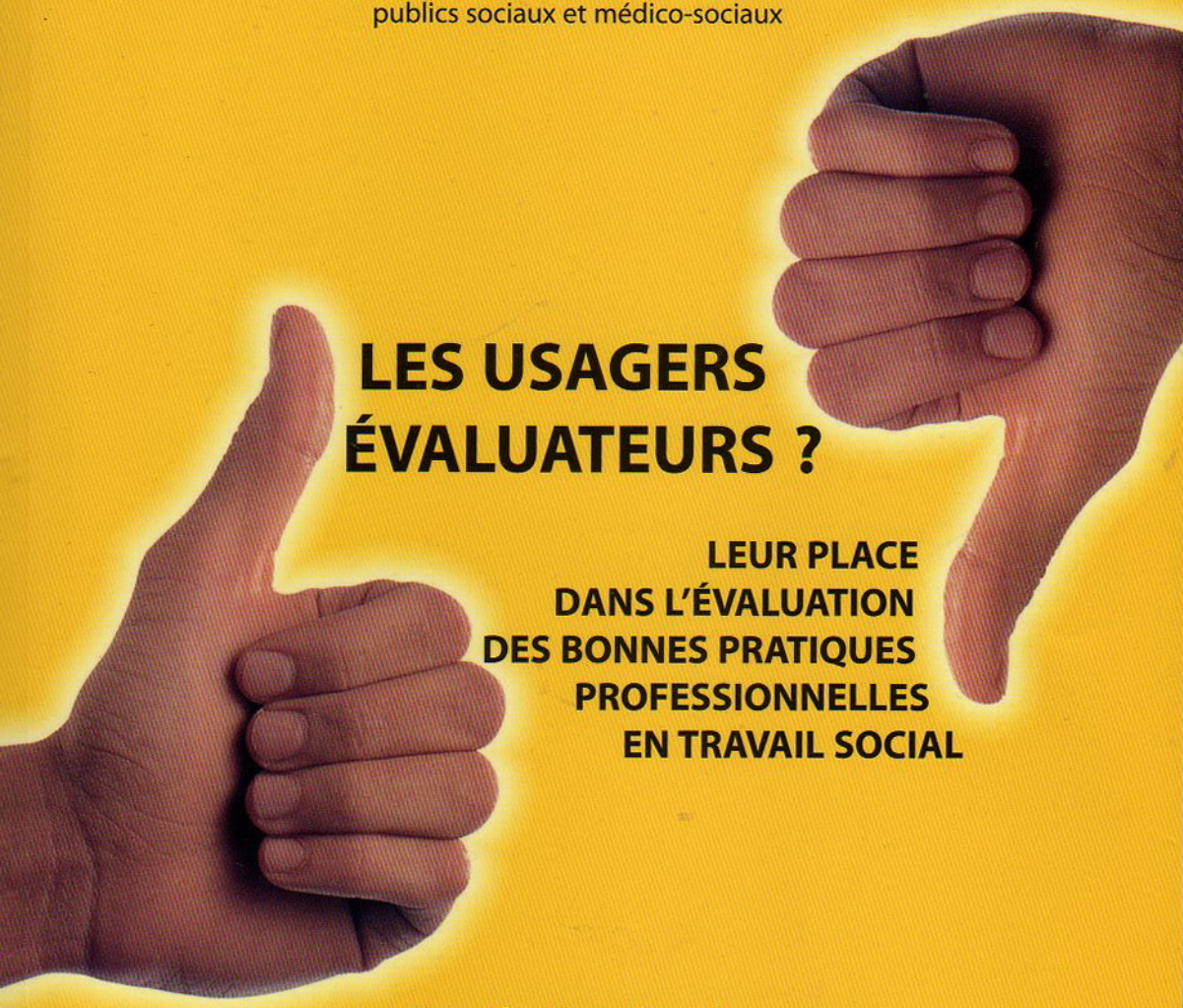
Groupe national des établissements
publics sociaux et médico-sociaux



LES USAGERS ÉVALUATEURS ?

LEUR PLACE DANS L'ÉVALUATION DES BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN TRAVAIL SOCIAL

Sous la direction de
Michel LAFORCADE et Vincent MEYER

Les Études Hospitalières

1 DYNAMIQUE INSTITUTIONNELLE ET STRATÉGIES IDENTITAIRES DE L'USAGER DU SOCIAL

PIERRE TAP

Professeur émérite de Psychologie, Université de Toulouse Le Mirail
Codirecteur du Centre de recherche de l'université autonome de Lisbonne
Membre du Centre de recherche sur la formation (CNAM, Paris)
www.pierretap.com

Le fait d'être un *usager* me donne-t-il une identité. Si oui, cette identité implique-t-elle une légitimité de participation ? Voilà une première question d'importance lorsqu'il s'agit d'évoquer les droits ou la position des usagers dans une quelconque institution, économique, politique, sanitaire ou sociale. Mais le fait d'introduire la notion de droit prouve que l'usager se voit attribuer une *identité juridique*. De même, le fait de lui supposer une position, un rôle dans une organisation, implique qu'on se demande s'il possède une *identité sociale*, professionnelle, culturelle. Mais pourquoi dire « usager » plutôt qu'*individu*, ou *personne ?* Y a-t-il une différence entre les droits des usagers et les droits de l'homme et du citoyen ? Comment associer cette discussion sur « l'être usager » et sur la capacité de « faire » dans le cadre institutionnel, en termes de participation, d'évaluation, d'anticipation préventive ?

L'USAGER ET LA DIVERSITÉ DE SES IDENTITÉS PERÇUES[1]

La notion d'usager est un *terme juridique,* lié au *droit d'usage* (je ne suis pas propriétaire de la route, mais j'ai le droit de l'utiliser). L'usager serait aussi « la personne qui utilise un service public ». De ceci, on retiendra que dans sa fonction d'usager, l'individu dépend de l'usage, du service dont il est bénéficiaire. L'identité de l'usager se trouve donc limitée au service qu'on lui rend, dans un espace institué, un établissement ouvert au public (qu'il soit public

1 À propos de la nature et donc de la définition de l'identité, je m'en tiendrai pour l'instant à une définition catégorielle courante : l'identité, comme désignation exacte d'un individu ou d'un groupe, à partir de laquelle on reconnaît leurs spécificités (internes) et leurs différences (externes). Mais cette définition doit être discutée et affinée (Tap, 1995, 1996, 2006).

