

Ressources et limites des réseaux

Le réseau, né dans les années septante et soixante dans le champ thérapeutique, s'opposait aux grandes institutions auxquelles était reproché de monopoliser savoir et pouvoir. L'État providence avait figé une répartition des compétences et des savoirs qui a abouti à une désappropriation des usagers: l'instituteur, le médecin... ont constitué, chacun dans un champ bien différencié, l'institution scolaire ou médicale, des figures centrales. Aujourd'hui, les acteurs se sont multipliés et revendiquent une reconnaissance de leurs compétences propres; et, parallèlement, les savoirs se sont diversifiés. Cette évolution oblige à repenser le rôle de l'État: il doit être le garant d'un pluralisme limité. Il ne peut, en effet, être question, au nom du pluralisme, de laisser pleine liberté au marché. L'État doit assurer des missions de contrôle, d'évaluation et de définition des grandes finalités de l'action publique.

PAR JEAN-LOUIS GENARD

Le concept de réseau, est devenu d'un usage extrêmement général. D'où vient ce concept tel qu'on le voit utilisé aujourd'hui dans le vocabulaire de l'action politique, des politiques publiques?

D'une certaine façon, le champ thérapeutique a été un de ceux où s'est imposé le concept de réseau, dans les années soixante et septante. Quel était le contexte de cette époque? Que signifiait alors le mot « réseau »? À quoi s'opposait-il?

À cette époque, le mot « réseau » s'opposait au mot « institution ». Ces années furent en effet celles de la mise en question de l'institution, que ce soit sous la figure de la famille, de l'école, de la prison... ou, dans le champ de la santé et de la santé mentale, l'hôpital et plus encore l'hôpital psychiatrique. On pensera aux travaux de Michel Foucault, à ceux de Goffman, à tout le courant de l'antipsychiatrie...

RÉSEAU CONTRE INSTITUTION

S'agissant de la maladie mentale, le mot « réseau » est apparu au sein d'un discours critique qui obéissait à une logique sociopolitique, mais aussi thérapeutique, les deux étant en l'occurrence — et c'est peut-être cela qui était particulièrement novateur — difficilement séparables. Au sein du champ thérapeutique, l'émergence du concept de réseau a en fait été concomitante à la reconnaissance de la dimension institutionnelle de la maladie mentale, notamment de la reconnaissance du fait que les institutions, les organisations pouvaient être pathogènes. C'est à cette époque qu'on a assisté à une reglobalisation de l'image de la maladie mentale. Il est devenu ou redevenu clair que la maladie mentale, ou la maladie en général, n'était pas seulement corporelle ou psychique, mais qu'elle renvoyait aussi à la question du contexte institutionnel ou social.

Bref, l'institution n'est pas seulement un cadre neutre par rapport à la pathologie, elle peut être elle-même pathogène. Elle peut favoriser la guérison comme elle peut, au contraire, amplifier le symptôme. De la même façon d'ailleurs que d'autres institutions, comme la famille, l'école... peuvent être également pathogènes. C'est sur la base de ces critiques qu'à cette époque, le champ de la santé mentale va être un champ d'innovation institutionnelle très important. « Innovation institutionnelle », parce qu'il ne faut effectivement pas comprendre ce qui se passait alors au travers de la critique de l'institution comme un processus de désinstitutionnalisation. Il s'agit plutôt d'une invention institutionnelle, de l'émergence d'un nouveau type d'institutions.

LA CRITIQUE DE L'ÉCOLE, DE L'HÔPITAL

Mais quel type d'institution critiquait-on à l'époque en appelant à la création de réseaux ou d'une psychiatrie de réseaux?

