

Philippe Ducalet,
Michel Laforcade

**PENSER LA QUALITÉ
DANS LES INSTITUTIONS
SANITAIRES ET SOCIALES
(Sens, enjeux et méthodes)**

(3^{ème} édition, Seli Arslan, Paris, 2008)

Table des matières

LES AUTEURS	2
LES QUESTIONS POSÉES	2
LES RÉPONSES APPORTÉES.....	3
LE RÉSUMÉ.....	4
Bibliographie (extraits)	16

LES AUTEURS

Philippe Ducalet, diplômé de l'IAE de Paris I Sorbonne en management des entreprises et gestion des ressources humaines, ancien responsable de la formation des directeurs d'établissement social auprès de l'IRTS de Bordeaux (CAFDES/ENSP) puis directeur du CREAHI d'Aquitaine et directeur général d'association en Gironde.

Directeur d'établissements et services dans le champ de la protection de l'enfance, il a également enseigné l'évaluation et le management de la démarche qualité auprès de l'ISMQ de Bordeaux et l'Université de Toulouse.

Habilité par l'ANESM en tant qu'évaluateur externe au sein de la structure Qualicea Conseil.

Michel Laforcade, titulaire d'une licence de lettres classiques, d'un DEA de droit public, de droit de la santé et d'un DEA de l'IEP de Bordeaux, est diplômé de l'École nationale de la santé publique. Il a été gestionnaire d'établissement médico-social.

Après avoir été directeur de la DDASS de la Dordogne, il est depuis 2010, Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé du Limousin.

Les deux auteurs ont été responsables pédagogiques du diplôme universitaire « Évaluation, qualité et certification des établissements et services sanitaires et sociaux », Université Bordeaux IV - IUT Périgueux.

LES QUESTIONS POSÉES

Dans « Penser la Qualité dans les Institutions Sanitaires et Sociales », les auteurs, Philippe Ducalet et Michel Laforcade militent pour une démarche qualité dans les établissements et services sanitaires et sociaux, couplée à une démarche évaluative.

Ils dressent l'histoire de la qualité, inventorient les freins et les atouts existant dans les secteurs du sanitaire et du social quand à la mise en œuvre de ces démarches, et listent les principes et postures à respecter pour que ces démarches aient le plus de chance de succès.

LES RÉPONSES APPORTÉES

Les auteurs insistent sur la nécessité pour les institutions qui se lancent dans une démarche qualité de débiter par une incontournable recherche du sens, et une interrogation sur ses valeurs fondatrices, de s'assurer de la validité de l'action sanitaire ou sociale pour le bénéficiaire, rendue notamment nécessaire par la « consumérisation » et de la « judiciarisation » de la société.

Ils invitent les dirigeants et professionnels, au moment de se lancer dans une démarche qualité, à se réappropriier les textes fondateurs des secteurs du sanitaire et du social, et en parallèle affirment que les outils et méthodes sont importants voire indispensables, mais qu'ils ne font pas tout.

L'importance de se livrer en permanence à une interrogation rétrospective et prospective de ces actions est démontrée. Ils affirment que l'excellence est atteinte lorsque les prestations offertes correspondent exactement aux attentes des bénéficiaires, mais aussi à leurs besoins réels.

L'analyse des besoins est essentielle, tant au niveau institutionnel lors de la réflexion sur un projet d'établissement par exemple, qu'au niveau individuel lors de la rédaction des projets individualisés. Cette analyse critique permet, à condition de respecter plusieurs principes et en particulier celui de la pluralité des regards, de formuler des plans d'améliorations ou des plans d'actions qui par la suite lors de l'évaluation des résultats qui en sera faite, permettront de repartir dans un processus d'amélioration.

La réussite de la mise en œuvre d'une démarche qualité et d'une démarche évaluative, qui sont jugées complémentaires, passe par l'implication de tous les acteurs de l'institution. Le rôle du management y est fondamental, il se doit d'être moteur, mais aussi d'encourager, de susciter les implications individuelles. La co-construction notamment des référentiels est une garantie d'appropriation par les professionnels, et partant de leur capacité à vivre et à évoluer dans la durée.

LE RÉSUMÉ

Première partie : histoire des textes fondateurs

Dans cette première partie, les auteurs passent en revue l'histoire et les textes fondateurs des secteurs sanitaires et sociaux pour permettre de planter le décor de la démarche qualité.