ou privé). Bien sûr, cet espace peut-être réel ou virtuel. Par exemple, si je suis usager d'Internet, les sites que j'utilise et que je visite sont autant d'institutions ou de prolongement d'institutions qui ne tiennent pas beaucoup de place réelle. Mais, depuis mon bureau-écran, je dois suivre des itinéraires virtuels, m'inscrire comme « client », m'abonner pour pouvoir bénéficier des services proposés par le « serveur », etc. Mon identité d'usager est donc incomplète si je n'évoque pas ce territoire et le type d'usage que je veux activer. Je suis toujours « usager de » quelque chose. L'utilisateur d'un service est, par définition, « la personne qui (en) fait usage ». Le service est le moyen, l'instrument utilisé par l'usager pour atteindre un objectif, résoudre un problème, pratiquer une activité nécessaire ou superflue

Reprenons l'exemple des usagers de la route. Cette identité concerne à la fois les conducteurs automobiles, les conducteurs de deux roues et les piétons. De la même façon, les usagers de la santé peuvent avoir des raisons différentes d'utiliser l'hôpital et ses multiples services. Prenons justement l'exemple de la participation des usagers aux politiques publiques régionales de santé. Les auteurs d'un rapport sur cette participation (Bréchat, Magnin-Feysot, Grangeon, 2003) précisent qu'en 1995, à l'occasion de travaux préparatoires aux Conférences régionales de la santé (CRS), « la valeur symbolique du terme citoyen a été sans doute jugée trop forte[2]. En 1998, la notion d'usager a été intégrée d'emblée. Le terme d'usager [...] semble être devenu le synonyme de malade, patient, client et citoyen, qui sont tous concernés par la santé ». Dans un autre document rédigé par Juliette Daniel (2006) et concernant les Plans régionaux de santé publique, l'auteure précise que « l'attention portée à l'usager s'est élargie à la population dans un sens plus général : il peut être à la fois citoyen, contribuable, malade, membre d'une famille ou encore futur usager du système de soins ». Autrement dit, l'identité de l'usager ne peut que renvoyer à d'autres identités dont les personnes concernées sont porteuses. Cela doit nous amener à préciser ce lien complexe entre la diversité de nos identités et la dynamique institutionnelle de nos fonctions d'usagers. Notons pour l'instant que les identités de malade ou de patient ne sont pas positives compte tenu de la dépendance qu'elle impliquent par rapport au personnel de santé. L'identité de contribuable est sans doute plus ambivalente. Par contre, les identités de client et de citoyen sont valorisées, mais dans des directions plus ou moins opposées : *l'usager-client* introduit à la *dimension économique* du fonctionnement des institutions sanitaires et sociales, tandis que *l'usager-citoyen* trouve son sens dans une *orientation politique* qui peut, ou non, introduire une nouvelle opposition (droite-gauche).

---

2 Référence est faite à un autre rapport, celui de Demeulemeester (2000) sur la place et la représentation de l'usager dans les Conférences régionales de Santé.

Mais Bréchat *et al.* (*op.cit.*) introduisent encore trois autres identités : celles d'*usager-professionnel, d'usager-profane* et d'*usager-alibi*. L'usager-professionnel est, le plus souvent, un usager engagé, représentant d'une association de défense. Il participe aux instances mises en place. Même s'il s'y exprime peu, du fait du mode souvent trop formel des réunions, il permet de faire évoluer la représentation que les professionnels se font des usagers, représentation asymétrique qui tend à infériorisier l'*usager-profane*. Rappelons que le « profane » est certes la personne étrangère à une association, ou à un corps professionnel, et qu'elle est de ce fait perçue comme non initiée à certaines connaissances (par exemple médicales ou administratives). Mais ce terme a aussi à voir avec la non-appartenance à une religion (profane : ce qui n'est pas sacré). La participation d'usagers-profanes oblige les personnels à réguler les connaissances, et à éviter les « langues de bois ». Si cet effort de régulation est mené à bien, on en constate alors les effets bénéfiques dans les interactions et dans le fonctionnement des instances. La participation des usagers « a favorisé l'apprentissage de la place et du rôle de chacun (représentants de l'État, de l'Assurance Maladie et des usagers) pour commencer à construire une connaissance partagée des enjeux du champ de la santé publique. Ce cheminement a favorisé des apprentissages collectifs et organisationnels, ainsi que l'établissement d'une reconnaissance mutuelle et de rapports confiants[3] favorisant l'élaboration et la mise en œuvre d'actions communes » (*op.cit.* : 64).

Les usagers-professionnels peuvent trouver des lieux multiples pour faire reconnaître leurs priorités, et se positionner comme un « contre-pouvoir potentiel » (comme peuvent l'être aussi les élus) face aux professionnels de la santé, aux représentants de l'État et de l'Assurance Maladie, même si le rapport de force n'est pas en leur faveur (surtout face aux administratifs et aux gestionnaires). L'identité de l'*usager-alibi* est évoquée au Québec et discutée par Bréchat, Danzon et Schaetzel (2000). Il faut prendre le terme alibi dans le sens de « défense qu'une personne tire de la preuve de sa présence » (de sa participation). Elle est impliquée et elle tient à exprimée ses propres positions et expressions. On pourrait aussi évoquer l'usager-alibi en un sens plus négatif : la personne dont l'institution se sert comme alibi, pour laisser croire que les usagers sont bien présents et actifs. On peut alors dire que l'institution tend à instrumentaliser cet usager, à l'utiliser à des fins organisationnelles unilatérales. *Servir l'autre ou se servir de lui*, tel est le paradoxe de toute activité humaine. Mais il y a bien sûr intérêt à montrer ici que l'inter-instrumentalisation (plus ou moins asymétrique) se trouve heureusement limitée

[3] C'est moi qui souligne.

par la dynamique de ce que nous avons appelé l'*interstructuration des sujets et des institutions*, dans laquelle on peut placer aussi bien les influences négatives (aliénation et instrumentalisation réciproques) que les influences positives (participation coopérative, identifications structurantes, aides réciproques désintéressées) (Tap, 1988).

Cette question de l'instrumentalisation, unilatérale ou réciproque, se pose à tous les niveaux des interactions et des communications sociales, de la relation de couple aux relations groupales et organisationnelles. À vrai dire la participation des usagers « n'a sans doute pas encore pu contribuer au changement des comportements des citoyens ». Parfois les usagers-citoyens sont confondus avec les usagers-profanes et opposés aux usagers-professionnels. Par exemple, « Les associations d'usagers (de malades, de personnes handicapées, de consommateurs, d'organisations familiales, etc.) sont jugées trop peu représentatives [...]. Certains souhaitaient que soient sollicités des usagers-citoyens profanes, tandis que d'autres voulaient plus de représentants d'associations d'usagers-professionnels, avertis et aguerris par la fréquentation des services de santé » (Bréchat *et al.*, 2003 : 63).