La figure de l'institution critiquée au travers de l'hôpital, de la prison, de l'école, c'était celle de toutes ces grandes institutions liées à un mode d'action publique et, probablement, à un régime de régulation sociale globale que les sociologues appellent le régime fordiste. Qu'étaient en réalité ces institutions, qu'est-ce qui les caractérisait, comment s'articulaient-elles sur les politiques publiques de l'époque? En fait, ces institutions apparaissaient comme des organisations centralisées, cumulant un monopole ou assumant à la fois une concentration du savoir et celle du pouvoir. Savoir et pouvoir dont les critiques de l'époque, à l'image de Michel Foucault par exemple, n'hésitaient pas à identifier, le savoir (par exemple thérapeutique) s'imposant comme pouvoir (de discrimination entre les fous et les autres et d'exclusion des premiers).

Ce constat est important et, pour comprendre ce que vise aujourd'hui le concept de réseau, il faut garder en tête le fait que le concept de réseau s'oppose à un concept d'institution pensée sur le modèle d'une organisation centralisée, cumulant, monopolisant savoir et pouvoir. Il faut garder cela à

SOINS AMBULATOIRES: QU'EST-CE QUI BOUGE?

l'esprit non seulement pour décrire aujourd'hui ce que peut signifier le mot « réseau », mais surtout pour réfléchir à la manière d'institutionnaliser politiquement les réseaux. Et cela afin de ne pas retomber dans les erreurs qui furent celles critiquées dans le modèle institutionnel de l'hôpital psychiatrique par exemple.

En suivant ce raisonnement — et c'est là une proposition normative — on devrait pouvoir se convaincre que les modes de constitution des réseaux que l'on cherche à mettre en place aujourd'hui doivent pouvoir faire obstacle à un certain nombre de choses qui furent l'objet des critiques faites au nom du « réseau » dans les années soixante et septante.

En particulier, faire obstacle à un modèle organisationnel répondant à certaines caractéristiques. Comme un modèle où l'organisation serait pensée simplement comme un intérieur face à un extérieur, selon une opposition dure entre organisation et environnement. Ce qui était le cas de ces institutions critiquées, par exemple par Goffman dans *Asiles*. Faire obstacle aussi à un modèle organisationnel basé sur à une monopolisation du savoir y conduisant. Faire obstacle enfin aux formes organisationnelles imposant une centralité du pouvoir.

ÉTAT PROVIDENCE ET INSTITUTIONS

Après ce bref rappel, je souhaiterais ici mettre l'émergence du concept de réseau en perspective par rapport à l'évolution des politiques publiques, ce qu'a d'ailleurs fait d'une autre façon Jean De Munck. Depuis les années septante et quatre-vingt, on assiste au déclin du mode d'action publique lié à ce qu'on a appelé l'État social ou l'État providence. On peut parler de « déclin », et non pas de « fin » de l'État providence, et encore moins de fin des droits auxquels l'État providence était supposé donner accès. Ce qui se joue ici est plutôt une reconfiguration, en sachant évidemment que dans les périodes de reconfiguration existent des risques de retrait ou de perte. Mais je ne partage pas le jugement catastrophique de certains, qui voient dans le contexte actuel la fin de l'État providence.

Comment alors caractériser cette période de déclin de l'État providence ? Et qu'est-ce qui caractérisait cette société fordiste dans laquelle intervenait l'État social ou l'État providence ? Il serait évidemment possible de développer cela très longuement, mais deux ou trois points paraissent importants si l'on veut se donner un horizon à partir duquel penser ce qu'est et ce que doit être un réseau.

Tout d'abord ces sociétés fordistes, régulées par un État social ou un État providence sont des sociétés fortement différenciées, dans lesquelles les politiques publiques sont elles-mêmes fortement différenciées. La différenciation sociale veut dire que coexistent un système médical, un système d'enseignement, un système culturel, un système pénal, etc. fortement différenciés, bénéficiant d'une autonomie importante les uns par rapport aux autres. C'est un des principaux apports des théories systémiques que d'avoir attiré l'attention sur ce point.

SOINS AMBULATOIRES: QU'EST-CE QUI BOUGE?

Les politiques publiques participent à cette différenciation qu'elles contribuent à instituer, à produire et à reproduire. Dans un tel contexte, les politiques publiques sont ciblées sur le monopole institutionnel d'une institution ou d'un très petit nombre d'institutions occupant une position centrale et dominante dans chacun de ces champs. Dans le champ de la santé, c'est l'hôpital; dans le champ pénal, la prison; dans le champ scolaire, l'école... On pourrait multiplier les exemples.

