



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Inspecteur de l'Action Sanitaire et  
Sociale**

**Promotion 2002 - 2003**

---

**La place des démarches qualité dans les  
services déconcentrés :  
la certification de la DDASS de l'Indre**

---

**DUVERGNE Stéphanie**

---

## **R e m e r c i e m e n t s**

---

Mes remerciements aux personnes qui ont bien voulu me rencontrer dans le cadre de ce mémoire et ont consacré du temps à répondre à mes questions.

Merci au docteur Patrice Roussel, enseignant à l'ENSP, pour ses conseils méthodologiques.

Un remerciement particulier aux personnes de la D.D.A.S.S de l'Indre pour leurs conseils et leur aide, ainsi qu'aux personnes du bureau de la qualité et de l'accréditation du centre hospitalier de Châteauroux pour leur disponibilité.

---

# Sommaire

---

<b>AVANT-PROPOS.....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>1 LA DÉMARCHE QUALITÉ MENÉE PAR LA DDASS DE L'INDRE .....</b>	<b>8</b>
<b>1.1 Le choix de la mise en œuvre d'une démarche qualité .....</b>	<b>8</b>
1.1.1 Une démarche qualité faisant l'objet d'une certification .....	8
1.1.2 Les effets attendus d'une telle démarche par la Direction.....	10
1.1.3 Le choix du référentiel et son histoire.....	12
<b>1.2 La mise en œuvre de la démarche qualité par la DDASS de l'Indre : outils et processus d'élaboration .....</b>	<b>14</b>
1.2.1 Les outils utilisés dans le cadre de la démarche .....	14
1.2.2 Le déroulement de la démarche mise en œuvre par la DDASS de l'Indre.....	20
<b>1.3 Le bilan de la démarche menée par la DDASS de l'Indre .....</b>	<b>23</b>
1.3.1 Les difficultés du parcours.....	23
1.3.2 L'état des lieux de l'appropriation de la démarche suite à l'obtention de la certification .....	25
<b>2 LES RAISONS DU DÉVELOPPEMENT DES DÉMARCHES QUALITÉ AU SEIN DE L'ADMINISTRATION .....</b>	<b>28</b>
<b>2.1 Un contexte favorable aux démarches qualité .....</b>	<b>29</b>
2.1.1 Un fonctionnement de l'administration peu satisfaisant .....	29
2.1.2 L'impact de la qualité dans le cadre de la réforme de l'État .....	30
2.1.3 Influence de l'Europe sur le développement de la qualité .....	33
<b>2.2 Le développement actuel des démarches qualité.....</b>	<b>34</b>
2.2.1 Tentatives de mise en place de démarches qualité dans d'autres services déconcentrés du ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité.....	34
2.2.2 Comparaison avec l'accréditation ANAES : l'hôpital de Châteauroux.....	39
2.2.3 Bilan de ces démarches .....	43
<b>2.3 Réticences de l'administration face à la mise en œuvre de ces démarches malgré un contexte favorable.....</b>	<b>45</b>
2.3.1 Freins culturels et économiques.....	45
2.3.2 Les limites de ces procédures .....	47

<b>3</b>	<b>ÉLÉMENTS DE PROPOSITIONS SUSCEPTIBLES D'AMÉLIORER LE DÉVELOPPEMENT DES DÉMARCHES QUALITÉ DANS LES SERVICES DÉCONCENTRÉS DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL.....</b>	<b>48</b>
3.1	L'importance d'une réflexion sur la qualité par l'Administration Centrale ...	48
3.1.1	Une réflexion méthodologique à envisager par l'Administration Centrale .....	49
3.1.2	Des outils à élaborer pour recenser et tenir à jour l'ensemble des démarches qualité dans le secteur sanitaire et social.....	50
<b>3.2</b>	<b>Les améliorations nécessaires lors de la mise en place d'une démarche de certification dans un service déconcentré.....</b>	<b>51</b>
3.2.1	L'inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale comme moteur de la démarche .....	51
3.2.2	Importance de la consultation des agents lors de la mise en place de la démarche qualité.....	52
3.2.3	Le rôle de la pratique et de la formation initiale et continue .....	53
3.2.4	L'importance d'avoir un personnel dédié à la démarche .....	54
<b>3.3</b>	<b>Propositions d'une démarche qualité instituée par le ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité .....</b>	<b>54</b>
3.3.1	L'élaboration de normes génériques propres aux services publics.....	54
3.3.2	Une démarche couvrant l'ensemble du système.....	55
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>57</b>
	<b>Sources et bibliographie.....</b>	<b>59</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>63</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AFAQ : association française pour l'assurance qualité  
AFNOR : association française de normalisation  
ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé  
ARH : agence régionale de l'hospitalisation  
CAF : cadre d'auto-évaluation des Fonctions Publiques  
CEREFOC : cellule régionale de formation continue  
CH : centre hospitalier  
CIRE : comité interministériel à la réforme de l'Etat  
CODIR : comité de direction  
COFRAC : comité français d'accréditation  
COMI : cellule organisation et méthodes informatiques  
COQUIL : comité qualité  
CTP : comité technique paritaire  
CTRI : comité technique régional et interdépartemental  
DAGPB : direction de l'administration générale du personnel et du budget  
DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales  
DGS : direction générale de la santé  
DIRE : délégation interministérielle à la réforme de l'Etat  
DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales  
DRH : direction des ressources humaines  
EBA : effectif budgétaire autorisé  
EHPAD : établissements pour personnes âgées dépendantes  
ENSP : école nationale de la santé publique  
ETP : équivalent temps plein  
FRE : fonds pour la réforme de l'État  
GBEA : guide de bonne exécution des analyses  
IRP : inspection régionale de la pharmacie  
ISO : international organization for standardisation  
MS : Military Standard  
NF : norme française  
PASE : programme d'actions pluriannuel en santé- environnement  
PAT : plan d'action triennal  
TQM : Total Quality Management

## **AVANT-PROPOS**

Lors de mon stage d'observation ayant eu lieu en mai 2002 à la Direction départementale de l'action sanitaire et sociale, je me suis intéressée à la démarche qualité menée par ce service déconcentré. Cette démarche m'a paru intéressante et pourtant encore peu développée dans des services déconcentrés comme les directions départementales et régionales de l'action sanitaire et sociale. Or, ce type de démarches a un impact dans l'organisation de l'administration, il me semblait donc intéressant d'étudier la place qu'elles occupaient actuellement dans les services déconcentrés du Ministère des « Affaires sociales » et ce au regard du contexte de modernisation de l'État.