L'USAGER-CLIENT OU CONSOMMATEUR, LES RÉFÉRENCES INSTITUTIONNELLES ET LA « DÉMARCHE QUALITÉ »

Pour analyser les rapports entre la dynamique institutionnelle et les stratégies identitaires de l'usager ou associées à l'usager, je prendrai quelques exemples dans la présentation de la démarche de Qualité chez ses défenseurs (Ducalet, Laforcade, 2000 ; Faugeras, 2007 ; Laforcade, 2007) ou de ses détracteurs les plus déterminés (Chauvière, Godbout, 1992 ; Chauvière, 2007). Dans le contexte économique, l'usager-client a élargi l'identité de l'*usager-consommateur*. Historiquement les mouvements de consommateurs ont joué un rôle non négligeable dans la défense des dits consommateurs. Alain Bazot reprochait récemment aux partis politiques, au parti socialiste en particulier, de « miner le mouvement consumériste dans l'étouffoir d'instances inefficaces et inaudibles [...] La classe politique n'a jamais eu le courage de mener la réforme institutionnelle du consumérisme. Elle fait l'impasse sur le fonctionnement, l'avenir, le rôle positif et possiblement réformateur du mouvement consumériste » (2007 : 26-27). Il importe bien sûr de voir dans quelle mesure la notion de client et de clientèle, ou celle de consommateur s'applique et jusqu'où aux personnes qui utilisent les services sanitaires et sociaux.

La *Démarche Qualité* a bien sûr pour objectif d'évaluer la qualité de fonctionnement des institutions (économiques, administratives, sanitaires et sociales), le sens des actions menées et l'évaluation des résultats, à travers

la façon dont les usagers apprécient ou non ces actions et ces résultats. Dès lors les usagers sont supposés être au centre du dispositif. Comme l'indiquent Philippe Ducalet et Michel Laforcade (*op. cit.* : 81) : « L'unique objectif de la démarche, sa seule évaluation probante, réside dans la satisfaction (objective et subjective) de l'usager. Il sera donc érigé en statue du commandeur, posant à toutes les étapes décisives, la seule question qui vaille : "Quels sont les bénéfices pour l'usager ?" ». Selon Sylvie Faugeras, l'approche qualité « a l'ambition de dépasser l'évaluation quantitative et qualitative. Elle vise surtout à faire émerger les besoins et les attentes des usagers et de leurs familles, afin de les inscrire dans le cycle de l'amélioration des pratiques professionnelles » (*op. cit.* : 19). Cette amélioration est perçue dans la continuité et non comme un changement brutal.

Mais selon ces auteurs, s'appuyant sur une conception humaniste, c'est la personne dans toutes ses dimensions humaines qui se trouve concernée, derrière sa qualité, plus ou moins temporaire, d'usager du socio-sanitaire. « Les usagers sont passés d'un statut d'objet à un statut de sujet ayant des droits. » (Faugeras, *op.cit.* : 33). La démarche est fondée sur la reconnaissance et le respect de la personne, sur son projet de vie. Elle révèle surtout « une reconnaissance de l'identité de la personne prise en charge, qui possède des besoins et des attentes uniques » (*op. cit.* : 93). L'article 4 de la loi du 2 janvier 2002 qui définit les droits des usagers évoque en effet le respect de la dignité de la personne, son intégrité, les droits à la vie privée, à l'intimité, à la sécurité, le droit à l'accompagnement., à l'information, à la participation. Tous ces principes font bien sûr référence aux droits fondamentaux de la personne. Sylvie Faugeras, s'appuyant sur les travaux de Maslow concernant la *psychologie de l'être* (1972)[4], affirme que « la qualité de vie en établissement doit prendre en compte *l'intégralité* des besoins dans des relations d'échange. C'est à cette condition que les usagers seront véritablement au cœur du dispositif de prise en charge : parce qu'ils seront considérés dans la *totalité de leur identité* » (*op. cit.* : 113)[5]. L'auteure prend position pour ce que l'on appelle un *point de vue holistique de la personne*. Celle-ci ne doit pas être réduite à sa position d'usager, mais appréhendée dans sa complexité personnelle, dans son entièreté, en quelque sorte. Cette prise de position n'est pas sans introduire de multiples questions, aussi bien théoriques que pratiques. Il importe donc de travailler les liens entre la représentation que nous avons des usagers ou de celle qu'ils ont d'eux-mêmes et la dynamique institutionnelle, le fonctionnement d'établissements sanitaires et sociaux en particulier.

---

4 On peut se référer aussi à deux ouvrages de Maslow (*Être humain*, 2006, et *Devenir le meilleur de soi-même*, 2008, tous deux traduits en français 40 ans après les originaux !).

5 C'est moi qui souligne.

L'USAGER, SON IDENTITÉ PERSONNELLE ET SES IDENTITÉS FONCTIONNELLES

L'être que *je suis* (mon identité personnelle, mon identité de *personne*) est nécessairement associé à ce que *je fais*, à ce que *je crois,* à mes capacités et à mes compétences, à mon corps et à mon genre, à mes souvenirs comme à mes projets, etc. Mais je ne suis pas un être hors du monde. Ce que je suis dépend de mes origines (ma famille, mon pays, ma région, ma classe sociale, ma classe d'âge), de mes fonctions sociales, familiales, professionnelles, politiques ou religieuses, etc. De par la diversité de mes appartenances comme de par la diversité de mes utilisations de services collectifs, je m'approprie, autant que je construis, de multiples identités temporaires, c'est-à-dire de multiples images de moi-même en fonction des contextes, des injonctions sociales et culturelles, des types d'interaction que j'établis avec autrui.

Mais l'*identité personnelle* n'est pas tout de la personne. Elle correspond au système des représentations qu'elle s'est appropriées (à partir des dires d'autrui) ou construites à propos d'elle-même[6]. Mais elle inclut aussi les sentiments et les émotions associés à ces représentations. Mais l'identité personnelle trouve sa propre dynamique dans son articulation complexe et variable avec de multiples identités collectives, elles-mêmes liées à des groupes d'appartenance, à des catégories de référence, à des activités ou à des statuts sociaux. Les identités d'usagers entrent bien sûr dans cette multiplicité. Ces identités sont autant de catégories « attributives » qui permettent de se définir soi-même et de définir les autres. Mais certaines de ces identités jouent un rôle plus important dans la continuité de notre vie, dans notre effort d'unité ou plutôt d'unification, dans l'estime que nous nous portons, dans l'affirmation de notre singularité (Tap, 2005).