Le temps de la Charité puis de l'Assistance

Après avoir pendant longtemps été considérée comme une punition ou une malédiction divine, l'infirmité, avec les progrès de la médecine et notamment avec Ambroise Paré, perd son sens sacré. Le pouvoir des médecins se confronte à celui des prêtres, et est consacré dans le Siècle des Lumières avec en particulier les œuvres et les actions de Diderot, Valentin Haüy, et l'abbé de l'Épée.

Un nouveau regard est porté sur les personnes déficientes sensorielles, et des lieux spécialisés sont créés pour leur permettre de disposer d'une éducation adaptée. La révolution française consacre l'assistance comme devoir social, entérinée dans la déclaration des Droits de l'Homme avec le triptyque subsistance-travail-secours.

La réforme hospitalière de 1851, énonce trois principes : obligation de recevoir tous les malades indigents sans condition de domicile, réglementation du recrutement des médecins et harmonisation de l'organisation administrative hospitalière.

Par la suite, les découvertes de Pasteur qui vont compléter les connaissances médicales, la création du Conseil supérieur de l'assistance publique, la loi de 1898 sur les accidentés du travail et celle de 1905 sur les vieillards, infirmes et incurables sont autant d'éléments conduisant la société française à une meilleure assistance des personnes en difficultés, qu'elles soient malades, vieillissantes, infirmes ou indigentes.

Avec la Grande Guerre de 1914-1918, vont apparaître le principe de réparation et l'obligation d'emploi des mutilés de guerre. L'existence des maladies d'origine professionnelle sera elle reconnue avec la loi de 1929.

Le temps de la solidarité

A partir de 1945, la solidarité nationale va être mise en avant avec la création de la Sécurité sociale qui rend solvable les malades et permet une catégorisation des maladies (longue maladie, incapacité, accident du travail, maladie professionnelle) et des malades. Un ensemble de lois vont se succéder et compléter ce dispositif : la loi du 23 novembre 1957 sur la réinsertion professionnelle des personnes handicapées, la loi

du 13 juillet 1971 sur l'allocation aux mineurs et adultes handicapés, la loi du 30 juin 1975 sur l'insertion des enfants et des adultes handicapés, ainsi que sa loi jumelle et complémentaire sur les institutions sociales et médico-sociales.

En parallèle, le secteur hospitalier est réformé par les ordonnances des 11 et 30 décembre 1958 créant les CHU, la loi du 31 décembre 1970 planifiant les équipements et visant à contrôler et encadrer les dépenses, la loi du 31 décembre 1983 qui institue le prix de journée, la loi du 30 juillet 1991 qui apporte les schémas d'organisation sanitaire, et les ordonnances du 24 avril 1996 créant les agences régionales d'hospitalisation et l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

Dans le secteur social, la loi du 29 juillet 1998 contre les exclusions et la loi du 27 juillet 1999 instaurant la couverture maladie universelle ciblent la restauration de la dignité et la participation des pauvres et des exclus, ainsi qu'à permettre un accès à des soins de qualité.

L'ensemble de ces lois a entériné la séparation des secteurs du sanitaire et du social. Dans le même temps, les usagers et les patients se voient reconnaître de plus en plus de droits en tant que citoyens et consommateurs.

Des textes fondateurs initiateurs d'une démarche qualité

Les auteurs militent pour une redécouverte des textes qu'ils comparent à des « tables de la loi » et qu'ils considèrent comme les fondements de la démarche qualité. Chacun de ces textes apporte sa part à l'introduction de principes, de règles qui concourent à la mise en place d'une politique de démarche qualité dans le secteur sanitaire. Que ce soit concernant la sécurité des malades, la notion de projet de service, l'évaluation, la nécessité d'assurer une prise en charge globale du malade prenant notamment en compte les aspects psychologiques du patient, l'invitation à travailler en réseau, la mise en place d'une planification régionale avec les SROS (schémas régionaux d'organisations sanitaires), et enfin l'accréditation et les contrats pluriannuels.

