

La qualité dans les services publics sociaux



FONDATION EUROPÉENNE
pour l'amélioration des conditions de vie et de travail

La qualité dans les services publics sociaux

La Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail est un organe autonome de l'Union européenne, créé pour aider à l'élaboration de politiques liées aux problèmes de société et du travail. Pour tout renseignement supplémentaire, veuillez consulter le site *web* de la Fondation (<http://www.eurofound.ie/>).

L'auteur

Jane Pilling est une chercheuse indépendante et une conseillère de politique générale spécialisée dans le domaine de la politique européenne en matière de protection sociale, d'égalité et d'emploi. Elle conseille les syndicats, les gouvernements et les institutions communautaires sur les questions de politique; elle est conseillère spécialisée de la commission parlementaire sur l'emploi de la chambre des communes; elle occupe en outre des postes de chercheur honoraire à l'université de Leeds et à University College, Dublin.

La qualité dans les services publics sociaux

Jane Pillinger



FONDATION EUROPÉENNE
pour l'amélioration des conditions de vie et de travail

Une fiche bibliographique figure à la fin de l'ouvrage.

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 2001

ISBN 92-897-0067-X

© Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2001

Printed in Ireland

Le papier utilisé pour cette publication ne contient pas de chlore et provient de forêts d'Europe du Nord faisant l'objet d'un plan de gestion. Pour chaque arbre abattu, au moins un autre est planté.




Avant-propos

Les initiatives européennes menées dans le domaine de la politique de l'emploi et de la protection sociale nécessitent de plus en plus des informations sur les bonnes pratiques permettant de soutenir les processus d'étalonnage et de suivi. Le présent rapport contribue à ces nouveaux efforts par la documentation et l'évaluation des principaux changements apportés aux services publics sociaux. Le rapport, qui s'intéresse à la fois à la qualité des services et à celle des conditions de travail du personnel, reflète étroitement les priorités de l'agenda social pour l'Europe approuvé par le Conseil européen de Nice, en décembre 2000.

Les services publics sociaux sont des services dispensés directement aux citoyens dans le but de satisfaire leurs besoins en matière d'emploi, de santé, de logement, d'éducation, de sécurité sociale et de soins. Ce sont des services qui contribuent au développement de sociétés plus productives, mais aussi plus inclusives et cohésives. Ils jouent un rôle particulièrement important pour les personnes qui sont, d'une manière ou d'une autre, marginalisées ou exclues de la société. Ces personnes, qu'il s'agisse de jeunes chômeurs de longue durée ou de personnes plus âgées souffrant de problèmes de santé chroniques, ont en général des besoins multiples qui demandent de la part des services une réponse plus coordonnée ou intégrée. Le développement de tels services, qui doivent également être sensibles aux besoins et aux préférences de différents groupes d'utilisateurs, a stimulé une série de mesures visant à favoriser la participation des utilisateurs à leur conception, à leur mise en œuvre et à leur évaluation.

Les services publics sociaux sont généralement réglementés et financés par les autorités publiques à l'échelon national, régional ou local. Toutefois, ils peuvent également être offerts par le secteur public ou privé, ou par des organisations du secteur associatif ou d'autres organisations du secteur de l'économie sociale. Cette diversité suscite des questions concernant tant la qualité des services que celle des conditions de travail dans les différents secteurs.

Ces services ont fait l'objet d'une vaste politique de réforme et de modernisation au cours de la dernière décennie, les politiques générales s'étant concentrées sur les coûts, sur une mise en œuvre plus coordonnée et sur une plus grande sensibilité aux besoins des usagers. Aux niveaux national et communautaire, on a reconnu l'importance de ces services pour la création d'emplois, la lutte contre l'exclusion sociale et la contribution à la protection sociale. Les changements apportés à la gestion et à l'exécution de ces services influencent évidemment la qualité de la vie professionnelle des travailleurs, et les services eux-mêmes sont de plus en plus soumis à des mesures ou procédures visant à garantir certaines normes de mise en œuvre.

Ces thèmes sont approfondis dans le présent rapport, qui présente une synthèse des résultats de travaux de recherche sur le terrain menés dans dix pays, complétés par d'autres travaux exécutés dans les cinq États membres restants. Le rapport examine les améliorations apportées aux services destinés à des groupes cibles dont les besoins sont en général multiples: les adultes atteints de maladies mentales, les adultes souffrant de handicaps mentaux, les personnes âgées dépendantes et les jeunes chômeurs de longue durée. Il examine l'impact des initiatives d'amélioration de la qualité tant sur les services aux clients que sur les conditions de travail. Enfin, il présente des stratégies de développement des services publics sociaux dans l'Union européenne.

Ce rapport de synthèse européen a été évalué en septembre 2000 par des représentants du conseil d'administration de la Fondation. Il a été accueilli très favorablement car il traite d'un ensemble de questions de politique générale importantes et éclaire le débat sur les services publics sociaux. Ce débat demande des concepts plus clairs et nécessite l'exécution d'autres travaux de recherche pouvant servir de base au développement des politiques.

Les représentants de la Commission (Jos Jonckers, Catherine Fallon) ont souligné l'importance du processus mis en route à Lisbonne et les nouvelles exigences concernant la définition d'indicateurs et de critères d'évaluation communs. Le rôle des services publics sociaux, dans les efforts pour faciliter la participation à la vie sociale et économique, a été souligné.

Pour les employeurs, Bernard Le Marchand a suggéré que les conditions de travail jouent un rôle important dans l'amélioration de la qualité des services, mais que le financement et l'organisation sont aussi des questions clés. Les mesures destinées à promouvoir la cohésion sociale nécessitent la participation des autorités nationales, locales et régionales et des partenaires sociaux ainsi que de l'UE.

Les deux représentants syndicaux (Owen Davies, Brian Synnott) ont accueilli favorablement le rapport et souligné la nécessité constante de débats sur les relations entre la qualité de la vie professionnelle et la qualité des services. Les initiatives visant à mettre en place des services plus coordonnés ou intégrés présentent de nouveaux défis aux travailleurs et demandent de leur part de nouvelles compétences, tandis que les mesures relatives à l'assurance qualité peuvent engendrer des conflits entre les normes nationales et la flexibilité locale. Étant donné l'augmentation des services fournis par des organisations des secteurs associatif et privé, ainsi



que du secteur public, il devient nécessaire de contrôler la qualité des services offerts par tous les prestataires.

La diversité croissante des prestataires de services a également été soulignée par le représentant des gouvernements (Pedro Torres Pereira) qui a fait remarquer la nécessité de disposer d'informations précises sur les régimes de protection sociale et sur les infrastructures de service des différents pays.

Il existe clairement une demande croissante concernant le suivi des changements et l'évaluation de leur impact sur les travailleurs et les usagers des services. Des recherches détaillées doivent être exécutées pour recueillir les informations qui serviront de base aux débats sur les politiques, à différents échelons et entre les parties clés concernées.

Nous sommes heureux de publier ce rapport comme contribution au débat et au développement de la qualité dans les services publics sociaux.

Raymond-Pierre Bodin
Directeur

Eric Verborgh
Directeur adjoint



Remerciements

L'auteur remercie les chercheurs qui ont participé au projet, le Comité consultatif pour ses conseils, et le personnel de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail pour sa participation et pour son soutien dans la rédaction du présent rapport. Celui-ci est basé sur onze études séparées couvrant les quinze États membres de l'Union européenne, et les chercheurs ont participé activement à la formulation et à la révision finale du rapport. Leurs observations critiques, perspicaces et réfléchies ont beaucoup ajouté au texte définitif, et l'auteur les remercie avec gratitude de leur contribution.

Groupe de recherche sur les services publics sociaux

Bernard Francq, université catholique de Louvain, Belgique, et Thomas Lemaigre, agence Alter, Belgique

Gabriele Olini, CISL, Italie

Jordi Estivill et Joaquim Aiguabella, Gabinet d'Estudis Socials, Espagne

Matti Heikkilä, Pirkko-Liisa Rauhala et Sakari Kainulainen, Stakes, Finlande

Paul Hoggett et Richard Kimberlee, University of the West of England, Royaume-Uni

Inger Koch-Nielsen, Iben Treebak et David Bunnage, Institut national de la recherche sociale, Danemark

Hannelore Jani-Le Bris et Valérie Luquet, Cleirppa, France

Kai Leichsenring et Michael Stadler, Centre européen pour la politique et la recherche en matière de protection sociale, Autriche

Gerhard Naegele, Frerich Frerichs et Monika Reichert, Dortmund Institut für Gerontologie, Allemagne

Nikos Varelidis, Prisma, Grèce

Robert Anderson, Pio Carotenuto, Agnès Parent-Thirion, directeurs de recherche, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Dublin



Sommaire

Avant-propos	v
Remerciements	ix
Liste des graphiques et des tableaux	xii
Chapitre 1 — Introduction	1
Chapitre 2 — Les services publics sociaux: le contexte européen	19
Chapitre 3 — Les politiques et stratégies destinées à satisfaire aux besoins des groupes cibles	37
Chapitre 4 — La qualité des services	59
Chapitre 5 — La qualité de la vie professionnelle	97
Chapitre 6 — Conclusions et recommandations	127
Bibliographie	147



Liste des graphiques et des tableaux

Graphique 1 — Les services publics sociaux	2
Graphique 2 — Les différents éléments de l'amélioration de la qualité	60
Tableau 1 — Les dépenses de protection sociale dans l'UE	6
Tableau 2 — Exemples de bonnes pratiques: fournisseurs de fonds et prestataires	16
Tableau 3 — Vue d'ensemble des études de cas	18
Tableau 4 — Les taux de dépendance, 1998 et 2010	38
Tableau 5 — Le chômage et la formation des jeunes, 1998	45
Tableau 6 — La typologie des initiatives qualité	62
Tableau 7 — Le rôle du développement de la qualité dans les études de cas	66
Tableau 8 — La coordination, l'intégration et le partenariat dans les études de cas	76
Tableau 9 — L'implication, l' <i>empowerment</i> et la participation des usagers dans les études de cas	85
Tableau 10 — L'emploi dans le secteur sans but lucratif dans neuf États membres de l'UE (bénévoles exclus)	99
Tableau 11 — L'emploi dans le secteur sans but lucratif dans neuf États membres de l'UE (bénévoles inclus)	100
Tableau 12 — Les conditions de travail dans les services publics sociaux: les études de cas (1)	107
Tableau 13 — Les conditions de travail dans les services publics sociaux: les études de cas (2)	109
Tableau 14 — Le rôle du personnel et de la direction dans les études de cas	119



Chapitre 1

Introduction

La Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail a lancé en 1998 un projet de recherche sur les changements et les réformes apportés aux services publics sociaux afin d'évaluer la manière dont ils correspondent aux besoins des exclus de la société. Ce projet a été entrepris dans le cadre du programme quadriennal de la Fondation (1997-2000) sur la cohésion sociale. Ce programme accorde une attention particulière à la manière dont les systèmes de protection sociale européens ont relevé les défis présentés par le changement économique et social, étant donné leur rôle clé d'instruments de redistribution et de vecteurs pour la promotion de l'égalité des chances et de la justice sociale. Vu que les défis sociaux et économiques qu'affronte la société européenne sont étroitement liés, le projet s'intéresse aussi fortement aux questions de politique qui affectent l'emploi, l'égalité des chances et la participation des travailleurs/citoyens. Les travaux préparatoires entrepris en collaboration avec la Commission européenne (DG Emploi et affaires sociales) ont également souligné l'importance des services publics sociaux pour l'emploi, le développement et la compétitivité économiques, la justice sociale, la cohésion et la démocratie. Dans son programme de recherche 1990-1995, la Fondation avait en outre étudié les méthodes visant à améliorer la participation des usagers à la conception et à la mise en œuvre des services publics de protection sociale, examinant leurs implications pour les citoyens, le personnel et les responsables/décideurs. Cette recherche avait permis d'identifier des lacunes importantes en informations concernant: l'évolution des conditions de travail des travailleurs des services publics sociaux; l'impact de la diversité croissante des prestataires (secteurs privé, associatif et public); les implications des réformes pour la performance et la qualité. Le rôle social, économique et politique joué par les services publics sociaux a été souligné dans ces précédents travaux (Deakin e.a., 1995, p. 8):

«Les citoyens sont tous des usagers des services publics; ces services ont pour mission de servir le public; la texture quotidienne et la qualité de vie des individus sont façonnées par les services

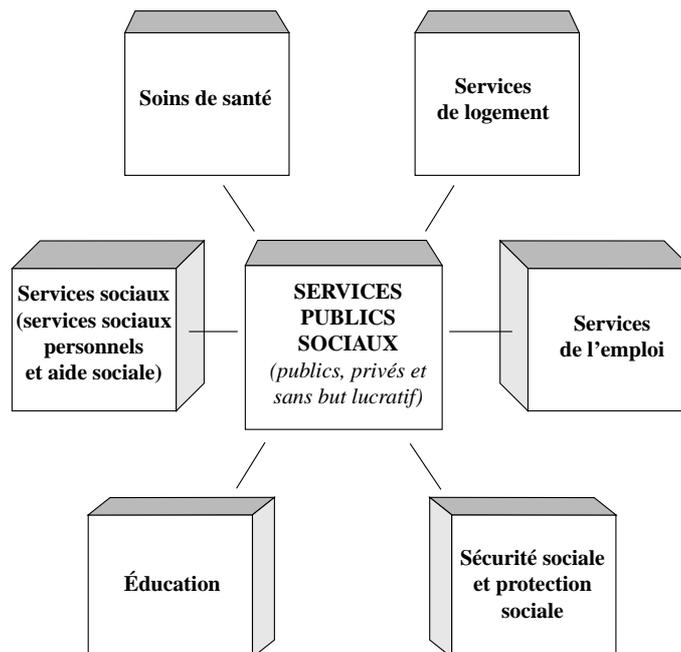
publics. Ils jouent un rôle vital dans le succès économique et la cohésion sociale et les services publics de qualité sont le ciment qui unit la société. Ils forment une pierre angulaire du modèle social européen.»

Ces travaux ont indiqué que, malgré les progrès accomplis dans le développement de services publics de protection sociale axés sur les citoyens, les programmes destinés à améliorer la prestation des services manquaient de continuité et de financement, et que l'évaluation des résultats ainsi que des enseignements susceptibles d'un transfert était insuffisante. Les travaux ont souligné la nécessité de mener d'autres études pour évaluer l'impact des stratégies de réforme sur la qualité des services et de la vie professionnelle.

C'est dans ce contexte que la présente recherche évalue les nouvelles initiatives destinées à répondre aux besoins multiformes des exclus de la société de manière coordonnée et intégrée. Elle s'est concentrée sur les changements et les réformes des services publics sociaux (santé, éducation, sécurité sociale, emploi, logement et services sociaux) destinés à améliorer la qualité des services rendus aux usagers et la qualité de la vie professionnelle. Quatre groupes cibles ont été sélectionnés en vue de recherches plus approfondies menées au moyen d'études de cas: les personnes âgées dépendantes, surtout celles qui vivent seules, les jeunes chômeurs de longue durée, les adultes éprouvant des difficultés d'apprentissage et les adultes atteints de maladies mentales. La recherche a porté sur l'analyse des résultats d'innovations en matière de politique et de pratique, dans le but de déterminer des exemples de bonnes pratiques et des études de cas plus détaillées, en mettant l'accent sur les améliorations visant à satisfaire aux besoins de manière plus intégrée et adaptée. Les buts de la recherche sont les suivants:

- évaluer dans quelle mesure les initiatives visant à améliorer la qualité des services ont atteint leurs objectifs d'adéquation aux besoins et aux préférences des usagers;

Graphique 1 — Les services publics sociaux



- documenter et évaluer les effets des réformes et de la modernisation sur les emplois et les conditions de travail du personnel des services publics sociaux;
- examiner les implications de l'évolution des modèles d'emploi et de vie professionnelle pour la qualité et la mise en œuvre de tels services.

Définition des services publics sociaux

Les services publics sociaux sont des services fournis aux citoyens par des travailleurs rémunérés (et dans certains cas des bénévoles et des parents), pour satisfaire à des besoins sociaux généraux; ils sont réglementés, financés ou fournis par les autorités locales, régionales ou nationales et appartiennent aux domaines de la santé, de l'éducation, des services sociaux, de l'emploi, du logement et de la sécurité sociale. Le concept de services publics sociaux englobe de nombreux autres concepts, y compris ceux de services de protection sociale, de systèmes de protection sociale et d'État-providence.

Ce concept a également été utilisé pour faire la distinction entre les services soumis à l'*obligation de service public* de l'UE en vertu du traité instituant la Communauté européenne (c'est-à-dire les services couverts par les règles sur la libéralisation et la compétition de l'UE: les services d'intérêt économique général, les télécommunications et les transports) et les services fournis par les agences nationales, régionales et locales pour répondre aux besoins sociaux en matière d'aide, de santé, d'emploi, de logement, d'éducation et de revenus minimaux. Bien que la *communication intitulée «Les services d'intérêt général en Europe»* (1996a) de la Commission européenne reconnaisse le rôle joué par les services publics sociaux dans la réalisation de sociétés plus cohésives et inclusives, ceux-ci ne relèvent pas de l'article 8 du traité CE, qui fait référence à l'importance des *obligations de service public* dans la mise en œuvre des services commerciaux.

Des mécanismes juridiques, réglementaires, organisationnels et institutionnels différents régissent les services publics dans l'ensemble de l'UE et les notions de service public varient. Il est possible de se référer à un «esprit du service public» qui est favorisé par les gouvernements dans la prestation de services aux citoyens (fournis de plus en plus dans le cadre d'une économie mixte).

De par leur nature même, les services publics sociaux visent des objectifs économiques, sociaux et politiques étendus, et, pour cette raison, on pourrait également souhaiter inclure parmi eux les services qui présentent une utilité sociale pour les citoyens, mais qui ne font pas partie des services d'emploi et de soutien social (par exemple, le ramassage des ordures, les services environnementaux, l'alimentation en gaz, en eau et en électricité, les systèmes de justice, etc.). Aux fins de la présente recherche, toutefois, l'expression «services publics sociaux» renvoie aux services de soutien social couvrant divers aspects (santé, éducation, services sociaux, logement, emploi et sécurité sociale) comme illustré dans le graphique 1.

La restructuration du soutien social, les changements massifs intervenus dans les structures de l'emploi et de la famille/des ménages ainsi que les progrès technologiques ont conduit à envisager différemment les liens entre le soutien social, d'une part, et l'emploi et la vie de famille, de l'autre. Les problèmes sociaux et économiques sont devenus plus complexes et multiformes, et les risques d'exclusion sociale ont augmenté en parallèle. Le chômage ainsi que l'évolution de la famille et des ménages font que les systèmes sociaux de l'après-guerre (qui s'appuyaient sur la notion de marchés du travail dynamiques et sur une conception de la famille dans laquelle la femme joue le rôle de productrice de soutien social) sont périmés et ne peuvent pas répondre à ces besoins et éliminer ces risques. La résolution de ces «problèmes sociaux»

nécessite des démarches différentes en matière de financement public, de mise en œuvre des services et de production du soutien social.

On a assisté à une croissance de l'emploi dans le secteur des services et en particulier de l'emploi dans les services médicaux et sociaux, dont une forte proportion s'est produite dans les secteurs de l'économie sociale et du non lucratif. La croissance de l'emploi dans le secteur des services révèle l'entrée en jeu de nouvelles formes de polarisation opposant les emplois hautement qualifiés et rémunérés de l'économie fondée sur la connaissance et les emplois moins qualifiés, moins bien rémunérés, à forte composante de main-d'œuvre, des services publics sociaux. Dans ces derniers, il existe des inégalités potentielles en ce qui concerne les conditions d'emploi entre le secteur sans but lucratif, où les conditions d'emploi sont plus précaires et moins bonnes, et le secteur public, mieux protégé.

Des processus de modernisation se sont déroulés dans tous les États membres de l'UE, motivés, d'abord, par une nouvelle manière d'envisager la gestion des services publics et les services centrés sur les citoyens et, deuxièmement, par la prise en compte du point de vue des usagers et de leurs défenseurs dans l'identification des besoins et des risques associés à l'exclusion sociale. Ces processus ont conduit à définir plus précisément les besoins, les soucis et les intérêts et à exiger des services de qualité, une coordination et une meilleure orientation des ressources sur les besoins individuels pour promouvoir l'inclusion, l'autonomie et l'indépendance. Dans la plupart des pays, les contraintes financières publiques ont également contribué à l'introduction de nouvelles formes de mise en œuvre des services, caractérisée par une économie mixte de la protection sociale, des relations simplifiées entre les citoyens et les autorités ainsi que la décentralisation de la prise des décisions et du financement.

Les services publics sociaux en Europe: bref aperçu

La structure, le financement et l'organisation des services publics sociaux varient considérablement à travers l'UE. Pour résumer, il existe quatre régimes principaux de protection sociale en Europe (Commission européenne, 2000h; Esping-Andersen, 1990).

- *L'Europe continentale (la Belgique, l'Allemagne, la France, le Luxembourg, les Pays-Bas et l'Autriche)*. Les systèmes de protection sociale qui se sont développés sont fondés sur les liens entre les besoins sociaux et le mérite/la performance au travail et sont financés par des cotisations de l'employeur et de l'employé à des caisses d'assurance sociale ou nationale et en partie limitées par des impôts directs. La prestation d'allocations liées à une assurance l'emporte sur la prestation de services.
- *Le modèle social-démocrate ou modèle scandinave*. Dans ce modèle, qui part du principe que l'individu fait partie d'une collectivité sociale, les services universels et l'entrée des femmes sur le marché du travail sont devenus le mécanisme permettant de satisfaire aux besoins sociaux, et le financement provient d'impôts directs. Ce modèle repose sur les principes de droits sociaux dérivés de la citoyenneté, de l'universalisme, de la redistribution, du partenariat social et d'un secteur public vigoureux. Bien qu'il repose sur la production et le financement des services par le secteur public et sur un soutien social institutionnalisé, on constate depuis peu une tendance à recourir plus fréquemment à des solutions du secteur

privé dans les systèmes de sécurité sociale, à l'introduction de services payants et à l'externalisation des services d'aide et de soutien social.

- *Le Royaume-Uni et l'Irlande.* Ce système de soutien social est fondé sur les principes d'universalisme de Beveridge, bien que les prestations soient moins généreuses et plus sélectives que dans le modèle social-démocrate. Il supposait la femme au foyer et le plein emploi. Au Royaume-Uni, toutefois, au cours des deux dernières décennies, ce modèle a subi l'influence d'une politique visant à réduire le rôle de l'État, à mettre en œuvre un *welfare mix* croissant axé sur la concurrence et à privilégier la sélectivité et des mesures adaptées à des catégories particulières plutôt que l'universalisme.
- *Europe méridionale.* La Grèce, l'Espagne, l'Italie et le Portugal ont mis en place des systèmes de protection sociale rudimentaires fondés en grande partie sur la famille et sur des systèmes bénévoles de soutien et sur une intervention limitée de l'État. Ces dernières années, on remarque un accroissement de l'intervention de l'État en Grèce, en Espagne et au Portugal. La famille demeure toutefois le principal instrument de solidarité entre les générations, et l'emploi dans les services publics sociaux reste relativement limité.

Ces modèles sont actuellement remis en question à la lumière de l'entrée des femmes sur le marché du travail, de l'évolution de la composition des ménages, du vieillissement des populations, du chômage de longue durée et des demandes des usagers en faveur de l'amélioration des services.

Dans les années 90, malgré les limites imposées aux budgets publics, on constate dans le tableau 1 que, en tant que proportion du PIB, les dépenses consacrées à la protection sociale ont augmenté de 25,4 % en 1990 à 28,7 % en 1996. En 1996, c'est la Suède qui leur a consacré la plus forte proportion de son PIB (34,8 %) et l'Irlande, la proportion la plus faible (18,9 %). Ces augmentations sont en grande partie causées par l'augmentation du coût des retraites et des aides financières aux chômeurs, aux personnes âgées dépendantes et aux exclus, et ne reflètent pas une augmentation des ressources accordées à l'ensemble des services. Si l'on examine les dépenses en matière de protection sociale par personne à l'aide du «standard de pouvoir d'achat», on remarque des variations plus importantes, le ratio entre le Luxembourg et le Portugal étant de 3,3 à 1 en 1996.

Les dépenses consacrées aux services publics sociaux sont réparties de manières différentes dans les États membres. Ainsi, en Allemagne, en Italie et en Autriche, une plus grande proportion des dépenses sociales est consacrée au paiement d'allocations qu'aux services, à l'inverse du Danemark, de la Finlande et de la Suède.

Les enjeux sociaux, économiques et démographiques

Malgré les différences qui opposent leurs dépenses et leurs systèmes d'aide sociale, les États membres affrontent tous des problèmes économiques communs. Ceux-ci couvrent le chômage de longue durée, une augmentation des dépenses de santé et de sécurité sociale, une population

vieillissante et des indications croissantes de besoins et de risques multiformes associés à l'exclusion sociale. Dans les pays aux systèmes de santé et de protection sociale étendus (le Danemark, l'Allemagne, la France, le Luxembourg, les Pays-Bas, l'Autriche, la Finlande, la Suède et le Royaume-Uni), des plans ont été introduits pour maintenir ces systèmes, ainsi que des mesures destinées à réduire la dépendance envers la protection sociale. Les pays dont les systèmes sont moins développés ont élaboré des stratégies visant à promouvoir l'inclusion sociale, à étendre la couverture des allocations et à introduire de nouveaux services. Le nombre croissant de personnes âgées dépendantes a entraîné des demandes en faveur du développement de services de proximité et de services d'hébergement en établissement. L'évolution des relations entre les membres d'une même famille ou d'un même ménage et l'augmentation de la participation des femmes au marché du travail risquent de limiter les possibilités d'aide informelle dans toute l'Europe. Il en résulte une tension avec les politiques nationales et communautaires destinées à améliorer le taux d'emploi des femmes: la possibilité d'une réduction du nombre d'aidantes disponibles entraîne la nécessité d'une augmentation correspondante du financement public de l'aide sociale.

Tableau 1 — Les dépenses de protection sociale dans l'UE ⁽¹⁾

	Protection sociale (en % du PIB)		Dépenses de protection sociale par personne (en euros)
	1990	1996	1996
EU-15	25,4	28,7	5 120
Belgique	26,8	30,0	6 059
Danemark	30,3	33,6	6 884
Allemagne	25,4	30,5	6 351
Grèce	22,7	23,3	2 695
Espagne	20,4	22,4	3 160
France	27,7	30,8	5 608
Irlande	19,1	18,9	3 069
Italie	24,1	24,8	4 644
Luxembourg	23,5	26,2	8 297
Pays-Bas	32,5	30,9	5 925
Autriche	26,7	29,5	6 050
Portugal	15,1	21,6	2 533
Finlande	25,5	32,1	5 266
Suède	32,9	34,8	6 119
Royaume-Uni	23,1	27,7	4 839

Source: Eurostat, «Statistiques en bref», n° 5/1999.

⁽¹⁾ Veuillez noter que dans le présent rapport, les États membres de l'UE sont répertoriés dans l'ordre alphabétique en utilisant l'orthographe de la langue nationale.



Développement d'un marché du travail actif et réduction de la dépendance par rapport aux aides sociales

L'accent mis sur des mesures actives d'insertion des exclus sur le marché du travail reflète l'importance attachée aux mesures actives dans le cadre de la stratégie européenne pour l'emploi. Dans plusieurs pays, des politiques ont été élaborées visant à favoriser l'insertion des femmes, des jeunes en difficulté, des handicapés et des représentants de minorités ethniques dans l'éducation, la formation et le travail. On remarque ainsi que, en Finlande, où la sécurité sociale est désormais plutôt considérée comme un obstacle à la participation au marché du travail, l'accent est mis sur des mesures actives concernant le marché du travail. Au Royaume-Uni, on considère que l'État-providence a créé une dépendance inutile, ce qui a conduit à adopter une politique active visant à encourager le plus possible les bénéficiaires d'aides sociales (chômeurs de longue durée, jeunes chômeurs, parents isolés) à trouver un emploi. Les mesures actives ont constitué un élément important des politiques d'emploi danoises et suédoises.

Déréglementation, décentralisation et désinstitutionnalisation des services

Durant les années 90, la déréglementation, la décentralisation et la désinstitutionnalisation des services ont figuré dans les débats sur la politique sociale et les changements de politiques de l'UE. Les services publics sociaux ont fait l'objet d'une *déréglementation* importante dans toute l'Europe, dans le cadre de laquelle les systèmes de contrôle et de financement à gestion centralisée ont cédé la place à des services plus localisés caractérisés par un *welfare mix*. L'accent mis sur la *marchandisation* dans un nombre croissant de pays en est le reflet. Bien que la séparation du financement et de la mise en œuvre des services permette la création de services plus flexibles suivant la logique du marché, on craint que la marchandisation ne fasse obstacle à la fourniture de services de haute qualité mis en œuvre et planifiés localement en réponse aux besoins des usagers. La déréglementation est considérée comme un moyen d'améliorer la qualité des services en Espagne et en Italie où l'on affirme que, par le passé, le développement de services de qualité a été entravé par le caractère rigide, bureaucratique et centralisé des services. Toutefois, des préoccupations concernant la responsabilisation à l'échelon local et les inégalités régionales et sociales résultant de la déréglementation ont conduit un grand nombre de pays à établir de nouvelles initiatives sur la qualité de service, qui mettent l'accent sur les droits des usagers à l'information et sur les procédures de réclamation. En Finlande, le fait que les droits aux services ne soient pas déterminés au niveau national et donc la possibilité que les municipalités appliquent des programmes sociaux et des droits différents ont conduit à s'inquiéter de la possibilité d'une exacerbation des inégalités régionales ou sociales. La déréglementation a également produit des changements de politique concernant la manière de subventionner les services. En Allemagne, par exemple, on propose de donner des bons aux personnes défavorisées leur permettant d'acheter des services à des prestataires de service indépendants ou privés.

La *décentralisation* de la mise en œuvre et/ou de la réglementation des services a été associée à la déréglementation et à la nécessité de cibler les services au niveau local afin de satisfaire aux besoins de manière plus intégrée. La décentralisation peut aussi conduire à ce qu'une importance plus grande soit attachée au rôle des familles et des communautés locales en tant que producteurs

de soutien social, ce qui augmente le fardeau supporté par les femmes (et les familles) en tant que fournisseurs d'aide. Le degré de décentralisation est élevé dans les pays où l'on accorde une autonomie aux différents niveaux des administrations régionale et locale, par exemple, en Allemagne, en Espagne, en France, en Italie et en Autriche, bien que dans ces pays l'autonomie consentie soit variable. Au Danemark, en Finlande et en Suède, la décentralisation des services au niveau municipal a entraîné une autonomie permettant de mettre en œuvre des services aussi proches du citoyen que possible, bien qu'avec des budgets de plus en plus limités. Au Danemark, la décentralisation, qui remonte au milieu des années 70, était une stratégie explicite pour améliorer cette qualité des services. Plus récemment, en Finlande, on a lié la décentralisation à l'obligation démocratique de rendre des comptes et à des services de qualité adaptés au client. La réforme des subventions de l'État en 1993 couvre la décentralisation de la planification, du contrôle et du financement des services sociaux et de santé municipaux. En Grèce, et à un degré moindre en Irlande et au Portugal, les réformes visant à décentraliser les services commencent à prendre forme, bien que dans ces deux derniers pays, le système repose largement sur des services à gestion centralisée, mis en œuvre par l'intermédiaire d'agences et de partenariats locaux. En Grèce, la décentralisation a mené à l'établissement de partenariats politiques et à la participation d'associations, alors que, au Danemark, en Allemagne, en Espagne, en France, en Italie, aux Pays-Bas et en Suède, la décentralisation a permis des innovations, la coordination des services et la participation des usagers. Par contraste, au Royaume-Uni, on peut observer une augmentation du contrôle central des services qui sont mis en œuvre localement.

Dans toute l'Europe, la *désinstitutionnalisation* a constitué un processus important de modernisation dans les services publics sociaux, fondés sur les principes de l'aide, de l'insertion et de la normalisation des clients dans la Communauté. Cette démarche existe depuis longtemps dans certains pays, mais durant les années 90, la rapidité avec laquelle elle a été réalisée a provoqué des inquiétudes concernant l'insuffisance des ressources affectées aux services de soins de proximité, en particulier pour les personnes souffrant de maladies mentales.

L'adaptation des services — évolution de démarches universelles de mise en œuvre vers des démarches sélectives

Ces changements sont aussi motivés par le désir de définir des droits plus individualisés, entraînant un glissement de services universels vers des services sélectifs, pour répondre de manière plus coordonnée aux besoins multiformes. Ces nouveaux services sont fondés de plus en plus sur les principes d'équité, de droits sociaux et de citoyenneté. Il existe toutefois un risque que cette évolution conduise à la stigmatisation des catégories défavorisées. En France, l'insuffisance des ressources a conduit à remplacer la politique globale de soutien et d'intégration des personnes âgées (mise en place depuis les années 60) par une politique sélective consistant à aider seulement les personnes âgées dépendantes à rester dans leur domicile.



Nouvelles démarches de mise en œuvre des services: coordination, intégration et partenariats

La coordination et l'intégration de la politique et des services ont donné lieu à des stratégies et à des mécanismes nationaux et locaux différents, aussi bien descendants qu'ascendants. On observe toutefois rarement une *pleine* intégration de l'ensemble des services publics sociaux dans un même pays. L'exclusion sociale se caractérise par des problèmes multiples, demandant des formes d'intervention diverses et coordonnées. Les personnes affrontant des formes multiples d'exclusion passent parfois au travers des mailles du filet des services généraux ou universels. En conséquence, les efforts pour cibler les services à l'aide de mesures de soutien personnalisées et intégrées sont de plus en plus critiques pour les stratégies d'inclusion sociale. En Allemagne, par exemple, des initiatives telles que le plan national pour la jeunesse et la loi sur l'assurance soins ont ouvert la voie à la coordination des services, à des mesures d'assurance qualité et à une meilleure utilisation des ressources. Dans un nombre plus grand de pays, sous l'impact d'initiatives, d'expériences et d'innovations localisées, de nouveaux modèles de mise en œuvre des services coordonnés et orientés sur l'utilisateur se sont développés.

Définition de la coordination et de l'intégration

La coordination

Celle-ci consiste à relier des services au moyen de structures administratives et organisationnelles tout en conservant les limites séparant les services et les organisations. La coordination peut réunir des prestataires divers. Dans certains cas, elle peut être réalisée au niveau des structures et au niveau de la planification des services municipaux, de manière à ce que plusieurs services puissent être fournis par l'intermédiaire d'un point de contact unique; dans d'autres, elle se fait au niveau des services fournis par les services municipaux, les organisations sans but lucratif (associations), les organisations à but lucratif et, de manière informelle, la famille ou d'autres personnes. La coordination développe également les expériences acquises dans le cadre des pratiques et des méthodes de travail interservices, pluridisciplinaires et interagences. Les prestataires peuvent coordonner leurs services soit extérieurement soit intérieurement. Cette démarche peut également être facilitée par la coordination des politiques aux niveaux national, régional et local.

L'intégration

Celle-ci se produit quand les limites entre les services, les administrations et les organisations sont supprimées et que des structures nouvelles ou différentes, regroupant une série de prestataires ou de services dans un même service intégré, sont établies. Dans certains cas, la *pleine intégration des services* peut conduire à l'élimination des limites entre les disciplines, tandis que, dans d'autres, elles sont préservées au sein du même service.

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) définit l'intégration des services comme l'organisation de la prestation de services en faveur de la population à l'échelon local réalisée non pas par la superposition de nouveaux programmes sur d'autres programmes déjà en vigueur, mais plus exactement par un «processus qui vise à établir un cadre intégré dans lequel on peut rationaliser et enrichir les programmes en cours afin d'assurer une meilleure prestation des services compte tenu des ressources et des engagements existants» (OCDE, 1996, p. 22). Il faut donc élaborer des programmes qui permettent de coordonner la prestation des services au profit de la population à l'échelon local. La gamme de services offerts doit être complète et résulter en une affectation des ressources pour pouvoir satisfaire les besoins locaux.

La coordination et l'intégration de la politique au niveau national

Les politiques nationales reconnaissent que les besoins et les risques associés à l'exclusion sociale nécessitent des réponses plus stratégiques et un meilleur ciblage des ressources en faveur des groupes les plus défavorisés. De nouvelles stratégies nationales se sont développées qui reconnaissent les liens entre la précarité des revenus et la pauvreté, le chômage, le manque de logement, l'inégalité d'accès aux soins de santé et l'endettement. Les politiques pluridimensionnelles destinées à favoriser une amélioration de la coordination et de l'intégration des politiques nationales par les gouvernements donnent une idée de la stratégie européenne plus générale qui pourrait être développée contre l'exclusion sociale. Un nombre croissant d'États membres coordonnent les politiques nationales en mettant l'accent sur la concertation entre les services ainsi que les mesures transversales et interdépartementales pour promouvoir l'insertion des exclus dans la société, résoudre les problèmes sociaux et favoriser de nouvelles actions ciblées. Les mesures stratégiques de lutte contre l'exclusion sociale au niveau national prennent les formes suivantes:

- En *Belgique*, le processus de réforme des années 90, décrit comme une «modernisation par le haut», visait à rationaliser les dépenses de sécurité sociale et à réduire le chômage par la normalisation et l'externalisation des services. Ce processus a également conduit à des augmentations des budgets affectés aux personnes âgées, aux jeunes chômeurs et aux handicapés, motivées par les nouvelles demandes imposées aux services.
- Au *Danemark*, on considère que les outils principaux de lutte contre l'exclusion sociale sont une politique active du marché du travail et une politique d'activation envers les bénéficiaires d'allocations. Des ressources complémentaires sont consacrées au soutien et à l'activation des catégories les plus exclues, par exemple les sans abri.
- En *Allemagne*, l'expansion des services publics sociaux est le résultat d'un processus de réforme engagé depuis longtemps et de la reconnaissance de nouveaux besoins sociaux.
- En *Espagne*, bien que les services publics sociaux offrent une couverture moins étendue et des prestations plus faibles que dans la plupart des pays de l'UE, les réformes récentes sont marquées par une expansion constante des services publics sociaux, qui répondent à des besoins toujours plus étendus et divers.
- En *France*, une loi d'orientation nouvelle exige que le principe de l'inclusion sociale soit intégré à toutes les politiques publiques. Cette loi définit l'exclusion par rapport à l'accès à des droits fondamentaux concernant l'emploi, le logement, les soins de santé, la justice, l'éducation, la formation, la culture, la famille et la protection des enfants.
- En *Irlande*, un comité du cabinet sur l'inclusion sociale a été créé pour coordonner la politique à l'échelon national. Ce comité est présidé par le Taoiseach (Premier ministre) et réunit les ministres de huit ministères. Il a donné une importance stratégique à plusieurs activités et organismes dont le but est de promouvoir l'intégration et la coordination aux niveaux local et national, y compris la stratégie de lutte contre la pauvreté intitulée «Sharing in progress: the national anti-poverty strategy 1997-2007» («Partager le progrès: la stratégie antipauvreté 1997-2007»), la National Drugs Task Force (task-force nationale sur la drogue) et la formation d'un comité interministériel d'orientation, qui réunit les ministères/organismes de l'État et la Combat Poverty Agency (Agence pour la lutte contre la pauvreté) à un niveau opérationnel.
- En *Italie*, une démarche plus globale de lutte contre l'exclusion sociale est mise en œuvre, dans le contexte d'une reconnaissance croissante de la nécessité de formes d'intervention

multiples, couvrant l'intégration sociale, l'autonomie et l'indépendance. Cette démarche est toutefois entravée par la couverture et le financement limités des services, la centralisation de la formulation des politiques et les formes traditionnelles d'administration publique.

- Au *Luxembourg*, une démarche nationale coordonnée a été lancée dans le cadre de la définition, par le gouvernement, des priorités des activités de lutte contre l'exclusion résultant d'un manque d'accès à l'éducation, à la formation, à l'emploi, à la santé, au logement et aux revenus. Celles-ci couvrent la création d'un système de revenus de base, le revenu minimal garanti, qui associe des mesures d'assistance à un accompagnement social pour favoriser l'insertion professionnelle.
- Aux *Pays-Bas*, la stratégie antipauvreté intitulée «L'autre face des Pays-Bas» est une démarche préventive contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Des consultations étendues se sont déroulées et des systèmes de surveillance ont été introduits avec la participation de groupes d'exclus à l'élaboration des politiques, y compris les syndicats, la Fondation nationale des conseils d'usagers des services et d'autres organisations représentant les pauvres et les exclus.
- En *Autriche*, de nouvelles subventions ont été accordées pour des initiatives innovantes, conçues pour satisfaire aux besoins et aux demandes d'ordre social et pour promouvoir des services de qualité dans le cadre d'une démarche centrée sur le client, en particulier dans le secteur sans but lucratif. Ce financement a conduit à une expansion de l'activité.
- Au *Portugal*, la «lutte nationale contre la pauvreté» donne la priorité à l'intégration sociale des catégories défavorisées et exclues par des mesures concernant l'emploi, l'éducation, le logement, la protection sociale et la formation. Un revenu minimal national a été introduit en 1997 en partenariat avec les secteurs public et privé, ainsi qu'avec les associations locales aux niveaux locaux.
- Au *Royaume-Uni*, la démarche de concertation adoptée par le gouvernement (*joined-up government*) a conduit à la création d'une unité de l'exclusion sociale au sein du cabinet, qui est chargée de coordonner l'action du gouvernement sur les questions d'exclusion sociale. L'activité a porté sur des problèmes tels que l'absentéisme scolaire, les grossesses d'adolescentes, le délabrement des cités, l'éducation, la formation et l'emploi. Les stratégies coordonnées locales d'orientation se sont aussi développées, au moyen par exemple des politiques locales d'action pour la santé. On observe au Royaume-Uni que, malgré un climat favorable à l'intégration, ces solutions sont difficiles à mettre en œuvre sans des réformes structurelles couvrant la délégation de pouvoirs au niveau local.

Coordination et intégration des services locaux

La coordination des services locaux est un des principaux mécanismes de lutte contre l'exclusion sociale et de renouveau des services publics sociaux. Au Danemark, en Finlande et en Suède, elle s'est concrétisée par une réorganisation et une décentralisation de l'administration, qui ont permis de réaliser une meilleure intégration entre les services sociaux et médicaux pour personnes âgées. Dans d'autres pays, elle a été réalisée en donnant l'initiative au client, au moyen par exemple de «budgets» personnels ou d'assurances soins. La forme la plus répandue d'intégration au niveau local a été mise en œuvre au moyen d'un travail interagences et de la gestion coordonnée des cas par des équipes interdisciplinaires (équipes psychiatriques de proximité, équipes de soins aux personnes âgées et équipes de gestion du soutien aux jeunes en difficulté). Parmi les démarches innovantes, on peut citer celles qui font intervenir les associations d'entraide locales et les associations caritatives et qui, au-delà d'une simple

coopération interdisciplinaire, vont jusqu'à l'élaboration de changements des systèmes au moyen de ce que Cullen (1997) appelle «des partenariats de système». L'éventail de stratégies d'intégration, y compris les réseaux, la coordination, la coopération et la collaboration, nécessite que les services intégrés bénéficient à la fois d'un soutien au niveau de la politique nationale et au niveau de ressources locales pour la mise en œuvre.

Les démarches fondées sur le partenariat

On reconnaît de plus en plus l'importance du partenariat, de la participation et de la consultation entre les organisations bénévoles et sans but lucratif, les usagers, les autorités publiques et les partenaires sociaux concernant les initiatives de politique générale et les services aux catégories défavorisées. Ces initiatives sont bien développées en Belgique, en Irlande et aux Pays-Bas, ainsi que, à un degré moindre, au Danemark, en France, en Italie et en Suède. Elles s'étendent de consultations locales concernant les pactes sociaux nationaux à la participation d'usagers aux forums ou panels locaux mis en place dans plusieurs pays (réseau social européen, 2000). Les partenariats entre les niveaux nationaux et locaux, d'une part, et les réseaux de prestataires, de fournisseurs de fonds et d'usagers, de l'autre, jouent un rôle important dans les stratégies coordonnées et intégrées de prestation des services. En Italie, la participation des partenaires sociaux aux côtés des partenaires publics et privés, dans le cadre d'*accords d'action concertée locale* et de *pactes*, a contribué à guider le système économique et social à travers une période d'instabilité politique et une réorganisation majeure des services de protection sociale. Dans d'autres pays, les partenariats ont joué un rôle central dans la mise en œuvre de l'assistance du Fonds structurel européen et ont fait participer, à des degrés divers, les syndicats, les employeurs et les associations et organisations de proximité à une démarche d'élaboration et de mise en œuvre des politiques. Les partenariats ont contribué de manière importante à souligner la nécessité d'une coordination et d'une intégration et ont souvent inspiré le développement de nouvelles structures coordonnées de service.

Mesure de limitation des coûts

En revanche, on observe également des mesures de réduction des coûts, qui affectent le succès des services intégrés et innovants et, dans certains cas, entravent leur développement. Au Danemark, des mesures de ce type sont en place depuis les années 80, alors que, en Suède, il s'agit d'un phénomène nouveau. Au Royaume-Uni, les ressources disponibles diminuent depuis deux décennies. Les services payants se répandent en Allemagne, en Autriche, en Finlande, en Suède et au Royaume-Uni, bien que, en Autriche, les frais introduits soient en partie compensés par des prestations en espèces. En Allemagne, la législation sur la prestation des services (la «loi sur l'assurance soins» et la «loi fédérale sur la protection sociale») a nécessité l'introduction de frais basés sur les services, qui ont conduit à des mesures de réduction des coûts. En Italie, l'introduction de frais demandés pour les services aux personnes âgées et handicapées ont eu pour conséquence l'évaluation des moyens financiers des usagers, les coûts étant évalués par rapport aux revenus disponibles. En Allemagne, le financement des services fournis par le secteur indépendant sans but lucratif est de plus en plus attribué selon des critères de rapport coût/performance plutôt que de qualité, et ce dans un climat de réduction des dépenses et de compétition croissante du secteur à but lucratif.

Les pressions et contraintes imposées aux finances publiques de tous les États membres de l'UE ont coïncidé avec de nouvelles demandes et pressions en matière de services; ensemble, celles-ci ont débouché sur des tentatives pour améliorer l'efficacité des services (publics ou privés) par de nouvelles formes de gestion et d'organisation. En Italie, ces efforts ont mené à la création de nouvelles organisations commerciales dans le domaine de la santé et à l'introduction d'une compétition entre les prestataires de service, qui ont entraîné des efforts visant à éviter que la concurrence en ce qui concerne les prix ait un effet négatif sur la qualité des services. Cela conduit à se demander comment les usagers des services peuvent effectuer des choix sérieux quand ils disposent d'informations limitées concernant la qualité ou la nature du service fourni.

Les recherches de la Fondation menées auprès de prestataires de services, d'organisations d'aide et de syndicats laissent à penser que ces réductions ont un effet négatif sur la qualité des services, causé par la détérioration des conditions de travail, les pressions du travail, le stress, les taux élevés de renouvellement des effectifs, la perte de motivation, la réduction du nombre de stages de recyclage suivis, le remplacement de spécialistes par un personnel non qualifié et, dans certains cas, des réductions obligatoires de salaire. En outre, la croissance du travail temporaire et à temps partiel ainsi que des contrats d'emplois précaires résultant de programmes de création d'emplois et de mesures de financement à court terme suscitent des préoccupations.

Une économie mixte de prestations

Le terme d'économie mixte de prestations/*welfare mix* fait référence à la diversité des prestataires des services publics sociaux, associée à la privatisation, à la commercialisation et à la «marchandisation». Ceux-ci appartiennent au secteur public, au secteur privé à but lucratif, au secteur privé sans but lucratif et au secteur bénévole et comprennent aussi les familles. Cette mixité a conduit, d'une part, à une augmentation de l'externalisation des services à des organisations des secteurs à but lucratif et sans but lucratif et, d'autre part, à une augmentation des stratégies visant à soutenir et dans certains cas à rémunérer les soins informels fournis par les familles (en général les femmes). De plus en plus, les services publics sociaux adoptent le langage des marchés et opèrent dans des quasi-marchés, la concurrence entre les prestataires de services publics sociaux étant devenue fréquente. Au Danemark et en Finlande, les autorités municipales sont désormais en mesure de conclure des contrats avec des prestataires privés. En France, la planification du secteur hospitalier par les agences régionales de l'hospitalisation prévoit l'introduction d'une concurrence entre les hôpitaux des secteurs public, sans but lucratif et à but lucratif. Ces démarches suscitent d'importantes questions concernant la qualité des soins et la réglementation et l'évaluation des services.

Les recherches de la Fondation indiquent que la contractualisation d'organisations sans but lucratif pour l'exécution de services a favorisé des innovations et la participation des usagers ainsi que de meilleures possibilités pour l'intégration des services et les partenariats entre les acteurs locaux. Dans certains cas, elle a inspiré des stratégies de coordination des services. Dans d'autres, elle s'est révélée négative et a conduit à des pertes d'emploi et à des services de qualité inférieure, comme dans le cas du régime britannique de «compulsory competitive tendering»

(appel d'offres concurrentiel obligatoire) mis en œuvre durant les années 80 et 90. En Espagne, le service de santé et le fond d'assurance mutuelle des employeurs ont intensifié leur collaboration dans le but d'élargir la couverture de l'assurance d'incapacité. Cette démarche soulève toute une série de problèmes concernant le développement d'un service à deux vitesses (dans lequel les personnes disposant de revenus élevés ont accès à des services privés, payants et de haute qualité, contrairement aux pauvres et aux exclus qui doivent se contenter de services publics de qualité inférieure). Ces inégalités se reproduisent sur le plan des conditions de travail dans les divers secteurs (public, sans but lucratif et marchand). Au lieu de fournir directement les services, le secteur public a désormais pour rôle de faciliter leur mise en œuvre, ce qui entraîne un recours plus fréquent à des solutions du secteur privé. Les autorités publiques doivent donc désormais jouer un rôle nouveau dans la réglementation de la qualité et l'établissement de normes pour faire en sorte que la qualité ne diminue pas sous l'effet de la concurrence concernant les coûts. En Italie, la réglementation du secteur public mise en place afin de garantir la qualité des services, pour l'exécution desquels les partenaires des secteurs public et privé sont en concurrence, a stimulé le développement des organisations sans but lucratif, qui ont augmenté de 30 % de 1995 à 1997. Aspect important, les autorités régionales doivent spécifier la manière dont l'action des coopératives sociales est coordonnée avec celle des services de protection sociale et de formation. En Allemagne, l'externalisation des services à des entreprises sociales, qui représentent désormais les principaux prestataires de services publics sociaux est en place depuis les années 80.

L'une des dimensions de la transformation des services publics sociaux en une économie mixte de prestations touche au rôle que peuvent jouer l'*économie sociale* et les *initiatives d'emploi locales* dans la promotion de nouvelles formes d'emploi (Commission européenne, 1995a, 1995b). Au Danemark et en Autriche, le consensus concernant l'économie sociale, ainsi que son développement, est limité. En Finlande, les lignes directrices communautaires sur l'emploi ont stimulé le rôle de l'économie sociale dans la fourniture des services. Par contraste, en Italie, les coopératives sociales sont bien organisées dans le cadre de l'économie sociale, et, au Royaume-Uni, le développement d'emplois de l'économie sociale et de marchés du travail intermédiaires pour les jeunes chômeurs défavorisés et marginalisés constitue désormais un aspect de plus en plus important de la régénération des communautés et de la création d'emplois.

Empowerment, participation et implication des usagers

Le lien entre la participation des usagers et l'amélioration de la qualité présente un intérêt clé pour la recherche entreprise dans le cadre du présent projet. Il semble toutefois que les recherches visant à identifier les besoins des usagers soient limitées et que l'évaluation des services se soit faite principalement du point de vue des prestataires. Même dans les pays (Pays-Bas et Suède) où la participation des usagers à la mise en œuvre des services est bien établie, les méthodes d'identification des besoins et des préférences des usagers sont peu répandues. La définition de leurs propres besoins par les usagers eux-mêmes paraît encore plus rare. Aux Pays-Bas, les syndicats, conscients du fait que la nouvelle culture d'*empowerment* des clients et des usagers concerne aussi à égalité les travailleurs, ont collaboré étroitement avec les associations

d'usagers. Ils ont mis en lumière des perspectives d'usagers importantes, fait remarquer l'existence de lacunes dans les services et souligné l'importance de définir précisément les droits et les obligations intervenant dans la fourniture des services.

L'accent croissant mis sur les droits des usagers a conduit à accorder une plus grande importance à la simplification, à l'accessibilité et la qualité des services. Ainsi, en Italie, la mise à l'essai de chartes des services publics et la création d'un bureau des relations publiques ont mené à l'élaboration d'engagements envers les citoyens/usagers fondés sur des normes qualitatives et quantitatives concernant l'impartialité, la continuité de service, le droit au choix, la participation, l'efficacité et le rendement. On remarque également une individualisation croissante des services rendus, l'existence d'un choix plus étendu pour les usagers et une tendance plus grande des usagers à exprimer leurs besoins en matière de soutien. Les budgets personnels aux Pays-Bas, l'assurance dépendance au Luxembourg, les paiements directs au Royaume-Uni et en Suède, l'assurance soins introduite en vertu de la «loi sur les soins de longue durée» en Autriche et l'assurance soins, également, en Allemagne sont tous symptomatiques d'une plus grande individualisation des soins, d'un *empowerment* des usagers et de meilleures perceptions de la qualité parmi les usagers (réseau social européen, 1998; Evers e.a., 1994; Weekers et Pijl, 1998).

L'apparition de réseaux locaux, nationaux et internationaux d'usagers et de leurs associations, favorisée par le *dialogue civil* mené au niveau communautaire, a stimulé le développement de l'expertise et le partage des bonnes pratiques dans toute l'Europe. Cette croissance des mouvements d'usagers met l'accent sur le rôle de ces derniers en tant qu'agents de leur propre destin, énonçant des besoins en matière de protection sociale de plus en plus différenciés. La croissance des mouvements et des organisations, qui par leur critique des États-providences de l'après-guerre, ont remis en question, selon Williams (2000, p. 339), la possibilité «... d'associer un engagement en faveur de l'*universalisme* dans les politiques tout en respectant la *diversité*, ou le particularisme, des identités, des pratiques et des croyances», présente un intérêt particulier pour l'élaboration des politiques sociales. Cette évolution des préoccupations des usagers et de leurs organisations s'est manifestée tout particulièrement dans les demandes concernant la démocratisation des relations prestataire/usager et dans l'importance accordée aux besoins des usagers dans l'organisation et la mise en œuvre des services de soutien social.

Méthodologie

Le projet s'est déroulé en deux étapes. La première (1998-1999) a consisté en l'exécution d'études couvrant les quinze États membres de l'UE. Les équipes de recherche ont mené leurs travaux en se référant à un cadre commun de questions et de problèmes de recherche appliqué à tous les pays. Les études reposent tout d'abord sur l'examen des travaux existants et des sources statistiques et documentaires, puis sur des entretiens menés à l'échelon national et local avec des décideurs, des représentants des travailleurs, des organisations non gouvernementales, des responsables et des usagers des services. Un aspect important de la recherche concernait la sélection des exemples de bonne pratique (4 exemples sélectionnés dans chaque pays pour chacun des 4 groupes clients) et des études de cas (2 exemples sélectionnés en vue d'un examen

plus approfondi pour chaque pays). Au total, 97 exemples de bonne pratique ont été documentés dans les rapports nationaux; 20 autres études de cas détaillées ont permis d'effectuer une évaluation approfondie de l'impact des changements sur la qualité de la vie professionnelle et sur la qualité des services aux usagers.

Les exemples et les cas n'ont pas été sélectionnés pour illustrer tous les changements intervenus au niveau national: ils servent plutôt à mettre en lumière les bonnes pratiques et le développement futur possible des services publics sociaux et à illustrer les améliorations visant à rendre les services plus coordonnés et mieux adaptés. Ils décrivent les aspects clés des bonnes pratiques et la manière dont la qualité est évaluée. Un protocole détaillé a été établi pour les études de cas. Il portait en premier lieu sur l'examen de la performance, des normes et des tendances, tout en prenant en considération les mesures d'assurance qualité et d'amélioration de la qualité ainsi que l'impact sur la qualité de service et de vie professionnelle. Il concernait ensuite l'évaluation de l'impact sur la qualité de la vie professionnelle, y compris une évaluation du cadre de travail, du contenu du travail et des conditions de travail, en particulier pour le personnel de première ligne. Une attention particulière a été accordée aux changements de la vie professionnelle, y compris la flexibilité, la conciliation du travail et de la vie de famille, la participation aux décisions, le développement des compétences et la formation, ainsi que la satisfaction professionnelle.

Tableau 2 — Exemples de bonnes pratiques: fournisseurs de fonds et prestataires

	<i>Prestataire</i>			
	Secteur public (local, régional ou central)	Secteur sans but lucratif	Secteur à but lucratif	Prestataires mixtes
Belgique	4	5		
Danemark	5	2	1	
Allemagne	1	8		
Grèce	8	4		
Espagne	2	7		
France	1	8		
Irlande	1			
Italie	2	3		4
Luxembourg		1		
Pays-Bas		1		
Autriche	2	7		
Portugal		1		
Finlande	8	1		
Suède	2			
Royaume-Uni	4	4		

Le tableau 2 indique que les exemples de bonnes pratiques sont plus répandus dans le secteur sans but lucratif et dans le secteur public (40 sont tirés du secteur public, 52 du secteur sans but

lucratif, 1 du secteur à but lucratif et 4 de prestataires mixtes publics/privés). Tous les exemples sont financés par l'État, bien que certains bénéficient de revenus complémentaires provenant de donations et de paiements. Le tableau 3 donne la liste des études de cas et les catégories d'utilisateurs qu'elles couvrent.

Le présent rapport est le résultat de la deuxième étape (1999-2000) du projet, qui constitue une synthèse des évolutions nationales, effectuée à partir des rapports nationaux et d'un complément de recherche exécuté à partir de documents. Il a pour objectif de donner un aperçu des changements qui se sont produits aux niveaux national et communautaire, en établissant les points communs et les différences entre les démarches nationales. Il vise également à évaluer les exemples de bonne pratique et des études de cas. L'un des aspects importants du rapport concerne les recommandations pour ce qui est du développement futur des services publics sociaux dans l'UE.

