

La gestion de la qualité du point de vue des pratiques sociales

Martin Goyette
École nationale d'administration publique

Christian Jetté
Université de Montréal

Mélanie Corneau
Association des Centres Jeunesse, Québec

La gestion de la qualité du point de vue des pratiques sociales

Martin Goyette
École nationale d'administration publique

Christian Jetté
Université de Montréal

Mélanie Corneau
Association des Centres Jeunesse, Québec

Résumé

Il est reconnu que l'évaluation de la qualité des services dans le domaine de la santé et des services sociaux est complexe et multidimensionnelle. Mais les pratiques sociales notamment des organismes communautaires exigent de se questionner sur ce que veut dire la qualité dans ce contexte. En effet, si pour le Conseil québécois d'agrément, la qualité correspond à la mesure selon laquelle « un organisme répond aux besoins des clients et dépasse les attentes », un examen critique s'impose. Cet examen partira de la définition même de la mission des organismes communautaires afin d'identifier leur spécificité. Ainsi, la discussion portera sur les enjeux de la mesure de la qualité lorsque la solidarité, la citoyenneté et la démocratie sont au cœur de pratiques sociales axés sur le relationnel.

Abstract

It is widely accepted that evaluating the delivery of health and social services is both complex and multidimensional. Nonetheless, social practices particularly in community organizations require us to better understand the meaning of quality. If we follow the Conseil québécois d'agrément - meeting and exceeding client's needs and expectations - a critical analysis is needed. We will first examine each organization's mission statement and define its specificity, and then discuss the stakes in quality measurement when social accountability, citizenship and democracy are at the heart of social policies based on relational aspects.

Introduction

Depuis quelques décennies, nous assistons au Québec à une série de réformes dans la manière de développer et d'évaluer les services aux citoyens notamment dans le large secteur des services sociaux. Ces réformes s'inscrivent d'abord dans un contexte de remise en question de l'État-providence. De manière générale, la restructuration des États providence à la suite du choc pétrolier de 1973 souligne le fossé apparu entre les recettes et les dépenses sociales. En effet, l'impossibilité de contrôler les dépenses sociales toujours à la hausse, et le développement nécessaire des prélèvements obligatoires (impôt et cotisations sociales) risquent de menacer, selon certains, la compétitivité et le dynamisme de l'économie. Si cette dernière crise financière est d'importance, une seconde, apparue dans les années 1980, vise pour sa part l'État lui-même et son incapacité à gérer l'immense machine bureaucratique. L'explication de la remise en question de l'État providence ne peut être réduite à un problème de sous-financement, il s'agit aussi d'une crise de rationalité des interventions publiques induite notamment par les revendications des mouvements sociaux pour une plus grande participation et démocratisation des services.

Directement associé à ce contexte de restructuration de l'État providence, différentes administrations publiques ont amorcé des réformes visant une meilleure performance, une plus grande imputabilité, la créativité et l'innovation permettant de répondre davantage aux besoins des citoyens, en principe. Ainsi, s'inscrivant directement en continuité avec le courant de la nouvelle gestion publique (NGP), la Loi de l'administration publique de 2000 au Québec a également permis d'introduire dans l'ensemble du secteur public l'idéal d'une gestion par résultats avec différentes mesures d'évaluation de la performance et de la qualité.

C'est dans ce double contexte de restructuration et de remise en question de l'État providence et de réformes de l'administration publique que nous situons le questionnement sur l'évaluation de la qualité des pratiques sociales des organismes communautaires. Ainsi, il est reconnu que la qualité des services dans le domaine de la santé et des services sociaux est complexe et multidimensionnelle. Mais les pratiques sociales, notamment des organismes communautaires exigent de se questionner sur ce que veut dire la qualité dans ce contexte.

Cet examen partira d'une présentation de la pratique d'évaluation de la qualité dans le domaine de la santé et des services sociaux en général et des enjeux critiques qui se posent à la fois pour les établissements et pour l'évaluation des pratiques sociales des organismes communautaires. Notre essai critique analysera ensuite la marge de manœuvre nécessaire à la production d'innovation par les organismes communautaires. Ainsi, la discussion portera sur les enjeux de la mesure de la qualité lorsque la solidarité, la citoyenneté et la démocratie sont au cœur de pratiques sociales axées sur le relationnel.

