
Introduction

LES VALEURS ET LA QUALITÉ

Les professionnels du secteur social et médico-social¹ sont aujourd'hui sous la double pression d'un discours relatif aux valeurs qui sous-tendent leur action et d'un discours relatif à la qualité qui devrait la caractériser.

Le discours sur les valeurs peut être appréhendé comme une recherche de sens par les acteurs concernés (professionnels, gestionnaires associatifs ou autres, pouvoirs publics) sur le pourquoi de l'action menée auprès des personnes avec un handicap, un trouble du comportement ou de la personnalité, une difficulté éducative ou d'insertion sociale, dans une période de mutation socio-économique. Celle-ci impacterait les sources de financement de l'action sociale, tant sous le registre de la solidarité nationale que sous celui de la redistribution sociale²,

1. L'ouvrage s'appuie plus particulièrement sur une connaissance des établissements et services accueillant ou accompagnant des enfants ou des adultes avec un handicap au sens de la loi du 11 février 2005 (« Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ») ou des enfants avec une difficulté nécessitant un accueil en établissement à caractère social, une action éducative en milieu ouvert ou un suivi psychopédagogique en ambulatoire. Certains éléments peuvent concerner le champ de la réinsertion sociale des adultes, celui des personnes âgées ou du travail social au sens large du terme, mais sans reposer sur leurs spécificités.

2. La redistribution sociale consiste à atténuer les inégalités générées par l'économie ; la solidarité consiste à compenser plus ou moins les inégalités dues pour partie au fonctionnement social (ex. : la perte du logement ou de l'emploi, la marginalisation), pour partie aux accidents de la vie (ex. : la maladie, le handicap, la perte d'autonomie consécutive à la vieillesse).

nécessitant en conséquence la production d'un argumentaire renouvelé de sa justification.

Mais on peut aussi appréhender ce discours sur les valeurs comme un processus d'opacification des enjeux, la volonté d'une part de limiter les dépenses liées aux difficultés sociales et à la compensation du handicap, d'autre part de transformer les modalités régulatrices du fonctionnement social dans un contexte de dérégulation du marché du travail et plus largement de restructuration économique¹.

Sans doute, ces deux aspects sont interdépendants et le discours sur les valeurs doit être entendu dans son authenticité, sans pour autant être dupe de ses enjeux de pouvoir.

Le discours sur la qualité procède des mêmes raisons sur un mode exacerbé. Il développe une injonction rationalisante, sous-tendue par la volonté de réduire les charges pesant sur la productivité économique, notamment par la mise en concurrence au sein du secteur social et médico-social ; mais en même temps il invoque les valeurs les plus élevées : l'écoute de la personne² dans ses attentes, la promotion de la citoyenneté, le respect de l'intimité, de l'intégrité, de la différence et du libre arbitre, la confidentialité, le service de l'autre pour son mieux-être, etc. Autrement dit, il se réclame des intentions les plus désintéressées pour soutenir la nécessité de rationaliser les pratiques professionnelles, tout en se référant à des principes tellement généraux que ces pratiques peuvent difficilement faire l'objet d'une évaluation rigoureuse de leur effectivité et de leur pertinence.

Ce discours sur les valeurs et sur la qualité se réclame plus particulièrement des droits des usagers. Ainsi, deux documents produits en 2003 et 2004 par la Direction générale de l'action sociale (DGAS) à propos de l'évaluation mettent en exergue la consultation des usagers

1. Ces flux que le marché libère, selon la métaphore de Gilles Deleuze et Félix Guattari, il faut les recoder au travers de diverses régulations sociales (*L'Anti-Œdipe. Capitalisme et schizophrénie*, Paris, Éditions de Minuit, 1980).

Cf. aussi Michel Autès : « Nous sommes dans une époque caractérisée par l'appel à la reconstruction politique du contrat social, mais la sphère politique se trouve complètement envahie par des discours de type libéral, par la logique de l'intérêt, par l'utilitarisme. [...] C'est la question que pose P. Rosanvallon, de manière forte : quel est le degré d'inégalité tolérable dans une société ? Jusqu'où peut-on pousser la logique qui produit des inégalités ? Jusqu'à quel point la logique du marché est-elle compatible avec la cohésion sociale ? », sous la direction de Saül Karsz, *L'Exclusion, définir pour en finir*, Paris, Dunod, 2000 ; Michel Autès, *Trois figures de la déliaison*, p. 19 et 21.

2. Par commodité d'écriture, on emploiera le terme de personne pour désigner la personne accueillie ou la personne accompagnée.

et la mesure de leur satisfaction¹. De même, dans sa Note d'orientation du 10 novembre 2005, le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale (CNESMS) priorise en matière d'évaluation interne « ce qui touche à la personnalisation de la prise en charge, au respect des droits des personnes et à l'organisation de leur participation aux décisions de l'établissement ou du service. » Et le décret du 15 mai 2007 sur l'évaluation externe fait « des droits des usagers » et des « conditions de réalisation du projet personnalisé » l'un de ses deux axes d'investigation.

Dans d'autres documents, relevant de la littérature professionnelle, la figure du client vient recouvrir celle de l'utilisateur. Celui-ci est supposé en capacité d'apprécier la valeur de la prestation fournie et de choisir le service ou l'établissement (mise en concurrence) susceptible de lui offrir la prestation la plus adaptée à sa situation ou de la meilleure qualité (le mieux-disant). La promesse est mensongère — au moins illusoire. Le statut de client relève de la logique du marché alors que le secteur social et médico-social relève (au moins en France à ce jour) d'une logique de solidarité, ce qui est en soi incompatible avec la recherche d'un profit financier², sauf à dégrader la qualité de la prestation en réduisant les moyens, à financer par l'impôt ou les cotisations sociales les dividendes des actionnaires ou à demander à la personne accompagnée d'assurer leur rétribution. Cette dernière option caractérise partiellement le secteur sanitaire et le champ des personnes âgées ; elle y est source de relatives inégalités dans l'accès au soin et la qualité de la prestation.

Si la figure du client l'emportait sur la figure de l'utilisateur, elle générerait à terme des prestations de qualité encore plus inégale qu'aujourd'hui, sans doute le renforcement des disparités territoriales et un accès à ces prestations relatif à la capacité des personnes de les évaluer, autrement dit à leur capital économique et socioculturel : inscription dans des réseaux informatifs, capacité foncière (domiciliation en milieu favorisé), familiarité culturelle aux standards en vogue³, appréhension critique des déclarations d'intention⁴, etc.

1. Démarche qualité — évaluation interne et recours à un prestataire — Guide méthodologique, 24 septembre 2003. Note d'information DGAS/5B n° 2004/96 du 3 mars 2004 relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

2. Le but d'une activité lucrative est légitimement de générer des bénéfices.

3. Cf. Pierre Bourdieu, *La Distinction*, Paris, Éditions de Minuit, 1979.

4. Dans cette perspective le registre de la mission est minoré voire ignoré. La figure du client opacifie la fonction de régulation sociale du secteur (lien social versus contrôle social), alors que celui-ci est au cœur même de la question sociale sur le mode de la