Conclusion

Le présent chapitre a permis d'examiner les principaux changements, tendances et pressions observés dans les services publics sociaux du point de vue de l'évolution des rapports entre l'État et le citoyen ainsi qu'entre les prestataires et les fournisseurs de fonds. Il reflète le contexte de l'attention croissante accordée aux besoins et aux risques multiformes associés à l'exclusion sociale, ainsi qu'à l'implication des utilisateurs, à leur participation et au partenariat avec eux. En résumé, les enjeux principaux sont les suivants:

- la satisfaction des demandes croissantes imposées aux services;
- l'expression des besoins des utilisateurs;
- une plus grande implication des utilisateurs dans les services, y compris une évolution des services au départ d'une dépendance orientée sur les clients vers une participation active et un *empowerment* des utilisateurs;
- le recours à des mesures de limitation et de réduction des coûts, notamment pendant que les États membres préparaient leur économie et leur budget à l'union monétaire;
- une augmentation du recours à la marchandisation dans la mise en œuvre des services, et une évolution vers une économie mixte des prestations et la réglementation des finances publiques;
- une amélioration de la qualité des services et des initiatives qualité liées à une meilleure coordination des services; la modernisation des services publics et de nouvelles formes de gestion du secteur public;
- une amélioration de la qualité de la vie professionnelle, la mise en œuvre de l'égalité des chances et la conciliation du travail et de la vie de famille.

Tableau 3 — Vue d'ensemble des études de cas

	Personnes âgées dépendantes	Jeunes chômeurs	Handicapés mentaux	Personnes souffrant de maladies mentales
<i>Belgique</i>				
Vitamine W				
Service intégré d'aide et de soins psychiatriques (SIAJeF)		✓		✓
<i>Danemark</i>				
Autorité locale de Slagelse — service préventif pour les personnes âgées				
Service «Askovgården» pour les personnes souffrant de maladies mentales	✓			✓
<i>Allemagne</i>				
Conseils d'aide sociale et assistance psychosociale pour les personnes âgées, Mönchengladbach				
Système intégré d'aide à la jeunesse RAN-JOB-BET de Salzgitter	✓	✓		
<i>Grèce</i>				
Services aux personnes âgées: service d'aide ménagère de Peristeri				
Société de psychiatrie sociale et d'hygiène mentale	✓			✓
<i>Espagne</i>				
Téléassistance domestique, Croix-Rouge espagnole				
Aspronis — projet pour les handicapés mentaux	✓		✓	
<i>France</i>				
Équinoxe et Équinoxe plus				
Du côté de chez soi	✓		✓	
<i>Italie</i>				
Services sociaux pour les personnes âgées démunies de la commune de Bologne				
Centro Socio Educativo (SCE) de Lissone, Milan	✓		✓	
<i>Autriche</i>				
Convalescence à domicile: Croix-Rouge				
Association Bungis	✓		✓	
<i>Finlande</i>				
Unité de création d'emplois Zappa				
Services de soins à domicile de Kitee	✓	✓		
<i>Royaume-Uni</i>				
New deal pour les jeunes de Bristol et du sud du Gloucestershire				
Bristol care and repair	✓	✓		



Chapitre 2

Les services publics sociaux: le contexte européen

Introduction

Le présent chapitre couvre la politique communautaire, en particulier dans les cas où elle a stimulé des réformes et de nouvelles démarches visant à améliorer la qualité des services aux usagers et de la vie professionnelle. Les défis que doit actuellement relever l'UE sont les suivants: premièrement, une croissance durable à long terme et la création d'une économie fondée sur la connaissance; deuxièmement, la création d'emplois, l'amélioration des taux d'emploi et la réduction du chômage; troisièmement, la réforme des systèmes de protection sociale de manière à les rendre durables financièrement, mais aussi à leur permettre d'éliminer de nouveaux risques et de répondre à de nouveaux besoins. Ces défis se renforcent et se contredisent à la fois les uns les autres.

Une question clé a occupé le Conseil européen de Lisbonne, en mars 2000: Comment concilier une croissance durable fondée sur un recours intensif à la technologie avec le maintien de la cohésion sociale et des emplois plus nombreux et de meilleure qualité? Ces tâches complexes posent des dilemmes politiques économiques et sociaux. Le chômage de longue durée, les faibles taux d'emploi, l'inégalité croissante des revenus, le vieillissement des populations, l'évolution des structures familiales et la position des femmes, le rôle et le coût de la protection sociale, l'exclusion sociale et la pauvreté s'opposent à la mondialisation, à l'augmentation de la concurrence et à l'ouverture des marchés, ainsi qu'au développement de la «société de l'information». Ces questions sont particulièrement importantes dans le contexte de la propre stratégie de recherche de la Fondation et dans le développement des politiques européennes en matière de protection sociale, d'emploi, de cohésion et d'économie. Celles-ci sont dominées par des pressions sur les dépenses sociales, qui sont de plus en plus affectées par les nouvelles

réductions des déficits budgétaires demandées par le pacte sur la stabilité et la croissance. Les conclusions du Conseil européen de Lisbonne ont défini un cadre intégré pour l'élaboration des politiques en matière d'économie, d'emploi et de cohésion sociale et ont établi des plans pour l'établissement d'indicateurs et d'objectifs destinés aux gouvernements nationaux au moyen d'un processus d'évaluation annuel. Ces décisions constituent un changement majeur pour l'UE et représentent un progrès vers la coordination et l'intégration des politiques communautaires et une politique plus précise sur l'inclusion sociale. Un aspect important pour ces conclusions concerne les liens établis entre la croissance économique, l'inclusion et la cohésion sociales, la qualité des emplois et le système ouvert de coordination qui a été mis en place.

Ces conclusions ont été suivies par l'*agenda pour la politique sociale* du sommet de Nice, en décembre 2000. Cet agenda définit un programme d'action quinquennal pour 2000-2005 destiné à renforcer le rôle de la «politique sociale en tant que facteur productif» par une série d'actions liées à l'emploi, à la protection sociale et à l'élargissement. Un accent important est placé sur la «promotion de la qualité», y compris pour ce qui est du travail, de la politique sociale et des relations industrielles (Commission européenne, 2000j).

Les services publics sont étroitement liés à la politique communautaire dans les programmes de libéralisation des services publics commerciaux, dans le développement de la société de l'information, dans la politique de l'emploi et dans la contribution que les services publics sociaux peuvent faire à la cohésion économique et sociale, à l'inclusion sociale et à la création d'emplois. À certains égards, le principe de subsidiarité perd de l'importance à la lumière du débat sur l'avenir de la protection sociale en Europe et des questions qu'il soulève concernant le financement futur des services publics sociaux et l'équilibre entre les transferts monétaires et les services. Les implications sociales et financières du vieillissement de la population ont conduit l'UE à donner la priorité à des stratégies et politiques actives en matière de vieillissement reflétant la diversité des besoins et situations sociales des personnes âgées, couvrant en particulier la nécessité de faire en sorte que les ressources soient coordonnées de manière appropriée pour lutter contre les risques d'exclusion sociale à la fin de la vie (Commission européenne, 1999b).

Cependant, le contexte économique de concurrence qui règne dans l'UE pose un certain nombre de problèmes. Tout d'abord, le fonctionnement des marchés ouverts peut entrer en conflit avec les systèmes de protection sociale et les régimes de prévoyance nationaux. Ensuite, l'accent mis sur l'emploi, en particulier dans le contexte de la société de l'information, pour lutter contre l'exclusion peut entraîner une plus grande marginalisation de ceux qui sont en dehors de l'emploi (par exemple les personnes âgées et handicapées), tandis que les faibles salaires et les mauvaises conditions de travail peuvent occasionner la pauvreté et l'exclusion de la société. Ces observations conduisent à se poser la question importante de savoir comment concilier une politique économique fondée sur la libéralisation et la concurrence avec l'inclusion et la cohésion sociales ainsi que des services et emplois de qualité.



Les services publics et l'intégration européenne

Les services publics font l'objet d'une attention croissante de la part de l'UE, ce qui, dans le contexte de la mondialisation, a entraîné l'introduction de la concurrence dans les services publics, y compris dans les services de santé et d'aide sociale. Cette démarche soulève des questions concernant la manière de réglementer et de protéger la qualité des services et les conditions de travail dans le contexte de la concurrence mondiale et du grand marché. Ce problème se pose tout particulièrement dans le cas des services publics commerciaux (réseaux divers et transports), et la référence faite aux «services d'intérêt général en Europe» dans l'article 16 du traité CE reflète l'importance attachée aux obligations de service public du nombre croissant de services publics mis en œuvre dans le cadre de la concurrence. Le rapport de la Commission européenne (1996a) intitulé «Les services d'intérêt général en Europe» affirme ce qui suit:

«La solidarité et l'égalité de traitement, dans le contexte d'une économie de marché ouvert et dynamique, constituent des objectifs fondamentaux de la Communauté européenne. Les services d'intérêt général contribuent à la réalisation de ces objectifs. Les Européens attendent des services de qualité à un prix abordable. Pour bon nombre d'entre eux, ces services d'intérêt général sont même perçus comme de véritables droits sociaux et participent de façon importante à la cohésion économique et sociale. Pour ces raisons, les services d'intérêt général sont au cœur du modèle européen de société.»

Ce point de vue soulève de nouvelles questions concernant le rôle que peuvent jouer les services publics dans le processus de l'intégration européenne, de la citoyenneté et de la cohésion sociale et économique. Cette préoccupation de faire des services publics un élément central du modèle européen de développement se reflète dans la *charte sur les services publics* de la Confédération européenne des syndicats (CES), une réponse à l'importance croissante attachée aux obligations de service public dans l'UE. La charte va plus loin et définit une campagne visant à montrer que tous les services publics, y compris les services publics sociaux (gouvernementaux, privés, commerciaux et non commerciaux) sont au cœur de la citoyenneté européenne et sont essentiels pour garantir la cohésion économique et sociale dans toute l'Europe. Ce point revêt une pertinence particulière pour la qualité des services publics sociaux (et la qualité des emplois offerts dans ces services) dans le contexte de l'intégration européenne et pour les débats sur la qualité de la société dans l'UE.

L'avenir de la protection sociale et les réformes de l'État-providence

Les pays de l'Union européenne sont généralement favorables à ce que les acquis réalisés dans le cadre des systèmes de protection contre les handicaps sociaux, la maladie, le chômage, la vieillesse ou les handicaps ne soient pas affectés de manière négative par le processus de réforme. Il reste à savoir toutefois comment préserver les principes fondamentaux qui étayent ces systèmes face à une diminution de la croissance des dépenses publiques. En élaborant des instruments pour réduire ces dépenses, les États membres subissent des pressions pour

l'expansion des services publics sociaux, qui sont coûteux car ils nécessitent une main-d'œuvre importante.

Le discours de l'UE concernant les liens entre la protection sociale et la performance économique est lié à l'amélioration des incitations au travail, de l'éducation, de la formation et des mesures de création d'emplois, qui peuvent aussi avoir un impact sur le grand marché. La résolution du Conseil sur le rôle de la protection sociale dans la lutte contre le chômage (96/C 386/02) invite les États membres à restructurer leurs systèmes de protection sociale pour leur permettre de mieux lutter contre l'emploi par des stratégies contribuant activement à la réintégration des chômeurs et des exclus dans le marché du travail. Cette résolution a été suivie en 1999 par une communication exhortant les États membres à améliorer et à moderniser la protection sociale dans toute l'UE (Commission européenne, 1999a) et en 2000 par la formation du comité sur la protection sociale, chargé de faire avancer ces dossiers. Il est envisagé que, à plus long terme, le grand marché puisse conduire à l'harmonisation des systèmes de protection sociale, et que, à son tour, la concurrence entraîne également une amélioration de la qualité et de l'efficacité des services (Franco et Pench, 2000). Ce dernier point conduit à se demander comment garantir la qualité sur le marché ouvert et quel type de cadre réglementaire serait nécessaire pour éviter que la concurrence ne conduise au dumping social et à des services et à des conditions de travail de qualité inférieure.

L'inclusion sociale

La lutte contre l'exclusion sociale et l'engagement en faveur d'économies et de sociétés plus inclusives représentent désormais une priorité importante pour la politique de l'UE. Les données d'Eurostat confirment que, en moyenne, 18 % de la population (65 millions de personnes) des quinze États membres de l'UE vit dans la pauvreté, définie comme la possession de revenus inférieurs à 60 % des revenus moyens. Ce chiffre varie entre 11 et 24 % dans les États membres (Eurostat, 2000). Une forte proportion de cette pauvreté est causée par des salaires insuffisants, et ceux qui vivent dans la pauvreté se sentent défavorisés et exclus de la société. À cet égard, la pauvreté et l'exclusion «... remettent en question la notion que l'Europe est le champion de la justice sociale et de la solidarité» (Commission européenne, 2000g, p. 5). En outre, l'accent mis par l'UE sur la concurrence et la croissance menée par la technologie nécessite «... des démarches plus complexes, ciblées, innovantes et intégrées, ainsi que de nouvelles formes de partenariat et de participation des parties prenantes, en particulier des exclus eux-mêmes» (2000g, p. 8).

L'inclusion sociale est un objectif central de la politique communautaire, en vertu de l'article 137 du traité CE. Le programme de travail de la Commission européenne pour 2000 place la qualité de la vie et l'agenda sur la qualité de la société au premier plan de la politique générale sur la citoyenneté et l'inclusion sociale (2000a, 2000b). Cette perspective a été consolidée sous la présidence portugaise au moyen d'une nouvelle priorité d'action communautaire concernant l'intégration de la lutte contre l'exclusion sociale aux politiques en matière d'emploi, d'éducation et de formation (Commission européenne, 2000c) et par l'adoption de la stratégie



européenne contre l'exclusion sociale et toutes les formes de discrimination au sommet de la présidence organisé à Nice en décembre 2000 (Conseil européen, 2000). Plusieurs nouvelles priorités ont été adoptées par le Conseil européen de Lisbonne, y compris les suivantes: modernisation de la protection sociale et viabilité à long terme des systèmes de retraite; rétablissement du plein emploi en tant qu'objectif clé de la politique économique et sociale; augmentation des investissements dans l'éducation et la formation pour l'économie fondée sur la connaissance; efforts en faveur de l'inclusion sociale assortis d'objectifs et d'indicateurs spécifiques de réduction de la pauvreté et suivi des tendances et des politiques sur l'exclusion sociale; promotion d'un nouveau dialogue social. L'accent est mis sur des méthodes innovantes et inclusives de participation à la société et sur l'économie fondée sur la connaissance (Commission européenne, 2000c, 2000g). La création d'un programme d'action communautaire de lutte contre l'exclusion sociale vise à poursuivre la promotion des bonnes pratiques dans tous les États membres dans le domaine de l'inclusion sociale, au moyen d'approches innovatrices, de réseaux, d'échanges d'informations et de bonnes pratiques. Ces mesures sont consolidées dans l'accord conclu au sommet de Nice de décembre 2000 prévoyant l'établissement de plans d'action nationaux sur l'exclusion sociale, accompagnés d'indicateurs et de modalités de suivi, d'ici à juin 2001 (Conseil européen, 2000).

Les conclusions du Conseil européen de Lisbonne de mars 2000, concernant l'élaboration de mécanismes nationaux de coordination et de nouvelles activités destinées à lutter contre l'exclusion sociale, ainsi que l'étalonnage des performances, les comptes rendus et le suivi des progrès au moyen d'un processus de rapports annuels, revêtent une importance pour les travaux de recherche de la Fondation. En outre, l'exécution d'actions prioritaires destinées spécifiquement à des groupes cibles (par exemple, les minorités, les enfants, les personnes âgées et handicapées) nécessiterait aussi la mise en place de mécanismes de compte rendu (Conseil européen, 2000).

L'emploi

La stratégie européenne pour l'emploi, qui fait désormais de l'emploi un outil d'inclusion sociale, de compétitivité et de prospérité économique et met l'accent sur des démarches plus intégrées de lutte contre le chômage, représente un changement fondamental de la politique communautaire. Les quatre piliers des lignes directrices annuelles sur l'emploi mettent l'accent sur l'aptitude à l'emploi, l'adaptabilité, l'esprit d'entreprise et l'égalité des chances. Bien qu'elles aient entraîné de nouvelles stratégies au niveau national et une manière plus coordonnée de répondre aux besoins des chômeurs et des exclus, une task-force établie par le réseau européen des associations de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (EAPN, 1999b) a relevé une concentration économique inégale sur les mesures relatives à l'offre, un manque d'intérêt envers la nature structurelle du chômage de longue durée et une ignorance de l'exclusion subie par les chômeurs et des problèmes physiques et mentaux qu'elle peut causer. Elle a également recensé des problèmes relatifs à une mauvaise correspondance entre l'offre et la demande dans certaines régions, à la durabilité des nouveaux emplois, au manque d'information concernant la mise en œuvre des plans d'action nationaux et à l'implication des organisations qui s'occupent des chômeurs exclus.

Les conclusions de Lisbonne: vers une approche européenne intégrée des politiques en matière d'économie, d'emploi, d'inclusion sociale et de cohésion sociale

Le Conseil européen organisé à Lisbonne en mars 2000 a défini un nouvel objectif stratégique pour l'UE: «... renforcer l'emploi, la réforme économique et la cohésion sociale dans le cadre d'une économie fondée sur la connaissance [dans le contexte de la mondialisation et de l'économie fondée sur la connaissance] pour devenir l'économie de la connaissance la plus compétitive et la plus dynamique du monde, capable d'une croissance économique durable accompagnée d'une amélioration quantitative et qualitative de l'emploi et d'une plus grande cohésion sociale». Une innovation importante a été introduite par l'UE qui a adopté, dans un cadre unique, une approche intégrée de l'emploi, de la réforme économique et de la cohésion sociale, avec l'élaboration, d'ici à la fin de l'an 2000, d'objectifs pour l'élimination de la pauvreté et de plans d'actions nationaux afin de suivre les progrès accomplis dans ces domaines. Cette démarche couvre également l'intégration de l'inclusion sociale aux politiques sur l'emploi, l'éducation/la formation, la santé et le logement. L'objectif visé est la création d'une forme ouverte de coordination à tous les niveaux, les progrès étant suivis par le Conseil européen au moyen de réunions annuelles d'évaluation tenues au printemps. Cela nécessitera:

- des lignes directrices assorties de calendriers pour réaliser les objectifs fixés;
- des indicateurs quantitatifs et qualitatifs et des critères d'évaluation tenant compte des différences entre les États membres;
- la traduction de ces lignes directrices européennes en des politiques nationales et régionales, accompagnées d'objectifs et de méthodes de mise en œuvre tenant compte des différences entre les États membres;
- le suivi, l'évaluation et l'examen par des pairs ce qui permettra à chacun de tirer des enseignements.

L'intégration des politiques en matière d'économie, de cohésion et d'emploi risque de se heurter à la place prioritaire donnée à la politique économique dans l'activité communautaire. Il sera donc nécessaire de tenir compte à égalité des perspectives sociales et économiques dans l'évaluation du triangle formé par les politiques en matière d'économie, d'emploi et de politique sociale. Néanmoins, l'accord conclu au sommet de Nice en décembre 2000 concernant le développement de plans d'action nationaux sur l'inclusion et les indicateurs de réduction de la pauvreté donnera une nouvelle impulsion aux initiatives qui se déroulent déjà au niveau national concernant l'amélioration de la qualité dans les services publics sociaux (examinées au chapitre 4) et aux mécanismes de coordination et d'intégration de la politique nationale pour ce qui est de l'emploi et de l'inclusion.

Le Rapport conjoint sur l'emploi de la Commission européenne (1999d) a montré que des progrès importants avaient été accomplis concernant la mise en œuvre et l'application des lignes directrices au Danemark, en Irlande, en Suède et au Royaume-Uni, bien que des problèmes subsistent dans d'autres pays, y compris une persistance du chômage structurel des jeunes (Belgique, Grèce, Espagne, France, Italie, Finlande et Royaume-Uni) et une insuffisance des systèmes d'éducation et de formation destinés aux jeunes arrivants sur le marché du travail (Luxembourg et Portugal). Les États membres doivent tous mener une action visant à réduire l'écart entre les sexes en ce qui concerne l'emploi et les salaires; s'efforcer de réaliser une représentation plus équilibrée des femmes à travers les secteurs et les professions; améliorer la



prise en charge des enfants et d'autres dépendants. L'importance attachée à l'égalité des chances joue un rôle tout particulièrement important pour les conditions de travail et pour la promotion de politiques d'emploi favorables à la famille dans les services publics sociaux, telles que des mesures visant à stimuler l'emploi et la création de services d'accueil des enfants et des personnes âgées et handicapées dépendantes. Ce problème a été souligné dans l'analyse de la Commission européenne des engagements pris concernant l'intégration de l'égalité des sexes et la conciliation du travail et de la vie familiale depuis l'adoption des lignes directrices sur l'emploi de 1998, qui attire l'attention sur le «déséquilibre entre les sexes affectant l'ensemble de la démarche en matière de soins, qui se caractérise par la persistance de la supposition que ceux-ci sont la responsabilité des femmes» (1998c, p. 2).

Les lignes directrices sur l'emploi de 2000 mettaient l'accent sur les politiques de prévention, en particulier pour les jeunes qui ont achevé leur scolarité, concrétisées par des initiatives de création d'emplois par les autorités locales, des stratégies de vieillissement actif et la réinsertion active des catégories défavorisées dans le marché du travail. Les mesures préconisées couvrent le traitement prioritaire du chômage des jeunes et des efforts visant à ce qu'on puisse offrir aux jeunes chômeurs une forme quelconque de formation, de recyclage, de stage ou d'emploi dans les six mois suivant leur mise au chômage. Les lignes directrices soulignent la nécessité de préparer les jeunes au marché du travail en leur enseignant des compétences informatiques à l'école et en établissant des mesures facilitant la transition entre l'école et la vie professionnelle ainsi que des dispositions spéciales pour les jeunes éprouvant des difficultés d'apprentissage. De plus, les systèmes de formation professionnelle et d'apprentissage seront modernisés pour répondre à l'évolution des exigences de la technologie et de l'économie. Les partenaires sociaux sont invités à se mettre d'accord sur des mesures et des actions destinées à augmenter les possibilités de formation et d'accès au marché du travail pour les jeunes. Parmi les actions destinées à promouvoir un marché du travail ouvert à tous, les lignes directrices enjoignent aux États membres d'accorder une attention particulière aux besoins des personnes handicapées, en élaborant des politiques préventives et actives visant à favoriser leur intégration dans le monde du travail. En poursuivant ces thèmes, les lignes directrices de 2001 accordent une nouvelle importance à la forme ouverte de coordination concernant l'emploi, la qualité de l'emploi, l'entrepreneuriat et la formation tout au long de la vie (Conseil européen, 2000).

Ces priorités sont sous-tendues par l'objectif de la politique d'emploi communautaire d'améliorer les taux d'emploi, qui restent en deçà de ceux des États-Unis. Cette amélioration est considérée comme un mécanisme permettant de préserver les systèmes de protection sociale et de contribuer à la compétitivité européenne (Commission européenne, 1998a). Le Conseil européen de Lisbonne a en outre recommandé que les taux d'emploi soient augmentés de 61 % en 2000 à 70 % en 2010, et que, en parallèle, celui des femmes passe de 51 % en 2000 à 60 % d'ici à 2010. Une priorité particulière doit être donnée à la création d'emplois dans les services publics sociaux.

La création d'emplois dans les services publics sociaux

La possibilité de créer des emplois dans les services publics sociaux est également soulignée dans les conclusions du Conseil européen de Lisbonne. Cette possibilité est reflétée dans la

politique de la Commission concernant le développement de l'emploi dans l'économie sociale et dans les initiatives locales de développement et d'emploi. La Commission, dans son rapport et sa communication sur les initiatives locales de développement de l'emploi (Commission européenne, 1995a, 1995b, respectivement) a identifié 17 domaines de besoin, y compris les aides ménagères, l'accueil des enfants, l'aide aux jeunes en difficulté, la sécurité, l'amélioration du logement et les services de transport locaux, la culture et la gestion des déchets. Les emplois créés dans ces domaines pourraient se chiffrer à 400 000 par an dans toute l'Europe. En conséquence, l'impact de la politique communautaire sur les services publics sociaux a été lié de la manière la plus importante à la croissance de l'intérêt dans les possibilités de nouvelles formes de création d'emplois dans ces services et dans le secteur de l'économie sociale. Les emplois supplémentaires créés dans l'Union européenne appartiendront en effet au secteur des services et en particulier à ce qu'elle définit comme les services collectifs (la santé, l'éducation, les services sociaux, les services des loisirs et l'administration publique), dans lesquels la croissance des emplois demeure relativement forte dans un contexte de budgets limités et de pressions visant à réduire la fiscalité. Le *Rapport sur les taux d'emploi* de la Commission européenne publié en 1998 réitère ce point en affirmant que l'augmentation des taux d'emploi dépend de l'expansion des emplois du secteur des services, en particulier les services collectifs. Le Rapport ajoute que la politique publique a un rôle double à jouer: «... d'une part, par un passage plus déterminé de mesures passives à des mesures actives, sur la base d'une restructuration des dépenses publiques favorisant l'emploi, de l'autre, par le développement de diverses formes de partenariat public-privé et la promotion de l'économie sociale» (Commission européenne, 1998a).

L'économie sociale (ou marchés du travail intermédiaires) est désormais reconnue comme une source importante d'emplois nouveaux par la Commission européenne. Elle repose sur une «économie de la solidarité» intégrée à une économie de la concurrence, dont le but est d'offrir des possibilités d'emploi aux catégories qui ont des difficultés à pénétrer sur le marché du travail. Les possibilités de création d'emplois résultant de l'expansion des services de protection sociale ont conduit la Commission européenne à souligner la nécessité d'établir de nouveaux partenariats entre les secteurs public et marchand, et de fournir une aide pour le lancement d'organisations de l'économie sociale fournissant des services aux personnes âgées et handicapées et des services de garde des enfants. Ces mesures nécessitent de rendre les marchés de l'emploi plus adaptables afin que les coûts du travail ne fassent pas obstacle au recrutement de la main-d'œuvre importante nécessaire pour ce type de travail. Bien que l'achèvement du grand marché ait eu un impact direct considérable sur l'emploi dans le marché des services, il n'en demeure pas moins nécessaire de réglementer ce marché de manière efficace afin de protéger les intérêts du consommateur et de maintenir la qualité. À cet égard, la Commission souligne la nécessité d'établir des services de haute qualité pour gagner la confiance des consommateurs, ainsi que l'importance de développer les ressources humaines, l'apprentissage tout au long de la vie et la formation continue (Commission européenne, 1996b).

Le problème qu'affronte l'UE est de savoir dans quelle mesure les emplois créés seront des emplois de qualité, en particulier dans les services publics sociaux, dont la main-d'œuvre est fortement féminine. Aucune ligne directrice particulière n'a été élaborée par l'UE concernant la



définition d'indicateurs permettant d'évaluer la qualité des emplois, et le Conseil européen de Lisbonne n'a pas fait de propositions concrètes concernant la manière d'améliorer celle-ci. Les travaux de recherche de la Fondation pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, qui signalent une certaine détérioration de 1991 à 1996, reflètent aussi des inquiétudes concernant la qualité des nouveaux emplois et les conditions de travail. L'importance accordée récemment par l'UE aux mesures d'amélioration de l'aptitude à l'emploi et de réduction des lacunes en compétences, à l'apprentissage tout au long de la vie et aux mesures d'amélioration de l'égalité des chances (y compris un nouveau critère d'évaluation pour l'amélioration de l'accueil des enfants) constitue un progrès important. Ces constatations soulèvent plusieurs questions concernant la capacité de création d'emplois et les options qui s'offrent à l'UE et aux gouvernements nationaux pour la réglementation des marchés des services publics sociaux en vue d'améliorer la qualité des services et des emplois.

Le rôle de la société de l'information: emplois et services

L'UE accorde une forte priorité au rôle que peut jouer la société de l'information dans la création d'emplois, l'amélioration de la qualité des emplois, le niveau de vie et la mise en œuvre de services centrés sur les citoyens (Commission européenne, 2000h). Celle-ci présente à la fois des possibilités et des dangers. Les secteurs de la santé et de la protection sociale offrent la possibilité de créer plus d'emplois nécessitant des connaissances et d'utiliser la technologie pour améliorer à la fois les services et la qualité des emplois. Il sera important d'éviter d'exclure des connaissances/de la technologie non seulement les travailleurs des services publics sociaux, mais aussi les usagers. Les systèmes de téléassistance, basés sur les nouvelles technologies qui interviennent dans les services d'urgence et d'aide à domicile, et les points publics d'accès à l'information, destinés à améliorer la diffusion des informations aux citoyens, démontrent le rôle que peut jouer la société de l'information dans l'amélioration de la qualité des services. Les lignes directrices sur l'emploi de 1999, de 2000 et de 2001 décrivent la manière dont elle peut contribuer à faciliter la transition entre l'école et la vie professionnelle, à soutenir le développement des entreprises et la création d'emplois, à moderniser l'organisation du travail et la capacité d'adaptation des organisations et à permettre aux citoyens de travailler selon des modes plus flexibles et de concilier travail et vie de famille. Cela présente donc de nouveaux défis pour les services publics sociaux, d'une part, en ouvrant des possibilités d'apporter des changements aux conditions de travail et à la manière dont celui-ci est organisé et, d'autre part, en améliorant la qualité des services aux citoyens et aux communautés.

En tenant compte des implications de la société de l'information pour la société et l'emploi, la communication de la Commission (2000g) sur les stratégies pour l'emploi de la société de l'information préconise l'adoption d'une stratégie intégrée et coordonnée basée sur l'apprentissage (équipement des écoles en matériel et en savoir-faire), le travail (accès des travailleurs aux compétences de la société de l'information et développement de nouvelles formes d'organisation du travail), les services publics (accès électronique des citoyens à l'administration et au soutien publics) et l'entreprise (accroissement de la concurrence et de l'innovation en particulier dans les PME). Dans les services publics sociaux, ces stratégies ont des implications pour le développement des organisations apprenantes et pour l'apprentissage

tout au long de la vie, l'amélioration de la mise en œuvre des services, l'innovation et les changements organisationnels ainsi que l'implication et la participation des citoyens. La possibilité de transformer l'administration publique et la création de services d'information publique des citoyens, accessibles et faciles à utiliser, peuvent contribuer à l'amélioration de la qualité des services aux usagers. Ces services demandent également que les travailleurs possèdent les compétences nécessaires et que celles-ci soient transmises aux usagers des services. Comme l'affirme la Commission européenne:

«... la société de l'information promet de fournir de meilleurs services publics, au fur et à mesure que les gouvernements développent des services plus centrés sur les citoyens, offrant choix et commodité. Les habitants des régions périphériques et des communautés dispersées bénéficieront également d'un accès au potentiel économique et social lié à l'émergence des technologies» (2000g, p. 3).

La création de points d'accès publics, permettant d'avoir accès en ligne aux informations publiques sur les services, les droits et les offres d'emplois, ainsi que la démocratie électronique, constituent des exemples de progrès accomplis dans ce sens dans l'UE. Ainsi, à Bologne, en Italie, un réseau de guichets automatiques a été mis en place pour donner accès aux services de la municipalité et d'autres organismes. Au Royaume-Uni, on espère créer d'ici à la fin de l'an 2000, dans le cadre de l'initiative «IT for all», un réseau de 3 000 centres d'accès et points d'information électroniques de proximité. Au Portugal, des cabines informatiques accessibles permettent d'avoir des informations sur les services publics en appuyant sur un simple bouton. À la lumière de ces efforts, la communication de l'UE recommande que les États membres créent des pages Internet facilement accessibles, donnant au citoyen des informations sur les services et les droits ainsi que des points d'accès Internet publics, soutenus par une formation dans toutes les communautés. Un aspect important pour le développement des services publics sociaux dans l'UE concerne les liens cruciaux établis entre la qualité de la vie professionnelle et la qualité des services dans la société de l'information.

La société de l'information offre d'immenses possibilités pour l'échange d'informations, la formation de réseaux et la participation des citoyens. Elle présente toutefois le risque que de nouvelles formes d'exclusion et d'inégalité se développent, opposant le monde riche en informations du commerce électronique et les individus, les catégories et les communautés, dont l'accès à la technologie est limité, ainsi que les travailleurs de première ligne, dont le travail demande une main-d'œuvre importante. L'accès à Internet et aux emplois de la société de l'information est plus répandu dans le nord de l'Europe que dans le sud; les personnes dont les revenus sont élevés ont trois fois plus de chances d'avoir accès à Internet, et seulement un quart des usagers d'Internet dans l'UE sont des femmes. Ces formes de polarisation et d'inégalité constitueront un problème difficile à éviter pour l'UE.

La cohésion économique et sociale

Les Fonds structurels européens représentent l'instrument principal de promotion de la cohésion économique et sociale dans l'UE. Leur valeur, en ce qui concerne les travaux de recherche de la



Fondation sur les services publics sociaux, est qu'ils ont stimulé des activités visant à favoriser l'inclusion sociale aux niveaux nationaux et locaux. Ces Fonds ont joué un rôle important dans l'intégration sociale et économique des jeunes en difficulté, des minorités ethniques, des femmes et des handicapés et ont inspiré des innovations qui n'auraient pas été possibles dans le cadre des régimes nationaux de financement. Le principe d'inclusion sociale et l'accent particulier mis sur des mesures horizontales telles que l'intégration de la dimension de genre (intégration de l'égalité entre les hommes et les femmes dans l'ensemble des objectifs prioritaires, des politiques, des mesures et des activités) aux politiques revêtent une importance particulière. Ces priorités ont joué un rôle majeur pour les pays de l'objectif n°1 et ceux de la cohésion à travers le financement de mesures de formation professionnelle et d'inclusion sociale. Des initiatives communautaires telles qu'*Integra* ont ainsi contribué considérablement à l'insertion dans la vie sociale et économique des exclus de la société ou de ceux qui risquent l'exclusion sociale. Dans le cadre de cette initiative, une définition étendue a été donnée aux problèmes de pauvreté, d'exclusion sociale et de handicap urbain ainsi qu'au développement de l'infrastructure collective et à la participation des organisations non gouvernementales et des associations. De plus en plus, le Fond social européen a ciblé l'inclusion sociale des individus les plus marginalisés et les plus défavorisés et a entraîné l'introduction de trains de mesures coordonnées visant à réaliser l'insertion professionnelle des handicapés physiques et mentaux, des immigrés, des réfugiés et d'autres catégories marginalisées. Un nouveau modèle d'inclusion sociale et de participation de ces catégories au développement économique local a été établi par le *special support programme for peace and reconciliation* (programme de soutien pour la paix et la réconciliation) en Irlande du Nord et dans les comtés frontaliers d'Irlande.

Les Fonds structurels ont favorisé de nouvelles démarches de mise en œuvre des services, canalisé des ressources nationales et européennes vers les jeunes chômeurs et fourni des opportunités et des ressources pour des innovations locales (en particulier en Grèce, en Irlande et au Portugal, où elles ont servi à étendre des services à des catégories d'utilisateurs disposant auparavant de services limités ou inexistantes). De nombreux exemples de bonnes pratiques cités dans les travaux de recherche de la Fondation exécutés pour ce rapport bénéficient d'un financement de programmes des Fonds structurels européens, principalement le Fond social européen. Dans les pays de l'objectif n°1 et de la cohésion, les Fonds structurels européens ont contribué considérablement à stimuler le développement de nouveaux services. C'est notamment le cas en Grèce, où les Fonds structurels ont servi à financer des services psychiatriques de proximité et l'introduction de mesures de formation professionnelles pour les jeunes chômeurs et où, dans le cadre du nouveau programme 2000-2006, ils contribueront au financement de la création de services d'aide à domicile. Le programme du FSE pour 2000-2006 lie les politiques actives du marché du travail, l'inclusion sociale et l'égalité des chances ainsi que la mobilité et l'intégration dans le marché du travail aux principaux piliers de la stratégie européenne pour l'emploi. En outre, le développement des initiatives locales pour l'emploi et de l'économie sociale sont soulignées comme étant des domaines pouvant servir à la création d'emplois.

L'égalité entre les sexes: l'égalité des chances et les mesures antidiscriminatoires

L'égalité des chances

La promotion de la participation des femmes au marché du travail a été directement liée à l'amélioration des taux d'emploi, à l'augmentation de la création d'emplois et à la réduction des coûts de la protection sociale. Dans ce contexte, la croissance de l'emploi dans les services publics sociaux a été particulièrement bénéfique pour les femmes, bien qu'une forte proportion d'entre elles travaillent à temps partiel dans ce secteur. La protection des femmes contre les effets adverses des marchés flexibles du travail, les efforts pour leur donner le moyen de concilier travail et vie de famille et le développement des services (formation professionnelle, programmes de congé, accueil des enfants et aide aux personnes âgées) ont tous occupé une place de plus en plus importante dans l'élaboration des politiques tant au niveau national qu'au niveau communautaire. Bien que ces réglementations et ces services jouent un rôle important dans l'élimination des obstacles et des discriminations, on les considère de manière croissante comme bénéfiques pour la concurrence et la réduction de la dépendance.

L'UE a élaboré un ensemble étendu de droits légaux pour les femmes, et l'engagement en faveur de l'égalité des chances entre les femmes et les hommes a été renforcé dans l'article 2 du traité d'Amsterdam, donnant à l'UE des rôles, des missions et des pouvoirs législatifs nouveaux. L'égalité de traitement entre les femmes et les hommes représente désormais un droit fondamental protégé par les lois nationales et communautaires. Dans les États membres, ces droits ont donné une forte impulsion à la négociation collective en faveur de l'égalité des chances et à la promulgation de nouvelles lois sur l'égalité des salaires, l'égalité de traitement, les congés parentaux ainsi que les droits de la maternité, le harcèlement sexuel au travail et la protection des emplois à temps partiel et à durée déterminée. Les États membres ont tous, à des degrés divers, élaboré des cadres législatifs et des politiques nationales destinés à éliminer les formes les plus flagrantes de discrimination sur le lieu de travail et à promouvoir l'égalité des chances. Ces mesures ont été favorisées, dans plusieurs pays, par des organismes de défense de l'égalité financés par l'État qui ont contribué considérablement à stimuler une action sur l'égalité.

L'accent mis sur l'égalité des sexes par le traité d'Amsterdam est reflété dans les nouveaux droits légaux à l'égalité dans l'emploi établis au titre du traité, dans les stratégies d'orientation visant à intégrer la dimension d'égalité des sexes dans tous les domaines de l'activité communautaire, et dans la place centrale accordée à l'égalité des chances dans la stratégie européenne pour l'emploi examinée plus haut. Les salaires des femmes restent toutefois en moyenne inférieurs de un quart à ceux des hommes, et leurs emplois sont plus précaires et offrent de moins bonnes possibilités de formation, de développement et de formation. L'inégalité concernant le travail a été soulignée à la conférence ministérielle sur l'égalité des chances et sur la politique de l'emploi organisée sous la présidence finlandaise, en octobre, à Helsinki, à laquelle les ministres ont conclu que les gouvernements nationaux et les partenaires sociaux avaient la responsabilité d'améliorer l'égalité entre les sexes sur le lieu de travail au moyen de politiques d'intégration de la dimension de genre. Cette responsabilité couvre la nécessité de donner une protection aux femmes recrutées



sous un contrat à durée déterminée, de lutter contre la polarisation du marché du travail et d'augmenter le nombre de femmes occupant des emplois bien rémunérés dans les services de santé et les services publics et de leur permettre de concilier le travail et la vie de famille.

Cela vaut la peine de réfléchir à l'importance du principe de l'intégration de la dimension de genre dans les politiques de l'UE. Ce principe impose que l'égalité entre les sexes soit incorporée dans toutes les politiques, à tous les niveaux et à tous les stades décisionnels par l'incorporation systématique de la dimension d'égalité des chances dans toutes les activités communautaires (Commission européenne, 1996c). Des progrès satisfaisants ont été accomplis comme en témoigne l'intégration de la dimension d'égalité entre les sexes dans la stratégie européenne pour l'emploi, conformément aux lignes directrices sur l'emploi et au nouveau programme des Fonds structurels européens (2000-2006). Malgré certains progrès accomplis dans l'intégration de la dimension de genre, certains décideurs continuent à ne pas en avoir conscience. La Commission (1998c) préconise que les États membres intensifient leurs activités de sensibilisation par la formation afin d'introduire une évaluation régulière de l'impact des politiques sur l'égalité entre les sexes et une vérification de la prise en compte de l'égalité hommes/femmes dans toutes les activités relatives à la législation et à l'élaboration des décisions. Plusieurs États membres ont à cet égard établi des mesures de formation pour les décideurs et les partenaires sociaux, basées notamment sur les modèles de bonnes pratiques mis en œuvre aux Pays-Bas, en Finlande et en Suède. L'effet de ces efforts se fait actuellement sentir dans le cadre de la nouvelle série de programmes des Fonds structurels (2000-2006), qui exige l'exécution d'évaluations d'impact pour ce qui est de l'égalité des sexes pour tous les programmes opérationnels.

Le nouveau train de mesures concernant l'égalité de la Commission européenne contient un programme d'action sur l'égalité des sexes (2001-2005) et une proposition de directive modifiant la directive 76/207/CEE sur le principe de l'égalité de traitement pour les hommes et les femmes dans l'emploi, la formation professionnelle et la promotion ainsi que les conditions de travail, qui renforcerait les dispositions existantes et leur en ajouterait d'autres pour asseoir l'égalité de traitement sur des bases juridiques plus solides.

Les mesures antidiscriminatoires

Des propositions concernant l'adoption d'un train de mesures visant à éliminer les discriminations en vertu de l'article 13 du traité CE ont été lancées par la Commission européenne en novembre 1999. Ce train de mesures couvre une communication destinée aux partenaires sociaux et aux gouvernements nationaux, deux projets de directives et le lancement du nouveau programme EQUAL. L'un des projets de directive définit un cadre général pour l'égalité de traitement dans l'emploi dans tous les domaines couverts par l'article 13, à l'exception du sexe, tandis que le second vise à mettre en œuvre l'égalité de traitement entre les personnes d'origine raciale ou ethnique différente. Le champ d'action de ce dernier est plus étendu que celui du projet de cadre général, car il couvre l'accès à la protection sociale, à la sécurité sociale, à l'éducation, aux biens et services ainsi qu'aux activités culturelles. Le lancement du programme EQUAL est destiné à permettre de mieux comprendre les questions de

discrimination par l'échange de bonnes pratiques, par un soutien aux luttes contre la discrimination et par la sensibilisation aux problèmes de discrimination.

La qualité de la vie professionnelle et les droits des travailleurs

Les politiques destinées à améliorer les conditions de travail, désormais couvertes dans le volet social du traité, ont joué un rôle important dans l'établissement de droits minimaux concernant, par exemple, l'égalité des salaires, l'égalité de traitement, la protection de la maternité, les congés parentaux, l'information et la consultation des travailleurs, la santé et la sécurité au travail, les droits acquis, le temps de travail, le travail à temps partiel ainsi que les contrats à durée déterminée. Ces droits ont entraîné de nouvelles initiatives sur l'organisation du travail et le temps de travail ainsi que sur les règlements nécessaires pour améliorer les conditions de travail et l'égalité des chances. Ils ont également accentué le rôle joué par la négociation collective et le partenariat social dans l'amélioration des conditions de travail. La qualité de la vie professionnelle a fait l'objet d'un intérêt considérable au Conseil européen de Lisbonne en mars 2000, en ce qui concerne les initiatives visant à promouvoir et à développer les compétences, l'apprentissage tout au long de la vie et l'égalité des chances, bien qu'aucun indicateur spécifique n'ait été défini pour identifier ce qui représente un emploi de qualité. Cet aspect a en outre été développé dans l'agenda de politique sociale de la Commission européenne et dans l'inclusion de dispositions relatives au respect des droits sociaux fondamentaux en tant que «composants clés d'une société équitable et du respect de la dignité humaine» (Commission européenne, 2000j, p. 22). Ces efforts ont abouti à la création de la charte des droits fondamentaux, qui a fait l'objet d'un accord au sommet de Nice en novembre 2000, et, en même temps, à l'adoption de nouvelles directives sur l'élimination des discriminations dans l'emploi et sur l'égalité de traitement quelle que soit l'origine raciale et ethnique.

Le temps de travail et l'organisation du travail

Le temps de travail et l'organisation du travail sont des instruments permettant d'améliorer les conditions de travail dans les services publics sociaux. La charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs de 1989 stipule que le temps de travail constitue un élément central de meilleures conditions de vie et de travail, et la directive sur le temps de travail de 1993, mise en œuvre par la suite, a constitué un instrument important de la réglementation du temps de travail dans toute l'Europe. Tout en définissant une limite au nombre d'heures hebdomadaires de travail, la directive permet aux partenaires sociaux d'élaborer de nouvelles dispositions plus flexibles sur le temps de travail. *Le livre blanc — Croissance, compétitivité, emploi de 1993* favorise une organisation du travail plus flexible et préconise l'élimination des obstacles et des rigidités du marché du travail de sorte que «les préférences et les demandes des travailleurs et des employeurs concernant la structure et la durée du temps de travail [...] vont accroître le nombre d'emplois pour des niveaux donnés de production». *Le livre vert — Partenariat pour une nouvelle organisation du travail de 1997* recommande la modernisation et la réorganisation du travail, y compris la flexibilité du marché du travail qui donne aux employés la sécurité dont ils ont besoin en même temps que la flexibilité nécessaire pour les employeurs, tandis que la stratégie européenne pour l'emploi souligne l'importance de la flexibilité du temps



de travail pour le maintien d'un équilibre entre la flexibilité et la sécurité. Ces initiatives ont stimulé de nouvelles pratiques de temps de travail et d'organisation du travail dans les services publics sociaux, laissant plus de choix pour les horaires de travail et la conciliation du travail et de la vie de famille. Par ailleurs, les formes excessives de flexibilité ont été réglementées au moyen de directives sur le temps de travail, le travail à temps partiel et les contrats à durée déterminée.

Le partenariat social, le dialogue social et le dialogue civil

Le partenariat social et le développement des droits des travailleurs

Le rôle du partenariat social a été encouragé à plusieurs niveaux dans l'UE. Des stratégies ont ainsi été définies pour l'inclusion des partenaires sociaux dans l'élaboration de nouveaux modèles d'organisation du travail et de temps de travail qui respectent un équilibre entre la flexibilité voulue par les employeurs et la sécurité désirée par les employés. Les partenaires sociaux sont considérés comme des acteurs majeurs dans la mise en œuvre de la stratégie européenne pour l'emploi et dans les politiques sociales et économiques plus générales. Dans le domaine de l'égalité des chances, les partenaires sociaux sont aussi invités à participer à la mise en œuvre des politiques au moyen d'accords collectifs. Ainsi, la directive de 1976 sur l'égalité de traitement dans l'emploi, la formation professionnelle, la promotion et les conditions de travail a fait pression sur les partenaires sociaux pour qu'ils introduisent des dispositions sur l'égalité. La communication de 1996 sur le harcèlement sexuel au travail demande aux partenaires sociaux de mettre en place des mesures de lutte contre le harcèlement sexuel au moyen du processus de négociation collective. Le troisième programme d'action sur l'égalité recommande que les partenaires sociaux fassent de l'égalité des chances un sujet de négociation collective.

Le dialogue social

L'action de l'UE visant à promouvoir le dialogue social (en vertu de l'accord sur la politique sociale du traité de Maastricht) privilégie la mise en œuvre de la politique sociale européenne par le dialogue social aux niveaux sectoriel et interprofessionnel. Ce dialogue a rendu possible des accords nouveaux concernant les droits des travailleurs et l'égalité des chances, ce qui a inauguré une époque nouvelle de négociation collective dans l'UE. Jusqu'à présent, trois accords ont été conclus grâce au dialogue social interprofessionnel [entre la Confédération européenne des syndicats (CES), l'Union des confédérations de l'industrie et des employeurs d'Europe (UNICE) et le Centre européen des entreprises à participation publique et des entreprises d'intérêt économique général (CEEP)] concernant l'égalité des chances dans les domaines des congés parentaux, du travail à temps partiel et des contrats à durée déterminée.

Une série d'accords volontaires a été conclue dans le cadre du dialogue sectoriel dans des domaines affectant les services publics sociaux entre la fédération syndicale européenne des services publics (FSESP) et les fédérations européennes d'employeurs. Il est en fait probable que cette activité se développe avec la mise en place d'accords sectoriels européens dans les services publics sociaux dans le cadre d'une stratégie plus générale de la Commission européenne visant à renforcer et à consolider le dialogue social sectoriel à l'avenir. La proposition de créer un

comité européen du dialogue sectoriel et de continuer à développer le dialogue social se range parmi plusieurs autres faites par la Commission européenne dans sa communication de 1998 pour continuer à favoriser le dialogue social. Bien qu'il soit difficile de trouver des organisations d'employeurs représentatives avec lesquelles négocier, des progrès ont été accomplis dans les services publics, comme l'indique le nombre croissant de consultations, d'actions conjointes, d'avis conjoints et d'accords entre les employeurs et les syndicats des services publics.

C'est le dialogue social volontaire mené au niveau de l'administration locale et régionale qui est le plus développé et qui a conduit à deux déclarations conjointes importantes entre la FSESP et le conseil des municipalités et régions européennes-forum patronal (CMRE-FP) l'une datant de 1996 sur la modernisation des services publics locaux et l'autre de 1997 sur l'emploi. La déclaration conjointe sur l'emploi, adoptée durant le sommet sur l'emploi de novembre 1997, reconnaît que les stratégies mises en œuvre dans l'administration locale et régionale peuvent contribuer à l'application des lignes directrices sur l'emploi. Elle souligne le besoin d'emplois stables dans l'administration locale et la nécessité pour celle-ci de jouer le rôle de «catalyseur de la croissance économique». L'égalité des chances, l'adaptabilité à l'emploi et les mesures d'éducation et de formation sont jugées cruciales à cet effet, et les mesures de création d'emplois doivent être considérées en même temps que des stratégies de développement de services efficaces et de haute qualité. Une autre déclaration conjointe sur l'égalité entre les hommes et les femmes a été publiée en 1998, et le programme d'activités futures prévoit l'exécution d'une enquête sur l'emploi et l'élaboration d'accords sur la formation professionnelle et la modernisation de l'organisation du travail.

Le dialogue civil

Les réseaux d'usagers, d'organisations non gouvernementales et d'associations bénévoles et d'entraide qui forment au niveau européen la plate-forme du *dialogue civil* des ONG, constituent une force puissante, garantissant que l'activité bénévole et d'entraide, l'exclusion sociale et le chômage ainsi que le renforcement des droits des citoyens et de l'égalité des chances demeurent sur l'agenda de l'UE. Cette plate-forme réunit 25 organisations et réseaux non gouvernementaux européens, représentant plus de 130 000 organisations du domaine social, qui collaborent à un programme commun dont le but est la création d'une Europe sociale, d'une Europe pour tous et d'une Europe véritablement inclusive. Le forum a été créé en réaction à la réponse de la Commission à la déclaration 23 du traité de Maastricht, qui souligne l'importance de la coopération entre les associations caritatives et bénévoles. Une communication de la Commission sur le renforcement du dialogue civil doit être publiée en 2000, et un accent renouvelé a été mis sur la participation de la société civile et des ONG au Conseil européen de Lisbonne. Le dialogue civil a ouvert de nouvelles possibilités de faire jouer un rôle à la représentation des catégories marginalisées, des mouvements sociaux et des ONG dans l'élaboration de la politique communautaire. Il occupe toutefois une place secondaire par rapport au dialogue social et, bien qu'il ait une influence sur la réflexion menée à l'échelon européen, il joue un rôle consultatif plutôt que décisionnel.

Outre le dialogue civil au niveau européen, les réseaux de professionnels et de prestataires qui stimulent de nouveaux débats sur les services publics sociaux de l'ensemble de l'UE se sont



développés. L'un des exemples est celui du réseau social européen qui rassemble les directeurs de services sociaux de toute l'Europe pour leur permettre d'échanger des meilleures pratiques et de développer des perspectives européennes sur la qualité des services.

Conclusion

Les politiques européennes sur l'inclusion sociale, l'égalité des chances, l'emploi et la cohésion économique et sociale ont favorisé une plus grande conscience des discriminations et de l'inégalité qu'affrontent les catégories les plus marginalisées. Elles ont d'importantes implications pour la création de nouveaux emplois dans les services publics sociaux et pour la qualité de la vie au travail. La mondialisation, le grand marché européen et l'Union économique et monétaire ont suscité des inquiétudes concernant la survie du modèle social européen. L'influence des syndicats et des ONG à travers le dialogue, la consultation et l'organisation au niveau de l'UE a contribué à souligner ces problèmes.

La recherche de la Fondation sur les services publics sociaux a soulevé un certain nombre de questions et problèmes clés pour le développement de la politique communautaire concernant la qualité des services publics sociaux, tant sur le plan de la qualité des services aux usagers que de celle de la vie professionnelle de leurs employés.

- Quels types d'indicateurs et de systèmes d'étalonnage des performances peut-on élaborer, qui reconnaissent la nature multiforme de l'exclusion sociale et répondent aux besoins des usagers des services?
- Quels mécanismes doit-on introduire pour garantir l'amélioration de la réputation et de la qualité du travail accompli par les services publics sociaux? La résolution de ce problème est particulièrement importante si l'on veut attirer du personnel dans ce secteur. Il convient, en même temps, d'éviter qu'un marché du travail à deux vitesses ne se développe dans le contexte de la croissance des emplois du secteur de la société de l'information.
- Comment la politique économique communautaire de libéralisation et d'ouverture des marchés peut-elle être conciliée avec une protection sociale adéquate, des conditions de travail améliorées, l'égalité des chances et des systèmes de protection sociale solides qui répondent aux besoins des catégories les plus marginalisées? Comment l'UE peut-elle faire en sorte que les moteurs principaux d'une économie européenne de la compétition, de la mondialisation et de la technologie soient conciliés de manière adéquate avec la cohésion et l'inclusion sociales?
- Comment l'UE, tout en jouant son rôle de coordination, peut-elle respecter la diversité des États membres? Comment, en introduisant l'étalonnage des meilleures pratiques dans des domaines tels que la protection sociale, la répartition des revenus, la pauvreté, la santé et la sécurité, la cohésion régionale, les nouveaux modèles d'emploi et les droits des travailleurs, peut-on parvenir à respecter cette diversité des régimes de protection sociale?
- Comment l'hétérogénéité du développement économique et social des États membres peut-elle être conciliée avec la convergence européenne des systèmes économiques tout en évitant un régime de protection sociale européen unique qui ne soit pas applicable à tous les pays?



Chapitre 3

Les politiques et stratégies destinées à satisfaire aux besoins des groupes cibles

Introduction

Nous examinons dans ce chapitre les principales politiques élaborées et les changements clés qui affectent les quatre catégories de clients sélectionnées en vue d'un examen plus détaillé: les personnes âgées dépendantes, les jeunes chômeurs de longue durée, les handicapés mentaux et les malades mentaux. Ces catégories ont été sélectionnées à cause, d'une part, de la diversité des besoins et des risques qui les caractérisent et de leur dépendance envers les services publics sociaux et, de l'autre, pour refléter les changements apportés aux services pour satisfaire à leurs besoins de manière plus personnalisée, coordonnée et intégrée.

Les personnes âgées dépendantes vivant seules

Le vieillissement de la population a souligné la nécessité de mettre en œuvre des stratégies de vieillissement actif, d'améliorer la qualité des soins accordés aux personnes âgées dépendantes et de mieux coordonner les services rendus (Commission européenne, 1999b, 1999c). Selon la Commission européenne, «... ces changements se produisent si rapidement qu'ils peuvent avoir des conséquences importantes se traduisant par l'apparition de nouveaux besoins sociaux, ainsi que des effets sur la prestation des services sociaux» (Commission européenne, 2000i). De 1960 à 2000, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans est passé de 11 à 16 %, et on prédit une nouvelle augmentation de 13 % d'ici à 2010. Cela veut dire qu'il y aura deux fois autant de personnes âgées en 2010 (69 millions) qu'en 1960 (34 millions). La croissance du nombre des plus de 80 ans a été particulièrement marquée. On prévoit que cette catégorie augmentera de 36 % entre 2000 et 2010, taux qui atteindrait 50 % en Belgique, en Grèce, en France, en Italie et au Luxembourg. Par contraste, des augmentations négligeables sont prévues au Danemark et en

Suède. Un aspect important pour le financement des services publics sociaux concerne le changement des taux de dépendance et le problème des réductions en pourcentage du nombre de travailleurs (15 à 64 ans) par comparaison au nombre de retraités. Le tableau 4 indique que, en 1998, dans l'Union européenne, les plus de 65 ans représentaient 24 % des personnes en âge de travailler et que ce chiffre augmentera d'ici à 2010 (à 27 %), la hausse la plus forte étant attendue en Italie (31 %).

Ces tendances ont également des implications pour le logement, les services de santé et les services sociaux, à la lumière du nombre plus grand de personnes âgées vivant seules. Dans l'UE, 32 % des plus de 65 ans vivent seuls, 51 % avec leur partenaire, 13 % avec leurs enfants, et seulement 4 % d'entre eux dans une maison de retraite ou un établissement hospitalier; 45 % des personnes très âgées (80 ans ou plus) vivent seules, 26 % avec leur partenaire, 19 % avec leurs enfants et 10 % dans une maison de retraite ou un établissement. On observe des différences importantes entre les États membres, en particulier en ce qui concerne le nombre de personnes âgées vivant avec des parents ou des amis: en Espagne et au Portugal, ce chiffre est de plus de 40 %, alors qu'au Danemark et en Suède, il est de moins de 5 %. Bien qu'il soit difficile de connaître précisément le nombre de personnes âgées qui nécessitent des soins de longue durée, la Commission européenne estime qu'environ 5 % des plus de 65 ans nécessitent des soins sociaux constants et que 15 % d'entre eux sont partiellement dépendants, alors que les plus de 75 ans nécessitent des soins plus importants, 10 % d'entre eux étant entièrement dépendants et 25 % partiellement dépendants (Commission européenne, 2000h).

Tableau 4 — Les taux de dépendance, 1998 et 2010 ⁽¹⁾ (en %)

	1998	2010
EU-15	24	27
Belgique	25	27
Danemark	22	24
Allemagne	23	29
Grèce	24	29
Espagne	42	46
France	24	25
Irlande	17	19
Italie	26	31
Luxembourg	21	23
Pays-Bas	20	23
Autriche	23	26
Portugal	22	24
Finlande	22	25
Suède	27	28
Royaume-Uni	24	25

⁽¹⁾ Population des plus de 65 ans par rapport à la population active dans l'UE.

Source: Eurostat, *Statistiques démographiques*.