## INTRODUCTION

***La qualité n'est pas la performance maximale, le luxe, le « haut de gamme ». C'est la réponse ajustée et économique à un besoin donné<sup>1</sup>***

D'un point de vue étymologique, la qualité vient des termes « qualis » et « poëtis » qui qualifient un état et sont synonymes d'attribut ou de caractère. Le deuxième sens a une connotation de perfection et d'excellence. Selon l'ISO (l'International Standard Organization), fédération mondiale d'organismes nationaux de normalisation créée en 1947, la qualité représente « l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites ».

Les conceptions les plus récentes de l'ISO définissent la qualité comme étant « l'obtention de la satisfaction durable du client, en répondant à ses besoins et attentes, au sein d'un organisme s'engageant à améliorer constamment son rendement et son efficacité ».

La qualité ainsi définie est la satisfaction du client c'est-à-dire la conformité entre ce qu'il attend et ce qu'il reçoit. Mais, on ne doit pas aborder la qualité au travers d'une vision uniquement technique ou scientifique, mais prendre en compte sa symbolique, sa justification et ses conséquences. Elle possède des dimensions économiques, politiques, organisationnelles, sociétales et culturelles qui peuvent remettre en cause la manière dont les gens conçoivent leur travail. L'absence de prise en compte de ces dimensions explique les résistances et les échecs des démarches qualité.

L'homme s'intéresse depuis longtemps à la qualité et ce du roi de Babylone, Hammourabi qui édicta des normes de construction pour les murs des maisons de la cité, au comité de Salut public qui créa le 12 Messidor An II, un atelier national de précision des jauges, mesures et matériels d'inspection pour les fabriques de munitions. Avec le développement de l'industrialisation, la qualité a pris une importance croissante en devenant un critère de différenciation des produits et elle se développe par la production de masse, la chaîne industrielle, les prix standards et interchangeables. En 1907, Henry Ford applique dans ses usines les principes de Taylor : procédés de fabrication, résultats, qualification pour

---

<sup>1</sup> CRUCHANT L. *La qualité*. Que sais-je ?. Paris : Éditions PUF, 2000, 126 p.

les ouvriers, contrôles sur chaîne par l'encadrement. En 1920, la première Guerre Mondiale accélère l'histoire de la qualité et son développement s'amplifiera sous l'impulsion de l'armée américaine lors de la seconde Guerre Mondiale de 1940 à 1950. Durant cette période, des procédures appelées MS (Military Standard) formalisent une méthode de « *contrôle du processus de production* » qui se diffuse lentement, y compris en Europe. C'est ainsi que les pouvoirs publics français, dès la fin de la deuxième Guerre Mondiale, ont porté l'accent sur la mise en valeur de la qualité de la production manufacturée et ont créé à cet effet des organismes chargés de garantir la qualité des produits mis sur le marché.

En 1926, l'AFNOR<sup>2</sup> (association française de normalisation) succède à la commission permanente de standardisation mise en place en 1918. En 1941, la marque NF (norme française) est instituée par décret pour caractériser des produits français répondant à des normes précises. Au cours des années suivantes, les organismes chargés de « promouvoir » le concept de « qualité » se multiplient. En 1979, le comité technique 176 est créé afin d'harmoniser les relations clients- fournisseurs.

L'ISO, au début des années 80 va procéder à une harmonisation des systèmes de qualité nationaux en instituant des normes internationales de la qualité. C'est ainsi que chaque continent, voire chaque pays possède son organisme habilité à délivrer des certifications<sup>3</sup>. Pour la France, l'AFNOR centralise des entreprises qui souhaitent obtenir leur certification. Ce n'est qu'en 1987 que la première série de normes ISO est publiée. La plupart des normes ISO sont hautement spécifiques sauf les normes 9 000 et 14 000. En 1990, l'Association Française pour l'Assurance Qualité (AFAQ)<sup>4</sup> développe la certification des services sur la base des normes ISO 9003. Il existe d'autres organismes accrédités par le COFRAC (comité français d'accréditation)<sup>5</sup> pour l'audit qualité des entreprises.

---

<sup>2</sup> L'AFNOR est une association à but non lucratif, régie par la loi de juillet 1901. Reconnue d'utilité publique, elle est placée sous la tutelle du Ministère chargé de l'Industrie.

<sup>3</sup> Reconnaissance sous forme d'une assurance écrite du respect des exigences spécifiées d'une norme par un établissement, une entreprise, une administration. Elle est délivrée par un organisme spécialisé, compétent, indépendant et reconnu.

<sup>4</sup> L'AFAQ est un organisme international indépendant à but non lucratif créé en 1988 et régi par la loi de juillet 1901.

<sup>5</sup> Le COFRAC est une association à but non lucratif régie par la loi de juillet 1901 et elle a été créée en 1994.

Les travaux de chercheurs, tels que les américains JURAN<sup>6</sup> (ingénieur), DEMING<sup>7</sup> (statisticien) ou le japonais ISHIKAWA<sup>8</sup> enrichissent les réflexions sur la qualité qui progressivement atteint les services. En 1950, le développement des matériels électroniques utilisés par l'armée et l'agence spatiale fait apparaître la notion de « *coût de la non-qualité* ». Pour anticiper les erreurs dès la conception du projet et pendant tous les stades de sa réalisation, une méthode de prévention des risques se développe : l'*assurance qualité*. Le concept est introduit au Japon par DEMING dans un contexte de management en entreprise. Les principes de la qualité totale s'appuient selon JURAN sur trois préceptes : la planification, le contrôle, l'amélioration continue de la qualité. C'est la période « *organisation et méthodes* ». Le docteur FEIGELBAUM lancera en 1951 le concept du *Total Quality Control*, ou management total de la qualité qui se trouve être une approche plus globale car la qualité s'intéresse à l'administratif ou au technique, de la conception à la fin du cycle. Dans les années 60, ISHIKAWA développe le concept de la qualité par toutes les strates de l'entreprise : Total quality management (TQM) fondé sur trois grands principes : l'engagement de la hiérarchie, l'adhésion volontaire de tous, la prise en compte des besoins exprimés ou non par les utilisateurs et par les dysfonctionnements. C'est la période de « la dynamique des ressources humaines ». Puis, la production industrielle met en avant la notion de « conformité à des références », la notion « d'aptitude à l'usage », la notion de « qualité de l'offre » qui inclut « tous les besoins justifiés du client ».