La qualité des services dans le secteur de la santé et des services sociaux

Il existe de nombreuses manières de définir la notion de qualité des services dans le domaine de la santé et des services sociaux (Donabedian, 1988; Haddad *et al.*, 1997). Par exemple, cette notion peut être employée en référence «au degré d'excellence des différents attributs des services de santé (...); à un processus sans fin, qui, à la poursuite d'un idéal lointain, se définit par un effort continu de tous les membres de l'organisation pour rencontrer les besoins et les attentes des usagers (...); [ou alors, elle peut être définie en regard de ses] propriétés constitutives, soit l'efficacité, l'efficience, l'optimalité, l'acceptabilité, la légitimité et l'équité» (Haddad, Roberge, et Pineault, 1997, p. 60-61). Ces diverses conceptualisations de la notion de qualité témoignent de son caractère multidimensionnel. Par ailleurs, les différentes définitions consultées témoignent du fait que différents acteurs sociaux sont concernés par la qualité des services. En effet, en fonction des intérêts qui leur sont propres, les usagers, les professionnels et les gestionnaires ont des lectures différentes de ce que représente la qualité des services. Ainsi, les usagers définissent la qualité en termes d'excellence des services qu'ils reçoivent, se concentrant d'abord sur les compétences interpersonnelles et ensuite sur les compétences techniques des personnes qui leur prodiguent des soins. Les professionnels pour leur part s'intéressent à l'adéquation des processus entre les services et les impacts sur la santé de leurs patients. Enfin, les gestionnaires sont généralement interpellés par les propriétés constitutives de la qualité, se questionnant principalement sur l'efficience des services dispensés, sur le fonctionnement des structures en place et sur l'utilisation adéquate des ressources allouées (Haddad *et al.*, 1997). En ce sens, nous faisons un rapprochement entre les différentes manières de conceptualiser la qualité et les différents types d'évaluation des services publics généralement utilisés.

L'évaluation de la qualité des services dans le domaine de la santé et des services sociaux est sujette à un processus rigoureux qui prend en compte les trois dimensions centrales, les structures, les processus et les résultats (Donabedian, 1988; François et Rhéaume, 2001; Grenier, 1998). Au Québec, quoiqu'il existe généralement des structures internes qui sont mises en place à des fins d'évaluation de la qualité au sein des établissements, l'évaluation exhaustive des services dispensés est effectuée, depuis 1995, par un organisme externe : le Conseil québécois d'agrément (CQA). Cet organisme a été constitué par les établissements du milieu dans le but d'encadrer leurs démarches d'amélioration de la qualité des services, dans l'objectif ultime de leur conférer une reconnaissance officielle : l'accréditation de leurs services et des processus qui mènent à ces prestations. Selon le CQA, la qualité des services se définit par

« la capacité d'une organisation à satisfaire les besoins et les attentes des clients (usagers), par l'utilisation des meilleures pratiques et la conformité aux normes établies, de façon efficiente et au moindre risque, au regard des ressources disponibles. Cette qualité se reflète tant au niveau des attitudes et des contacts humains établis entre le personnel et les clients, qu'au niveau des procédures et des services rendus» (CQA, 2007, p. 20).

La satisfaction des besoins et des attentes des usagers réside au cœur des préoccupations du CQA. Les efforts des gestionnaires et des professionnels sont ainsi mobilisés et dirigés vers la recherche continue de meilleures pratiques, vers l'amélioration des pratiques actuelles et vers l'efficacité générale des services. Selon l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal (2005), puisque la satisfaction des usagers est multifactorielle, il est nécessaire d'avoir des indicateurs qui abordent à la fois le facteur relationnel, le facteur professionnel et le facteur organisationnel. Chacun de ces facteurs s'opérationnalise à travers plusieurs dimensions. Le respect, la confidentialité et l'empathie sont les dimensions du facteur relationnel; la fiabilité, la responsabilisation, l'apaisement et la solidarisation sont les dimensions du facteur professionnel; la simplicité, la continuité, l'accessibilité, la rapidité et le confort sont les dimensions du facteur organisationnel. Selon le CQA, les mesures observables de ces dimensions, c'est-à-dire leurs indicateurs, permettent de réaliser une évaluation exhaustive de la *raison d'être* des établissements, soit le bien être et la santé des usagers du réseau de la santé et des services sociaux.