Dans l'ensemble de l'UE, en moyenne, quatre cinquièmes des personnes âgées dépendantes vivant seules sont des femmes, et celles-ci font relativement souvent appel aux services sociaux et aux services de maintien à domicile car leurs moyens financiers et leurs retraites sont fréquemment inférieurs. Le nombre croissant de femmes qui exercent une activité professionnelle implique toutefois la nécessité d'un soutien extérieur pour les soins familiaux. Les aidants, quel que soit leur sexe et qu'ils exercent une activité rémunérée ou non, continuent à avoir besoin d'un soutien extérieur leur permettant de supporter les contraintes physiques, psychologiques et financières que leur imposent ces soins. Le vieillissement de la population et l'évolution des taux de dépendance ont des implications pour le financement des retraites et des services de santé et de soutien social. L'avenir de la protection sociale dans l'UE ne peut pas être séparé des besoins médicaux et sociaux occasionnés par l'augmentation du nombre des personnes âgées dépendantes. Le vieillissement entraîne des besoins multiformes, qui sont exacerbés par la réduction de la mobilité et des revenus, par la nécessité de s'adapter aux changements de sa vie sociale et de recevoir des soins médicaux et sociaux, par l'isolement et par le manque d'autonomie. Ces besoins peuvent toutefois être satisfaits en partie par des services de base. En Autriche, par exemple, la majorité des personnes âgées bénéficiaires de l'allocation soins ont des besoins relativement limités, ce qui indique qu'il est possible de préserver une certaine indépendance tant que les services sont fiables et systématiques. Bien qu'il existe un nombre supérieur de personnes âgées en bonne santé et actives, qui bénéficient d'une retraite, le nombre des personnes âgées dépendantes nécessitant des soins et une aide est en augmentation. Si le développement des services de soins à domicile constitue une réponse directe aux préférences exprimées par les personnes âgées concernant un choix, une autonomie et une indépendance plus grands, il représente aussi pour les autorités publiques le moyen de répondre aussi efficacement que possible aux besoins du nombre croissant de personnes âgées isolées et dépendantes. Ce sont les collectivités locales (municipalités), l'échelon administratif le plus bas du gouvernement, qui ont mis en place les services de soins à domicile et qui se sont chargées de financer ou de faciliter les services fournis par des organisations extérieures au secteur public. Ces services ont pour but de favoriser l'autonomie, comme le démontrent les exemples présentés ci-après.

Le maintien du bien-être des personnes âgées, de leur indépendance économique, de leur autonomie personnelle et de l'intégration sociale en ce qui concerne la santé, le soutien social et les retraites constitue désormais un objectif couvert par la législation et/ou les documents d'orientation stratégique de l'État dans un certain nombre de pays européens, le Danemark, la Finlande et la Suède offrant les services les plus avancés, et la Grèce, l'Espagne, l'Italie et le Portugal, les moins développés. On retrouve néanmoins dans toute l'Europe des stratégies semblables visant à transférer les ressources des établissements vers les services de maintien à domicile, à élaborer de nouveaux réseaux de services d'aide à domicile, là où ils n'existaient pas auparavant, et à accroître l'autonomie, les droits et l'indépendance des personnes âgées.

Les stratégies gouvernementales de certains pays du nord de l'Europe ont pour but de promouvoir des politiques intégrées et coordonnées. Ainsi, en Finlande, la *politique relative aux personnes âgées* de 1996-2001 souligne le rôle des politiques de soins aux personnes âgées dans

le maintien de la capacité à travailler et de la santé ainsi que du niveau de vie et dans le développement de services qui correspondent aux besoins des personnes âgées, permettent une intégration et une continuité des soins et leur accordent une plus grande égalité dans la société. En Suède, il existe une *commission sur les mesures pour les personnes âgées* et un nouveau plan d'action national pour l'amélioration des services, fondé sur les principes de la sécurité, de l'autodétermination et de la dignité, prévoyant des projets innovants destinés à améliorer la qualité des soins de manière plus coordonnée. En Autriche, des plans d'évaluations des besoins et de développement, qui devront être mis en œuvre par les gouvernements des Länder d'ici à 2011, ont été introduits à côté de lois nouvelles couvrant les soins en établissement, les soins à domicile et la formation, l'introduction de nouvelles structures organisationnelles et de normes de qualité et l'amélioration de la coordination entre les organismes qui offrent des soins et une aide. La stratégie viennoise de soins et de protection sociale met par exemple l'accent sur la détermination des besoins individuels en matière de soins par des services locaux coordonnés.

Exemples de bonnes pratiques

Le maintien à domicile des personnes âgées

Les Amis, Paris (France)

Association sans but lucratif offrant un service d'aide ménagère aux personnes âgées à Paris. Une bonne coordination existe entre les services, et une bonne collaboration avec les services externes. Elle a pour mission de maintenir chez elles les personnes âgées aussi longtemps que possible et de promouvoir leur autonomie et leur indépendance. Elle met en œuvre une démarche «qualité informelle».

M Salzburger Hilfswerk, centre d'aide sociale de Pongau (Autriche)

Cette association a été établie en 1988 afin de développer et d'améliorer les soins à domicile dans l'État fédéral de Salzbourg. Il s'agit d'un projet vedette, qui offre des soins et une aide, des services médicaux, des conseils et un soutien, des services de prêt de matériel et un service téléphonique d'urgence à domicile, dont le personnel se compose en partie de bénévoles. Le projet a connu une expansion rapide ces dernières années pour répondre à de nouvelles demandes. Les clients participent à la planification des services, qui sont coordonnés.

Services municipaux de soins à domicile de Kotka (Finlande)

Depuis les années 90, la municipalité a pour politique de mettre en œuvre des prestations plus centrées sur les clients et offre des services à domicile dans les domaines des soins médicaux et sociaux et de la réadaptation. La création des services d'aide à domicile a été une initiative innovante consistant à mettre en place des services pouvant être fournis par des organismes publics ou privés. Il y a collaboration avec d'autres services municipaux, entreprises privées et associations caritatives qui offrent un éventail de services ainsi qu'un service de téléalarme permanent. Un manuel d'aide à domicile définit les normes de soutien et un aidant est attribué à chaque personne âgée. Comme le personnel se renouvelle peu, de bons rapports s'établissent avec les clients.

Par contre, dans le sud de l'Europe, les services se caractérisent par des différences régionales accentuées. En Grèce et au Portugal, la vieillesse est relativement sous-protégée: le modèle d'État-providence est rudimentaire et repose sur un modèle traditionnel d'aide faisant intervenir les familles, les associations et les églises. Des inquiétudes concernant la possibilité d'une érosion des systèmes familiaux d'aide sous l'effet de l'arrivée d'un nombre croissant de femmes sur le marché du travail ont conduit à mettre en place des mesures visant à augmenter le rôle du soutien familial et/ou des bénévoles afin d'offrir des services à domicile plus coordonnés et compréhensifs. En Italie, la structure de réseau des familles italiennes a donné naissance à l'idée



d'échanges de temps entre les générations, qui reconnaît dans une certaine mesure le rôle que peuvent jouer les personnes âgées en tant que ressource et opportunité plutôt que fardeau.

Dans tous les États membres, les services se caractérisent par une participation plus grande des usagers, une décentralisation des services aux niveaux locaux, une désinstitutionnalisation, une plus grande diversité de mise en œuvre ainsi qu'une intégration et une coordination. Les inquiétudes concernant le financement des soins de longue durée ont conduit à faire payer pour les services d'aide à domicile dans un nombre croissant de pays, et à une plus grande diversification et différenciation des systèmes d'aide, dans lesquels les services tendent à être remplacés par des aides monétaires. Comme dans toute l'Europe, la majeure partie des soins sont dispensés au sein des familles, les politiques gouvernementales ont mis en lumière et fait reconnaître de manière croissante le rôle joué par les aidants informels, ce qui a entraîné une augmentation du soutien accordé à ceux-ci et de la prise en charge temporaire des personnes dépendantes à l'extérieur. Dans la plupart des pays, la personnalisation et l'adaptation des services et l'établissement de services d'aide à domicile pour les personnes âgées dépendantes visent de plus en plus à répondre aux besoins de manière plus compréhensive.

On observe des efforts de décentralisation dans tous les États membres. Au Danemark, dans les années 70, celle-ci a facilité le développement de services d'aide à domicile compréhensifs et la désinstitutionnalisation. La politique danoise repose sur le principe que les citoyens ont tous le droit de bénéficier de services publics et met l'accent sur la prévention, l'activation, la sécurité et la continuité, l'autodétermination, la qualité et l'influence des usagers. Les pressions financières récentes que subissent ces services ont conduit à une externalisation visant à réduire les coûts et à améliorer la qualité. Dans d'autres pays, les soins en établissements sont moins développés. Ainsi, en France, la politique d'intégration sociale menée à partir des années 60 au moyen de services d'aide à domicile s'est appuyée principalement sur le soutien familial, qui ne coûtait rien. Au Royaume-Uni, la décentralisation de la mise en œuvre des services sociaux, bien que dans le cadre d'une gestion centrale des ressources accordées aux autorités locales, a été introduite par une législation de 1990. Celle-ci met l'accent sur l'achat de services locaux au secteur privé à but lucratif et au secteur bénévole sans but lucratif, ainsi que sur un soutien accru aux aidants familiaux, les ressources étant transférées d'une prise en charge en établissement (financée par les services de santé) à une prise en charge à domicile (financée par les services sociaux). Cette nouvelle politique de prise en charge au sein de la communauté a eu des conséquences importantes pour les familles et en particulier pour les femmes (Lewis, 1998). La décentralisation des services s'est révélée particulièrement importante pour la mise en œuvre de services de soins intégrés et a permis de nouveaux systèmes de gestion de l'aide multiagences et à des services d'orientation et d'évaluation interagences de se développer dans de nombreux pays.

L'intégration des services de santé et de soutien social ne s'est pas faite sans problèmes. En France, un programme du gouvernement visant à coordonner les services mis en place dès 1981 a créé et financé 500 postes de coordinateurs dans les instances locales, dont la majorité n'ont pas réussi à mettre en œuvre des politiques coordonnées faute de financements et d'une bonne

connaissance du terrain. Cet échec constitue un enseignement salutaire pour les pays qui mettent en place des services coordonnés, et dans le cas de la France, de nouveaux mécanismes de coordination sont désormais élaborés par le gouvernement à travers la mise en place d'agences locales centralisant l'information aux personnes âgées et de nouveaux partenariats de mise en œuvre de l'aide aux personnes âgées.

Dans ce secteur, le *welfare mix* se caractérise par l'externalisation des services, par le paiement de l'aide aux membres de la famille ou aux usagers eux-mêmes, et par la mise en œuvre des services par des agences privées et des organisations sans but lucratif. Même dans les pays où le secteur public a joué un rôle primordial dans la prestation des services d'aide (Danemark, Finlande et Suède), on remarque un transfert vers les secteurs sans but lucratif et privé à but lucratif. En Grèce, en Espagne, en Irlande, en Italie et au Portugal, le secteur sans but lucratif a été responsable de l'introduction de services nouveaux financés par l'État, mais dans lesquels, la famille reste le «prestataire» principal.

Exemples de bonnes pratiques

La coordination et l'intégration des services rendus aux personnes âgées

Aides familiales du centre, Charleroi et Thudinie, section de Charleroi (Belgique)

Ce centre a été mis sur pied par des catholiques et regroupe aujourd'hui une série de services coordonnés et un réseau d'aides bénévoles pour les familles. Les groupes cibles sont les personnes âgées vivant seules, les personnes lourdement invalides ou handicapées à leur sortie de l'hôpital. Outre les services d'aides familiales, d'aides ménagères et d'infirmières, il offre un prêt de matériel, une télévigilance 24 heures sur 24 et un réseau de soutien bénévole. Il met en œuvre une démarche multidisciplinaire au moyen de réunions d'équipes et de réunions de coordination.

Le centre de services ASZ pour les personnes âgées (Allemagne)

Ce centre est géré par une association sans but lucratif qui est membre de la fédération conjointe de protection sociale et qui a conclu un contrat de service avec l'administration locale. Le centre a été créé pour améliorer le logement et la qualité de vie des personnes âgées et pour mettre à leur disposition un service intégré local d'aide locale bénéficiant du soutien d'un bureau de coordination et d'une équipe de gestion unique, permettant d'offrir un service global d'aide à domicile centré sur le client. Il présente les caractéristiques d'un service intégré, offrant des conditions de travail satisfaisantes au personnel.

Le «plan de développement régional» de l'Agro Nocerino-Sarnese (Italie)

Expérience menée dans le nord-ouest de la province de Salerne dans le sud de l'Italie pour favoriser une planification intercommunale, fondée sur une coopération en réseau et des projets faisant intervenir tous les partenaires du secteur des services sociaux personnels. Ce plan a été élaboré par l'«unité de coordination de la politique sociale» du secteur pour améliorer la coordination des services rendus aux personnes âgées marginalisées. Il intègre les services d'aide et de protection sociales, les services institutionnels et la communauté locale avec les organismes publics, privés et sans but lucratif et la participation du secteur bénévole de l'aide et de la protection sociales.

La participation directe des personnes âgées aux processus décisionnels et l'apparition d'associations de retraités dans toute l'Europe ont influencé les politiques élaborées pour les personnes âgées. Ainsi, il existe des conseils de retraités dans la plupart des municipalités danoises, néerlandaises et suédoises; une place importante est accordée à la participation des

personnes âgées à la vie de la communauté par l'intermédiaire des organisations de retraite en Belgique; des fédérations actives de retraités existent au Luxembourg; les associations de personnes âgées constituent les principaux prestataires de services d'aide à domicile journaliers et autres au Portugal; les personnes âgées sont bien organisées en Italie grâce aux syndicats et à des structures locales connexes de partenariat; en Irlande ainsi qu'au Royaume-Uni, des associations de retraités se sont formées en vue de faire pression sur les gouvernements pour qu'ils améliorent les services et les retraites. Par contraste, en Grèce et en France, la participation et l'influence des personnes âgées se révèlent limitée.

On remarque également une croissance des systèmes innovateurs fondés sur la coordination et l'intégration des services visant à aider les personnes âgées dépendantes à rester autonomes et indépendantes. Dans certains cas, les réformes nationales ont facilité la coordination des services. En Allemagne, par exemple, l'importance accrue accordée aux formes d'assistance ambulatoires a été renforcée par l'introduction, en 1995, d'un système obligatoire d'assurance soins, qui offre des possibilités plus grandes de coordonner les services dans un cadre d'amélioration de leur qualité, avec la participation et l'*empowerment* des usagers.

Exemples de bonnes pratiques

Développement de l'indépendance, de l'implication et de l'*empowerment* des usagers

Ten Hove Services Centre (Belgique)

Ce centre a été créé en 1973 par le centre public d'aide sociale (CPAS) de Gent (Gand). Ce fut le premier centre de ce type en Flandre et il a servi de modèle à d'autres. Il offre des services traditionnels d'aide à domicile ainsi que des activités socioculturelles et travaille à développer les contacts sociaux et à prévenir l'isolement des personnes âgées. Il a également pour mission de permettre aux personnes âgées de rester aussi indépendantes que possible. Il fait tous les efforts pour les faire participer aux soins et aux activités socioculturelles et, pour cette raison, a beaucoup recours aux bénévoles.

La qualité par l'implication des usagers pour les personnes âgées (Danemark)

Cette initiative qualité a été lancée à l'instigation du ministère des affaires sociales qui a cherché à développer la participation des usagers à la conception et à la mise en œuvre des services. Cet exemple concerne l'expérience de la municipalité de Vejle, qui, en vue de définir des objectifs qualité concrets pour ses expériences d'amélioration de la qualité, a fait appel à des questionnaires aux usagers, à des consultations avec les conseils des personnes âgées et à des réunions ouvertes avec les usagers, etc.

Le Cantou de Rueil-Malmaison (France)

Le Cantou était au départ une maison de retraite pour les personnes âgées démentes, et offre désormais une série de services, y compris des logements de groupe situés dans les communautés locales et les voisinages et des services d'aide à domicile à l'aidant familial afin d'offrir une prise en charge ininterrompue. Ce service se caractérise notamment par la participation active des membres de la famille aux décisions concernant les soins. Il a pour but de favoriser la qualité de la vie, la dignité et des soins appropriés, et de préserver l'autonomie et l'indépendance des clients en respectant leurs compétences individuelles, dans la perspective de la vie en communauté. L'*empowerment* des usagers est aussi intégré aux dispositions visant à réaliser une amélioration des conditions de vie et de la qualité de la vie. Les procédures de contrôle de la qualité ont été développées pour tenir compte de l'indépendance et de l'*empowerment* des usagers.

L'*empowerment* et le choix des usagers sont des caractéristiques importantes des nouvelles formes de mise en œuvre des services dans les États membres. Celles-ci couvrent les assurances soins, les systèmes de paiement direct et le soutien financier des aidants. En France, par exemple, on a institué une prestation dépendance destinée à rémunérer les aidants ou les bénévoles qui aident les personnes âgées à accomplir les actes de la vie quotidienne; au Luxembourg, la nécessité de fournir une aide longue durée aux personnes âgées a conduit à la création d'un nouveau système d'assurance dépendance. Un aspect important de l'assurance qualité et de l'amélioration de la qualité consiste à donner la possibilité aux clients de se plaindre ou de faire des suggestions. En Autriche, le projet *Salzburger Hilfswerk* a mis en place son propre système de gestion des réclamations. Chaque client a la possibilité de porter plainte par écrit ou verbalement auprès d'un responsable désigné spécialement qui examine la réclamation et rend des comptes au client. Les exemples suivants illustrent l'importance attachée à l'indépendance, à l'implication et à l'*empowerment* des usagers.

Les jeunes chômeurs de longue durée

Bien que, ces dernières années, le chômage des jeunes ait diminué dans l'UE, il reste à un taux inacceptable dans plusieurs pays, et atteint des taux proportionnellement plus élevés pour les jeunes femmes que pour les jeunes hommes, en particulier dans les pays d'Europe méridionale. Le tableau 5 illustre les taux de chômage et le pourcentage de jeunes poursuivant des études dans l'UE. Le chômage de longue durée des jeunes, qui est en baisse, atteignait 11,2 % en 1998, bien que, en Grèce, en Espagne et en Italie, il dépasse 20 %. En Grèce et en Italie, plus de 70 % des jeunes chômeurs étaient restés sans emploi pendant six mois ou plus, contre 20 % au Danemark (Commission européenne, 2000i). On compte que 22 % des jeunes quittent le système d'éducation sans qualifications, ce qui les rend plus vulnérables au travail précaire et à l'exclusion sociale. L'Espagne, l'Italie et le Portugal possèdent le nombre le plus élevé de jeunes peu qualifiés, ce qui reflète le nombre inférieur de jeunes poursuivant des études ou une formation, à l'inverse du Danemark et de l'Allemagne (Commission européenne, 2000i). D'autre part, l'augmentation de la proportion de jeunes poursuivant actuellement des études ou une formation masque le déclin important de l'emploi des jeunes, d'une participation de 55 % en 1990 à 45 % en 1998 (Commission européenne, 2000e).

Bien qu'elles soient aussi hétérogènes que les cohortes d'autres tranches d'âge, les nouvelles générations de jeunes subissent un passage à l'âge adulte différent et plus complexe. Ils sont soumis à des pressions bien plus fortes et doivent exercer des choix bien plus difficiles que les générations précédentes, ce qui représente des difficultés et des problèmes uniques pour les services publics sociaux. Il existe désormais des réponses plus coordonnées, intensives, stratégiques et ciblées aux problèmes associés au chômage de longue durée des jeunes, en particulier pour les plus défavorisés dont le passage à l'âge adulte a été interrompu ou a rencontré des obstacles. Dans certains pays, les réductions du chômage ont conduit à cibler les jeunes les plus défavorisés par des programmes d'insertion professionnelle plus intégrés, en particulier quand leurs problèmes et handicaps sont devenus plus visibles.



Tableau 5 — Le chômage et la formation des jeunes, 1998

(en %)

	Taux de chômage	Chômage des jeunes (en % de la main-d'œuvre des 15-24 ans)	Chômage des jeunes (hommes)	Chômage des jeunes (femmes)	Jeunes (15-19 ans) suivant des études/une formation	Jeunes (20-24 ans) suivant des études/une formation
EU-15	10,0	9,3	9,3	9,3	[n.d.]	[n.d.]
Belgique	9,5	7,4	7,2	7,6	91,2	41,4
Danemark	5,1	5,3	5,0	5,7	83,7	51,4
Allemagne	9,4	4,9	5,6	4,2	93,0	38,5
Grèce	11,6	12,9	10,0	15,8	82,3	31,9
Espagne	18,8	14,6	13,1	16,2	80,8	45,0
France	11,7	9,1	8,9	9,4	92,9	43,9
Irlande	17,8	5,7	6,2	5,0	81,2	28,5
Italie	12,2	12,9	12,7	13,1	76,7	35,8
Luxembourg	2,8	2,5	2,5	2,1	92,7	34,9
Pays-Bas	4,0	5,1	5,1	5,2	80,7	49,4
Autriche	4,7	3,8	3,2	4,6	82,8	31,7
Portugal	5,1	5,1	4,3	5,9	73,8	40,5
Finlande	11,4	11,2	11,3	11,1	90,2	50,5
Suède	8,3	7,5	8,0	7,1	76,2	30,7
Royaume-Uni	6,3	9,1	10,7	7,3	76,6	24,3

NB: n.d. = non disponible.

Source: Labour Force Survey, 1999.

Malgré le fait qu'un plus grand nombre de jeunes suivent désormais des études et une formation, certains d'entre eux continuent d'affronter des formes graves et multiples d'exclusion, un désintérêt par rapport à l'école, de mauvais résultats scolaires et un manque de formation professionnelle, qui se traduisent par le chômage de longue durée, l'alcoolisme et la toxicomanie, l'absence de logement, la délinquance, des revenus insuffisants et la pauvreté. Un grand nombre de ces jeunes sont hors de portée des services publics d'emploi et de soutien social. En Finlande, l'imposition de mesures de formation a conduit à une nouvelle marginalisation des jeunes qui se sont montrés indifférents aux formations proposées, au point que l'on estime désormais à plus de 10 000 les jeunes chômeurs irréductibles, qui restent hors d'atteinte des politiques de formation et de main-d'œuvre. La reconnaissance des problèmes multiples affrontés par les jeunes fortement défavorisés et marginalisés a conduit à établir des programmes intégrant une série de mesures destinées à les soutenir dans la transition à la vie professionnelle. En Finlande, les nouvelles formes d'exclusion affectant cette tranche d'âge sont marquées par le doublement du nombre des jeunes risquant la marginalisation et par une augmentation par cinq de ceux qui reçoivent un soutien financier de longue durée de l'État. Ces problèmes soulèvent de nouvelles questions pour les services publics sociaux, notamment en ce qui concerne les ressources et les démarches à adopter pour atteindre les jeunes les plus marginalisés.

Les jeunes ont rarement l'occasion d'exprimer leurs opinions et celles-ci se traduisent rarement par des politiques ou services correspondant à leurs besoins. Il existe toutefois un nombre

croissant d'organisations qui défendent leurs intérêts et de parlements de la jeunesse et autres forums des jeunes citoyens. La ratification de la convention de l'ONU sur les droits de l'enfant a entraîné la création de nouvelles structures pour la consultation des jeunes, dont des débats avec les organismes locaux et des forums de la jeunesse liés à l'administration locale. Au Royaume-Uni, l'initiative «Real deal» qui avait pour but d'identifier les besoins des jeunes en difficulté a révélé la nécessité de définir pour eux des ensembles personnalisés de mesures de soutien, de former des professionnels capables d'une écoute efficace et d'améliorer les conseils et le soutien.

Exemples de bonnes pratiques

Développement de nouveaux modèles de services destinés à insérer les jeunes dans la vie professionnelle et la société (pour les apprentissages ou les examens d'entrée aux collèges techniques)

Mission locale d'Ixelles pour l'emploi et la formation (Belgique)

Cette association sans but lucratif a été établie par la commune pour apporter une aide aux demandeurs d'emploi. Des activités de coordination intégrées au projet sont mises en œuvre dans les buts suivants: identification de nouveaux besoins, de nouveaux publics, de possibilités de création d'emplois, de demandes d'emploi; création de partenariats pour le lancement de nouveaux services ou de nouveaux projets; création d'outils d'information à destination des services sociaux locaux; échange d'expériences et de méthodologies; élaboration de conventions. Elles ont conduit à élaborer des programmes couvrant la formation en alternance, le soutien et la guidance pour la recherche d'emplois ainsi qu'une formation et des emplois offerts à la suite de la création d'une entreprise. Des changements récents de la législation font qu'un nombre croissant des usagers viennent au centre sous la contrainte, ce qui a conduit à des problèmes en ce qui concerne la confiance, particulièrement dans le cas des guidances.

Centre de préparation au travail de Peristeri (Grèce)

Ce programme de préparation au travail destiné aux jeunes défavorisés est géré par une commune d'Athènes. Financé par le FSE, il fait partie d'une série de quatre services semblables créés par une autorité locale en Grèce. Il concerne les jeunes chômeurs qui ont abandonné leurs études secondaires ou qui ont peu de qualifications ou de compétences. Le centre offre des conseils personnalisés, un service d'orientation, une formation professionnelle et une aide à la recherche d'emplois; un soutien à l'emploi; des informations et des conseils pour la création de petites entreprises; la participation à des activités artistiques et de loisir. Des liens solides ont été établis avec les organismes extérieurs, et les rapports avec les jeunes de la localité sont bons, par comparaison avec ceux qu'ils ont avec les organismes gouvernementaux.

Projet Emforma (Espagne)

Ce projet a été mis sur pied par l'association du secrétariat général aux bohémiens, une ONG qui mène une action auprès des bohémiens. Le projet est destiné aux jeunes bohémiens sans emploi, qui reçoivent une formation leur permettant de devenir des médiateurs sociaux et d'établir ainsi une passerelle entre les bohémiens et le reste de la société.

Le bureau de conseil Amandas Matz (Autriche)

Ce bureau a été établi par des employés de la municipalité et reçoit un financement des centres de la jeunesse de la ville de Vienne. Il offre une assistance sociopsychologique, des sessions de groupe et des sessions individuelles, des conseils d'orientation professionnelle, une formation et une aide à la recherche d'emplois aux jeunes filles et jeunes femmes qui sont chômeuses ou sur le point de le devenir. Il met en œuvre des stratégies de lutte contre les discriminations. Les services offerts changent constamment, selon les besoins des clients. L'un des services offerts depuis peu consiste en des sessions de groupe destinées à préparer les jeunes chômeuses à des tests d'aptitude.



Des inquiétudes concernant la participation des jeunes à la démocratie ont conduit à établir plusieurs initiatives de promotion de la citoyenneté et de la participation, parmi lesquelles on peut citer les élections de la jeunesse organisées en Finlande, qui leur permettent d'exprimer leur opinion sur la politique nationale.

La nécessité de développer des services spécialement à l'intention des jeunes les plus défavorisés, capables de surmonter leur défiance des services de l'État, a stimulé la création de modèles innovants, illustrés dans les exemples présentés ci-dessus.

Dans tous les pays, le passage à des mesures d'insertion professionnelle plus actives reflète les coûts croissants de la dépendance et de nouveaux liens entre la protection sociale et le travail. Les politiques d'activation des jeunes chômeurs ont dans certains cas entraîné une limitation des prestations monétaires, visant à les encourager à suivre une formation ou à prendre un emploi. Bien que cette contrainte suscite certaines inquiétudes, ces stratégies ont donné des résultats positifs au Danemark, en Finlande et au Royaume-Uni quant au nombre de jeunes bénéficiant d'un soutien, d'une formation ou d'un emploi. Ces mesures couvrent par exemple un resserrement des critères d'attribution des prestations et des sanctions pour ceux qui se refusent à prendre un emploi ou à suivre une formation (Danemark, Allemagne, Finlande, Suède et Royaume-Uni) et une limitation de la durée des prestations ainsi qu'une réduction des incitations à ne pas travailler (Danemark, Espagne, Irlande, Pays-Bas et Suède). Les mesures d'activation ont également été liées à des stratégies salariales et fiscales, par exemple le remplacement de l'allocation chômage par des subventions salariales (France) et la réduction des taux marginaux d'imposition élevés (Danemark, France, Irlande, Pays-Bas, Suède et Royaume-Uni).

Des solutions innovantes aux problèmes multiples qu'affrontent les jeunes chômeurs de longue durée sont apparues ces dernières années, dont un grand nombre concernent les jeunes les plus défavorisés et prennent la forme de parcours individualisés d'insertion dans le travail et la société. Ces changements ont produit une série d'actions visant à promouvoir l'inclusion des jeunes. Les exemples suivants illustrent comment la coordination et l'intégration des prestations ont permis de satisfaire à des besoins divers en matière de travail, d'éducation et de formation, de conseils, de soutien social, de logement et de revenus.

La stratégie européenne pour l'emploi a défini de nouvelles démarches concernant le chômage de longue durée des jeunes et dans certains pays, a été l'un des principaux instruments qui ont servi à orienter la politique d'emploi nationale vers des démarches plus actives et innovantes destinées à résoudre les problèmes multiples qu'affrontent les jeunes les plus exclus. Des efforts nouveaux ont également porté sur la décentralisation aux régions et aux provinces, qui ont entraîné la réorientation et la restructuration des services publics d'emploi (Commission européenne, 1999d). On observe des structures locales et régionales de mise en œuvre des mécanismes nationaux au Danemark, en Autriche, en Finlande et au Royaume-Uni alors que, en Espagne et en Italie, ce sont des structures locales et régionales plus autonomes qui sont chargées d'élaborer les services aux jeunes chômeurs. La préparation de plans d'action et de parcours

individualisés ainsi que des conseils personnalisés établissant l'éventail de services disponibles pour les jeunes nécessitent une mise en œuvre localisée. Dans certain cas, cette décentralisation a conduit à la création de nouveaux emplois pour répondre aux besoins nouveaux en matière de services des catégories vulnérables et augmenter la participation des jeunes à la mise en œuvre des services publics.

Exemples de bonnes pratiques

Résolution des problèmes des jeunes les plus défavorisés par des démarches coordonnées

Atelier Dynamo Kakkonen (Finlande)

Géré par une municipalité, ce projet s'attache à résoudre les problèmes associés, chez les jeunes, à l'abandon de la scolarité, à la toxicomanie et à la délinquance en offrant du travail en atelier protégé, des conseils, des activités de réadaptation par le travail et un emploi à ceux d'entre eux qui ont du mal à trouver un emploi. Les services proposés couvrent l'éducation, une orientation et des activités en atelier, la réadaptation par la préparation à l'emploi, la formation sur le tas, les stages en entreprise et l'emploi assisté, des activités de service (y compris transport et déménagement, magasin, rénovation, gravure, encadrement, nutrition) et des activités de travail productif (blanchissage, laine et textile). La collaboration avec les parents, la police et les écoles, etc., est bonne. Des pratiques pluridisciplinaires de travail en équipe et des indicateurs qualité ont été mis en place.

Projet KrAmi (Suède)

Ce programme intégré innovant s'adresse aux jeunes chômeurs exclus impliqués dans la délinquance, la toxicomanie et les comportements antisociaux et couvre l'emploi, l'initiation aux obligations de la vie courante et l'insertion professionnelle. Sa démarche repose sur la nécessité d'éliminer la récidive en insérant les jeunes dans la vie sociale et économique, ce qui est accompli en veillant à ce qu'ils trouvent un logement et à ce qu'ils aient accès à une formation et à un emploi durable, avec un soutien des services sociaux et des services de santé. L'originalité de ce projet fait qu'il a servi de modèle pour la coopération et l'intégration des services entre la municipalité et le gouvernement central (les services sociaux, le contrôle judiciaire et les services de l'emploi). En conséquence, le programme KrAmi représente un exemple de la manière dont des «praticiens» ont poussé l'idée de coopération au-delà d'une simple concertation. La place accordée au développement et à la formation du personnel ainsi qu'à l'évaluation régulière du travail a été cruciale pour faire en sorte que le projet soit adapté aux besoins du groupe-client. Un autre aspect important du projet est qu'il dispose désormais d'un financement de base permanent et qu'il a servi de modèles à d'autres projets dans tout le pays.

Les partenariats créés dans le cadre des efforts pour réduire le chômage ont joué un rôle important dans l'établissement des priorités et l'identification des besoins. Cette démarche a été adoptée avec succès dans les partenariats locaux en Irlande et en Italie dans les accords d'action concertée des années 90 (telles que le pacte pour l'emploi de septembre 1996), au sein desquels les partenaires sociaux et les communautés locales ont participé activement à la planification et à la mise en œuvre des mesures de lutte contre le chômage. La participation des partenaires sociaux, des syndicats et des entreprises aux organismes de réglementation du marché du travail et de la formation aux niveaux central et local aide les usagers à jouer un rôle plus actif.

Des mesures actives ont été introduites dans tous les États membres, et, dans la majorité des cas, celles-ci ont donné lieu à des programmes individualisés, y compris des initiatives destinées aux jeunes qui ont quitté l'école avant terme et des initiatives de création d'emplois. Ainsi, au



Danemark, l'initiative «Job line» favorise une coopération pour ce qui est des politiques sociales et de l'emploi; en France, une bonne coordination des services a été établie au moyen de missions locales pour les jeunes; en Irlande, une coordination a été réalisée entre l'agence nationale de la formation (*FÁS*) et le ministère des affaires sociales, locales et familiales; en Allemagne, un document de stratégie recommande une coordination entre les agences pour l'emploi et les prestataires. Des mesures spécifiques ciblant les jeunes marginalisés sont décrites dans les exemples suivants, dont un bon nombre a été inspiré par la stratégie européenne pour l'emploi.

- En France, des dispositifs destinés aux jeunes les plus défavorisés, intégrant l'emploi et la formation, ont été introduits dans le cadre du programme Trace. Le programme national «Emplois-jeunes» s'appuie sur les initiatives nationales de développement de services nouveaux dans le secteur non marchand et a pour but d'apporter une aide aux catégories vulnérables telles que les personnes âgées et handicapées et de créer 350 000 emplois nouveaux en trois ans. Les jeunes exclus de 18 à 30 ans reçoivent un salaire et un emploi assuré, un accès à l'éducation, à la culture, au sport et au logement, et un grand nombre d'emplois a été créé dans les secteurs sans but lucratif.
- Au Luxembourg, les jeunes ont un entretien au bout de trois mois de chômage et des mesures de soutien sont mises en place. Au nord du Luxembourg, par exemple, un projet de *service aux citoyens* a été établi, qui offre aux jeunes chômeurs une expérience initiale des services aux citoyens, ainsi que des stages de formation individualisés. Ce projet a été lancé en octobre 1998 par l'association sans but lucratif, *Forum pour l'emploi*, établie par la confédération luxembourgeoise des syndicats chrétiens.
- En Finlande, des mesures innovantes ont été introduites pour l'insertion professionnelle des jeunes marginalisés par des activités d'atelier qui mettent l'accent sur le parcours éducatif et la stratégie d'emploi et donnent aux jeunes la possibilité de réfléchir à leur vie et d'évaluer leur potentiel. Cette démarche flexible, axée sur les projets, donne aux jeunes la possibilité de faire un premier pas vers une formation, un stage dans un emploi subventionné ou un emploi. Ces expériences ont débuté en 1983 et se déroulent désormais dans tout le pays.
- Au Royaume-Uni, la «*New deal for young unemployed people*» («Nouvelle donne pour les jeunes chômeurs») est un programme national innovant de grande envergure, destiné à répondre aux besoins des jeunes chômeurs. Ceux-ci ont l'option d'une formation professionnelle ou un placement, facilités par un conseiller personnel. Depuis le début du programme, en 1997, la moitié des 250 000 jeunes de 18 à 24 ans bénéficiaires d'une allocation chômage ont désormais trouvé une formation ou un emploi. Toutefois, on estime que 494 000 autres jeunes marginalisés, qui ne sont pas inscrits au chômage, ne reçoivent aucun service. L'un des aspects innovants du programme concerne la mise en place d'initiatives de création d'emplois dans des petites organisations de proximité (par le biais de l'option du secteur bénévole et la task-force environnementale) au moyen de programmes du *marché du travail intermédiaire* qui permettent de mettre en place des services qui n'auraient pas autrement été créés, dont les projets ciblent les jeunes les plus défavorisés et exclus.

Un nombre croissant de pays prennent des mesures pour lutter contre l'échec scolaire et d'autres difficultés affectant la jeunesse, d'autant plus que la majeure partie des programmes de formation professionnelle sont mal adaptés aux jeunes qui ont des difficultés scolaires. Ces mesures sont particulièrement bien développées en Irlande, aux Pays-Bas, au Portugal et en

Finlande et prennent la forme de programmes plus ciblés et individualisés, qui mettent l'accent sur des facteurs économiques, culturels, sociaux et éducatifs. Les stratégies ont porté sur les jeunes les plus défavorisés, sujets au chômage de longue durée, à la pauvreté, au manque d'indépendance et de respect de soi, à la délinquance et à la toxicomanie, et reflètent le rôle que les services intégrés commencent à jouer dans ce domaine (OCDE, 1998). Au Portugal, les municipalités locales ont élaboré des projets éducatifs ciblés dans des zones particulièrement défavorisées, pour les jeunes devenus hostiles à l'école. Ces projets s'adressent aux enfants d'immigrés et de gens du voyage et à ceux qui vivent dans des quartiers et zones rurales défavorisés. Le *programme interministériel pour la promotion du succès scolaire*, lancé en 1987, vise à intégrer les politiques de lutte contre l'échec scolaire et l'exclusion des ministères (OCDE, 1998). Le *Projecto Vida* établit des programmes de collaboration dans les domaines de la santé, de l'emploi et de la sécurité sociale pour le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme, et met des subventions à la disposition d'associations caritatives. Aux Pays-Bas, une *politique d'éducation prioritaire* compréhensive introduite en 1986 favorise l'élaboration de plans locaux d'action en collaboration pour lutter contre l'échec scolaire. Bien que l'évaluation du projet ait indiqué que peu de mesures de collaboration aient été intégrées aux pratiques et aux services locaux, certains projets, qui ciblaient les jeunes les plus défavorisés et leurs parents, par exemple les enfants d'immigrés récents, ont eu des résultats positifs (Cullen, 1997). En Irlande, les innovations locales mises en œuvre dans la lutte contre l'échec scolaire ont porté sur les jeunes qui abandonnent leurs études dans le contexte de stratégies antipauvreté. L'*early school leavers initiative* (action en faveur des jeunes déscolarisés) lancée en septembre 1998 a entraîné la mise en place de plusieurs projets pilotes dans des quartiers et des zones rurales défavorisés, visant à élaborer des modèles de bonnes pratiques et des solutions plus intégrées et originales au problème de l'échec scolaire et à influencer la politique nationale en matière d'éducation depuis le préscolaire jusqu'au départ avant la fin de la scolarité (Combat Poverty Agency, 1998, p. 4).

Toutefois, l'augmentation du chômage a entraîné une plus grande précarité de l'emploi pour les jeunes Européens. C'est le cas dans des pays aussi divers que la Grèce, l'Espagne, le Portugal et la Finlande. En Finlande, cette hausse a conduit un grand nombre de jeunes à prendre des emplois temporaires ou à temps partiel (seulement un sur six d'entre eux trouvant des emplois à plein temps et permanents); au Portugal, c'est la qualité des emplois offerts aux jeunes qui suscite des inquiétudes.

Les adultes souffrant de maladies et de handicaps mentaux

Les politiques concernant les handicapés (qui couvrent les maladies et les handicaps mentaux), visant à promouvoir l'égalité des chances, la formation et l'accès à l'emploi, ont été élaborées en réponse, d'une part, au développement des droits civiques des handicapés dans toute l'Europe et, d'autre part, à l'importance stratégique attachée à l'insertion professionnelle des personnes handicapées ainsi qu'à la réduction de la dépendance envers les aides sociales. Ces politiques ont couvert la création de commissions nationales concernant les handicapés, y compris des commissions séparées pour les adultes souffrant de handicaps mentaux et de maladies mentales, dans plusieurs pays. Le Danemark, la France, l'Irlande, les Pays-Bas, l'Autriche, la Finlande, la

Suède et le Royaume-Uni ont rendu illégale toute discrimination envers les handicapés au travail. Toutefois, les définitions données au handicap varient dans toute l'Europe, et il n'existe pas de données comparables adéquates concernant le nombre d'adultes souffrant de ces handicaps et leurs besoins en matière de services.

Ces changements ont leur origine dans de nouvelles notions d'*empowerment* des usagers, dans une nouvelle éthique des soins reposant sur ces notions et sur des principes de vie indépendante, qui soulignent l'assistance personnelle plutôt que les soins. Ils ont eu pour effet de remettre en question les attitudes paralysantes des professionnels et les services déresponsabilisant en plaçant la problématique de la dépendance dans le contexte de relations sociales qui excluent et dépersonnalisent les handicapés (Shakespeare, 2000; Morris, 1993).

Ce sont des services destinés à ces catégories de handicapés dont la qualité était la plus faible dans toute l'UE, en particulier en ce qui concerne la coordination entre les différentes organisations et administrations s'occupant de la santé et du soutien social. La nécessité de réformer et d'améliorer les services a été rendue plus urgente par divers problèmes: des inquiétudes concernant la qualité inférieure des soins en établissement en Grèce, en Irlande, aux Pays-Bas et au Portugal; des révélations concernant des politiques d'eugénisme en Suède; l'abandon des usagers en Grèce et en Italie et le soutien limité accordé aux familles, ainsi qu'une perspective croissante des usagers. Dans plusieurs pays, les efforts d'amélioration de la qualité des services rendus aux handicapés mentaux ont conduit à des réformes. En Irlande, notamment, un nouveau cadre de partenariat a été établi, qui regroupe les commissions de santé, le ministère de la santé et les organismes du secteur bénévole. Ceux-ci collaborent au développement de droits à des services de qualité coordonnés, d'un cadre de planification commun et de l'introduction de lignes directrices sur la qualité, qui soulignent entre autres le principe d'équité et l'obligation de rendre compte. L'un des éléments particulièrement innovants concerne l'introduction d'un système national d'identification des besoins de cette catégorie, qui s'est concrétisé par la création d'une *intellectual disability database* (base de données sur les handicaps mentaux). L'importance croissante attachée aux démarches centrées sur les usagers et à l'*empowerment* des usagers est illustrée dans les exemples suivants:

Exemples de bonnes pratiques

Démarches axées sur les usagers/*empowerment* des usagers: adultes souffrant de handicaps mentaux

Projet «Alpha Nova» (Autriche)

Le projet «Alpha Nova» a été lancé en 1992 dans le but de permettre à des enfants et à des jeunes souffrant de handicaps mentaux, auparavant pris en charge dans un hôpital psychiatrique, de recevoir des soins extrahospitaliers. Outre l'hébergement protégé dans trois maisons et le travail dans les ateliers Alpha Nova, les services couvrent un soutien pour ceux qui désirent trouver ou retrouver un emploi. On élabore un plan de développement personnel avec chaque client et on organise une réunion annuelle, à laquelle les inquiétudes, les objectifs et les souhaits principaux du client, ainsi que les actions nécessaires pour y satisfaire, sont examinés avec lui et avec ses parents ou amis. Chaque client se voit attribuer un aidant personnel, chargé notamment d'évaluer régulièrement la mise en œuvre du plan de développement et de jouer le rôle d'interprète pour ceux des clients qui ont du mal à s'exprimer verbalement ou en sont incapables.

Projet des systèmes qualité locaux de Halikko (Finlande)

Ce projet d'élaboration de systèmes qualité est géré par l'Association finlandaise sur l'arriération mentale et plusieurs municipalités et vise à mettre au point des outils de qualité et d'autoévaluation. Les services ont été examinés d'abord du point de vue de l'utilisateur à l'aide de groupes qualité et d'autres outils, puis de celui du travail et des activités de qualité ainsi que des organisations. À Halikko, l'objectif est d'intégrer les usagers handicapés aux usagers de services ordinaires. Les services sont contrôlés au moyen de divers mécanismes de maîtrise de la qualité.

Ces exemples reflètent de nouvelles manières de mettre en œuvre les services, dont les caractéristiques sont l'établissement d'un lien entre la qualité de service et l'adaptation des services aux usagers et le remplacement de la réadaptation dans des établissements de soins isolés par une désinstitutionnalisation et une insertion dans l'emploi et la société. Cette évolution a conduit à faire passer l'accent de modèles médicaux à des modèles sociaux et à une plus grande intégration des deux domaines. En Grèce, les innovations récentes visant à coordonner les services menées dans le cadre du programme de réforme «*Psychargos*» continuent à appartenir au modèle traditionnel des services psychiatriques; par contraste, dans d'autres pays, les modèles de prise en charge remplacent déjà les soins de santé par un soutien social, des mesures d'éducation et des activités liées au travail.

Plusieurs problèmes subsistent toutefois en ce qui concerne l'intégration des services de santé et des services sociaux, car dans de nombreux pays, ceux-ci demeurent séparés par des systèmes d'administration différents. Ainsi, au Danemark, les soins médicaux des adultes souffrant de problèmes mentaux demeurent la responsabilité des autorités régionales de la santé, tandis que les services sociaux et la formation relèvent des municipalités locales. Cette dichotomie a conduit à des conflits et à une mauvaise définition des responsabilités et des limites, bien que des mesures de réforme du ministère de la santé mises en place en 1998 aient contribué à surmonter ces problèmes. Ces réformes ont imposé aux autorités régionales d'élaborer, pour les services psychiatriques, des plans qui tiennent aussi compte de la nécessité de coordonner les services sociaux et les services de santé primaires. De nouveaux efforts pour surmonter ces problèmes ont conduit en 1995 à la rédaction d'un rapport d'évaluation sur les soins donnés aux malades mentaux, à la suite duquel des forums de dialogue ont été établis dans tous les comtés dans le but d'améliorer à la fois la coordination entre les services sociaux et de santé et la participation des usagers et de leur famille au développement de services de soins et de la qualité des services. Des ressources et des initiatives complémentaires ont été mises en place en vertu d'un accord couvrant la période 1997-1999, dont on considère que dans l'ensemble, il a permis d'améliorer considérablement les services.

Au Royaume-Uni, la politique de désinstitutionnalisation ne s'est pas accompagnée d'un transfert de ressources suffisant, des services de santé institutionnels aux services sociaux extrahospitaliers, pour permettre de réaliser une coordination et de favoriser l'autonomie des usagers et leur indépendance. Cette désinstitutionnalisation des services a commencé à la fin des années 50 et s'est poursuivie dans les années 70 et 90. Les services destinés aux malades mentaux ont souffert de problèmes multiples, d'un manque de coordination et d'un financement relativement insuffisant. Ces difficultés se traduisent en particulier par une mauvaise

coordination entre les services de prise en charge en établissement et les services extrahospitaliers destinés à cette catégorie, malgré des progrès accomplis par la mise en place d'équipes interdisciplinaires de soins psychiatriques extrahospitaliers (*community mental health teams*), chargées de fournir des services de type médical, qui demeurent séparées, sur le plan organisationnel, des services offrant un soutien social. Par contraste, dans les pays d'Europe méridionale, peu de ressources sont disponibles pour les services apportant un soutien social et professionnel aux adultes souffrant de maladies et handicaps mentaux, qui dépendent d'une aide de bénévoles et de leur famille.

Dans certains pays, les problèmes causés par les démarcations institutionnelles entre les services de santé et de soutien social constituent un obstacle majeur au développement de services pleinement intégrés. Quand une coordination et une intégration sont mises en œuvre, pour tenter de surmonter certaines de ces démarcations institutionnelles, c'est souvent au cas par cas, par exemple par l'établissement de pratiques de travail pluridisciplinaires ou de nouveaux services. Néanmoins, l'évolution vers un modèle social des soins, associant des démarches sociales et médicales, est illustrée dans les exemples de bonnes pratiques suivants, qui ont donné naissance à de nouveaux modèles.

Comme les politiques concernant la prise en charge des personnes âgées, celles qui sont appliquées aux adultes éprouvant des difficultés d'apprentissage et aux adultes atteints de maladies mentale s'inspirent de principes d'indépendance, d'autonomie et de normalisation. Ainsi, en Allemagne, le principe de normalisation souligne la nécessité pour les adultes souffrant d'une maladie mentale de vivre indépendamment et de rester maître de leur vie. En Belgique, des démarches extrahospitalières innovantes, qui placent la maladie mentale dans un contexte social, ont été mises en œuvre au moyen de stratégies d'*empowerment* localisées. Ces dernières années, en Italie, malgré la nature disparate des services, on a observé une évolution vers une intégration de masse dans l'enseignement obligatoire, des expériences innovantes de formation professionnelle et de placement dans l'emploi pour les personnes jusqu'à présent considérées comme inaptes à l'emploi, un recours plus grand aux formules non ghettoïsantes et à des formes différentes de formation ainsi que des initiatives innovantes publiques et privées (à but lucratif et sans but lucratif) dans le domaine des foyers-logements. Les services sont progressivement devenus plus intégrés et sont de plus en plus mis en œuvre par des organisations actives dans la vie civile.

Exemples de bonnes pratiques

Nouveaux modèles de pratique: adultes atteints de maladies mentales

Service de santé mentale «Le Méridien» (Belgique)

Cette association sans but lucratif, fondée en 1989, a depuis été agréée comme service de santé mentale pour le soutien psychiatrique de la commune multiculturelle de Saint-Josse, à Bruxelles. Ce modèle est destiné à renforcer l'ensemble du soutien médico-psycho-social du patient. Il adopte une démarche pluridisciplinaire fondée sur la notion d'un réseau créé par le partenariat et par une bonne collaboration avec les services et les organisations de proximité, aux niveaux médical, social, éducatif et associatif.

Impact (Royaume-Uni)

S'inspirant du modèle américain d'*Assertive Outreach*, mais doté de plusieurs caractéristiques uniques, ce projet met en œuvre une démarche radicale de travail en équipe pluridisciplinaire pour le suivi des personnes auxquelles les services existants n'étaient pas adaptés. L'équipe se compose de professionnels des domaines des soins de santé, du travail social, de la psychiatrie, etc., qui travaillent dans leur propre discipline et qui offrent un éventail complet d'interventions et sont employés par MIND, une association de défense des malades mentaux. Cela lui permet de mettre en œuvre une démarche plus intégrée et d'offrir un éventail de services à partir d'une équipe unique.

Le soutien des adultes éprouvant des difficultés d'apprentissage et des adultes atteints de maladies mentales vise de plus en plus à augmenter leur indépendance et leur possibilité d'exercer des choix. En Autriche, le livre blanc sur les personnes handicapées du gouvernement fédéral a conduit à établir des services fondés sur les principes de la prévention, de l'intégration, de la prise en compte dans toutes les politiques et de l'autodétermination. En Suède, l'adoption d'une loi sur le soutien et les services aux personnes souffrant de certains handicaps fonctionnels du 1^{er} janvier 1994 a ouvert la voie à de nouveaux services de soutien aux adultes souffrant de handicaps graves, y compris des difficultés d'apprentissage et des maladies mentales. Cette loi établit le droit à un assistant personnel, capable d'apporter un soutien quotidien, ainsi qu'à une aide pour les parents dont l'enfant souffre de difficultés d'apprentissage. Elle repose sur le principe que les parents peuvent être rémunérés pour leur prise en charge ou ont droit à un assistant personnel, qui les aide à jouer ce rôle. En outre, un certain nombre des écoles populaires supérieures suédoises ont créé des programmes éducatifs innovants de soutien aux adultes éprouvant des difficultés d'apprentissage et aux adultes atteints de maladies mentales qui favorisent l'indépendance et la confiance en soi.

L'accent désormais mis sur l'insertion professionnelle d'adultes souffrant de handicaps plus graves (y compris des maladies et handicaps mentaux) a conduit au lancement d'une série d'initiatives. Celles-ci prennent la forme de quotas et d'objectifs pour l'emploi des adultes handicapés (Espagne, France, Autriche, Portugal et Royaume-Uni), l'imposition de pénalités pour ceux qui ne respectent pas ces quotas (France et Autriche) et l'attribution de subventions à l'emploi ainsi que d'incitations financières destinées aux employeurs qui recrutent des adultes handicapés (Pays-Bas). En France, par exemple, les réformes se caractérisent par une évolution des modèles de prise en charge vers des modèles de soutien et par le développement de l'autonomie, de la capacité à prendre ses propres décisions, de la vie indépendante et de l'insertion professionnelle. On a notamment développé l'éducation des jeunes adultes handicapés en dehors de la famille, afin de faciliter leur insertion dans la société, leur autonomie et leur indépendance.

Le principe de normalisation et d'indépendance est fondé sur la priorité donnée à l'insertion des handicapés dans des emplois ordinaires. L'insertion professionnelle des malades mentaux adultes a conduit, dans la plupart des pays européens, à remplacer les ateliers protégés par des projets plus dynamiques de formation et d'emploi coordonnés et assistés, bénéficiant d'une coordination et d'un soutien. Ainsi, en Suède, le développement de programmes d'emplois assistés pour les personnes qui ont du mal à trouver un emploi a été lié à la nécessité de favoriser l'autonomie et

l'indépendance. En Autriche, les politiques d'insertion professionnelle des handicapés ont conduit à la création de programmes d'emplois assistés et de mesures d'insertion facilités par la réorganisation des bureaux sociaux fédéraux, qui permet une plus grande coordination entre les services. La nouvelle législation adoptée en Italie en 1999 a institué le droit pour les personnes handicapées de travailler, et le droit à des placements supervisés a été renforcé pour les adultes souffrant de maladies et handicaps mentaux en rendant les provinces responsables de la planification et de l'élaboration des politiques d'emploi. Cette législation donne au secteur sans but lucratif un rôle à jouer à côté des services publics de l'emploi, consistant en des activités d'orientation, de formation et de monitorat, et reconnaît que les coopératives sociales peuvent offrir des possibilités d'insertion après une éducation initiale et avant une insertion professionnelle classique. Les responsabilités des services de l'emploi, des services de protection et d'aide sociales et des services de placement sont structurées et réglementées, ce qui devrait contribuer à préparer le terrain pour la création de parcours personnalisés pour le placement des handicapés dans l'emploi. Les exemples de bonnes pratiques suivants illustrent des expériences intéressantes de l'insertion de personnes souffrant de maladies et de handicap mentaux dans la société et le travail:

Exemples de bonnes pratiques

L'insertion professionnelle et sociale

Adultes éprouvant des difficultés d'apprentissage

Centre de formation professionnelle de Capodarco de Rome (Italie)

Ce centre sert de point de référence national pour la formation professionnelle des personnes souffrant de difficultés d'apprentissage, à cause des méthodes très innovantes utilisées. Il donne une forte priorité aux catégories risquant la marginalisation et favorise l'établissement de liens solides avec le marché du travail, les usagers et leurs familles ainsi que les réseaux locaux. Les objectifs principaux du centre sont d'aider les personnes handicapées à s'insérer dans des emplois et des formations souples, adaptés à leurs besoins, y compris des stages d'insertion et de formation.

DZB-Leiden (Pays-Bas)

Le projet modèle «DZB-Leiden», créé en 1996, offre des stages et des emplois à des personnes souffrant de difficulté d'apprentissage. Il prend la forme d'une société privée, ce qui lui permet de mettre œuvre son activité selon une logique marchande et commerciale. Il a pour but de permettre à ses usagers de vivre la vie la plus normale possible par un processus d'émancipation, d'*empowerment*, d'activation sociale et d'indépendance, au moyen d'emplois assistés ou ordinaires. Il réalise une bonne coordination interne et externe et a établi des liens solides avec des groupes, des organismes et des employeurs locaux.

Malades mentaux adultes

Groupe PIA d'Aarhus (Danemark)

Le projet «Malades mentaux au travail», qui a débuté en 1989 sur l'initiative de la municipalité locale, est désormais géré comme une fondation privée. La viabilité financière de la société est garantie par un conseil d'administration, comprenant des représentants d'organisations publiques et privées locales, qui obtient des contrats préférentiels auprès d'organismes publics ou d'entreprises privées. Les activités de la société couvrent l'insertion de malades mentaux aptes à l'emploi dans des emplois stables, parfois protégés. Elles sont mises en œuvre au moyen de programmes de réadaptation en plusieurs étapes,

ciblés et individualisés, conçus et coordonnés avec les services sociaux et sociopsychiatriques de la municipalité, qui sont responsables de la situation et du traitement des employés hors du travail.

Projet KEKKU de Mäntsälä (Finlande)

Ce projet municipal vise à réadapter les malades mentaux par l'emploi et à favoriser leur indépendance en leur offrant un parcours personnalisé d'insertion professionnelle, avec formation, aide à l'insertion dans le travail, information et sensibilisation. Il existe plusieurs modèles d'emploi, selon les besoins des usagers: emplois assistés, placements dans des emplois protégés et travail sous contrat de formation. Un soutien est apporté par un éducateur.

L'accent nouveau mis sur les politiques en faveur des adultes handicapés se traduit par l'abandon des lieux de travail protégés ou de proximité, qui sont remplacés par une insertion active dans la société, la formation et le travail, en accordant une attention croissante à l'*empowerment*, à l'autodétermination, à la dignité, à la normalisation et à l'intégration. Ainsi, en Finlande, depuis la fin des années 70, la prise en charge des handicapés et malades mentaux adultes en établissement a été remplacée à la suite d'un changement de politique par des prises en charge à l'extérieur. Ce changement a conduit à l'introduction d'un plan quinquennal, établi à l'instigation du Conseil national de la protection sociale visant à développer les services de soins de proximité et à rendre les services de soins à domicile compatibles avec d'autres services. En conséquence, la loi sur la protection sociale de 1984 a donné aux municipalités le pouvoir de mettre à la disposition des adultes éprouvant des difficultés d'apprentissage les services dont bénéficient en général les autres habitants. En pratique, les soins sont dans l'ensemble dispensés par la famille et, en conséquence, l'introduction de services de soins à domicile a contribué considérablement à permettre à cette catégorie d'usagers d'être prise en charge dans leur famille. Les dispositions varient selon la municipalité en ce qui concerne l'organisation et la prestation des services, qui semblent s'améliorer sous l'effet d'une collaboration de plus en plus efficace entre les localités et les différentes administrations, et d'une meilleure diffusion des informations à leur sujet. Cette remarque s'applique tout particulièrement aux cas où des services spécialisés sont nécessaires, et une collaboration a été introduite pour l'achat de ceux-ci à des spécialistes. Dans la municipalité de Padasjoki, la prestation des services aux adultes éprouvant des difficultés d'apprentissage parmi les services municipaux généraux, et l'intégration des services aux handicapés aux autres services sociaux, sont considérés comme un progrès par les parents et le personnel. La coordination et l'intégration des services aux malades et handicapés mentaux sont devenues plus nécessaires à la lumière de ces principes. Les exemples suivants donnent un aperçu de la manière dont la coordination a été réalisée dans des projets locaux:

Exemples de bonnes pratiques

Coordination et intégration

Adultes éprouvant des difficultés d'apprentissage

Kate e. V. (Allemagne)

Kate e. V. est une association enregistrée indépendante, qui a été fondée en 1986 pour fournir des services intégrés aux personnes souffrant de handicaps mentaux dans des domaines comme le logement,

les loisirs, l'éducation et l'emploi, afin de faciliter leur insertion dans des emplois ordinaires et leur permettre de mener la vie la plus indépendante possible. Les services de soutien sont financés à partir de prestations obligatoires prévues par la loi fédérale sur la protection sociale (une allocation d'insertion et une allocation de subsistance) ainsi que de ressources complémentaires provenant de fondations charitables et de sommes attribuées pour des investissements. Kate offre également une prise en charge en établissement collectif et des logements partagés avec accompagnement. La coordination s'est développée progressivement à mesure que de nouveaux besoins, dans d'autres domaines que le logement, ont été déterminés. La participation des usagers est importante.