Aujourd'hui, la qualité se tourne à nouveau vers l'organisation et le management. En effet, depuis 1920, la notion de qualité a évolué de « l'âge de tri » des produits contrôlés, bons ou mauvais en fin de processus avec un coût très élevé, à « l'âge du contrôle » en cours de fabrication avec des actions correctives continues et une diminution des coûts, à « l'âge de la prévention et de l'anticipation » par la stratégie d'entreprise et le management de la qualité qui ambitionne de « bien faire du premier coup ».

La préoccupation de la qualité est en train de s'étendre peu à peu aux services publics, où elle s'exprime en termes de « service rendu à l'utilisateur » et se trouve au cœur de la réflexion sur le rôle de l'État (sa modernisation), impulsée dans la seconde moitié des années 90. Selon la norme ISO 8402, un service est « le résultat généré par des activités à

---

<sup>6</sup> Cf. *la trilogie de la qualité* selon JURAN en annexe.

<sup>7</sup> Cf. *la roue de DEMING ; Les 7 obstacles majeurs à l'amélioration de la qualité et le cadre d'action opérationnel de la méthode DEMING* en annexe.

<sup>8</sup> Pour Kaoru ISHIKAWA « la qualité consiste à développer, concevoir et fabriquer des marchandises les plus économiques, utiles, satisfaisantes pour l'acheteur. Gérer la qualité, c'est aussi gérer le prix de revient, le prix de vente et le bénéfice ».

l'interface entre le fournisseur et le client, et par des activités internes au fournisseur pour répondre aux besoins du client ». Plus simplement, le service serait donc une « activité soumise à un échange, intangible et qui ne donne lieu à aucun transfert de propriété ».<sup>9</sup> Dans les faits, les activités de services sont moins avancées dans la démarche de qualité totale et ont rarement atteint le stade de la certification ISO, sachant que celle-ci n'est pas le stade final mais une étape dans la dynamique de progrès.

Dans le passé, la préoccupation des responsables dans les administrations se cantonnait à mesurer la quantité de service produit au détriment d'une mesure qualitative (le « client » c'est-à-dire l'utilisateur était ignoré). Or, dans le cadre de la modernisation de l'État<sup>10</sup>, le service public est confronté à deux défis : celui de la performance (qui exige d'être plus économe avec les deniers publics) et celui de la qualité. Tous les services de l'État se sont engagés dans une démarche fondée sur l'écoute des usagers, la définition d'indicateurs quantifiés et une évaluation des résultats obtenus. L'enjeu pour l'État est notamment d'être le garant de l'équité et de promouvoir la qualité de son travail. Objectifs atteints par une amélioration de la visibilité de l'action administrative par les citoyens, une action publique ayant des objectifs clairs et prenant en compte l'accessibilité (du citoyen aux documents le concernant), la continuité (du service), la délivrance au bon moment (respect des délais), l'efficacité (atteinte des objectifs annoncés), l'efficience (atteinte au meilleur coût des objectifs annoncés) et la sécurité (respect des procédures administratives). Pour autant, peu de ministères ont dégagé des orientations claires en matière de qualité et, « si de nombreux îlots de qualité et quelques archipels ont pu être mis en relief, il n'existe pas dans l'administration de l'État de véritable continent de la qualité ».<sup>11</sup>

Les DDASS, quant à elles, sont amenées à intégrer les inspections des établissements et des services dans leurs missions, structures qui sont déjà entrées dans des démarches qualité (accréditation des établissements de santé par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), réforme de la tarification pour les EHPAD, certification ISO ou accréditation pour certaines associations et distributeurs d'eau de consommation, respect des guides de bonne pratique professionnelle...).

Dans cet environnement, la DDASS de L'Indre a fait le choix de la mise en œuvre d'un système de management de la qualité conforme à la norme ISO 9001 (avec certification) et

---

<sup>9</sup> LECLET H., VILCOT C. *Qualité en santé, 150 questions pour agir*. Paris, AFNOR, 2000, 483 p.

<sup>10</sup> La modernisation de l'État comporte deux grands volets, le premier vise à rapprocher l'État des citoyens, le second à rendre plus efficaces les interventions de l'État et l'action de son administration.

<sup>11</sup> La fonction publique et la réforme de l'Etat : rapport d'activité mars 2000-mars 2001.

ce afin d'améliorer la crédibilité de la DDASS vers l'extérieur et de rationaliser les pratiques en interne. Jusqu'à maintenant, seuls deux services sont « ISO » sur l'ensemble de la DDASS, mais la démarche doit s'étendre petit à petit aux autres. La DDASS de l'Indre regroupe environ 60 salariés titulaires de la fonction publique d'État, contractuels ou vacataires et gère une masse de crédits d'environ 9 146 941 d'euros (60 millions de francs)<sup>12</sup>. La compétence territoriale de la DDASS est limitée au département et son action placée sous l'autorité du préfet. Elle vise à assurer au plan local la globalité et la cohérence des politiques menées par l'État dans les domaines sanitaire, social, médico-social et de la protection sociale. Elle s'inscrit dans un dispositif territorial à trois niveaux : au plan national, administration centrale et agences nationales, Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales et les Agences régionales de l'Hospitalisation (ARH) au niveau régional et les DDASS au plan départemental.

La question qui a guidé l'élaboration de ce mémoire est de savoir ce qu'une démarche qualité validée par une certification, comme celle mise en place à la DDASS de l'Indre, apporte à un service déconcentré et y a-t-elle sa place notamment au regard des enjeux actuels auxquels doit faire face l'Administration ?

Dans le cadre de cette étude, je n'ai pas observé uniquement la démarche mise en place par la DDASS de l'Indre.

Dans un premier temps, pour pouvoir définir plus précisément le thème du mémoire je me suis penchée sur les documents disponibles à la DDASS de l'Indre (manuel qualité, procédures, articles...) et j'ai eu un entretien exploratoire avec la responsable qualité de la DDASS (direction départementale de l'action sanitaire et sociale).

Ensuite, afin de mieux percevoir les enjeux d'une démarche qualité dans un service déconcentré, j'ai lu des ouvrages sur le concept de la qualité et des mémoires d'élèves de l'ENSP (École Nationale de la Santé Publique) portant sur des démarches qualité dans divers établissements tels que des hôpitaux, des EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)...Rencontrant encore des difficultés pour cerner mon sujet, j'ai fait appel au docteur ROUSSEL, enseignant à l'École Nationale de la Santé publique, pour qu'il me donne des conseils.

