Articulation(s) Articulations

NumeRev

N° 5 | 2024
Varia

Les travailleurs sociaux face à la mutualisation associative

Entre standardisation et hybridation des pratiques professionnelles

Matthias ROSENZWEIG *Chargé de recherche*
Centre de recherche de Bruxelles sur les inégalités sociales (CREBIS)
Karine BOUSSART *Chargé de recherche*
'' *Centre de Bruxelles sur les inégalités sociales (CREBIS)*

Édition électronique :
URL :
https://articulations.numerev.com/articles/revue-5/642-les-travailleurs-sociaux-face-a-la-mutualisation-associative
DOI : numerev_2184
ISSN : 2728-834X
Date de publication : 01/11/2024

CertiScience© *Certifié évalué par les pairs*

Cette publication est sous licence **CC BY-NC-ND** (Attribution - No commercial - No derivatives).

Pour **citer cette publication** : ROSENZWEIG, M., BOUSSART, K. (2024) Les travailleurs sociaux face à la mutualisation associative. *Articulations*, (5). https://doi.org/10.34745/numerev_2184

Résumé :

La mutualisation est une forme de collaboration qui suscite un fort engouement de la part de pouvoirs publics et de certaines organisations non-marchandes. À travers celle-ci, ils visent notamment à encourager l'intégration des services sociaux et médico-sociaux associatifs par la mise en commun de locaux et de travailleurs. En même temps, des intervenants de terrain émettent des craintes sur le risque de standardisation de leurs pratiques professionnelles. À partir de cas d'études de mutualisation associative issus d'une recherche menée en région bruxelloise (Belgique), nous démontrons en quoi celle-ci favorise davantage une hybridation des pratiques. Néanmoins, les collaborations entre travailleurs et les formes d'intégration des services restent limitées, ce qui peut remettre en question

Abstract :

Pooling is a form of collaboration that is attracting a great deal of interest from public authorities and certain non- profit organisations. In particular, they aim to encourage the integration of non-governmental social and health services by sharing facilities and workers. At the same time, those working in the field are concerned about the risk of standardising their professional practices. Drawing on case studies of associative pooling from a research project carried out in the Brussels region (Belgium), we demonstrate how such pooling is more conducive to a hybridisation of practices. Nevertheless, collaboration between workers and integration of services remain limited, which may call into question the ability of pooling to bring about lasting changes in the practices of workers in these sectors, to the benefit of beneficiaries.

Mots-clés :
Intégration, Hybridation, Pratiques professionnelles, Associations, Mutualisation

---

Introduction

On constate depuis quelques décennies un engouement de la part des pouvoirs publics pour les différentes formes de coopération et de rapprochement entre associations. Cela s'applique notamment au champ sanitaire et social dans lequel une attention est portée à la rationalisation ainsi qu'à l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des services (Grenier et Guitton-Philippe, 2011).
Parmi ces formes de collaborations, on trouve celle de la mutualisation associative (Deniau, 2014â□□; Henry, 2021). Elle correspond à des moyens (matériels, immatériels et humains) qui sont mis en commun entre plusieurs associations et éventuellement

avec des sociétés commerciales ou des administrations publiques de manière pérenne et dont le contrôle est assuré collectivement. Il peut notamment s'agir de partages de locaux, de mises à disposition de travailleurs entre organisations, de créations de bases de données communes ou d'échanges de trésorerie.

Néanmoins, la mutualisation fait parfois l'objet de craintes de la part de responsables d'associations, mais également de travailleurs sociaux et médico-sociaux. Tout d'abord, la mutualisation n'est pas considérée comme une voie prioritaire pour résoudre les difficultés rencontrées dans l'exercice de leur travail (Haut Conseil du travail social, 2023). Ensuite, ils estiment que la mutualisation pourrait remettre en cause leurs *cultures associatives* respectives. Celles-ci renvoient aux approches spécifiques développées par chaque organisation qui cherche à s'adapter aux besoins et aux spécificités de son public.

Ces craintes sont-elles légitimesâ□□? Autrement dit, quels sont les effets des mutualisations associatives sur les pratiques professionnelles des travailleurs sociaux et médico-sociauxâ□□? Nous partons de l'hypothèse que la mutualisation peut entrainer un «â□□isomorphismeâ□□» institutionnel et organisationnel (Marival, 2011â□□; Richez-Battesti et al., 2017) remettant en cause les cultures associatives des organisations impliquées. Par isomorphisme, nous entendons une homogénéisation, ou standardisation, des modes de prise de décision et de gestion (institutionnel) ainsi que de l'organisation du travail et des pratiques professionnelles (organisationnel). Les organisations mutualisées auraient en effet tendance à adopter des formes similaires de fonctionnement afin de faciliter la collaboration.