Malades mentaux adultes

Service de santé mentale des quartiers du centre de Bristol (Royaume-Uni)

La création du service reflète l'adoption d'une démarche plus intégrée du travail entre les équipes de santé et de travail social regroupées dans de nouvelles équipes génériques; celles-ci ont été mises en place par la direction à la suite des consultations limitées avec le personnel. Au premier niveau, la coordination est réalisée en veillant à ce que le personnel des services de santé et des services sociaux, dont les locaux sont dans le même bâtiment, travaille dans des secteurs communs. À part cela, un service intégré est offert aux clients au moyen de mécanismes de planification, bien que des différences subsistent entre la planification des soins sociaux et des services psychiatriques. Un certain degré de coordination et d'intégration est réalisé au moyen de la gestion au niveau de la localité, du travail interdisciplinaire et de l'intégration des systèmes et des procédures.

Malgré les exemples de bonnes pratiques cités dans ce rapport, les services restent très divers dans les États membres de l'UE. Ils sont relativement bien développés dans les pays du nord, où existent des droits universels. En revanche, ils demeurent rudimentaires pour les groupes cibles en Grèce, en Espagne et au Portugal, et à un degré moindre en Irlande et en Italie, où l'on a recours aux systèmes de soins familiaux. Néanmoins, ces exemples indiquent que des services plus coordonnés se développent au moyen du travail en équipe multidisciplinaire, de méthodes de coordination interne et externe en évolution et d'une meilleure compréhension des besoins des usagers en matière de services. Même dans les pays dont les financements et les services sont insuffisants, on parle des besoins des adultes souffrant de handicaps mentaux graves et de la nécessité d'intégrer la santé, la protection sociale, la psychologie, l'éducation et d'autres services afin de maximiser les possibilités d'indépendance. Les familles qui expriment clairement ce besoin d'un large éventail de services sont incontestablement favorables à cette démarche. Cette expression plus vigoureuse des besoins des usagers exerce une influence sur les nouveaux programmes d'investissement visant à améliorer les soins extrahospitaliers, les soins en établissement et les soins de groupe des adultes souffrant de handicaps mentaux. De plus en plus, les innovations ont eu tendance à inclure les adultes souffrant de maladies ou handicaps mentaux dans les stratégies en matière de handicap, bien que des organisations séparées représentent les différents intérêts de ces catégories dans ce contexte plus large de handicap (Commission européenne, 1998b).

Les stratégies d'*empowerment* des usagers ont augmenté en importance et ont conduit à des campagnes de sensibilisation et d'information visant à mettre en lumière les problèmes affrontés

par les adultes souffrant de maladies ou handicaps mentaux. Bien que les personnes handicapées réussissent de mieux en mieux à faire entendre leur point de vue, comme l'indiquent les réseaux de plus en plus efficaces d'organisations nationales et européennes d'usagers handicapés, les adultes souffrant de handicaps mentaux sont représentés par un plus petit nombre d'organisations. Un grand nombre d'entre elles rassemblent les familles et les aidants, qui ont fait une contribution importante à la mise en lumière des besoins en matière de soins ou d'intégration de cette catégorie.

Pour finir, il serait utile de réfléchir à certains des principes établis en Finlande pour l'organisation des services aux handicapés mentaux. Ceux-ci couvrent la reconnaissance de la capacité de ces personnes à participer à égalité à la communauté et à la société, à la normalité et à l'insertion, à l'intégration des services et à leur orientation sur les clients, à la prise en compte de la vie dans son ensemble, à la qualité de la vie et au droit à l'autodétermination. Ce sont ces principes qui doivent guider le développement futur des services publics sociaux dans l'ensemble de l'UE.



Chapitre 4

La qualité des services

Introduction

Nous examinons dans ce chapitre les progrès accomplis pour améliorer la qualité des services rendus aux usagers. Nous commençons par quelques définitions de la qualité, puis nous passons à l'évaluation d'initiatives d'amélioration de la qualité introduites dans les services publics sociaux et de leur impact sur la qualité des services aux usagers. Nous étudions une série de procédures informelles et formelles utilisées pour améliorer la qualité des services dans le cadre des démarches suivantes:

- l'innovation et la mise à l'essai;
- les initiatives de coordination et d'intégration;
- les démarches de partenariat;
- la participation des usagers;
- les initiatives de qualité de service.

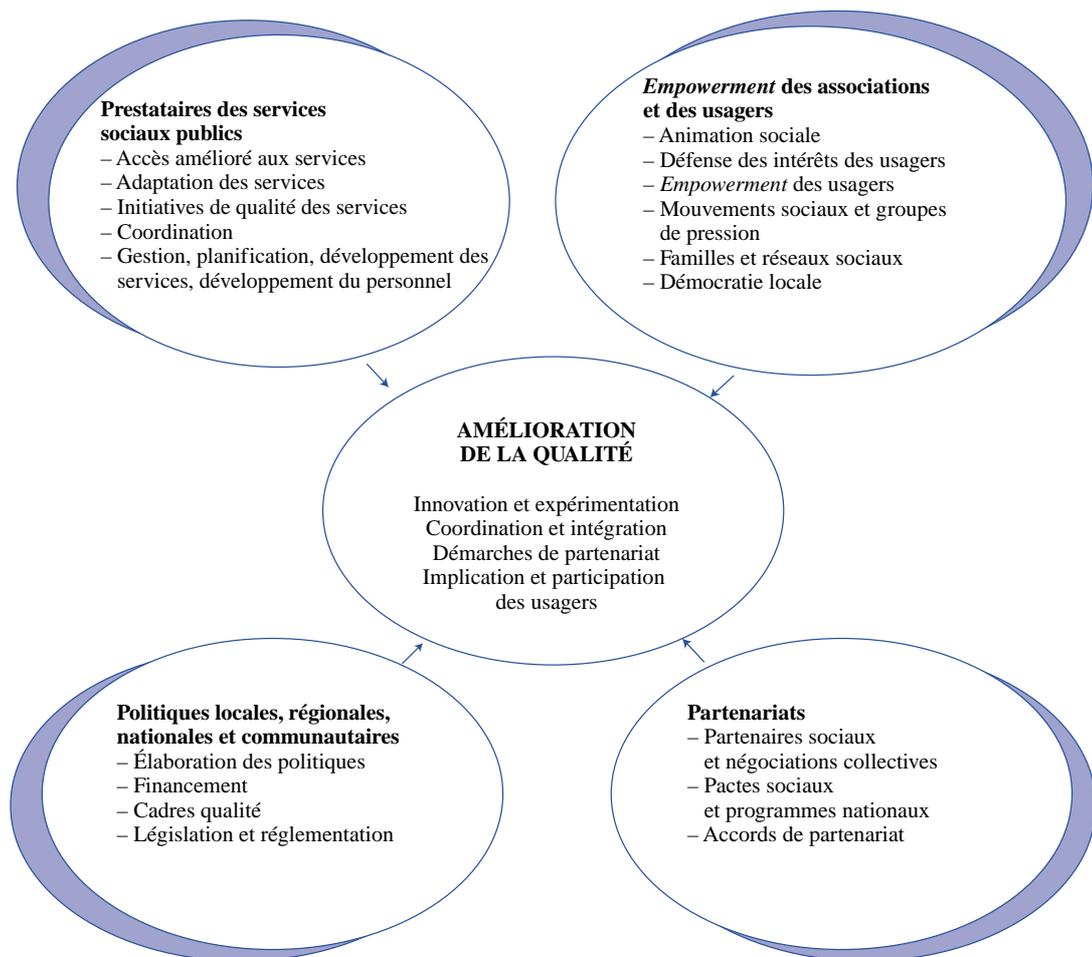
Les exemples de démarches locales d'amélioration de la qualité sont tirés des bonnes pratiques et études de cas approfondies décrites dans l'étude.

Les efforts accomplis pour améliorer la qualité varient considérablement dans toute l'UE. On remarque cependant une augmentation massive de l'activité menée dans ce domaine, de simples déclarations à des mécanismes d'assurance qualité plus complexes. L'amélioration de la qualité demeure un domaine d'activité controversé dans certains pays, alors que dans d'autres les termes utilisés dans ce contexte ne sont plus que des clichés. En ce qui concerne le développement de services de qualité, une question importante consiste à se demander s'il faut établir des structures formalisées d'amélioration et d'assurance de la qualité ou si l'esprit de service public et

l'engagement à satisfaire aux besoins des usagers et de qualité peuvent se développer de manière informelle. Le processus majeur d'amélioration de la qualité mis en œuvre dans les services publics sociaux dans l'ensemble des États membres a donné naissance à des initiatives qualité qui ont permis d'identifier des besoins non satisfaits; certaines d'entre elles ont entraîné l'établissement de nouveaux services, tandis que d'autres ont servi à améliorer, à réorienter et à développer la qualité des services existants.

Les différentes démarches de développement de la qualité sont résumées au graphique 2. L'interaction des différents acteurs et des activités d'amélioration de la qualité (prestataires de services publics sociaux; politiques locales, régionales, nationales et communautaires; *empowerment* des associations et des usagers; partenariat social) peut, à des degrés différents, contribuer à définir les initiatives d'amélioration de la qualité qui sont élaborées au niveau local. Souvent, ces différents éléments se chevauchent et se complètent, dans d'autres cas, ils s'opposent sous l'effet d'intérêts divergents en compétition.

Graphique 2 — Les différents éléments de l'amélioration de la qualité





Définition de la qualité

La qualité concerne les changements réalisés à la fois au niveau du service rendu et à celui de l'organisation et de la gestion; elle est liée à l'engagement des responsables et de leurs employés en faveur d'une amélioration constante destinée à donner satisfaction au client. L'assurance qualité couvre à la fois l'amélioration de la qualité et sa mesure, tandis que la gestion de la qualité a conduit à l'introduction du «management total de la qualité», une démarche couvrant toutes les activités et tous les processus d'une organisation (cette technique est toutefois plus répandue dans le secteur privé). L'amélioration de la qualité a son origine dans la production de *biens* destinés à la consommation; l'application de la qualité aux services publics sociaux nécessite donc des outils différents, car les *services* ne sont pas nécessairement «produits» avant d'être consommés, et ne constituent pas non plus des produits standardisés qui peuvent être mis en œuvre de manière uniforme (Pollit et Bouchaert, 1995).

Les systèmes qualité et les méthodes d'évaluation de la qualité sont moins développés dans les services publics sociaux que dans les secteurs commerciaux privés de l'économie, bien que dans les premiers, les démarches commerciales qualité soient désormais plus répandues (Rajavaara, 1997; Evers e.a., 1997). Il n'existe pas de concept uniforme unique de la qualité dans les services publics sociaux, et des différences existent entre les États membres, entre les différents acteurs et parties prenantes (usagers, travailleurs, responsables, employeurs, gouvernements locaux, nationaux et régionaux) qui participent à l'amélioration de la qualité. Les variations des perceptions de la qualité sont également affectées par des divergences pour ce qui est des *attentes* et des *valeurs* concernant ce que représente la qualité pour les différentes parties prenantes (Koch-Nielsen et Treebak, 1998).

Initiatives qualité: les différentes démarches

Il existe plusieurs démarches différentes en matière de qualité, dont certaines sont applicables aux services publics sociaux et attachent une importance variable aux perspectives du producteur et de l'utilisateur. Celles-ci comprennent la qualité en tant qu'excellence, la qualité en tant que rapport au prix, la qualité perçue par l'utilisateur, la qualité en tant que réponse aux attentes de l'utilisateur et la qualité en tant que gestion. Une typologie utile élaborée par Rajavaara (1997), applicable aux services publics sociaux, est reproduite au tableau 6. Elle détermine les auteurs, les démarches et les stratégies intervenant dans la qualité, dans les services publics, et permet d'identifier les différentes origines et démarches du développement de la qualité.

Initiatives qualité résultant de réformes et de nouvelles formes de gestion du secteur public

L'un des aspects importants du changement dans la manière d'envisager la mise en œuvre des services publics sociaux concerne les efforts mis en œuvre par les pays de l'OCDE pour introduire des réformes de l'administration et de la gestion des services publics, afin d'en améliorer la qualité, la mise en œuvre et l'efficacité, de stimuler un plus grand *welfare mix*, de créer des services plus axés sur le consommateur et de réorienter le rapport aux prestataires de

services (OCDE, 1996; Boyle, 1995). Cependant, ces nouvelles réformes de gestion des services publics s'inscrivent dans un cadre politique de réduction des déficits budgétaires et d'amélioration de la rentabilité. En France, la politique de *renouveau du service public* introduite en 1989 met l'accent sur la question de la qualité et sur un glissement du principe d'égalité au principe d'équité et donne la priorité à des services de proximité fondés sur des principes de responsabilisation, de déconcentration et de simplification. Elle privilégie également une transformation des relations de travail et des systèmes de gestion, une amélioration des services rendus aux usagers et le recours à des acteurs privés pour la mise en œuvre. En Finlande, ce processus a conduit à la délégation des pouvoirs décisionnels, au contrôle des résultats financiers, à la déréglementation et au remplacement de la responsabilité légale par une responsabilité financière en mettant l'accent sur les résultats, la qualité et la rentabilité. En Suède, les améliorations apportées à la qualité de service ont été réalisées initialement sous l'effet de réformes internes de la gestion mises en œuvre par les responsables et le personnel dans différents services de l'administration. Ces démarches nouvelles de gestion des services publics accordent une importance particulière à la transparence, à la participation, à la satisfaction des besoins des usagers et à l'accessibilité, et ont conduit à des initiatives qualité de service qui ont forcé le secteur public à s'ouvrir sur l'extérieur et à devenir plus centré sur les besoins du client (OCDE, 1996; 1997). Comme l'affirme Humphreys (1999), ces efforts ont conduit à une «modernisation du service public qui le rend bien plus sensible aux pressions en conflit du monde extérieur et plus capable de s'adapter de manière efficace à l'évolution des besoins socio-économiques nationaux» (p. 23).

Tableau 6 — La typologie des initiatives qualité

<i>Initiatives qualité</i>	<i>Origines, contexte</i>	<i>Démarches, stratégies (exemples)</i>
Initiatives qualité politico-administratives	Démocratie représentative, contrôle politique de la production des services publics, droits des citoyens, équité, sécurité au regard de la loi, bureaucratie	Législation, recommandations nationales relatives à la qualité, normes de services et indicateurs qualité nationaux/municipaux, représentants des patients
Initiatives qualité venant du citoyen	Démocratie participative, société de citoyens	Inquiétude des mouvements sociaux et des groupes de pression concernant la qualité, campagnes, introduction de modèles de services différents
Initiatives qualité commerciales	Mécanismes du marché, productivité, efficacité, défense des consommateurs, choix du consommateur	MTQ, ISO 9000, prix qualité, étalonnage des performances
Initiatives qualité professionnelles	Contacts professionnels, autoréglementation, autonomie	Formation professionnelle, conditions de compétences, déontologies professionnelles, audits professionnels, revues par des pairs, autoévaluation

Source: Rajavaara, 1997, p. 86.

Les stratégies d'amélioration de la qualité sont liées à la pluralité accrue des prestations offertes par les services publics sociaux, à la compétitivité du marché et à la rentabilité, ainsi qu'à des mécanismes destinés à améliorer la qualité des services, leur acceptabilité sociale et leur légitimité (Kalisch e.a., 1998). En conséquence, la restructuration des services publics sociaux et l'évolution des *welfare mixes* sont liées de manière inextricable à l'introduction de mécanismes commerciaux et marchands et à la privatisation ainsi qu'à de nouvelles méthodes de gestion et de contrôle de la qualité appartenant aux secteurs commercial et privé (Wilson, Knapp, Hardy et Allen, 1994). Ainsi, le management total de la qualité a de manière croissante été adapté aux services publics sociaux et peut avoir des résultats positifs pour le développement de services centrés sur les clients, dans lesquels on accorde au client et au travailleur un rôle important, au moyen des concepts de l'organisation apprenante et de la participation des travailleurs au processus de qualité (Oppen, 1997). Ces nouveaux modèles sont axés sur les processus et reposent également sur des cadres d'inclusion, de participation et d'*empowerment* des usagers (Evers e.a., 1997). Ils mettent l'accent sur le développement d'une «excellence» fondée sur l'évaluation, le management total de la qualité, la consultation des clients et les enquêtes de satisfaction auprès des consommateurs et attachent une importance particulière à la gestion des ressources humaines (Pollit, 1995). Dans d'autres cas, on observe l'établissement de normes professionnelles pour les prestataires de soins de santé et de soins sociaux et des démarches fondées sur les droits des consommateurs, concrétisés par des chartes des citoyens et des normes de service. Par ailleurs, la croissance des mouvements de consommateurs et d'usagers a conduit à une augmentation des pressions pour l'amélioration de la qualité des services et à une série de «contre-discours» dans la politique de la qualité et de la consommation (Rieper et Mayne, 1998, p. 119). Ces innovations, ainsi que d'autres nouvelles méthodes de management, n'ont pas été introduites sans controverse, d'autant plus que les perspectives des agences de financement, des prestataires, des responsables, du personnel et des usagers varient parfois considérablement. Selon Oppen (1997, p. 112):

«La qualité est donc devenue un élément controversé et hautement politisé des services sociaux et de l'État-providence dans son ensemble, opposant différents acteurs (responsables politiques, cadres du secteur public, concurrents, employés, usagers des services et citoyens) dans un contexte de restrictions fiscales rigoureuses.»

Un éventail étendu d'initiatives a été élaboré par les gouvernements pour améliorer la qualité. En Belgique, en France, en Irlande, au Luxembourg, en Autriche, au Portugal, en Finlande, en Suède et au Royaume-Uni, les améliorations des services et la réforme de l'administration publique ont été réalisées au niveau national. En Irlande, l'amélioration de la qualité des services relève du processus de réforme des services publics mis en route à la fin des années 80 et développé au moyen de la *strategic management initiative* (initiative stratégique sur la gestion) de 1994 et le document de politique générale «*Delivering better government*» (amélioration de l'administration) de 1995. Au Danemark et aux Pays-Bas, ces responsabilités ont été confiées aux autorités locales et régionales. Dans certains pays, les réformes ont conduit à un certain nombre d'importantes initiatives nationales sur la qualité des services (en Belgique, au Danemark, en France, en Irlande, en Italie, au Portugal, en Finlande, en Suède et au Royaume-

Uni) fondées sur des *chartes de la qualité des services publics* et des *chartes des citoyens*, conçues pour moderniser et réformer les administrations publiques bureaucratiques et pour informer les citoyens des normes qu'ils peuvent attendre des services et de leurs droits à cet égard. Ces changements ont souvent entraîné une amélioration des consultations avec le public et l'introduction de procédures de réclamation. Des prix destinés à récompenser la qualité dans les services publics ont été introduits au Danemark, en Allemagne, en Italie, au Portugal et au Royaume-Uni, pour stimuler des innovations. On a de plus en plus recours aux objectifs et aux indicateurs de performance pour mesurer la qualité dans tous les États membres. Au Royaume-Uni, par exemple, on définit des objectifs de performance pour les services des administrations locales britanniques, accompagnés de tableaux de classement des écoles, des collèges et des hôpitaux. Un aspect important de l'amélioration de la qualité des services par le service client touche à l'exploitation des nouvelles technologies pour la mise en œuvre électronique des services, l'information et les communications entre les citoyens et l'administration publique et la coordination des services des administrations locales, régionales et nationales par la création de guichets uniques (Leitner et Nomden, 1998).

Nouveautés internationales et européennes en matière de qualité

La politique européenne en matière d'amélioration de la qualité a porté principalement sur le secteur privé et a visé à stimuler une concurrence équitable, la production de produits de qualité et la gestion de la qualité dans le but de satisfaire aux exigences des clients. La Commission européenne a favorisé une politique qualité européenne et une coopération concernant les améliorations de la qualité au moyen d'un réseau qualité européen, du prix européen de la qualité, d'outils d'évaluation, de pratiques d'étalonnage (y compris des réseaux d'étalonnage pour les organismes publics), de la semaine qualité européenne de sensibilisation et de programmes en matière de compétences. Ceux-ci sont mis en œuvre par l'intermédiaire de la plate-forme qualité européenne, qui regroupe l'organisation européenne pour la qualité et la fondation européenne pour la gestion de la qualité. Un indice européen de la satisfaction des clients a été établi récemment. Ces initiatives donnent à penser qu'il serait possible de coopérer au développement de la qualité dans les services publics sociaux.

La qualité sociale est désormais favorisée dans l'UE pour la raison qu'elle peut contribuer à des améliorations des conditions de vie et de travail. L'idée que certains aspects de la politique communautaire peuvent être soumis à un *étalonnage des performances* pour favoriser les meilleures pratiques et améliorer les normes se développe aussi. L'étalonnage des performances est devenu un outil d'une importance croissante pour la politique communautaire sur l'inclusion sociale, comme l'indiquent les conclusions du Conseil européen de Lisbonne de mars 2000.

Au niveau international, les normes qualité internationales élaborées par l'Organisation internationale de normalisation (ISO) sont de plus en plus utilisées dans les services publics. Les normes ISO 9000 ont conduit à établir des systèmes de management de la qualité et d'assurance qualité qui mettent l'accent sur la satisfaction du client et la réponse à ses besoins.

Les activités PUMA de l'OCDE, qui visent à promouvoir un nouveau management des services publics, ont encouragé les pays de l'OCDE à adopter un agenda de modernisation. Cette préoccupation reflète les changements rendus nécessaires dans le management et la mise en œuvre du secteur public par le fait que les services publics sont de plus en plus centrés sur le client. Les activités mises en œuvre couvrent le renforcement des liens gouvernement/citoyen par l'accroissement de la participation du public et l'amélioration des services et des informations fournis aux citoyens, ainsi que par la consultation et la participation de ces derniers. En outre, l'OCDE a élaboré des activités concernant les initiatives en matière de qualité de service et les contrats spécifiant des performances afin de stimuler l'amélioration de la qualité.



La qualité dans un contexte européen et international

Le recours à l'étalonnage des performances en référence à des normes internationales s'est développé et les réseaux européens commencent à élaborer des normes européennes, par exemple, le European nursing quality assurance network (réseau européen d'assurance qualité en matière de soins), le network on childcare (réseau sur l'accueil des enfants) de la Commission européenne, la Fondation européenne pour le management par la qualité et des systèmes qualité de réputation internationale tels qu'ISO 9000 et le management total de la qualité. Une innovation récente concerne la création de prix destinés à récompenser la qualité dans les services publics. On peut citer, par exemple, le prix de la ville de Stockholm pour la qualité dans les services municipaux, y compris les écoles, l'accueil des enfants, la prise en charge des personnes âgées et d'autres activités de protection sociale (Bjelfvenstarn, 1997); le prix de la qualité dans le secteur public de l'Institut danois de la gestion de la qualité (Koch-Nielsen et Treebak, 1998); le prix portugais de la qualité dans les services publics (OCDE, 1996).

Vue d'ensemble des améliorations de la qualité dans les services publics sociaux: les études de cas

Les procédures formelles d'amélioration de la qualité (qui comprennent l'évaluation et l'assurance qualité) demeurent sous-développées dans les services publics sociaux. Les études de cas sélectionnées comme exemples de bonnes pratiques signalent des initiatives locales d'amélioration de la qualité. Ces bonnes pratiques sont loin d'être généralisées: elles donnent plutôt une indication des domaines possibles d'amélioration et des mesures qui peuvent être prises pour les favoriser à l'avenir. Dans certains pays, ces objectifs entrent en contradiction avec les politiques de maîtrise des coûts qui entravent le développement de mécanismes d'assurance qualité et de services de bonne qualité. L'accent placé sur la réduction des coûts comme critère de qualité plutôt que sur la qualité de service reste lui-même un problème.

Malgré le nouvel engagement en faveur de la qualité observé dans tous les pays, on remarque des variations importantes entre les États membres. Certains d'entre eux mettent en œuvre de nouveaux cadres qualité, fondés sur des initiatives qualité de service, le management total de la qualité, les normes qualité internationales (ISO 9000), les groupes qualité et de nouvelles méthodes d'évaluation et de réflexion organisationnelle. Ce discours sur la qualité n'a pas été sans rencontrer des difficultés, surtout quand les prestataires, le personnel et les usagers se réfèrent à des notions de qualité différentes. Plusieurs études de cas signalent ces conflits d'opinion et mentionnent le recours à des notions de la qualité centrées sur l'utilisateur dans la mise en œuvre des systèmes qualité, qui permettent de concilier la perspective des professionnels et celle des usagers. Le professionnalisme a constitué un élément important des efforts en matière de qualité fondés sur le principe de services centrés sur les usagers dans les cadres qualité qui se développent.

Il n'existe pas de modèle commun des mesures d'amélioration de la qualité dans les services publics sociaux. Certaines sont mises en œuvre au niveau d'un projet particulier ou à l'instigation d'une agence de financement, tandis que d'autres apparaissent dans des cadres

Tableau 7 — Le rôle du développement de la qualité dans les études de cas

	Fondé sur un cadre national	Priorité accordée au développement de systèmes qualité	Systèmes qualité locaux ou liés à des projets	Participation des usagers dans le développement de la qualité	Participation des travailleurs dans le développement de la qualité
<i>Belgique</i>					
Vitamine W	Non	Élevée	✓	✓	✓
Service intégré d'aide et de soins psychiatriques (SIAJeF)	Non	Élevée	✓	✓	✓
<i>Danemark</i>					
Autorité locale de Slagelse — service préventif pour les personnes âgées	Non	Faible	✓	✓	✓
Service «Askovgården» pour les personnes souffrant de maladies mentales	Non	Moyenne	✓	✓	✓
<i>Allemagne</i>					
Conseils d'aide sociale et assistance psychosociale pour les personnes âgées, Mönchengladbach	Non	Élevée	✓	✗	✓
Système intégré d'aide à la jeunesse RAN-JOB-BET de Salzgitter	Non	Élevée	✓	✗	✓
<i>Grèce</i>					
Services aux personnes âgées: service d'aide ménagère de Peristeri	Non	Faible	✗	✗	✓
Société de psychiatrie sociale et d'hygiène mentale	Non	Faible	✓	✗	✓
<i>Espagne</i>					
Téléassistance domestique, Croix-Rouge espagnole	Non	Moyenne	✓	✓	✗
Aspronis — projet pour les handicapés mentaux	Non	Moyenne	✓	✓	✓
<i>France</i>					
Équinoxe et Équinoxe Plus	Non	Élevée		✓	✓
Du côté de chez soi	Non	Élevée	✓	✓	✓
<i>Italie</i>					
Services sociaux pour les personnes âgées démunies de la commune de Bologne	Non	Moyenne	✓	✓	✓
Centro Socio Educativo (SCE), Lissone, Milan	Non	Moyenne	✓	✓	✓
<i>Autriche</i>					
Convalescence à domicile: Croix-Rouge	Non	Élevée	✓	✓	✓
Association Bungis	Non	Élevée	✓	✓	✓
<i>Finlande</i>					
Unité de création d'emplois Zappa	Non	Élevée	✓	✓	✓
Services de soins à domicile de Kitee	Non	Élevée	✓	✓	✓
<i>Royaume-Uni</i>					
New deal pour les jeunes de Bristol et du sud du Gloucestershire	Oui	Moyenne	✓	✓	✓
Bristol care and repair	Non	Élevée	✓	✓	✓

qualité nationaux, susceptibles d'une interprétation, d'une adaptation et d'une mise en œuvre au niveau local. Les études de cas laissent supposer que les améliorations de la qualité résultent largement de changements internes apportés par les services eux-mêmes. Quand des cadres qualité ont été élaborés par les autorités de financement, il arrive souvent que ceux-ci soient axés sur les résultats et que la définition d'indicateurs et de critères plus détaillés et pertinents concernant la qualité ait été effectuée en interne au sein de projets ou services individuels.

Le tableau 7 indique que, dans les cas étudiés, les cadres qualité ont plutôt tendance à être établis au niveau local. Le cadre qualité du «*New deal for young people*» est une initiative nationale du service de l'emploi, mise en œuvre au niveau local. Si une certaine flexibilité locale est permise dans la définition des normes de qualité, il n'est pas étonnant qu'un cadre national qualité ait été établi dans ce cas. Les normes qualité tendent toutefois à être axées sur les résultats. L'étude de cas de la région de Bristol indique que des formes internes d'amélioration de la qualité ont été établies pour mettre en œuvre ces normes dans le contexte local. Une priorité de plus en plus élevée est accordée à la qualité dans les études de cas de Belgique, d'Allemagne, de France, d'Italie, d'Autriche et du Royaume-Uni, tandis que, en Grèce, on observe un engagement moins vigoureux en faveur de la qualité. Les études de cas font toutes état de l'importance croissante accordée à la qualité dans la mise en œuvre des services et dans tous les cas étudiés, sauf un, une forme quelconque d'amélioration de la qualité a été introduite. Il faut noter à cet égard l'importance attachée à la participation des usagers ainsi que des travailleurs au développement de la qualité.

Il existe un nombre étendu de démarches d'assurance qualité: certains systèmes attachent une importance uniquement à la qualité des services rendus aux usagers, tandis que d'autres assimilent la qualité des services rendus aux usagers à de bonnes conditions de travail. La qualité des conditions de travail sera abordée dans plus de détails au prochain chapitre. La diversité des démarches en matière de qualité est illustrée dans le résumé figurant ci-après pour ce qui est des nouveautés en matière de qualité mises en œuvre dans une sélection de pays:

Les formes d'initiatives qualité mises en œuvre dans les services publics

Belgique

Divers systèmes de contrôle qualité ont été introduits. Dans l'étude de cas «*Vitamine W*», la démarche qualité est informelle et flexible, et plusieurs critères ont été mis en place. Ceux-ci peuvent cependant avoir pour effet de détourner le service de ces objectifs. Des systèmes de suivi informatique uniformisés ont été créés, et l'instructeur personnel joue un rôle clé dans le suivi régulier des progrès du demandeur d'emploi, et des efforts plus grands sont actuellement mis en place pour le suivi à plus long terme des usagers. Dans le cas du *SIAJeF*, une démarche qualité plus radicale reposant sur le concept d'*empowerment* des usagers a été adoptée. Celle-ci forme le contexte de la qualité des activités, des structures décisionnelles internes et du caractère multidimensionnel de l'évaluation. Une triple stratégie a été mise en place pour la production des services conjointement avec les usagers.

Danemark

Des efforts sont en cours au niveau national pour établir des normes qualité explicites, uniformes et mesurables, et les municipalités doivent désormais établir des normes qualité, bien que des inquiétudes

aient été exprimées concernant la difficulté de définir des objectifs qualité spécifiques pour des catégories aux besoins multiformes, qui affrontent des risques multiples. En l'an 2000, un rapport sur la mise en œuvre de normes qualité pour la prise en charge des personnes âgées a inauguré l'élaboration de normes qualité. Un aspect important de cette action concerne le fait que les conditions de travail et les congés de maladie seront également pris en considération dans l'évaluation de la mise en œuvre des normes. Un projet pilote national, fondé sur une démarche ascendante et participative a été établi, et les exemples de bonnes pratiques indiquent que la participation du personnel à la définition de normes qualité internes donne de bons résultats. Dans l'étude de cas du service «Askovgården» pour les malades mentaux, le développement de la qualité a été associé avec les valeurs définies pour l'organisation. Ces valeurs sous-tendent la démarche en matière d'assurance qualité et couvrent les droits des usagers, les relations entre le personnel et les usagers, les valeurs collectives ainsi que la coopération interne et externe.

Allemagne

L'assurance qualité est étroitement liée à des services centrés sur les clients et a été rendue obligatoire par la législation récente en matière de protection sociale. Elle constitue une condition des accords de service conclus en vertu de la loi fédérale sur la protection sociale et en vertu de l'assurance soins obligatoire, s'appliquant à la prise en charge des personnes âgées et handicapées. Cette démarche a conduit à la création de cercles de soins et de dossiers de soins et à des progrès vers une certification ISO. Des exemples plus spécifiques des mesures d'assurance qualité sont recensés dans les études de cas allemandes: stratégies d'assurance et de mesure de la qualité; enquêtes sur les usagers; management total de la qualité et cercles de qualité; plans de soins, enregistrement des besoins; systèmes d'évaluation. Il reste à établir un cadre juridique plus systématique et coordonné sur la qualité, assorti de normes et de règles précises.

Espagne

L'absence d'une définition normalisée et opérationnelle de la qualité fait qu'il existe peu d'instruments pour son évaluation. Ceux qui existent ont été mis en place par des prestataires de services particuliers. On considère que l'absence de normes qualité résulte du manque de concurrence entre les services. Néanmoins, des pressions sont désormais exercées sur les autorités publiques pour qu'elles introduisent des normes qualité à la lumière de la croissance du nombre de prestataires de services privés, en particulier pour empêcher que la concurrence n'entraîne une détérioration des normes de services et/ou des conditions de travail. Une priorité élevée est accordée au développement de la qualité dans les études de cas du *service de téléassistance domestique de la Croix-Rouge* et du *groupe Aspronis*. Ce dernier met en œuvre une philosophie et une culture de l'amélioration de la qualité axée sur l'*empowerment* des usagers, sous-tendue par la mission de l'association depuis sa création en tant qu'initiative sociale locale. Les autorités publiques jouent désormais un rôle plus important dans la définition de normes qualité concernant les dotations en personnel, la participation des usagers et les conditions de travail.

France

Des initiatives qualité ont été lancées à la suite d'une circulaire du gouvernement de 1995 qui soulignait la nécessité de placer la qualité au centre de toutes les activités. À la suite de cela, de nouvelles initiatives sur la qualité des services ont été lancées et le Conseil national de l'évaluation, qui est responsable de coordonner une procédure interministérielle pour l'évaluation des politiques publiques, a établi des mécanismes d'évaluation. Les chartes qualité ont également joué un rôle important dans cette élaboration d'un cadre national en matière de qualité. Malgré ces progrès, c'est la quantité qui continue à occuper une place centrale dans l'évaluation des résultats par le gouvernement. Les systèmes formels internes d'assurance qualité sont rares au niveau des services ou des projets eux-mêmes, bien que des systèmes d'évaluation informelle aient été élaborés avec un certain succès.

Italie

La création d'un groupe de la qualité sociale au sein du ministère de la solidarité sociale et la réforme de 1999 sur la législation de la santé publique devraient conduire à la création de mesures de qualité. Les

mécanismes de contrôle de la qualité restent relativement sous-développés. Des enquêtes de satisfaction des usagers sont fréquemment utilisées, mais en l'absence d'un choix tendent à donner des résultats trop positifs et n'évaluent pas la qualité d'ensemble du service. Afin d'introduire une assurance qualité plus systématique, certaines municipalités ont élaboré des plans qualité. Ainsi, le *plan qualité totale de la commune de Bologne* prévoit la création de groupes de travail qui définiront des indicateurs et des normes couvrant différents services, dans le contexte d'un partenariat étendu.

Pays-Bas

Les Pays-Bas ont établi un agenda du contrôle de la qualité et de son amélioration depuis le milieu des années 80. Des accords nationaux quinquennaux ont été élaborés concernant les systèmes de contrôle de la qualité, auxquels participent les prestataires de services, les associations de défense des usagers, les compagnies d'assurances et les organismes gouvernementaux. Dans le secteur de la santé, cette démarche a mené à la création de mécanismes d'amélioration de la qualité et à la nomination de responsables qualité chargés de mettre en œuvre le management total de la qualité. Des outils d'amélioration de la qualité ont été mis au point par l'Association néerlandaise de la qualité dans les soins de santé (NKVZ), créée en 1995 pour promouvoir l'échange des bonnes pratiques et l'innovation dans le domaine de la qualité. Les normes de qualité représentent désormais un élément important de la mise en œuvre des services, car depuis longtemps ce pays a recours à des prestataires privés et publics et met en œuvre un *welfare mix*. Deux lois cadres définissent les principales exigences qualité s'appliquant aux organisations de soins à domicile: la loi sur la qualité des établissements de soins (qui oblige ces établissements à adopter certaines normes de qualité centrées sur les clients) et la loi de 1993 sur les professions du domaine médical (qui établit certaines normes de qualité concernant l'enregistrement des professionnels). En ce qui concerne la première loi, les soins doivent correspondre aux besoins des usagers, et des rapports annuels décrivant leur participation au développement de la politique qualité doivent être publiés. Dans le domaine des soins aux personnes souffrant de graves handicaps mentaux, en particulier celles qui vivent en établissement, la question de la qualité a fait l'objet d'efforts vigoureux. Ces dernières années, ceux-ci ont conduit à l'élaboration, par les responsables et le personnel, de mécanismes destinés à garantir et à améliorer la qualité des soins. Les principaux objectifs des soins et des services, qui sont définis dans la législation et dans des documents de politique générale, sont de permettre aux handicapés mentaux de participer à la société, de prendre leurs propres décisions concernant leurs conditions de vie et leur avenir personnel, d'établir des relations avec d'autres, d'être traités avec dignité et respect et de recevoir un soutien et une formation leur permettant d'exploiter leurs capacités. En pratique, ce cadre demeure plutôt abstrait et difficile à mettre en œuvre.

Autriche

Une priorité politique importante est accordée à la qualité des services publics sociaux, et on observe une augmentation des instruments d'assurance qualité utilisés par certains prestataires de services. Les organismes de financement commencent à établir des critères de qualité et un nombre croissant de clients jouent un rôle clé dans la définition de la qualité. Les prestataires, les organismes de financement et les clients se réunissent rarement pour examiner la qualité et opèrent souvent dans des systèmes en conflit. Dans un exemple, l'*association Bungis* s'est efforcée d'élaborer un langage qualité commun en organisant des réunions avec les agences de financement. Les conditions externes en matière de qualité définies par celles-ci représentent des conditions minimales, et certains prestataires, reflétant la forte priorité accordée à l'assurance qualité et à l'évaluation de la qualité internes, ont mis en place des mesures complémentaires. L'étude de cas sur la *Croix-Rouge de Vienne* illustre la mise en œuvre réussie d'un système de gestion de la qualité basé sur la certification ISO 9000, dans le contexte des soins à domicile.

Finlande

Les nouveaux systèmes d'assurance qualité sont étroitement liés à l'efficacité et à la transparence des services du point de vue des décideurs, des résidents, des clients et des employés. La création de services publics de qualité est un objectif national. Il n'existe pas cependant de critères et de procédures d'évaluation de la qualité communs. Des indicateurs de la qualité des services ont été élaborés pour améliorer celle-ci à l'aide de divers outils d'information comparables au moyen de bases de données

accessibles et d'Internet. Des chartes locales volontaires du citoyen ont été introduites pour rendre publics les critères de qualité, et les droits des clients aux soins médicaux et à la protection sociale sont définis par la loi. Bien que des objectifs généraux aient été établis concernant la prise en compte du client, la confidentialité et le droit à des soins adéquats, aucuns critères ou indicateurs particuliers n'ont été mis en place pour leur mise en œuvre. On trouve des références à la nécessité de centrer les services sur les clients, de respecter la qualité à tous les niveaux organisationnels, de gérer les processus, de recueillir des informations et d'introduire des critères dans une recommandation et des lignes directrices nationales de 1999 sur l'amélioration de la gestion de la qualité.

Suède

La question de la qualité est d'une importance croissante bien qu'il n'existe pas de cadre national. Les conditions relatives à des normes qualité sont de plus en plus répandues dans les accords de service concernant les services externalisés à des organisations des secteurs sans but lucratif ou privé. On observe des bonnes pratiques de participation du personnel et des usagers au développement de normes qualité utilisables et mesurables aux niveaux locaux. La qualité occupe une place de plus en plus importante dans les stratégies nationales concernant les personnes âgées. En Suède, la Commission nationale de la santé et de la protection sociale est l'organisme principal chargé de la supervision, de la coordination de la planification, de la qualité et du suivi concernant les questions relatives aux services sociaux rendus aux personnes âgées. Au niveau local, les comités de protection sociale planifient les services locaux. Ils sont relativement autonomes et sont encouragés à consulter les usagers et leurs représentants pour l'élaboration d'initiatives sur la qualité des services.

Royaume-Uni

Une initiative qualité importante a été introduite dans les services sociaux. Cette initiative prend la forme d'évaluations conjointes des autorités locales d'Angleterre et du pays de Galles exécutées par l'inspection des services sociaux et la commission d'audit, dans le cadre desquelles celles-ci établissent des liens avec des domaines de performance du service de santé afin de promouvoir la coordination des services. Ces évaluations ont pour objectif d'évaluer et de mesurer la manière dont l'autorité locale fournit des services aux citoyens et de proposer des améliorations sur la base de l'évaluation de la performance. Elles ont eu un effet important sur l'agenda en matière de qualité dans le domaine de la protection sociale et nécessitent l'audit des services et l'exécution d'enquêtes sur les usagers. Les autorités locales sont invitées à produire un plan d'action couvrant les changements demandés par les évaluations conjointes et un suivi est mis en place. Un cadre d'évaluation des performances, consistant en un audit continu à 50 points des services des autorités locales, a été mis en place. L'initiative «Best value» du gouvernement demande, elle aussi, une démarche en partenariat et la participation des usagers et des travailleurs visant à garantir que les services externalisés soient d'une qualité optimale. Des inquiétudes ont été exprimées concernant la multitude de cadres qualité et chartes qualité au Royaume-Uni et aux problèmes de continuité et de cohérence que cela entraîne; les normes nationales ont tendance à être directives et font obstacle aux initiatives locales. L'introduction d'un système de management total de la qualité dans le service de l'emploi a eu une importance considérable pour le «*New deal for young unemployed people*» (nouvelle donne pour les jeunes chômeurs) et repose sur des enquêtes de satisfaction des clients au niveau local et sur une évaluation nationale de l'efficacité du programme. Ce système s'inspire du *business excellence model* (modèle d'excellence professionnelle), que les organisations britanniques et européennes utilisent de plus en plus pour évaluer leur performance par rapport à des pratiques optimales reconnues à l'échelon international concernant la politique, la stratégie, la gestion du personnel et les ressources.

L'amélioration de la qualité par l'innovation et l'expérimentation

Les études de cas indiquent que l'innovation et l'expérimentation jouent un rôle important dans l'amélioration de la qualité des services aux usagers. Cela demande une flexibilité suffisante pour ce qui est de l'organisation, pour permettre au personnel d'innover, ainsi que pour ce qui est



des structures de financement nationales, régionales et locales, pour permettre le financement de projets pilotes et d'essai ainsi que l'évaluation de leur capacité à être transférés. Cette plus grande capacité à innover se manifeste dans le fait que les gouvernements et les prestataires de services tiennent plus compte des usagers et que les prestataires eux-mêmes s'efforcent d'améliorer la qualité pour augmenter leurs chances d'être sélectionnés quand ils répondent à un appel d'offres. On observe de nombreuses innovations dans le secteur sans but lucratif, en particulier dans les cas où des initiatives ont été élaborées par des associations locales qui ont cherché à créer d'autres modèles de prestation des services ou à mettre à l'essai des services entièrement originaux. Les études de cas montrent qu'il est possible d'innover et d'expérimenter aussi bien en modifiant des services existants qu'en en créant de nouveaux. Ainsi, l'*unité de création d'emplois Zappa de Helsinki*, est un projet innovant financé par la ville de Helsinki en réponse aux inquiétudes suscitées par la marginalisation des jeunes chômeurs, en particulier de ceux passés au travers des mailles du filet des services existants de l'emploi et de la formation. Une enquête menée auprès de ces jeunes a permis d'établir leur désir d'avoir accès à des activités artistiques et à une salle de rencontre. À la suite cela, cinq ateliers, deux stages et une unité destinée à favoriser l'esprit d'entreprise ont été établis au sein de l'unité de création d'emplois Zappa. Ce projet reconnaît qu'il est nécessaire d'apporter à certains jeunes un soutien portant sur leurs besoins sociaux, médicaux ou psychologiques. L'accent mis par le projet sur les intérêts artistiques et créatifs particuliers de ces jeunes marginalisés leur a permis d'acquérir une confiance en eux et des compétences considérables.

L'amélioration de la qualité par la mise en œuvre en partenariat des services

Une attention croissante est désormais accordée au partenariat dans la prestation des services comme outil permettant de coordonner les services et d'en améliorer la qualité. On peut en recenser plusieurs formes: les partenariats élaborés au niveau local pour définir des accords de service ou des objectifs de planification des services; les partenariats entre les prestataires locaux pour favoriser la coordination de leurs services; les partenariats dans lesquels la société civile et les partenaires sociaux élaborent de nouvelles initiatives de service qui ont un impact sur les besoins des usagers ou les conditions de travail. Un grand nombre d'études de cas signalent l'importance croissante des partenariats pour la coopération et la coordination des services aux niveaux locaux, et dans les études de cas où ils ne sont pas mis en œuvre, tout laisse à penser qu'ils le seront par la suite. Pour de nombreux prestataires, le partenariat est devenu une nécessité. Les stratégies de partenariat ont d'abord été utilisées pour la régénération économique et sociale dans le cadre de structures de partenariat locales formées grâce à des Fonds structurels

européens, et elles servent de plus en plus de réponse stratégique à l'exclusion sociale. Les deux études de cas suivantes constituent à cet égard des exemples de bonnes pratiques:

Exemples de bonnes pratiques

Les partenariats dans la prestation des services

La commune de Bologne

Les services intégrés destinés aux personnes âgées dépendantes constituent un bon exemple d'une amélioration de la qualité résultant de la planification stratégique des services locaux dans le cadre d'un partenariat. La conclusion d'un accord de planification entre la fondation locale de la santé, la fondation hospitalière, deux organismes de bienfaisance et de protection sociale publique, les fédérations de syndicats et de retraités a conduit à l'amélioration et à la réorganisation d'un réseau de services sociaux et de santé. Ce *plan qualité totale* avait pour but de réduire la prise en charge en établissement et de favoriser la mise en place de nouveaux systèmes de soins à domicile. Il a permis d'établir des services coordonnés couvrant les soins à domicile, l'accueil dans la journée, l'hébergement en foyer-logement et en établissement, les revenus d'insertion, le soutien familial, les initiatives de solidarité de voisinage, les systèmes d'évaluation interagences et les systèmes de téléalarme dans un cadre de planification unique. L'accès à l'ensemble de ces services se fait à partir d'un guichet unique, au moyen d'une démarche de gestion individuelle des cas. Les communications entre les prestataires de services et le personnel se sont améliorées de manière spectaculaire et des services ont été développés pour satisfaire aux besoins des personnes qui nécessitent des soins 24 heures sur 24.

«New deal for young unemployed people»

Le *new deal* repose sur des *partenariats* et des *réseaux locaux* et sur des services qui reflètent les besoins et les traditions locaux par des démarches intégrées de lutte contre le chômage des jeunes. Le partenariat correspond tout particulièrement aux objectifs plus généraux du *new deal* car il permet, d'une part, d'aider les jeunes à trouver un emploi subventionné dans des entreprises privées, des organisations bénévoles et des organisations de protection de l'environnement et, d'autre part, d'élaborer de nouvelles structures pour répondre aux besoins multiformes des jeunes exclus. Ces objectifs sont reflétés dans des partenariats actifs avec des organismes et des groupes externes visant à élaborer des politiques et des processus d'égalité des chances et une démarche centrée sur le client.

L'amélioration de la qualité par l'intégration et la coordination

Il existe des modèles différents de coordination et d'intégration. Pour les services reposant sur le modèle d'un organisme/d'un service unique, les mécanismes de coordination sont les suivants: coordination interne et/ou collaboration au sein des départements nationaux ou municipaux, collaboration et coopération avec des organismes extérieurs à sa fonction, planification stratégique en partenariat de la mise en œuvre des services et activités coordonnées (parfois également colocalisation), mais dans laquelle les services continuent d'être fournis séparément. Dans certains cas, ces mécanismes ont conduit à une mise en œuvre multidisciplinaire, interdisciplinaire et interagences des services ainsi qu'au travail d'équipe, en mettant l'accent sur des systèmes partagés et des démarches globales de l'évaluation des besoins des usagers (y compris la gestion des cas). Dans un plus petit nombre de cas, les services sont pleinement intégrés: les démarcations traditionnelles entre eux ont été éliminées et de nouvelles structures organisationnelles et pratiques de travail mises en place. De plus en plus souvent, les services et l'information sont coordonnés et disponibles dans des guichets uniques et des centres d'accès aux services publics. Voir le tableau 8 pour la liste des différents mécanismes de coordination et d'intégration décrits dans les études de cas.

L'amélioration de la qualité des services par l'intégration et la coordination a constitué un aspect important des nouvelles réformes, qui ont conduit à l'élaboration de nouvelles structures de mise en œuvre. Nous avons examiné, dans le chapitre 1, certaines des initiatives mises en œuvre dans les États membres pour coordonner et intégrer les services et pour élaborer de nouvelles stratégies de coordination afin de satisfaire aux besoins multiformes des exclus de la société. Ces initiatives ont permis aux services administratifs nationaux, régionaux et locaux de coordonner leurs activités. Dans certains cas, les stratégies coordonnées de financement favorisent l'innovation et la coordination au niveau local, tandis que, dans d'autres, les régimes de financement constituent un obstacle. Au Danemark, à la suite de l'introduction, en 1975, d'un système unifié de services sociaux dans les municipalités, les autorités municipales se sont vu attribuer des responsabilités pour l'intégration des services de soins extrahospitaliers et d'aide à domicile aux personnes âgées. En France, la coordination a eu un effet positif sur la qualité des services, tout comme les systèmes internes de coordination et de communications sur la mise en œuvre des services réglementaires. En Irlande, l'*integrated services project* offre un modèle intéressant pour le développement de services locaux, réalisés par l'intégration locale de services réglementaires fournis au niveau national. L'une des caractéristiques importantes de ce projet concerne l'identification des problèmes locaux en partenariat avec la collectivité. La création de groupes de travail locaux et le recrutement de personnel dans chaque domaine pilote ont garanti une préparation suffisante qui a permis de déterminer les besoins et d'y satisfaire par de nouvelles initiatives de service intégrées. En Suède, la nécessité de lutter contre les formes multiples de handicap dont souffrent les jeunes a conduit à la création du projet *KrAmi* qui regroupe avec succès plusieurs organismes et prestataires au sein d'un modèle unique. L'importance accordée au développement et à la formation du personnel, ainsi qu'à l'évaluation régulière du travail, a été cruciale pour faire en sorte que le projet corresponde aux besoins du groupe client.

Plusieurs obstacles s'opposent à la coordination et à l'intégration intégrales des services, à savoir les cultures professionnelles établies, la tendance à protéger les démarcations entre les services, les sources et les régimes de financement différents, les complexités organisationnelles et une économie mixte plus diverse de prestations, causée par une fragmentation croissante des services. Au Luxembourg, il existait, entre le gouvernement central et les organisations privées, des conventions disparates qui réglementaient les normes de services ainsi que la qualité et le niveau des services sociaux qu'elles rendaient et qui étaient assorties de mesures variées de contrôle et de supervision par l'État. En 1998, une législation a été adoptée pour formaliser et réglementer les relations entre l'État et ces organisations privées afin de mieux coordonner les services. Par contre, en Suède, le modèle de protection sociale fortement sectorisé a entravé la coopération entre les organisations responsables de la santé, de la sécurité sociale et de l'emploi et les employeurs qui élaborent de nouvelles démarches actives en matière d'emploi destinées aux chômeurs de longue durée et aux personnes en longue maladie.

Dans certains cas, c'est la réorganisation des systèmes d'allocations ou de soins qui a conduit à la coordination. En France, l'introduction d'une prestation spécifique dépendance versée aux personnes âgées a favorisé la concertation des différents acteurs de la prise en charge. Dans un grand nombre de pays, la décentralisation des services au niveau local a permis de réorienter les ressources en favorisant l'innovation, la coordination et l'intégration locales. En Espagne, les

pouvoirs et les ressources ont été progressivement transférés et délégués par le gouvernement central à des communautés autonomes et à des entreprises locales, permettant l'élaboration de projets nouveaux, de dispositions conjointes et d'accords avec des prestataires privés et bénévoles. En Grèce, la décentralisation des services vers les niveaux locaux et la contractualisation des services par l'État à des organismes sans but lucratif ont eu un effet sensible sur la qualité, en remplaçant les anciens services bureaucratiques qui entravaient l'innovation et les réformes. En Suède, la délégation récente des services de soins aux municipalités locales a conduit à l'élaboration de nouvelles stratégies d'intégration et de coordination des services. En Italie, le projet de loi sur un système intégré de mesures et de services sociaux a été élaboré au moyen d'un plan d'action concerté auquel ont participé les partenaires sociaux, les autorités locales et des organisations sans but lucratif. Ce projet de loi établit pour la première fois un cadre intégré concernant les soins sociaux et de santé par le transfert de pouvoirs aux autorités locales, des ressources spécifiques étant réservées aux personnes âgées et handicapées dépendantes.

Des obstacles subsistent à la coordination efficace des services. Ce problème est mis en lumière dans le recours croissant aux contrats pour la mise en œuvre des services en Espagne, en Italie, en Autriche et au Royaume-Uni, qui entraîne des régimes de financement à court terme défavorables à la continuité et à la coordination. Au sein des organismes gouvernementaux eux-mêmes, ces problèmes se manifestent dans les difficultés à coordonner les divers niveaux de l'administration (national, régional et local), tandis que dans le contexte d'une économie mixte de prestations, il peut être en pratique difficile de coordonner les services. Il semble cependant que, de plus en plus, on trouve des solutions imaginatives et originales à ces problèmes. Certaines municipalités élaborent ainsi des stratégies de coordination des services externalisés, tandis que les prestataires de services indépendants eux-mêmes s'efforcent en partenariat d'améliorer la coordination et la coopération. En Autriche, cette coopération des prestataires de services a été inspirée par la nécessité d'améliorer la position de négociation des associations sans but lucratif face aux donneurs d'ordres, par l'intermédiaire notamment de l'association fédérale des organisations d'employeurs du domaine de la santé et de la protection sociale.

Dans tous les États membres, la coordination des services de santé et de protection sociale pour répondre aux besoins des catégories défavorisées continue de rencontrer des problèmes. Elle peut être entravée par les conflits d'intérêt, les démarcations séparant les départements, les administrations et les organisations ainsi que les différences de culture de travail. Un certain nombre d'études de cas ont néanmoins démontré que les accords de coopération et les financements conjoints peuvent entraîner une meilleure coordination. Les descriptions suivantes illustrent le rôle que la coordination et l'intégration peuvent jouer dans l'élaboration des services aux différents groupes clients.

Les services aux personnes âgées dépendantes

Un nombre croissant de services aux personnes âgées dépendantes sont fournis à domicile sur la base d'accords et de mécanismes de coopération et de coordination établis entre les différents organismes concernés. En ce qui concerne les services d'aide à domicile, les études de cas

indiquent qu'une attention accrue a été consacrée, d'une part, aux besoins des usagers et à l'amélioration de la qualité, d'autre part, à l'intégration et à la coordination, notamment par l'élaboration de mesures d'aide intégrées et par la coordination des services. Le projet *Peristeri* représente une innovation importante dans le domaine des services grecs d'aide à domicile aux personnes âgées et intègre les services de travail social, de soins sociaux et de santé au moyen d'un réseau d'unités multidisciplinaires. L'introduction d'un nouveau service pour personnes âgées dans la *commune de Bologne* a été motivée par la nécessité de coordonner ce qui était devenu une mosaïque de plus en plus diverse de services. Le *plan qualité totale* élaboré en 1995 constitue un bon exemple d'efforts d'amélioration de la qualité mis en œuvre au moyen d'une approche en partenariat coordonnée visant à réaliser l'intégration des services pour personnes âgées dépendantes. Ce plan a été introduit à la suite de la création de *groupes d'amélioration* et de *groupes de travail* qui ont défini des indicateurs et des normes qualité dans tous les domaines de services. Il a couvert une restructuration des services et de nouveaux modèles organisationnels de mise en œuvre flexible adaptés aux besoins des usagers, des stratégies d'*empowerment* des usagers, des mécanismes destinés à favoriser la communication entre les résidents et les organismes publics, la surveillance de la qualité des services et des mesures permanentes d'amélioration, y compris des initiatives visant à motiver les employés. Il a donné lieu à une augmentation de la satisfaction des usagers, due au fait que les prestataires doivent accorder plus d'attention à leurs besoins. Le plan prévu pour 2000 poursuivra le développement des services et bénéficiera d'un apport important en ressources nouvelles pour la création d'emplois nouveaux.

Le service de prévention pour personnes âgées de l'autorité locale de *Slagelse* a mis au point un système de visites à domicile préventives pour les citoyens de plus de 80 ans qui ne bénéficient pas encore de services d'aide à domicile. Ce système a été établi en réponse à la nécessité d'apporter un soutien complémentaire aux personnes âgées dépendantes, tout en reconnaissant qu'un service préventif contribuerait à améliorer leur indépendance et donc à diminuer leur dépendance par rapport aux services municipaux. En ce qui concerne la qualité, un nouveau service complétant les services existants a été élaboré, qui doit respecter la *déclaration de service* de la municipalité selon laquelle les citoyens de plus de 75 ans qui ne sont pas dans un établissement ont un droit légal à des visites préventives à domicile. Les besoins de la personne âgée sont évalués au moyen d'un service de visites de professionnels qui sert de point de contact pour le déploiement d'un éventail de services. Les services de téléassistance «*Équinoxe*» et «*Équinoxe Plus*» pour personnes âgées et handicapées sont intégrés à une série de services à domicile combinés avec un réseau social, un service de visites par un intervenant de terrain et des communications conviviales par téléphone visant à diminuer l'isolement social. La coordination interne facilite la mise en œuvre d'un large éventail de services, et une coordination externe est réalisée avec les services sociaux. Enfin, le projet «*Bristol care and repair*» a été établi pour réaliser une mise en œuvre intégrée des services pour personnes âgées et handicapées économiquement faibles qui sont propriétaires de leur habitation, mais dont le logement est inadapté et qui ont besoin d'une aide, et a opté pour une gestion individuelle des cas fondée sur la coordination des informations, la défense des intérêts, les soins et les réparations du logement et son adaptation.