Or, tel que souligné par Grenier (1998), il s'avère que ces mesures de satisfaction des besoins sont plutôt subjectives, puisqu'elles varient d'une personne à l'autre en fonction des préférences et des attentes différentielles qu'elles entretiennent face aux services et aux professionnels qui les dispensent. Toutefois, ceci n'implique pas pour autant qu'il faille les écarter ou les éliminer, puisque la satisfaction des usagers demeure centrale à l'évaluation de la qualité des services. Par ailleurs, et même si plusieurs gestionnaires, professionnels et évaluateurs estiment que les usagers ne possèdent «ni les connaissances techniques, ni l'objectivité nécessaire pour procéder à une telle évaluation» (Grenier, 1998, p. 87), il n'en demeure pas moins que les usagers sont vraiment les mieux placés pour se positionner et pour se prononcer sur la qualité, parce que ce sont eux qui sont les récipiendaires des services et ce sont eux qui ressentent les impacts sur leur état de santé et de bien être. Ceci dit, il est important d'interpréter avec prudence les données qui proviennent de recherches évaluatives qui portent presque entièrement sur ces mesures. Ainsi, dans une perspective managériale, il apparaît aussi essentiel de porter un regard critique sur les motifs qui sous-tendent l'inclusion de ces mesures dans l'évaluation de la qualité des services, puisque plusieurs gestionnaires semblent s'intéresser à ces données simplement à des fins de *marketing* (Grenier, 1998; Lozeau, 2002). Dans cette perspective, la satisfaction de la clientèle est amalgamée à la notion de qualité. Si les clients sont satisfaits, nous offrons des services de qualité. Autrement dit, en soulignant que le point de vue des usagers est au cœur de leurs préoccupations, les évaluations deviennent pour certains des moyens de bonifier l'image et la réputation de leurs établissements sans toutefois entraîner des changements dans leurs valeurs ou dans leurs pratiques, puisqu'ils ne font essentiellement que répondre aux pressions institutionnelles qui proviennent des organismes d'accréditation (Chauvière, 2007; Lozeau, 2002).

Il importe donc de mieux prendre en compte les points de vue des autres parties prenantes dans l'évaluation de la qualité des services sociaux. Pourtant, dans ses procédures d'évaluation de la qualité, le CQA tient justement compte du point de vue des partenaires, des employés, etc. Alors pourquoi ne pas s'en tenir au processus du CQA pour l'évaluation des pratiques sociales des organismes communautaires, surtout dans le

contexte où plusieurs de ces organismes travaillent de très près à la réalisation de la mission des établissements du réseau?

Parce que justement une majorité d'organismes communautaires sont financés par des processus offrant une certaine marge d'autonomie par rapport à la programmation des établissements publics. Dans cette perspective, ils voient dans l'imposition de règles et de standards extérieurs une menace à cette autonomie dans la mesure où déjà des processus de reddition de compte viennent surcharger leur processus administratif et jusqu'à un certains points orienter leurs pratiques. Pourtant, les organismes communautaires prétendent que leurs pratiques sont déterminées par la « base ». Si la réflexion et les analyses critiques sur l'implantation d'une démarche d'évaluation de la qualité des pratiques sociales des organismes communautaire sont peu nombreuses, certaines critiques du processus d'évaluation de la qualité dans le secteur de la santé nous semblent toutes aussi pertinentes à la compréhension des enjeux pour les pratiques sociales.

Des standards externes aux spécificités des pratiques sociales

Le fait que l'évaluation soit effectuée par un organisme tel le CQA permet d'assurer l'impartialité de la procédure. Toutefois, et compte tenu que le cadre normatif, c'est-à-dire ce qui sera évalué et les règles qui permettront de conférer l'accréditation, provient d'un organisme externe, les évaluateurs peuvent se butter à plusieurs résistances de la part des gestionnaires et des professionnels, puisqu'ils se trouvent en quelque sorte à imposer des méthodes et des standards d'évaluation qui affectent directement leurs pratiques (Chauvière, 2007; De Gaulejac, 2005; Lozeau 2002). Qui plus est, la production massive de documents et la mobilisation entière de l'organisation exigés pour démontrer que les pratiques sont conformes aux exigences des organismes d'agrément alourdissent considérablement l'appareil administratif déjà surchargé des établissements de santé et des services sociaux, contribuant aussi aux résistances de l'interne.

Les embûches que les évaluateurs des organismes d'accréditation et d'agrément rencontrent se situent particulièrement au niveau la mise en œuvre de la procédure d'évaluation, au niveau du plan d'amélioration des services qui s'ensuit et au niveau des limites de son application au sein des établissements. Enfin, l'application du plan d'amélioration des services proposé peut être limitée en raison du manque de ressources qui permettent son actualisation et des résistances personnelles des gestionnaires et des professionnels des établissements qui demeurent quelquefois passifs devant les pressions institutionnelles, choisissant par le fait même de s'insurger contre la bureaucratisation des programmes de gestion.