En affirmant clairement le « principe de l'accès à des soins de qualité », la « meilleure sécurité sanitaire » possible, et les deux dimensions essentielles de la qualité : la sécurité et la nécessité d'évaluer ses pratiques, la loi du 4 mars 2002 se focalise sur l'utilisateur, lui garantit le secret des informations qui le concernent, l'accès à son dossier médical, le droit à être informé sur son état de santé, et affirme son droit de consentement ou de refus des soins qui lui sont proposés. Cette loi jette les bases d'une participation des usagers (démocratie sanitaire), et enfin, reconnaissant les risques pris lors d'une hospitalisation, la loi reconnaît la faculté de se faire indemniser pour des patients qui auraient subi des préjudices.

Une nouvelle étape est franchie avec le remplacement en 2004 de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) par la Haute Autorité de Santé (HAS), qui prend en charge la certification (qui remplace l'accréditation) des établissements de santé, la production de guides et de recommandations de bonnes pratiques, l'évaluation de l'utilité médicale des actes, prestations et produits pris en charge par l'assurance maladie.

Les ordonnances de mai et septembre 2005 mettent en place une nouvelle gouvernance hospitalière avec en particulier la nécessité de recueillir l'accord du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation concernant le projet d'établissement, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, et la politique d'amélioration continue de la qualité.

Le secteur social et médico-social n'est pas en reste, avec les lois du 30 juin 1975, qui permettent une meilleure implication des bénéficiaires des prestations dans le fonctionnement des structures, au travers des conseils d'établissement, et le souci de coordonner les différents établissements et services pour une meilleure adéquation avec les besoins.

La refonte des annexes XXIV en 1989, pose le principe d'un projet thérapeutique et éducatif individuel, avec la nécessité de procéder à une évaluation initiale puis annuelle des besoins et actions, et une place des familles réaffirmée.

A partir de 1998, un grand nombre de textes sont produits pour lutter contre les violences et maltraitances institutionnelles, et viennent mettre lumière l'absence de qualité globale. Rappelant Stanislas Tomkiewicz pour lequel « Toute institution secrète la violence... », les auteurs insistent sur la nécessité d'une posture autocritique afin d'être en permanence en veille face à la maltraitance, et pointent le changement d'image des professionnels qui ne sont plus nécessairement du côté du bien et de la bientraitance, du simple fait de leur choix de vie professionnelle, mais au contraire qui doivent interroger leurs pratiques et démontrer leur bienfaisance. Ils invitent également les institutions à organiser en leur sein des débats sur la bientraitance.

Soulignant que les textes officiels recommandent « fortement » que les moyens de prévention de la maltraitance soient décrits dès les projets de création d'établissement, les auteurs insistent sur la nécessité d'anticipation des responsables d'établissements pour éviter la maltraitance, et également de contrôle et d'analyse de toutes les informations pouvant être interprétées comme étant des révélateurs de situations maltraitantes.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, replace elle aussi l'utilisateur au cœur du dispositif. Elle réaffirme ses droits de citoyens, de libre choix des prestations adaptées, la qualité de son

information, la nécessité de disposer d'un projet d'accompagnement individualisé, et la faculté d'être un acteur de son projet de vie.

La loi a mis en place sept instruments afin de garantir les droits des bénéficiaires : le livret d'accueil, la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, le contrat de séjour, le Conseil de la vie sociale, le Règlement de fonctionnement, le Projet d'établissement ou de service, l'évaluation de la qualité des activités et des prestations. Les établissements sont ainsi tenus de pratiquer une auto-évaluation, puis une évaluation externe, qualifiée par les auteurs de « pudique accréditation ».

Pour la pratique de l'auto-évaluation, il est rappelé que ce ne sont pas les référentiels qui font la qualité, mais bien les femmes et les hommes dans leur quotidien et leur quête permanente d'amélioration de leur travail. Les auteurs insistent donc sur l'importance du choix de ces référentiels, qu'ils soient repris ou construits par les professionnels mais qu'en tout état de cause, ils doivent être expérimentés et remis en question, réinterrogés en permanence.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, souhaite renforcer la place de la personne en situation de handicap au sein de notre société, en mettant en œuvre la prestation de compensation, facilitant l'accès aux services (école, transport, emploi, cadre bâti, ...) et en créant les MDPH¹.