Tableau 8 — La coordination, l'intégration et le partenariat dans les études de cas

	La mise en oeuvre en partenariat des services	Organisme unique – coordination interne	Organisme unique – coordination externe	Services coordonnés	Travail en équipe multidisciplinaire	La pleine intégration des services
<i>Belgique</i>						
Vitamine W		✓	✓	✓		✓
Service intégré d'aide et de soins psychiatriques (SIAJeF)		✓			✓	
<i>Danemark</i>						
Autorité locale de Slagelse — service préventif pour les personnes âgées		✓		✓	✓	
Service «Askovgården» pour les personnes souffrant de maladies mentales		✓	✓		✓	
<i>Allemagne</i>						
Conseils d'aide sociale et assistance psychosociale pour les personnes âgées, Mönchengladbach	✓					✓
Système intégré d'aide à la jeunesse RAN-JOB-BET de Salzgitter						✓
<i>Grèce</i>						
Services aux personnes âgées: service d'aide ménagère de Peristeri	✓		✓		✓	
Société de psychiatrie sociale et d'hygiène mentale					✓	
<i>Espagne</i>						
Téléassistance domestique, Croix-Rouge espagnole	✓	✓		✓		
Aspronis — projet pour les handicapés mentaux		✓		✓		
<i>France</i>						
Équinoxe et Équinoxe Plus	✓	✓	✓	✓		
Du côté de chez soi		✓		✓		
<i>Italie</i>						
Services sociaux pour les personnes âgées démunies de la commune de Bologne	✓					✓
Centro Socio Educativo (SCE), Lissone, Milan	✓					✓
<i>Autriche</i>						
Convalescence à domicile: Croix-Rouge	✓	✓			✓	
Association Bungis	✓	✓			✓	
<i>Finlande</i>						
Unité de création d'emplois Zappa				✓	✓	✓
Services de soins à domicile de Kitee						✓
<i>Royaume-Uni</i>						
New deal pour les jeunes de Bristol et du sud du Gloucestershire	✓					
Bristol care and repair				✓	✓	

Ces nouvelles initiatives résultent souvent d'efforts d'amélioration de la qualité dans le cadre desquels des indicateurs, des objectifs et des normes de service sont parfois définis. Les cas suivants illustrent l'éventail d'initiatives qualité qui ont été lancées pour coordonner et intégrer les services pour personnes âgées dépendantes. Celles-ci comprennent l'introduction de systèmes de gestion de la qualité, de services centrés sur l'utilisateur et de lignes directrices en matière d'assurance qualité ainsi que de nouveaux services.

Exemples d'initiatives qualité

Les services coordonnés et intégrés pour personnes âgées dépendantes

Le modèle de prestation en coopération de l'assistance de la ville de Mönchengladbach (Allemagne)

La création d'un centre de services intégrés pour fournir une aide locale aux personnes âgées dépendantes a été inspirée par la nécessité d'offrir d'autres solutions que l'hébergement en établissement en améliorant et en développant les services d'aide à domicile. Ce centre met actuellement à l'essai une nouvelle structure organisationnelle centrée sur le client, qui favorise les réseaux locaux, un point de rencontre et des informations. L'intégration des services a été réalisée conformément au cadre qualité établi par la loi fédérale sur les soins en Rhénanie-du-Nord - Westphalie de 1996 et dans le contexte de l'introduction de l'assurance soins. Ces dispositions stipulent le respect de la transparence dans le marché en développement des soins et prévoient des services de maintien à domicile des personnes âgées. La mise en œuvre d'un service de qualité rendait la coopération obligatoire. Ce nouveau service a fait l'objet d'une publicité étendue, et l'intégration des conseils sur le logement et sur les services de soins a permis d'offrir une série étendue de services, y compris une assistance sociopsychologique et des soins ainsi qu'un soutien aux clients et à leurs familles. De bonnes structures ont été mises en place pour relier et coordonner les services grâce à l'introduction de groupes de travail participatifs et conviviaux. L'un des groupes de travail est chargé de l'ensemble de la coordination, tandis qu'un autre s'occupe de la stratégie et de la mise en œuvre. Le groupe de travail des conférences sur les prises en charge se compose de représentants des prestataires de services de la municipalité, de représentants des conseils consultatifs des résidents et de groupes d'entraide, de représentants des fonds de soins et du service de santé, d'un représentant de l'association des médecins conventionnés ainsi que des responsables du bureau de conseil. Des lignes directrices d'assurance qualité ont été établies par la municipalité. En 1994, un département d'assurance qualité a été créé dans le département de la protection sociale des personnes âgées afin d'introduire des procédures de contrôle de la qualité dans les services fournis par des prestataires de l'extérieur. La mise en œuvre de l'assurance soins et de la loi sur les soins a conduit l'unité à devenir un groupe de travail multidisciplinaire sur l'assurance qualité.

Le service de téléassistance de la Croix-Rouge de Barcelone (Espagne)

L'introduction d'une importante nouvelle initiative visant à réaliser le maintien à domicile des personnes âgées au moyen d'un service universel de téléassistance a été motivée par la nécessité d'établir un réseau étendu et de travailler en partenariat avec d'autres prestataires, tout en coordonnant la mise en œuvre d'un large éventail d'une série étendue de services. La création d'un service de téléassistance universel destiné à permettre de satisfaire aux besoins des personnes âgées chez elles représente une expérience remarquable de mise en œuvre de services compréhensifs et coordonnés à l'aide de nouvelles technologies, en particulier dans des domaines où il n'existait pas jusqu'à présent de services universels. Le service a été mis en place au moyen d'accords avec plusieurs hôpitaux et d'une coopération avec des organisations sans but lucratif et d'autres prestataires en vue d'élargir la couverture du service à un soutien aux personnes âgées qui sortent de l'hôpital et qui ont besoin d'une réadaptation et, depuis 1997, en vue d'offrir un nouveau service préventif aux personnes âgées moins dépendantes. Ce service associe technologie et ressources humaines et représente la première expérience européenne d'utilisation de la technologie de la télémédecine, des appareils de téléassistance mobiles et des penditifs-alarmes à contact vocal. Ce service, qui fonctionne 24 heures sur 24, est coordonné au moyen

d'un standard, dont le personnel est formé spécialement, qui relie les usagers à une série de services sociaux et de santé. La Croix-Rouge offre un soutien et des contacts humains à l'aide de son réseau de bénévoles qui visitent les usagers et vérifient que tout va bien.

Service de soutien à domicile de la Croix-Rouge pour personnes âgées de Vienne (Autriche)

Ce service expérimental de convalescence à domicile a conduit à un accord de coopération et de coordination entre les prestataires de services visant à soutenir l'élaboration de services de maintien à domicile. Il a permis à la Croix-Rouge d'introduire des ensembles de mesures de soins multidisciplinaires et intégrées mis en œuvre par des services locaux décentralisés. La *Croix-Rouge de Vienne* a commencé à offrir des services d'aide à domicile au milieu des années 90 avec d'autres associations caritatives sans but lucratif, qui ont créé des services intégrés afin de satisfaire à la demande croissante en soins médicaux et en soins à domicile spécialisés pour personnes âgées, par l'intermédiaire de l'organisme-cadre «*Stratégie viennoise en matière de soins et d'assistance*». Cette demande a conduit la Croix-Rouge à élaborer des démarches innovantes, ainsi que deux projets pilotes concernant la mise en œuvre de services localisés par des équipes interdisciplinaires, qui bénéficient du soutien de la section de gestion des services de proximité régionaux de la Croix-Rouge pour l'administration, la formation et la gestion qualité (par ISO 9000) ainsi que d'autres services. L'intégration des services est réalisée pour chaque cas par un responsable qui sert de point de contact unique concernant une série de services. L'un des projets pilotes «*Soins médicaux à domicile intégraux*» a couvert la coordination de soins de type hospitalier à domicile, et le deuxième, «*Convalescence à domicile*», a offert des services coordonnés à des personnes sortant de l'hôpital, pour les aider à faire la transition entre l'hôpital et la maison.

Services d'aide à domicile de Kitee (Finlande)

La création de services à domicile pour les personnes âgées dans cette région peu peuplée de la Finlande orientale a été motivée par la nécessité d'établir de nouvelles démarches de mise en œuvre des services en utilisant les réseaux locaux et en établissant des plans de services intégrés, coordonnés avec les usagers au moyen d'une démarche de gestion individuelle des cas. La réorganisation des activités de soins en établissement et à domicile a été réalisée par la collaboration et l'intégration des services de soins à domicile et des soins en établissement au moyen d'un plan conjoint, d'un budget unique et de bureaux partagés. Ce plan a conduit à une réduction du nombre de lits dans les établissements, à une augmentation du personnel de soins extrahospitaliers et à l'établissement de nouveaux foyers-logements pour faire la transition entre les deux. Les nouveaux services introduits couvrent un service de rondes de nuit pour les personnes âgées en mauvaise santé, des services d'aide à domicile et de soutien de la famille et des expériences d'aide aux personnes âgées vivant dans des régions peu peuplées, consistant en des paiements aux voisins et aux parents pour l'aide qu'ils apportent ainsi qu'aux magasins pour la livraison des courses. Cette étude de cas est importante à cause de la manière innovante selon laquelle les améliorations de la qualité ont été réalisées, dans le cadre d'une coopération entre les services de santé et les services sociaux et d'une planification et d'une mise en œuvre conjointes. Une priorité importante est accordée aux usagers, qui reçoivent des soins individualisés et un plan de service qu'ils conservent. Celui-ci contient des informations sur les services qu'ils reçoivent, leurs médicaments et d'autres besoins, ainsi que sur les parents, les voisins et d'autres personnes pouvant être contactées.

Personnes souffrant de maladies et de handicaps mentaux

La coordination et l'intégration des services, fondées sur les principes de l'indépendance et de la normalisation, ont constitué un élément de l'amélioration de la qualité des services rendus aux personnes souffrant de maladies ou handicaps mentaux. Ces services sont différents sous certains aspects des initiatives élaborées pour les personnes âgées dans la mesure où il s'agit souvent de services expérimentaux nouveaux, qui ont contribué à analyser le handicap dans le cadre des relations sociales, en vue d'élaborer un modèle social plutôt qu'un modèle médical des soins. La coordination et l'intégration des services ont figuré parmi les changements qui ont facilité l'introduction de modèles sociaux de soins et d'insertion dans la société et dans l'emploi plus



innovants et plus centrés sur les usagers pour les personnes souffrant de handicaps mentaux ou de problèmes de santé mentaux graves. Il convient de noter que, même si des nouveaux modèles de soins et d'*empowerment* ont été lancés pour ces catégories, les systèmes qualité formalisés sont moins répandus dans ce secteur. Bon nombre des nouvelles démarches de mise en œuvre des services qui ont inspiré la coordination et l'intégration s'inscrivent dans un mouvement plus général d'*empowerment* des usagers.

Cette démarche existe dans le domaine de la santé mentale. Ainsi, le projet «*Service intégré d'aide et de soins psychiatriques (SIAJeF)*» est né de la reconnaissance du fait que, pour mettre en œuvre des soins tenant compte des aspects sociaux et de l'*empowerment* de l'utilisateur, il est nécessaire d'adopter des démarches globales et un cadre intégré de services. De même, le projet «*Société de psychiatrie sociale et d'hygiène mentale*» est passé d'un modèle médical des soins à un modèle fondé sur l'intégration sociale et l'*empowerment* de l'utilisateur. Les services de prévention, de réadaptation et de soins sont coordonnés au niveau interne. Cette réorientation de l'aide aux personnes souffrant de handicaps mentaux qui nécessitent des services de soutien et de soins a conduit l'*association Bungis* à lancer des expériences d'intégration et des nouveaux projets concernant une série de stratégies d'aide et d'*empowerment* liées à l'emploi visant à soutenir l'insertion dans l'emploi par la mise en place d'entreprises commerciales. Ce changement de direction du projet a nécessité de nouvelles méthodes coordonnées de travail et un degré plus élevé de coordination interne. La création du service non résidentiel «*Askovgården*», à Copenhague, a été motivée par la nécessité d'offrir des soins centrés sur les clients et personnalisés, fondés sur les valeurs d'*empowerment* des usagers. Ce service collabore à cet effet avec d'autres organismes externes. Le projet «*Du côté de chez soi*» offre un service de haute qualité couvrant l'hébergement et le travail en atelier protégé à ses usagers, qui sont des handicapés physiques et mentaux. Ce projet a mis en place des systèmes de coordination internes et accorde une forte importance à l'*empowerment* de l'utilisateur, à sa dignité et à une aide visant à lui permettre de rester indépendant de sa famille. Un élément clé du *centre socio-éducatif* (Lissone, Milan) concerne le développement et l'expansion de ce service de proximité non résidentiel offert aux adultes éprouvant des difficultés d'apprentissage, ainsi que la priorité donnée à la coordination des prestataires de services publics, privés et bénévoles. Dans un autre cas, le projet *Aspronis* a connu une expansion importante ces dernières années, dont l'aspect principal concerne le développement de la coordination des services et les partenariats. Il sert désormais de modèle en Catalogne, à cause de la place accordée à l'intégration des services.

Si les initiatives qualité formalisées n'occupent pas une place aussi importante dans les études de cas sur les handicapés et malades mentaux que dans les services destinés aux personnes âgées, celles qui existent sont extrêmement innovantes et révolutionnaires. Les deux exemples suivants brossent un tableau plus détaillé de la manière dont les services ont été développés autour de notions de soins centrés sur les usagers.

Exemples de qualité améliorée

Services coordonnés et intégrés pour handicapés et malades mentaux

Service intégré d'aide et de soins psychiatriques dans le milieu de vie (SIAJeF)

Ce projet de santé mentale hautement innovant offre un service coordonné et intégré aux malades mentaux. Il a été créé en réaction contre une définition trop étroite de la psychiatrie et de ses pratiques de prise en charge institutionnelle, qu'il remplace par des pratiques interdisciplinaires internes et externes. Un aspect important du projet concerne l'accent placé sur la qualité et sur l'implication de l'utilisateur et du travailleur par l'adoption d'une perspective multidimensionnelle étendue des besoins des usagers. En plaçant l'individu dans son milieu social, dans le respect du principe d'*empowerment* des usagers, l'organisation mobilise toute une série de fonctions professionnelles (éducation, psychologie, psychiatrie et travail social). En conséquence, un grand nombre des pratiques de travail couvrent ces tâches de coordination, ce qui soulève des questions importantes concernant le travail supplémentaire demandé par les méthodes de travail coordonnées et intégrées. Cette démarche a également des implications pour le financement de l'organisation, qui provient d'un éventail étendu d'organismes différents, nationaux et européens. Un aspect important de cette étude de cas concerne les efforts de l'organisation pour offrir des possibilités d'insertion professionnelle dans la localité. Toutefois, les difficultés à trouver des possibilités d'emplois structurés, stables et accessibles pour les usagers ont conduit à établir un service plus diversifié, en offrant des points d'accès multiples au marché du travail local et en établissant des ateliers socioprofessionnels et des échanges socioculturels au moyen, par exemple, du restaurant-bar le «Cheval bleu».

L'association Bungis

Cette étude de cas offre un bon exemple de coopération interne et externe dans un service en expansion pour l'insertion des handicapés mentaux dans l'emploi et dans la société. L'objectif que les besoins des clients déterminent les services offerts constitue une caractéristique prédominante de l'association, qui a été établie par des parents et des thérapeutes d'enfants handicapés et qui a été la première à introduire l'intégration des enfants handicapés dans les écoles. Elle a depuis lancé des stratégies d'intégration destinées aux adultes handicapés. Trois projets liés, dotés des systèmes efficaces de coordination interne, ont été créés. Ils offrent tout d'abord une formation et un projet d'emploi géré comme une entreprise, qui propose une série de services et permet aux usagers d'acquérir les compétences nécessaires pour l'insertion professionnelle, ensuite, des services de soutien à l'insertion et, enfin, une aide à l'insertion extrascolaire.

Les jeunes chômeurs de longue durée

L'amélioration de la coordination et de l'intégration des services aux jeunes chômeurs de longue durée a joué un rôle central dans les nouvelles initiatives qualité de service qui visent à insérer les jeunes les plus défavorisés dans l'emploi et dans la société. La reconnaissance des besoins multiformes des jeunes défavorisés a conduit à élaborer de nouvelles stratégies visant à coordonner et à intégrer une série de services capables de résoudre des problèmes multidimensionnels. En conséquence, l'amélioration de la qualité des services a été étroitement liée à la nécessité de coordonner et d'intégrer leur mise en œuvre, de cibler les ressources sur les jeunes les plus défavorisés et d'offrir des ensembles de mesures intégrées d'insertion professionnelle et d'aide au moyen d'une démarche fondée sur les parcours. Dans certains cas, cela a conduit à l'introduction de systèmes d'amélioration de la qualité formalisés, dans d'autres, ce sont des pressions internes qui ont conduit à améliorer la qualité par la coordination et l'intégration.

Dans l'un des cas (*Salzgitter*), le système intégré d'aide à la jeunesse a été établi en réponse à la nécessité de regrouper trois services obligatoires offrant un soutien différent mais

complémentaire aux jeunes chômeurs défavorisés: la formation professionnelle, les ateliers de formation de la jeunesse et les services aux jeunes sans abri. Ces services nouvellement intégrés coopèrent en outre avec d'autres services concernant la jeunesse, l'école, la main-d'œuvre, les entreprises, la famille et les conseils. Le projet innovant *Zappa* a été établi pour répondre aux besoins de jeunes marginalisés et compte parmi ses objectifs principaux la coordination interne de stages, de formations et d'activités de création d'entreprises afin de satisfaire aux besoins des jeunes dans des domaines divers (protection sociale, revenus, formation et emploi) par des mesures plus adaptées. Les initiatives qualité sont relativement bien développées dans les services concernant les jeunes chômeurs de longue durée. Les trois cas suivants décrivent dans plus de détails des services coordonnés et intégrés, dotés de systèmes qualité formels et informels, destinés aux jeunes chômeurs de longue durée. Ces cas démontrent le rôle central joué par la coordination des services dans leur qualité et dans leur capacité à satisfaire aux besoins multiformes de cette catégorie.

Initiatives qualité

Services coordonnés et intégrés pour les jeunes chômeurs de longue durée

Vitamine W — Anvers (Belgique)

Ce projet a été inspiré par la nécessité de coordonner l'éventail étendu de services offerts aux jeunes chômeurs défavorisés d'Anvers par une démarche «*bottom-up*» de la coordination et de la collaboration et par la création de centres locaux d'emploi. La coordination a constitué le facteur de motivation principal de la création de ce projet. Celui-ci a établi un nouveau modèle pour la coordination des politiques régionales et fédérales au moyen de plusieurs projets pilotes locaux. *Vitamine W* cumule dans la même organisation les fonctions de fédération de services, de coordination locale et de fournisseur de services propres, dont les bénéficiaires s'élèvent à près de 3 000 par an. Son succès peut être jugé d'après l'expansion considérable de ses services, ses projets pilotes innovants et intégrés, l'intégration de nouveaux services et la coordination sous-régionale. L'introduction de pratiques et de modèles de gestion et de développement a permis de lancer de nouveaux parcours d'insertion professionnelle liés qui répondent à des besoins multiformes. L'un des aspects innovants du projet est celui de l'emploi direct des usagers dans l'organisation elle-même et dans des projets d'économie sociale établis par *Vitamine W* pour les chômeurs difficiles à placer. Les pratiques développées sont transférables, d'autant plus que le chevauchement des fonctions des services d'emploi nationaux, régionaux et locaux peuvent donner lieu à des doubles emplois. Le succès de *Vitamine W* repose cependant sur sa capacité à coordonner toutes les activités se rapportant à l'insertion professionnelle. L'association ne sait pas si la concurrence accrue de prestataires de services d'emploi du secteur privé ne portera pas atteinte à cette capacité.

Le système intégré d'aide à la jeunesse de Salzgitter RAN-JOB-BET (Allemagne)

Les bonnes pratiques mises en œuvre pour répondre aux besoins des jeunes décrites dans cette étude de cas ont consisté à réunir l'agence régionale pour l'emploi pour l'insertion des jeunes de Basse-Saxe (RAN), des ateliers de la jeunesse pour les jeunes sans qualifications (JOB) et un centre de soutien et de conseil pour l'insertion des jeunes sans abri (BET). Cela a permis d'intégrer dans un cadre unique tous les services relatifs à l'emploi, à la formation, au développement des compétences et au logement, donnant ainsi la possibilité d'élaborer des programmes individualisés qui allient plusieurs démarches différentes de lutte contre les handicaps sociaux. Le système intégré d'aide à la jeunesse a été conçu pour les jeunes souffrant de handicaps sociaux ou personnels et a pour but de favoriser leur insertion dans la société et dans l'emploi. Un plan de soutien individuel est élaboré qui couvre une série de domaines, y compris la protection sociale, la formation aux compétences professionnelles et aux obligations de la vie courante, les stages et les activités de groupe visant à permettre aux jeunes d'organiser de manière efficace leurs loisirs. L'accent est aussi mis sur la résolution du large éventail de problèmes affrontés par les usagers, couvrant, par exemple, les dettes ou problèmes de logement, les problèmes sociaux et de comportement ainsi que le manque de confiance en soi et d'esprit d'initiative. Un soutien spécifique supplémentaire est accordé aux jeunes sans abri dans le cadre du projet BET.

«*New deal for young unemployed people*» (Royaume-Uni)

Ce projet est une mesure radicalement différente de celles mises en œuvre auparavant au Royaume-Uni dans les domaines de la création d'emplois et de l'insertion professionnelle. Fondé sur une démarche centrée sur le client menée dans le cadre d'un partenariat local, il regroupe une série de services divers, y compris aide sociale, formation, subventions à l'emploi et placement dans un emploi. Cette coordination d'un éventail de services et de partenaires représente un modèle pour le développement de services. De nouvelles démarches de la mise en œuvre des services au niveau local ont été lancées dans le cadre du projet, ainsi qu'un nouveau cadre pour le service de l'emploi national. Sa conception intégrée globale se prête à une démarche plus personnalisée, concrétisée par des *voies d'accès* aux conseils, à la formation et aux placements dans un emploi pour les jeunes, en se concentrant sur les besoins de ceux-ci et sur les obstacles à leur emploi. Il a bouleversé la culture et l'organisation en rendant le service plus accueillant et le personnel plus conscient des besoins variés des jeunes, et en accordant une attention plus grande aux besoins en compétences et à la flexibilité des pratiques de travail. En conséquence, l'intégration et le partenariat ont joué un rôle critique dans le succès du *new deal*. Un cadre national qualité a été élaboré au moyen d'un modèle de MTQ, et, dans l'étude de cas de Bristol, des instruments qualité complémentaires ont été créés dans le cadre du projet qui ont permis de développer ceux qui étaient définis dans le cadre national pour les rendre applicables et appropriés au niveau local.

Amélioration de la qualité par la coordination et l'intégration: problèmes soulevés

Ces exemples illustrent la diversité des démarches en matière de coordination et d'intégration. Il convient toutefois de noter que les bonnes pratiques reflétées par les études de cas ne sont pas nécessairement typiques de l'ensemble des services offerts. Ainsi, en Autriche, l'intégration entre les services publics sociaux reste sous-développée à cause des démarcations entre les différentes fonctions départementales, et en pratique les nouvelles initiatives se sont caractérisées par la coopération plutôt que par la coordination. À cet égard, la coopération entre les prestataires de services du secteur sans but lucratif est motivée par la nécessité d'améliorer non seulement la qualité des services, mais aussi la position de négociation du prestataire face aux acheteurs publics et aux réseaux de personnel qui se développent également dans certains domaines des services publics sociaux.

Les études de cas signalent à la fois des obstacles à la coordination et à l'intégration et des possibilités de les réaliser. Dans certains cas, l'intégration de plusieurs types de soutien aux jeunes et aux handicapés a permis de renforcer l'insertion sociale, les choix, la qualité de la vie et les possibilités d'indépendance et d'autonomie. Dans d'autres, la coordination des services par la gestion individuelle des cas a augmenté la disponibilité et l'accessibilité des services et, au bout du compte, la qualité et l'efficacité de l'ensemble du système de protection sociale. Malgré les résultats positifs mentionnés dans les études de cas allemandes, la coordination a été entravée en pratique par la forte fragmentation du système de sécurité sociale et par les possibilités limitées de création de réseaux autonomes entre les organisations. En Grèce, la coordination des services est peu développée, comme indiqué par la multitude d'organismes offrant des services semblables ou qui se chevauchent aux mêmes usagers ou groupes cibles. L'absence d'unification des services et leur grande insuffisance par rapport aux besoins rendent leur mise en œuvre encore plus difficile. Le manque de coordination et la nature disparate des services résultent de pratiques professionnelles périmées, de la centralisation des services et d'une culture de l'administration plutôt que du service, bien que cela ait commencé à changer avec la décentralisation aux autorités locales et aux autorités gouvernementales des préfectures, datant

respectivement de 1985 et de 1991. En Italie, la coordination et l'intégration des services se sont développées à la suite de la reconnaissance de la nécessité d'établir des contacts avec un large éventail d'organisations et de prestataires afin de satisfaire aux besoins de manière plus compréhensive, et elles ont donné naissance à un certain nombre d'initiatives de bonnes pratiques. L'expérience des pratiques de travail intégrées y est toutefois limitée, et, quand celles-ci existent, elles ont tendance à être mises en œuvre verticalement. En Espagne, les études de cas indiquent que l'amélioration de la coordination et de l'intégration vise en même temps à satisfaire à des exigences et à des besoins divers et à favoriser la participation des usagers. Ce double objectif a conduit à une collaboration entre les organisations et les secteurs responsables des différents services publics sociaux, à une évolution des attitudes envers la mise en œuvre des services ainsi qu'à une coordination et une collaboration plus grandes aux niveaux locaux. En pratique, l'expérience de la coordination représente l'exception plutôt que la règle et on observe une coordination insuffisante des activités entre les départements d'autorités uniques qui ont des objectifs semblables, mais dans lesquels la qualité des services est affectée par les inefficacités et la duplication des activités.

Sous de nombreux aspects, un grand nombre des initiatives de coordination demeurent encore expérimentales, et leurs résultats n'ont pas tous encore été évalués comme il convient. Les exemples de bonnes pratiques et les études de cas prouvent néanmoins que les résultats initiaux de certains projets expérimentaux de coordination des services sont positifs. Il est clair, d'après les études de cas, que l'intégration des services aux niveaux locaux a joué un rôle clé dans les améliorations de la qualité visant à rendre ceux-ci plus accessibles aux usagers.

Empowerment des usagers et participation aux efforts qualité

L'*empowerment* et la participation des usagers à l'amélioration de la qualité sont devenus un élément de plus en plus important de la qualité des services. On observe différents niveaux d'*empowerment*, de participation et d'implication des usagers qui peuvent être déterminés sur un *continuum* couvrant l'information, la consultation, le partenariat, la délégation et la maîtrise (Lunde, 1996; Humphreys, 1998). Il est possible de définir deux types particuliers d'implication des usagers. Le premier, réalisé à l'instigation des responsables, couvre la prise en compte des perspectives des usagers et de l'information en retour des usagers dans les initiatives d'amélioration de la qualité des services (au moyen d'enquêtes, par exemple). Le deuxième concerne les formes d'implication des usagers reposant sur leur participation ou sur le dialogue, dans lesquelles l'utilisateur influence directement les politiques, par l'évaluation de l'*empowerment*, par exemple. Les meilleurs exemples d'initiatives qualité sont ceux qui impliquent à la fois les usagers et les prestataires dans des améliorations sérieuses, pertinentes et pratiques de la qualité, surtout quand celles-ci intègrent les deux démarches d'implication des usagers. Ces initiatives localisées, qui s'inscrivent de plus en plus dans des cadres nationaux d'amélioration de la qualité, se rencontrent dans un nombre croissant de pays. Dans les études de cas, les valeurs partagées d'orientation sur les usagers et d'*empowerment* mises en œuvre dans le développement des services jouent un rôle central dans la participation des usagers à la conception et à la planification des services. Si la première est désormais acceptée universellement et sous-tend un nombre croissant de politiques gouvernementales et de stratégies de service locales, la deuxième s'est révélée plus difficile à mettre en œuvre en pratique.

Dans plusieurs pays, les organisations d'usagers et le personnel participent, respectivement, au développement et au suivi externes et internes de la qualité. Cette participation a joué un rôle particulièrement important dans la conciliation des intérêts des usagers et de ceux des professionnels, qui sont parfois en conflit. Les stratégies mentionnées dans les études de cas comprennent l'introduction de structures destinées à aider les professionnels à résoudre les problèmes, à évaluer leur travail et à améliorer la qualité afin d'intégrer les intérêts des clients aux normes professionnelles de mise en œuvre des services, en même temps que la prise en compte des perspectives des usagers et des travailleurs sur l'amélioration de la qualité. Ces stratégies ont pris de l'importance avec la professionnalisation des services, et des initiatives de formation et de développement ont été mises en place dans les organisations pour donner au personnel les compétences leur permettant d'adopter des démarches centrées sur le client dans leur travail quotidien. Les effets de ces changements sur la vie professionnelle seront examinés avec plus de détail au chapitre 5.

Les différentes dimensions de l'implication, de l'*empowerment* et des droits des usagers

Implication des usagers:

- influence directe des usagers (à des degrés divers dans tous les pays, mais tout particulièrement au Danemark, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni);
- *panels/forums d'usagers* dans les organismes municipaux et régionaux (au Danemark, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Suède et au Royaume-Uni);
- implication des usagers dans la prestation des services par l'intermédiaire des associations familiales, des associations caritatives et des conseils consultatifs (en Grèce, en Espagne, en France, en Italie, au Portugal, au Royaume-Uni), et pouvoirs légaux de conclure des accords de service (en Allemagne);
- implication des usagers dans l'évaluation des besoins (de plus en plus dans tous les pays, en particulier en Allemagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni);
- enquêtes d'usagers et autres mécanismes d'information en retour pour évaluer les services (au Danemark, en France, en Italie, aux Pays-Bas, en Suède, au Royaume-Uni);
- implication des usagers en tant que bénévoles (dans tous les pays, mais en particulier en Europe méridionale);
- implication des usagers par l'intermédiaire de stratégies locales de partenariat, manifeste dans les pactes de concertation locaux en Italie.

Empowerment des usagers:

- autonomie budgétaire permettant d'employer un aidant (en Allemagne, au Luxembourg, aux Pays-Bas, en Autriche, en Suède et au Royaume-Uni et, dans certaines circonstances, au Danemark et en Finlande); choix des usagers dans les options de services (en Allemagne, au Luxembourg, aux Pays-Bas, en Autriche et au Royaume-Uni et, de plus en plus, au Danemark et en Suède).

Droits des usagers:

- droits des usagers (se développent dans une certaine mesure dans tous les pays, mais en particulier au Royaume-Uni, au Danemark, en Allemagne, aux Pays-Bas, et en Suède);
- systèmes de défense des intérêts des usagers (à des degrés divers dans tous les pays, mais en particulier au Danemark, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni);
- information des usagers, centres de conseil et services de médiateur (tous les pays).

Tableau 9 — L'implication, l'empowerment et la participation des usagers dans les études de cas

	Implication directe des usagers	Perspective des usagers dans l'évaluation des besoins	Enquête auprès des usagers et information en retour	Implication des usagers en tant que bénévoles	Implication des usagers dans la qualité et l'évaluation	Implication des familles/ aidants/ défenseurs des usagers	Niveau d'ensemble d'implication usagers
<i>Belgique</i>							
Vitamine W	✓	✓	✓		✓		Élevé
Service intégré d'aide et de soins psychiatriques (SIAJeF)	✓	✓	✓	Travail rémunéré	✓		Élevé
<i>Danemark</i>							
Autorité locale de Slagelse — service préventif pour les personnes âgées	✓	✓		✓			Moyen
Service «Askovgården» pour les personnes souffrant de maladies mentales	✓	✓		✓	✓		Moyen
<i>Allemagne</i>							
Conseils d'aide sociale et assistance psychosociale pour les personnes âgées, Mönchengladbach		✓					Faible
Système intégré d'aide à la jeunesse RAN-JOB-BET de Salzgitter		✓					Faible
<i>Grèce</i>							
Services aux personnes âgées: service d'aide ménagère de Peristeri		(✓)	Informel				Faible
Société de psychiatrie sociale et d'hygiène mentale	(✓)	✓	✓	✓	Informel	✓	Faible
<i>Espagne</i>							
Téléassistance domestique, Croix-Rouge espagnole	(✓)	✓	✓	✓	✓	✓	Moyen
Aspronis — projet pour les handicapés mentaux	(✓)	✓					Moyen
<i>France</i>							
Équinoxe et Équinoxe Plus		✓	✓		✓		Élevé
Du côté de chez soi	✓	✓	✓		✓	✓	Faible
<i>Italie</i>							
Services sociaux pour les personnes âgées démunies de la commune de Bologne	(✓)	✓			✓	✓	Moyen
Centro Socio Educativo (SCE), Lissone, Milan		✓			✓	✓	Moyen
<i>Autriche</i>							
Convalescence à domicile: Croix-Rouge	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Élevé
Association Bungis	✓	✓	✓		✓	✓	Élevé
<i>Finlande</i>							
Unité de création d'emplois Zappa	✓	✓	✓		✓		Élevé
Services de soins à domicile de Kitee	(✓)	✓	✓	travail rémunéré		✓	Élevé
<i>Royaume-Uni</i>							
New deal pour les jeunes de Bristol et du sud du Gloucestershire	✓	✓	✓		✓		Moyen
Bristol care and repair	✓	✓	✓	✓	✓		Élevé

Les études de cas illustrent l'importance attachée à l'implication des usagers dans l'amélioration de la qualité des services, bien que cela ne soit pas toujours pleinement réalisé en pratique. L'implication et l'*empowerment* des usagers ont joué un rôle central pour l'assurance qualité et dans les efforts pour rendre les services accessibles par leur décentralisation au Danemark, en Autriche et en Suède. Un autre exemple de l'implication des usagers au niveau de la qualité concerne l'introduction de groupes qualité, qui s'appuient sur l'expérience des usagers concernant les améliorations de la qualité, évaluée à l'aide d'enquêtes et d'une information en retour, afin d'encourager le personnel à tenir plus compte des clients et à s'autoévaluer. Aux Pays-Bas, des groupes qualité ont été introduits dans le service d'aide à domicile offert aux personnes âgées vivant indépendamment afin d'évaluer et d'améliorer l'aide apportée par le personnel qui se compose de femmes semi-qualifiées et sans qualification employées à temps partiel. Ces groupes formés de l'usager, de l'organisation et de la travailleuse servent de cadre pour la résolution des problèmes. Le développement professionnel et la formation du personnel forment partie intégrante du projet. L'accent mis sur les techniques de résolution des problèmes permet aux aides ménagères de donner leur avis sur la manière d'améliorer le service, de résoudre les problèmes et de prendre des décisions. L'évaluation a permis de constater que les employées tirent plus de satisfaction de leur travail et se sentent moins isolés et plus en mesure d'établir de bons rapports avec leurs clients. Au Danemark, l'implication des usagers a été réalisée à travers la mise en œuvre d'un projet pilote sur la «qualité par implication des usagers».

Dans certains cas, l'implication des usagers reste embryonnaire. Ainsi, en Finlande, les usagers jouent un rôle limité dans la planification et l'administration des services, et on accorde une faible priorité à leur implication. Cela s'explique en partie par le manque de choix qui leur est offert, étant donné que la concurrence entre les services de protection sociale demeure relativement limitée en pratique. En Allemagne, l'implication des usagers s'est considérablement développée ces dernières années, bien que pas autant qu'elle le puisse. De nouvelles lois prévues pour 2001 pourraient contribuer à résoudre le problème en garantissant le statut légal des usagers recevant des soins ambulatoires. En Grèce, les services publics sociaux nouvellement créés pour les quatre groupes clients se sont montrés innovants en impliquant les usagers dès le départ. L'implication des usagers ne constitue pas seulement un avantage supplémentaire mais un outil professionnel pour la création de ces nouveaux services. En Italie, bien que plusieurs stratégies différentes aient été mises en place pour impliquer les usagers dans les services publics sociaux, celles-ci demeurent en pratique limitées à un petit nombre d'enquêtes de satisfaction.

L'empowerment des usagers et des aidants et le choix

Les bonnes pratiques en matière d'implication et d'*empowerment* des usagers décrites dans les études de cas couvrent les services établis par des associations de parents pour les handicapés ainsi que des services destinés à permettre aux malades mentaux de garder le contrôle de leur vie. En Espagne, bien que l'implication des usagers reste limitée, on en observe quelques exemples authentiques, en particulier dans le cas des personnes handicapées, pour lesquelles il s'agit d'une obligation prévue par la loi. Inversement, il semblerait qu'il y ait dans ce pays une corrélation entre la couverture des besoins et des services et le déclin de la représentation des

usagers. Celle-ci atteint son développement maximal dans les associations fondées et gérées par des parents et des familles, en particulier pour des usagers handicapés.

Un bon exemple de ce changement se manifeste dans la perception nouvelle du lien entre les soins et la prestation des services aux usagers et dans la reconnaissance croissante de la division du travail selon le sexe qui caractérise les soins informels ainsi que du rôle important joué par les aidants informels. La plus grande capacité de ceux-ci à s'exprimer, ainsi que les indications croissantes du rôle qu'ils jouent, ont conduit à des changements importants des politiques, qui prévoient désormais un soutien réglementaire croissant (y compris paiement des aidants, prise en charge temporaire à l'extérieur et aide ménagère). Ces changements ont conduit à une augmentation du financement attribué pour le soin des personnes âgées et handicapées et ont permis d'éviter les coûts associés à la prise en charge en établissement et à d'autres formes de prise en charge dans la collectivité. En Grèce, en Irlande et au Portugal, ces mesures ont été adoptées en réponse à la nécessité de soutenir et de développer l'importante infrastructure de prise en charge informelle, familiale et/ou bénévole.

Des stratégies visant à soutenir et parfois à payer les aidants informels ont été introduites pour permettre le maintien à domicile des personnes âgées et handicapées dépendantes. Ces stratégies sont étroitement liées à l'adoption de lois concernant les droits des clients et l'introduction du choix dans les services. Les exemples de paiements directs et de budgets personnels présentés ci-après ont pour but d'améliorer le choix des usagers à cet égard:

Exemples d'empowerment des usagers

Paiements directs et budgets personnels

Les paiements directs ou les budgets personnels constituent un élément de l'*empowerment* des usagers. D'une part, ils représentent un instrument permettant d'augmenter le choix et l'autonomie des usagers, comme mis en œuvre pour la première fois dans le cadre du *Independent Living Movement* (mouvement pour la vie indépendante), qui met l'accent sur l'aide personnelle plutôt que sur les soins (Shakespeare, 2000). D'autre part, ils ont été introduits pour soutenir les familles ou les aidants informels. Des systèmes de paiements directs existent désormais au Danemark, en Allemagne, en France, au Luxembourg, aux Pays-Bas, en Autriche, en Finlande, en Suède et au Royaume-Uni, et des projets pilotes ont été introduits en Belgique et en Italie (réseau social européen, 2000). Deux exemples sont donnés ci-après:

Budgets personnels aux Pays-Bas

Un système de paiements directs est appliqué aux Pays-Bas aux personnes âgées et aux handicapés mentaux dont on juge, après un examen, qu'elles ont besoin d'une aide à domicile. Ces personnes reçoivent un budget personnel (*Persoonsgebonden budget*) qui leur permet d'adapter leur prise en charge à leurs propres besoins. Depuis 1997, il est possible d'inclure les soins donnés par les conjoints et les partenaires dans le budget personnel. L'utilisateur et le professionnel interprètent parfois différemment la notion de qualité des soins et le débat sur ce sujet doit donc de plus en plus prendre compte ces valeurs et aspects personnels (Pijl, 1997). Les infirmières visiteuses, les associations d'aide à domicile et les organisations privées sont obligées par la loi à respecter certaines normes de qualité, qui ne s'appliquent pas aux particuliers employés pour apporter une aide. L'évaluation de deux expériences menées par le Conseil néerlandais des assurances pour les soins de santé et par une organisation d'aide à domicile de Rotterdam (Pijl, 1998) a permis de conclure que les aidants sont fréquemment des parents ou des voisins.

Un grand nombre des participants à l'évaluation ont affirmé accorder plus d'importance à leur capacité à choisir leur aidant ainsi qu'à la confiance, à la flexibilité et à la bonne entente qu'aux qualifications professionnelles. Dans les deux expériences, c'est le contrôle et le choix exercé par les usagers concernant leur prise en charge qui leur donnaient le sentiment d'une amélioration de la qualité, d'une plus grande continuité et d'une égalité avec leur aidant. En outre, un grand nombre des bénéficiaires de budgets ont un peu perdu le sentiment d'être un fardeau, et leurs rapports avec leur aidant se sont améliorés.

Assurance dépendance au Luxembourg

Au Luxembourg, la double politique de maintenir les personnes âgées et handicapées à domicile aussi longtemps que possible et d'élaborer des stratégies de prise en charge orientées sur les usagers a conduit à la création d'une nouvelle assurance dépendance. Le nombre croissant de personnes très âgées au Luxembourg a conduit à un changement de politique visant à diminuer la dépendance envers les services de l'État, dans le cadre d'un système de prise en charge plus coordonné. Cette politique a pour cadre le droit à un soutien social de qualité aux personnes devenues dépendantes, ainsi qu'un choix concernant la manière dont ce soutien est offert, soit directement par l'État, soit par la famille. La législation réglemente les rapports entre l'État et le large éventail d'organisations semi-publiques et privées offrant un soutien social, familial et thérapeutique, qui, jusqu'à présent, n'avaient pas été, dans l'ensemble, réglementées. Enfin, elle met en place des systèmes d'évaluation dans un cadre intégré. Le système d'assurance dépendance favorise une prise en charge intégrée, fondée sur une méthodologie de travail multi/interdisciplinaire. Par son objectif de prévenir les dépendances causées par l'âge ou le handicap, il offre la possibilité de réduire la dépendance envers l'État, de déléguer le financement et la responsabilité à la famille et aux réseaux sociaux ou à des organisations de prise en charge. Cette démarche est considérée comme un progrès important dans les efforts pour autonomiser les usagers et favoriser leur indépendance et le sentiment de leur valeur, dans le cadre d'un service de qualité. Enfin, l'accent mis sur le développement des ressources et des compétences des prestataires souligne l'importance attachée à la qualité de l'aidant.

Implication, participation et *empowerment* des usagers: études de cas

Le tableau 9 illustre les différents aspects de l'implication, de la participation et de l'*empowerment* des usagers dans les études de cas. Environ la moitié d'entre elles illustrent des formes directes d'implication des usagers; celles-ci couvrent la représentation des usagers au sein des structures décisionnelles et leur implication en tant que prestataires directs et/ou employés, et en tant qu'usagers ou coproducteurs des services. Dans un grand nombre des études de cas, des mécanismes sont en place pour tenir compte des perspectives des usagers dans l'évaluation des besoins, et on observe ainsi une augmentation importante du recours aux techniques multidisciplinaires de gestion individuelle des cas et aux prises en charge personnalisées. Les enquêtes sur les usagers et les mécanismes d'information en retour sont fréquemment utilisés, et les études de cas reflètent l'importance de cette activité dans le soutien des innovations et dans la nécessité croissante de travailler en partenariat et en coopération avec une série étendue d'organismes et de prestataires de services.

Certains cas citent l'introduction de mécanismes d'information en retour efficaces, grâce auxquels les enquêtes sur les usagers ont eu un impact direct sur les changements apportés aux services et sur la flexibilité organisationnelle mise en œuvre pour répondre aux besoins en évolution des usagers. Un certain nombre d'études de cas illustrent les systèmes souples d'organisation et de gestion qui ont été élaborés pour permettre la modification des services en

réponse aux besoins des usagers, tandis que d'autres signalent les problèmes rencontrés dans les efforts pour satisfaire pleinement aux besoins des usagers quand les ressources demeurent limitées. Ces remarques conduisent au rôle que peuvent jouer les usagers, leurs familles et leurs défenseurs dans le développement et le perfectionnement des systèmes qualité, du suivi et de l'évaluation. Dans un certain nombre d'études de cas, l'implication des usagers en tant que bénévoles a joué un rôle important dans l'expansion des services mise en œuvre pour répondre aux besoins des clients; cette démarche figure ainsi dans les deux études de cas sur les services de la Croix-Rouge d'Espagne et d'Autriche. Par contraste, plusieurs études de cas font référence aux problèmes posés par l'utilisation de bénévoles sur le plan de l'effet sur les ressources en personnel et sur la continuité des services, et, dans l'une des études de cas du Danemark, on mentionne un politique délibérée de n'employer que du personnel rémunéré visant à garantir la prestation d'un service professionnel. Néanmoins, certaines des initiatives les plus radicales à cet égard sont celles qui emploient les usagers comme personnel rémunéré, pour garantir que les services demeurent centrés sur eux.

L'implication des usagers dans la qualité des services

Les différentes démarches en matière d'implication des usagers dans la qualité des services décrites dans les études de cas sont évaluées ci-après. Elles montrent que l'implication et l'*empowerment* des usagers jouent un rôle prédominant dans l'amélioration des services. Bien que ces études de cas ne soient pas nécessairement typiques de tous les services sociaux, elles démontrent que l'implication des usagers peut être mise en œuvre dans des services existants.

Études de cas

Implication des usagers dans la qualité des services

Personnes âgées dépendantes

La *Croix-Rouge de Vienne* évalue les besoins des clients avant leur sortie d'hôpital afin de faire des préparations pour leurs services d'aide à domicile. À cet égard, ce service est centré sur le client, et les usagers ainsi que les membres de la famille participent directement à la planification du programme de prise en charge. Les enquêtes de satisfaction client font ressortir l'importance d'une prise en charge personnalisée.

Dans la municipalité de *Kitee*, une région peu peuplée, la mise en place d'un nouveau service intégré aux personnes âgées dépendantes, remplaçant la prise en charge en établissement par un réseau de services à domicile, a été précédée par une enquête sur les besoins des usagers.

Dans l'étude de cas «*Bristol care and repair*», l'implication des usagers a été réalisée au moyen de mécanismes d'information en retour, basés sur des questionnaires et des visites informelles aux clients, qui permettent de vérifier qu'ils sont satisfaits des services. Une innovation récente concerne la participation des usagers aux comités de gestion de l'organisation. L'*empowerment* des usagers a constitué un objectif central du projet, et les usagers s'en déclarent très satisfaits.

Jeunes chômeurs de longue durée

Dans l'étude de cas innovante «*Vitamine W*», les démarches d'insertion professionnelle des chômeurs centrées sur le client ont joué un rôle central dans l'implication des usagers. Celle-ci est mise en œuvre au moyen des rapports que l'instructeur établit avec l'utilisateur et par des évaluations et des informations en retour régulières, bien que des consultations collectives avec les usagers n'aient pas été mises en place.

Dans l'unité de création d'emplois *Zappa*, l'information en retour obtenue auprès de jeunes très défavorisés a permis de déterminer le type de service dont ils ont besoin pour développer leurs compétences, leur estime de soi et leur assurance avant de pouvoir prendre un emploi ou suivre une formation.

Les enquêtes de satisfaction client et une démarche centrée sur le client ont constitué une innovation importante pour l'amélioration de la qualité et l'information en retour dans l'étude de cas sur le *New deal for young people*. Les jeunes ont accueilli le programme de manière positive. Cependant, un problème subsiste concernant ceux dont la destination n'est pas connue à la sortie du programme, et il n'existe pas de système permettant de suivre ces jeunes pour savoir s'ils ont trouvé un emploi ou s'ils affrontent des problèmes tels que la toxicomanie ou des difficultés à se loger.

Personnes souffrant de handicaps/maladies mentales

Association Bungis: les différents besoins des clients ont été traduits par de nouveaux services grâce à la souplesse des réponses organisationnelles et à l'implication des clients, qui a joué un rôle central dans l'*empowerment* et les objectifs plus généraux d'insertion dans la société.

La qualité des services du *SIAJeF* aux malades mentales repose sur la triple nature de l'*empowerment*. Celui-ci informe l'ensemble de la structure du service. Tout d'abord, l'utilisateur est l'initiateur de la relation, deuxièmement, il est le producteur de santé et, troisièmement, il est producteur de service. Bien que le service soit axé sur l'utilisateur, que l'avis des usagers soit demandé et que l'organisation fasse preuve de souplesse dans sa réponse aux besoins des usagers, il n'existe pas de systèmes formels d'assurance qualité.

Dans l'étude de cas «*Du côté de chez soi*», l'expérience visant à donner plus d'autonomie aux usagers a été positive sur le plan de l'amélioration de la qualité de services rendus aux usagers, de la satisfaction professionnelle ainsi que de l'évaluation et de la réflexion, tant en ce qui concerne l'organisation qu'en ce qui concerne les individus. L'*empowerment* des usagers et leur autonomie constituent un objectif prédominant de cette association.

La participation des usagers au moyen de groupes de travail qualité a joué un rôle important dans ce processus. De même, l'étude de cas sur le *centre socio-éducatif* de Lissone illustre l'importance d'impliquer la famille des handicapés mentales dans la planification des services et de la qualité, au moyen de mécanismes destinés à favoriser leur participation, à introduire des contrôles qualité et à vérifier la satisfaction des usagers.

L'implication des usagers dans l'étude de cas du *groupe Aspronis* a diminué sous l'effet de la transformation de celui-ci en une organisation plus professionnelle et spécialisée. En fait, l'amélioration de la qualité des services a constitué un objectif primordial de l'association durant son expansion rapide. Celle-ci a été fondée par les familles d'enfants et d'adultes souffrant de handicaps mentales graves, et, bien qu'ils continuent à siéger au conseil, leur implication au jour le jour a diminué. Cette étude de cas illustre comment la professionnalisation peut s'opposer à l'implication des familles/usagers en pratique, bien que ceux-ci continuent à se montrer satisfaits du service.

Initiatives en matière de qualité des services: quelques exemples des services publics sociaux

Pour finir, nous examinons dans ce chapitre les initiatives en matière de qualité de service mises en œuvre dans les services publics sociaux en nous appuyant sur les exemples de bonnes pratiques et les études de cas présentés dans la recherche de la Fondation. Dans un grand nombre de cas, les initiatives relatives à la qualité des services ont été lancées au niveau local. Elles varient de systèmes informels et rudimentaires à d'autres plus complexes et formels. Ces variations du type des normes qualité introduites, et la coordination limitée de ces mesures par

les gouvernements, font que le développement de la qualité demeure fragmenté, malgré la présence de nombreux exemples de bonnes pratiques aux niveaux locaux. Les modèles de qualité mis au point dans le secteur privé, par exemple ISO 9000 ou MTQ, sont utilisés par un nombre croissant d'organisations, tandis que d'autres rejettent ces régimes à cause de leur coût et de leur inadaptation aux services publics sociaux. Deux tendances particulières se dessinent dans les services publics sociaux. D'une part, l'externalisation croissante des services conduit les donneurs d'ordres à mettre l'accent sur des normes qualité. D'autre part, les usagers des services jouent un rôle croissant dans la définition de la qualité. Les trois exemples suivants permettent de déterminer les différents types de systèmes qualité utilisés dans les différents groupes de clients:

Exemples de systèmes qualité

Établissement résidentiel de Ribelund (Danemark) pour les personnes souffrant de handicaps et problèmes mentaux graves

Cette étude de cas donne un bon exemple de la démarche qualité mise en œuvre dans un grand établissement résidentiel offrant des programmes de soins et de traitement aux adultes souffrant de maladies et handicaps mentaux graves. La majorité des usagers souffrent de problèmes psychiatriques graves. Une initiative qualité importante a été mise en place au milieu des années 80, dont les normes qualité affectent tous les aspects du fonctionnement de l'institution et de ses processus de travail. En élaborant des normes qualité appropriées, le personnel a pris la décision de ne pas utiliser un cadre MTQ, à cause de l'inadaptation de ce modèle au travail pratique et éducatif exécuté avec ses clients qui sont gravement défavorisés. Des définitions qualité appropriées et des plans d'action définissant la qualité ont été adoptés dans le cadre choisi pour relier les buts des services publics avec les services offerts aux usagers à quatre niveaux: l'établissement, les postes, les départements et les résidents. Les responsables et le personnel ont participé à l'élaboration des définitions et des plans d'action qualité, et il est prévu de faire participer les résidents à ce processus à l'avenir. Une importance particulière est accordée à l'autoévaluation et au suivi des responsables/employés, et des procédures d'évaluation ont été mises en place. Cette initiative offre un cadre présentant des possibilités considérables pour le développement de critères qualité et de plans d'action dans les établissements sociaux accueillant des usagers fortement handicapés.

Service de téléassistance à domicile de la Croix-Rouge de Barcelone

L'introduction d'un système interne de qualité a été étroitement liée à la nécessité d'améliorer la qualité et de développer le service face au défi potentiel représenté par le secteur commercial, à la suite de l'ouverture de ces services à la concurrence, en Espagne. Certains des indicateurs qualité ont conduit à un service plus efficace et donc moins coûteux. Ce progrès a été facilité en particulier par la nomination d'un *responsable qualité* chargé de surveiller et de vérifier la qualité du service à tous les niveaux, ainsi que par la définition de normes de performance et de productivité pour le personnel. On considère que, avec l'introduction de mesures de développement et de formation du personnel, le système qualité a contribué à l'amélioration de la qualité du service, qui traversait en outre une phase de développement, de restructuration et de croissance rapides. Les indicateurs qualité comprennent la surveillance et la vérification de l'action, des enquêtes sur la satisfaction des usagers, l'efficacité de fonctionnement, la rapidité, l'accessibilité et la couverture ainsi que la participation des usagers. Les normes qualité sont plus avancées que les simples systèmes de compte rendu stipulés par les autorités publiques qui financent le programme. L'établissement d'un système interne de qualité a favorisé la souplesse de l'organisation et son développement constant.

Association néerlandaise d'aide aux handicapés et Institut néerlandais de soins et de protection sociale

Au milieu des années 90, une initiative qualité centrée sur les usagers a été élaborée conjointement par l'Association néerlandaise de soins aux handicapés et l'Institut néerlandais de soins et de protection sociale. Il s'agit d'un instrument destiné à permettre aux personnes s'occupant des handicapés mentaux

de vérifier la qualité des soins et des services offerts, tout en veillant à ce que les critères qualité aient un sens et soient faciles à utiliser par le personnel. Les responsables du projet ont collaboré étroitement avec le personnel, dans le cadre de discussions de groupe, et avec les responsables, les clients et leurs familles. Ces consultations avaient en particulier pour objectif de déterminer le rôle que les professionnels doivent jouer et la manière dont ils mettraient en œuvre certaines des normes qualité établies. Après les discussions de groupe initiales, un questionnaire a été rédigé définissant les caractéristiques que doivent présenter des soins et des services de qualité. Ces caractéristiques ont ensuite été classées selon leur importance pour la qualité des soins dans les différentes organisations. Ce classement a formé la base des normes de qualité préliminaires qui ont été mises à l'épreuve en pratique puis transformées en normes qualité définitives. Ces dernières ont en outre été liées au développement et à la mise en œuvre des politiques et des stratégies des organisations de soins et de services. Ce modèle démontre que la mise en œuvre pratique de la qualité peut se faire au moyen d'échanges d'idées au sein d'équipes et de la discussion de point de départ, de systèmes de convictions et d'attitudes. En pratique, cet instrument s'est révélé utile dans la détermination des aspects des soins et des services qui nécessitaient une amélioration et constitue à cet égard une aide précieuse dans les efforts pour faire en sorte que les normes qualité aient un sens à la fois pour le personnel et pour les clients.

Un aspect important des diverses initiatives qualité concerne la place accordée à l'évaluation de l'organisation pour déterminer le système qualité le plus approprié. En ce qui concerne le modèle élaboré par l'Association néerlandaise de protection sociale, les efforts ont visé à faire en sorte que les critères qualité aient un sens pour le personnel et les usagers, que des méthodes simples de mise en œuvre soient établies et que l'accent soit mis sur la création d'un consensus entre les employés des équipes. Il est intéressant de noter que, dans l'établissement de Ribelund, les méthodes MTQ ont été jugées inadaptées à ce type d'usagers/clients, dont la fragilité et les handicaps sont trop importants. L'établissement offre un modèle alternatif utile d'élaboration de services qualité pour les personnes souffrant de handicaps graves. Dans le dernier cas du service de téléassistance à domicile, le développement de la qualité interne à tous les niveaux de l'organisation à partir d'un modèle à base d'indicateurs de progrès offre un cadre utile pour des projets semblables dans les services publics sociaux. Les indicateurs sont de plus en plus utilisés dans ces services et ils offrent une méthode d'évaluation des services, à partir d'un éventail de points de vue différents, couvrant les travailleurs, les usagers, le développement de l'organisation, les objectifs et les résultats.

Conclusion

Ce chapitre a permis d'examiner plusieurs démarches différentes de l'amélioration de la qualité dans les services publics sociaux et a permis de recenser certaines bonnes pratiques. Les divers exemples indiquent qu'il n'existe pas de modèle unique applicable aux services publics sociaux. La raison en est que les besoins des différentes catégories de clients ou leur capacité à participer à l'élaboration des services sont variables, aspect dont les initiatives qualité doivent tenir compte. Le présent chapitre a démontré que les services publics sociaux, pour être de bonne qualité, demandent la formation et la participation des travailleurs, ainsi que la participation et l'*empowerment* des usagers. Les cadres qualité doivent aussi laisser la place à une souplesse organisationnelle permettant de s'adapter à des besoins et à des contextes différents. En outre, il se peut que la qualité soit subordonnée à des critères financiers ou à des objectifs de performance



limités à une information en retour et à des évaluations purement quantitatives. Un autre problème touche à l'effet que les contraintes budgétaires peuvent avoir dans la mise en œuvre de systèmes de qualité centrés sur les usagers, qui peut être entravée par l'insuffisance des effectifs et le manque de temps, même lorsqu'il existe un engagement en faveur de l'amélioration de la qualité du service rendu aux usagers.