Toutes les grandes institutions qui ont été critiquées durant les années soixante et septante bénéficiaient en quelque sorte d'un monopole institutionnel à l'intérieur d'un champ différencié, et ce monopole était de fait, et lié à un monopole cognitif. La critique de l'école était donc aussi une critique de la pédagogie, du type de savoir — la culture bourgeoise — qui était véhiculé dans l'enseignement. Ce monopole cognitif induisait, comme le dénonçait Foucault, la domination d'un certain type d'acteurs possédant les compétences, qui leur assuraient un pouvoir à l'intérieur du champ. Ainsi en allait-il de l'instituteur, l'enseignant dans le champ scolaire et on sait à quel point les choses ont changé quant à la légitimité du pouvoir de l'enseignant dans l'institution scolaire. Le médecin dans le champ médical, le juge dans le champ juridique... ont constitué d'autres figures centrales de ces différents champs autonomisés.

L'État social ou l'État providence a bien sûr garanti l'accès à un certain nombre de droits que l'on appelle communément les droits sociaux ou les droits-créances, mais il ne les pas instaurés de manière arbitraire. Ce faisant, il a institutionnalisé un régime de partage des compétences et des savoirs, de partage des acteurs également et de distribution des pouvoirs entre eux. Parallèlement ou inversement, il a établi un régime de désappropriation de savoirs et de pouvoirs à l'égard de ceux qui deviendront les clients ou les usagers du système. De même qu'il a contribué à l'exclusion de ceux dont les savoirs ou les pratiques n'ont pas été reconnus. Ce régime de partage dur des compétences, de désappropriation des pouvoirs et des savoirs se heurte par la suite à la fois à la pluralisation des savoirs, à la montée de la société civile et de l'associatif, qui va évidemment revendiquer des compétences acquises dans des pratiques qui ont montré leur pertinence. C'est donc ce mode d'action fortement différencié, basé sur un monopole institutionnel et une logique de spécialisation, qui devient progressivement problématique, qui va être contesté. Et qui a notamment été contesté dans le champ de la santé mentale au travers du concept de réseau.

MULTIPLICATION DES ACTEURS DIVERSIFICATION DU SAVOIR

Comment décrire cette évolution, comment comprendre le contexte actuel de déclin du monopole institutionnel, cognitif, encore qu'il y ait évidemment des savoirs dominants? Cette situation nouvelle se traduit aujourd'hui tout d'abord par la multiplication des acteurs qui revendiquent chacun pour eux une reconnaissance au moins égale aux autres. Dans le champ de la santé mentale, le médecin psychiatre qui y occupait une position

SOINS AMBULATOIRES: QU'EST-CE QUI BOUGE?

dominante se trouve aujourd'hui confronté à des psychologues, des assistants sociaux, des agents du secteur socioculturel, des éducateurs de rue, mais aussi des thérapeutes dont le savoir n'est pas validé par un diplôme universitaire, ni par un autre d'ailleurs. Multiplication considérable des acteurs, donc, dont on a de bonnes raisons de penser qu'il accompagna l'entrée dans le système ambulatoire qui favorisa très certainement la montée en puissance du psychologue face au médecin psychiatre.

Toutefois, à la multiplication des acteurs s'ajoute la diversification considérable des savoirs et des cadres cognitifs — avec, bien entendu, toujours un certain nombre de savoirs dominants. Des savoirs qui souvent occupent cette position dominante parce qu'entre eux et la logique administrative, il y a des convergences. Notamment des convergences logiques comme l'illustrerait le DSM IV¹ en matière de santé mentale dont la rationalité sous-jacente rencontre la figure de la rationalité qui est en arrière-plan du fonctionnement bureaucratique traditionnel.