La loi de réforme de la protection de l'enfance du 5 mars 2007 institue une obligation spécifique aux établissements relevant de ce secteur, celle de transmettre leur rapport d'évaluation interne à l'Observatoire départemental de l'enfance en danger. Avec la loi de réforme de la protection juridique des majeurs du 5 mars 2007, c'est l'ensemble des établissements et services accompagnant des personnes qui se trouvent dans l'obligation de procéder à des évaluations internes et externes.

Deuxième partie : « La qualité : un état d'esprit »

La qualité ne se résume pas à l'obtention d'un label, mais relève d'un cheminement, d'un perpétuel doute, d'une interrogation permanente sur les actions entreprises. Comme beaucoup d'institutions, le secteur sanitaire et social est confronté au risque de chronicisation lié à la routine et impropre à corriger ses erreurs, et ce d'autant plus que les professionnels de ce secteur ont longtemps pensé qu'il était impossible d'objectiver la qualité de leurs structures.

¹ Maison départementale des personnes handicapées

Retrouver le Sens

La première étape d'une démarche qualité consiste à répondre à la quête de sens des professionnels, et passe par un renoncement à la dictature culturelle du sanitaire (celle du « tout curatif »). Le modèle médical de réparation, exclut bien souvent les aspects économiques, sociaux, culturels et psychologiques de la santé. Il conduit souvent à mettre en œuvre des réponses médicamenteuses à des problèmes qui auraient mérité un dialogue, une écoute.

Pour retrouver l'adéquation aux besoins de la population, les auteurs recensent les besoins subjectifs ressentis par la personne, les besoins objectifs analysés par des spécialistes, les besoins créés par les institutions (« l'offre créant en partie le besoin »), et listent les contraintes qui se posent face à leur analyse. Il reste cependant crucial d'effectuer cette analyse des besoins pour élaborer une démarche qualité.

Les auteurs posent l'hypothèse qu'une institution atteint l'excellence lorsque ses prestations se trouvent à l'intersection des ensembles constitués par l'offre (les prestations disponibles), la demande (interventions sollicitées par la population), et les besoins qui correspondent aux prestations souhaitables.

Dans le cas contraire, des solutions passent par le redéploiement de l'offre (lorsque bien qu'utilisée, la prestation ne correspond pas au besoin réel) ou des moyens (pour des institutions proposant des prestations inutilisées ou pour couvrir des besoins restés sans réponse). Elle nécessite une information du public (lorsque les besoins existent, mais que les prestations offertes sont inconnues du public), le recensement des zones de besoins sans réponse faute de demande expresse, et l'explication (lorsque la demande ne correspond pas à un besoin réel).

« La qualité est l'aptitude à explorer tous les champs du possible avant de décider ». Un directeur d'établissement se doit d'appliquer ce précepte et de se concentrer sur les choix stratégiques. Il est également fondamental pour l'institution de réinterroger les évidences.

En réinterrogeant le principe de libre adhésion, les auteurs attirent notre attention sur le fait que quand bien même ce principe est fondateur de l'action sanitaire et sociale, il peut être intéressant de noter que dans certaines situations, les bénéficiaires ne sont plus en capacité d'exercer cette libre adhésion, ayant perdu les repères qui leur permettraient d'être conscients de leurs besoins.

De même, il serait intéressant de s'interroger sur la prévalence de la réparation au détriment de la prévention qui reste le parent pauvre de nos politiques publiques. Il est évident qu'il est plus valorisant de

s'attaquer à ce qui se voit, ce qui est palpable plutôt qu'à ce qui n'aura une visibilité qu'à plus ou moins long terme...

Prendre la mesure des contraintes

La réussite d'une démarche qualité passe par la bonne connaissance des contraintes inhérentes aux secteurs sanitaire et social. Parmi elles, la polyarchie qui règne au sein du secteur et des établissements, qui entraîne une dilution des pouvoirs et la nécessité de négocier toute évolution, et a fortiori une démarche qualité. Cette répartition des pouvoirs est conjointe à une répartition des savoirs, faisant peser sur les structures un risque de balkanisation.

La démarche qualité doit tenir compte des aspirations des professionnels de santé et de social, souvent liées à la reconnaissance professionnelle, à l'augmentation du prestige ou de leur revenu.

Dans le même temps, les autorités de contrôle et de tutelle vont privilégier les aspects juridiques et financiers, pouvant laisser penser que pour eux « qualité » signifie « contrôle de conformité ».