Nous démontrons toutefois que la mutualisation contribuerait, dans certains cas et sous certaines conditions, à favoriser les collaborations entre travailleurs et entrainerait une hybridation des pratiques professionnelles. Par hybridation, nous entendons une transformation réciproque de pratiques professionnelles issues de métiers ou d'approches différentes (Lancelevee, 2016â□□; Macilotti & Boucher, 2022). Ces transformations restent néanmoins limitées, en raison du caractère non abouti des mutualisations. En effet, à travers les exemples que nous donnons, nous démontrons comment les processus de mise en commun se limitent à une forme de travail en collaboration et non de travail en commun qui maintient les frontières entre les activités des organisations impliquées. Se pose alors la question de savoir s'il est possible d'achever ces processus sans un certain degré d'isomorphisme organisationnel et institutionnel.

Après avoir exposé notre approche méthodologique fondée sur l'analyse collective de cas d'étude de mutualisation en Région de Bruxelles-Capitale (Belgique), nous présentons brièvement le contexte dans lequel la mutualisation a émergé sur ce territoire comme un nouvel outil favorisant le rapprochement et l'intégration de l'offre associative. Nous explorons ensuite les effets de la mutualisation sur les pratiques professionnelles des travailleurs sociaux et médico-sociaux à partir de l'analyse de deux cas d'études.

Méthodologie : une co-analyse de cas d'études

Cet article se fonde sur les résultats d'une recherche menée entre novembre 2022 et

décembre 2023 en Région bruxelloise. Elle a été réalisée à la demande des interlocuteurs sociaux (fédérations d'employeurs, syndicats de travailleurs) des secteurs associatifs et du gouvernement régional. L'objectif était de leur fournir des clés de lecture pour envisager la mise en œuvre d'initiatives de mutualisation associative.
La recherche s'est déroulée en plusieurs étapes. Tout d'abord, une phase exploratoire nous a permis de réaliser une analyse du cadre institutionnel et politique dans lequel la mutualisation associative se déploie en Région bruxelloise et, par ailleurs, d'élaborer une définition de la mutualisation associative elle-même. Pour y parvenir, nous avons mené douze entretiens auprès de personnes impliquées dans ce processus et avons exploré la littérature scientifique et institutionnelle traitant de ce sujet.
Nous avons ensuite élaboré cinq cas d'études de mutualisation associative à partir d'entretiens semi-directifs menés avec des participants occupant différentes fonctions (travailleurs de terrain, coordinateurs et directeurs) et de la documentation disponible. En tout, cette phase comprend dix-sept entretiens. Nous avons rédigé une première version des cas d'études que nous avons ensuite soumis aux interviewés afin qu'ils puissent la commenter et l'amender dans le cadre d'entretiens collectifs.
Nous avons poursuivi avec des ateliers d'analyse collective de ces cas d'études avec des professionnels des secteurs associatifs afin d'explorer les enjeux soulevés par la mutualisation. Ces ateliers s'adossent aux méthodes de recherche collaborative (Desgagné, 1997) et d'éducation permanente. Nous avons en effet croisé des techniques d'arpentage de texte et de co-analyse inspirées de la méthode d'analyse en groupe (Van Campenhoudt, Franssen et Cantelli, 2009). Ceci a donné l'occasion aux participants de construire leurs propres interprétations à partir des données récoltées par les chercheurs. Ces ateliers ont rassemblé un total de vingt-six participants.
Dans le cadre de cet article, nous nous appuyons principalement sur deux entretiens menés auprès de travailleurs sociaux et médico-sociaux impliqués dans des initiatives de mutualisation, ainsi que sur l'interprétation des initiatives de mutualisation réalisées dans le cadre des ateliers de co-analyse. Parmi les cinq cas de mutualisation étudiés, nous en avons choisi deux qui impliquent la mise en commun de travailleurs sociaux et médico-sociaux. Les autres cas correspondent à d'autres formes de mutualisation qui ne concernent pas directement notre présent questionnement.

Contexte : la mutualisation comme outil d'intégration des services

La Région de Bruxelles, tel qu'elle existe actuellement, prend sa source dans la réforme de l'État belge de 1988-1989. Celle-ci attribue à Bruxelles le même statut et les mêmes compétences qu'aux autres Régions (Wallonie et Flandre) créées dans le cadre du processus de fédéralisation de l'État belge. La majeure partie des compétences liées aux secteurs non marchands (culture, sport, santé, aide sociale, éducation, insertion socio-professionnelle, etc.) sont quant à elles déléguées aux communautés linguistiques. Bruxelles étant reconnue comme une région bilingue, ces compétences sont réparties entre plusieurs autorités politiques sur le territoire. Dans les années 1990 s'ensuit une série de textes législatifs qui organise les associations financées par ces différentes autorités politiques. Ces textes contribuent à spécifier pour chaque association ses missions, son fonctionnement, son cadre financier ou encore les

qualifications nécessaires pour exercer certaines fonctions (Moriau, 2022). Cela entraine un mouvement de professionnalisation associative à travers la stabilisation des sources de financement, la constitution de relations avec les pouvoirs publics, la création de fédérations d'employeurs et la mise en place de secteurs d'activités pour le non marchand. Bien que dépendant du financement public, le milieu associatif financé reste relativement libre dans son fonctionnement. De plus, la part importante de petites structures disposant d'origines très diverses (église catholique, mouvement ouvrier, mouvements militants, etc.) contribue à la diversité des approches développées.

