise », Les @nalyse du CRISP en ligne, 17 septembre 2015, www.crisp.be.
- François DUBET, *Le déclin de l'institution*, Seuil 2002
- Jean DE MUNCK, *Transformation des institutions et mutation des normes citoyennes*, Mental'idées n° 1, 2003 (cet article est très proche, voire identique, à celui publié dans la *Revue nouvelle* d'octobre 2003 sous le titre « Quel avenir pour le secteur ambulatoire de la santé? »)
- DETLER M.E., VELGHE J., VERESS Z, *Projet pour un Centre Psychothérapeutique et Pédagogique pour adolescents de 12 à 18 ans*, Cahiers du Centre Consultatif pour les Etudes, UCL, 1971 (projet de l'IMP snark)
- Alain EHRENBERG, « Santé mentale : l'autonomie est-elle un malheur collectif ? », dans *Esprit*, février 2014
- Bernard ENJOLRAS, *Gouvernance verticale, gouvernance horizontale et économie sociale et solidaire : le cas des services à la personne*, Géographie, économie, société, 2010/1 (Vol. 12)
- Marcel GAUCHET, *La démocratie contre elle-même*, Gallimard collection Tel, 2002
- Marcel GAUCHET, *L'avènement de la démocratie, III. À l'épreuve des totalitarismes. 1914-1974*, Gallimard, Bibliothèque des sciences humaines, 2010.
- Axel HOFFMAN, « Flashback sur Santé conjugulée », *Santé conjugulée* - juillet 2012 - n° 61
- Philippe KINOO, « Typologie des modes de direction », dans VANDER BORGHT et MEYNCKENS-FOUREZ (dir.), *Qu'est ce qui fait autorité dans les institutions médico-sociales ? Autorités, pouvoirs, décisions, responsabilités*, Erès, 2007 et 2012 (pages 71 à 92).

⁸⁸ Selon la *Revue nouvelle*, ce numéro consacré à la santé mentale est la résultante d'une interpellation faite au GERM après la publication du numéro de 1971 « Pour une politique de la santé ». Voir la note infrapaginale 1 de l'introduction du dossier « Pour une politique de la santé mentale », 1973.

P. KINOO, « Organisations, relations et clinique dans une institution thérapeutique », *Thérapie familiale*, Genève, 1998, Vol. 19, No 1. pp. 47-54, 1998.

Jean-Pierre LEBRUN, *Clinique de l'institution*, Erès, 2012

Jean-Pierre LEBRUN, Élisabeth VOLCKRICK, *Avons-nous encore besoin d'un tiers ?*, Erès, 2005

Ingrid LERUTH, « L'autogestion pensée dans le domaine de la santé », *Santé conjugulée* - juillet 2008 - n° 45

Denis MELLIER, « Conflits, conflictualité et fonction contenante. De Freud à Bion, une évolution de la psychanalyse de l'intrapsychique vers l'intersubjectivité », ERES | *Cliniques méditerranéennes* 2003/2 - no 68

Henri MINTZBERG, *Le pouvoir dans les organisations*, Éditions d'Organisation, 1986.

Michel MESSU, « Explication sociologique et domination sociale. Pour une épistémologie clarifiée de la sociologie de la domination », *SociologieS*, novembre 2012

John PITSEYS, *Le concept de gouvernance*, dans « Wallonie et gouvernance », Etopia n° 7, 2010

Thierry POUCKET (dir.), « Soins ambulatoires : qu'est-ce qui bouge ? » dossier publié dans la *Revue nouvelle* d'Octobre 2003 / n°10

Didier ROBIN, *Dépasser les souffrances institutionnelles*, PUF, 2013

Joseph ROUZEL, « Quand la gouvernance prend la mauvaise direction », Communication au congrès de l'AIFRIS du 4 au 8 juillet 2011, à Genève

Marcel SASSOLAS (ed), *Conflits et conflictualité dans le soin psychique*, Erès 2008

Christine VANDERBORGH et Muriel MEYNCKENS-FOUREZ (dir.), *Qu'est-ce qui fait autorité dans les institutions ?*, Erès, 2012 (première édition 2007)