Mais l'identité individuelle, comme les identités collectives, sont *paradoxales*. Par exemple elles sont fondées sur la catégorisation (qui accentue mes ressemblances avec les membres du même groupe d'appartenance et les différences avec les autres groupes) en même temps que sur le sentiment de singularité et d'unicité (sentiment qui implique un refus de se comparer avec les autres quels qu'ils soient). Autre paradoxe : mon identité peut être orientée

---

6 De ce fait, on pourrait supposer que l'identité, comme système de représentations, de sentiments et d'émotions correspond à un système essentiellement perçu, conscient. Ceci est en grande partie vrai, puisque la question de l'identité traverse celle du processus de prise de conscience. Les psychanalystes parlent ici de conscient-préconscient. Mais ils évoquent aussi les mécanismes de défense du moi. Celui-ci se leurre lui-même en introduisant dans le conscient des données non-perçues ou déformées. Bien entendu, les publicités se servent abondamment de tout ceci pour attirer le chaland.

par mes références, mes valeurs, mes croyances. Mais elle peut aussi dépendre des nécessités d'adaptation, des façons dont nous cherchons à nous défendre, de nos pratiques et de nos réalisations. Des décalages peuvent se produire entre nos idéaux et nos pratiques, entre nos désirs et nos discours, etc. Autre exemple : nous avons le sentiment d'être maîtres de notre identité, pourtant : « ce que nous sommes dépend en partie de ce que nous racontons que nous sommes[7]. L'*identité narrative* ainsi constituée peut structurer l'image de soi ou la faire indéfiniment varier sous la pression des autres et des situations (Ricoeur, 1990) [...]. L'identité personnelle apparaît comme un système interne d'identités multiples qui tire sa richesse de l'organisation dynamique de cette diversité » (Tap, 2006 : 294). Le processus que j'ai nommé « *l'identisation* » est un effort constant pour gérer un équilibre entre d'une part le désir de maintenir et de renforcer ce que je suis et que j'ai été, et le fait d'opérer des changements nécessités par l'adaptation ou construits à travers le désir de se promouvoir, de devenir autre pour se rapprocher des images idéales de référence (Tap, 1988 : 159).

Pour revenir aux usagers, ceux-ci risquent de se voir réduits à la fonction d'usage. Par exemple, la personne peut se trouver réduite à sa fonction de client, à son état de malade ou d'usager de drogue (toxicomane), à son statut scolaire, professionnel, ou à sa position d'handicapés, etc. Mais l'usager, ne se confond normalement avec aucune de ses fonctions, de ses pratiques ou de ses activités. Il ne peut être réduit non plus à ses manques ou à ses handicaps, ni à ses besoins ou à ses aspirations. Comme tout être humain, il développe des stratégies diverses, s'articulant entre elles pour constituer le *processus de personnalisation et de socialisation* en relation avec ses *stratégies de développement et d'adaptation,* parmi lesquelles on peut placer *les stratégies identitaires.*

Dans la mesure où la démarche Qualité introduit l'importance de processus, quelques remarques sont nécessaires à propos de cette *notion de processus.* Elle est à mettre en relation avec les notions de développement, de changement ou de transformation. Le processus implique le déroulement d'opérations dans le temps aboutissant à un résultat, à une évolution, à une production. Mais le processus ne se confond pas avec les événements successifs qui constituent les traces laissées par le processus évoqué. Prenons un exemple lié à la santé. L'émergence de la maladie peut se trouver associée à des processus critiques ou chroniques. Le processus ne se confond pas avec l'ordre des événements ou des comportements, même si l'enchaînement de ces derniers peut permettre

---

7 Ou de ce que les autres disent que nous sommes et que nous prenons à notre compte ou pas.

d'inférer les processus sous-jacents. De même le processus de vieillissement est lié, sans s'y confondre, avec les changements de structures (physiques et mentales) et avec l'apparition de troubles de comportements ou de réduction des capacités potentielles. Mais de façon plus générale les changements de rythme et de style de vie, tendent à provoquer des difficultés identitaires (Tap, Da Silva, Roudès, 2005).

L'USAGER VULNÉRABLE ET LES STRATÉGIES DE PERSONNALISATION

Même si les usagers des établissements sanitaires et sociaux sont des clients, ils sont d'abord des personnes atteintes par une maladie, par des troubles de comportements ou des difficultés d'adaptation, par un handicap, une déficience physique ou mentale, par des conduites de dépendance ou d'agressivité, ou plus largement, par le vieillissement, la solitude, la séparation, le divorce, la précarité économique et l'exclusion sociale, etc. On suppose, implicitement ou explicitement, que ces « atteintes » introduisent, à des degrés divers, une *vulnérabilité psychologique et relationnelle.* Nous avons montré ailleurs (Tap, Vasconcelos, 2004) que les liens entre précarité économique et vulnérabilité psychologique, s'ils existent, ne sont pas aussi systématiques qu'on le suppose et surtout qu'il est préférable d'analyser les souffrances provoquées par les situations difficiles (économiques ou autres) et leur relation avec la façon dont les individus concernés se sentent « maltraités », non *reconnus comme des personnes*, alors, qu'à des degrés divers, ils sont capables de réagir, de faire face à ces souffrances en même temps qu'aux problèmes qui les ont provoquées.

Bien entendu, l'usager peut « traverser » l'organisation à l'occasion de courts séjours ou au contraire s'y « installer » (ou y être « interné ») pour de longues périodes ou pour la vie (dans une maison de retraite, par exemple). On sait l'importance accordée aujourd'hui aux *services à domicile* comme moyen d'éviter les souffrances provoquées par les déplacements définitifs, loin des « nids écologiques ». Mais on sait aussi les efforts entrepris dans les établissements pour faciliter la réadaptation et l'investissement du nouveau « lieu de vie ». Mais les stratégies que les usagers d'établissement sanitaires et sociaux peuvent mettre en place pour lutter contre leurs difficultés et leurs souffrances, se retrouvent en fait dans la vie de toute personne, quelles que soient ses identités fonctionnelles (sexe, âge, appartenances sociales et culturelles, pratiques et positions concernant la sexualité, l'éducation, la politique et la religion). L'acceptation de cette diversité est déjà un progrès majeur, dans le fonctionnement des institutions (refus du racisme, du sexisme, etc.). Mais il importe d'aller plus loin, surtout si l'on prend en compte *l'importance de la qualité*

de vie, du projet de vie ou des styles de vie. Cela oblige à introduire l'interaction complexe entre la *dynamique institutionnelle* (incluant les dimensions économiques, interactives, éducatives, etc.) et la *dynamique personnelle* et de dépasser la seule dynamique de l'usage, et ses liens avec les besoins et les satisfactions. Les personnels qui s'occupent (en institution comme à domicile) des personnes âgées perçoivent bien la nécessité de tenir compte d'aspects symboliques, de la culture personnelle et familiale, des dimensions émotionnelles et sentimentales des interactions.