Les recherches menées concernant l'élaboration de services publics sociaux de qualité dans les États membres de l'UE donnent à penser que plusieurs éléments contribuent à leur réalisation. En résumé, ceux-ci sont les suivants:

- des services centrés sur les usagers qui favorisent leur implication et leur *empowerment*;
- la participation des usagers et du personnel à des systèmes qualité et au développement de l'organisation;
- des systèmes qualité souples, adaptables et adaptés aux besoins locaux;
- des mécanismes de mise en œuvre coordonnés et intégrés capables de satisfaire à des besoins multiformes;
- la continuité des services et du financement;
- les partenariats de prestataires de services, d'agences de financement, de groupes d'intérêt et de partenaires sociaux;
- l'adoption d'une culture de l'innovation dans les organisations de service pour répondre de manière souple aux besoins et aux exigences;
- des systèmes d'évaluation efficaces assortis de mécanismes d'information en retour;
- un personnel hautement qualifié capable de répondre aux besoins des usagers et d'apporter des changements à l'organisation pour refléter ceux-ci;
- l'égalité des chances entre les femmes et les hommes pour faire en sorte que le rôle des femmes en tant qu'aidants et/ou les besoins des femmes en matière de soins ou d'emploi soient pris en considération.

Il importe aux usagers de savoir si leur point de vue est pris en compte sérieusement ou si les pressions pour le développement de services orientés sur les usagers font que les déontologies et les intérêts professionnels prennent la priorité sur leurs besoins, empêchant leur pleine intégration dans les discours sur la qualité. À cet égard, il y a un danger que l'on se serve de l'*empowerment* comme d'une panacée sans tenir pleinement compte des sens différents qu'il peut avoir selon la catégorie d'utilisateur. À cela s'ajoute le risque que les systèmes qualité et les régimes organisationnels s'adaptent aux usagers au lieu de les autonomiser. Une question connexe importante concerne en outre le choix des usagers en matière de services et le problème de savoir si, dans un cadre libéral qui peut s'opposer à l'amélioration des droits des usagers aux services, le *welfare mix* favorise réellement l'exercice du choix. La capacité pour les usagers à choisir leur propre assistant ou aidant personnel, constitue un aspect important du maintien à domicile. Toutefois, sur un marché ouvert, cette capacité pourrait mener à la confusion ou à un manque de continuité dans les services rendus aux usagers qui comptent parmi les plus vulnérables ou défavorisés. Le *welfare mix* pose plusieurs problèmes importants pour

l'élaboration des politiques sociales à l'avenir, en particulier celui de garantir qu'il existe une coordination entre les services, que leur pluralité soit réglementée et contrôlée au moyen de normes qualité et de droits à des services, et que ces derniers reflètent comme il convient les contextes sociaux dans lesquels vivent les bénéficiaires.

Certains des programmes qualité les meilleurs sont ceux qui font participer directement les usagers et les travailleurs à la conception et à la définition des indicateurs, des objectifs de performance et des bonnes pratiques au niveau local. Cependant, les initiatives qualité des services publics sociaux sont relationnelles et contextuelles et sont définies dans différents pays par des acteurs différents et à des niveaux d'organisation différents, ce qui peut conduire à des attentes contradictoires de la part des fournisseurs de fonds, des usagers et des travailleurs ainsi qu'à l'attribution de sens différents au concept de qualité. Ce problème se pose d'autant plus que l'implication des usagers dans l'élaboration de la qualité demeure relativement sous-développée. À l'avenir, pour les services publics sociaux, un enjeu important concernera l'introduction de mécanismes d'implication des usagers dans l'élaboration et le suivi internes et externes de la qualité. Certains des exemples et des études de cas auxquels il est fait référence dans le présent chapitre citent des expériences dans lesquelles on a tenté de concilier une démarche centrée sur les clients au professionnalisme. Ces tentatives prennent la forme d'activités de résolution de problèmes qui intègrent les intérêts des clients et les normes professionnelles de mise en œuvre des services avec les perspectives des usagers et des travailleurs sur l'amélioration de la qualité. Ces activités pourraient continuer à être développées pour donner plus de sens à l'implication des usagers.

Bien que les études de cas recensent des démarches centrées sur le client de la mise en œuvre des services ainsi que des améliorations marquées de leur qualité, on observe des variations du niveau de l'implication des usagers dans la qualité. Les différences entre le pouvoir, les connaissances et l'influence des usagers et ceux des prestataires font obstacle à la participation à égalité des usagers, tout comme la complexité des systèmes qualité. Il faut également se demander comment l'implication des usagers peut être intégrée aux systèmes d'information en retour, aux mécanismes de restructuration des services à la lumière des besoins identifiés par les usagers, et au développement constant de la qualité. La création d'organisations d'usagers et de stratégies d'*empowerment* qui étendent les compétences et les capacités des usagers jouera un rôle important dans le plein développement de leur participation en pratique. Un autre problème concerne la mesure dans laquelle les usagers les plus vulnérables, par exemple, les personnes souffrant de maladies et handicaps mentaux graves, ou les personnes âgées de santé fragile, peuvent faire entrer leur opinion concernant le développement de la qualité, ainsi que la manière dont les processus de défense des usagers peuvent être améliorés.

Bien que des progrès importants semblent avoir été accomplis dans l'amélioration de la qualité, il demeure nécessaire de favoriser le développement de systèmes plus qualitatifs d'assurance qualité et de participation des usagers et des travailleurs au développement de la qualité, ainsi que des méthodes plus systématiques de son évaluation. Les services publics sociaux s'ouvrant de plus en plus à la concurrence, il devient de plus en plus indispensable d'établir des politiques-



cadres en matière de qualité pour orienter les processus d'externalisation ou de privatisation de manière que la qualité, plutôt que le coût, serve de critère pour l'adjudication des contrats. La recherche de la Fondation a montré que des améliorations importantes des services ont été réalisées au moyen de la coordination et de l'intégration. Un enjeu futur important pour les services publics sociaux concerne la nécessité de développer les bonnes pratiques et d'essayer de mieux comprendre d'abord à quel point les services doivent être coordonnés et intégrés pour permettre la création de prises en charge adaptées ou personnalisées et ensuite comment la qualité peut être réalisée par des services universels. En conséquence, l'établissement d'un équilibre approprié entre des services sélectifs et universels, dans l'optique d'un engagement véritable en faveur de leur amélioration, plutôt que comme un mécanisme de réduction des coûts, jouera un rôle important pour le développement futur des services publics sociaux.

Les études de cas et les exemples de bonnes pratiques mettent en lumière des niveaux différents d'implication des travailleurs par rapport à la qualité interne et au développement organisationnel. Néanmoins, l'attention plus grande accordée aux besoins des usagers a favorisé une plus grande réflexion et une plus grande autoévaluation de la part du personnel. On observe toutefois que les progrès accomplis jusqu'à présent par rapport à l'implication des travailleurs ne se poursuivront que si le financement leur accorde le temps nécessaire pour améliorer la qualité. Dans le chapitre suivant, nous réfléchirons à l'effet des changements effectués dans les services publics sociaux sur les conditions de travail. Ce faisant, nous examinerons également l'implication des travailleurs dans la qualité et dans le développement des organisations.



Chapitre 5

La qualité de la vie professionnelle

Introduction

La restructuration des services publics sociaux a eu des implications importantes pour la qualité de la vie professionnelle, y compris pour des aspects tels que l'organisation du travail, le temps de travail, l'égalité des chances et l'évolution des relations d'emploi. La croissance des formes atypiques d'emploi a été importante dans tous les pays européens et dans tous les secteurs des services publics, et on observe une augmentation du travail à temps partiel, du travail temporaire, et de nouveaux modèles de travail posté dans plusieurs pays. Bien que la flexibilité soit souvent mise en œuvre pour répondre aux besoins des employeurs, elle fait de plus en plus l'objet de préférences de la part de nombreux employés, qui cherchent à concilier leur vie de famille et leur travail, à s'absenter du marché du travail et à augmenter le temps dont ils disposent pour leurs loisirs.

L'égalité des chances entre les femmes et les hommes occupe une place centrale dans les débats concernant les conditions de travail dans les services publics sociaux, étant donné que les femmes sont les principaux producteurs et usagers de ces services. Les femmes représentent une proportion importante des aidants, en particulier dans les services d'aide à domicile, où les contrats à durée déterminée et les temps partiel sont fréquents (Bettio e.a., 1998). Les politiques visant à permettre une conciliation du travail et de la vie de famille et à intégrer l'égalité dans la vie publique occupent une place centrale dans les discours sur la restructuration du travail et reconnaissent que les femmes doivent pouvoir bénéficier d'horaires différents (Rubery e.a., 1995). Ces constatations ont conduit les municipalités en Suède et les secteurs de la santé et de la protection sociale aux Pays-Bas à mener des expériences de flexibilité du temps de travail. Dans ces pays, la réduction et la réorganisation collectives du temps de travail ont joué un rôle stratégique dans les efforts pour réaliser l'égalité et le partage du travail et de la vie de famille.

On observe une croissance marquée, ces dernières années, dans le nombre de travailleurs employés dans les services publics sociaux avec la création de nouvelles catégories de professions, par exemple dans le secteur des soins sociaux pour répondre aux besoins en matière d'aide à domicile. En Autriche et en Suède, la création d'une nouvelle catégorie professionnelle d'*assistant d'aide sociale* reflète cette préoccupation. On a observé parallèlement un déclin du nombre des emplois dans le secteur public et une augmentation correspondante des emplois dans les secteurs indépendants à but lucratif et sans but lucratif.

L'expansion de l'emploi dans les services publics, dans un contexte de mécanismes de mise en œuvre divers s'inscrivant dans le cadre d'une économie mixte, a conduit à la création de nouvelles structures organisationnelles de coordination des services, auxquelles sont intégrés des mécanismes qualité. Ces changements ont eu des effets variés sur les conditions de travail dans l'ensemble de l'UE. Néanmoins, l'introduction d'un nombre croissant de relations contractuelles entre le secteur public (agences de financement) et le secteur privé (prestataires) a conduit à de nouvelles relations de service qui définissent également, à des degrés divers, des mécanismes de planification et de contrôle financiers, des normes qualité, des dotations en effectifs, des conditions de formation du personnel, des mécanismes de compte rendu et d'évaluation et, dans certains cas, des conditions contractuelles concernant la rémunération et les conditions d'emploi. Cette évolution a entraîné des initiatives visant à harmoniser la position des travailleurs dans les secteurs public et privé en Italie, aux Pays-Bas et au Portugal. En Italie, le statut des employés du secteur public subit actuellement une harmonisation avec celui du secteur privé afin d'assouplir la gestion des ressources humaines et de séparer les rôles décisionnels des responsabilités organisationnelles.

Les services publics sociaux emploient de 3 à 6 % de l'ensemble des employés, la proportion la plus élevée s'observant dans les pays nordiques et la plus faible en Grèce. Le secteur public est très syndicalisé, et les conditions de travail ont été protégées dans tous les pays au moyen d'accords nationaux et locaux. Toutefois, le passage à un *welfare mix* fait que les modèles de travail et les conditions de travail dont jouissaient les travailleurs du secteur public courent le risque d'être érodés ou modifiés, et, de plus en plus, on remarque des différences entre les travailleurs des divers secteurs mettant désormais en œuvre les services publics sociaux pour ce qui est des conditions d'emploi, des taux de syndicalisation et de la protection par des accords collectifs. Les pratiques de travail utilisées dans ce secteur soulignent de plus en plus l'importance de rapports individuels entre le travailleur et l'utilisateur, et pour le personnel de première ligne, le travail peut être stressant, imprévisible et astreignant.

L'emploi et la création d'emplois dans les services publics sociaux

Dans tous les États membres, on remarque une croissance globale de l'emploi de 2 % par an dans le secteur des services de santé et des services sociaux entre 1998 et 1999. On observe un déclin correspondant du nombre d'emplois dans l'administration publique, qui reflète les réductions importantes des budgets publics et une plus grande externalisation des services aux secteurs privé et sans but lucratif (Commission européenne, 2000e). Le secteur sans but lucratif

Tableau 10 — L'emploi dans le secteur sans but lucratif dans neuf États membres de l'UE (bénévoles exclus) (en %)

	<i>Domaine d'activité</i>											Total des emplois du secteur sans but lucratif	Proportion du secteur sans but lucratif dans l'emploi total
	Culture	Éducation	Santé	Services sociaux	Environnement	Développement	Défense des intérêts	Inter-médiaires philanthropiques	International	Professionnel	Autre		
Belgique	4,9	38,8	30,4	13,8	0,5	9,9	0,4	0,2	0,2	0,9	0,0	357,802	10,5
Allemagne	5,4	11,7	30,6	38,8	0,8	6,1	1,6	0,4	0,7	3,9	0,0	1 440,850	4,9
Espagne	11,8	25,1	12,2	31,8	0,3	11,2	3,4	0,1	2,0	1,8	0,3	457,179	4,5
France	12,1	20,7	15,5	39,7	1,0	5,5	1,9	0,0	1,8	1,8	0,0	959,821	4,9
Irlande	6,0	53,7	27,6	4,5	0,9	4,3	0,4	0,1	0,3	2,2	0,0	150,314	14,2
Pays-Bas	4,1	27,8	41,8	19,2	1,0	2,6	0,6	0,4	0,6	0,2	0,0	652,829	12,6
Autriche	8,4	8,9	11,6	64,0	0,4	0,0	4,5	0,0	0,8	1,4	0,0	143,637	4,5
Finlande	14,2	25,0	23,0	17,8	1,0	2,4	8,7	0,0	0,3	7,2	0,3	62,848	3,0
Royaume-Uni	24,5	41,5	4,3	13,1	1,3	7,6	0,7	0,7	3,8	2,6	0,0	1 415,743	6,2
Moyenne/total	10,1	28,1	21,9	27,0	0,8	5,5	2,5	0,2	1,2	2,6	0,1	5 627,372	7,0

Source: Adaptation d'un tableau de Lester M. Salamon e.a., 1999.

Tableau 11 — L'emploi dans le secteur sans but lucratif dans neuf États membres de l'UE (bénévoles inclus) (en %)

	<i>Domaine d'activité</i>											Total des emplois du secteur sans but lucratif	Proportion du secteur sans but lucratif dans l'emploi total
	Culture	Éducation	Santé	Services sociaux	Environnement	Développement	Défense des intérêts	Inter-médiaires philanthropiques	International	Professionnel	Autre		
Belgique	11,1	30,5	23,9	22,9	0,5	8,3	0,5	0,3	0,4	1,5	0,0	456,901	13,0
Allemagne	19,7	7,6	21,8	27,2	2,8	4,4	3,3	1,0	1,6	4,2	6,4	2 418,924	8,0
Espagne	15,2	20,6	10,5	30,8	3,0	9,2	5,9	0,1	2,6	1,8	0,2	728,778	6,8
France	30,0	14,6	9,2	27,4	5,0	4,7	1,9	0,6	2,4	4,3	0,0	1 981,476	9,6
Irlande	10,5	43,0	23,3	13,0	0,9	5,7	0,5	0,7	0,4	1,7	0,3	150,314	14,2
Pays-Bas	17,3	23,3	28,9	20,5	2,0	1,7	3,0	0,2	1,2	1,8	0,0	1 042,929	18,7
Autriche	6,5	6,9	9,1	49,9	0,3	0,0	3,5	0,0	0,6	1,1	22,1	184,323	5,7
Finlande	32,6	12,4	13,1	15,5	0,7	1,6	16,8	0,2	0,4	6,2	0,4	137,599	6,3
Royaume-Uni	27,5	25,4	8,0	16,0	2,4	12,5	1,8	1,3	2,4	1,5	1,2	2 536,026	10,6
Moyenne/total	19,0	20,5	16,4	24,8	2,0	5,4	4,1	0,5	1,3	2,7	3,4	9 637,270	10,3

Source: Adaptation d'un tableau de Lester M. Salamon e.a., 1999.



s'est considérablement développé dans l'UE, sous l'effet de l'externalisation des services ou du développement de nouveaux services par les communautés locales, les associations d'utilisateurs ou les associations caritatives, qui créent des services en remplacement de ceux des services publics ou comblent les lacunes de ces derniers. Le tableau 10 indique que, en 1995, dans 9 pays, l'emploi dans le secteur sans but lucratif représentait en moyenne 7 % de l'emploi total, les pourcentages les plus élevés étant observés aux Pays-Bas (12,6 %), en Irlande (11,5 %) et en Belgique (10,5 %). Le tableau 11 indique que si on rajoute les bénévoles, ce pourcentage atteint 10,3 % du total des emplois.

Les services publics sociaux représentent un domaine dans lequel il serait possible de créer de nombreux emplois (Commission européenne, 1995 a, 1995 b) et d'augmenter les taux d'emploi dans toute l'Europe (Commission européenne, 1998a). Le développement des services, les pressions du travail et la nécessité pour le personnel de se charger de responsabilités plus diverses, ainsi que les demandes croissantes en services, ont entraîné des pressions en faveur de l'augmentation des effectifs dans de nombreux pays. L'expansion des services publics sociaux réalisée pour répondre aux besoins a été importante à cet égard. Cette augmentation a été largement réalisée en améliorant les ressources au moyen d'une politique visant à mieux cibler les services sur les groupes les plus défavorisés, par une coordination et une intégration croissantes des systèmes de mise en œuvre des services, plutôt que par une augmentation généralisée des financements consacrés à la protection sociale.

La stratégie d'augmentation du nombre d'emplois dans les services publics sociaux est étroitement associée avec l'image et la réputation de ces emplois. Au Danemark et en Allemagne, par exemple, les préoccupations concernant l'image et la faible rémunération des emplois des services publics sociaux ont conduit à se demander comment le personnel sera recruté à l'avenir, et en particulier les jeunes. Pour résoudre ce problème, dans plusieurs pays, on a mis en place des programmes de création/rotation d'emplois visant à offrir aux jeunes chômeurs la possibilité de travailler dans les services publics sociaux, par exemple, au moyen de programmes de congés (en Belgique, au Danemark et en Finlande) et de programmes de subvention à l'emploi (en Belgique, en France, aux Pays-Bas, en Autriche et en Suède). Ces mesures ont suscité des inquiétudes de la part des syndicats concernant la création d'un marché du travail à deux niveaux, dans lequel des conditions d'emploi inférieures sont accordées aux travailleurs qui prennent ces postes subventionnés ou temporaires. Ces programmes ont néanmoins donné une impulsion importante à la création d'emplois dans les services publics sociaux et ont permis en particulier d'attirer des jeunes dans ces emplois.

On peut citer ainsi l'exemple de la Suède où, à la suite d'une législation adoptée en 1997, on a consacré 8 milliards de couronnes suédoises à la création d'emplois dans les municipalités et les conseils régionaux dans les domaines des soins de santé, des soins aux personnes âgées, de l'accueil des enfants et de l'éducation. Ces mesures s'inspirent du «modèle de Kalmar» élaboré par la municipalité de Kalmar dans le sud de la Suède. Il consiste en la création d'emplois temporaires pour les jeunes chômeurs, surnommés «améliorateurs de la qualité» car ils augmentent le nombre total des emplois. Ils reçoivent un paiement en sus de leurs allocations

chômage et remplacent les employés en stage, en congé parental, en vacances ou en congé de maladie. Ce programme s'inscrit dans la politique suédoise d'activation des chômeurs, et, bien que le statut inférieur accordé à ces emplois temporaires ait été critiqué, son objectif d'ensemble est de contribuer à l'insertion professionnelle des chômeurs, ce qui a été réalisé avec un certain succès.

L'expansion des services de soins et en particulier le développement d'un marché des soins non réglementé résultant du choix plus grand des usagers en matière de services pose un autre problème. Ainsi, l'introduction de l'assurance dépendance au Luxembourg a nécessité la mise en place de nouveaux systèmes de prise en charge et l'emploi d'un plus grand nombre de fournisseurs de soins. On a donc créé une formation en alternance pour les fonctions de soutien social ou familial, destinée à donner aux aidants des compétences de base en matière de soutien social, familial et psychosocial. Cette formation consiste en un certain nombre de modules spécialisés représentant 450 heures d'étude réparties sur 2 ans. Elle est sanctionnée par un certificat délivré conjointement par le ministère de l'éducation et le ministère de la famille.

Aux Pays-Bas, des inquiétudes sont apparues concernant le marché des soins non réglementé, qui s'est développé à la suite de l'introduction des budgets personnels et offre une protection de l'emploi et des possibilités de développement professionnel limitées ainsi que des normes minimales en matière de conditions de travail. Ces problèmes ont été surmontés dans une certaine mesure par l'introduction de relations d'emploi appropriées entre les usagers et les aidants, visant à éviter les abus de pouvoir, les détournements de fonds et les conflits. Les difficultés mises en lumière par les expériences en matière de budgets personnels avaient été prédites par les syndicats, les organisations d'aide à domicile et le Conseil de l'égalité des chances. Le principal syndicat des aides à domicile, AbvaKabo, avait critiqué ce programme à une époque où les syndicats menaient une action pour l'amélioration du statut professionnel, de la rémunération, des conditions de travail et de la formation des aides à domicile. Ces difficultés ont conduit les syndicats à assumer un rôle nouveau de soutien et de formation pour les aides à domicile isolées, tandis que la question de la relation d'emploi a été résolue par la création d'agences séparées responsables de la rémunération et des conditions de travail, afin d'éviter toute exploitation.

Les changements des conditions de travail résultant de la restructuration, de l'intégration et de la coordination

La restructuration, l'intégration et la coordination des services ont affecté profondément les conditions de travail et l'importance plus grande accordée aux services centrés sur les usagers. Bien que les employés se déclarent souvent plus satisfaits de leur activité professionnelle, les méthodes de travail interagences et intégrées représentent souvent pour eux une charge de travail supplémentaire et les soumettent à des pressions et à un stress supplémentaires, aggravés parfois par l'insuffisance des ressources consacrées à l'intégration. En outre, il a fallu veiller à donner à tous les membres du personnel les compétences nécessaires pour mettre en œuvre un éventail accru de services à partir d'un guichet unique. Dans les pires cas, les conflits entre les

départements font que les méthodes de travail en coopération sont souvent mises en œuvre de manière désordonnée. Dans les meilleurs cas, la formation et le développement du personnel, les structures de soutien et de supervision ainsi que le travail d'équipe ont contribué à faciliter la transition vers de nouvelles méthodes de travail. Ce processus demande du temps et de la réflexion, ainsi que le développement de méthodes de travail et de compétences nouvelles, et donc des ressources adéquates. Les relations d'emploi appliquées au personnel des services publics sociaux sont affectées par des facteurs organisationnels et juridiques. Les conditions de travail et la rémunération sont moins bonnes dans le secteur sans but lucratif que dans le secteur public, en particulier dans les pays où le statut de travailleur du secteur public/fonctionnaire entraîne certains droits et avantages pour ce qui est de la sécurité de l'emploi et des allocations de chômage. Les femmes représentent une forte proportion du personnel de première ligne, dont les conditions sont parmi les plus mauvaises et les salaires les plus bas.

Un grand nombre des études de cas et des exemples de bonnes pratiques illustrent l'impact de la coordination et de l'intégration sur le contenu du travail et les responsabilités. De nombreuses études de cas signalent une plus grande flexibilité des profils d'emploi, entraînant souvent une activité professionnelle satisfaisante, enrichissante et intéressante. Dans certains cas, la qualité du travail est aussi améliorée par la participation du personnel à la planification et au développement de services coordonnés et intégrés, qui contribue à lui donner le sentiment d'être responsable des changements et lui permet d'améliorer ses compétences décisionnelles, sa satisfaction professionnelle et sa motivation.

La coordination et l'intégration accrues des services entraînent une évolution de l'emploi et des compétences requises ainsi que le développement de structures et régimes d'emploi nouveaux. Ces changements représenteront un défi majeur pour l'emploi dans les services publics sociaux à l'avenir. Les études de cas soulignent l'importance de la gestion du changement, de la formation et du développement du personnel pour la continuité des services et la qualité des conditions de travail. Des exemples tirés des études de cas sont donnés ci-après concernant ces changements des conditions de travail résultant de la restructuration des services et/ou de la création de nouveaux services intégrés:

Changements des conditions de travail résultant de la restructuration, de l'intégration et de la coordination des services

Belgique

Le développement et l'expansion rapide du projet «*Vitamine W*» pour la coordination des services d'emploi dans le district d'Anvers ont conduit cette association à créer une structure décisionnelle relativement plate, composées de six unités, visant à protéger l'efficacité et la créativité qui ont caractérisé les premiers succès du projet. Cette structure donne aux responsables la liberté de gérer et de développer leurs unités et a pour but de favoriser la créativité et l'innovation et d'éviter que l'organisation soit trop bureaucratique et hiérarchique. Elle facilite la participation et l'esprit d'initiative des travailleurs dans les unités, et la coordination interne est réalisée au moyen de systèmes collectifs de suivi et de compte rendu, de canaux internes pour l'échange d'information, de lieux de concertation entre direction et travailleurs (y compris la création d'un comité d'entreprise) et des mesures de formation continue du personnel. À mesure que l'organisation s'est développée, le personnel s'est

chargé de diverses tâches nouvelles pour lesquelles il a bénéficié de stages de recyclage. Le personnel manifeste un degré important de satisfaction professionnelle et de motivation et se renouvelle peu fréquemment.

Allemagne

Les services coordonnés créés depuis peu permettent au personnel de travailler en équipes semi-autonomes, qui établissent leurs horaires et programmes de travail et ont plus de possibilités de partager les responsabilités et les charges de travail. Une importance plus grande semble en outre accordée à la formation, pour permettre aux employés d'acquérir les compétences diverses nécessaires pour satisfaire aux exigences complexes résultant de la coordination et de l'intégration des activités. On remarque également de bons exemples du transfert des compétences du personnel résultant des méthodes intégrées de travail.

Le personnel travaillant dans les services de conseil du service intégré de prise en charge des personnes âgées de la *ville de Mönchengladbach* attribue sa satisfaction professionnelle élevée à plusieurs facteurs: sécurité de l'emploi, contrats permanents et rémunération définie par des accords collectifs, travail varié et stimulant, offrant un fort degré d'autonomie en ce qui concerne les heures de travail et les tâches, et possibilité de suivre des formations et d'acquérir de nouvelles qualifications. Les structures décisionnelles favorisent la participation des travailleurs à l'activité quotidienne par des réunions d'équipe hebdomadaires qui servent à surveiller les charges de travail, le moral et la santé du personnel. Les employés participent en outre à des réunions annuelles d'élaboration de la stratégie et de planification. Il faut toutefois noter que le personnel spécialisé chargé du soutien psychosocial est recruté sous contrat à durée déterminée car les subventions fournies par la municipalité et par l'État fédéral sont limitées dans le temps. Il faut donc soumettre régulièrement des demandes de subvention, ce qui peut donner au personnel un sentiment d'insécurité, tandis que le temps passé à préparer les demandes de subvention mobilise des ressources en main-d'œuvre précieuses. Bien que le taux de renouvellement du personnel soit faible et que celui-ci fasse état d'une satisfaction professionnelle et d'une autonomie importantes, il est toutefois soumis à des pressions et à une insécurité de l'emploi importantes.

Le personnel du *système intégré d'aide à la jeunesse* fait état d'une satisfaction professionnelle semblable. Il bénéficie d'une certaine sécurité de l'emploi, car si les projets cessent de fonctionner, il peut être redéployé dans le secteur public. Les horaires mobiles et variables sont possibles, et le personnel peut au besoin réduire ses heures de travail ou travailler à temps partiel si ses obligations familiales le demandent. Il se considère cependant mal rémunéré pour le type de travail qu'il exécute et se plaint du temps croissant consacré aux tâches administratives, qui rend son activité de moins en moins satisfaisante.

Grèce

Le recrutement d'employés possédant l'expérience et les qualifications nécessaires se heurte à des problèmes importants dans les services publics sociaux à cause de l'insuffisance de la formation, du financement, des conditions d'emploi et de la rémunération ainsi que de la précarité de l'emploi. Bien que les employés conservent une forte motivation, notamment parce qu'un grand nombre d'entre eux sont à l'avant-garde d'un processus de réforme important, leur moral et la qualité des services en souffriront à plus long terme. Des emplois quasi privatisés, n'offrant pas les mêmes droits et conditions que ceux de l'administration, sont apparus dans les services publics sociaux nouvellement créés. De plus, en Grèce, on encourage les bénévoles à fournir des services, ce qui crée des problèmes car les responsables mettent rarement à leur disposition un soutien ou une formation. Dans l'étude de cas de la *société de psychiatrie sociale et d'hygiène mentale*, le recrutement sur place d'employés non qualifiés, chargés d'apporter un soutien pratique au personnel professionnel, est considéré à cet égard comme une innovation. Ces «thérapeutes pratiques» permettent de compenser une pénurie de personnel au niveau local. Ce personnel de soutien, du fait qu'il n'est pas qualifié et qu'il vit dans la localité concernée, est considéré comme précieux par l'organisation car il permet d'établir des liens avec les milieux locaux dans un contexte non médical et sans inspirer de crainte.

Espagne

La restructuration et l'expansion des services publics sociaux ont dans l'ensemble conduit à une amélioration des conditions de travail, les emplois nouveaux et les spécialisations entraînant une gestion plus professionnelle des services, le recrutement d'un plus grand nombre de travailleurs qualifiés et une augmentation des mesures de recyclage. Ces dernières ont aussi contribué à améliorer la motivation du personnel et la qualité des services. Les deux études de cas indiquent que la spécialisation et la professionnalisation ont eu un impact positif sur la qualité des conditions de travail, la satisfaction professionnelle et la motivation ainsi que la qualité de service. La main-d'œuvre demeure néanmoins fortement féminisée. Dans l'étude de cas du *service de téléassistance de la Croix-Rouge*, il est intéressant de noter que le personnel s'est très bien adapté au changement entraîné par l'expansion rapide de l'organisation; en fait, on a considéré cette adaptation comme nécessaire pour le développement d'un service conçu pour satisfaire aux besoins des usagers. On observe une attitude souple et informelle envers les besoins du personnel, de bons rapports professionnels, une participation aux décisions et l'attribution de ressources pour la formation. La satisfaction professionnelle est liée à une forte motivation, au travail en équipe, à une relative sécurité de l'emploi et à un faible renouvellement du personnel. Cependant, les salaires sont faibles et le service ne survit qu'à cause du grand dévouement du personnel. La direction a conscience des problèmes que représentent les pressions subies par les employés et les possibilités limitées de concilier travail et vie familiale ou d'avoir des horaires mobiles. L'expansion du projet et le recours à une technologie plus avancée ont cependant permis d'améliorer globalement les conditions de travail.

Italie

Dans la *commune de Bologne*, les pressions externes imposées aux services sociaux ont entraîné une augmentation des charges de travail, bien que du personnel ait été recruté pour satisfaire aux nouvelles demandes. Le syndicat concerné déclare que les conditions de travail ont empiré sous l'effet de l'expansion des services et, bien qu'il soit pleinement favorable aux initiatives qualité introduites, il s'inquiète de l'effet négatif des mauvaises conditions de travail sur la qualité, en particulier en ce qui concerne les services d'aide à domicile. Les fluctuations de la demande en matière de services, la moins grande sécurité de l'emploi et la perception de cette précarité, l'augmentation des charges de travail et l'accroissement de la concurrence entre les coopératives sociales ont tous affecté de manière négative les conditions de travail. Ces problèmes se sont accentués avec l'introduction d'un système d'appel d'offres dans lequel l'adjudication des contrats se fait selon des critères de coût, qui a augmenté le taux de renouvellement du personnel et réduit les possibilités d'améliorer ses compétences et de développer de bons rapports entre le personnel et les usagers. Les organisations de retraités ont néanmoins joué un rôle important dans les efforts visant à faire en sorte que les contrats soient à l'avenir attribués sur la base de nouveaux critères, y compris des critères de qualité et de continuité des services. En effet, la démarche en partenariat utilisée pour l'élaboration d'un plan qualité de service pour la commune a permis de souligner des aspects importants de la qualité, dont le rapport entre les conditions de travail et la qualité de service.

Autriche

Dans le secteur des soins, qui se compose principalement d'associations sans but lucratif, on observe une professionnalisation croissante du personnel, caractérisée par des nouvelles lignes directrices sur la formation, des systèmes de gestion professionnels, des stages de recyclage, une uniformité des échelles salariales et une activité syndicale visant à réaliser des conditions de travail égales à celles des autres salariés. Cependant, les salaires restent faibles et les emplois sont précaires car le financement est en général annuel. Il est donc difficile de recruter du personnel qualifié. Sous l'effet de pressions pour que les services soient mis en œuvre en dehors des heures normales, le personnel doit faire preuve d'une plus grande flexibilité quant à ses horaires, bien qu'il ait plus de choix en ce qui concerne les heures travaillées et qu'il puisse prendre des congés prolongés grâce à des systèmes de récupération des heures. Dans l'étude de cas sur la Croix-Rouge viennoise, la mise en œuvre des services de 6 h 30 à 20 heures a permis d'établir des horaires mobiles couvrant un minimum de 21 heures contractuelles et un maximum de 39 heures et demie travaillées. Une attention particulière est accordée aux préférences du personnel

en matière d'horaires, ce qui n'a pas entraîné de problèmes importants. Les nouveaux services mis à l'essai par la Croix-Rouge indiquent l'importance accordée à la formation et au développement personnel des employés conformément à l'objectif «*L'individu est le point central*», une priorité étant donnée à la formation depuis 1999. Grâce à sa taille, la Croix-Rouge a pu établir son propre centre de formation, bien que le personnel des équipes mobiles de proximité affirme ressentir le besoin d'une formation plus développée que celle qu'il reçoit. Les employés font état d'une satisfaction professionnelle élevée, et les problèmes rencontrés sont dans l'ensemble externes et concernent, par exemple, certaines des conditions imposées par la législation et la coordination avec les services des généralistes locaux.

Finlande

Le gros des services fournis par les municipalités sont des services d'aide à domicile, fournis par un réseau d'aides ménagères qui, selon les normes internationales, sont bien formées et sont syndicalisées. La professionnalisation croissante du service d'aide à domicile a conduit à une plus grande diversification des tâches et à la nécessité d'une plus grande collaboration entre les services.

Royaume-Uni

L'étude de cas sur le «*New deal for young unemployed people*» offre un exemple de la création d'un nouveau service basé sur la structure organisationnelle existante du service de l'emploi national. La démarche personnalisée de mise en œuvre du *new deal*, qui est centrée sur le client et localisée, a conduit à des changements importants en ce qui concerne l'organisation et le contenu du travail pour les travailleurs de première ligne concernés. La création de *conseillers personnels* a nécessité l'acquisition de nouvelles compétences de consultation, d'orientation professionnelle et de gestion individuelle des cas ainsi que des méthodes de travail interagences et une connaissance et une conscience des besoins multiformes des clients. Ces changements ont dans l'ensemble été accueillis favorablement par le personnel qui, malgré quelques résistances aux modifications du contenu des tâches et des méthodes de travail, signale une plus grande satisfaction professionnelle à cause, en particulier, du fait qu'ils traitent leurs propres dossiers sociaux et qu'ils ont la possibilité de répondre aux besoins de leurs clients de manière plus globale. Ces défis et exigences leur ont toutefois apporté de nouveaux problèmes et déceptions, en particulier dans leurs efforts pour trouver des placements pour les jeunes les plus défavorisés, notamment les toxicomanes, les jeunes sortant d'une maison pour enfants ou ceux qui ont un casier judiciaire. La possibilité pour le personnel de mener leur travail de manière plus innovante ou expérimentale a joué un rôle important dans l'évolution des pratiques de travail, et un projet spécialement destiné aux toxicomanes a été établi dans la région de Bristol grâce à une collaboration avec le service de contrôle judiciaire. Les autres exigences imposées au personnel concernent l'introduction d'objectifs (ce qui, selon certains employés, peut être contradictoire avec une démarche centrée sur le client) et la nécessité de suivre une formation complémentaire (dans le cadre de la *national vocational qualification*) qui leur demande d'exécuter des tâches et des activités durant leurs loisirs. Bien qu'accueillie favorablement par le personnel, l'introduction d'une rémunération au rendement, qui a eu lieu avant la création du programme, a suscité des inquiétudes parmi les employés concernant la manière de mesurer la performance, et un refus que celle-ci soit effectuée à partir d'objectifs et de résultats autres que le soutien personnel plus qualitatif et plus difficile à mesurer dont bénéficient les clients.

Le projet «*Bristol care and repair*» montre comment l'élimination des démarcations professionnelles réalisée dans cette nouvelle association sans but lucratif a permis de mettre en œuvre un éventail étendu de services aux clients. Les travailleurs sociaux employés dans cette organisation intégrée en expansion viennent de secteurs différents des services publics sociaux (ergothérapie, animation locale, animation de groupes de jeunes), et grâce à la formation et au développement qu'ils ont reçus, ils peuvent exécuter leur travail en s'appuyant sur des compétences et disciplines multiples et offrir ainsi un service global. Les responsables de l'organisation encouragent le personnel à participer aux décisions, et un groupe de travail sur

Tableau 12 — Les conditions de travail dans les services publics sociaux: les études de cas (1)

	Travail flexible	Pressions du travail/ stress	Satisfaction professionnelle	Précarité de l'emploi	Formation et développement	Complexité accrue des tâches et des responsabilités
<i>Belgique</i>						
Vitamine W Service intégré d'aide et de soins psychiatriques (SIAJeF)	✓		Élevée Élevée		✓	✓
<i>Danemark</i>						
Autorité locale de Slagelse — service préventif pour les personnes âgées Service «Askovgården» pour les personnes souffrant de maladies mentales		✓	Élevée Élevée		✓ ✓	✓ ✓
<i>Allemagne</i>						
Conseils d'aide sociale et assistance psychosociale pour les personnes âgées, Mönchengladbach Système intégré d'aide à la jeunesse RAN-JOB-BET de Salzgitter	✓ ✓	✓ ✓	Élevée Élevée	(✓) (✓)	(✓)	✓ ✓
<i>Grèce</i>						
Services aux personnes âgées: service d'aide ménagère de Peristeri Société de psychiatrie sociale et d'hygiène mentale	(✓)	✓ ✓	Moyenne Élevée	✓ ✓	✓	✓
<i>Espagne</i>						
Téléassistance domestique, Croix-Rouge espagnole Aspronis — projet pour les handicapés mentaux	✓		Élevée Élevée		✓ ✓	✓ ✓
<i>France</i>						
Équinoxe et Équinoxe Plus Du côté de chez soi	✓	✓ ✓	Élevée Élevée		✓ ✓	✓ ✓
<i>Italie</i>						
Services sociaux pour les personnes âgées démunies de la commune de Bologne Centro Socio Educativo (SCE), Lissone, Milan	✓ ✓		Moyenne Élevée	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓
<i>Autriche</i>						
Convalescence à domicile: Croix-Rouge Association Bungis	✓		Moyenne Élevée		✓ ✓	✓ ✓
<i>Finlande</i>						
Unité de création d'emplois Zappa Services de soins à domicile de Kitee	✓ ✓	✓	Moyenne Moyenne	✓	✓ ✓	✓ ✓
<i>Royaume-Uni</i>						
New deal pour les jeunes de Bristol et du sud du Gloucestershire Bristol care and repair		✓ ✓	Moyenne Élevée		(✓) ✓	✓ ✓

l'égalité des chances a été établi pour déterminer les besoins de l'organisation en matière de stratégie, d'égalité des chances et de formation. Le recours à des pratiques de travail autonomes et les possibilités pour le personnel de se montrer innovant et flexible dans son travail entraînent une satisfaction professionnelle élevée et une diversification des tâches. En conséquence, la prise des décisions a été déléguée au personnel, qui mène son activité dans le contexte d'une démarche centrée sur l'utilisateur de la mise en œuvre des services. Les demandes imposées au personnel par les usagers sont considérables, et les rapports personnalisés entraînent souvent une forte dépendance des usagers envers l'organisation ou un employé particulier. Le personnel fait cependant preuve d'un haut degré de dévouement et d'implication et, comme dans d'autres domaines du secteur sans but lucratif où les services sont personnalisés, les horaires sont souvent lourds.

Ces exemples illustrent les variations importantes des conditions et des pratiques de travail entraînées en Europe par les innovations en matière d'intégration et de coordination du travail et des services. Ils permettent de recenser plusieurs thèmes communs et soulèvent des problèmes partagés concernant la qualité de la vie professionnelle, que nous allons maintenant étudier avec plus de détails. Ceux-ci concernent les conditions d'emploi différentes rencontrées dans le *welfare mix*, la satisfaction professionnelle, le stress et les pressions du travail, le temps de travail et l'organisation du travail, l'égalité des chances, la formation et le développement, la prise des décisions et la participation des travailleurs.

Le tableau 12 résume les conditions de travail rencontrées dans les études de cas. On remarquera qu'une forte proportion des employés bénéficie d'horaires mobiles et que, dans plusieurs cas, cela augmente leur satisfaction professionnelle, leur permettant de concilier travail et vie familiale et de travailler des heures variables. Un nombre important d'employés des études de cas se disent satisfaits de leur vie professionnelle; ce fait est particulièrement important car les personnes travaillant dans des structures ou services nouveaux sont parfois fortement motivées et satisfaites. Cependant, malgré cela, un nombre important d'employés signalent qu'ils subissent dans leur travail un alourdissement des pressions et du stress. Ce fait est lié au nombre de cas de précarité de l'emploi et à la complexité accrue des tâches et des responsabilités qu'ils doivent exécuter dans une majorité de cas. Ce tableau montre aussi que le personnel bénéficie d'une formation et d'un développement dans presque toutes les études de cas, ce qui reflète l'importance croissante attachée au développement professionnel et aux compétences de base dans les services publics sociaux modernes.

Les conditions d'emploi et le *welfare mix*

La qualité de la vie professionnelle est affectée par une série de facteurs internes et externes, y compris les régimes juridiques et organisationnels, la législation nationale, la situation concernant les accords collectifs et les négociations collectives, et les ressources consacrées à l'amélioration des services. Au Danemark, en Finlande et en Suède, contrairement aux autres États membres, on observe un modèle d'emploi du secteur public (principalement dans les autorités locales et régionales) qui se caractérise par une forte syndicalisation et une

Tableau 13 — Les conditions de travail dans les services publics sociaux: les études de cas (2)

	% de personnel féminin	Permanents	CDD	Écart des conditions d'emploi et des salaires entre travailleurs	Écart des salaires entre secteur indépendant et secteur public
<i>Belgique</i>					
Vitamine W	50 %	✓			
Service intégré d'aide et de soins psychiatriques (SIAJeF)	50 %	✓			
<i>Danemark</i>					
Autorité locale de Slagelse — service préventif pour les personnes âgées	Majorité	✓			
Service «Askovgården» pour les personnes souffrant de maladies mentales	Majorité	✓	✓		
<i>Allemagne</i>					
Conseils d'aide sociale et assistance psychosociale pour les personnes âgées, Mönchengladbach	Majorité	✓	✓		
Système intégré d'aide à la jeunesse RAN-JOB-BET de Salzgitter	Majorité	✓	✓		
<i>Grèce</i>					
Services aux personnes âgées: service d'aide ménagère de Peristeri	100 %		✓	✓	✓
Société de psychiatrie sociale et d'hygiène mentale			✓	✓	✓
<i>Espagne</i>					
Téléassistance domestique, Croix-Rouge espagnole	Majorité			✓	✓
Aspronis — projet pour les handicapés mentaux	Majorité			✓	✓
<i>France</i>					
Équinoxe et Équinoxe Plus	60 %	✓			✓
Du côté de chez soi	60 %	✓			✓
<i>Italie</i>					
Services sociaux pour les personnes âgées démunies de la commune de Bologne	90 %	✓	✓	✓	✓
Centro Socio Educativo (SCE), Lissone, Milan	45 %	✓	✓	✓	✓
<i>Autriche</i>					
Convalescence à domicile: Croix-Rouge	99 %	✓			✓
Association Bungis		✓			✓
<i>Royaume-Uni</i>					
New deal pour les jeunes de Bristol et du sud du Gloucestershire	80 %	✓			
Bristol care and repair	50 %	✓	✓		✓

réglementation réalisée au moyen d'accords collectifs et d'une législation. On remarque néanmoins dans ces pays un *welfare mix* croissant menant à une externalisation plus fréquente. Dans d'autres pays, où, de plus en plus, les services publics sociaux sont mis en œuvre par des organisations et des associations sans but lucratif (les Pays-Bas, la Suède, le Royaume-Uni), ou dans ceux où il existe une tradition d'activité associative sans but lucratif dans la mise en œuvre de ces services (en Espagne, en Irlande, en Italie, en Autriche, au Portugal et, à un degré moindre, en Grèce), les conditions de travail peuvent varier considérablement entre le secteur public et les secteurs indépendants à but lucratif et sans but lucratif. Le rôle joué par l'État, qui de plus en plus facilite les services et en fournit les financements au lieu de les mettre en œuvre directement, a compliqué la situation. Dans les services externalisés, les conditions de travail ne sont pas toujours stipulées et, dans de nombreux cas, les conditions d'emploi et les salaires diminuent sous l'effet de la concurrence en ce qui concerne les prix. Néanmoins, on observe un nombre croissant de cas dans lesquels l'externalisation des services dans les services publics sociaux s'accompagne de stipulations concernant le rapport entre le nombre d'employés et de clients, visant à satisfaire aux dispositions de la loi concernant la qualité des prises en charge.

La restructuration des services publics sociaux vers des formes plus diverses de prestation a entraîné une évolution du statut d'emploi et des conditions de travail. Certains travailleurs bénéficient du statut de fonctionnaire (dans certains pays, ceux-ci comprennent aussi les employés de l'éducation et des municipalités) dont les conditions d'emploi sont en général mieux protégées que celles des secteurs sans but lucratif ou privé. En Allemagne, en Italie, aux Pays-Bas, en Autriche, au Portugal et en Suède, les gouvernements ont tenté d'égaliser les conditions d'emploi et la participation des employés de l'administration et du secteur privé afin d'abolir le statut particulier accordé aux fonctionnaires. Ces réformes ont entraîné des conflits car elles portaient atteinte à certaines de leurs conditions d'emploi et prestations de retraites.

Cette économie mixte de prestations de protection sociale a conduit à rendre les services plus divers et complexes. On observe ainsi souvent une diversification des sources de financement, une externalisation des nouveaux services aux secteurs privé, à but lucratif et sans but lucratif et une diminution des contrats d'emploi du secteur public, qui bénéficient de salaires et de conditions d'emploi négociés collectivement. Cette évolution a entraîné une différenciation fâcheuse des conditions d'emploi entre les différents secteurs fournissant les services. Les syndicats ont dû élaborer de nouvelles stratégies d'organisation et de recrutement afin de protéger le nombre important de travailleurs n'appartenant pas au secteur public. Aux Pays-Bas, les problèmes causés par les différences de salaire et de conditions d'emploi entre le secteur public et les secteurs sans but lucratif et à but lucratif ont conduit à la conclusion de nouveaux accords nationaux visant à uniformiser les conditions d'emploi dans l'ensemble de ces secteurs. En Autriche, l'introduction de comités d'entreprise et d'accords collectifs couvrant un nombre toujours croissant de services mis en œuvre par des associations sans but lucratif a conduit à des contrats d'emploi et à des accords stipulant des conditions d'emploi identiques à celles des employés salariés. Ces mesures s'inscrivent dans le cadre d'un processus de modernisation plus général visant à professionnaliser les services et à en améliorer la qualité en ayant moins recours au travail bénévole et temporaire. Les efforts pour uniformiser ces relations d'emploi, pour



améliorer la réputation et l'image du travail dans les associations sans but lucratif et donc pour attirer un nouveau personnel qualifié se heurtent à des difficultés causées par les financements à court terme et les contrats à durée déterminée.

Le tableau 13 met en lumière les différentes conditions d'emploi résultant des contrats différenciés s'appliquant dans les projets et entre les services. Plus de un tiers des travailleurs ont été recrutés dans le cadre de contrats à durée déterminée, tandis qu'un autre tiers travaillent dans des projets ou organisations où des conditions et des salaires différenciés sont offerts. En outre, dans plus de la moitié des études de cas, on observe des différences pour ce qui est des conditions d'emploi et des salaires entre le secteur sans but lucratif et le secteur public. Ce tableau montre également que la majorité des travailleurs employés dans les cas étudiés sont des femmes.

L'effet croissant du *welfare mix* et les différences de statut d'emploi peuvent susciter un mécontentement chez les travailleurs, dont les emplois sont financés par des agences différentes, dans le cadre de contrats différents. Ainsi, dans l'étude de cas sur le développement d'un réseau intégré de services pour les personnes âgées dépendantes de la *commune de Bologne*, on observe des différences de statut considérables entre les travailleurs du secteur public et des secteurs sans but lucratif, qui sont couverts par des accords collectifs différents. Les employés du secteur public ont de meilleures conditions d'emploi, dont des salaires supérieurs d'environ 20 % à ceux des coopératives sans but lucratif. Ces différences demeurent un obstacle majeur à la création de services véritablement intégrés et, au bout du compte, à la qualité des services. On observe une difficulté semblable au *centre socio-éducatif* de Lissone, où les efforts pour établir une méthode de travail intégré ont mis en lumière les différences entre les conditions d'emploi et les salaires des travailleurs du secteur public de la santé et celles des travailleurs recrutés dans le cadre de contrats de coopérative sociale. Les employés de la fondation de santé bénéficient de contrats à durée indéterminée, mais ceux des coopératives ont des emplois plus précaires car les contrats avec les organismes de financement sont à court terme. Cela présente un problème pour le centre car ces deux catégories de personnel travaillent côte à côte. Il existe une différence de salaire de 20 % entre les deux groupes de travailleurs qui travaillent tous deux 36 heures par semaine dans le cadre de contrats à durée indéterminée pour le personnel de l'hôpital et de contrats à durée déterminée pour celui de la coopérative sociale. Le personnel de la fondation de santé reçoit en outre six jours de congés annuels de plus que le personnel de la coopérative sociale.

Ce problème, qui est particulièrement aigu en Italie, est exacerbé par une tendance croissante à recourir à des contrats plus flexibles et à des emplois à temps partiel et temporaires dans les services publics sociaux, bien que les taux de travail à temps partiel des pays d'Europe méridionale restent bien inférieurs à ceux des pays du nord de l'Europe. Un grand nombre d'employés ont désormais des contrats temporaires, car une forte proportion des services de première ligne sont mis en œuvre dans le secteur sans but lucratif, par exemple, des coopératives sociales, qui dépendent de budgets et de subventions annuels. Les incertitudes de financement constituent une cause majeure de précarité de l'emploi, et la rémunération est plus faible que dans le secteur public. En mettant en lumière les différences de conditions d'emploi, les deux

études de cas italiennes soulignent le dévouement professionnel profond du personnel et leur identification avec les usagers.

La satisfaction professionnelle

Dans plusieurs études de cas, le personnel se déclare fortement motivé et satisfait de son travail. Les innovations apportées aux services dans les études de cas de Belgique, du Danemark, de France et de Finlande ont favorisé une motivation et un engagement renouvelés de la part du personnel. À cet égard, les bonnes conditions de travail sont associées à la participation à la conception des tâches et à l'indépendance, à l'accès au développement professionnel et personnel, à une coopération et à une intégration internes et externes satisfaisantes ainsi qu'au travail dans une structure organisationnelle dynamique et évolutive.

Le stress et les pressions du travail

Il semble que le personnel employé dans des petits projets innovants donnant la possibilité de travailler de manière flexible, d'être créatif et d'expérimenter retire plus de satisfaction de son travail et a plus le sentiment d'être maître des processus de travail. Toutefois, la restructuration des services publics sociaux a entraîné une augmentation du stress, des charges de travail et du surmenage. Comme mentionné plus haut, le nombre croissant d'organisations sans but lucratif qui mettent en œuvre les services a conduit au développement d'un service à deux niveaux, dans lequel les salaires et les conditions d'emploi du secteur sans but lucratif sont inférieurs à ceux du secteur public. Ce problème est accentué par la fréquence croissante des financements axés sur les projets, qui sont limités dans le temps et peuvent entraîner des problèmes de continuité et de cohérence dans la mise en œuvre des services et dans les effectifs.

L'augmentation du stress et des pressions qui s'exercent sur le personnel des services publics sociaux aura indubitablement un effet sur la qualité des services et le moral du personnel. Dans le secteur public, les exigences en matière de qualité des services et les stratégies d'intégration n'ont pas toujours bénéficié des fonds nécessaires, et le surmenage figure régulièrement parmi les conséquences des restructurations, tandis que les exigences concernant des services plus orientés sur l'utilisateur et plus personnalisés ont conduit à une augmentation des pressions du travail. Bien qu'un grand nombre d'employés accueillent favorablement la possibilité de travailler de manière plus indépendante et autonome, ceux qui ne bénéficient pas d'une supervision ou d'un soutien adéquat en ressentent des effets négatifs.

Les services coordonnés et la restructuration des services ont entraîné une augmentation des pressions du travail dans le secteur des soins de santé et des soins sociaux, qui se reflètent dans les études de cas. En Finlande, on a montré que l'augmentation des charges de travail est nuisible pour la santé. Selon l'Institut finlandais de la santé au travail (1997), les exigences imposées par le travail ont augmenté plus rapidement que la capacité à les gérer. Le rapport national finlandais fait état d'une augmentation des niveaux de stress durant les années 90 et de leur effet adverse sur les conditions de travail du personnel des services de santé et d'aide à domicile ainsi que des



établissements de soins. Malgré des indications que le travail d'aide à domicile devient plus astreignant physiquement, le développement de services d'aide à domicile localisés en Finlande est considéré de manière positive par le personnel, qui mentionne la nature plus personnalisée des rapports avec les clients et la plus grande satisfaction obtenue en travaillant indépendamment avec le soutien des responsables.

Dans la *municipalité de Kitee*, en Finlande, le personnel se déclare satisfait des conditions de travail et fait preuve d'une motivation et d'un dévouement notables, en particulier dans les services où des innovations ont été mises en place. Des inquiétudes croissantes concernant les pressions du travail, motivées par les signes croissants de stress, de fatigue et de surmenage, causés par les changements organisationnels, sont toutefois exprimées dans l'étude de cas finlandaise. Ceux-ci nécessitent en effet l'exécution de tâches plus complexes (conçues pour satisfaire aux besoins des clients de manière plus compréhensive) et la délégation des décisions au personnel, cela dans le contexte de réductions des effectifs. Dans le service à domicile de *Kitee*, la diversification du travail et l'aide accrue apportée aux clients conduisent à une augmentation des pressions et des exigences imposées au personnel. En conséquence, le personnel a du mal à trouver le temps nécessaire pour répondre aux attentes découlant des besoins des personnes âgées en matière de soins. Comme le travail des aides à domicile de première ligne repose sur des rapports individuels, ces contraintes de temps présentent parfois des problèmes pour le personnel qui souhaite passer plus de temps avec ses clients. Le personnel du *service de Kitee* aimerait recevoir des conseils concernant la manière de surmonter ces pressions. Pour résoudre le problème, on a mis en place, entre autres, une rotation au sein des équipes permettant aux employés de faire alterner les tâches, les clients et les équipes sur une période de plusieurs années. Ce système permet aux équipes de se montrer plus adaptables et plus créatives. Le travail d'équipe a été introduit pour permettre le partage des responsabilités et des tâches ainsi que l'examen des problèmes à mesure qu'ils apparaissent. Cela demande toutefois aux équipes de respecter certaines règles concernant par exemple la répartition du travail; le partage à égalité de celui-ci entre les employés demeure difficile.

Plusieurs autres études de cas font état de la même augmentation du stress au travail, de l'accélération du rythme de travail, de l'alourdissement des charges de travail, de la plus grande difficulté du travail, de l'accroissement des tâches administratives et de l'allongement des horaires. De plus, dans certains cas, ces horaires sont considérés comme indissociables du travail dans ce domaine, et dans certains cas les pressions et le stress se sont développés sous l'effet de la complexité, de la diversité et de la difficulté croissantes des services auxquels ont droit ces catégories. Au *centre socio-éducatif* de Lissone, le surmenage du personnel était causé par les exigences imposées par le soin de personnes gravement handicapées. Afin de réduire le surmenage, le centre a introduit des systèmes de rotation des tâches, l'exécution d'activités en dehors du centre et des stages de formation destinés à stimuler des idées nouvelles. Un problème important concerne le fait que le centre n'a pas réussi à assouplir ses horaires et à les rendre plus adaptés aux besoins des familles. Cela deviendra possible quand ses heures d'ouverture seront allongées.

Dans les deux études de cas grecques, les mauvaises conditions d'emploi, la faiblesse de la rémunération et la précarité de l'emploi ont causé des problèmes de démoralisation et de stress parmi les employés. Dans l'étude de cas de la *société de psychiatrie sociale et d'hygiène mentale*, le personnel professionnel est recruté dans le cadre de contrats de travailleur indépendant, et la précarité du financement fait que le projet n'est pas en mesure d'offrir de contrats permanents à plein temps. Dans ce projet particulier, les conditions d'emploi, la rémunération et la sécurité de l'emploi sont inférieures à celles dont bénéficient les psychiatres travaillant pour le service de santé, ce qui conduit à un renouvellement fréquent du personnel. Cependant, la satisfaction professionnelle est relativement élevée car le projet favorise une philosophie partagée de réforme et d'innovation, une conception participative de la prise des décisions fondée sur le travail d'équipe, un soutien personnel et un engagement en faveur du développement et de la formation. Malgré la réputation nationale dont jouit le projet pour sa nature innovante, les problèmes rencontrés pour ce qui est de la continuité du financement et de la sécurité de l'emploi sont susceptibles de nuire à son succès à long terme.

L'étude de cas sur le *service d'aide ménagère de Peristeri* met en lumière des problèmes semblables en ce qui concerne les conditions d'emploi, notamment par comparaison avec celles dont bénéficie le secteur public. Ces différences ont indubitablement un effet négatif sur le moral du personnel et sur la qualité de service. Le personnel se compose pour majorité de femmes recrutées dans le cadre de contrats de travailleur indépendant à durée déterminée, et les retards de paiement sont fréquents (dans un des cas, en 1998, ce retard s'est élevé à 5 mois). La rémunération est très faible (salaire minimal national). Le service emploie désormais 300 personnes dans toute la Grèce. Celles-ci s'efforcent d'améliorer leurs conditions d'emploi par l'intermédiaire de leur syndicat. Les mauvaises conditions d'emploi, le manque de formation, l'isolement, l'insécurité et l'insuffisance du financement ont tous contribué à la démoralisation du personnel. Toutefois, le peu d'emplois disponibles et l'engagement des aides ménagères envers leur clientèle font qu'elles ne cherchent pas à changer d'emploi.