Enfin, suite à ces démarches, j'ai défini le terrain de mon étude. Je me suis donc intéressée à la place des démarches qualité dans les services déconcentrés du Ministère des « Affaires sociales ». Sont-elles courantes dans les services déconcentrés ? Quelles difficultés

---

<sup>12</sup> Source : manuel qualité DDASS de l'Indre.

rencontrent-elles lors de leur mise en place ? Quels sont les apports de ces démarches pour un service déconcentré ? Ont-elles leur place à l'avenir ? Pour répondre à ces questions, il m'a paru intéressant de partir du cas particulier de la DDASS de l'Indre, pour ensuite élargir en observant d'autres démarches mises en place dans des services déconcentrés. La question étant de savoir si la DDASS de l'Indre était un cas particulier dans sa démarche. Dans un second temps, lors de mon arrivée sur le lieu du stage « d'exercice professionnel », j'ai pu commencer à procéder aux entretiens. J'ai d'abord commencé à m'intéresser au personnel de la DDASS de l'Indre afin d'établir un bilan de la démarche qualité un an après l'obtention de la certification : les difficultés rencontrées, les bénéfices apportés la démarche, un état des lieux de l'avancement de la démarche. J'ai ensuite consolidé mon regard sur la certification de la DDASS par la lecture des documents qualité et la participation à un audit interne mené par M. MÉRIGUET (consultant AFAQ c'est à dire l'association française pour l'assurance qualité) et la responsable qualité, Mme REINHARD. Ensuite, j'ai mené des investigations pour savoir ce qui se faisait en matière de qualité (formellement) dans les services déconcentrés (DDASS et DRASS). Je dois d'ailleurs signaler que le recensement des démarches s'avère difficile. Je me suis adressé dans un premier temps à l'Administration centrale où j'ai rencontré Mme VARAGNE, chef de la mission prospective et de la modernisation. En plus des informations recueillies, elle m'a dirigée vers des professionnels à même de m'aider.

Suite à cet entretien, j'ai recueilli les expériences d'autres services déconcentrés : l'inspection régionale de la pharmacie, les services Santé-Environnement de la région Midi-Pyrénées, la DDASS de Charente. Le recueil de ces expériences m'a permis, en partie, d'analyser la place des démarches qualité dans les services déconcentrés. Je dis en partie puisque je me suis notamment aidée du rapport final au comité de pilotage de la mise en œuvre de la Loi Organique relative aux lois de Finances par le groupe de travail « qualité » du réseau interministériel des modernisateurs et de rapports sur la modernisation de l'État. De plus, je me suis entretenu avec un responsable de l'AFAQ pour connaître la vision de cet organisme sur les démarches qualité menées dans l'administration.

Dans un troisième temps, j'ai décidé de faire mon stage en établissement au centre hospitalier de Châteauroux. Ce choix s'est fait afin de pouvoir comparer la certification avec un autre type de démarche : l'accréditation. Pendant ce stage, je me suis entretenu avec les agents travaillant au bureau de la qualité et de l'accréditation, avec le Directeur-Adjoint du service des ressources humaines, avec la responsable du service de stérilisation, avec le responsable du service de restauration et celui du bureau d'accueil du public. Cette expérience s'est avérée très profitable à la fois dans l'analyse des démarches et dans l'élaboration des propositions d'amélioration. Enfin, la dernière étape a consisté à rassembler les informations recueillies pour établir un plan et répondre au questionnement de départ.

Quant aux concepts « qualité », j'ai choisi de les définir au fur et à mesure qu'ils sont abordés dans le corps du mémoire.

Dans un premier temps, il paraît intéressant de s'intéresser à la démarche mise en place par la DDASS de l'Indre (I), pour dans un second temps étudier les raisons du développement des démarches qualité au sein de l'administration (II). Enfin, dans un troisième temps quelques éléments de propositions susceptibles d'améliorer le développement des démarches qualité dans les services déconcentrés du secteur sanitaire et social seront proposés (III).

# 1 LA DEMARCHE QUALITE MENEES PAR LA DDASS DE L'INDRE

**La qualité n'est rien d'autre que la satisfaction du client, la conformité entre ce qu'il attend et ce qu'il reçoit.<sup>13</sup>**

La démarche qualité est un terme générique désignant des procédures pouvant être très différentes comme l'accréditation et la certification. Ces démarches se réfèrent à des normes qui sont des textes proposant des solutions et des compromis à un instant donné, sur un sujet donné. Ces normes fixent des règles claires et universelles, à travers un document de référence qui apporte des réponses à des questions techniques ou managériales sur des produits ou des services. En clair, les démarches qualité regroupent l'ensemble des méthodes, des techniques et des actions managériales que mène un établissement pour gérer la qualité de ses prestations.

Pour comprendre la démarche qualité menée par la DDASS de l'Indre, il est important de connaître les raisons qui ont conduit à sa mise en place, la façon dont elle a été mise en œuvre et le bilan qu'il est possible d'établir un an après l'obtention de la certification.

## 1.1 Le choix de la mise en œuvre d'une démarche qualité

La DDASS de l'Indre a fait le choix d'une certification<sup>14</sup>, mais d'autres concepts proches de celui-ci existent dont le principal est l'accréditation. L'accréditation est une procédure « par laquelle un organisme faisant autorité reconnaît officiellement qu'un autre organisme est compétent pour se livrer à des activités d'analyse, d'essais d'étalonnage, d'inspection, de certification. L'accréditation s'intéresse donc à l'aptitude et à la compétence des processus mis en œuvre »<sup>15</sup>. La certification, elle, est une procédure par laquelle une autorité ou un organisme qualifié déclare qu'un produit, un organisme ou un procédé est conforme aux exigences spécifiées dans un référentiel choisi et reconnu. L'accréditation est donc une reconnaissance de compétence tandis que la certification est plutôt une reconnaissance de conformité.

### 1.1.1 Une démarche qualité faisant l'objet d'une certification

Comme tout nouveau directeur de Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, la directrice de la DDASS de l'Indre a été invitée par le Directeur de l'Administration Générale du Personnel et du Budget (DAGPB) à mettre en œuvre un Plan

---

<sup>13</sup> LECLET H. et VILCOT C. *Qualité en santé 150 questions pour agir*. Paris : AFNOR, 2000, 483 p.

<sup>14</sup> Cf. annexe 9 : processus de certification.