En un mot, nous devons *tenir compte de la dynamique personnelle de l'usager,* de ce que nous avons appelé le *processus de personnalisation*[8]. Se personnaliser c'est se maintenir comme sujet de sa propre vie, c'est en être le lieu de contrôle et de légitimation, c'est organiser sa vie, mettre en jeu un système de projets. Mais c'est aussi réguler des conflits ou des crises, en fonction des événements, positifs ou négatifs qui viennent émailler notre quotidien. Se personnaliser c'est donner sens et valeur symbolique à des objets, à des lieux à des dates (anniversaires de quelque chose ou de quelqu'un), à des activités. Les conduites de l'acteur individuel (comportements + activités mentales) font l'objet de régulations sur le double registre des médiations interpersonnelles et institutionnelles. Malrieu (1974) montre comment les différents types de conduites de l'acteur, *conduites instrumentales, conduites de communications et conduites cognitives* (élaboration d'un savoir, quête de sens) se construisent à travers des régulations[9] sociales multiples. Bien entendu, les conduites d'usage (celles de l'usager) introduisent nécessairement les trois types de conduites évoquées ; même si les conduites instrumentales y jouent un rôle important, du fait du rapport de domination de l'homme sur la nature des objets et des situations, par la médiation d'outils, d'instruments et de machines multiples (ceux qui facilitent les diagnostics sanitaires, ceux qui permettent la gestion de l'information). Par exemple, les conduites de communication sont liées à la problématique du rapport domination/coopération instauré dans la relation entre les personnes, à travers différents types de langage (verbal, corporel, codé, etc.). La personne vit différents styles de relations socio-affectives (attachement, imitation, coopérations et identifications passionnelles, amitié, amour, complicité culturelle, etc.). Les *conduites cognitives* tirent leur spécificité de la recherche de la vérité, de la quête du

---

8 Il faut ici distinguer deux types de « personnalisation » : la personnalisation d'un dispositif (par exemple, un logiciel peut introduire de multiples variations sur les formes, les couleurs, les rythmes, etc.) et la *personnalisation de l'acteur* : la façon dont l'individu se construit, dont il construit ses « dispositions », la façon dont il se développe en tant que personne (« personnation » serait sans doute plus correct et éviterait la confusion).

9 Le terme de régulation doit s'entendre ici au double sens d'ajustement (*régularités*) et d'intervention de *règles* instituées.

sens, de l'effort pour résoudre les contradictions, les paradoxes et les incertitudes fondamentales, qui tiennent à la dualité du sujet et de l'objet et aux interférences confusionnelles entre le réel et l'imaginaire. Selon Edgar Morin (1973) la conscience naît de cette double dialectisation du sujet et de l'objet, de la vérité et de l'erreur.

Partant de ces hypothèses générales, il est alors possible de décrire et d'analyser de multiples *stratégies de personnalisation.* Je renvoie le lecteur à de multiples travaux sur ces stratégies[10] et me contenterai ici d'évoquer les plus significatives. Quatre groupes de stratégies peuvent être décrites et analysées :

1. Les *stratégies identitaires* ont pour fonction l'ancrage, l'affirmation et la défense de soi, le maintien de la continuité de soi dans le temps. Elles supposent la mise en route de différents processus d'*identisation :*
   a) L'*ancrage identitaire* (*être le même* en référence à la famille, à la région, au pays, à la culture, etc.) permet au sujet de se maintenir et de se développer grâce à ses attachements et à ses racines, aux liens sociaux constitutifs historiques de son identité (*identisation temporelle conservatrice*) ;
   b) *l'affirmation et la valorisation identitaires* (*être soi-même*, positivement : estime de soi). Le Moi actuel a pris forme (cohérence des représentations subjectives), couleur (affects subjectifs, sentiments de valeur personnelle..) et mouvement (dynamique de coordination des conduites, ou personnalité) (*identisation structurale) ;*
   c) aspirations aux changements personnels (ou collectifs) (*devenir soi-même* ou nous-mêmes) (*identisation temporelle innovatrice*) ;
2. Les *stratégies d'intégration et de positionnements sociaux.* L'engagement et l'implication du sujet dans des institutions (famille, école, milieu professionnel, etc.), dans les relations avec autrui et dans le cadre de situations socialisées, lui permet de se situer par rapport à des normes et de s'y conformer (à des degrés divers), dans des réseaux, de provoquer ou de subir de multiples pressions, de profiter de multiples avantages dans les interactions. Ces stratégies, nombreuses et complexes jouent un rôle important dans la façon dont les personnes se socialisent, vivent des moments difficiles et y font face, en particulier dans le cadre sanitaire et social qui nous occupe ici.

---

[10] Tap (1986, 1988, 2002), Tap, Tarquinio, Sordes-Ader (2002), Esparbès-Pistre, Tap (2001), Tap, Vasconcelos (2004).

3. Les *stratégies d'adaptation et de gestion du stress (coping)* permettent au sujet de contrôler ou de tenter de maîtriser la situation présente, en même temps que le stress qu'elle provoque, de pouvoir agir et s'ajuster à de nouvelles situations. Quatre types de stratégies apparaissent en situation stressante : contrôle, soutien social, retrait et refus (de la réalité stressante) (Esparbès-Pistre, Tap, 2001) ;
4. Les *stratégies de projet* permettent d'anticiper (individuellement ou collectivement) les difficultés pour mieux les résoudre, de donner sens à un itinéraire. Elles nécessitent, de la part du sujet l'évaluation de ses capacités, de ses compétences, au regard de la situation et des obstacles à dépasser (Tap, Oubrayrie, 1999).

LES CAPACITÉS, LES COMPÉTENCES ET LES « CAPABILITÉS » DES USAGERS

Comme le dit fort justement Michel Laforcade (2007 : 7) : « L'usager est un expert de sa qualité de vie, de son sentiment de satisfaction ou de douleur, de ses désirs. Comment peut-on l'oublier ? ». Mais la « qualité de vie » est, en quelque sorte, une photographie (plus ou moins positive) des processus de vie, des actions, des réactions développées par la personne qui veut « rester en vie », « vivre sa vie comme elle l'entend » qui se heurte à des contextes difficiles ou qui, au contraire bénéficie d'ouvertures, qui doit éviter les blocages, lutter contre les dynamiques aliénantes ou qui peut bénéficier de processus libérateurs. Autrement dit, l'usager (et donc la personne considérée, à travers cette appellation générale, utile mais trop limitée à l'utilitaire) a lui-même les moyens d'évaluer sa vie, de comprendre et de juger les conditions et le cadre de vie que l'organisation lui propose. Il importe dès lors d'introduire la question majeure, non seulement des besoins et aspirations, mais des capacités et compétences nécessaires à l'amélioration continue des conditions de vie (en institution ou chez soi). Droits et devoirs s'articulent ici, aussi bien du côté des usagers que des personnels ou des administratifs représentant l'État.