Respecter la complexité pour retrouver la cohérence

Après avoir fait le constat que les secteurs du sanitaire et du social avaient appliqué à l'excès la séparation des sujets et la multiplication des disciplines, les auteurs affirment que l'ambition majeure d'une démarche qualité dans un établissement devrait être de relier tout ce qui a été séparé. Ils conseillent la mise en avant de la cohérence interne et externe, et des complémentarités de l'établissement, le tout sans oublier que le patient ou l'utilisateur reste irremplaçable et indispensable dans la construction de son projet thérapeutique, éducatif et de vie.

Retrouver l'utilisateur

Se pose alors la question centrale de l'utilisateur. L'utilisateur est-il un objet ou un sujet ? Utilisateur utile, alibi, silencieux lorsqu'il est considéré comme un objet par l'institution, et utilisateur-personne, unique lorsqu'il est considéré comme un sujet à part entière.

Même si les démarches qualité peuvent laisser penser à une transformation de l'utilisateur en client, il ne faut pas oublier les dimensions de citoyen et de sujet qui se doivent d'être respectées à part entière, avec toutes les conséquences en termes de droits, de devoirs, de co-conception, de coproduction et d'évaluation des services rendus.

Placer l'utilisateur au cœur de la démarche qualité ! L'objectif est bien d'améliorer le service rendu, et la seule évaluation légitime est celle qui sera réalisée par l'utilisateur. La question centrale est donc bien : « Quels seront les bénéfices pour l'utilisateur ? ».

La prise en charge de la douleur a connu une avancée significative dès lors que les professionnels ont tenu compte de l'avis de leurs patients. Il devient indispensable de collecter les avis des patients, des usagers, avec tous les moyens qui pourront être jugés utiles et pertinents (collecte des plaintes, enquêtes de satisfaction, comités de résidents, places dans les conseils d'administration, ...).

L'éthique, qui prend une place de plus en plus importante dans le discours aujourd'hui, ne peut être écartée de la démarche qualité. Les auteurs suggèrent la rédaction d'un « code éthique des intervenants à l'égard des usagers » comme un des moyens de poser le débat sur les différentes éthiques liées aux valeurs, cultures et croyances diverses au sein de l'établissement. La démarche qualité et la démarche éthique visent toutes deux au respect de l'autonomie, de l'autodétermination et de la vie des personnes.

L'analyse des besoins, évoquée précédemment comme fondamentale dans la démarche qualité, se doit d'être la plus objective possible, se baser sur le croisement des conceptions, des études et des avis, éviter les idéologies de toutes sortes, tenir compte des capacités de l'utilisateur plus que de ses incapacités.

Troisième partie : « La qualité : une démarche méthodologique »

Dans cette partie, les auteurs se livrent à une brève reconstitution des différentes étapes de l'histoire de la qualité, en particulier dans le secteur sanitaire et social, en listant principalement la création de l'ANDEM (Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale) en 1989, la loi de 1991 précédemment citée, ainsi que les ordonnances de 1996, enfin la loi de 2002 et son corollaire la création de l'ANESM².

Ils s'emploient ensuite à distinguer la démarche évaluative et la démarche qualité. Sans les opposer, bien au contraire, elles se complètent puisque à l'évaluation succède la démarche qualité, qu'il faudra ensuite évaluer et reboucler sur un nouveau processus d'amélioration.

« La qualité est l'aptitude d'une organisation (association, établissement, service, dispositif, etc.) à répondre aux besoins exprimés, implicites et potentiels de l'utilisateur, de sa famille et des acteurs avec lesquels elle entre en coopération, en vue de maintenir ou d'améliorer sa santé (au sens bio-psycho-social), son autonomie sociale et sa dignité d'être humain. »

² Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Les auteurs recommandent de se fixer des objectifs raisonnables, en évitant de cibler la qualité totale de l'ensemble d'une institution, et en choisissant du coup des référentiels simples, au regard notamment des bénéfices attendus pour l'utilisateur.

Après avoir exposé les phases classiques d'une démarche qualité schématisée par la roue de Deming, sont détaillés les changements organisationnels impliqués par une approche globale de la qualité sanitaire et sociale : les processus clés de l'institution sanitaire et sociale, l'implication des usagers, les pratiques managériales, les objectifs fondamentaux.