Cela dit, même si un certain nombre de cadres cognitifs demeurent dominants, notamment en raison de cette convergence avec des logiques bureaucratiques, il ne fait pas de doute que nous sommes confrontés à un contexte de diversification, de multiplication, de dédogmatisation des savoirs. Les lacaniens eux-mêmes ne sont plus aujourd'hui ce qu'ils étaient il y a une vingtaine d'années. S'impose aujourd'hui un rapport plus pragmatique au savoir.

LE RÔLE DE L'ÉTAT

À cela s'ajoute une diversification considérable de l'offre institutionnelle. Non seulement à l'hospitalier s'est ajouté l'ambulatoire, mais à l'intérieur de celui-ci se sont fait jour de multiples dispositifs. Et cette situation inédite induit pour les pouvoirs publics un questionnement nouveau quant à leur rôle: c'est notamment celui de la coordination de ce secteur qui se présente sous la forme d'un paysage extrêmement complexe. L'État a désormais à assumer de nouvelles tâches face à ce secteur qui s'est diversifié, en particulier des tâches de coordination. Et s'il veut être à la hauteur de la diversification, de la pluralisation, l'État doit désormais se fixer des tâches de type éthico-politique. Il doit se présenter, non plus comme l'incarnation d'un certain type de savoir (comme ce fut le cas à l'ère de l'État social), mais plutôt comme le garant d'un certain pluralisme. Pluralisme qu'il s'agit ici peut-être d'opposer à la version monopolistique des politiques publiques telle que je la décrivais en parlant de l'État social. Toutefois, ce pluralisme n'est pas celui du marché, l'État ne pouvant à l'évidence accepter comme valide toute forme de compétence thérapeutique. Il s'agit d'un pluralisme régulé, et la question se pose de savoir quel type de régulation mettre en

¹ Le *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux* (DSM) est en vigueur depuis 1952 et il en est à sa quatrième version. Pour une critique du DSM IV, voir « Comment être fou dans les règles », de Francis Martens, dossier « Le miroir de la santé mentale », *La Revue nouvelle*, février 2002.

SOINS AMBULATOIRES: QU'EST-CE QUI BOUGE?

place pour organiser ce pluralisme. Ne pouvant accepter une offre de soins totalement ouverte, l'État doit certainement conserver des missions de validation des savoirs, des compétences, des acteurs (tout ne pouvant être reconnu et subventionné), mais aussi des tâches d'évaluation permettant de justifier les dépenses publiques.

Cela dit, dans le contexte actuel, le risque d'en venir à un système proche du marché n'est pas totalement exclu. La pluralisation des acteurs, la pluralisation de l'offre institutionnelle induit en effet un certain nombre de comportements qui s'apparentent à des luttes entre institutions pour s'approprier des ressources qui sont fatalement limitées. Et, le secteur se pluralisant, on va voir y apparaître des jeux stratégiques, des jeux d'alliance dont l'objectif va être l'appropriation des ressources, comme c'est le cas au sein d'un marché concurrentiel. L'enjeu de la régulation est aujourd'hui celui-là: ni le monopole institutionnel de l'hospitalocentrisme ni un pluralisme donnant libre cours à une concurrence institutionnelle.

RÉSEAU ET ÉMANCIPATION

Un autre élément sur lequel insister pour décrire le contexte actuel est celui que certains sociologues désignent en parlant de « dédifférenciation » fonctionnelle, qu'ils opposent bien évidemment à la différenciation fonctionnelle dont je parlais plus haut en insistant sur l'autonomisation des champs de la médecine, de l'école, de la santé, de la sécurité... qui a marqué la période fordiste.

Nous sommes en réalité aujourd'hui de moins en moins face à une société composée de sous-systèmes fermés sur eux-mêmes et se défendant farouchement des incursions des systèmes connexes. On s'en rend compte de plus en plus: les problèmes thérapeutiques sont aussi des problèmes économiques, sociaux, culturels... et, parmi les acteurs du thérapeutique, il faut aussi compter les travailleurs du social, du socioculturel... mais aussi les ressources de l'environnement, du quartier.