Il me paraît important d'évoquer ici la notion de « *capability* » proposée par Amartya Sen[11]. Pour comprendre l'intérêt de cette notion économico-sociale (qu'avec d'autres je traduirai par le néologisme de « capabilité »), il importe justement de la différencier des capacités et des compétences. Mais ces deux derniers termes sont eux aussi à différencier. On pourrait définir les

[11] Amartya Kumar Sen, d'origine indienne, a obtenu le prix Nobel d'économie en 1998, pour ses travaux sur la famine, sur la théorie du développement humain, sur l'économie du bien-être, sur les mécanismes fondamentaux de la pauvreté et sur le libéralisme politique.

capacités comme les caractéristiques intrinsèques de la personne en relation avec des potentialités en même temps qu'avec des performances, sans évaluation institutionnelle, mais qui peuvent permettre à la personne d'être valorisée aux yeux d'autrui, ou de se valoriser à ses propres yeux. On peut par contre lier la notion de *compétence* avec celle de légitimation sociale, de validation des capacités potentielles ou activées. De son côté, Amartya Sen propose la notion de *capabilité*, comme élément déterminant des stratégies de développement humain, en relation avec les dynamiques économiques et sociales (Sen, 1985, 2000, 2002, 2003a et b, 2007). Ses travaux ont été largement utilisés dans la construction du programme de développement humain proposé par les Nations Unies (2005). Ce programme analyse les modalités de renforcement des capabilités, personnelles comme collectives, au moyen de politiques sectorielles spécifiques. Il a pour but de combler les manques de capabilité, afin de garantir l'équité entre les personnes. La capabilité, selon cet auteur, définit la façon dont la personne transforme des ressources de toutes sortes (économiques, sociales, intellectuelles, etc.) en *fonctionnement effectif* (*actualisation de potentiels, internes et externes* en quelque sorte). Elle exprime sa liberté d'agir et d'être, à une époque donnée, dans une société donnée. Elle peut inclure aussi la capacité d'être acteur social (de façon plus ou moins efficace, *cf.* Bandura, 1997). Dit autrement, la capabilité exprime la possibilité de la personne d'interagir avec les autres afin d'améliorer des ressources (internes et/ou externes) en capabilités, de les transformer en bien-être (individuel et/ou collectif) et de pouvoir ainsi mener une vie telle qu'espérée, de lui donner du sens, selon ses systèmes de croyances et de valeurs. Une telle conception, parce qu'elle introduit l'éthique, à travers la justice et l'équité, apporte une note nouvelle aux versions classiques, uniquement utilitaristes, des échanges économiques.

Par ailleurs, nous avons vu *supra* combien les représentations sociales et les catégorisations identitaires, influent sur les relations entre les usagers, les personnels sanitaires et sociaux et les représentants institutionnels (Directions, État, Assurance Maladie…). On peut montrer ici, en prolongement direct avec les conceptions éthico-économiques d'Amartya Sen, que l'important est la façon dont ces représentations s'actualisent dans des pratiques interactives de communication, surtout lorsqu'elles sont stéréotypées ou stigmatisantes. Comme l'indique Vincent Meyer (2005 : 71-74) : « Les imaginaires des équipes éducatives ont tendance à se figer dans ce type de microsociété[12] […] Les agents (y) sont largement influencés par une image globale, essentiellement négative, des évolutions possibles des résidents, à laquelle finalement

[12] Les établissements évoqués reçoivent des « personnes handicapées mentales vieillissantes ».

chacun participait dans des conversations ordinaires (concernant des) événements malheureux (essentiellement des crises, des fugues) [...]. On a l'impression que les agents racontent plus leur histoire, leur propre difficulté que celle des personnes dont ils ont la charge. On est donc en permanence dans cette dualité : représentations de l'avenir et des potentialités des personnes *versus* représentations de l'utilité du travail engagé et de l'implication ».

S'il importe donc de changer les représentations réciproques des personnes concernées (nous avons vu l'exemple des effets régulateurs de la présence des usagers-profanes sur les représentations négatives des personnels et représentants), il importe aussi de montrer que ces représentations (y compris celles qui sont liées aux identités) doivent être révisées à la baisse, en termes théoriques. Bien des auteurs ont montré l'utilisation abusive de la notion de « représentation » (mentale ou sociale) aux dépens de la dynamique des rapports entre les activités mentales (penser, imager, imaginer, etc.) et des comportements (visuo-moteurs, relationnels, etc.). On peut citer ici la théorie de *l'énaction* proposée par Maturana et Varela (1980, 1988, voir aussi Varela et *al.* 1996) qui contestent l'hypothèse selon laquelle il existerait des « représentations du monde extérieur prédéterminé » qui influenceraient les conduites, *a posteriori*. Selon la théorie de l'énaction, la perception et la motricité sont indissociables, sous le primat de l'action qui les stimule. Appliquée à la discussion concernant la place des usagers dans la dynamique institutionnelle, la notion d'énaction nous oblige à analyser comment « s'incarnent » les représentations, les besoins et les aspirations, comment, les actions sont en concordance ou non avec les représentations verbalisées (à travers les évaluations, en particulier) au lieu de s'en tenir à ces seules représentations. Cette question intervient de façon fondamentale dans le choix des méthodes, quantitatives ou qualitatives, et de leur fiabilité.

DE L'USAGER-CLIENT À L'USAGER-CITOYEN

Certains auteurs se montrent très critiques à propos de l'industrialisation du travail social[13], de la privatisation et de la « chalandisation »[14] des établissements sanitaires et sociaux. Ces critiques peuvent provenir d'usagers ou d'experts se situant à gauche ou à droite de l'échiquier politique. Dans ces débats concernant par exemple la démocratie, le libéralisme politique et

[13] Expression utilisée par Jean-Noël Chopart (en interview, 1998).

[14] Expression utilisée par Michel Chauvière (2007) qui fait la distinction entre : « la chalandisation des pratiques institutionnelles (management couplé à l'hypergestion) » et « la chalandisation des esprits, chalandisation intériorisée » (*op. cit.* : 203).