Mais ce principe de liberté associative financée est partiellement remis en cause avec le développement de logiques d'appel à projets. Bien qu'encore minoritaire, la part des financements par appels à projets dans les revenus totaux des associations a tendance à croitre. Sans pour autant imposer directement une ligne de conduite aux associations, ils permettent à l'État d'orienter leur action à travers l'accès à des financements définis sur la base d'objectifs précis et définis dans le temps. La logique d'appel à projets s'inscrit dans un modèle de «â□□nouvelle gestion publiqueâ□□» qui met l'accent sur l'efficience de l'action associative fondée sur des procédures de fonctionnement et des critères d'évaluation standardisés (Marival, 2011). Il risque alors de mettre en concurrence des associations pour l'obtention de financements.

En même temps, le modèle de l'appel à projets favorise parfois les pratiques innovantes et les collaborations entre organisations. Ceci passe notamment par le soutien accru aux différentes formes de rapprochement entre associations, dont la mutualisation est l'itération la plus récente. L'un des objectifs est de favoriser l'intégration des services associatifs entre eux afin de les inscrire dans des approches plus globales de prise en charge de leurs publics tout en leur permettant de maintenir leurs spécificités. On observe ainsi le développement de mutualisations de locaux entre associations et le renforcement des collaborations entre travailleurs du social et de la santé.

Pour autant, le soutien à la mutualisation comme outil d'intégration de l'offre n'est pas uniquement le fait des pouvoirs publics. Ce mouvement est soutenu par des fédérations d'employeurs issus des secteurs associatifs. Celles-ci ont intérêt à soutenir ces initiatives puisqu'elles contribuent à renforcer les identités sectorielles et intersectorielles qu'elles cherchent à représenter. Par ailleurs, certains secteurs associatifs sont relativement pionniers dans les collaborations entre associations et entre professionnels du social et de la santé. On pense notamment au secteur des maisons médicales qui a été à l'initiative d'un mouvement d'intégration des soins. Celui-ci s'étend par la suite aux secteurs de l'aide sociale et entraine la création d'un nouveau type de structure : le centre social santé intégré (CSSI).

Soulignons qu'il ne s'agit ici que d'un usage de la mutualisation associative parmi d'autres. Tout un autre pan de la mutualisation consiste dans le partage de fonctions technico-administratives (ressources humaines, logistique, comptabilité, support informatique, etc.) entre associations dans un objectif de professionnalisation, de gain de temps et d'économies d'échelle. Nous nous centrons ici sur les mutualisations de locaux et de travailleurs sociaux et médico-sociaux, car elles affectent plus directement les pratiques professionnelles de ces secteurs.

Analyse : une transformation limitée des pratiques professionnelles

Nous faisons usage de deux cas d'études pour démontrer comment les mutualisations contribuent à transformer les pratiques des travailleurs sociaux et médico-sociaux : un centre social-santé intégré et un numéro vert d'aide sociale. Nous en envisageons ensuite trois aspects : l'identité associative, le partage de lieu et l'hybridation des pratiques professionnelles. Sauf indication contraire, les citations proviennent d'une travailleuse médico-sociale du CSSI et d'un travailleur social du numéro vert.

Cas d'étude 1 : un centre social-santé intégré (CSSI)

Créé en 2021, le centre social-santé intégré (CSSI) réunit au sein d'un même bâtiment quatre associations : une maison médicale, un service d'accompagnement thérapeutique d'usagers de drogues, un service social généraliste et une structure qui regroupe un planning familial et un service de médiation de dettes. Ces associations possèdent chacune entre sept et quinzeâ¯salariés. En tout, le CSSI se compose d'une quarantaine de travailleurs.
L'objectif du CSSI est d'assurer une intégration des services d'aide sociale et de soins pour assurer une prise en charge globale des publics. Depuis 2024, le gouvernement bruxellois permet le financement de postes de coordination pour la reconnaissance ou la création de nouveaux centres social-santé intégrés sur le territoire.

Cas d'étude 2 : une ligne d'appel social

Ce numéro vert est une ligne d'écoute téléphonique lancée en mars 2020 à la suite des premières mesures de confinement liées à l'épidémie de Covid-19. Au départ, il visait à offrir une orientation sociale pour les habitants de la région bruxelloise dans un contexte de fermeture des services associatifs et des administrations publiques. Depuis la fin du confinement, ce numéro vert sert de point de contact pour les personnes vulnérables éloignées des services sociaux existants.
Des travailleurs sociaux issus de plusieurs services sociaux associatifs sont délégués au numéro vert en tant que répondants aux permanences téléphoniques. Ce dispositif a impliqué en fonction des périodes entre dix et quinze associations et entre vingt et cinquante travailleurs. Durant le confinement, les permanences téléphoniques ont lieu dans un même local, des travailleurs sociaux issus des différents services y étant affectés. À partir de septembre 2020, les permanences sont décentralisées.