Christine VANDERBORGH, *Travailler ensemble en institution*, YAPAKA, 2014

Dany VANDROOGENBROECK, « Il était une fois », Extrait du rapport d'activité 2013 de la FSB

Dominique VAN LIERDE et Christine GEORGIN, « Un memorandum unique pour l'aide à domicile », interview dans *Bruxelles Informations Sociales* (BIS), juillet 2014

Monique VAN DORMAEL, *Le centre de santé intégré et les maisons médicales. Jalons pour les soins de santé primaires*, Cahier du GERM n° 152, décembre 1981

Thomas LEMAIGRE et Christophe MINCKE, « Pour une évaluation subversive », *La Revue nouvelle*, septembre 2014

9.2.2. Interviews approfondies

Interviews d'une dizaine d'acteurs historiques des secteurs concernés, centrés sur les origines et l'histoire des secteurs sous l'angle de l'organisation et de la conflictualité.

Relecture des groupes de discussion de la DEQT-1 sous l'angle organisationnel et conflictuel.

9.2.3. Colloques

Participation à la journée d'étude *Travailler ensemble et dépasser les souffrances institutionnelles*, le 20 mars 2015 (avec des exposés de Christine Vander Borgh, Philippe Kinoo et Didier Robin)

9.3. Lettre des partenaires sociaux (CRAMIC) aux représentants des secteurs concernant l'enquête

Démarche d'évaluation qualitative transversale (DEQ-T) 2013-2016

INFORMATION IMPORTANTE POUR LES FÉDÉRATIONS ET LES ORGANISATIONS SYNDICALES DES SECTEURS AMBULATOIRES ET AIDE À DOMICILE COCOF

Comme vous le savez, les partenaires sociaux des secteurs concernés, réunis en association de fait CRAMIC⁸⁹, pilotent la DEQ transversale mise en oeuvre parallèlement aux DEQ locales depuis 2010.

→ **C'est le Décret du 5 mars 2009** – relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé et réunissant en un seul texte de loi les législations jusqu'alors disparates des différents secteurs de l'action sociale et de la santé ambulatoire – **qui introduit la « démarche d'évaluation qualitative » (DEQ) dans les secteurs**. Cette dernière se décompose en **une démarche d'évaluation qualitative locale (DEQ-L) par service agréé et une démarche transversale d'évaluation qualitative transversale (DEQ-T) concernant l'ensemble des secteurs ambulatoires**.

La première DEQ-T (2010-2013) était centrée sur l'analyse des impacts de l'accessibilité des services sur la pénibilité du travail des équipes, et, en retour, des impacts de cette pénibilité sur l'accessibilité des services. Le rapport final de cette DEQ-T-1 a été remis en juin 2013. Vous le trouverez en cliquant ici (site du CBCS).

→ 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**.

Il nous semble dès lors important de souligner plusieurs aspects de cette seconde DEQT :

- 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 constatatif 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.
- La recherche est confiée à une personne extérieure à nos secteurs mais qui a eu l'occasion de les arpenter, notamment par la mise en oeuvre de la première DEQ-T. Il s'agit de Bernard DE BACKER, sociologue, avec la participation de Dominique WAUTIER (longue expérience à l'APEF et l'ABBET).
- Le thème a été choisi par nous et non par le chercheur. Ce n'est pas lui qui souhaite « fouiller nos entrailles » mais bien nous qui souhaitons faire le point sur cette question par son entremise.
- Ce projet est piloté également par un comité d'accompagnement composé de manière paritaire. Ce comité est tenu régulièrement au courant des étapes du projet.
- Le rapport final de cette DEQT-2 sera publié fin juin 2016 et fera l'objet d'un large débat au sein de nos instances. Ce sont elles qui jugeront des leçons à en tirer.

Nous vous demandons de faire bon accueil aux chercheurs, car votre participation à l'enquête est essentielle pour la qualité et la fiabilité des résultats.

Merci à vous,

Marie-Christine MEERSSEMAN, administratrice de la FASS

Pierre SCHOEMANN, administrateur de la FASS

Emmanuel BONAMI, permanent CNE

Yves DUPUIS, permanent SETCa

⁸⁹ Cellule Régionale d'Appui Mobilisatrice de l'Inter-secteur CoCoF, association de fait.