économique, les références individualistes ou socialistes, etc. interviennent des divergences parfois indépassables ou des querelles de mots qui peuvent être plus facilement régulées. Nous avons vu plus haut que l'usager-citoyen peut être assimilé à l'individu lambda - profane (c'est-à-dire non informé et même étranger au groupe des experts, du fait de sa méconnaissance des diagnostics, des pratiques, des exigences administratives, etc.). En tout cas, je me suis efforcé ici de montrer qu'on ne peut lâcher les deux bouts de la chaîne : d'un côté : le *développement de la personne*, *l'individuation* (et non l'individualisme comme idéologie) et de l'autre la *socialisation* de l'usager (que celui-ci soit enfant, adolescent ou adulte, qu'il soit usager sanitaire, ou social ou économique. Faire référence à l'usager en tant que sujet, ou en tant que personne, ne signifie nullement que l'on refuse de prendre en compte les dimensions socio-historiques et les problèmes économiques et politiques actuels. Selon Michel Chauvière (2007), la démarche Qualité serait fondée sur un « pragmatisme rationalisateur » qui faciliterait l'entrée du monde marchand (marchandisation, chalandisation) dans des domaines autrefois protégés : école, action sociale, santé, culture (*op. cit.* : 40). « La qualité autorise le renforcement exagéré du contrôle administratif sur les conditions matérielles et humaines de la production des services » (*op. cit.* : 58). Elle légitime la formulation d'exigences nouvelles, parfois démesurées. La modélisation serait pauvre en pensée sociale et les instruments mis en place seraient réduits aux aspects administratifs de gestion, intrinsèquement conservatoires, dont la valeur analytique et *a fortiori* la valeur dialectique serait quasi nulle (*op. cit.* : 66). Ces jugements sont bien sûr objets à discussion.

L'auteur prend trois exemples intéressants à propos de l'individualisation : le *domicile, l'accès et l'usage* (*op. cit.* : 83 et sq.). Bien entendu le *domicile (ou plutôt la maison)* fixe les identités, les appartenances. Il ramène à l'individu-usager, en relation avec les « droits de la personne », à travers les services à domicile ou à la personne. *L'accès* permet de réguler au plan imaginaire le hiatus entre distance objective et distance subjective, tout en devenant promesse publique de droits réellement effectifs ou d'espaces réellement ouverts à tous. L'*usage* « rabat la relation sociale sur l'utilité individuelle et adapte la technique de la mesure consumériste au secteur social, après transformation du problème en produit ». Dans les trois cas, le bénéficiaire doit pouvoir être seul comptable et même juge de ce qui est bon pour lui et, par voie de conséquence exigible de la société.

Toujours selon Michel Chauvière « L'usager de la loi 2002-2, loin d'être identitaire, voire ontologique, est en réalité une catégorie déterminée par deux types de rapports sociaux lourds en substitution des rapports cliniques ou éducatifs dont on se plait à dire qu'ils sont nocifs, parfois aliénants, voire

maltraitants : les rapports sociaux de production (obligation de bonnes pratiques, résultats tangibles, productivité des intervenants) et les rapports sociaux de connaissance (remplacements de l'effort de recherche et de créativité par un effort d'évaluation *ex post* » (*op. cit.* : 132) [...].. L'usager n'est donc, en grande partie qu'un leurre théorique [...] à moins que les usagers ne s'en mêlent réellement [...] Personne ne semble très certain que la nouvelle organisation serve davantage les intérêts des citoyens, même baptisés usagers ! » (*op. cit.* :135).

CONCLUSION

Il est normal que la position politique des auteurs les amène à mettre en question la centration sur l'usager en tant que personne ou celle sur les associations, les syndicats ou les partis politiques. Avant de conclure, je voudrais évoquer les remarques de deux sociologues bien connus interviewés par *L'hebdo des socialistes,* dans la *Tribune de la rénovation.* Pour François de Singly (2007) « le parti socialiste plutôt que de déplorer la montée de l'individualisme, serait plus en phase avec les attentes de ses concitoyens s'il se mobilisait pour créer les conditions sociales permettant à chacun de développer sa propre identité [...]. Comment le socialisme peut-il soutenir le mouvement positif de l'individualisme contemporain ? 1° en prenant part aux luttes contre toutes les discriminations ; 2° en ouvrant de nouvelles possibilités pour chaque individu de mieux maîtriser sa vie ; 3° en créant les conditions sociales pour que chacun puisse avoir cette maîtrise sur son existence, développer sa propre identité. Il s'agit de lutter en priorité contre les inégalités qui limitent pour certaines femmes, certains hommes, leur développement personnel »[15]. De son côté, François Dubet, entendu par la commission « Socialisme et individu » du PS, a défendu le concept de discrimination positive qui aiderait les individus, et non les groupes. « Le vrai problème (selon lui) ne tient pas tellement à la sélection équitable des meilleurs, mais au sort des vaincus. En créant une compétition parfaitement égale entre des gens inégaux, vous favorisez les favorisés. (Il faut donc) donner des avantages relatifs à ceux qui en ont le moins. Mais il faut aider les individus, pas les groupes. Tu as un projet, un désir de faire des études, on t'aide. C'est ce que l'économiste indien Amartya Sen appelle les « capabilités ». Il faut aider les gens à réaliser le projet de vie qu'ils souhaitent pour l'avenir » (2008 : 14/15).

---

15 On peut se référer bien sûr aux ouvrages de François de Singly sur l'individualisme : 2002, 2005a et 2005b.

Ces deux interventions vont dans le même sens que ce que je viens de développer ici. Les stratégies identitaires et les stratégies de projet sont déterminantes dans la façon dont les usagers vivent leurs relations avec les institutions sanitaires et sociales. Il importe donc de les aider à développer ces capabilités, fondées sur la liberté de construire sa propre vie. Mais j'ai aussi montré qu'on ne peut oublier ni les stratégies d'adaptation (lutte contre les souffrances, l'angoisse de mort, développer les processus de contrôle et la résilience, etc.) ni les stratégies de socialisation (intégration et insertion, communications, relations socio-affectives, appropriation des langages, etc.). Il est clair enfin que la dynamique du développement personnel, la dynamique du fonctionnement institutionnel et leurs influences réciproques sont d'une grande complexité. Edgar Morin conseille de chercher « la complexité là où elle semble en général absente, comme par exemple la vie quotidienne [...]. Le roman nous montre des êtres singuliers dans leurs contextes et dans leur temps. Il montre que la vie quotidienne est une vie où chacun joue plusieurs rôles sociaux [...]. On y voit que chaque être a une multiplicité d'identités, une multiplicité de personnalités en lui-même [...]. Il nous montre aussi que chacun se connaît très peu lui-même » (2005 : 77/78). Demander aux usagers d'évaluer l'institution, c'est simultanément leur permettre de se découvrir eux-mêmes et d'apprécier leurs propres revendications et réactions, à travers le miroir que constitue le regard des autres sur eux et le regard qu'ils portent eux-mêmes sur les personnels.

RÉFÉRENCES

Bandura, 1997, *Self-efficacy,* New-York, Freeman & Company. Traduit de l'anglais par Lecomte J., 2003, *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle,* Paris, Bruxelles, De Boeck.

Bazot A., 2007, « Quand les socialistes reconnaîtront-ils le rôle des mouvements de consommateurs ? », *L'hebdo des socialistes,* 470, pp. 26-27.

Bréchat P.-H., Danzon A., Schaetzel F., 2000, *Évaluation de la qualité des soins et accréditation : prise en compte de l'usager au Québec. Les usagers du système de soins.* Rennes, Éd. ENSP, coll. Recherche Santé Sociale, 2000.3, pp. 1-36.