À l'inverse, on observe aussi que le thérapeute se trouve de plus en plus souvent sollicité par la justice ou par les acteurs des politiques sociales, par exemple.

Ce qui veut dire également que nous sommes là dans un contexte de déconstruction des identités professionnelles du moins comme elles avaient pu être formatées en régime d'État providence, d'État social classique où les prérogatives sur les champs avaient été clairement assignées en raison des compétences reconnues. Les professionnels se trouvent donc aujourd'hui face à une situation nouvelle ambivalente. Ils doivent se garantir des espaces d'intervention, mais sans pouvoir exclure à priori les risques, les possibilités de chevauchement de domaines. Avec évidemment le risque que rencontrent, par exemple, de plus en plus de thérapeutes: celui de voir s'imposer à leur travail des réalités ou des contraintes externes, venant notamment du sécuritaire, dont on sait à quel point il pèse sur le thérapeutique, comme d'ailleurs sur le socioculturel.

SOINS AMBULATOIRES: QU'EST-CE QUI BOUGE?

Ce processus de dédifférenciation possède une dimension émancipatrice qui s'actualise dans la possibilité de reglobalisation des questions ou des situations. Mais ce même processus ouvre inversement au risque de se voir éventuellement imposer des orientations non assumées. Cette situation impose aux pouvoirs publics un certain nombre de missions.

Quoi qu'il en soit, le réseau transgresse aujourd'hui les frontières des spécialisations, des champs et cela a plusieurs conséquences. Tout d'abord, dans une logique de réseau, il y a souvent, une tentation structurelle, une propension à la querelle de frontières. Celle-ci sera d'autant plus présente que les identités n'auront pas évolué, autrement dit que les acteurs se présenteront, face à leur identité professionnelle, avec une image de la profession liée à l'ancien système, c'est-à-dire à une société différenciée, qui place évidemment les acteurs sur la défensive.

Par ailleurs, né en opposition aux grandes figures institutionnelles de l'État social, le réseau ne peut être pensé comme une organisation. Il ne peut pas, pour le patient, être un parcours balisé d'avance. Le réseau est plutôt un milieu, un environnement, peuplé de ressources, de ressources mobilisables. Aujourd'hui les sociologues qui étudient l'exclusion sont très frappés par cela: ceux qui ne s'en sortent pas sont ceux qui n'ont pas de ressources mobilisables. Ceux, au contraire, qui s'en sortent très bien, ce sont ceux qui, face à un accident dans leur carrière, dans leur biographie, peuvent mobiliser de multiples ressources. Le réseau devrait être pensé en ces termes-là. Il peut offrir des ressources, des ressources institutionnelles, au sens d'une pluralité d'institutions qui peuvent œuvrer à la reconstruction d'un parcours. Et cela en prenant cette idée de « ressources » en un sens très large, qui ne se limite pas aux ressources systémiques, c'est-à-dire aux ressources institutionnelles au sens strict mais qui en débordent. La famille, le quartier... font aussi partie des ressources. Le travail en réseau suppose que soit brisé ce que Habermas appelle l'opposition entre système et monde vécu. Ne pas seulement se limiter donc à des ressources organisationnelles, même si elles sont multipliées. Le réseau doit être un espace de transactions entre acteurs, transactions qui peuvent se stabiliser, par exemple se contractualiser, mais un espace dont la dimension dynamique est évidemment essentielle: il doit toujours se défendre de devenir une organisation et doit donc constamment lutter contre le risque d'une stabilisation sclérosante.

Et pour assurer ces transactions, on en arrive à la dimension réflexive. En sociologie des réseaux, on insiste sur deux choses qui sont très importantes pour que fonctionnent les réseaux, c'est l'objet du paragraphe suivant.

TRADUCTION ET CONTROVERSE

La première, c'est l'importance de la traduction. Un réseau met en contact, en transaction des acteurs venant d'horizons très différents, possédant des savoirs, des compétences très différents. Il est dès lors essentiel qu'il y ait des lieux où se créent des sémantiques communes, où l'on puisse se parler, négocier. Cette logique de traduction est en quelque sorte l'envers de la logique d'autoréférentialité qui était le propre d'une société différenciée

SOINS AMBULATOIRES: QU'EST-CE QUI BOUGE?

dans laquelle les médecins, les juges... se construisaient une sémantique quelquefois compréhensible seulement par eux.