<sup>15</sup> LECLET H. et VILCOT C. *Qualité en santé 150 questions pour agir*. Paris : AFNOR, 2000, 483 p.

d'Action Triennal (PAT) lors de sa prise de fonction en avril 1999. La lettre du DAGPB du 26 avril 1999 indiquait que ce PAT devait être fait en concertation avec les membres de l'équipe de direction et les cadres du service. De plus, le plan devait tenir compte de divers éléments tels que les contraintes pesant sur les ressources humaines, de l'évolution des missions et de la nécessaire adaptation de l'organisation des services et des pratiques managériales.

Plusieurs éléments ont influencé le choix de la Directrice pour une démarche qualité faisant l'objet d'une certification, et ce pour des raisons d'exigences d'efficacité, d'efficience et de crédibilité de l'action de l'État. En premier lieu, un constat important est celui du fonctionnement actuel de l'administration qui est loin d'être satisfaisant. En effet, l'absence de sollicitation extérieure pour faire mieux peut jouer en la défaveur des usagers qui sont des « clients captifs ». La multiplicité, voire la redondance des instructions reçues ont un impact (négatif) sur la cohérence des actions menées et la qualité des résultats. La mobilité des personnels d'encadrement et plus particulièrement des Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale (importante à la DDASS de l'Indre) est responsable d'une perte de mémoire en l'absence de procédures formalisées permettant la pérennité de l'action publique sans rupture. Il est fait le constat également d'une difficulté de remise en cause des pratiques administratives en raison d'une faible mobilité interne des personnels d'exécution. De plus, la forte tradition orale des administrations locales due à la proximité « de terrain » se greffe aux éléments précédents. Lorsque la Directrice a pris son poste à la DDASS de l'Indre, cet établissement manquait de dynamisme et n'avait engagé aucune réflexion sur le fonctionnement des services. De plus, les DDASS sont amenées à intégrer dans leurs activités les inspections des établissements et des services dans leurs missions. Or, la plupart de ces structures sont entrées dans des démarches qualité<sup>16</sup>. Il paraît donc important pour la DDASS, en tant qu'administration de contrôle et de tarification, de pouvoir apporter « une preuve de la qualité de ses interventions et puisse assurer son rôle de contrôle et de conseil »<sup>17</sup>. Enfin, la DDASS, comme tout service déconcentré de l'État, est au service des citoyens et l'efficacité de son action doit donc s'évaluer par des enquêtes de satisfaction auprès des usagers, des établissements et des partenaires. La DDASS ayant une responsabilité dans la protection des droits de l'utilisateur, le respect des délais d'instruction des dossiers, l'égalité de traitements des demandes ainsi que la rapidité d'intervention dans

---

<sup>16</sup> Accréditation des établissements de santé par l'agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé (ANAES), réforme de la tarification des (EHPAD), certification ou accréditation ISO pour des associations et distributeurs d'eau de consommation, l'obligation de respecter des guides de bonne pratique professionnelle comme les Guides de Bonne Exécution des Analyses (GBEA) pour les laboratoires d'analyses médicales.

<sup>17</sup> Plan d'action triennal de la DDASS de l'Indre 1999-2002.

la gestion des crises. Un facteur important qui a aussi pesé dans le choix d'une telle démarche est la formation et le corps auquel appartenait la Directrice. En effet, pharmacienne de formation et appartenant au corps des pharmaciens-inspecteurs, elle était déjà sensibilisée aux démarches qualité qui sont courantes dans le milieu pharmaceutique (la plupart des laboratoires d'analyse sont sous démarche qualité).

### **1.1.2 Les effets attendus d'une telle démarche par la Direction**

La décision de mettre en place une démarche qualité par la DDASS de l'Indre ne s'est décidée dans le cadre du Comité de direction (CODIR).

#### **A) Les effets attendus**

La certification est un mode d'action pour un PAT qui se caractérise par des buts identiques que sont la recherche de qualité, de l'efficacité et de la faisabilité de l'action, mais les moyens mis en œuvre pour réaliser ces objectifs sont différents.

La certification évalue le système de management de la qualité d'une organisation dont l'objectif est l'accroissement de la satisfaction du client. Ce système doit démontrer son aptitude à fournir régulièrement un produit conforme aux exigences des clients et aux exigences réglementaires applicables.

La démarche qualité doit- être la démarche de tous. Ainsi dans les objectifs figure le fait que les personnels devront réfléchir, évaluer leur action et rédiger des procédures opérationnelles. L'intérêt d'une démarche qualité «se concrétise vers l'extérieur, par une meilleure crédibilité et plus forte lisibilité de l'action de la DDASS, vers l'intérieur par une rationalisation, une harmonisation des pratiques professionnelles, par une transparence de la gestion des personnels»<sup>18</sup>. La certification amène, quant à elle, un examen des pratiques des agents (ce qui ne signifie pas que l'on juge leurs qualités et compétences professionnelles) et la rédaction de documents qui expliquent leur façon de procéder. La qualité se mesurant par comparaison à des normes ou des référentiels et se contrôlant par des audits (internes et externes), elle se fait connaître des interlocuteurs du service déconcentré et se trouve donc être un outil de valorisation de chacun et de la structure. En effet, la certification permet de faire savoir à l'extérieur que l'organisme «travaille» bien et ainsi d'obtenir une reconnaissance certaine.

---

<sup>18</sup> Note sur la politique qualité de la DDASS de l'Indre du 10 avril 2002.

De plus, une autre motivation dans le fait de choisir une démarche qualité est l'objectif d'être au service du citoyen, d'être équitable dans le traitement des dossiers, d'être le garant de la citoyenneté, d'assurer la sécurité sanitaire, d'autant plus que l'augmentation des missions sur le plan sanitaire et social induit un besoin de reconnaissance de la qualité de la tâche accomplie.

B) Les orientations élaborées par la DDASS de l'Indre

« L'orientation générale est d'améliorer les conditions de travail et le service rendu »<sup>19</sup>

La direction, dans sa déclaration d'engagement s'est fixée sur six orientations :

- Le respect des délais avec à terme une réflexion menée sur la notion de délais raisonnables, la définition de leur respect et les moyens de vérifier l'efficacité des mesures qui seront mises en place.
- L'amélioration de la réponse aux interlocuteurs et aux correspondants c'est à dire en donnant une réponse qui satisfasse l'interlocuteur et en harmonisant les courriers, les notes, les rapports dans leur présentation. Des questionnaires de satisfaction seront adressés aux interlocuteurs traditionnels.
- L'amélioration de l'efficacité du travail c'est à dire qu'elle doit évoluer en fonction de la réglementation, des outils logistiques et bureautiques, et des moyens en personnel.
- Le développement des démarches par projet avec l'élaboration d'indicateurs permettant de suivre et d'évaluer l'amélioration des conditions d'atteinte des objectifs par cette méthode.
- L'harmonisation des fiches de poste afin de pouvoir apprécier au mieux les charges de travail, les responsabilités, les possibilités de remplacement lors des congés.
- Enfin, la dernière orientation porte sur le traitement des urgences sanitaires qui consiste à traiter la prévention du risque sanitaire, alimentaire, épidémiologique, environnemental ou accidentel.