Le rôle des bénévoles

Le rôle des bénévoles s'est développé dans plusieurs pays, d'autant plus que ceux-ci sont souvent les seules ressources disponibles pour satisfaire aux besoins. Dans l'UE, environ un citoyen sur quatre travaille bénévolement pour une association caritative ou autre, dont le nombre a augmenté considérablement en particulier dans le nord de l'Europe (Commission européenne, 2000i). Le recours aux bénévoles mentionné dans les études de cas de la Croix-Rouge en Espagne et en Autriche a joué un rôle important dans le développement des services. Dans d'autres projets, on fait appel aux réseaux sociaux locaux pour, par exemple, étendre les services dans la municipalité peu peuplée de *Kitee* en Finlande (où les voisins et les autres personnes concernées reçoivent par ailleurs un paiement pour leur rôle) ou pour faciliter la mise en œuvre du service de téléassistance «*Équinoxe*» en France. L'emploi de bénévoles comme ressource primaire est mentionné dans l'étude de cas sur le *service de téléassistance domestique de la Croix-Rouge* de Barcelone. Les bénévoles bénéficient du soutien d'un personnel de base qui fait état d'une importante satisfaction professionnelle.



La gestion des bénévoles entraîne parfois des pressions supplémentaires, et, au Danemark, dans un des cas, la décision a été prise de ne pas en recruter pour cette raison. Leur présence permet toutefois, dans certains cas, au personnel rémunéré de se concentrer sur des questions plus stratégiques. Le ministère danois des affaires sociales a établi un groupe de travail pour favoriser le bénévolat et le dialogue civil, qui a conduit à la mise en place de mécanismes de soutien à la formation des bénévoles ainsi qu'à une coopération entre les municipalités et les organisations bénévoles. Le centre pour la promotion du travail social bénévole a également été chargé de diffuser des informations sur le bénévolat.

On reconnaît de plus en plus que les bénévoles peuvent combler l'écart entre les usagers et les prestataires de services officiels, humaniser les services et favoriser l'implication et la participation des usagers. En Espagne, la croissance du nombre de bénévoles est associée au rôle accru donné aux organisations sans but lucratif dans la mise en œuvre des services. De même en Grèce et au Portugal, les bénévoles sont considérés comme une ressource précieuse pour la satisfaction des exigences en matière de soins et d'indépendances des personnes âgées. Bien qu'en Grèce les niveaux demeurent bas, au Portugal, ce point de vue a conduit à l'adoption de nouvelles stratégies importantes pour le soutien et la formation des bénévoles et pour l'utilisation de personnes âgées actives dans le secteur des soins. La promotion du bénévolat dans toute l'Europe soulève d'importantes questions concernant la nécessité de donner une formation adéquate aux bénévoles pour garantir la qualité des services et d'établir des structures pour éviter les conflits entre le personnel salarié et le personnel bénévole. Il est aussi nécessaire que ces derniers bénéficient d'une assurance et d'une protection en matière de santé et de sécurité.

Le temps de travail et l'organisation du travail

Les changements pour ce qui est de l'organisation du travail et du temps de travail sont apparus dans les services publics sociaux, à côté d'autres formes de flexibilité du travail, face à la nécessité de limiter les coûts et aux demandes croissantes concernant le développement des services et l'amélioration de leur qualité. Quand ces changements ont lié l'amélioration des services aux besoins des usagers et à l'implication des travailleurs, cela a donné lieu, dans certaines localités, à des expériences hautement innovantes. La souplesse des horaires a constitué l'un des leviers les plus importants pour l'introduction de changements organisationnels et la prolongation des services, tout en offrant en outre au personnel plus de possibilités de travailler de manière plus autonome et indépendante. Elle a constitué, ces dernières années, l'un des aspects les plus significatifs de l'égalité des chances et des politiques visant à permettre la conciliation du travail et de la vie de famille et occupe une place de plus en plus importante dans la négociation collective dans plusieurs pays.

Les horaires mobiles jouent également un rôle important dans l'amélioration des conditions de travail d'un grand nombre des travailleurs des services publics sociaux. Ces formes positives de flexibilité contribuent à donner aux travailleurs un plus grand choix et plus d'autonomie concernant leurs heures de travail, d'autant plus que les prestataires tentent de prolonger leurs heures d'ouverture et, dans certains cas, d'offrir un service disponible 24 heures sur 24. Dans

plusieurs études de cas, la plus grande autonomie et le rôle décisionnel confié aux employés des services publics sociaux leur donnent la liberté de choisir leurs horaires de travail. Cette capacité à s'adapter à la prolongation des horaires des services soumet le personnel à des pressions de travailler des horaires atypiques et variables, et les efforts pour répondre aux besoins des usagers de manière plus souple peuvent s'opposer à la qualité de la vie professionnelle. Néanmoins, plusieurs études de cas indiquent que le travail d'équipe, ainsi que d'autres systèmes innovants permettant aux travailleurs de concilier travail et vie de famille, la réduction du temps de travail et des mesures visant à permettre de supporter les pressions du travail, ont tous contribué à surmonter certaines de ces difficultés.

Dans l'étude de cas de la *ville de Mönchengladbach*, tous les employés ont la possibilité de choisir des horaires mobiles, réduits ou à temps partiel. La réduction des heures de travail est compensée par la redistribution du travail plutôt que par le recrutement d'autres personnes. Dans l'étude de cas de la *Croix-Rouge de Vienne*, le personnel a accueilli favorablement l'introduction d'horaires variables flexibles et fondés sur la capacité. Les autres exemples de flexibilité couvrent la possibilité pour le personnel de prendre des congés payés ainsi que des heures de travail réduites, subventionnées au moyen de mesures visant à créer des emplois pour les chômeurs.

Les stratégies de réduction et de réorganisation du temps de travail font partie des programmes des syndicats des services publics et de certains gouvernements nationaux depuis une décennie ou plus. Dans certains pays, celles-ci ont été liées à des possibilités d'améliorer les services aux usagers, de créer de nouveaux emplois dans les services publics sociaux et d'offrir plus de possibilités au personnel de travailler dans un cadre de flexibilité négociée qui leur offre plus de choix et d'autonomie en ce qui concerne leur temps de travail. En France, l'introduction de la semaine de 35 heures, dans le cadre de laquelle des incitations financières sont offertes aux employeurs pour qu'ils réduisent les heures de travail et créent de nouveaux emplois, commence à avoir un impact dans les services publics sociaux. Les études de cas soulignent le rôle que jouent ces mesures dans l'amélioration des conditions pour le personnel, dans les cas où la réduction du temps de travail entraîne la création de postes nouveaux. Les initiatives visant à assouplir les horaires (au moyen de «banques», d'heures de travail, permettant de prendre des congés plus longs, de congés sabbatiques, d'horaires mobiles, de travail durant l'année scolaire pour les parents, de subventions pour le travail à temps partiel, etc.) ont également eu un effet positif à cet égard, permettant, d'une part, une flexibilité organisationnelle externe plus grande et, de l'autre, plus de flexibilité interne concernant les heures de travail (Pillinger, 2000).

Dans plusieurs pays, des accords sur le temps de travail ont permis d'échanger des réductions du temps de travail contre la prolongation des horaires des services et leur restructuration. Des accords nationaux donnant la priorité aux réductions du temps de travail et à la flexibilité des horaires ont été conclus dans le cadre de cette restructuration en Allemagne, au Luxembourg, aux Pays-Bas et en Suède et, dans ces pays, les employés se montrent de plus en plus favorables aux systèmes flexibles de temps de travail. Dans plusieurs pays, en particulier en Finlande, les réductions du temps de travail sont envisagées dans le contexte d'une amélioration des



conditions d'emploi et consistent par exemple à réduire les pressions du travail, à augmenter le nombre des retraites anticipées, à permettre d'interrompre son activité professionnelle ou à augmenter la durée des vacances. Enfin, les réductions du temps de travail s'inscrivent dans une initiative majeure pour réduire le chômage et redistribuer les emplois dans le secteur des services publics sociaux. La semaine de 35 heures introduite en France, mentionnée plus haut, est une stratégie d'emploi nationale destinée à permettre la création d'emplois pour les jeunes chômeurs. Plusieurs études de cas mentionnent l'importance de ces stratégies pour le personnel travaillant dans les services publics sociaux. En outre, la tendance à une décentralisation accrue de la négociation collective dans les services publics est étroitement liée à une plus grande flexibilité du marché du travail. Les accords locaux et sectoriels occupent une place de plus en plus importante dans les efforts pour adapter le temps de travail aux besoins locaux en matière de services.

La conciliation du travail et de la vie de famille préoccupe de plus en plus les partenaires sociaux et les gouvernements face à l'augmentation du taux de participation des femmes au marché du travail dans tous les États membres de l'UE. Aux Pays-Bas, on a élaboré une loi-cadre sur les *soins* et le *travail* visant à réaliser un équilibre entre l'emploi et les soins. Le projet de *loi générale sur l'emploi et les soins sociaux (AWAZ)* a pour but de réaliser l'égalité des droits des fonctionnaires et des autres employés, d'introduire des mesures d'épargne-temps (grâces auxquelles les heures supplémentaires accumulées peuvent être récupérées sous forme de congés payés) et de permettre une flexibilité du temps de travail, y compris des réductions du temps de travail offertes aux travailleurs qui veulent soigner un de leurs proches. Les travailleurs auront le droit de réduire leurs heures de travail et de travailler à temps partiel. Un financement sera aussi disponible pour des expériences visant à réaliser une meilleure utilisation du temps ainsi que pour des recherches concernant un nouveau système de congés de soins payés. Aux Pays-Bas et en Suède, dans ce climat de restructuration et de flexibilité, le choix des employés (en particulier des femmes) s'est beaucoup développé en ce qui concerne le temps de travail. Il faut toutefois noter que les préférences en matière d'horaires sont souvent limitées par l'insuffisance des services d'accueil des enfants et des personnes âgées par exemple, qui affectent à leur tour la participation des femmes au marché du travail, à plein temps ou à temps partiel.

L'égalité des chances

Le personnel de première ligne des services publics sociaux est souvent féminin, notamment dans le domaine de l'aide à domicile. Le rapport de la Commission européenne (1998d) *Care in Europe* reconnaît l'importance de la nécessité d'améliorer les conditions d'emploi et les salaires de ces femmes et affirme que le passage à des services de soins à domicile favorise l'individualisation des soins et offre des possibilités importantes de création d'emplois. Il met toutefois en garde contre l'expansion du nombre d'aides à domiciles de sexe féminin sous-payées, face notamment au taux de chômage élevé des femmes. Le rapport affirme clairement (p. 45) que les programmes de soins à domiciles organisés et supervisés par les services publics permettent d'éviter ces inconvénients en offrant aux travailleurs une formation ainsi qu'un parcours professionnel.

La participation croissante des femmes au marché du travail a imposé des pressions accrues aux aidants informels et a affecté la participation au travail rémunéré ainsi que le nombre d'heures travaillées. Ce problème s'est fait ressentir tout particulièrement en Grèce, en Espagne, en Italie et au Portugal où les soins familiaux sont devenus plus problématiques étant donné la participation croissante des femmes au marché du travail dans les villes. Enfin, un grand nombre des femmes qui travaillent dans le secteur des soins à domicile ont un statut relativement inférieur: les contrats sont souvent temporaires et le travail, à temps partiel. La participation croissante des femmes au marché du travail nécessitera à l'avenir une expansion des services publics sociaux, en particulier de ceux qui apportent un soutien aux familles.

Les services publics sociaux ont été les premiers à mettre en œuvre des politiques d'égalité des chances, et en élaborant des stratégies visant à insérer les catégories les plus défavorisées dans la société, ont eux-mêmes innové dans le domaine de l'égalité des chances. Ainsi, la question du recrutement et de la discrimination positive dans l'embauche de personnel, en particulier parmi les catégories qui ont le plus de difficultés à trouver des emplois (les chômeurs, les femmes, les immigrés et les personnes âgées), est intégrée à la politique du service de *téléassistance domestique de la Croix-Rouge* en Espagne. Dans d'autres cas, le personnel travaillant dans des projets associatifs innovants du secteur sans but lucratif sont souvent eux-mêmes d'anciens usagers des services.

L'égalité des chances constitue un élément important du modèle nordique de protection sociale. Dans ces pays, et en particulier en Suède, la croissance des services publics sociaux a été liée directement à la création de possibilités d'emploi pour les femmes. Ainsi, la politique suédoise en matière d'égalité repose sur la conviction que les hommes et les femmes doivent jouir de droits, d'obligations et d'opportunités identiques, dans tous les domaines de la société (Regeringskansliet, 1999a). Des instruments politiques complexes sont mis en œuvre en Suède pour favoriser l'égalité des chances, dont le médiateur de l'égalité des chances, la commission sur l'égalité des chances et le conseil sur les questions d'égalité. Un aspect important de la politique suédoise récente en matière d'égalité concerne l'intégration de la dimension de genre (l'intégration de l'égalité entre les hommes et les femmes dans l'ensemble des objectifs prioritaires, des politiques, des mesures et des activités) dans tous les domaines de la politique et par tous les départements nationaux et locaux. Cette démarche a été appliquée avec un succès particulier dans l'administration locale, où l'Association suédoise d'autorités locales a mis en œuvre un projet pilote (le projet «JämKom») destiné à mieux la faire connaître et à sensibiliser les employés. Un autre élément de la politique suédoise en matière d'égalité concerne la nécessité pour les employeurs des secteurs public et privé de soumettre des plans d'égalité annuels décrivant leurs principales stratégies en la matière. Ces plans sont contrôlés par le médiateur de l'égalité (JÄMO), bien qu'aucune pénalité ne soit imposée pour leur non-respect. La nécessité de planifier dans une optique d'égalité a permis de sensibiliser les organisations à l'égalité et de les encourager à développer des pratiques à cet égard.

Dans d'autres États membres, les autorités locales ont accordé une forte priorité aux questions d'égalité des chances. Ainsi, dans la *commune de Bologne*, un comité des femmes pour la

Tableau 14 — Le rôle du personnel et de la direction dans les études de cas

	Participation du personnel aux décisions	Travail en équipe	Pratiques efficaces de gestion	Autonomie du personnel dans le travail et capacité à prendre des décisions	Participation du personnel au suivi interne de la qualité (formel ou informel)
<i>Belgique</i>					
Vitamine W	✓	✓	✓	✓	✓
Service intégré d'aide et de soins psychiatriques (SIAJeF)	✓			✓	✓
<i>Danemark</i>					
Autorité locale de Slagelse — service préventif pour les personnes âgées	(✓)	✓	✓	✓	✓
Service «Askovgården» pour les personnes souffrant de maladies mentales	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Allemagne</i>					
Conseils d'aide sociale et assistance psychosociale pour les personnes âgées, Mönchengladbach	✓	✓	✓	✓	✓
Système intégré d'aide à la jeunesse RAN-JOB-BET de Salzgitter	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Grèce</i>					
Services aux personnes âgées: service d'aide ménagère de Peristeri	—	—	—	—	—
Société de psychiatrie sociale et d'hygiène mentale	✓	✓	(✓)	✓	✓
<i>Espagne</i>					
Téléassistance domestique, Croix-Rouge espagnole	✓	✓	✓		✓
Aspronis — projet pour les handicapés mentaux	✓	(✓)	—	—	✓
<i>France</i>					
Équinoxe et Équinoxe Plus	✓	✓	✓	✓	✓
Du côté de chez soi	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Italie</i>					
Services sociaux pour les personnes âgées démunies de la commune de Bologne	(✓)	✓	✓	✓	✓
Centro Socio Educativo (SCE), Lissone, Milan	✓	(✓)	✓	✓	✓
<i>Autriche</i>					
Convalescence à domicile: Croix-Rouge	✓	✓	✓	✓	✓
Association Bungis	(✓)	✓	✓	✓	✓
<i>Finlande</i>					
Unité de création d'emplois Zappa	✓	✓	✓	✓	✓
Services de soins à domicile de Kitee	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Royaume-Uni</i>					
New deal pour les jeunes de Bristol et du sud du Gloucestershire	✓	✓	✓	✓	✓
Bristol care and repair	✓	✓	✓	✓	✓

gouvernance de la ville a joué un rôle important dans l'élaboration de mesures de formation pour les employés des services sociaux et de santé sur les questions d'égalité des sexes. Le comité sur l'égalité des chances du personnel a établi plusieurs projets sur le temps de travail et les horaires. À Valence, en Espagne, responsables et partenaires sociaux ont suivi un programme de formation et de développement concernant l'égalité des chances visant à améliorer la position des femmes travaillant dans les services publics. On peut également citer les expériences menées par plusieurs autorités locales britanniques avec l'introduction des *strategic equality plans in service delivery* (plans stratégiques sur l'égalité dans la mise en œuvre des services, STEPS) et les programmes d'intégration de la dimension de genre établis dans le secteur public, au Danemark, aux Pays-Bas, en Finlande et en Suède, qui ont joué un rôle particulièrement important dans l'identification de l'impact des politiques nationales, régionales et locales sur les femmes. En France, les ministères sont tous obligés à déterminer l'impact des lois pour l'égalité des sexes, y compris celui des lois existantes. Ces mesures ont conduit à accorder une attention particulière aux possibilités de carrière des femmes et à leur salaire.

Ces initiatives ont contribué à inspirer de nouvelles démarches de la promotion de l'égalité et à faire intégrer celles-ci dans la mise en œuvre des services. La priorité accordée à l'intégration de la dimension de genre par l'UE, examinée au chapitre 2, exerce une influence importante sur une série étendue de questions de politique générale, y compris les programmes d'emploi nationaux et ceux des Fonds structurels.

L'importance de la législation nationale et communautaire sur l'égalité entre les femmes et les hommes pour les travailleuses réside dans le fait qu'elle a permis au moins d'éliminer les pires excès de la discrimination et offre un contexte précieux pour les négociations collectives. Cependant, la rémunération et les conditions d'emploi des femmes demeurent inférieures à celles des hommes, et leur accès à la formation, au développement de carrière et à la promotion est moins développé à cause de leurs obligations familiales et de l'attitude discriminatoire des employeurs.

La formation et le développement

Les pays qui développent leurs services ou qui s'efforcent de les mettre en œuvre de manière plus coordonnée et intégrée accordent une place plus grande à la formation et au développement du personnel. Cette priorité les a conduits à mettre en place de nouvelles initiatives visant à développer les compétences de leur personnel, à augmenter le professionnalisme et à élaborer de nouveaux systèmes d'organisation et de gestion. Ces initiatives ont joué un rôle particulièrement important dans le développement du secteur sans but lucratif. Toutefois, la formation et le développement sont coûteux en temps et en argent. Malgré la place croissante accordée au recyclage en Autriche, on exprime des inquiétudes concernant le fait que souvent, lorsque des stratégies de limitation des coûts sont mises en œuvre, les stages de recyclage sont le premier poste budgétaire à subir des réductions. Dans les études de cas de la *Croix-Rouge de Vienne* et de l'*association Bungis*, on signale qu'une forte priorité est accordée à la formation, bien que, selon le personnel de première ligne, celle-ci soit encore insuffisante. Dans l'étude de cas du *groupe*



Aspronis, la spécialisation et la professionnalisation du service a entraîné une amélioration importante des conditions de travail, permettant à chaque membre du personnel professionnel de se concentrer sur la tâche pour laquelle il est formé. Cette plus grande professionnalisation se manifeste dans l'importance attachée à la formation pour permettre au personnel de se tenir au courant des concepts nouveaux, des expériences et des questions de santé et sécurité.

La prise des décisions et la participation des travailleurs

L'importance croissante attachée à la participation des travailleurs aux décisions dans la restructuration des services est manifeste dans plusieurs études de cas. Elle a contribué considérablement à modifier les cultures organisationnelles et à promouvoir de nouvelles stratégies de formation. Les études de cas indiquent en particulier que les partenariats et les restructurations des services auxquels les travailleurs ont participé directement ont été mis en œuvre avec grand succès dans les services sociaux et de santé en Italie. Au Danemark et en Suède, cette démarche a conduit au développement des nouveaux concepts de l'«organisation apprenante», tandis que dans un nombre croissant de pays, on élabore de nouvelles stratégies d'apprentissage tout au long de la vie. En Irlande, dans le but d'améliorer à la fois les services rendus au public ainsi que les conditions de travail du personnel et des responsables, et pour répondre aux changements organisationnels, on a établi en 1998 et en 1999, dans les départements ministériels, des *comités de partenariat* regroupant les responsables et les syndicats. On a par la suite créé un cadre semblable pour l'administration locale et le secteur de la santé.

Le tableau 14 résume les rôles du personnel et de la direction dans les études de cas. Presque toutes les études de cas indiquent que le personnel participe aux décisions dans leurs organisations. On a mis en place des pratiques de travail en équipe dans la majorité d'entre elles, et les employés ont la possibilité de travailler de manière autonome et de prendre des décisions. Ces structures organisationnelles sont en outre associées avec les pratiques efficaces de gestion qui ont été introduites dans tous les cas étudiés sauf un, la Grèce. Enfin, le personnel participe dans une large mesure au suivi de la qualité interne, tant de manière formelle que de manière informelle.

L'importance de structures décisionnelles efficaces dans le développement organisationnel est reflétée dans les études de cas. Elles favorisent une gestion efficace du changement et des structures organisationnelles souples, qui permettent aux services de concilier la satisfaction des besoins des usagers en services de qualité et des conditions de travail adéquates. Une conclusion importante tirée des études de cas est que le personnel est déterminé à améliorer la qualité des services et que les rapports uniques entre le personnel et les clients des services publics sociaux, ainsi que la préoccupation du personnel concernant les intérêts des clients, leur autonomie et leur bien-être constituent une caractéristique prédominante.

L'efficacité des structures décisionnelles et de gestion ont joué un rôle essentiel dans la croissance et la réorientation des services. En Autriche, le développement rapide des associations

sans but lucratif a entraîné la nécessité d'une adaptation des structures décisionnelles. Les nouveaux systèmes de formation des responsables et l'introduction de systèmes moins hiérarchiques de gestion moderne ont incontestablement amélioré la capacité de ces organisations à s'adapter au changement. Les organisations qui se sont développées rapidement ont eu toutefois des difficultés à trouver des mécanismes permettant de maintenir la participation du personnel aux décisions. Les réunions d'équipe, les journées de planification annuelle et les conférences structurelles de l'*association Bungis* offrent au personnel la possibilité de contribuer à la définition des objectifs stratégiques et des buts futurs et de donner son avis, avant que la direction ne prenne des décisions définitives. On considère en effet que la participation du personnel à la mise en place d'une structure salariale fondée sur le rendement a contribué au succès de sa mise en œuvre. Dans d'autres études de cas, les travailleurs de première ligne participent plus rarement aux décisions et à la planification stratégique. Dans le *groupe Aspronis*, par exemple, une structure décisionnelle hiérarchique est en place et les travailleurs ne contribuent pas aux décisions, qui sont définies clairement comme l'un des rôles de la direction.

L'implication des travailleurs et la participation des syndicats aux accords locaux de planification des nouveaux services ont permis de souligner les liens entre la qualité des conditions de travail et celle des services. Comme l'implication des usagers, dans le cas de l'étude sur la *commune de Bologne* (examinée au chapitre 4), le partenariat social a joué un rôle critique dans la conclusion d'accords de planification et l'amélioration de la qualité. Dans l'étude de cas sur le *centre socio-éducatif de Lissone*, la participation des travailleurs à la planification et à la gestion des services a progressé. Elle a favorisé l'introduction d'innovations qui ont permis de réorganiser le travail pour le rendre moins astreignant et plus satisfaisant, bien qu'elle ait eu un effet limité sur la sécurité et la flexibilité des conditions de travail.

Le dialogue social dans les services publics sociaux

Peu des employés des organisations à but lucratif et sans but lucratif étudiées appartiennent à un syndicat, bien que dans le secteur sans but lucratif, certains participent aux comités d'entreprise ou à des structures consultatives et décisionnelles informelles, notamment en France sous l'effet d'accords sur les 35 heures.

L'enquête EPOC de la Fondation a de même mis en lumière la place importante accordée à la participation directe des employés dans les services publics sociaux, en particulier dans le secteur public qui tend à être fortement syndicalisé dans toute l'Europe, et qui est soutenu par des accords collectifs qui protègent en général l'emploi (Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 1998). En fait, il est clair que les meilleures conditions de travail se sont développées dans le cadre de bons rapports entre employés et employeurs, cimentés par des accords collectifs conclus aux niveaux national et local. La tendance à des structures de négociation plus localisées, apparente dans tous les pays, reflète la nécessité d'adapter les conditions de travail aux circonstances et aux besoins locaux. Cette démarche est particulièrement fructueuse au Danemark, aux Pays-Bas et en Suède, où les négociations locales se déroulent dans le cadre d'un accord collectif national. En Allemagne, en Irlande et aux Pays-Bas, les accords nationaux ont joué un rôle important dans la définition de



priorités nationales pour les négociations collectives sur les salaires et les conditions d'emploi du secteur public.

Il est incontestable que les nouveaux rapports d'emploi résultant d'une économie de prestations de plus en plus mixte, les nouvelles formes de travail flexible et les nouveaux modèles d'emploi des femmes modifient de manière radicale les modèles d'emploi établis des services publics. Néanmoins, la syndicalisation des services publics est relativement importante dans toute l'Europe, et on observe le déroulement d'un processus de modernisation au sein des syndicats eux-mêmes en réponse à la restructuration des services publics. Comme, dans tous les États membres, le taux de syndicalisation demeure faible dans le secteur sans but lucratif, de nouvelles stratégies de recrutement et d'organisation se développent dans plusieurs pays pour représenter les travailleurs de ce secteur et élaborer des accords collectifs définissant des conditions d'emploi comparables à celles du secteur public. Dans certains pays, les services publics sociaux se sont caractérisés par une baisse des effectifs et une détérioration des salaires et des conditions d'emploi (le Royaume-Uni constitue peut-être l'exemple le plus frappant à cet égard).

Ce déclin a conduit les syndicats et les responsables des services publics à relever plusieurs défis. Les changements mis en place sont les suivants:

- flexibilité du temps de travail, développement du choix et de l'égalité des chances en conséquence directe des améliorations et de l'expansion des services;
- négociation de nouvelles formes d'organisation du travail, y compris partenariats entre les syndicats et les employeurs pour la transformation des organisations à tous les niveaux de la hiérarchie professionnelle;
- nouveaux concepts adaptables de formation, d'apprentissage tout au long de la vie et d'une «organisation apprenante», y compris négociation de congés de formation, familiaux ou sabbatiques;
- réforme de la gestion publique;
- recrutement et protection des travailleurs du secteur sans but lucratif en expansion et efforts pour apporter un soutien aux responsables ainsi qu'au personnel;
- alliances et stratégies conjointes entre les syndicats et les groupes d'utilisateurs.

Les liens entre la qualité des services et la qualité de la vie professionnelle

Un thème important de la recherche de la Fondation concernait l'évaluation des changements des services sur le plan de leur qualité et de celle de la vie professionnelle. La recherche sur les services publics sociaux laisse supposer qu'il existe un lien étroit, de plus en plus important, entre la qualité des services et celle de la vie professionnelle. Les faits examinés dans ce chapitre indiquent que l'innovation et l'expérimentation ont eu un effet positif sur la motivation et la participation du personnel. Toutefois, à long terme, le dévouement et la motivation peuvent se dégrader sous l'effet de la faiblesse des salaires, du peu de considération, de la précarité, de la longueur des horaires, du stress et du surmenage, qui peuvent tous contribuer à la détérioration

de la qualité du travail. Nous avons aussi démontré que l'importance accordée aux compétences, à la formation et à la professionnalisation de la mise en œuvre des services (y compris à la capacité du personnel à innover et à répondre aux besoins des usagers) est étroitement liée à la qualité des services rendus aux usagers. La considération et les satisfactions associées au travail dans les services publics sociaux, en particulier pour le personnel de première ligne, sont essentielles pour attirer un personnel qualifié et plus jeune dans ce secteur en expansion, ce qui permettra à son tour aux services de répondre à l'avenir aux besoins multiformes des usagers. Pour avoir des services de haute qualité, il faudra créer de plus en plus d'emplois d'une qualité correspondante.

Le lien entre la qualité des services et celle du travail est mentionné dans plusieurs études de cas où l'amélioration des conditions de travail, l'augmentation de la spécialisation et de la professionnalisation des tâches ainsi que la formation et le développement permanents du personnel sont considérés comme essentiels pour réaliser des services de qualité centrés sur les usagers. Certaines signalent toutefois que le personnel considère la qualité des services comme plus importante que les conditions de travail. Ces conclusions sont en outre confirmées par la détermination extraordinaire du personnel à améliorer la qualité. Cette détermination se traduit notamment par des sacrifices personnels, car les rapports personnels avec les clients et les efforts constants pour assurer leur bien-être, leur autonomie et leur insertion dans l'emploi ou la société sont des indicateurs importants de la satisfaction professionnelle. Ces observations soulèvent des questions sérieuses concernant le dévouement personnel demandé aux travailleurs des services publics sociaux et les problèmes que cela crée sur le plan de l'égalité des chances, des heures de travail (dans le contexte d'une culture d'horaires prolongés), de la qualité de la vie professionnelle et des effets à plus long terme sur la qualité des services.

L'étude de cas «*Du côté de chez soi*» démontre que des conditions de travail adéquates sont essentielles pour la mise en œuvre de services de qualité. Cette organisation les considère comme vitales dans un service où le travail est difficile et astreignant. Bien que les employés travaillent plus que les 39 heures hebdomadaires spécifiées dans leur contrat, ils peuvent récupérer ces heures supplémentaires par blocs de plusieurs jours. Ces congés sont considérés comme importants pour permettre au personnel de décompresser vu l'intensité du travail. Les contrats prévoient des périodes d'astreinte régulière, mais, sauf en cas d'intervention, les heures d'astreinte ne comptent pas comme heures de travail. L'introduction de la semaine de 35 heures entraînera la renégociation des heures de travail et d'astreinte ainsi qu'une amélioration des conditions de travail. L'association adopte la semaine de 35 heures car elle pourra ainsi recruter un quatrième travailleur social pour compenser la réduction des heures travaillées par le personnel. Le point de vue général des employés est que travailler chez «*Du côté de chez soi*» demande un degré élevé de vocation sociale, comme exprimé par l'un d'entre eux, selon lequel l'éthique du travail «... implique le don de soi, et de ce fait, nos conditions de travail ne sont pas ordinaires». Cette attitude n'est pas rare parmi les travailleurs de première ligne des services publics sociaux, qui placent leur engagement en faveur de leurs clients au-dessus de leurs besoins personnels ou professionnels. Sous d'autres aspects, la participation aux décisions, les bons rapports entretenus dans le travail d'équipe, l'indépendance dans le travail et l'ambiance de



travail chaleureuse contribuent à susciter un fort engagement de la part des travailleurs et à créer un service de haute qualité.

Conclusion

Cette recherche a montré qu'il existe une interdépendance manifeste entre la qualité des services et la qualité du travail. L'aspect principal de ce lien (et celui qui est le plus facilement reconnu par les employeurs et les organismes de financement) concerne le domaine du développement et de la formation du personnel. En effet, l'accroissement de la professionnalisation et de la spécialisation ainsi que la nécessité pour le personnel de prendre des décisions de manière autonome, dans le contexte d'une mise en œuvre plus complexe des services, demandent un personnel adaptable et bien formé. Cette nécessité se reflète dans l'importance accrue accordée à l'apprentissage tout au long de la vie et au concept de l'«organisation apprenante» dans les services publics sociaux. Plusieurs études de cas signalent l'importance de la formation et du développement du personnel et le besoin croissant de compétences professionnelles pour améliorer la qualité des services.

Dans les services publics sociaux, la qualité des services est étroitement liée au rôle joué par les travailleurs de première ligne qui les mettent en œuvre. Un certain nombre d'études de cas indiquent que le manque de continuité des services, la précarité du travail et le renouvellement constant du personnel ont un effet adverse sur la qualité. Ainsi, dans les services pour jeunes chômeurs de longue durée, un grand nombre des travailleurs de première ligne sont recrutés dans le cadre de contrats de un an, dépendants de structures de financement nationales et européennes. Ce manque de sécurité de l'emploi peut nuire à la qualité et à la continuité des services.

La recherche menée pour ce projet met en lumière plusieurs indicateurs dénotant de bonnes conditions de travail dans les services publics sociaux, qui peuvent être appliqués dans l'ensemble des États membres de l'UE. Ceux-ci sont les suivants:

- une rémunération et des conditions d'emploi tenant compte de la complexité et des pressions du travail, qui ne sont pas soumises à des pressions négatives par la concurrence;
- la durabilité et la continuité du financement, et la sécurité de l'emploi pour le personnel;
- des systèmes de gestion qui permettent au personnel de participer aux décisions et de donner son avis sur des questions telles que le stress et le surmenage, la supervision et le développement de l'organisation, la supervision et le développement organisationnel ainsi que le rapport entre le nombre de clients et d'employés;
- des démarches participatives de l'assurance qualité et de l'information en retour;
- la formation et le développement du personnel;
- des formes positives de flexibilité liées aux besoins en matière de services, y compris la possibilité de concilier travail et vie de famille;
- des pratiques et des politiques d'égalité des chances;
- un dialogue social pour ce qui est du lieu de travail.

Il existe plusieurs moyens d'établir un lien plus étroit entre la qualité de la vie professionnelle et la qualité des services. En fait, plusieurs études de cas font référence aux possibilités qui s'offrent à cet égard dans le contexte d'une amélioration d'ensemble de la qualité des services et mettent en lumière les défis spécifiques que devront relever à l'avenir les services publics sociaux.

- Des mesures visant à améliorer l'équilibre entre la flexibilité et la sécurité de l'emploi dans un marché de plus en plus compétitif des services. La continuité des emplois et du financement des services contribuerait à améliorer la formation et le développement des ressources humaines ainsi que les services aux usagers. Il est important d'élaborer des instruments permettant d'améliorer la sécurité de l'emploi, en particulier quand les régimes financiers sont à court terme.
- La possibilité pour le personnel des services publics sociaux de bénéficier de promotions horizontales pour éviter au personnel de première ligne de perdre contact avec ses clients.
- Des mécanismes permettant au personnel de concilier leur travail avec les clients et les tâches croissantes d'administration, d'évaluation et de contrôle nécessaires dans les services publics sociaux modernes.
- L'harmonisation des conditions de travail pour faciliter la coordination et l'intégration des services, tout en évitant les renouvellements de personnel trop fréquents causés par les contrats précaires et les rémunérations insuffisantes.
- Des conditions de travail plus flexibles permettant aux travailleurs de disposer durant leur vie de plus de choix dans leur type et leur rythme de travail.
- Une supervision et un soutien psychologique permettant aux travailleurs de satisfaire aux exigences de leur travail.
- Les mesures de réduction des coûts conduisent à des problèmes dans les conditions de travail. Dans certains pays, la précarité du marché du travail a limité les possibilités d'emplois bien rémunérés et sûrs, en particulier pour les jeunes des deux sexes qui commencent leur vie professionnelle.



Chapitre 6

Conclusions et recommandations

L'évolution rapide de la société, le vieillissement de la population, les nouvelles formes de travail et de vie familiale et l'augmentation de l'exclusion sociale soulèvent des questions fondamentales pour l'élaboration des politiques par l'UE et les gouvernements nationaux. Quels objectifs faut-il établir pour l'égalité, l'inclusion, la justice sociale, l'efficacité et la redistribution dans l'ensemble de l'Europe en réponse aux nouveaux défis, risques et possibilités qui ont fait le sujet du présent rapport? Sur quels principes doivent reposer les actions futures? Quels types d'indicateurs, de critères ou de normes doivent être établis pour façonner le développement futur des services? Comment l'économie fondée sur les connaissances et le *welfare mix* croissant peuvent-ils également contribuer à la création de services publics sociaux et de conditions de travail de qualité? Comment l'égalité des hommes et des femmes devant l'accès à des services et à des conditions de travail adéquats peut-elle être préservée? Comment peut-on continuer à améliorer les services rendus aux quatre catégories de clients étudiées dans un climat d'austérité budgétaire?

Nous avons montré que si les quinze États membres affrontent des problèmes et des défis communs, ils présentent des différences étendues concernant le financement, l'organisation et la mise en œuvre des services publics sociaux ainsi que les conditions de travail qui y sont appliqués. Bien qu'il existe des possibilités d'élaborer des démarches communes concernant ces problèmes au niveau européen, différents types de processus institutionnels et de réformes continueront d'être nécessaires au niveau national.

Dans certains cas, les stratégies de réforme résultent de la transformation de services universels de masse fournis par l'État et gérés de manière bureaucratique en des services plus individualisés, tandis que dans d'autres elles sont causées par l'apparition de rapports entre l'État, la communauté, le secteur associatif et le marché. De nouvelles formes d'identité et

d'action humaine ont permis d'approfondir les connaissances sur les besoins, les possibilités et les risques de plus en plus complexes et différenciés associés avec l'exclusion sociale et la dépendance envers la protection sociale ainsi que les réponses pouvant leur être apportées.

L'un des objectifs importants du présent rapport a été de faire référence aux bonnes pratiques. Certains de ces modèles peuvent être développés, et un enseignement important peut en être tiré pour la prestation des services sociaux dans toute l'Europe. Nous faisons donc plusieurs recommandations à la fin du présent chapitre.

Le fait que, dans l'ensemble de l'UE, la nécessité de définir des politiques sociales plus actives pour la restructuration de la protection sociale soit reconnue est aussi important. Cette reconnaissance a conduit à des stratégies d'investissement social reliant l'activation des chômeurs aux investissements dans la formation professionnelle et l'apprentissage tout au long de la vie, à l'insertion professionnelle des femmes, des chômeurs et des personnes âgées et handicapées, ainsi qu'à des stratégies de vieillissement actif, visant à réduire la dépendance envers l'État. Bien que ces objectifs soient partagés, ils ne constituent pas une solution aux besoins en matière de services de qualité des personnes âgées ou handicapées dépendantes leur permettant de conserver leur indépendance, leur bien-être financier, leur autonomie et leur santé en dehors du marché du travail. Il y a un danger que l'insertion professionnelle devienne exclusivement associée à l'inclusion sociale, et qu'on oublie la nature multidimensionnelle de l'exclusion sociale des personnes qui demeurent en dehors du marché du travail.

Aux niveaux national et local, *la coordination et l'intégration des services* constituent une orientation associée à l'amélioration de la qualité, de la flexibilité et de la capacité des services publics sociaux à s'adapter aux usagers. Ce changement de philosophie découle en grande partie d'une prise de conscience des droits des usagers, conduisant à remplacer la démarche de *soins* et d'*assistance* par une démarche de *soutien* et d'empowerment, qui place l'autonomie, l'indépendance, l'action et la participation des usagers au premier plan du discours politique. Des réformes innovantes ont été introduites dans les services publics sociaux par la création de services entièrement nouveaux ou par la restructuration de services existants. Ces changements se sont caractérisés par la délégation, la décentralisation, la déréglementation et la désinstitutionnalisation.

L'impact de ce changement de priorités sur la qualité des services et les conditions de travail a constitué un axe important de la recherche de la Fondation sur les services publics sociaux. L'important, c'est que la restructuration de ces services et les efforts pour les adapter aux besoins et aux risques multiformes associés à l'exclusion sociale puissent les rendre plus capables d'une réflexion et plus adaptables. Les initiatives sur la qualité des services, devenues plus centrées sur les usagers, demandent une analyse et une évaluation de soi et de l'organisation plus approfondies. Les expériences relatées dans les études de cas indiquent que les services les plus progressistes en ce qui concerne la qualité et l'*empowerment* des usagers sont ceux mis en œuvre par des organisations qui ont introduit des systèmes de gestion plus flexibles et plus modernes, une implication et une participation plus grande des employés aux décisions, plus de mécanismes d'assurance qualité formels ou informels et plus de mesures de coordination internes et externes.



Bien que les initiatives nationales et locales visant à coordonner et à intégrer les services soient nombreuses, aucun pays n'a élaboré de stratégies de coordination et d'intégration universelles. Les innovations sont plutôt mises en œuvre au niveau de projets individuels, dans le secteur sans but lucratif, comme en Grèce, en Espagne, en Italie, en Allemagne, en Autriche et au Portugal, ou dans le cadre d'une coordination des services municipaux, comme au Danemark, en Finlande et en Suède. Il est incontestable que la coordination et l'intégration ont conduit à des services améliorés qui correspondent aux besoins et aux exigences des usagers et favorisent leur indépendance et leur insertion dans la vie en société et dans le travail.

Résumé des principaux défis qu'affrontent les services publics sociaux

Le présent rapport a permis de déterminer plusieurs enjeux clés relatifs à la restructuration des services publics sociaux et à l'impact de celle-ci sur la qualité des services et de la vie professionnelle. Ceux-ci ont pour contexte politique:

- une efficacité et une qualité améliorée des services publics, une économie mixte des prestations et une augmentation des exigences des usagers, bien que certains pays souffrent de contraintes budgétaires;
- des services décentralisés au niveau local pour améliorer la capacité des systèmes de soins à se montrer flexibles et intégratifs, en particulier en réponse à la désinstitutionnalisation;
- la promotion de l'inclusion sociale, en garantissant que chacun ait accès à des revenus minimaux et à des droits en matière de services de base; de nouvelles orientations politiques offrant un début de solution aux risques sociaux tels que l'accroissement de la pauvreté familiale, l'isolement ou l'échec scolaire;
- la réduction de la dépendance envers les aides sociales et la promotion d'une plus grande indépendance par des mesures actives (de plus en plus liées aux paiements des prestations), par exemple des mesures d'activation des chômeurs conduisant à la formation, à la réadaptation et à une expérience professionnelle;
- un plus grand rôle pour les secteurs bénévoles et associatifs dans la mise en œuvre des services, par des partenariats ou un financement direct de l'État;
- de nouvelles formes de gestion du secteur public et une amélioration des finances publiques.

La qualité des services

Ce rapport a montré l'importance actuellement attachée à la qualité des services, bien que les perspectives et les pratiques varient concernant la manière dont cette qualité doit être garantie, le degré de formalité des procédures de mise en œuvre et la place laissée à l'implication des usagers dans les améliorations.

La mise en place récente de groupes de travail et de groupes de réflexion dans plusieurs pays a joué un rôle important dans la création de partenariats consensuels concernant la qualité, regroupant des personnes possédant une expertise et une expérience étendues et permettant le partage de pratiques, l'échange de connaissances et l'élaboration d'activités d'assurance qualité.

Les études de cas indiquent que l'efficacité des communications entre les acteurs de tous les niveaux (organismes de financement, prestataires de service, employés usagers) peut contribuer à rendre les objectifs qualité inclusifs, significatifs et pertinents. Cette efficacité joue un rôle particulièrement important dans les efforts pour garantir l'intégration des perspectives des usagers aux mécanismes qualité, tandis que l'introduction de droits des usagers par la législation peut contribuer au développement de l'assurance qualité. De plus en plus, le *welfare mix* nécessite un partenariat constructif entre les prestataires de service et les organismes de financement permettant une coopération efficace, des échanges de vue et une confiance mutuelle. Cet objectif est important pour le développement de stratégies communes en ce qui concerne l'assurance qualité, les critères d'évaluation et les instruments de qualité.

La présente recherche met également en lumière l'absence générale de cadres qualité nationaux et de modèles systématiques d'assurance qualité dans les services publics sociaux, bien que des progrès aient été accomplis à cet égard dans plusieurs pays et au niveau de divers projets innovants. L'élaboration de cadres nationaux sur la qualité plus coordonnés et systématiques, en consultation avec les prestataires et les usagers, assortis de critères communs et de procédures d'évaluation, constitue une solution possible. Ces cadres pourraient contribuer à l'élaboration de dispositions contractuelles plus stables permettant une planification à plus long terme et la satisfaction de critères de qualité. Les contrats établis dans le cadre des appels d'offre pourraient stipuler des normes de qualité rigoureuses, des mesures de formation et de développement du personnel, des mesures d'égalité des chances, la participation des usagers et des mécanismes d'information en retour et d'évaluation.

La mise en œuvre de l'amélioration de la qualité dépend fortement de cadres nationaux ou régionaux susceptibles d'une adaptation locale. Il arrive toutefois que les cadres nationaux, s'ils privilégient des objectifs numériques (rentabilité ou nombre de clients aidés) qualitatifs, fassent en fait obstacle à la qualité au niveau local. Les cadres nationaux et régionaux peuvent néanmoins contribuer à orienter le développement de la qualité locale par des systèmes d'étalonnage et la définition des normes attendues dans le *welfare mix*. Cela veut dire que les prestataires de services, des responsables au personnel de première ligne, et les usagers doivent participer pleinement à la détermination des mesures de qualité locales, y compris l'amélioration des services, les indicateurs de performance et les méthodes pratiques d'évaluation et de suivi. Cela veut dire également qu'il convient de réaliser un équilibre approprié entre les instruments et les accords contractuels qui unissent les organismes de financement et les prestataires de services et les instruments juridiques établis aux niveaux national et régional. La législation peut ainsi jouer un rôle important dans la réglementation de la qualité des services rendus aux quatre catégories de clients. Elle peut notamment permettre d'introduire des mécanismes demandant aux prestataires de coordonner leurs structures de soutien, de développer la qualité de manière coordonnée et de mieux conseiller et informer les usagers concernant les services disponibles et/ou d'établir les droits des usagers à ces services.

Les meilleures pratiques de développement de la qualité sont notamment les suivantes:

- des démarches participatives, dans lesquelles la qualité est liée au choix et à l'autonomie des usagers;



- l'*empowerment* et la participation des usagers à la planification des soins (par des ensembles complets de mesures, des ensembles de soin, des plans de travail/formation, etc.) permettant aux usagers d'élaborer leurs propres mesures de soin;
- des améliorations de la qualité couvrant des méthodes pertinentes et pratiques d'évaluation, mises en œuvre avec la participation des usagers ainsi que du personnel de première ligne;
- des objectifs qualité appropriés et susceptibles d'une adaptation aux conditions locales, assortis d'un mécanisme d'information en retour et de pratiques clairement établies gérées aux niveaux locaux;
- des normes qualité élaborées en partenariat avec le personnel, la direction, les usagers, la famille, au moyen par exemple d'une démarche qualité fondée sur le travail d'équipe mise en œuvre par des «groupes qualité», des «améliorateurs de la qualité», des «prix qualité» et/ou des formes internes d'assurance qualité mises en œuvre par les travailleurs.

Les efforts d'amélioration de la qualité des services ont conduit à créer des systèmes de suivi et d'évaluation de l'amélioration dans les services publics sociaux. Les meilleurs ont entraîné la mise en place de structures flexibles, plus réflexives, qui ont un impact direct sur le développement de l'organisation et la mise en œuvre des services. Les études de cas indiquent toutefois la nécessité de mener des recherches plus efficaces pour déterminer les besoins des usagers et obtenir leur avis sur la qualité des services. L'évaluation des initiatives qualité est en général effectuée à l'instigation des prestataires, et les usagers eux-mêmes sont rarement consultés concernant les nouvelles formes de mise en œuvre des services. Il faut donc mener des enquêtes auprès des usagers et établir des mécanismes d'information en retour avant, durant et après la mise en œuvre d'initiatives d'intégration des services. Cela est particulièrement important pour permettre d'évaluer dans quelle mesure la qualité des soins contribue à l'indépendance et à l'autonomie des usagers. Le suivi et l'évaluation plus systématiques des succès et des échecs des modèles qui se développent dans les services publics sociaux contribueront à évaluer l'impact de l'intégration des services sur les conditions de travail et la qualité des services. À cet égard, l'innovation peut devenir source d'apprentissage, si les projets réussis sont diffusés largement et intégrés aux niveaux local, national et européen.

Enfin, les nouvelles technologies jouent un rôle croissant dans l'amélioration de la qualité des services. On peut citer, par exemple, les investissements dans des services de soins intermédiaires et des services d'information aux citoyens. Il faudra à l'avenir exploiter davantage les technologies de l'information pour le développement des services publics sociaux. L'impact de ces changements devra être suivi et évalué systématiquement, notamment en ce qui concerne l'accès des catégories les plus défavorisées aux technologies nouvelles, aux guichets uniques, etc. Des mesures visant à prévenir la pauvreté technologique devront être intégrées aux stratégies de mise en place de ces nouvelles technologies pour éviter l'apparition de nouvelles formes d'exclusion.

L'égalité des chances

L'égalité des chances joue un rôle central dans les nouvelles formes de prestation des services, en particulier dans les efforts pour veiller à ce que la mise en œuvre des services tienne compte des

nouvelles formes d'identité et de l'expression des besoins liés à l'appartenance raciale et sexuelle, à la classe, aux handicaps, à la sexualité et à l'âge. Les femmes constituent une catégorie importante d'utilisateurs. Les jeunes femmes représentent ainsi un fort pourcentage des jeunes chômeurs, et on recense un nombre important de personnes âgées dépendantes. Les services publics sociaux sont fortement caractérisés par l'inégalité des sexes, car les femmes constituent une forte proportion des utilisateurs et des producteurs des services. Certaines études de cas indiquent qu'on tient peu compte de l'égalité des chances dans la restructuration des services ou les processus de réforme. Elle doit donc être à l'avant-garde de tout processus de réforme.

Un grand nombre des services de première ligne sont rendus par des femmes, et la croissance d'un marché des soins intermittents peut faire obstacle à l'égalité des chances, aggraver les conditions de travail et la rémunération des femmes et porter atteinte au développement professionnel général des services. Étant donné la croissance du nombre d'emplois attendue dans ce secteur sous l'effet de l'augmentation des besoins en soins, les stratégies d'emploi mises en œuvre dans les services publics sociaux auront pour tâche importante de rendre ce travail attrayant, flexible et sûr et d'éviter qu'il ne soit relégué parmi les emplois mal considérés, d'importance secondaire. Si on laisse aux utilisateurs le choix de leurs aidants, ils feront peut-être appel à des parents ou des voisins. Il faut donc faire en sorte que ceux-ci soient protégés comme il convient et bénéficient de ressources et d'un soutien adéquat. Cet aspect a été important pour la politique syndicale, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, et a conduit à la fourniture d'une formation et d'un soutien aux femmes qui jouent le rôle d'aidant ponctuel. Les études de cas indiquent que la restructuration des services offre véritablement aux femmes de nouvelles possibilités de participer au marché du travail, ainsi que des conditions de travail flexibles adaptées aux besoins des parents, et en particulier des femmes, permettant la conciliation du travail et de la vie de famille et l'introduction de pratiques de travail favorables à la vie de famille. Par contre, les pressions du travail et les pratiques de travail rigides peuvent empêcher de concilier travail et vie de famille.

Implication des utilisateurs et stratégies d'*empowerment*

La plus grande implication des utilisateurs constitue un élément crucial et nécessaire de l'amélioration de la qualité des services, permettant de favoriser la démocratisation interne et de faire que les services soient appropriés et adaptés à leurs besoins. Les stratégies d'*empowerment* des utilisateurs jouent un rôle central dans le développement de services innovants et centrés sur les utilisateurs. Les politiques et programmes mis en place pour favoriser l'implication de ceux-ci dans la conception des services semblent avoir eu un effet limité. Les études de cas indiquent que cette implication nécessite des ressources plus importantes, qu'elle pourrait être développée aux niveaux national et local, et pourrait faire intervenir plus largement la société civile. Un certain nombre d'entre elles font remarquer les responsabilités croissantes assumées par la société civile pour répondre aux besoins auxquels l'État ne satisfait pas. Cette conclusion peut être déduite du développement des entreprises sociales en Espagne, du secteur associatif et d'entraide au Royaume-Uni et en Irlande et des organisations sans but lucratif et de l'économie sociale dans d'autres pays. Ces démarches nouvelles ont joué un rôle important en stimulant des actions

collectives et en favorisant l'engagement des citoyens au niveau local. À cet égard, la priorité donnée par l'UE à la mise en place d'initiatives d'emploi locales et au développement de l'économie sociale favorisera considérablement la croissance de ce secteur. L'un des défis importants que devront relever les politiques sociales concerne la surveillance et l'évaluation d'innovations, en particulier en ce qui concerne les conditions de travail, pour veiller à ce que les emplois créés dans ce domaine n'entraînent pas un double marché du travail, dans lequel les emplois de l'économie sociale sont moins bien considérés.

L'introduction d'enquêtes auprès des usagers et de mécanismes d'information en retour a joué un rôle important dans ce processus. Les études de cas indiquent toutefois qu'il faudrait recueillir et exploiter de manière plus systématique les informations en retour données par les usagers, notamment pour permettre leur prise en compte permanente dans la formulation de stratégies qualité. Une telle démarche aiderait également les prestataires de services à intégrer les expériences de la planification individuelle des soins avec les clients dans les stratégies de soins, au moyen d'un processus systématique d'évaluation qui pourrait être intégré aux outils de planification. Plusieurs études de cas indiquent que les usagers, leurs défenseurs et leurs familles sont de plus en plus considérés comme des coproducteurs des services et qu'ils participent plus pleinement à la planification et à la mise en œuvre des services. En outre, les partenariats et les alliances plus étroits entre les organisations d'usagers et les syndicats sont accueillis favorablement à cet égard, car ils peuvent faciliter la conciliation des perspectives des usagers et des travailleurs concernant les besoins en services.

La mise en œuvre coordonnée et intégrée des services

La mise en œuvre coordonnée et intégrée des services constitue un enjeu majeur pour l'avenir, et le présent rapport a indiqué que des progrès importants ont été accomplis dans cette direction. Le *welfare mix* augmente la nécessité de mécanismes de coordination, et avec la croissance des demandes, des risques et des besoins, une question cruciale se pose aux services publics sociaux concernant la manière de poursuivre le développement et l'évaluation des services et d'exploiter les meilleures pratiques.

Pour résumer, ces nouvelles démarches ont conduit à de nouvelles façons de mettre en œuvre les services rendus aux quatre catégories de clients, qui ont fait l'objet de la présente recherche. Celles-ci prennent les formes suivantes:

- des stratégies d'emploi actives qui lient les prestations sociales et le travail et ciblent les ressources de manière plus coordonnée pour lutter contre la marginalisation et l'exclusion associée au chômage de longue durée des jeunes;
- des stratégies et des politiques de vieillissement actif qui augmentent l'indépendance et l'autonomie des personnes âgées dépendantes par un éventail coordonné de services;
- des stratégies de normalisation, d'intégration et d'indépendance pour les personnes souffrant de maladies ou handicaps mentaux, qui favorisent leur insertion dans la société et reposent sur des politiques intégrées de soins, de protection sociale et d'emploi.

Les études de cas reflètent l'importance de la coordination et de l'intégration pour les mécanismes modernes de mise en œuvre des services. De plus en plus, ces stratégies intégrées doivent être fondées sur des mécanismes stratégiques nationaux, régionaux et locaux de soutien des politiques qui couvrent l'attribution de ressources pour la mise en œuvre locale, tout en laissant une place à la flexibilité, à l'innovation et au développement locaux. Des activités de collaboration et de coordination ont en outre été élaborées au niveau national, et celles-ci doivent être pleinement intégrées aux pratiques, aux services et aux projets locaux. Les études de cas indiquent en effet que la mise en œuvre coordonnée et intégrée des services fonctionne de manière optimale quand les services sont décentralisés aux niveaux locaux et que les ressources sont attribuées en fonction des besoins locaux. Les études de cas ont également indiqué cependant que la coordination et l'intégration peuvent être entravées par les régimes budgétaires à court terme et les financements insuffisants, dans le contexte desquels la coordination vient s'ajouter à des charges de travail existantes. L'introduction de structures de vérification de la prise en compte de la pauvreté et de l'égalité peut en outre rendre ces politiques et programmes transversaux sensibles aux objectifs d'égalité et d'inclusion sociale.

Les études de cas indiquent que l'intégration et la coordination sont coûteuses en temps et en argent et que des ressources sont nécessaires pour s'y préparer, notamment en exécutant des recherches pour déterminer les services déjà fournis et les besoins, ainsi que les types et niveaux de coordination et d'intégration nécessaires. Celles-ci conduisent inévitablement à des structures organisationnelles et à des méthodes de mise en œuvre nouvelles, et il est extrêmement important d'éviter de reproduire les structures existantes et de créer ainsi de nouvelles formes de bureaucratie, de nouvelles séries de réunions et la répétition des problèmes. La mise en œuvre de services intégrés et coordonnés nécessite des investissements importants en formation du personnel pour permettre de remplacer les cultures établies des organisations et des départements et de développer l'expertise du personnel. On met désormais l'accent sur l'apprentissage tout au long de la vie, et les nouvelles formes d'«organisation apprenante» peuvent aider à réagir aux changements technologiques et organisationnels de manière flexible et innovante.

Le partenariat et la participation

Le présent rapport a également illustré l'importance de l'implication de la société et des partenaires sociaux dans la planification des services et les innovations. Chose importante, les études de cas montrent que le travail en partenariat est devenu une nécessité pour la coordination et qu'il fonctionne de manière optimale quand il réunit des usagers, des responsables et des employés ainsi que des organismes bénévoles, associatifs, privés et gouvernementaux. Elles indiquent également que ces cadres et réseaux doivent être accompagnés des ressources humaines et organisationnelles nécessaires. En conséquence, une coopération étroite entre les organismes peut aider les prestataires à établir des programmes plus flexibles, intégrés, préventifs et individualisés, qui reconnaissent les interactions entre les formes multiples de handicaps sociaux. Il est manifeste que des mécanismes de coordination sont nécessaires pour favoriser le dialogue et la communication entre les différents organismes et organisations responsables de l'élaboration des politiques et des achats ainsi que de la fourniture et de la mise en œuvre des services.



De nombreuses indications laissent à penser que les systèmes formels de partenariat et les systèmes plus informels de travail en réseau jouent un rôle important de moteur de la coopération et de la coordination. Le partenariat et les réseaux entre les organismes interviennent également dans la qualité des services publics sociaux, bien qu'il apparaisse clairement que les réseaux nécessitent de nouvelles compétences, des spécialisations et du temps pour fonctionner de manière efficace. La création de structures autonomes de réseau est nécessaire pour faciliter la coopération et la coordination, en particulier quand les services sont fragmentés. Ces réseaux peuvent être encouragés par les autorités locales ou régionales, en se fondant sur les modèles de bonne pratique établis en Espagne, en Italie, en Autriche et en Finlande.