La démarche d'auto-évaluation

L'auto-évaluation est décrite comme essentielle pour une amélioration de la qualité. En permettant de « s'interroger sur la pertinence, l'effectivité, l'efficacité et la conformité des activités, de questionner les évidences et d'interroger les pratiques de routine », elle permet une réflexion rétrospective et prospective.

Pour être efficace, l'auto-évaluation requiert la participation de la majorité des acteurs, respectueux de chacun, pour que l'institution soit en mesure de répondre aux interrogations sur la nature et le niveau de service attendu par les usagers et leur famille, la nature et le niveau du service de référence, et le seuil d'inacceptabilité du service.

L'analyse des processus

Après avoir défini la notion de processus, les auteurs s'attachent à donner quelques clés permettant leur formalisation, dressent une liste non exhaustive de processus clés dans une institution sanitaire ou sociale, et enfin fournissent les quelques questions permettant d'analyser la qualité des processus interrogés.

Comprendre les singularités de l'activité sanitaire et sociale

La relation de service dans l'action sanitaire ou sociale a ceci de particulier qu'elle met en œuvre des interactions entre le bénéficiaire et le professionnel dépassant le simple fait d'actes techniques. En effet, elle agit en présence de l'utilisateur, et l'utilisateur bien souvent est acteur de cette relation de service, lorsqu'il suit un traitement, donne des informations, ..., elle agit sur la personne même de l'utilisateur, l'activité procède en terme d'ajustement permanent, et les professionnels sont sollicités à s'impliquer comme sujet.

L'évaluation de la satisfaction : une démarche indispensable

Les ordonnances de 1996 stipulent que les établissements sanitaires sont tenus de régulièrement évaluer la satisfaction de leurs usagers, et que les résultats de cette évaluation sont pris en compte pour

l'accréditation. Pour les auteurs, il apparaît évident que cette obligation doit s'appliquer aux établissements médico-sociaux.

Certains professionnels ne reconnaissent pas aux usagers la capacité de porter un jugement sur leur prise en charge et leur préfèrent un jugement par des pairs. Néanmoins, évaluer la satisfaction des usagers reste un acte central et cette évaluation peut être faite selon plusieurs dimensions : les relations humaines, la qualité technique, l'accessibilité, l'efficacité et la continuité des soins, l'environnement physique, la disponibilité des ressources et des professionnels, les aspects économiques et la commodité de l'accès aux soins.

Cette évaluation peut être effectuée à l'aide de questionnaires de sortie, d'enquêtes thématiques ponctuelles, mais aussi en analysant les courriers de plaintes, de doléances, et ce tant auprès des usagers que de leur famille. L'attention qui sera portée aux résultats de ces évaluations aura un impact direct sur la dynamique de progrès vers la qualité de l'établissement.

Quatrième partie : « Le management de la qualité : des hommes et des projets »

Le management n'est pas une mode : petite histoire d'une idée simple et archaïque

Après avoir rappelé que le management « est aussi vieux que l'art de vivre en société », puis qualifié la réflexion managériale de travail archéologique, les auteurs avancent l'hypothèse que l'avenir de l'action sanitaire et sociale réside d'abord dans sa source. Ainsi, l'important est bien d'analyser le passé pour permettre de se projeter dans l'avenir.

Pour une approche systémique du management des établissements sanitaires et sociaux

Les auteurs identifient plusieurs intérêts à une analyse systémique d'un établissement sanitaire et social. D'abord, en aidant à comprendre la dynamique qui se crée autour de l'utilisateur, en reconsidérant la notion d'objet permettant ainsi de reprendre en compte l'ensemble de la personne et non pas uniquement sa maladie ou son incapacité. L'analyse systémique permet également d'analyser la dynamique de l'établissement et de juger sa capacité d'associer les personnes qui y interviennent dans le respect de leurs apports individuels et collectifs. Elle permet aussi de justifier tant l'ouverture d'un établissement pour être à l'écoute de son environnement que sa fermeture à celui-ci pour lui permettre de préserver ses caractéristiques propres.

Quelques modèles stratégiques classiques sont passés en revue et il est mis en lumière l'intérêt, pour un pilotage stratégique de la qualité, de privilégier l'écoute des stratégies émergentes en valorisant les

espaces d'échange, d'initiatives et d'adaptations dans un établissement au sein de cercles qualité, groupes de progrès qui travailleront à enrichir les orientations stratégiques préalablement énoncées.