L'importance de la «â culture associativeâ »

Pour ces deux cas étudiés, l'attachement à la culture associative de l'organisation reste un élément fondamental pour les travailleurs sociaux et médico-sociaux. Dans le cadre

du CSSI, le regroupement des quatre associations au sein de mêmes locaux a suscité des questionnements sur l'identité que chacune d'entre elles s'est précédemment forgée. Elles ont toutes été fondées entre les années 1970 et 1990, à l'exception de la maison médicale créée en 2014. Alors *«â□□forcément, il y a des habitudes, des routines, des histoires et chacun vient avec çaâ□□» (CSSI).*
En amont, certains travailleurs craignent que la mutualisation remette en question leur mode de fonctionnement :
«â□□*Alors, ça n'a pas été dit formellement. Mais, dans les moments informels ça a été clairement un argument : "moi, ce déménagement, c'est perdre l'identité." Ça a été un précurseur. Les autres (départs), c'était vraiment une question d'opportunité qui se présente à ce moment-làâ□□; mais du coup, c'était un argument qui penchait en leur défaveur, je pense très honnêtement pour quasiment tout le monde*â□□» (CSSI).
Cette crainte est d'autant plus forte que l'identité de la structure est marquée. Plusieurs d'entre elles se sont constituées autour de la défense de situations marginales et de la promotion de pratiques d'intervention auparavant peu développées. C'est le cas du centre de planning familial qui a fait partie du mouvement de lutte pour les droits à la contraception et à l'avortement et le service d'accompagnement pour usagers de drogues qui a contribué à démocratiser l'utilisation de la méthadone dans une logique de substitution à la consommation d'héroïne.
Les pratiques des travailleurs sociaux et médico-sociaux peuvent potentiellement être remises en question par le partage de locaux avec d'autres organisations. C'est certainement le cas lorsqu'une structure pratique le «â□□bas seuilâ□□» et considère l'informel comme un facilitateur indispensable pour entrer en contact et garder le lien avec son public. Les services bas seuil ont pour objectif d'être accessibles à des personnes qui ne répondent pas à certains critères, tels que le respect de certaines règles ou normes de comportement, nécessaires pour être accompagnées par d'autres types services (Chobeaux, 2015â□□; Rothé, 2010). Ils touchent ainsi un public particulièrement vulnérable et exclu. À l'opposé, d'autres structures sont sur des relations plus formelles. Cette identité est au cœur de la mission même du service et y toucher, que ce soit par l'aménagement des espaces, l'obligation de réserver les locaux ou encore l'approche pratiquée à l'accueil, peut la remettre en cause et conduire à une perte de sens du travail à cause d'un décalage entre les réalités pratiques du partage et les philosophies d'intervention.
Enfin, une mutualisation de locaux peut générer des craintes de devoir faire des compromis avec des structures qui travaillent différemment, de ne plus avoir ses propres pratiques et règles et de devoir se plier à un seul règlement de travail et règlement d'ordre intérieur qui déterminent les conditions de travail et d'accueil du public.

Partager des locaux : changer les habitudes et apprendre à cohabiter

À partir du moment où débute la cohabitation entre travailleurs issus de plusieurs organisations, celle-ci peut contribuer à changer les habitudes de travail et permet la production de réflexions communes. Elle entraine néanmoins certaines difficultés qui nécessitent une coopération accrue pour les dépasser.

Tout d'abord, le lieu dans lequel exerce une association est constitutif de son identité et de son fonctionnement. Si le choix peut être initialement contraint, il contribue à façonner les manières d'agir des travailleurs. Lors du déménagement, les travailleurs du service d'accompagnement d'usagers de drogues ont ainsi perdu certaines de leurs habitudes :

«â[au départ, il y avait] une grande maison, style ancienne maison de maitre, avec (…) une grande pièce qui faisait en même temps salle d'attente et salle d'activité. Et du coup, il y avait moyen là de faire patienter les patients, mais aussi on avait un petit réchaud dans l'armoire. Il suffisait de le sortir. Et donc, s'ils avaient envie de crêpes, on commençait à faire des crêpes. S'ils avaient envie de dessiner, il y avait de quoi vraiment dessiner sur place. Ça pouvait être quelque chose de très spontané. Donc, quelqu'un vient, a une envie, une demande et alors on peut le faire parce qu'on avait un petit peu de tout pour faire ces activités-là. […] Encore une fois, du tout-venant, dans l'informel, quelqu'un arrive, patiente et dit "bah tiens, j'ai envie de faire ça ou ça" et l'équipe rebondissait (là-dessus)â» (CSSI).

Ainsi, l'organisation communautaire du service est plus difficile à mettre en œuvre à cause de l'agencement des nouveaux locaux mais également des représentations qu'elle suscite auprès des travailleurs et des usagers.