---

<sup>19</sup> Déclaration d'engagement de la direction de la DDASS de l'Indre le 10 avril 2002.

### 1.1.3 Le choix du référentiel et son histoire

En décembre 1999, un audit diagnostic sur ISO 9002/1994 est établi par la direction, mais un changement de référentiel va être fait après une évaluation intermédiaire des auditeurs AFAQ. Le référentiel adopté au final sera la norme ISO 9001/ 2000. Ce référentiel est complet et couvre tous les aspects d'une démarche qualité en insistant particulièrement sur l'écoute client et l'amélioration continue.

En 1987, la première série des normes ISO 9000 de base (ISO 8402, ISO 9000, ISO 9001/2/3 et ISO 9004) est publiée<sup>20</sup>. Elles définissent des relations clients-fournisseurs correctes et loyales. L'application des normes ISO (et des ISO 9000 en particulier) est basée sur le volontariat. Leur utilisation est universelle car elles sont établies à partir d'un consensus. Ce sont des modèles génériques et leur évolution notamment dans leur version 2000 a permis de lever les obstacles à leur application dans l'administration.

Les normes avant 1987 ne concernaient que l'industrie parce qu'elles portaient sur les contrôles de qualité des produits en sortie de production. En 1987 paraissent les normes ISO 9000 et elles sont révisées en 1994 (l'organisme devait montrer que sa chaîne de production était capable de satisfaire les exigences du client). La série ISO 9000 version 2000 se concentre sur la démonstration par l'organisme que son système de management de la qualité implique toute son organisation, de la direction aux opérateurs, que les attentes et besoins des clients entrent en ligne de compte et que leur satisfaction est mesurée, sans oublier l'importance des processus d'amélioration. La version de 2000 élargit le champ du périmètre de certification et permet ainsi de passer « de la seule fabrication de produits manufacturés aux services et à l'ensemble de l'organisation de l'entreprise » d'où la possibilité d'appliquer cette norme à un service administratif. Sous le titre de « systèmes de management de la qualité », les normes ISO 9000 version 2000 comprennent trois normes de base que sont la norme ISO 9000 portant sur les principes essentiels et le vocabulaire, la norme ISO 9001 qui comprend les exigences pour l'assurance qualité (l'évaluation porte sur l'ensemble du processus de l'entreprise) et la norme ISO 9004 sur les lignes directrices pour l'amélioration des performances de l'entreprise. Une quatrième norme (ISO 19011) porte sur l'audit et fournit des conseils sur l'audit des systèmes de management de la qualité et des systèmes de management de l'environnement.

---

<sup>20</sup> Cf : annexe 5 : l'histoire des normes ISO 9000 et cf. annexe 6 : les normes ISO dites fondamentales.

Le choix de la direction de la DDASS s'est finalement porté sur la norme ISO 9001 qui spécifie les exigences relatives à un système de management de la qualité et sur laquelle s'exerce la certification. Le management de la qualité est défini par l'ISO 9000 et vise à « assurer à toutes les parties intéressées : la satisfaction de leurs exigences, la compréhension de leurs besoins, l'anticipation de leurs attentes, grâce à l'ensemble des caractéristiques intrinsèques d'un produit, d'un processus, d'un système ou d'une personne ».

Les normes ISO 9000 sont constituées de huit principes de management de la qualité, principe qui est d'être à l'écoute du client<sup>21</sup> (les organismes dépendant de leurs clients), de créer un environnement satisfaisant<sup>22</sup> (afin que les agents s'impliquent dans la réalisation des objectifs fixés par l'organisme), d'impliquer le personnel (afin d'utiliser leurs aptitudes au profit de l'organisme), de mettre en place une approche processus, de manager par approche système (c'est à dire d'identifier, de comprendre et de gérer des processus liés), d'améliorer de manière continue les performances, d'avoir une approche factuelle de la décision (c'est à dire fondée sur l'analyse de données et d'informations) et enfin d'avoir des relations qui soient mutuellement bénéfiques avec les fournisseurs.<sup>23</sup>

Le but des normes est de donner confiance dans l'obtention des caractéristiques du service et dans sa reproductibilité. Si le dispositif est important, il est limité à un domaine précis qui est la maîtrise des processus permettant de produire la prestation attendue. Par contre, les normes n'imposent pratiquement rien en matière de moyens, de solutions et restent muettes sur le pourquoi et le comment satisfaire les exigences. L'établissement doit lui-même apporter les réponses.

---

<sup>21</sup> C'est l'orientation client dans la NF EN ISO 9000. *Système de management de la qualité, principes essentiels et vocabulaire*. AFNOR, 2000.

<sup>22</sup> C'est le principe du leadership dans la norme ISO 9000.

<sup>23</sup> En effet, la norme ISO 9000 énonce dans ce huitième principe qu'« un organisme et ses fournisseurs sont interdépendants et des relations mutuellement bénéfiques augmentent les capacités des deux organismes à créer de la valeur ».

## **1.2 La mise en œuvre de la démarche qualité par la DDASS de l'Indre : outils et processus d'élaboration**

***C'est une reconnaissance externe d'une démarche longue, semée d'embûches qui ne supporte aucun placage ni aucune illusion, si on considère la certification comme une étape d'un processus d'amélioration et le fruit d'un travail collectif nouveau et performant*<sup>24</sup>.**

Une telle démarche nécessite différents préalables avant d'être débutée que sont l'importance de l'engagement de la direction<sup>25</sup> car s'engager dans une telle démarche relève nécessairement d'une décision stratégique de l'organisme et le choix du référentiel car différents types de référentiels peuvent être retenus selon les objectifs arrêtés et le niveau de reconnaissance souhaité.