Mais plus fondamentalement, les principes qui sous-tendent l'évaluation de la qualité des services de santé et des services sociaux s'insèrent dans une perspective plus large qui provient du système de gestion qui a été initialement implanté dans le secteur manufacturier (Lozeau, 2002). Selon Chauvière (2007), cette transposition de paradigmes nous entraîne sur un terrain glissant. Tel que mentionné précédemment, la démarche d'évaluation des services vise essentiellement à rassurer les usagers d'un établissement

grâce au sceau d'agrément qui lui confère son statut de qualité. Pour ce faire, les organismes d'accréditation et d'agrément imposent des modalités et des standards qui contribuent par le fait même à resserrer le contrôle sur les ressources matérielles et humaines des établissements du réseau. En ce sens, l'auteur souligne que cette démarche « d'ISOïsation » (p. 62) contribue à dépersonnaliser le processus spécifique au domaine du social, s'appuyant plus sur la gestion efficiente des ressources que sur les compétences relationnelles des professionnels. Or, et alors que l'aspect relationnel est quelquefois relayé au second plan dans les services de santé (Lozeau, 2002), le relationnel est toujours mis de l'avant dans les pratiques sociales puisqu'il fait partie intégrante de ses principes fondamentaux. Ainsi, Chauvière (2007) propose que les démarches d'évaluation de la qualité des services qui s'inspirent du modèle marchand et de l'idéologie managériale néolibérale, contribuent à la dénaturation du social en niant les spécificités propres à leurs services. Ainsi, l'utilisateur est réduit à un statut de simple client, qui le dépossède de ses propriétés individuelles et de ses besoins relationnels.

En fait, les travailleurs du social sont constamment pris en conflit de double allégeance (Lamoureux et al. 2002). Dans ce contexte, la spécificité des travailleurs du social est d'intervenir sur les interactions entre l'individu et l'environnement dans un « équilibre dynamique » « plutôt que sur l'individu et l'environnement » de manière isolée. En fait, de manière générale, le travailleur du social a pour valeurs premières le développement de l'autonomie, la participation démocratique, le refus des discriminations.

Dans cette perspective, nous pouvons constater que la mission même des acteurs du social est d'intervenir sur des interactions entre individus et société. Mais ils doivent simultanément favoriser le changement social afin de favoriser l'insertion de tous dans la société. Pour le dire autrement, une part essentielle de la mission réside en sa capacité de réaliser des innovations sociales et de créer du changement social. Ainsi, juger de la qualité exige également de prendre en compte l'idée que l'innovation se fait rarement sans des bouleversements qui impliquent des changements structurels et culturels profonds. C'est que l'innovation sociale se confronte à des « codes de conduite, à des modalités d'action instituées qu'elle doit transgresser pour voir la lumière et changer la société » (Harrison et Klein, 2007 : 4).

De fait, l'innovation sociale repose sur l'adoption de nouvelles pratiques ou de nouvelles formes de production ou de consommation des services. Elle émerge d'une nouvelle combinaison d'éléments, de processus ou de dispositifs permettant de renouveler cette production ou cette consommation des services. « Elle prend ainsi la forme d'un chemin ou d'une voie qui est tracée parmi les règles institutionnelles existantes qui vont peu à peu céder devant la force de l'usage des nouvelles normes et règles qui se consolident » (Klein et al., 2009 : 3). Une innovation doit donc se généraliser pour être reconnue comme telle.

Dans cette perspective, selon l'analyse de Jetté (2008), les organismes communautaires ont été les instigateurs de nombreuses innovations dans le système de santé et de services sociaux au Québec. De la création des CLSC —issus de l'institutionnalisation des cliniques communautaires— au développement du logement social avec soutien

communautaire, en passant par les pratiques des mouvements féministes, des groupes alternatifs en santé mentale ou celles des maisons de jeunes, les innovations sociales produites par les organismes communautaires ont participé à la structuration du système de santé et de services sociaux dans son ensemble. Leur action est issue d'un compromis entre d'une part, les principes d'autonomie, de réciprocité, d'expérimentation et d'innovation résultant d'une critique plus ou moins radicale des dispositifs technobureaucratiques mis en place dans les grandes organisations des secteurs public et privé et, d'autre part, les principes de justice sociale, d'équité et de mobilisation collective mis de l'avant en réponse aux phénomènes d'individualisme, de concurrence et d'égoïsme associés au fonctionnement de l'économie de marché (Boltanski et Chiapello, 1999).