Le regroupement au sein du CSSI a obligé ce service à abandonner un ensemble de manières d'accueillir ses usagers. Il les a conduits à passer d'un espace large leur permettant l'organisation d'activités communautaires à une salle d'attente étriquée laissant moins de place à la spontanéité. Selon l'une des travailleuses de ce service, certains usagers affirment *«â[qu'ils préféraient quand même [les autres locaux] pour ce côté où ça faisait vraiment maison, ça faisait un peu famille, ça faisait un peu cocon. Alors qu'ici, pour le même prix, ça aurait pu être un hôpital. Dans la configuration, dans les couleurs, dans l'agencement, c'est pensé institution de soinâ» (CSSI).*

Ensuite, chaque organisation peut disposer d'horaires d'ouvertures différents. Mais quand elles partagent des locaux, cela pose forcément question : *«â[S'il y a un patient [de notre structure], du coup nous on est fermé, mais il peut quand même rentrer parce qu'il y a encore [une autre structure]â? Comment on faitâ? Comment on gèreâ?â» (CSSI). En même temps,* si des horaires communs peuvent être adoptés, cela risque de contrevenir à la philosophie de travail de l'organisation ainsi qu'aux habitudes du public et des travailleurs.

Partager des locaux suppose également d'assurer une communication et une planification entre travailleurs. Cela peut être problématique quand les pratiques d'intervention diffèrent. Par exemple, le service d'accompagnement des usagers de drogue du CSSI ne fonctionne pas sur rendez-vous pour ses consultations, à l'inverse des autres organisations : *«â[c'est difficile pour nous de prévoir à l'avance ce qui va arriver, s'il y aura beaucoup ou pas de patients. Et du coup, quand est-ce qu'on va devoir l'utiliser ou pas ce localâ»* (CSSI). Dans ce cas, la solution trouvée consiste à attribuer quelques locaux pour certains services ou travailleurs, tandis que d'autres sont en libre accès en fonction des besoins. De plus, les locaux sont divisés entre ceux destinés aux pratiques médicales et sanitaires, qui doivent disposer d'un point d'eau, et ceux pour les pratiques sociales qui ont besoin de moins d'équipements.

Pour ce qui est du numéro vert, le fait de partager un même espace de travail entre

travailleurs sociaux issus de plusieurs structures leur a permis de renforcer les solidarités et de trouver du sens à leur action. La cohabitation a été décisive dans la construction même de la fonction de répondant. Le fait qu'ils se côtoient tous les jours, durant la première phase du dispositif, et soient confrontés aux mêmes problèmes et questions leur a permis de construire une approche commune : *«â□□On était derrière des ordinateurs, on n'avait pas d'outils si ce n'est ceux qu'on avait l'habitude d'utiliser, mais qui n'étaient pas à jour par rapport à la crise. Donc on… On tâtait le terrain, tous ensembleâ□□»* (numéro vert).

Ensuite, ce lieu commun a permis aux travailleurs de partager leurs réflexions, leurs craintes et leurs constats par rapport au système social-santé et de créer un esprit de corps entre travailleurs. Ces discussions n'auraient pas trouvé leur place dans un fonctionnement distribué entre structures :

«â□□On venait nourrir des débats plus philosophiques sur comment tourne maintenant la société, par rapport au numérique, par rapport à la dématérialisation, l'isolement qui s'en créait. Donc là, on était tous derrière tout ça. (…). Un endroit qu'on investissait tous ensemble autour de questions qui nous arrivaient. On devait coconstruire. Et ça, ça a été une grosse constatation et un gros plus que le projet a permis d'amener. Entre professionnels, on se rencontrait physiquement. Bon après, il y avait tout le côté psychologique de se dire "ok, on est content de voir des gens" plutôt que derrière un écran. Mais derrière ça, il y a aussi le côté "bon bah, on se voit jamais en dehors de nos institutions". Les gens n'ont pas le temps. Donc là, ce projet-là pour ça c'est chouette. Ça permet de coconstruire quelque chose ensembleâ□□» (numéro vert).

Néanmoins, le sens accordé à ce dispositif par les travailleurs sociaux reste circonstanciel. Il répond à un besoin très spécifique qui apparait lors du premier confinement lié à l'épidémie de Covid-19. À ce moment, ces travailleurs font face à la fermeture physique d'une partie des associations et des administrations publiques. Mais ils s'attendent à une augmentation de la demande sociale. Les permanences collectives du numéro vert ont ainsi eu un double effet sur les travailleurs sociaux. Elles leur ont permis de donner du sens à leur pratique en répondant directement à la demande sociale et ont brisé l'isolement créé par la situation en instaurant un espace de mise en commun et de constitution d'une expérience commune de la crise sanitaire.