### **1.2.1 Les outils utilisés dans le cadre de la démarche**

Les outils de la démarche qualité de la DDASS de l'Indre figurent dans le manuel qualité et les procédures qu'elle a élaboré. Ces outils sont la clé de voûte du système documentaire. La définition du manuel qualité donnée par la norme ISO 8402 est la suivante : « document décrivant les dispositions générales prises par l'entreprise pour obtenir la qualité de ses produits ou services ». Il doit décrire le système qualité, les structures de l'organisation, les missions des services, les liaisons internes et externes et les qualifications et les formations du personnel. Le manuel qualité de la DDASS énonce la politique qualité et décrit les dispositions générales prises par elle pour assurer la qualité de ses services. Les procédures, quant à elles, sont des « règles du jeu » qui facilitent et rend plus fiable l'exercice d'activités répétitives.

#### **A) La politique qualité définie par la DDASS**

La norme ISO 8402 énonce que la politique qualité représente l'ensemble des « orientations et objectifs généraux d'un organisme concernant la qualité, tels qu'ils sont exprimés formellement par la direction au plus haut niveau ». La direction doit donc définir des axes stratégiques d'amélioration, axes qui seront déclinés en objectifs. La politique de la DDASS en matière de qualité a fait l'objet d'une communication à l'ensemble du personnel lors de l'Assemblée Générale réunie en juin 1999 et aux représentants du personnel en CTP

---

<sup>24</sup> NAPOLTANO G- LAPEYRE J- GELINIER O. ISO 9000 la certification des services : l'état d'esprit qualité au service gagnant. 2<sup>e</sup> éd. Paris : Éditions d'organisation, 1997, 156 p.

<sup>25</sup> Norme ISO 9001, paragraphe 4.1 : *responsabilité de la direction*.

local le 15 septembre 1999. La politique est affichée dans les locaux et consultables par tous les agents. En plus de ces communications, une déclaration d'intention a été diffusée auprès de l'ensemble du personnel et une demi-journée de sensibilisation de l'ensemble du personnel par l'organisme choisi (AFAQ) pour accompagner la DDASS dans sa démarche s'est faite le 9 décembre 1999.

## B) Le système qualité

Le système qualité se caractérise par deux éléments que sont la responsabilité de la direction et le système de management.

### a) *La responsabilité de la direction*

#### **La revue de direction**

Selon la norme ISO 8402, la revue de direction est « l'évaluation formalisée effectuée par la Direction au plus haut niveau, de l'état et de l'adéquation du système qualité par rapport à la politique qualité et à ses objectifs ». Elle est un outil de management interne qui permet de faire, de manière régulière, le bilan des actions menées, de fixer de nouveaux objectifs et de pouvoir anticiper les dysfonctionnements éventuels. Elle est assurée dans l'Indre par le COQUIL (le comité qualité) dont le fonctionnement est défini par une procédure (P012). Elle a lieu chaque année dans le courant du second semestre. L'ensemble des informations prévues par la norme ISO 84802 et les informations sur les fournisseurs de la DDASS et les résultats de leur évaluation figurent dans les données d'entrée de la revue de direction. On trouve dans ces données d'entrée les résultats des audits, les retours d'information des clients, le fonctionnement des processus et la conformité du produit, l'état des actions correctives et préventives et des actions d'amélioration décidées, les actions issues des revues de direction précédentes, les changements qui peuvent affecter le système de management de la qualité, les recommandations d'amélioration et les résultats de l'évaluation annuelle des fournisseurs.<sup>26</sup>

#### **Approche client**

Afin de mettre en place le système qualité, la DDASS a dû définir ce qu'elle entendait par le terme de client et identifier ceux-ci afin de connaître leurs besoins et y répondre. Le client d'entrée (le demandeur) peut-être différent du client de sortie (destinataire), mais le client final est toujours l'utilisateur, ce que traduit la notion de service public. La DDASS, en dehors du client final, a également de nombreux clients intermédiaires que sont ses

---

<sup>26</sup> Données recueillies dans le Manuel qualité de la DDASS de l'Indre.

donneurs d'ordre et ses partenaires locaux. Les services déconcentrés de l'État ont donc des rapports de clientèle avec les agences, les organismes intermédiaires (établissements, associations...) chargés de la mise en œuvre concrète des politiques. Le préfet est un client au plan local, de même que la DRASS au plan régional, bien qu'il n'y ait pas de lien hiérarchique entre la DDASS et la DRASS. Les exigences légales et réglementaires sont la principale source d'information sur les exigences relatives au service que doit produire la DDASS.

b) *Système de management de la qualité*

**La communication interne**

La procédure P014 définit les modalités de communication interne permettant de garantir la circulation et la remontée de l'information dans la DDASS. La communication en interne est définie par la direction. On y trouve différents éléments que l'on peut classer en réunions (le comité de direction dit CODIR, le comité qualité dit COQUIL, les réunions de services, les assemblées générales), la désignation d'un responsable qualité, les supports de communication (le réseau informatique et la messagerie, l'affichage, les diffusions internes et les supports collectifs de communication). Lorsqu'on parle de supports collectifs de communication, il s'agit en fait du panneau d'affichage réservé à la démarche et de notes de services.

**Réalisation du produit**

Le paragraphe 7.1 du référentiel ISO 9001 dit que « l'organisme doit planifier et développer les processus nécessaires à la réalisation du produit... ». La DDASS réalise des dossiers, des rapports, des avis, des courriers... Le manuel qualité reprend cette exigence sous le titre « les processus de réalisation » et traite de l'enregistrement et du suivi des courriers, plaintes, inspections, des procédures d'achats (soumises au code des marchés publics). La DDASS n'est pas amenée à concevoir les processus puisqu'elle ne fait qu'appliquer la réglementation.

c) *Management des ressources*

La norme ISO 9001 définit pour le management des ressources quatre thèmes qui sont *la mise à disposition des ressources, les ressources humaines, les infrastructures et l'environnement de travail*. Il faut préciser que les ressources humaines et financières de la DDASS sont distribuées par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité dans le cadre de procédures spécifiques comme l'allocation de ressources régionale et la définition d'Effectifs Budgétaires Autorisés (EBA).

## **La mise à disposition des ressources**

Les ressources de la DDASS sont définies annuellement par la procédure de l'allocation de ressources. Dans le cadre des collèges des directeurs (CTRI), la direction doit défendre les intérêts de la DDASS sur l'allocation de ressources afin d'obtenir pour ses services des moyens financiers et humains en rapport avec les missions et objectifs de la DDASS. L'équipe de direction établit chaque année les priorités à suivre pour chaque service et est accompagnée d'un travail de planification portant sur les ressources nécessaires pour mener les projets estimés prioritaires. Concernant les nouveaux dossiers, une procédure est prévue qui contenant une analyse sur la charge de travail supplémentaire et la définition de ressources humaines, matérielles et logicielles.