Ce faisant, les milieux communautaires en santé et services sociaux se distinguent à la fois des pratiques professionnelles instituées (par exemple, la médecine) et même des médecines douces qui se sont imposées comme une forme alternative de traitement à certaines pathologies surtout à partir des années 1980. Dispensées le plus souvent sur une base locale (principe de proximité), tentant d'atténuer au maximum les rapports hiérarchiques entre professionnels et usagers, les pratiques communautaires de mobilisation collective se veulent une alternative aux rapports souvent autoritaires et hiérarchiques qu'entretiennent les professions traditionnelles avec leurs usagers. La pratique médicale, par exemple, opère dans le cadre d'un entrepreneuriat individuel et tolère plutôt mal l'intrusion d'acteurs provenant de l'extérieur de son cercle d'influence immédiat (Beck, 2001). Elle accorde en général peu d'importance aux interactions avec les personnes (lien social et participation) dans l'établissement de ses diagnostics et la résolution des problématiques sanitaires. Quant aux médecines douces, si leur essor émane d'une critique de la médecine industrielle jugée invasive, impersonnelle et déshumanisante, elles n'ont jamais réussi véritablement à collectiviser les problématiques vécues par les populations les plus marginalisées. Au surplus, l'opérationnalisation de leurs pratiques s'est faite dans le cadre d'une approche individuelle et d'une tarification les rendant inaccessibles aux personnes à faible revenu et aux groupes marginalisés.

Cela dit, les innovations sociales produites par les milieux communautaires n'ont pas imprégné avec la même intensité l'ensemble du système de santé et des services sociaux. L'évolution des composantes sociale et sanitaire des services renvoie ainsi à des acteurs différenciés et à des dynamiques évolutives contrastées. D'une part, le domaine de la santé évolue davantage en fonction d'innovations technologiques. Ces innovations sont souvent coûteuses et émergent à partir d'investissements faits par de grandes corporations privées (nouveaux médicaments, nouvel appareillage diagnostic, biotechnologie, etc.). D'autre part, le domaine des services sociaux évolue quant à lui sur la base d'innovations sociales. Ces innovations se caractérisent alors par leur caractère immatériel (thérapie, forme de mobilisation, réseautage, etc.) et leur dimension expérientielle qui se prêtent de manière moins immédiate à un encadrement normatif serré et à une appropriation marchande. Compte tenu de la forte valeur accordée dans nos sociétés aux aspects technologiques et économiques des activités de production, les acteurs s'inscrivant dans la dimension sociale des services disposent en général d'un capital de reconnaissance moins important que les acteurs évoluant dans les milieux de la santé. Ce déficit de

reconnaissance s'exprime tant en termes de ressources financières investies que de reconnaissance politique et symbolique.

Or, les organismes communautaires interviennent principalement dans le domaine des services sociaux et très peu dans les services de santé. Leur action dans ce dernier domaine se fait plutôt par le biais des déterminants sociaux de la santé (revenu, travail, scolarité, logement), alors qu'ils sont pratiquement absents de la dimension curative des services. L'intervention des organismes communautaires se réalise ainsi souvent en amont des problématiques sanitaires, dans une optique davantage préventive qui demeure plus difficilement saisissable par les dispositifs de mesures et de contrôle mis en place par les organismes de régulation et de financement.

C'est dans ce contexte de reconnaissance fortement asymétrique qu'il faut d'abord situer les revendications historiques des milieux communautaires en faveur d'une plus grande reconnaissance de leur action. Ces revendications s'appuient sur l'expérience développée au fil des années par les intervenants de ce secteur, leur présence au sein des communautés et le travail conjoint réalisé avec les leaders de ces communautés pour apporter des réponses à leurs besoins et aspirations. En d'autres termes, un savoir expérientiel puisé à même leur proximité et leur enracinement au sein des communautés avec lesquelles ils travaillent qui sont souvent parmi les plus défavorisées. Malgré un discours de revendications qui pouvait parfois apparaître assez ambigu (critique des modes de production des services publics et, simultanément, revendication de fonds publics pour l'opération de leur propre organisation), les milieux communautaires ont su convaincre au fil du temps les responsables gouvernementaux, notamment au ministère de la Santé et des Services sociaux, de la pertinence et de l'efficacité de leurs actions (Jetté, 2008).