Avec l'assouplissement des règles de confinement, la baisse du nombre d'appels et l'augmentation de la fréquentation physique des services, la raison d'être du numéro vert s'estompe. Les travailleurs sociaux impliqués y attachent un intérêt moindre et perçoivent l'organisation de permanences collectives comme une contrainte qui pèse sur leur travail quotidien. Les permanences sont alors décentralisées au sein des services, perdant dès lors cette mise en commun. Pour y suppléer, les coordinateurs du dispositif choisissent d'organiser des intervisions entre répondants au numéro vert. Mais ces réunions ne sont pas toujours fréquentées par ces derniers. On constate dans ce cas un maintien des identités propres à chaque service, la création d'une identité collective entre répondants au numéro vert restant limitée.

En résumé, la mise en commun de l'activité au sein d'un même espace peut favoriser la création d'un sens commun, l'enrichissement des pratiques et la solidarité entre travailleurs. Mais cela dépend du degré de partage réel des activités et des espaces. Une limite à ce partage peut s'imposer en raison de la philosophie même de travail de

chaque organisation et les besoins des usagers.

Vers une hybridation des pratiques professionnellesâ□□?

À travers la mise en commun de travailleurs dans des espaces communs, on observe une hybridation des pratiques professionnelles. Elles ne s'adaptent pas pour correspondre à un standard visant à gommer les spécificités de chaque modalité d'intervention. Elles se nourrissent les unes des autres pour s'adapter à leurs modes de fonctionnement respectifs.

La mutualisation permet avant tout de favoriser le partage direct d'expériences. C'est le cas du numéro vert qui a renforcé les échanges entre travailleurs sociaux. Bien qu'elles et ils partagent la même formation et la même profession, il subsiste des différences dans l'exercice de leur travail concret. Certains travailleurs sociaux se spécialisent dans une problématique, telle que l'aide au logement ou la médiation de dettes, tandis que d'autres interviennent dans des quartiers présentant des problématiques socio-économiques spécifiques. La mise en commun passe notamment par des échanges informels entre travailleurs et par la création d'outils partagés pour la gestion de la ligne téléphonique : balises de travail pour répondants, lexique pour l'encodage des appels, répertoire de services. Le numéro vert est donc un espace qui favorise les apprentissages mutuels, l'interconnaissance et la production d'une expertise sociale à l'échelle de la région bruxelloise.

La création de la nouvelle fonction de répondant a permis aux travailleurs sociaux impliqués de redonner du sens à leur pratique à travers la reconnaissance de leurs compétences dans le cadre d'un nouveau dispositif. Le fait de choisir des assistants sociaux pour tenir la ligne d'appel est autant un choix pratique – ce sont des travailleurs mobilisables à ce moment précis de crise – qu'un choix éthique :

*«â□□Et là, survient la question : qui est finalement formé, qui est finalement armé, qui est finalement disposé de faire un travail de cet ordre-làâ□□qui est une manière généraliste, mais avec quand même ce petit côté psychologique aussi de répondre à une population dans l'attente de réponses qu'on n'a pasâ□□? Finalement, on s'est rendu compte que tout le monde pouvait le faire, mais qu'il fallait quand même avoir un petit peu de connaissances dans le secteur (social). […] On s'est dit que l'assistant social était la personne la plus disposée pour*â□□» (numéro vert).

Ainsi, le numéro vert s'appuie sur les compétences d'écoute et les connaissances du secteur social détenues par les travailleurs sociaux. Cependant, la fonction de répondant, qui reste malgré tout une mission d'orientation et non de suivi de la demande, s'écarte en partie des spécificités du métier d'assistant social tel qu'il est pratiqué dans le secteur associatif bruxellois. À long terme, il ne contribue pas suffisamment à renforcer le sens accordé à leur travail, celui-ci étant essentiellement fondé sur la capacité à trouver des solutions concrètes aux difficultés rencontrées par leurs usagers.

Une mutualisation a davantage d'effets sur les pratiques professionnelles lorsqu'elle met régulièrement en présence des travailleurs qui appartiennent à des services différents. Dans le cas du CSSI, le regroupement de services au sein de mêmes locaux a encouragé le développement de collaborations entre travailleurs. Ils apprennent à

connaître les spécificités de leurs publics respectifs et adaptent leurs pratiques pour faciliter l'accès à leurs services. Par exemple, l'une des professionnelles de santé du planning familial reçoit parfois des patientes du service d'accompagnement d'usagers de drogues :

«â□□... ce qui est chouette aussi, c'est que, de plus en plus, ils essayent d'être un peu plus bas seuil, un peu plus tolérants, laxistes, entre guillemets, dans leurs conditions d'accès pour le public. Par exemple, [la professionnelle de santé du planning familial] elle est là deux fois par semaine et c'est sur rendez-vous. On a plusieurs fois essayé de mettre des rendez-vous à des patientes, mais alors elles ne viennent pas et c'est embêtant pour le planning, c'est embêtant pour nous. Et du coup maintenant, c'est de se dire : "eh bah, [la professionnelle de santé], elle est là le mardi et le vendredi. Si vous avez quelqu'un qui a besoin, vous nous passez un petit coup de fil et on intercale d'office. Comme ça, on ne bloque pas un rendez-vous qui sera peut-être très probablement perdu pour [la professionnelle de santé], pour une autre patiente du planning à ce moment-là"â□□» (CSSI).