Chaque établissement dispose de sa propre culture héritée de son histoire, forgée par les femmes et les hommes qui s'y sont investis. Il est primordial pour un dirigeant de connaître en profondeur la culture de son établissement afin de pouvoir y ajouter une culture de l'esprit critique et de l'évaluation propice au changement, et donc à une démarche qualité.

L'importance des systèmes d'informations dans la démarche qualité est mise en avant par son action de fournisseur de données, de capteur d'informations, de mémoire, et d'irrigation de l'ensemble de la structure.

L'utilisation d'outils, de méthodes est importante, mais il faut veiller à les mettre en œuvre dans les meilleures conditions, en préparant à l'avance leur mise en œuvre, dans un contexte clair, avec des objectifs affirmés et mis en œuvre par des responsables préparés.

Enfin, la démarche qualité interroge la structure organisationnelle, en particulier sur son optimisation pour le meilleur bénéfice des usagers.

Les attentes des différents acteurs (professionnels, administrations, politiques, associations) sont ainsi en tension au sein des démarches qualité. Chacun va tenter de préserver ses intérêts, ses influences.

Au sein de l'établissement, la principale interrogation du management va porter sur sa capacité à entretenir la motivation des équipes, en jouant sur les différents leviers que sont la rémunération, la considération, la fierté d'appartenance. La qualité peut y jouer un rôle en tant que « stimulateur de la part de rêve et de plaisir qui sommeille en chacun »

Manager le changement vers la qualité

Le processus de changement est un processus de réapprentissage, nécessaire pour conduire une démarche qualité. Pour permettre ce changement, les auteurs listent quelques pistes de réflexion susceptibles d'accompagner le processus.

La démarche qualité doit être portée par le dirigeant qui se doit d'insuffler une volonté stratégique d'engager une telle démarche. Pour élaborer la vision stratégique et afin de s'assurer l'adhésion des équipes, il peut être intéressant d'élaborer une charte d'engagement qualité en associant les différents acteurs dans des groupes de réflexion qui pourront travailler sur les valeurs, les principes d'actions

fondateurs, les droits des usager à promouvoir, les droits et devoirs des collaborateurs. Cette charte devra ensuite guider les actions de tous au quotidien, et surtout des managers dans leurs différents actes (entretiens, réunions, séminaires, ...).

La réussite de la démarche qualité passe également par des attitudes affirmées en termes d'action, et de communication. Il est primordial de communiquer régulièrement sur des éléments factuels liés à la qualité ou à la non qualité, tirés des actions de l'ensemble des collaborateurs. La qualité dépend aussi de la capacité de la direction à responsabiliser l'ensemble des acteurs, à stimuler les initiatives individuelles, à déléguer les responsabilités, par exemple de construction des référentiels, et à encourager les échanges interprofessionnels et interdisciplinaires.

Le développement de la qualité passe par le développement des compétences. L'organisation doit favoriser les échanges d'informations, de connaissances, d'innovations et de compétences. Elle doit aussi s'interroger sur les moyens à sa disposition pour développer, capitaliser et valoriser les compétences. Les cercles qualité, groupes de progrès, d'autoévaluation, la mise en réseau des connaissances et expériences peuvent contribuer à l'atteinte de ces objectifs.

En s'appuyant sur les travaux de Kurt Lewin, Albert Ripon, Michel Crozier et Victor H. Vroom, les auteurs fournissent quelques éléments permettant de s'assurer l'implication et la participation des acteurs, comme la sensibilisation de l'ensemble du personnel, une communication permanente, l'encouragement des équipes, l'engagement fort de la direction.

Les 8C du management de la qualité

Dans une démarche qualité, il est fréquent de parler des 8C correspondant à quatre principes de management à respecter : le courage (dans la prise de risque, l'aptitude à décider), la clarté (dans l'explication, l'information), la cohérence (unité de discours, cohésion), la considération (reconnaissance, l'écoute, valorisation du travail). Trois dynamiques à développer : la communication, la coopération (interdisciplinarité, inter professionnalité) et la compétence, et une composante fédératrice : la culture.

Le projet : valeur centrale des établissements sanitaires et sociaux

La démarche qualité, projet par essence transversal à toute organisation, se doit d'être reflétée dans les différents documents d'orientation. Elle aura ainsi toute sa place dans les projets associatifs, les projets d'établissement ou de service, les projets de soins infirmiers, les projets personnalisés...