Dans une logique réticulaire, il est nécessaire qu'il y ait régression de ces savoirs hyperspécialisés, et, à tout le moins, ouverture à des logiques de traduction.

La seconde, c'est l'importance de la controverse. Il faut que se créent dans le réseau des espaces de discussion rassemblant des acteurs pluriels où se visibilisent les tensions du réseau et aussi où se conçoit et se réfléchit la dynamique du réseau. Le réseau signifie aussi un processus croissant de délégation de missions de service public et, en tout cas, une transformation des délégations de missions de service public. Délégations vers des organisations privées de plus en plus diversifiées. En Belgique, le passage à une logique de réseau pourrait ainsi signifier un processus de dépillarisation. L'institutionnalisation des grands secteurs autonomisés, par exemple de la santé ou de la santé mentale, caractéristique de l'État social ou de l'État providence, a permis l'émergence du régime des piliers, ou du moins y a été liée. Le passage à une logique de réseaux devrait aller à l'encontre de cela. Il s'agirait, si on veut réellement construire des réseaux, de faire en sorte que les piliers ne construisent pas des réseaux comme des organisations segmentées, parce qu'on retomberait simplement dans une logique organisationnelle stabilisée, revenant à un modèle antérieur.

Pour l'État, la multiplication, la diversification des acteurs et des institutions conduit à une certaine insécurisation. Notamment parce que l'État n'est plus celui qui peut définir un cadre cognitif et peut contrôler des institutions en petit nombre qui ont un monopole ou un quasi-monopole sur les politiques. C'est dans ce contexte d'insécurisation que les pouvoirs publics sont aujourd'hui confrontés à une question qui est très difficile pour eux, celle qui revient à redécouvrir, à reconstruire une philosophie du contrôle. Qu'est-ce en effet que contrôler? Qu'est-ce que piloter une politique publique en régime réticulaire?

LES NOUVEAUX MODES DE CONTRÔLE

Ce nouveau régime implique-t-il de nouvelles manières de contrôler?

L'essentiel, au sein d'un système réticulaire, c'est d'y articuler un ensemble de dispositifs réflexifs, dont une des finalités les plus évidentes serait d'assumer des tâches de coordination. Dans le champ de la santé mentale, ce sont, par exemple, les plateformes de concertation. Celles-ci laissent toutefois apparaître une difficulté, qui est celle de la représentation. Jusqu'où en effet étendre les « invités » en régime de multiplication des acteurs, et d'extension de la reconnaissance des compétences, bien au-delà de ceux auxquels les anciennes logiques administratives garantissaient un monopole dans l'accès et la détention des savoirs. Cette tension se vérifie très clairement aujourd'hui autour de la question de la part prise, dans le réseau et ses différents organes réflexifs et de coordination, par les usagers et par leurs représentants.

SOINS AMBULATOIRES: QU'EST-CE QUI BOUGE?

La nouvelle donne implique également pour les pouvoirs publics une nouvelle procéduralisation du subventionnement. On le voit aujourd'hui: les pouvoirs publics tendent à subventionner de moins en moins des institutions (du moins les institutions émergentes puisque les grosses institutions hospitalières, par exemple, relevant des anciennes logiques étatiques conservent leur statut), pour soutenir de plus en plus souvent des projets. Cette logique du projet est nouvelle, elle est liée à la fois à l'esprit managérial et aux nouvelles logiques de l'intervention publique — qui d'ailleurs s'inspirent des premières. Cette logique peut entraîner une précarisation des institutions, puisqu'il est évidemment plus confortable de pouvoir compter sur un subventionnement stabilisé dans le temps, plutôt que de se retrouver constamment obligé de concevoir et de rédiger des projets pour obtenir des subventions dont on n'est d'ailleurs pas sûr de disposer. Là se pose pour les pouvoirs publics la question de la stabilisation des personnes et des institutions.