Cette reconnaissance s'est réalisée par étapes successives, tout en faisant des bonds importants à certains moments particuliers. Ce fut le cas par exemple lors de la réforme du ministre de la santé et des services sociaux, Marc-Yvan Côté en 1991 qui a vu reconnaître au sein même d'un texte de loi à la fois l'autonomie des organismes communautaires et leur droit à un financement public. Qu'on pense également à l'adoption de la Politique du SACA en 2001 qui favorisait l'octroi de financement à la mission globale pour l'ensemble des organismes communautaires (SACA, 2001). Cette reconnaissance du financement à la mission globale est importante puisque ce type de financement permet aux organismes de disposer de ressources financières dédiées à l'ensemble de leurs activités, en dehors des contraintes associées à la production d'un service spécifique (comme c'est le cas pour les ententes de services par exemple). Comme les sommes allouées ne sont pas attachées à des postes budgétaires prédéterminées, ce mode de financement permet donc d'expérimenter de nouvelles pratiques ou d'adapter plus rapidement ces pratiques à l'évolution des problématiques sur le terrain. Certaines composantes des milieux communautaires ont donc réussi à négocier avec l'État québécois — et, par la suite, à institutionnaliser — des conditions de financement leur permettant de maintenir et de développer des conditions propices au développement de pratiques innovantes, gage d'une certaine qualité des services dans les milieux communautaires.

Les années 2000 et le New Public Management (NPM)

Comme nous le soulignons un peu plus haut, la Loi sur l'administration publique de 2000 initiait au sein de l'appareil gouvernemental québécois une nouvelle ère de gestion des institutions publiques à partir de pratiques empruntées au secteur marchand (*New Public Management*). Ces nouvelles pratiques managériales ont été graduellement appliquées à l'ensemble des ministères au cours des années 2000. Elles ont eu un impact important sur les rapports qu'entretient l'État avec les organismes communautaires en mettant de l'avant des principes d'action qui se conjuguent souvent mal avec les pratiques des milieux communautaires (et des services sociaux en général). Contrôle, calculabilité et mesure des résultats deviennent ainsi les maîtres mots par lesquels l'État souhaite désormais rationaliser son action, tout en tentant de freiner l'accroissement des coûts des services. Certes, ces politiques visent d'abord et avant tout le secteur de la santé, mais ils furent appliqués sans distinction dans l'ensemble du système sociosanitaire¹, incluant les services sociaux et autres dispensateurs de services¹ (entreprises privées, entreprises d'économie sociale, organismes communautaires, etc.).

Dès lors, de nouveaux enjeux se profilent pour les organismes communautaires qui doivent défendre le bien-fondé des arrangements institutionnels permettant à leurs actions spécifiques de se déployer (par exemple, le financement à la mission globale), dans le cadre de l'application accrue de principes d'efficience et d'efficacité. L'histoire du développement des milieux communautaires montre que l'autonomie des organismes — indispensable à l'émergence des innovations sociales — repose avant tout sur leur capacité d'exercer leurs activités en dehors de contraintes financières liées à l'atteinte d'objectifs de performance mesurés à partir de dispositifs d'évaluation peu compatibles avec leurs logiques d'action. La spécificité de leurs pratiques renvoie ainsi à leur capacité de mobiliser, plus que les secteurs public et marchand, certains principes d'action plus difficilement objectivables qui jouent un rôle crucial dans la qualité des services aux personnes : la participation citoyenne, la réciprocité et le don, l'innovation et l'expérimentation, la création du lien social et la proximité avec les usagers. Paradoxalement, le maintien de ces principes d'action s'avère la condition de l'optimisation de leur « performance » en regard de la santé et du bien-être des communautés.

Considérée à partir d'une simple logique de calculabilité, l'action des milieux communautaires génère de nombreuses incertitudes : incertitudes quant aux coûts des services (financement à la mission globale induisant un large spectre d'interventions sur lequel les administrateurs ont peu de contrôle), incertitudes quant aux temps requis pour l'intervention (difficulté de mesurer le temps nécessaire à la mobilisation et à l'empowerment des communautés) et incertitudes sur la détermination des effets à court, moyen et long terme de l'intervention (effets souvent préventifs se prêtant de manière moins immédiate aux processus standards d'évaluation) (Le Bossé et Dufort, 2001 : 96-104). Incertitudes également parce que les milieux communautaires opèrent dans le domaine des services sociaux qui offrent moins de prise aux dispositifs comptables de la NPM¹. Incertitudes enfin d'ordre épistémologique, car leur action peut parfois aller à l'encontre du savoir et des mesures préconisées par les experts, un savoir managérial