Le projet associatif doit refléter trois ambitions principales d'une association : l'ambition sociopolitique reflète la volonté de transformation sociale et de reconstruction des solidarités, l'ambition démocratique tendra à interroger les modalités de représentativité des acteurs impliqués, l'ambition éthique interrogera le sens et les finalités de l'association.

La rédaction d'un projet d'établissement ou de service est l'instant idéal où l'ensemble des acteurs peut être conduit à balayer l'ensemble des possibles, une occasion de décroquer et de rassembler, l'opportunité de définir la stratégie de l'établissement ou le service tenant compte de l'environnement, des besoins, de l'expertise. Il est aussi un cadre de référence transparent sur les actions à entreprendre.

La démarche qualité nécessite que l'élaboration des projets personnalisés corresponde à un processus formalisé, visant à élaborer des projets construits sur la base d'une analyse des besoins concertée entre les professionnels, usagers et familles, d'objectifs définis et validés, de moyens programmés et d'évaluations régulières des résultats attendus.

Le projet de soin, même s'il n'est pas formellement obligatoire est fortement suggéré par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Ce projet de soin doit faire partie intégrante du projet d'établissement et doit intégrer les attentes en termes de technique de soins, mais également en termes de communication avec les patients. Le projet de soins doit intégrer le souci d'évaluation et de l'amélioration de la qualité des soins, et également prévoir la formation nécessaire à cette amélioration de la qualité.

Cinquième partie : Guides méthodologiques et référentiels

L'objet de cette partie est de présenter des référentiels et quelques conseils méthodologiques qui s'ils ne sont pas suffisants, et en particulier s'ils ne dispensent pas d'une recherche du sens par l'établissement demeurent indispensables et permettent d'éviter la tentation à l'autolégitimation des institutions sanitaires et sociales, et sortir de la théorie de l'impossibilité d'évaluer les actions sanitaires ou sociales.

Processus d'élaboration des référentiels

Les auteurs proposent de respecter une chronologie et des principes pour l'élaboration des référentiels :

- Détermination des domaines d'application des référentiels ;
- Rédaction des référentiels par des groupes réunissant professionnels, représentant des usagers, de l'administration ;
- Choix d'indicateurs simples, reproductibles et mesurables ;
- Ouverture des référentiels aux questions ouvertes et espaces d'information.

S'ensuivent une série de référentiels concernant :

- Les établissements de santé ;
- La prise en charge de la santé des plus démunis par les établissements de santé ;
- Les établissements pour personnes âgées ;
- Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) ;
- Les structures d'accueil pour enfants et adolescents handicapés ;
- Les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale.

Et pour lesquels, les auteurs présentent les textes de références applicables à la structure, le Sens et les finalités, et un ou plusieurs exemples de référentiels.

Bibliographie (extraits)

Crozier M. (1994), *L'entreprise à l'écoute. Apprendre le management postindustriel*, Le Seuil, coll. « Points ».

Crozier M. (2000), *A quoi sert la sociologie des organisations ?*, t. 1, Théorie, culture et société, Seli Arslan.

Crozier M. et Friedberg E. (1977), *L'Acteur et le système*, Le Seuil.

Faugeras S. (2007), *L'évaluation de la satisfaction dans le secteur social et médico-social. Paroles d'usagers et démarche qualité*, Seli Arslan.

Lewin K. (1965), *Décisions de groupes et changement social*, in A. Levy, *Psychologie social*, t. 2, Dunod.

Mintzberg H. (1991), *Le Pouvoir dans les organisations*, Editions d'Organisation.

Morin E. (1990), *Introduction à la pensée complexe*, ESF.

Morin E. (1997), *Amour, poésie, sagesse*, Le Seuil.

Morin E., *La Nature des idées*, Sciences Humaines, hors série, n°21, juin-juillet 1998.

Ripon A. (1987), *Satisfaction et implication dans le travail*, in C. Levy-Leboyer, *Traité de psychologie du travail*, PUF.

Sticker H.J. (1977), *Corps Infirmes et sociétés*, 2^{ème} éd., Dunod.

Vroom V. (1972), *Work and motivation*, New York, The Free Press.