La qualité de la vie professionnelle

Les études de cas et les travaux de recherche nationaux ont démontré l'importance de bonnes conditions de travail tant par rapport à la qualité des services que par rapport à la nécessité pour les travailleurs d'avoir un emploi adéquat et satisfaisant, assorti de conditions d'emploi et d'une rémunération qui reflètent les difficultés qu'ils affrontent et leurs responsabilités. De plus, l'acceptabilité des conditions de travail, la participation à la définition des tâches, l'organisation du travail et les initiatives en matière de qualité sont directement liées à la satisfaction professionnelle, à la motivation et à la santé. Toutefois, dans certains domaines des services publics sociaux, la conservation et le recrutement du personnel sont devenus difficiles à cause du peu d'estime dont jouissent les emplois de ce secteur, et un problème important a concerné la nécessité d'améliorer l'image et le professionnalisme de ce travail ainsi que le respect qui lui est accordé. Dans ce secteur en évolution rapide, l'innovation, la coordination et l'intégration demandent des investissements en ressources humaines, couvrant à la fois les effectifs et la formation continue. Les conditions de travail dans les services publics sociaux sont toutefois souvent compromises par l'engagement et le dévouement des travailleurs envers leurs clients. La main-d'œuvre est fortement féminine et la recherche a démontré que ce fait est étroitement lié au peu d'estime accordée à ces professions et à leur dévalorisation générale.

L'inégalité des conditions d'emploi et des salaires entre les différents secteurs (public/privé/sans but lucratif) du *welfare mix* peuvent nuire aux conditions de travail. Certaines indications laissent à penser que le développement du *welfare mix* nécessite l'établissement de stratégies générales coordonnées servant à définir des normes et/ou une harmonisation des conditions de travail dans les procédures et les contrats relatifs aux services externalisés pour garantir une concurrence équitable entre les secteurs. Cela veut dire également que comme les stratégies d'*empowerment* des usagers accordent à ceux-ci un choix plus grand, il est important d'empêcher le développement d'un marché des soins intermittents, dont les travailleurs ne bénéficieraient d'aucune protection. Cela entraîne en outre que les syndicats et les employeurs doivent apporter un soutien et une formation aux prestataires employés directement par les personnes âgées et handicapées. Il faudrait, pour améliorer la qualité des services et réduire l'anxiété et le stress associé à la précarité de l'emploi, une plus grande continuité de l'emploi, des financements plus sûrs et de meilleures relations financières entre les organismes de financement et les prestataires. En effet, la croissance des services fournis par les secteurs bénévole, associatif et de l'économie

sociale dépend de régimes de financement limités dans le temps qui s'opposent à la continuité et à la sécurité de l'emploi. Ce fait a des implications pour les structures de financement nationales et européennes; dans le cas du Fond social européen, les projets innovants doivent être mis en œuvre dans le cadre de contrats à court terme.

Les travaux de recherche ont également indiqué que les services innovants, intégrés et coordonnés demandent de la part du personnel un haut degré d'engagement, de motivation, d'implication et de coopération ainsi que des compétences et une prise de conscience nouvelles. Un équilibre entre la flexibilité et la sécurité est nécessaire pour que l'engagement, la coopération, la flexibilité et l'adaptabilité du personnel soient compensés par la sécurité de l'emploi. Certaines des incertitudes et des insécurités dont souffrent les travailleurs pourraient être surmontées au moyen de régimes de financement de plus longue durée et de systèmes de gestion qui favorisent la participation à la restructuration et à la planification des services. Dans certains pays, la précarité de l'emploi a fait obstacle à la durabilité des bonnes pratiques et des projets innovants. La promotion de la créativité, de l'innovation et de la qualité générale des services peut nécessiter, par exemple, de lier la rémunération et d'autres incitations professionnelles à la qualité. Les normes européennes en matière d'emploi et d'égalité des chances ont contribué dans une certaine mesure à établir des normes et des niveaux minimaux de protection. Les impératifs économiques du grand marché et de la mondialisation font toutefois que le développement de ces normes devra se poursuivre à l'avenir si l'on veut éviter une dégradation considérable du modèle social européen.

Malgré la croissance de l'emploi dans les services publics sociaux, ces dernières années, des inquiétudes subsistent concernant l'insuffisance des effectifs, encore aggravée par le fait qu'on demande aux employés de prendre de nouvelles responsabilités, de résoudre des problèmes et de travailler de manière plus autonome. Un stress et des problèmes de santé croissants semblent associés à ces nouvelles pressions professionnelles qui, dans certains cas, font que le personnel ne dispose pas du temps nécessaire pour la formation professionnelle et continue. Plusieurs études de cas mentionnent à cet égard des stratégies visant à réorganiser le travail pour éviter le surmenage, à savoir les congés sabbatiques, le développement de l'esprit d'équipe, la supervision, la formation et la réduction des heures de travail.

Les questions de temps de travail et d'organisation du travail ont pris de plus en plus d'importance dans le développement des services publics sociaux. On remarque un recours croissant aux horaires flexibles et à de nouvelles formes d'organisation du travail qui responsabilisent les travailleurs et qui favorisent un plus grand choix, l'égalité des chances et des possibilités de concilier travail et vie de famille. Dans ce contexte, la conciliation des besoins des usagers avec les besoins du personnel autour de questions telles que les horaires est un processus double qui doit être mis en place pour empêcher que la restructuration des services n'entraîne une détérioration des conditions d'emploi.

La participation du personnel et le rôle du dialogue social ont joué un rôle important dans ces processus de réforme. On observe de nombreuses indications de la participation du personnel à



la conception des nouveaux services et emplois ainsi que des partenaires sociaux au développement et à la planification stratégiques des services. On peut toutefois s'inquiéter du taux de syndicalisation relativement faible des employés des secteurs sans but lucratif et à but lucratif par rapport à celui du secteur public.

Sous l'effet du développement des services et du lien étroit du professionnalisme et de la spécialisation avec la qualité des services, il est devenu de plus en plus nécessaire d'assurer le développement professionnel et la formation continue du personnel. Dans un grand nombre d'études de cas, l'importance attachée à la formation et au développement a contribué à la qualité des conditions de travail, à la satisfaction du personnel et à l'amélioration générale des services et de leur capacité de s'adapter aux usagers. De plus, la formation joue un rôle central dans le développement des nouvelles compétences et pratiques de travail rendues nécessaires par les méthodes de travail coordonnées. La fragmentation croissante des services publics sociaux a toutefois des implications pour la formation et le développement, et il est nécessaire de mettre en œuvre des démarches plus coordonnées de la formation et du développement entre les prestataires et les organismes de financement. De même, les programmes de développement du personnel peuvent contribuer à améliorer la qualité et en particulier la mise en œuvre de procédures d'assurance qualité suscitant l'adhésion du personnel et impliquant celui-ci dans le développement de la qualité de manière valable et appropriée au service. Plusieurs études de cas ont montré que, face à l'accroissement des besoins, il est possible de continuer à développer le bénévolat au moyen de ressources et de formations complémentaires. Ce développement peut consister à favoriser des stratégies de vieillissement actif, la responsabilité civique et sociale, et la participation de la communauté et des usagers ainsi que l'*empowerment*. Il est toutefois important de mettre en place des stratégies appropriées de formation et de soutien pour les bénévoles, sans imposer trop de pressions au personnel rémunéré.

Recommandations

Les recommandations suivantes portent sur plusieurs priorités et questions clés à considérer pour le développement futur des services publics sociaux dans l'UE. Elles sont axées sur les thèmes suivants: la qualité des services aux usagers; le partenariat et la participation; la coordination et l'intégration des services; la qualité de la vie professionnelle; l'égalité des chances; l'inclusion sociale et l'antidiscrimination; l'évaluation; la transférabilité; l'agenda futur de la recherche. Elles s'adressent aux administrations nationales, régionales et locales, aux partenaires sociaux, aux usagers, aux prestataires, aux associations caritatives et de proximité ainsi qu'à l'UE.

Recommandations pour le développement futur des services publics sociaux de l'UE

A. Qualité des services aux usagers

L'amélioration de la qualité des services aux usagers est devenue une priorité de plus en plus importante dans les services publics sociaux, bien que des différences importantes opposent les États membres de l'UE. La présente recherche a montré que l'amélioration de la qualité des services demande des méthodes d'évaluation à la fois qualitatives et quantitatives; la participation de toutes les parties prenantes au processus de développement de normes qualités et

de méthodes de mesure adaptées; une flexibilité locale pour veiller à ce que la mise en œuvre de la qualité soit utile, appropriée et pratique. Cette observation soulève des questions importantes concernant le type d'initiatives qualité qui peuvent être élaborées pour les différentes catégories de clients, les méthodes d'amélioration de la qualité adoptées et la participation des usagers. L'implication des usagers au moyen de structures qui facilitent leurs différents modes de participation et les méthodes permettant de concilier les objectifs, les besoins et les intérêts des travailleurs aux niveaux personnel et professionnel et ceux des usagers occupent une place centrale dans toutes les initiatives qualité. Comme les efforts en faveur de la qualité constituent un thème clé mis en lumière par la recherche, une attention peut être accordée aux questions cruciales suivantes pour poursuivre le développement de l'action en matière de qualité:

Acteurs — Recommandations — Administrations nationales, régionales et/ou locales

L'administration nationale, régionale et/ou locale a un rôle majeur à jouer dans l'amélioration de la qualité par:

- des cadres qualité nationaux, régionaux et/ou locaux qui définissent des lignes directrices générales pour l'établissement des droits et des prestations des usagers, des normes de service, des mesures d'égalité des chances, des dotations en effectifs et des conditions de travail. Ces cadres doivent permettre une flexibilité locale pour ce qui est de la mise en œuvre et orienter l'externalisation des services, processus qui doit être axé sur la qualité et les normes plutôt que sur les coûts;
- des cadres participatifs et une démarche consensuelle de l'amélioration de la qualité faisant intervenir les organisations d'usagers, les associations caritatives et de proximité, les partenaires sociaux, les prestataires et d'autres parties prenantes;
- l'élaboration de bonnes pratiques et de mesures d'étalonnage pour améliorer la qualité des services;
- le financement de projets pilotes destinés à favoriser les démarches participatives du développement de la qualité et l'implication des usagers dans la mise en œuvre des services, soumis à une évaluation pour permettre l'intégration générale des initiatives réussies.

Prestataires

Les prestataires de services sont en mesure d'influencer la qualité des services. Leurs interventions pourraient prendre les formes suivantes:

- une participation plus systématique des usagers, par des systèmes efficaces d'information en retour concernant les changements apportés aux organisations ou services;
- l'élaboration de systèmes d'assurance qualité en consultation avec les usagers et le personnel, couvrant des systèmes appropriés d'évaluation et d'information en retour;
- la participation du personnel au développement de l'organisation et à la gestion du changement par le travail d'équipe et des structures de gestion qui laissent place à une certaine flexibilité organisationnelle et à des environnements de travail favorisant la réflexion et l'autonomie;
- le soutien et la supervision du personnel et des mécanismes permettant d'éviter le stress, les problèmes de santé et le surmenage causés par la nature du travail;

- l'amélioration de la sécurité d'emploi du personnel sous contrat à durée déterminée et la durabilité à long terme du financement des projets;
- la mise en place de conditions de travail et de salaires qui reflètent de manière adéquate les responsabilités et l'engagement du personnel envers sa clientèle.

Syndicats

Les syndicats peuvent jouer un rôle clé dans les initiatives qualité tant dans la planification stratégique que dans la mise en œuvre des politiques. Pour cette raison, leur rôle doit être développé par:

- des partenariats nationaux et locaux, accompagnés de stratégies de formation pour la participation syndicale;
- la conclusion d'accords dans les services publics sociaux couvrant les questions de qualité, en particulier quand celles-ci concernent le développement d'emplois de qualité en tant qu'aspect de la qualité des services;
- la consultation des usagers et de leurs organisations pour déterminer la qualité et mettre en place des alliances et des objectifs et valeurs partagés par rapport à la qualité par la création, par exemple, de groupes qualité et autres forums qualité, etc.;
- l'établissement de liens entre les indicateurs relatifs à la qualité des services et les taux de rémunération définis dans les accords collectifs.

Usagers

- Une participation active des usagers et de leurs organisations visant à leur permettre d'influencer et de déterminer le développement des services pour garantir le succès des améliorations de la qualité.
- La mise en place d'alliances entre les usagers et les travailleurs concernant la qualité aux niveaux local, régional, national et communautaire formulées au moyen d'une plate-forme sur les services publics européens préconisant des services publics sociaux de haute qualité, mobilisant les usagers, la société civile et les syndicats.

Associations caritatives et de proximité

- La poursuite du développement du rôle des associations caritatives et de proximité qui, à la fois en tant que prestataires de services et que porte-parole des usagers et des communautés locales, jouent un rôle clé dans les initiatives futures d'amélioration de la qualité.

Union européenne

L'amélioration de la qualité dans les services publics sociaux occupe une place de plus en plus importante dans le discours de l'UE et du grand marché dans le secteur commercial. La politique communautaire pourra à l'avenir examiner:

- le concept de qualité sociale en ce qui concerne l'élaboration de l'action communautaire;
- des indicateurs et des mesures d'étalonnage destinés à définir la qualité dans les services publics sociaux et à la rendre opérationnelle, susceptibles d'être élaborés à partir des réseaux et des bonnes pratiques étendus qui existent dans l'UE;
- l'adaptation des prix qualité/initiatives qualité européens aux services publics sociaux. Il faudra veiller à ce que le modèle européen en cours de développement pour les services marchands tienne compte des différences entre les initiatives qualité relatives aux produits et celles concernant les services centrés sur les usagers à forte composante de main-d'œuvre;

- le développement d'une charte européenne des services publics et/ou le renforcement du rôle des services publics dans le traité instituant la communauté européenne pour y inclure les services publics sociaux en tant qu'obligations de service public;
- le financement d'une plate-forme européenne sur les services publics pour stimuler le débat au niveau européen concernant les questions de qualité dans les services publics sociaux entre les syndicats, les organisations de la société civile et les associations d'utilisateurs;
- le suivi du rôle des entreprises transnationales qui fournissent des services publics sociaux afin de favoriser la qualité; le suivi des perspectives des travailleurs et des citoyens par la mise en place de réglementations et de codes de conduite avec les entreprises transnationales.

B. Partenariat et participation

Le partenariat et la participation jouent un rôle central dans l'amélioration de la qualité des services et de la vie professionnelle. La recherche de la Fondation a montré que des démarches diverses de partenariat et de participation ont été élaborées pour promouvoir l'inclusion sociale et améliorer la qualité des services publics sociaux. Les meilleures pratiques mettent en lumière l'importance du partenariat et de la participation à tous les niveaux (local, régional, national et communautaire) dans les différents secteurs intervenant dans la fourniture des services publics sociaux ainsi que pour les usagers et les communautés locales. Le partenariat peut constituer une condition préalable du développement de services coordonnés et intégrés par la promotion de nouvelles méthodes de travail, de nouvelles stratégies, de nouvelles relations et de nouvelles manières de penser. Il peut aussi contribuer à la définition de normes de qualité communes. Toutefois, les partenariats n'accordent pas toujours une importance égale à toutes les parties prenantes. Un défi important que devront relever les services publics sociaux à l'avenir sera donc de donner un rôle égal aux usagers et aux communautés locales dans le processus de partenariat. Les recommandations suivantes définissent les possibilités d'amélioration du partenariat et de la participation:

Acteurs — Recommandations — Administrations nationales, régionales et/ou locales

- Régimes de financement qui demandent aux prestataires de donner des preuves de la participation des usagers au développement, à la mise en œuvre et à l'évaluation des services.
- Promotion de partenariats nationaux, régionaux et/ou locaux à la planification des services et à la détermination de la qualité des services et des prestations; évaluation des résultats dans des partenariats regroupant toutes les parties prenantes.

Prestataires

- Amélioration des ressources et des savoir-faire et mesures visant à garantir que des systèmes d'implication et de participation des usagers soient intégrés aux accords de service.

Syndicats

- Participation des syndicats à des partenariats sociaux chargés de planifier les accords de service, les prestations, les conditions de travail, les effectifs et les salaires au niveau stratégique, pouvant s'appuyer sur les pactes sociaux ou accords nationaux qui existent dans plusieurs pays, afin de définir des objectifs stratégiques et d'établir des consensus.
- Participation directe aux partenariats locaux ou régionaux pour planifier les services.

Usagers

- Associations d'usagers plus fortes et dotées de ressources plus importantes pouvant devenir des coproducteurs actifs des services et contribuer à la planification des services.
- Participation des usagers à tous les aspects de l'amélioration des services et de la modification des législations aux niveaux local, régional, national ou communautaire.

Associations caritatives et de proximité

- Participation au développement de services locaux destinés aux communautés locales aux niveaux locaux, régionaux et nationaux.

Union européenne

- Promotion du dialogue civil et du dialogue social dans les services publics sociaux et prise en compte du rôle que peuvent jouer la société civile et le partenariat social dans le renforcement des services publics sociaux au niveau communautaire.

Exigence d'une implication des usagers dans les actions mises en œuvre en vertu de l'article 137 du traité CE dans lequel le Conseil préconise: «... des mesures destinées ... à promouvoir des approches novatrices et évaluer les expériences afin de lutter contre l'exclusion sociale».

Fourniture de fonds, d'un soutien et de conseils pour la mise en place de partenariats dans les services publics sociaux, intégrés aux programmes bénéficiant d'un financement communautaire.

C. Coordination et intégration de services

Un enjeu important pour l'avenir concerne la capacité des services à être mis en œuvre de manière coordonnée et intégrée aux niveaux local, régional, national et communautaire. La coordination et l'intégration des services publics sociaux jouent un rôle de plus en plus important pour la promotion de l'inclusion sociale et la réduction des inégalités en reconnaissant les besoins et les risques multiformes associés à l'exclusion sociale. La coordination et l'intégration sont souvent présentés comme des moyens permettant de faciliter l'insertion professionnelle des jeunes exclus ou des handicapés. Il faudra réfléchir en outre au rôle que jouent les services dans le soutien des personnes qui ne peuvent pas être insérées dans l'emploi à cause de leur âge ou de leur handicap ou pour d'autres raisons. Une nouvelle question à considérer concerne le stade auquel il devient nécessaire de mettre en place une coordination et une intégration ainsi que les ressources et les politiques nécessaires pour y parvenir. La recherche de la Fondation a permis de recenser un certain nombre de bonnes pratiques à cet égard et propose notamment la mise en œuvre des actions suivantes:

Acteurs — Recommandations — Administrations nationales, régionales et/ou locales

- Nouveaux efforts pour promouvoir des initiatives stratégiques nationales ou régionales sur l'inclusion sociale faisant intervenir différents départements ministériels, assorties d'objectifs et d'indicateurs spécifiques et susceptibles d'une adaptation au niveau local.
- Financement d'innovations qui favorisent la coordination et l'intégration aux niveaux locaux, assorties de mécanismes de suivi et d'évaluation des résultats et de transfert de bonnes pratiques.

Prestataires

- Exigences imposées aux prestataires d'étudier des stratégies pour le développement de la collaboration, de la coordination et de l'intégration, et dans les cas où celles-ci existent déjà, de suivre et d'évaluer les progrès, les obstacles et les opportunités.

Usagers

- Implication et participation des usagers pour déterminer dans quels domaines la coordination et l'intégration peuvent être utiles et à quel stade ces services sont nécessaires, y compris des systèmes efficaces permettant d'obtenir une information en retour des usagers sur leur effet.

Associations caritatives et de proximité

- Exploitation et développement de l'expérience et des connaissances étendues que possèdent les associations caritatives et de proximité sur les divers aspects (comment, où et pourquoi) de la coordination des services locaux pour permettre aux communautés locales de déterminer leurs propres besoins, en particulier quand ceux-ci s'opposent aux perspectives des prestataires ou des professionnels.

Union européenne

- Nécessité de veiller, dans le cadre du processus de coordination de l'action communautaire future sur la cohésion dans les domaines de l'économie, de l'emploi et de la cohésion sociale, à ce que les pressions de l'économie et de la concurrence ne l'emportent pas sur les priorités d'inclusion sociale.
- Considération par la Commission européenne de nouvelles stratégies organisationnelles de coordination et d'intégration des politiques communautaires, afin d'élaborer des actions horizontales favorisant l'incorporation de l'inclusion sociale dans toutes les politiques.
- Incorporation et intégration de la coordination et de l'intégration dans les projets nationaux, régionaux et locaux par les programmes européens de financement des actions concernant la cohésion et l'inclusion sociales.
- Mise en place de mesures favorisant l'échange des meilleures pratiques et la mise en place d'indicateurs et d'étalonnage, qui peuvent jouer un rôle utile dans ce processus notamment en stimulant l'innovation aux niveaux national, régional et local.

D. Qualité de la vie professionnelle

L'accent mis sur les conditions de travail et la qualité des emplois jouera un rôle important dans le développement futur des services publics sociaux. La recherche de la Fondation a montré que les conditions de travail dans les services publics sociaux sont affectées par la restructuration des services associée à leur externalisation. Les mauvaises conditions de travail et les différences entre les conditions d'emploi offertes dans les divers secteurs qui mettent en œuvre les services publics sociaux peuvent avoir un effet négatif sur la qualité des services rendus aux usagers. L'amélioration des compétences du personnel, pour rendre les services flexibles, adaptables et sensibles aux besoins changeants des usagers et aux risques nouveaux qu'ils encourent, demande des mesures continues de développement professionnel et de formation. Les pressions professionnelles et le stress résultant de la restructuration des services et des mesures de limitation des coûts affectent de plus en plus les travailleurs de première ligne des services publics sociaux. Ces travailleurs sont en majeure partie des femmes et, pour cette raison, l'égalité des chances et la conciliation du travail et de la vie de famille jouent un rôle important dans

l'amélioration de la qualité de la vie professionnelle. Il convient donc d'examiner les mesures suivantes:

Acteurs — Recommandations — Administrations nationales, régionales et/ou locales

- Financement de mesures visant à promouvoir l'apprentissage tout au long de la vie et à développer des organisations apprenantes.
- Établissement de normes sur les conditions de travail, les heures de travail, l'égalité des chances et la rémunération, en faisant référence à la négociation collective et aux contrats de service quand les services sont externalisés.

Prestataires

- Formation et développement professionnel permanents correspondant aux besoins des usagers et permettant au personnel d'acquérir des compétences et des responsabilités nouvelles et de s'adapter aux nouvelles pratiques de travail.
- Développement de l'apprentissage tout au long de la vie et adoption des concepts de l'organisation apprenante pour permettre au personnel de se montrer adaptable, innovant et sensible aux besoins des usagers.
- Promotion de la participation des travailleurs au développement de l'organisation et à la gestion du changement, en faisant appel au travail d'équipe et à des structures de gestion ouvertes, favorisant la flexibilité organisationnelle et des environnements de travail autonomes.
- Rémunération et conditions d'emploi compétitives pour améliorer la réputation du travail dans les services publics sociaux, refléter les responsabilités et les compétences des travailleurs existants et attirer des travailleurs qualifiés et compétents à l'avenir.

Syndicats

- Reconnaissance du fait que les syndicats sont des acteurs clés dans l'amélioration des conditions de travail et qu'ils jouent un rôle essentiel dans la promotion de la valeur du travail et de la qualité des emplois dans ce secteur.
- Accords nationaux, régionaux et/ou locaux qui améliorent les conditions de travail du personnel des services publics sociaux, en particulier dans les secteurs qui ne possèdent pas de comités d'entreprise ou de représentation syndicale.
- Accords destinés à harmoniser les conditions de travail pour le personnel des secteurs sans but lucratif, à but lucratif et public nécessitant de la part des syndicats des campagnes de recrutement et de nouvelles stratégies organisationnelles et de recrutement.
- Mise en place de nouvelles formes d'organisation du travail, d'horaires mobiles, de mesures d'égalité des chances et de politiques permettant de concilier travail et vie de famille.
- Renforcement du dialogue social interprofessionnel dans les services publics au niveau de l'UE.

Union européenne

- Développement de normes et indicateurs quantifiables de ce que constituent des «emplois de qualité».
- Détermination de la contribution que peuvent faire les services publics sociaux au développement futur de la stratégie européenne sur l'emploi.

- Renforcement et soutien du développement du dialogue interprofessionnel dans les services publics.

E. Inclusion sociale, cohésion sociale et égalité des chances

L'augmentation de l'inégalité et de l'exclusion sociale dans l'UE a conduit à l'élaboration de stratégies locales, régionales, nationales et communautaires visant à promouvoir l'inclusion sociale. La recherche de la Fondation a recensé des bonnes pratiques en ce qui concerne les stratégies d'inclusion sociale, qui conduisent les services à devenir plus coordonnés et intégrés et plus centrés sur les usagers, pour répondre à des besoins et risques multiples. Cependant, ces bonnes pratiques n'ont pas toujours été adoptées dans d'autres services et les fonds et les ressources consacrés aux mesures d'inclusion et de cohésion sociales demeurent largement insuffisants. Un problème important concerne le fait que les stratégies d'inclusion sociale sont étroitement liées à l'insertion professionnelle, entraînant le risque que les catégories incapables d'une telle insertion soient encore plus stigmatisées et marginalisées. Il faut donc réaliser un équilibre entre les politiques actives et passives. La recherche de la Fondation a également démontré l'importance croissante de l'action concernant l'égalité des chances et de la conciliation du travail et de la vie de famille face à l'accès grandissant des femmes au marché du travail. L'objectif général d'amélioration des taux d'emploi féminins s'oppose parfois aux modifications des services visant à soutenir les femmes qui prennent soin de quelqu'un chez elles, et les politiques futures doivent tenir compte des problèmes affrontés par les aidants qui ont en plus un emploi rémunéré. L'UE est un forum de plus en plus important pour l'amélioration des normes sociales dans le contexte de la mondialisation et du grand marché, par ses objectifs d'inclusion et de cohésion sociales. Les recommandations suivantes éclaireront ces débats:

Acteurs — Recommandations — Union européenne

- Objectifs quantifiables par rapport à l'inclusion et à la cohésion sociales.
- Inclusion des droits sociaux dans la charte sur les droits fondamentaux de l'UE et/ou établissement de droits des citoyens à des services dans toute l'UE, fondés sur les principes de l'inclusion, de l'équité, de l'égalité des chances, qui garantissent un emploi et des services adéquats à vie, et renforcement du rôle des services publics sociaux en tant qu'obligations de service public dans le traité.
- Développement de l'économie sociale en tant que source d'emplois nouveaux.
- Convergence et harmonisation des normes sociales pour prévenir le «dumping» social. Des normes sociales communes ainsi qu'une réforme des systèmes de protection sociale dans l'ensemble de l'UE seront de plus en plus nécessaires à la lumière de l'inégalité croissante.
- Définition du modèle social européen qui tient compte des différences entre les différents régimes de protection européens sur le plan du chômage, de l'inégalité et des niveaux de service et de financement, tout en garantissant que les objectifs sociaux conservent une forte priorité dans le contexte de la mondialisation de l'économie.
- Mesures visant à améliorer la durabilité et la continuité des projets financés par l'UE, notamment en ce qui concerne les actions sur l'inclusion sociale et l'égalité des chances mises en œuvre par des organisations sans but lucratif.

- Considération de la possibilité d'élaborer des indicateurs de performance pour ces programmes de financement ainsi que des normes concernant l'égalité des chances, de rémunération et de conditions de travail, fondées sur des modèles de financement axés sur les résultats, les partenariats, l'implication des usagers, etc.

En ce qui concerne l'égalité des chances et la conciliation du travail et de la vie de famille, les mesures suivantes pourraient être examinées:

- établissement de bonnes pratiques aux niveaux communautaire et national sur l'intégration de la dimension de genre et la diffusion des résultats pour permettre une mise en œuvre plus efficace aux niveaux nationaux;
- établissement d'indicateurs et de mesures d'étalonnage pour les politiques d'égalité des chances, la représentation des femmes dans les instances décisionnelles, la conciliation du travail et de la vie de famille et le soin des enfants;
- promotion de bonnes pratiques sur les plans d'action en matière d'égalité et le suivi de l'égalité sur le lieu de travail, fondées par exemple sur le modèle suédois de planification annuelle des mesures en matière d'égalité.

F. Évaluation et transférabilité et recherches futures

Un aspect important de la recherche de la Fondation a consisté à promouvoir les bonnes pratiques et, bien qu'elle ait mis en lumière des possibilités pour le développement futur des services publics sociaux dans l'UE, il serait utile d'évaluer et de diffuser ces bonnes pratiques. En conséquence, ce développement dépendra aussi de l'efficacité avec laquelle l'évaluation des résultats et le transfert des bonnes pratiques sont mis en place. En outre, la détermination de nouveaux sujets de recherche constitue un résultat important du présent travail, étant donné que, dans ce domaine, relativement peu d'études ont été exécutées. Les thèmes suivants permettraient d'approfondir ces conclusions:

Acteurs — Recommandations — Administrations nationales, régionales et/ou locales

- Méthodes systématiques d'évaluation qualitative et quantitative des services mis en œuvre, concernant la qualité, les conditions de travail, l'implication/l'*empowerment* des usagers et la rentabilité. Cela nécessite qu'une orientation soit donnée pour l'évaluation des performances du point de vue des usagers, des travailleurs, des prestataires et des fournisseurs de fonds.
- Mécanismes de diffusion des meilleures pratiques et de définition des objectifs au moyen de systèmes d'étalonnage.
- Ressources pour la généralisation des bonnes pratiques si elles ont été jugées efficaces.

Associations caritatives et de proximité

- Renforcement du rôle que peuvent jouer les organisations d'usagers et les associations caritatives et de proximité aux niveaux local, régional, national et communautaire dans l'évaluation des services et la diffusion des meilleures pratiques.

Union européenne

- Attribution d'un financement pour l'exécution de nouveaux travaux de recherche et d'évaluation ainsi que pour la diffusion d'informations sur le développement d'initiatives qualité centrées sur les usagers afin d'influencer les changements futurs.

- Exécution de nouveaux travaux de recherche sur l'élaboration d'indicateurs et de méthodes d'étalonnage dans les services publics sociaux, y compris des informations sur leur capacité à être utilisés et leur applicabilité à d'autres parties prenantes.



Bibliographie

Anttonen, A., et Sipila, J., «European social care services: Is it possible to identify models?», *Journal of European Social Policy*, Longman, 1996, vol. 6, n° 2.

Bettio, F., De Bono, E., et Smith, M., *Modèles de temps de travail dans l'Union européenne: politiques et innovations analysées dans une perspective de genre* (édition revue et corrigée), «Genre et emploi», rapport du réseau européen d'experts rédigé pour l'unité pour l'égalité des chances, DG V, Commission européenne, mai 1998.

Bjelfvenstam, J., «The city of Stockholm's awards for good quality», sous la direction de Evers, A., Haverinen, R., Leichsenring, K., et Wistow, G., *Developing quality in personal social services: concepts, cases and comments*, Centre européen de Vienne, Ashgate, Aldershot, 1997.

Bosco, A., et Chassard, Y., «A shift in the paradigm: surveying the European Union discourse on welfare and work», *Linking welfare and work*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 1999.

Boyle, R., *Towards a new public service*, Institute of Public Administration, Dublin, 1995.

Combat Poverty Agency, *Education disadvantage and early school leaving*, documents de discussion de Boldt, S., Devine, B., MacDevitt, D., et Morgan, M., Combat Poverty Agency, Dublin, 1997.

Commission européenne (1995a), «Initiatives locales de développement et d'emploi», SEC(95) 564, Bruxelles, mars 1995.

Commission européenne (1995b), communication concernant une stratégie européenne d'encouragement aux initiatives locales de développement et d'emploi (JO C 265 du 12.10.1995), Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg.

Commission européenne (1996a), «Les services d'intérêt général en Europe», communication, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg.

Commission européenne (1996b), «Services: mode d'emploi», communication du 13 décembre 1996 au Conseil européen, CES(1996) 6 final, Commission européenne, Bruxelles.

Commission européenne (1996c), «Intégration de l'égalité des chances dans les politiques communautaires», communication du 21 février 1996, Commission européenne, Bruxelles.

Commission européenne (1998a), «Rapport sur les taux d'emploi 1998: Performances des États membres dans le domaine de l'emploi», COM(1998) 572 final du 14 octobre 1998, Commission européenne, Bruxelles.

Commission européenne (1998b), *Recueil des mesures des États membres en matière d'égalité des chances des personnes handicapées*, Commission européenne, Bruxelles.

Commission européenne (1998c), «Intégrer l'égalité des chances entre les femmes et les hommes dans l'ensemble des politiques et actions communautaires», rapport d'avancement, COM(1998) 122 final, Commission européenne, Bruxelles.

Commission européenne (1998d), *Care in Europe*, rapport conjoint des groupes d'experts sur l'égalité des sexes et l'emploi/l'égalité des sexes et le droit, Commission européenne, Bruxelles.

Commission européenne (1999a), «Une stratégie concertée pour moderniser la protection sociale», COM(1999) 347 final du 14 juillet 1999, Commission européenne, Bruxelles.

Commission européenne (1999b), «Vers une Europe pour tous: Comment la Communauté devrait-elle appuyer les efforts des États membres visant à promouvoir l'insertion sociale?», document de référence, Commission européenne, Bruxelles, mars 1999.

Commission européenne (1999c), «Vers une Europe pour tous les âges — Promouvoir la prospérité et la solidarité entre les générations», COM(1999) 221 final du 21 mai 1999, Commission européenne, Bruxelles.

Commission européenne (1999d), rapport conjoint sur l'emploi, Commission européenne, Bruxelles.

Commission européenne (2000), lignes directrices pour les politiques de l'emploi des États membres en 2000 et recommandation du Conseil concernant la mise en œuvre des politiques de l'emploi des États membres, Commission européenne, Bruxelles.

Commission européenne (2000a), «Donner forme à la nouvelle Europe», COM(2000) 154 final du 9 février 2000, Commission européenne, Bruxelles.

Commission européenne (2000b), «Programme de travail de la Commission pour 2000», COM(2000) 155 final du 9 février 2000, Commission européenne, Bruxelles.

Commission européenne (2000c), «Le Conseil européen de Lisbonne — Un agenda de renouveau économique et social pour l'Europe — contribution de la Commission européenne au Conseil européen spécial de Lisbonne des 23 et 24 mars 2000», DOC/00/7 du 28 février 2000,

Commission européenne, Bruxelles.

Commission européenne (2000d), «L'égalité des chances pour les femmes et les hommes dans l'Union européenne — 1999», rapport de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des régions, COM(2000) 123 final, Commission européenne, Bruxelles.

Commission européenne (2000e), *L'emploi en Europe 2000*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg.

Commission européenne (2000f), *Les tendances sociales: perspective et défis*, Commission européenne, Bruxelles.

Commission européenne (2000g), «Stratégies pour l'emploi dans la société de l'information», COM(2000) 48 final du 4 février 2000, Commission européenne, Bruxelles.

Commission européenne (2000h), «Construire une Europe de l'inclusion», COM(2000) 79 final, Communautés européennes, Bruxelles.

Commission européenne (2000i), *La situation sociale dans l'Union européenne 2000*, Commission européenne, Bruxelles.

Commission européenne (2000j), «Agenda pour la politique sociale 2000-2005», COM(2000) 379 final du 28 juin 2000, Commission européenne, Bruxelles.

Conseil européen, *Conclusions de la présidence*, Conseil européen de Lisbonne, 23-24 mars 2000.

Conseil européen, *Conclusions de la présidence*, Conseil européen de Nice, 7, 8 et 9 décembre 2000.

Cullen, B., *Integrated services and children at risk: demonstration programme on educational disadvantage*, Combat Poverty Agency, Dublin, 1997.

Deakin, N., Davis, A., et Thomas, N., Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, *Services publics de protection sociale et exclusion sociale*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 1995.

EAPN (1999a), *Une Europe pour tous: pour une stratégie européenne de lutte contre l'exclusion sociale*, European anti-poverty network (réseau européen des associations de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale), Bruxelles.

EAPN (1999b), *Les Lignes directrices pour l'emploi: Quel bilan?*, rapport de séminaire (Bruxelles, 9-10 septembre), European anti-poverty network (réseau européen des associations de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale), Bruxelles.

Esping-Andersen, G., *The three worlds of welfare capitalism*, Polity, Cambridge, 1990.

Esping-Andersen, G. (éd.), *États-providence en transition: adaptations nationales dans des économies mondiales*, Thousand oaks, Londres, et Sage Publications, New Delhi, 1996.

Eurostat, «Statistiques en bref», Eurostat, n° 1, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 2000.

Evers, A., Haverinen, R., Leichsenring, K., et Wistow, G. (éds), *Developing quality in personal social services: concepts, cases and comments*, Centre européen de Vienne, Ashgate, Aldershot, 1997.

Evers, A., Pijl, M., et Ungerson, C. (éds), *Payments for care: a comparative overview*, Centre européen de Vienne, Ashgate, Aldershot, 1994.

Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, *Services publics de protection sociale et exclusion sociale: développement d'initiatives en faveur du consommateur dans l'Union européenne*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 1995.

Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, *Direct participation in the social public services: findings from the EPOC survey*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 1998.

Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, *Le partenariat local: une stratégie réussie pour la cohésion sociale?*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 1998.

Franco, D., et Pench, L. R., «Reconciling the welfare state with sound public finances and high employment», document de travail, cellule de prospective de la Commission européenne, Commission européenne, Bruxelles, 2000.

Hoggett, P., et Entwistle, T., Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, *The changing needs and preferences of the users of social public services in Europe*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 1998.

Humphreys, P., «Improving public service delivery», document de réflexion, n° 7, Institute of Public Administration, Dublin, 1998.

Jani-Le Bris, Hannelore, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, *Prise en charge familiale des dépendants âgés dans les pays des Communautés européennes*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 1993.

Kalisch, D., Aman, T., et Buchele, L., *Les politiques sociales et de santé dans les pays de l'OCDE: un examen des programmes actuels et des évolutions récentes — Annexe: tableaux et graphiques*, Labour Market and Social Policy Occasional Papers, n° 33, OCDE, Paris, 1999.

Kalisch, D., Aman, T., et Buchele, L., *Les politiques sociales et de santé dans les pays de l'OCDE: un examen des programmes actuels et des évolutions récentes*, Labour Market and Social Policy Occasional Papers, n° 33, OCDE, Paris, 1998.

Kautto, M., Heikkilä, M., Hvinden, B., Marklund, S., et Ploug, N., *Nordic social policy: changing welfare states*, Routledge, Londres et New York, 1999.

Koch-Nielsen, I., et Treebak, I., Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, *Quality in social public services: concepts and measurements*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 1998.

Lehto, J., Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, *Changing nature of employment and job creation in social public services in the context of public service reforms*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 1998.

Leitner, C., et Nomden, K., «Public participation in public service and improving service delivery», communication présentée à la 30^e conférence informelle des directeurs généraux des services publics, Édinburgh, 23-24 avril 1998.

Lewis, J., *Gender, social care and welfare state restructuring*, Ashgate, Aldershot, 1998.

Lund, T., «Consultation et participation des clients: les consommateurs et les services publics», *L'administration à l'écoute du public: initiatives relatives à la qualité du service*, OCDE, Paris, 1996.

Martin, B., Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, *Social public services and their modernisation in the context of european integration*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 1998.

Morris, J., *Independent lives: community care and disabled people*, Macmillan, Basingstoke, 1993.

OCDE, *L'administration à l'écoute du public: initiatives relatives à la qualité du service*, OCDE, Paris, 1996.

OCDE, *Coordonner les services pour les enfants et les jeunes à risque: une perspective mondiale*, Centre pour la recherche et l'innovation dans l'enseignement (CERI), OCDE, Paris, 1998.

Olsen, T. (éd.), *Industrial relations systems in the public sector in Europe*, European Public Services Committee, Bruxelles, 1996.

Oppen, M., «Towards a new client orientation through continuous improvement», sous la direction de Evers e.a., *Developing quality in personal social services: concepts, cases and comments*, Centre européen de Vienne, Ashgate, Aldershot, 1997.

Pacolet, J., Bouten, R., Lanoye, H., et Versieck, K., «La protection sociale des personnes âgées dépendantes dans les 15 pays de l'UE et en Norvège», rapport commandé par la Commission européenne et le ministre belge des affaires sociales, Commission européenne, Bruxelles, 1998.

Pijl, M., *New welfare mixes in care for the elderly*, sous la direction de Evers, A., et Svetlik, I., Centre européen de Vienne pour la recherche et la politique en matière de protection sociale, 1991.

Pijl, M., «Quality of care: on whose terms?», sous la direction de Evers, A., Haverinen, R., Leichsenring, K., et Wistow, G., *Developing quality in personal social services: concepts, cases and comments*, Centre européen de Vienne, Ashgate, Aldershot, 1997.

- Pijl, M., «Home care allowances and the autonomy of users», communication présentée à Città Visibile on Citizen Empowerment conference, Rome, janvier 1999.
- Pillinger, J., *Temps de travail en Europe: pour une politique européenne dans les services publics*, European Trade Union Institute (ETUC)/Fédération européenne des syndicats des services publics, Bruxelles, 2000.
- Pollit, C., et Bouchaert, G. (éds), *Quality improvement in european public services*, Sage Publications, Londres, 1995.
- Rajavaara, M., «Professionals and quality initiatives in health and social services», sous la direction de Evers e.a., *Developing quality in personal social services: concepts, cases and comments*, Centre européen de Vienne, Ashgate, Aldershot, 1997.
- Regeringskansliet, *Gender mainstreaming in Sweden: a gender equality perspective in all policy areas*, fiche d'information du ministère de l'industrie, de l'emploi et des communications, Stockholm, mars 1999.
- Réseau social européen, *Vers une Europe des citoyens: un rapport sur le développement des paiements directs dans 10 États membres de l'Union européenne*, réseau social européen, Brighton, 1998.
- Réseau social européen, *Construire des partenariats pour une Europe de l'insertion — L'expérience des services publics sociaux dans la lutte contre l'exclusion sociale en matière de partenariat avec les usagers et les organisations indépendantes pour plus d'efficacité*, réseau social européen, Brighton, 2000.
- Rieper, O., et Mayne, J., «Evaluation and public service quality», *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 1998, n° 7, p. 118-125.
- Rostgaard, T., et Fridberg, T., *Caring for children and older people — A comparison of european policies and practices*, Social Security in Europe, n° 6, Institut national danois de recherche sociale, Copenhague, 1998.
- Rubery, J., Smith, M., et Fagan, C., *L'évolution des modalités d'emploi et de la durée du travail et l'impact sur la force de travail des deux sexes*, V/6203/96-EN, Commission européenne, Bruxelles, 1995.
- Salamon, L. e.a., *Global civil society: dimensions of the nonprofit sector*, Johns Hopkins Centre for Civil Society Studies, Baltimore, 1999.
- Shakespeare, T., «The social relations of care», sous la direction de Lewis, G., Gewirtz, S., et Clarke, J., *Rethinking social policy*, Sage Publications, Londres, 2000.
- Weekers, S., et Pijl, M., *Home care and care allowances in the European Union*, Institut national des soins et de la protection sociale, Utrecht, 1998.
- Williams, F., Popay, J., et Oakley, A., *Welfare research: a critical review*, UCL Press, Londres, 1999.
- Wistow, G., Knapp, M., Hardy, B., et Allen, C., *Social Care in a Mixed Economy of Welfare*, Open University Press, Buckingham et Philadelphie, 1994.

Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail

La qualité dans les services publics sociaux

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes

2001 — XII, 152 p. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-897-0067-X

Prix au Luxembourg, TVA exclue: 20,50 EUR

BELGIQUE/BELGIË

Jean De Lannoy
Avenue du Roi 202/Koningslaan 202
B-1190 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 538 43 08
Fax (32-2) 538 08 41
E-mail: jean.de.lannoy@infoboard.be
URL: http://www.jean-de-lannoy.be

**La librairie européenne/
De Europese Boekhandel**
Rue de la Loi 244/Wetstraat 244
B-1040 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 295 26 39
Fax (32-2) 735 08 60
E-mail: mail@libeurop.be
URL: http://www.libeurop.be

Moniteur belge/Belgisch Staatsblad
Rue de Louvain 40-42/Leuvenseweg 40-42
B-1000 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 552 22 11
Fax (32-2) 511 01 84
E-mail: eusales@just.fgov.be

DANMARK

J. H. Schultz Information A/S
Herstedvang 12
DK-2620 Albertslund
Tlf. (45) 43 63 23 00
Fax (45) 43 63 19 69
E-mail: schultz@schultz.dk
URL: http://www.schultz.dk

DEUTSCHLAND

Bundesanzeiger Verlag GmbH
Vertriebsabteilung
Amsterdamer Straße 192
D-50735 Köln
Tel. (49-221) 97 66 80
Fax (49-221) 97 66 82 78
E-Mail: vertrieb@bundesanzeiger.de
URL: http://www.bundesanzeiger.de

ΕΛΛΑΔΑ/GREECE

G. C. Eleftheroudakis SA
International Bookstore
Panepistimiou 17
GR-10564 Athina
Tel. (30-1) 331 41 80/1/2/3/4/5
Fax (30-1) 323 98 21
E-mail: elebooks@netor.gr
URL: elebooks@hellasnet.gr

ESPAÑA

Boletín Oficial del Estado
Trafalgar, 27
E-28071 Madrid
Tel. (34) 915 38 21 11 (libros)
913 84 17 15 (suscripción)
Fax (34) 915 38 21 21 (libros),
913 84 17 14 (suscripción)
E-mail: clientes@com.boe.es
URL: http://www.boe.es

Mundi Prensa Libros, SA
Castelló, 37
E-28001 Madrid
Tel. (34) 914 36 37 00
Fax (34) 915 75 39 98
E-mail: libreria@mundiprensa.es
URL: http://www.mundiprensa.com

FRANCE

Journal officiel
Service des publications des CE
26, rue Desaix
F-75727 Paris Cedex 15
Tél. (33) 140 58 77 31
Fax (33) 140 58 77 00
E-mail: europublications@journal-officiel.gouv.fr
URL: http://www.journal-officiel.gouv.fr

IRELAND

Alan Hanna's Bookshop
270 Lower Rathmines Road
Dublin 6
Tel. (353-1) 496 73 98
Fax (353-1) 496 02 28
E-mail: hanna@iol.ie

ITALIA

Licosa SpA
Via Duca di Calabria, 1/1
Casella postale 552
I-50125 Firenze
Tel. (39) 055 64 83 1
Fax (39) 055 64 12 57
E-mail: licosa@licosa.com
URL: http://www.licosa.com

LUXEMBOURG

Messageries du livre SARL
5, rue Raiffeisen
L-2411 Luxembourg
Tél. (352) 40 10 20
Fax (352) 49 06 61
E-mail: mail@mdl.lu
URL: http://www.mdl.lu

NEDERLAND

SDU Servicecentrum Uitgevers
Christoffel Plantijnstraat 2
Postbus 20014
2500 EA Den Haag
Tel. (31-70) 378 98 80
Fax (31-70) 378 97 83
E-mail: sdu@sdu.nl
URL: http://www.sdu.nl

ÖSTERREICH

**Manz'sche Verlags- und
Universitätsbuchhandlung GmbH**
Kohlmarkt 16
A-1014 Wien
Tel. (43-1) 53 16 11 00
Fax (43-1) 53 16 11 67
E-Mail: manz@schwinge.at
URL: http://www.manz.at

PORTUGAL

Distribuidora de Livros Bertrand L.d.ª
Grupo Bertrand, SA
Rua das Terras dos Vales, 4-A
Apartado 60037
P-2700 Amadora
Tel. (351) 214 95 87 87
Fax (351) 214 96 02 55
E-mail: dlb@ip.pt

Imprensa Nacional-Casa da Moeda, SA
Sector de Publicações Oficiais
Rua da Escola Politécnica, 135
P-1250-100 Lisboa Codex
Tel. (351) 213 94 57 00
Fax (351) 213 94 57 50
E-mail: spoce@incm.pt
URL: http://www.incм.pt

SUOMI/FINLAND

**Akateeminen Kirjakauppa/
Akademiska Bokhandeln**
Keskuskatu 1/Centralgatan 1
PL/PB 128
FIN-00101 Helsinki/Helsingfors
P./fn (358-9) 121 44 18
F./fax (358-9) 121 44 35
Sähköposti: sps@akateeminen.com
URL: http://www.akateeminen.com

SVERIGE

BTJ AB
Traktorvägen 11-13
S-221 82 Lund
Tlf. (46-46) 18 00 00
Fax (46-46) 30 79 47
E-post: btjeu-pub@btj.se
URL: http://www.btj.se

UNITED KINGDOM

The Stationery Office Ltd
Customer Services
PO Box 29
Norwich NR3 1GN
Tel. (44) 870 60 05-522
Fax (44) 870 60 05-533
E-mail: book.orders@theso.co.uk
URL: http://www.itsofficial.net

ÍSLAND

Bokabud Larusar Blöndal
Skólavörðustíg, 2
IS-101 Reykjavík
Tel. (354) 552 55 40
Fax (354) 552 55 60
E-mail: bokabud@simnet.is

NORGE

Swets Blackwell AS
Østenjoveien 18
Boks 6512 Etterstad
N-0606 Oslo
Tel. (47) 22 97 45 00
Fax (47) 22 97 45 45
E-mail: info@no.swetsblackwell.com

SCHWEIZ/SUISSE/SVIZZERA

Euro Info Center Schweiz
c/o OSEC
Stampfenbachstraße 85
PF 492
CH-8035 Zürich
Tel. (41-1) 365 53 15
Fax (41-1) 365 54 11
E-mail: eics@osec.ch
URL: http://www.osec.ch/eics

BÄLGARIJA

Europress Euromedia Ltd
59, blvd Vitosha
BG-1000 Sofia
Tel. (359-2) 980 37 66
Fax (359-2) 980 42 30
E-mail: Milena@mbox.cit.bg
URL: http://www.europress.bg

ČESKÁ REPUBLIKA

UVIS
odd. Publikaci
Havelkova 22
CZ-130 00 Praha 3
Tel. (420-2) 22 72 07 34
Fax (420-2) 22 71 57 38
URL: http://www.uvis.cz

CYPRUS

Cyprus Chamber of Commerce and Industry
PO Box 21455
CY-1509 Nicosia
Tel. (357-2) 88 97 52
Fax (357-2) 66 10 44
E-mail: demetrap@ccci.org.cy

EESTI

Eesti Kaubandus-Tööstuskoda
(Estonian Chamber of Commerce and Industry)
Toom-Kooli 17
EE-10130 Tallinn
Tel. (372) 646 02 44
Fax (372) 646 02 45
E-mail: einfo@koda.ee
URL: http://www.koda.ee

HRVATSKA

Mediatrade Ltd
Pavla Hatza 1
HR-10000 Zagreb
Tel. (385-1) 481 94 11
Fax (385-1) 481 94 11

MAGYARORSZÁG

Euro Info Service
Szt. István krt.12
II emelet 1/A
PO Box 1039
H-1137 Budapest
Tel. (36-1) 329 21 70
Fax (36-1) 349 20 53
E-mail: euroinfo@euroinfo.hu
URL: http://www.euroinfo.hu

MALTA

Miller Distributors Ltd
Malta International Airport
PO Box 25
Luqa LQA 05
Tel. (356) 66 44 88
Fax (356) 67 67 99
E-mail: gwirth@usa.net

POLSKA

Ars Polona
Krakowskie Przedmiescie 7
Skr. pocztowa 1001
PL-00-950 Warszawa
Tel. (48-22) 826 12 01
Fax (48-22) 826 62 40
E-mail: books119@arspolona.com.pl

ROMÂNIA

Euromedia
Str.Dionisie Lupu nr. 65, sector 1
RO-70184 Bucuresti
Tel. (40-1) 315 44 03
Fax (40-1) 312 96 46
E-mail: euromedia@mailcity.com

SLOVAKIA

Centrum VTI SR
Nám. Slobody, 19
SK-81223 Bratislava
Tel. (421-7) 54 41 83 64
Fax (421-7) 54 41 83 64
E-mail: europ@ttb1.sltk.stuba.sk
URL: http://www.sltk.stuba.sk

SLOVENIJA

Gospodarski Vestnik
Dunajska cesta 5
SLO-1000 Ljubljana
Tel. (386) 613 09 16 40
Fax (386) 613 09 16 45
E-mail: europ@gvestnik.si
URL: http://www.gvestnik.si

TÜRKIYE

Dünya Infotel AS
100, Yil Mahallesi 34440
TR-80050 Bagclar-Istanbul
Tel. (90-212) 629 46 89
Fax (90-212) 629 46 27
E-mail: infotel@dunya-gazete.com.tr

ARGENTINA

World Publications SA
Av. Cordoba 1877
C1120 AA Buenos Aires
Tel. (54-11) 48 15 81 56
Fax (54-11) 48 15 81 56
E-mail: wpbooks@infovia.com.ar
URL: http://www.wpbooks.com.ar

AUSTRALIA

Hunter Publications
PO Box 404
Abbotsford, Victoria 3067
Tel. (61-3) 94 17 53 61
Fax (61-3) 94 19 71 54
E-mail: jpdavies@ozemail.com.au

BRESIL

Livraria Camões
Rua Bittencourt da Silva, 12 C
CEP
20043-900 Rio de Janeiro
Tel. (55-21) 262 47 76
Fax (55-21) 262 47 76
E-mail: livraria.camoes@incm.com.br
URL: http://www.incм.com.br

CANADA

Les éditions La Liberté Inc.
3020, chemin Sainte-Foy
Sainte-Foy, Québec G1X 3V6
Tel. (1-418) 658 37 63
Fax (1-800) 567 54 49
E-mail: liberte@mediom.qc.ca

Renouf Publishing Co. Ltd

5369 Chemin Canotek Road, Unit 1
Ottawa, Ontario K1J 9J3
Tel. (1-613) 745 26 65
Fax (1-613) 745 76 60
E-mail: order.dept@renoufbooks.com
URL: http://www.renoufbooks.com

EGYPT

The Middle East Observer
41 Sherif Street
Cairo
Tel. (20-2) 392 69 19
Fax (20-2) 393 97 32
E-mail: inquiry@meobserver.com
URL: http://www.meobserver.com.eg

INDIA

EBIC India
3rd Floor, Y. B. Chavan Centre
Gen. J. Bhosale Marg.
Mumbai 400 021
Tel. (91-22) 282 60 64
Fax (91-22) 285 45 64
E-mail: ebicindia@vsnl.com
URL: http://www.ebicindia.com

JAPAN

PSI-Japan
Asahi Sanbancho Plaza #206
7-1 Sanbancho, Chiyoda-ku
Tokyo 102
Tel. (81-3) 32 34 69 21
Fax (81-3) 32 34 69 15
E-mail: books@psi-japan.co.jp
URL: http://www.psi-japan.co.jp

MALAYSIA

EBIC Malaysia
Suite 45.02, Level 45
Plaza MBI (Letter Box 45)
8 Jalan Yap Kwan Seng
50450 Kuala Lumpur
Tel. (60-3) 21 62 92 98
Fax (60-3) 21 62 61 98
E-mail: ebic@tm.net.my

MÉXICO

Rio Prensa México, SA de CV
Río Pánuco, 141
Colonia Cuauhtémoc
MX-06500 México, DF
Tel. (52-5) 533 56 58
Fax (52-5) 514 67 99
E-mail: 101545.2361@compuserve.com

PHILIPPINES

EBIC Philippines
19th Floor, PS Bank Tower
Sen. Gil J. Puyat Ave. cor. Tindalo St.
Makati City
Metro Manila
Tel. (63-2) 759 66 80
Fax (63-2) 759 66 90
E-mail: eccpcom@globe.com.ph
URL: http://www.eccp.com

SOUTH AFRICA

Eurochamber of Commerce in South Africa
PO Box 781738
2146 Sandton
Tel. (27-11) 884 39 52
Fax (27-11) 883 55 73
E-mail: info@eurochamber.co.za

SOUTH KOREA

**The European Union Chamber of
Commerce in Korea**
5th Fl., The Shilla Hotel
202, Jangchung-dong 2 Ga, Chung-ku
Seoul 100-392
Tel. (82-2) 22 53-5631/4
Fax (82-2) 22 53-5635/6
E-mail: eucock@eucock.org
URL: http://www.eucock.org

SRI LANKA

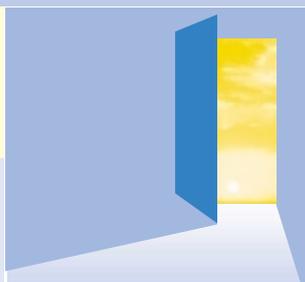
EBIC Sri Lanka
Trans Asia Hotel
115 Sir Chittampalam
A. Gardiner Mawatha
Colombo 2
Tel. (94-1) 074 71 50 78
Fax (94-1) 44 87 79
E-mail: ebic@slinet.lk

UNITED STATES OF AMERICA

Bernan Associates
4611-F Assembly Drive
Lanham MD 20706-4391
Tel. (1-800) 274 44 47 (toll free telephone)
Fax (1-800) 865 34 50 (toll free fax)
E-mail: query@bernan.com
URL: http://www.bernan.com

**ANDERE LÄNDER/OTHER COUNTRIES/
AUTRES PAYS**

**Bitte wenden Sie sich an ein Büro Ihrer
Wahl/Please contact the sales office of
your choice/veuillez vous adresser au
bureau de vente de votre choix**
Office for Official Publications of the European
Communities
2, rue Mercier
L-2985 Luxembourg
Tel. (352) 29 29-42455
Fax (352) 29 29-42758
E-mail: info-info-opoce@cec.eu.int
URL: http://eur-op.eu.int



La qualité dans les services publics sociaux

Au cours des dix dernières années, les services publics sociaux ont fait l'objet de réformes et de modernisations étendues. Les politiques élaborées ont couvert le domaine des coûts d'une meilleure coordination des services et d'une plus grande sensibilité aux besoins des usagers. L'importance de ces services a été reconnue tant au niveau national qu'au niveau européen en raison de leur rôle dans la création d'emplois, la lutte contre l'exclusion sociale et la contribution à la protection sociale.

Le présent rapport examine les initiatives d'amélioration de la qualité, tant en ce qui concerne les services rendus aux groupes cibles qu'en ce qui concerne les conditions de travail. Il représente une synthèse des études résultant d'enquêtes sur le terrain menées dans dix États membres de l'UE et de travaux de recherche complémentaires menés dans les cinq autres. Il documente et évalue les améliorations apportées aux services pour satisfaire aux besoins en général multiformes des groupes cibles. Il se concentre en particulier sur les mesures visant à favoriser une mise en œuvre coordonnée et intégrée des services, la capacité des usagers à gérer leur vie (user empowerment) et l'assurance qualité. Il examine comment ces changements peuvent mener à des services de meilleure qualité et s'intéresse également à leurs implications pour les travailleurs. Pour finir, le rapport présente des recommandations et stratégies pour le développement futur des services publics sociaux dans l'UE.

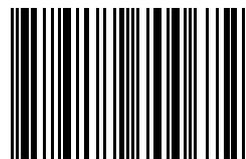
Prix au Luxembourg TVA exclue: EUR 20,50



OFFICE DES PUBLICATIONS OFFICIELLES
DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-897-0067-X



9 789289 700672