Bréchat P.-H., Magnin-Feysot C., Grangeon J.-L., 2003, « La participation des usagers aux politiques régionales de santé », *ADSP,* 44, pp. 61-67.

Chauvière M., 2007, *Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation,* Paris, Éd. La Découverte.

Chauvière M., Godbout J.T., éds, 1992, *Les usagers, entre marché et citoyenneté,* Paris, Éd. L'Harmattan.

Chopart J.-N., 1998, « L'industrialisation du social bouscule le travail social », *Actualités sociales hebdomadaires*, 30.01.98, pp. 23-24.

Daniel J., 2006, *Le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) en Pays de Loire. Implication et participation des usagers.* Document complet 47 pages, en pdf ou en zip accessible à http://www.bdsp.tm.fr/base/Scripts/ShowA.bs?bqRef=345529.

Demeulemeester R., 2000, *L'usager dans les conférences régionales de santé. Les usagers du système de soins.* Rennes, Éd. ENSP, coll. Recherche Santé Sociale, pp. 17-24.

Dubet Fr., 2008, « Aider les gens à réaliser leur projet de vie », *L'hebdo des socialistes*, 471, pp.14-15.

Ducalet Ph., Laforcade M., 2002, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Paris, Seli Arslan, 2e éd. 2004.

Esparbès-Pistre S., Tap P., 2001, « Identité, projet et adaptation à l'âge adulte », *Carrierologie, Revue francophone Internationale*, vol. 8, 1, pp.133-145. Document accessible par http://www.carrierologie.uqam.ca/ ou par www.pierretap.com.

Faugeras S., 2007, *L'évaluation de la satisfaction dans le secteur social et médico-social*, Paris, Seli Arslan.

Laforcade M., 2007, Préface, *in* : Faugeras S., *L'évaluation de la satisfaction dans le secteur social et médico-social*, Paris, Seli Arslan.

Malrieu P., 1974, *L'interconstruction de la personnalité et des institutions*, polycopié, Université de Toulouse-Le-Mirail.

Maslow A H., 1972, *Vers une psychologie de l'être*, tr.fr., Paris, Fayard.

— 2006, *Être humain*, tr.fr., Paris, Eyrolles.

— 2008, *Devenir le meilleur de soi-même*, tr.fr., Paris, Eyrolles.

Maturana H.R., Varela F.J., 1980, *Autopoiesis and cognition, The realization of the living*, Boston Studies in the Philosophy of Science, D. Reidel.

— 1988, *The tree of knowledge*, New Science Library, Shambhala, Boston, London.

Meyer V., 2005, *Communication organisationnelle et prise en charge du handicap mental*, Bordeaux, Éd. LEH.

Morin E., 1973, *Le paradigme perdu : la nature humaine*, Paris, Éd. du Seuil

— 2005, *Introduction à la pensée complexe*, Paris, Éd. du Seuil.

Ricoeur P., 1990, *Soi-même comme un autre*, Paris, Éd. du Seuil.

Sen A.K., 1985, *Commodities and capabilities*, Amsterdam, North-Holland

— 2000, *Repenser l'inégalité*. Traduit de l'anglais par P. Chemla, Paris, Éd. du Seuil.

— 2002, *Éthique et économie*, Traduit de l'anglais par S. Marnat, Paris, Presses universitaires de France.

— 2003a, *Un nouveau modèle économique : développement, justice, liberté*, Traduit de l'anglais par M. Bessières, Paris, O. Jacob.

© Les Études Hospitalières

— 2005b, *L'économie est une science morale*, Traduit de l'anglais par M. Saint-Upéry, Paris, La Découverte/ Poche.

— 2007, *Identité et violence. L'illusion d'un destin*, Traduit de l'anglais pas S. Kleiman-Lafon, Paris, O. Jacob.

Singly Fr. de, 2002, *Libres ensemble : l'individualisme dans la vie commune*, Paris, Nathan.

— 2005a, *L'individualisme est un humanisme*, Paris, Éd. de l'Aube.

— 2005b *Les uns avec les autres : quand l'individualisme crée du lien*, Paris, Éd. Hachette Littératures.

— 2007, « Pourquoi le socialisme doit-il être compatible avec individualisme ? », *L'Hebdo des socialistes, 458, 22.09.07*, pp. 24-25.

Tap P., éd., 1986, *Identité individuelle et personnalisation*, Toulouse, Éd. Privat.

— 1988, *La Société Pygmalion, Intégration sociale et réalisation de la personne*, Paris, Éd. Dunod.

— 1995, « Identités et compétences en situations difficiles », Journées annuelles de l'ADC-ENSP (Pointe-à-Pitre, Mai 1994), *Revue de l'Association des Directeurs Certifiés de l'Ecole Nationale de la Santé Publique de Rennes*, pp. 113- 127.

— 1996, « Souffrances et stratégies des personnes en Institution ». *Espaces et Directions*. Toulouse, ADC-ENSP, pp. 221-234.

— 2002, La dynamique des séparations : crises, transitions et dévelopement personnel, pp. 7-25, *in :* Saint-Jacques M.C., Cloutier R., dirs, *Séparation conjugale : pour qui les gains, pour qui les pertes ?*, Université Laval, Québec.

— 2005, La construction de l'identité personnelle chez l'enfant, pp. 299-322, *in :* Cloutier R., Gosselin P., Tap P., dirs, *Psychologie de l'enfant*, Montréal, Gaëtan Morin.

— 2006, rubrique « identité », pp. 293-295, *in* : J.-Y. Barreyre, B. Bouquet, *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale*, Paris, Bayard.

Tap P., Oubrayrie-Roussel N., 1999, « Personalizacao et dinamica relacional » [Personnalisation et dynamique relationnelle], en portugais et en français. *Pessoa como centro. Revista de estudos rogerianos*. Lisboa. 1999-4, pp.41-84.

Tap P., Tarquinio C., Sordes-Ader F., 2002, « Santé, maladie et Identité », pp. 135-162, *in :* G. N. Fisher *Traité de Psychologie de la Santé*, Paris, Éd. Dunod.

Tap P., Teixeira da Silva M.E., Roudès R., 2005, « Identité, corps et représentation du vieillissement », Numéro spécial « Les représentations sociales », *Au fil du mois, CREAI PACA*. Déc. 2005, pp. 17-31.

Tap P., Vasconcelos M. de L., 2004, *Précarité et vulnérabilité psychologique. Comparaisons franco-portugaises*. Toulouse, Éd. Erès.

Varela F., Thompson E., Rosch E., 1996, *L'Inscription corporelle de l'esprit : sciences cognitives et expérience humaine*, traduit de l'anglais par Véronique Havelange, Paris, Éd. du Seuil.