mobilisé de manière importante par la NPM et légitimé également en vertu du recours accru à des interventions basées sur le modèle des données probantes (*Evidence-base model*). Ce modèle postule en effet qu'en mettant en œuvre les pratiques d'intervention ayant fait l'objet d'une vérification empirique (la mesure des données probantes), ces pratiques deviendront plus efficaces et permettront un meilleur contrôle des coûts (Lecomte, 2003). Pratiques managériales et pratiques épidémiologiques se conjuguent donc ici, à travers une philosophie commune de rationalité instrumentale, pour renforcer la logique de production industrielle dans le domaine sociosanitaire.

Discussion et conclusion

Comme nous le disions précédemment, les organismes communautaires sont « performants » précisément lorsqu'ils échappent à une trop grande emprise de certains dispositifs de mesure et de contrôle. L'originalité de leur action peut être préservée à condition d'établir des compromis entre les différents principes d'action mis en jeu dans la prestation des services. Ainsi, plusieurs craignent que sous prétexte d'assurer une meilleure gestion des services, les nouvelles pratiques de management en viennent à rigidifier les cadres organisationnels et institutionnels qui ont permis aux organismes communautaires de maintenir leur spécificité et leur potentiel d'innovation (Lamoureux et al., 2002; Chauvière, 2007). Ces deux dernières caractéristiques sont par ailleurs intimement liées à la qualité de leurs services qui dépend, non pas de normes codifiées en vertu d'un certain volume de services à produire ou d'un processus de production à respecter, mais plutôt en fonction de leur capacité d'établir un rapport de proximité avec les personnes et les communautés d'un territoire, de maintenir une dynamique de réciprocité au sein de leur organisation (bénévolat et militantisme), et de susciter la mobilisation et la participation citoyenne autour d'enjeux socioéconomiques locaux, régionaux et même nationaux.

Dans cette perspective, c'est donc la question de l'empowerment ainsi que la question de la restauration ou de la création du lien social qui deviennent des critères primordiaux d'évaluation de la qualité du service puisque ces dynamiques sont au fondement même de l'action de ces organismes. Cela implique donc de revoir non seulement les modalités d'évaluation des services, mais aussi de revoir la notion même de qualité des services qui ne peut avoir la même signification que dans le secteur public, à moins de réduire l'apport des organismes communautaires à leur dimension strictement formelle et utilitariste dans une optique de sous-traitance et d'impartition. Ce faisant, on banaliserait toutefois la spécificité et l'originalité de l'action de ces organismes qui travaillent à maintenir ou rétablir une certaine cohésion au sein d'une société de plus en plus fragmentée et détachée de ces repères normatifs et communautaires.

La qualité du service se traduit donc ici par la capacité des organismes communautaires à fournir un encadrement adéquat et à mettre à la disposition des personnes et des communautés les ressources et les outils nécessaires à leur propre émancipation. Ce qui correspond d'ailleurs à la définition que donne Jean-Louis Laville des services de

proximité qui naissent d'une construction conjointe de l'offre et de la demande de service (Laville, 1992).

Considérée dans cette perspective, la qualité des services prend alors un sens différent de celui qu'on lui accorde habituellement et va bien au-delà du respect d'une norme de contrôle de la qualité ou d'une norme établie par un organisme d'agrément. Elle devient le fondement même du service puisqu'il s'agit d'établir un compromis entre une norme de production et une norme de consommation définies par des acteurs étant eux-mêmes associés à la constitution du service. Dans ce contexte, s'il existe une norme, elle n'est jamais fixée de l'extérieur, ni prédéterminée. Elle est plutôt constitutive d'un processus démocratique de délibération et de participation auquel sont associés producteurs et utilisateurs des services. En d'autres termes, la question de la qualité des services est éminemment politique. Et si cette dimension politique se révèle particulièrement saillante dans les pratiques sociales des organismes communautaires, elle n'en n'est pas moins présente dans la détermination des normes visant à fixer la qualité des services dans les pratiques sanitaires du secteur public (et privé). Dans ce dernier cas, toutefois, elle est bien souvent balayée sous des considérations d'ordre procédural et technique (voire même éthique) qui la soustrait au débat public.

Profils des auteurs et auteures :

Martin Goyette est professeur à l'École nationale d'administration publique, Université du Québec. Il s'intéresse à l'évaluation de l'action publique auprès des populations vulnérables, au rôle des réseaux sociaux dans le passage à la vie adulte des jeunes et aux pratiques d'action intersectorielle.