Ici, la professionnelle de santé instaure des modalités de prise en charge différenciées pour les publics plus vulnérables, moins à même de respecter les conventions instaurées. La mutualisation, en favorisant la mise en présence de professionnels avec des publics qu'ils n'ont pas l'habitude d'accueillir, incite ces derniers à adapter leurs pratiques. Quant aux travailleurs du service d'accompagnement d'usagers de drogues, ils parviennent à redonner du sens à leur action en contribuant à la prise en charge de leurs publics par la mobilisation d'autres professionnels de la santé et du social.

Bien que les travailleurs issus des différentes organisations collaborent et adaptent leurs pratiques au sein du CSSI, la constitution de fonctions partagées entre organisations reste limitée. C'est le cas de la fonction d'accueil. Le centre dispose d'une salle d'attente commune, à l'exception du service d'accompagnement des usagers de drogues, comme nous l'avons mentionné précédemment. Malgré cela, chaque service prévoit ses propres accueillants : «â□□*C'est le desk comme à l'aéroport quoi : ils ont chacun un macaron. Un macaron, tu vois avec un petit dessin : tu vas au service social, c'est cette accueillante-là, tu vas à la maison médicale, c'est cet accueillant-làâ*□□» (Fonction de direction, CSSI).

Le maintien des accueils divisés s'explique de plusieurs manières. Tout d'abord, chaque service dispose d'un accueil spécialisé qui demande des compétences spécifiques ou qui fonctionne de manière différente. Dans le cas du centre de planning familial, celui-ci est dans l'obligation de fournir un accueil psychosocial avec un travailleur formé à cette démarche. Par ailleurs, certains services travaillent sur rendez-vous tandis que d'autres disposent d'un accueil de type communautaire, les usagers pouvant rester dans la salle d'attente sans avoir à formuler une demande spécifique. De plus, chaque service utilise ses propres outils informatiques. Ils possèdent tous un logiciel de données usagers-patients propre à leur secteur. Un accueil unique obligerait le personnel à utiliser plusieurs logiciels en même temps, ce qui risquerait de ralentir le fonctionnement de l'accueil. La difficulté de fusionner les accueils constitue donc un problème pratique, mais aussi de différence de philosophie de travail. Chaque service ayant développé sa propre approche de l'accueil des publics, il est difficile d'envisager leur fusion sans contraindre leur standardisation.

Par ailleurs, la crainte de standardisation des pratiques professionnelles émerge de la mise en co-présence de services sociaux et de services de santé. Il serait possible d'assister à une «â□□sanitarisation du socialâ□□» (Scodellaro, 2006), entendue comme «â□□le processus – à la fois conceptuel, institutionnel et interactionnel – qui amène à aborder certains problèmes publics en recourant aux formes d'expertise propres au champ de la santéâ□□» (Moriau & Bottero, 2023, p. 15). À l'échelle des services, elle impliquerait notamment une standardisation des pratiques des travailleurs du social sur celles des travailleurs de la santé. Pour autant, nous n'avons pas rencontré ce phénomène au sein du CSSIâ□□; même si davantage d'observations seraient nécessaires pour en déterminer ou non l'existence.

L'hybridation des pratiques nait donc de la capacité des travailleurs issus de différentes organisations de passer d'une forme de travail en co-présence, dans laquelle ils se côtoient, mais ne coopèrent pas, à une forme de travail en collaboration. Dans des cas plus intégrés de mutualisation, on pourrait assister au développement d'un travail en commun qui remet en question les frontières entre associations et permet la mise en place de fonctions réellement partagées. En revanche, ceci pourrait se faire au détriment des approches spécifiques développées par chaque organisation, propres à leur culture associative.

Conclusion

La mutualisation associative, dans une visée de regroupement des services et des travailleurs sociaux et médico-sociaux, n'entraine pas de facto une standardisation des pratiques professionnelles. Les travailleurs peuvent en revanche exprimer des craintes autour de la possible remise en question de la culture associative de leur organisation. Ils estiment que le rapprochement auprès d'autres associations et le déménagement au sein de locaux communs pourraient perturber les modalités de prise en charge de leur public. Ceci se confirme en partie, la disposition de l'espace dans lequel se déroule l'activité de l'association ayant un fort impact sur son organisation. La mutualisation vient d'autant plus affecter le travail quand les associations impliquées sont de secteurs d'activité différents et ont développé des pratiques d'intervention spécifiquement adaptées à leur public. Dans le cas d'organisations appartenant à un même secteur, la mutualisation est davantage capable de renforcer la solidarité entre travailleurs à travers la constitution d'expériences communes.

La mutualisation permet en revanche une hybridation des pratiques professionnelles. Les services proposés par les travailleurs s'adaptent ainsi à de nouveaux publics ou à des publics peu touchés précédemment. Elle encourage également les collaborations entre professionnels qui peuvent ensuite se formaliser avec le temps. Néanmoins, les effets d'intégration des mutualisations sont limités, chaque travailleur restant principalement associé à son organisation. Quant à la constitution de fonctions communes entre associations, elle reste difficile à mettre en place tant que les organisations disposent de modes de fonctionnement éloignés.