Par ailleurs, si la logique réticulaire privilégie les régulations horizontales, il paraît tout aussi clair que l'État ne saurait néanmoins faire totalement l'économie de la verticalité. L'État doit se donner les moyens de définir de grandes finalités de l'action publique. Donc, non plus des programmes, non plus une planification comme à l'ère de l'État providence, mais un pilotage à partir de grandes finalités faisant l'objet de débats publics élargis. Dans les discussions précédentes, il était d'ailleurs question de décret-missions, et sans doute était-ce cela dont à la fois on soulignait le manque actuel et l'importance en régime de retrait de l'État par rapport à des définitions substantielles des politiques. En évoquant l'importance d'un décret-missions, se manifestait simplement la volonté du secteur de pouvoir se référer à un projet politique, et bien entendu, de pouvoir participer en tant que secteur à la définition de ces grandes finalités. En effet, si l'État ne prend pas en charge la définition de grandes finalités, s'il se soustrait à toute ambition verticale, alors nous nous trouvons dans le marché. Il me semble également essentiel que ces grandes finalités soient définies par rapport à ce que sont les prérogatives de l'État, c'est-à-dire les thématiques politiques, en particulier les questions de citoyenneté, de droit... et bien moins en termes d'organisation, forme d'intervention privilégiée à l'ère de l'État social.

Enfin, il est essentiel aussi, dans le nouveau système, que l'État envisage des procédures d'évaluation de la politique. Ce qu'il fait aujourd'hui mais, à entendre les professionnels, de manière exagérément bureaucratique, c'est-à-dire d'une manière qui demeure tributaire des anciennes formes de contrôle de l'action publique, et selon des procédures qui font la part trop belle à des intelligences technocratiques, privilégiant ainsi d'ailleurs certains choix thérapeutiques. Il y a eu, à ce propos, en France au début des années nonante, un questionnement opposant ce qu'on a désigné comme des évaluations technocratiques ou bureaucratiques, d'un côté, et des évaluations démocratiques, de l'autre. Les évaluations sont bien évidemment des moyens de contrôle mais, conçues dans une optique démocratique, elles sont d'abord un moyen d'apprentissage et, surtout, d'apprentissage participatif. C'est la raison pour laquelle il y a aujourd'hui, de la part des pouvoirs publics, à mener une réflexion sur la question de l'évaluation. Et peut-être

SOINS AMBULATOIRES: QU'EST-CE QUI BOUGE?

alors, lorsque cette interrogation aura été menée, les pouvoirs publics seront-ils progressivement amenés à abandonner l'ancien mode de contrôle, c'est-à-dire le mode de contrôle bureaucratique. On se trouvera là davantage face à une logique où l'on confie un budget à des institutions, en fonction d'un projet cadré par des finalités codéfinies, budget dont les institutions seront tenues responsables, c'est-à-dire auront à répondre. Plutôt que de les enfermer dans une accumulation de règles bureaucratiques, peut-être travaillera-t-on davantage à mettre en œuvre un contrôle évaluatif à postériori alors qu'aujourd'hui la tendance serait plutôt à additionner des contrôles bureaucratiques, à priori liés à l'ancien fonctionnement administratif, et des contrôles évaluatifs à postériori.

Quoi qu'il en soit, l'important est ici de penser le réseau en l'associant à la nécessité de multiplier l'existence de dispositifs réflexifs de plusieurs sortes, aux niveaux « micro » et « macro », à celui de l'État...

Il s'agit donc de repenser la question de la verticalité de l'État. L'État n'ayant pas à démissionner par rapport à cette tâche. Repenser la verticalité de l'État, cela veut dire que l'État a à assumer ses propres responsabilités politiques. Qu'il a la responsabilité, notamment au travers des pratiques réflexives et des pratiques d'évaluation, de responsabiliser les acteurs à propos de ce qu'ils font.

Jean-Louis Genard