Christian Jetté est sociologue de formation et professeur en organisation communautaire à l'École de service social de l'Université de Montréal. Il est également codirecteur de *Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales* (LAREPPS) et de l'équipe de recherche en partenariat *Économie sociale, santé et bien-être* (ESSBE). Son dernier livre intitulé « Les organismes communautaires et la transformation de l'État-providence. Trois décennies de coconstruction des politiques publiques dans le domaine de la santé et des services sociaux » s'est mérité en 2009 le prix Donald-Smilely remis par l'Association canadienne de science politique pour le meilleur livre en français sur un sujet traitant de la politique ou du gouvernement au Canada.

Références

- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal. “Évaluer pour s’améliorer : au cœur de la qualité des services. Le concept de qualité des services : un outil d’évaluation de la satisfaction adapté aux attentes des usagers”; Montréal : Gouvernement du Québec (2005)
- Beck, U. “La société du risque”, Paris : Aubier (2001)
- Boltanski, L. et Chiapello, E. “Le nouvel esprit du capitalisme”; Paris : Éditions Gallimard (1999)
- Chauvière, M. “Fétichisme de la qualité et tyrannie des normes secondaires” (pp. 57-81); In : *Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation*; Paris : La Découverte (2007)
- Conseil québécois d’agrément. “Le système d’agrément”; Montréal : Gouvernement du Québec (2007)
- De Gaulejac, V. “La société malade de la gestion”; Paris : Éditions du Seuil (2005)
- Donabedian, A. “The quality of care. How can it be assessed?”; *Journal of the American Medical Association* (1988); 260, 1743-1748
- François, P. et Rhéaume, J. “Les systèmes de gestion de la qualité des soins dans les hôpitaux du Québec”; *Ruptures, revue interdisciplinaire en santé* (2001); 8 (1), 6-25
- Gaudreau, L. et Lacelle, N. “Manuel d’évaluation participative et négociée, cahier 1 : s’approcher de l’évaluation”; publié dans le cadre des travaux sur les pratiques alternatives du Service aux collectivités de l’UQAM (1999)
- Gouvernement du Québec. “Le développement, rapport de la Commission d’enquête sur la santé et les services sociaux” (1971) ; vol. III
- Grenier, R. “La qualité des soins sous l’angle de la satisfaction des patients”; *Journal de réadaptation médicale* (1998); 18 (3), 87-90
- Harrison, D.; Klein, J.L. “L’innovation sociale. Émergence et effets sur la transformation des sociétés”; Sillery : PUQ (2007)
- Haddad, S., Roberge, D., et Pineault, R. “Comprendre la qualité : en reconnaître la complexité”; *Ruptures, revue interdisciplinaire en santé* (1997); 4 (1), 59-78

- Jetté, C. “Les organismes communautaires et la transformation de l’État-providence. Trois décennies de coconstruction des politiques publiques dans le domaine de la santé et des services sociaux”; Québec : PUQ (2008)
- Klein, J.-L., Fontan, J.-M., Harrisson, D. et B. Lévesque. “L’innovation sociale au Québec : un système d’innovation fondé sur la concertation” Cahiers du CRISES, # ET0907, Montréal, UQAM (2009)
- Lamoureux, H.; Lavoie, J. Mayer, R. et Panet-Raymond, J. “La pratique de l’action communautaire”; Sillery, PUQ (2002)
- Laville, J-L. “Les services de proximité en Europe”; Paris : Syros/Alternatives (1992)
- Le Bossé, Y. et Dufort, F. “Le pouvoir d’agir (empowerment) des personnes et des communautés : une autre façon d’intervenir”; (pp. 75-115); In : Dufort, F. et Guay J.; *Agir au coeur des communautés. La psychologie communautaire et le changement social*; Québec : Les Presses de l’Université Laval (2001)
- Lecomte, Y. “Développer de meilleures pratiques”, *Santé mentale au Québec* (2003); 28 (1), 9-36
- Lozeau, D. “Les chemins tortueux de la gestion de la qualité dans les hôpitaux publics au Québec”; *Gestion* (2002); 27 (3), 113-122
- Rochon, J. “Rapport de la Commission d’enquête sur les services de santé et les services sociaux”; Québec : Gouvernement du Québec (1988)
- SACA. “L’action communautaire : une contribution essentielle à l’exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec”; Québec : Gouvernement du Québec (2001)