La mutualisation, en cherchant à être une proposition intermédiaire entre la mise en réseau et la fusion associative (Amblard, 2012), court le risque de ne pas satisfaire les attentes d'intégration des services portés par les pouvoirs publics. Parallèlement, elle

ne serait pas capable de lever les craintes des travailleurs sociaux et médico-sociaux sur les risques de remise en cause de leurs pratiques professionnelles. En même temps, elle permet tout de même d'apporter des transformations concrètes au bénéfice des publics concernés. Dans un contexte marqué par le sentiment d'impuissance des travailleurs sociaux et médico-sociaux sur leur capacité à apporter des solutions concrètes aux problématiques de leurs usagers, la mutualisation pourrait potentiellement redonner du sens à leurs pratiques en favorisant la recherche de solutions partagées.

Par ailleurs, la mutualisation opère des transformations au-delà des pratiques professionnelles. Elle contribue à restructurer les modes d'organisation du travail et les processus décisionnels au sein des associations concernées. Les mutualisations des fonctions technico-administratives vont aussi souvent de pair avec les autres formes de mise en commun que nous venons d'aborder. Bien que périphériques à l'activité des organisations, elles peuvent avoir des effets sur le travail quotidien des travailleurs de terrain. Explorer ces autres dimensions des mutualisations associatives serait ainsi pertinent pour saisir l'ensemble des transformations qu'elles apportent à la réorganisation des secteurs du social et de la santé.

Bibliographie

Amblard C., 2012, «â□□Coopération et regroupement des associations : aspects juridiques et fiscauxâ□□», *Revue internationale de l'économie sociale*, 326, p. 64-70.

Chobeaux F., 2015, «â□□Plaidoyer pour un accueil inconditionnelâ□□», *VST - Vie sociale et traitements*, 126, p. 63-65.

Deniau M., 2014, «â□□Étude exploratoire sur les nouvelles pratiques de mutualisation ou de coopération inter-organisationnelles dans le secteur culturelâ□□», Paris, ministère de la Culture et de la Communication, département des études, de la prospective et des statistiques.

Desgagné S., 1997, «â□□Le concept de recherche collaborative : l'idée d'un rapprochement entre chercheurs universitaires et praticiens enseignantsâ□□», *Revue des sciences de l'éducation*, *23*, 2, p. 371-393.

Grenier C., Guitton-Philippe S., 2011, «â□□La question des regroupements/mutualisations dans le champ sanitaire et social : l'institutionnalisation d'un mouvement stratégiqueâ□¯?â□□», *Management & Avenir*, *7*, 47, p. 98-113.

Haut Conseil du travail social, 2023, «â□□Livre blanc du Travail Socialâ□□», Paris.

Henry P., 2021, «â□□Mutualisation et collégialité dans les associations culturelles employeuses en Franceâ□□», Opale.

Lancelevee C., 2016, *Quand la prison prend soin*, Thèse de sociologie, Paris, EHESS, 459 p.

Macilotti G., Boucher M., 2022, «â□□Les professionnels de la déviance et de la délinquance : quels enjeux d'hybridationâ□¯? Pratiques des acteurs, lieux d'intervention et logiques professionnelles :â□□», *Sciences & Actions Sociales*, 16, p. 1-14.

Marival C., 2011, «â□□Associations de solidarité et stratégies de reconnaissance : Une

diversité de réponses associatives aux pressions institutionnellesâ□□», *Revue internationale de l'économie sociale*, 322, p. 62-79.
Moriau J., 2022, «â□□Les quatre étapes de la gestion publique du secteur associatif à Bruxelles (1945-2015)â□□», dans *Cent ans d'associatif en Belgique... Et demainâ□¯?*, Bruxelles, Agence Alter Éditions (Collectif 21), p. 159-169.
Moriau J., Bottero M., 2023, «â□□Territorialisation et intégration des politiques social-santé : quelle place pour la question socialeâ□¯?â□□», *Pauvérité*, 40, p. 1-27.
Richez-Battesti N., Petrella F., Marival C., 2017, «â□□Risques et potentialités des restructurations interassociativesâ□□», *Revue internationale de l'économie sociale*, *2*, 344, p. 41-57.
Rothé C., 2010, «â□□"Jeunes en errance" : Les effets pervers d'une prise en charge adaptéeâ□□», *Agora débats/jeunesses*, 54, p. 87-99.
Scodellaro C., 2006, « La lutte contre la maltraitance des personnes âgées : politique de la souffrance et sanitarisation du social », *Lien social et Politiques*, 55, p. 77-88.
Van Campenhoudt L., Franssen A., Cantelli F., 2009, « La méthode d'analyse en groupe : Explication, applications et implications d'un nouveau dispositif de recherche », *SociologieS [en ligne], URL : http://journals.openedition.org/sociologies/2968*.