## **Ressources humaines**

### *Généralités*

Le paragraphe de la norme ISO 9001 sur le personnel énonce que celui-ci « effectuant un travail ayant une incidence sur la qualité du produit doit-être compétent sur la base de la formation initiale et professionnelle, du savoir-faire et de l'expérience ». Or, la gestion du personnel de la DDASS s'inscrit dans le cadre des dispositions applicables à la fonction publique, que ce soit sur le plan des recrutements ou des carrières. Les effectifs de la DDASS sont fixés par un EBA exprimé en équivalents temps plein (ETP) par catégorie d'agents et attribués au niveau national. Pour ce qui concerne les effectifs supplémentaires ou les suppressions, elles font l'objet d'une procédure de répartition régionale sur le même modèle que pour les ressources financières.

### *formation*

La formation est un point important de la norme et le manuel qualité lui consacre ainsi un paragraphe. Au sein du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sont regroupés deux dispositifs :

- un dispositif de formation initiale (à la suite de l'obtention du concours)
- un dispositif de formation continue des personnels qui est organisée régionalement et gérée pour l'ensemble des services déconcentrés d'une région par la Cellule Régionale de Formation Continue (CEREFOC). La DDASS peut également s'adresser à des organismes privés extérieurs au Ministère lorsque l'offre n'existe pas dans le dispositif de formation habituel.

Un référent formation rattaché à l'administration générale fait le lien entre les agents et la CEREFOC.

Un entretien annuel d'évaluation des agents par leur chef de service permet de fixer des objectifs et d'évaluer leur réalisation. Quant aux appréciations sur les agents, on relève des systèmes propres à l'administration comme la procédure de notation, et l'attribution individuelle d'un pourcentage appliqué aux rémunérations accessoires.

### **Infrastructures**

Le paragraphe 6.3 de la norme ISO 9001 énonce que « l'organisme doit déterminer, fournir et entretenir les infrastructures nécessaires pour obtenir la conformité du produit... »

Le manuel qualité décrit précisément comme le veut la norme, les bâtiments, les espaces de travail et les installations associées, les équipements et les services supports (le service administration générale et la cellule organisation et méthodes informatiques ou COMI).

#### D) Mesures, analyses et améliorations

##### a) *Mesures et surveillance*

« L'organisme doit déterminer les activités de surveillance et de mesure à entreprendre et les dispositifs de surveillance et de mesures nécessaires pour apporter la preuve de la conformité du produit aux exigences déterminées »<sup>27</sup>. A cette fin, doivent être déterminées les méthodes applicables, y compris les techniques statistiques.

### **la satisfaction du client**

La DDASS doit donc déterminer le degré de satisfaction de ses clients par le biais d'enquête de satisfaction. L'audit interne est utilisé pour exercer une surveillance sur le système de management de la qualité mis en place et sur ses performances par rapport à la norme de référence et aux exigences définies en interne (les audits font l'objet d'une programmation annuelle). De plus, des enquêtes de satisfaction doivent être organisées tous les ans. Il est d'ailleurs intéressant de noter que dans le service « établissements et services médico-sociaux », le retour des enquêtes de satisfaction auprès des établissements de l'année 2003 est plus intéressant. En effet, les réponses étaient plus proches de la réalité que l'année précédente (ce qui permet d'avoir un impact intéressant sur ce qui est réellement à améliorer).

---

<sup>27</sup> Paragraphe 7.6 de la norme ISO 9001 version 2000.

### **La surveillance des processus**

« La surveillance des processus relève du rôle des chefs de services qui mettent en œuvre les processus concernant leurs services »<sup>28</sup>. Elle est mise en application par la définition d'indicateurs et d'objectifs dans chaque service. Les indicateurs sont suivis dans chaque service au moyen d'un tableau de bord et font ensuite l'objet d'un examen lors des revues de direction. Un tableau de bord commun à l'ensemble des services rassemble les indicateurs déclinant les grandes orientations de la direction et ceux relatifs aux processus communs de la DDASS.

### **La surveillance des produits**

Elle est effectuée au travers des circuits internes de validation. En effet, les courriers et tous les documents d'avis ou de décisions sont signés par les responsables de services, qui ont seuls dans les services, une délégation de signature.

#### *b) La gestion des non conformités*

Elle concerne les informations permettant la détection d'écarts relatifs aux produits, aux objectifs de qualité ou aux processus. Les écarts constatés sont traités par l'ouverture d'une fiche de traitement des écarts. Le responsable qualité informé de l'ouverture des fiches, assure le suivi des actions mises en place. Il peut-être associé à la demande des chefs de services pour la définition d'actions correctives et préventives.

#### *c) L'analyse des données*

C'est le responsable qualité qui centralise les informations qui servent de données d'entrée pour la préparation des revues de direction. La DDASS utilise les techniques de base des statistiques pour exploiter les données relatives à l'efficacité du système de management de la qualité.

#### *d) L'amélioration continue*

Les processus qui permettent l'amélioration permanente de l'efficacité du système de management de la qualité sont relatifs à l'audit interne<sup>29</sup>, à la gestion des non-conformités et au traitement des résultats d'enquêtes. Ensuite, interviennent les actions préventives et

---

<sup>28</sup> Manuel qualité de la DDASS de l'Indre.

<sup>29</sup> Méthode d'évaluation rigoureuse faite par des auditeurs internes (c'est-à-dire des membres du personnel qualifié pour effectuer des audits qualité), basée sur l'utilisation d'un référentiel et/ou de critères prédéterminés, qui permet de décrire, de comparer, de mesurer et d'analyser une démarche, pour déterminer si les exigences du référentiel et les dispositions prévues sont effectivement respectées.

correctives comme le demande la norme. Ces procédures exigées par le référentiel ISO prouvent la volonté et la transparence d'accepter le droit à l'erreur (non-conformité) mais avec une obligation de progrès (actions correctives).

### **1.2.2 Le déroulement de la démarche mise en œuvre par la DDASS de l'Indre**

Avant toute chose, il est important de définir ce qu'est un audit qualité. La norme ISO 8402 le définit comme un « examen méthodique et indépendant en vue de déterminer si les activités et résultats relatifs à la qualité satisfont aux dispositions pré-établies et si ces dispositions sont mises en œuvre de façon effective et sont aptes à atteindre les objectifs ». Le but de l'audit est donc de vérifier le respect des exigences établies par les procédures.

#### **A) Audit diagnostic**

Avant de mettre en place une démarche qualité, il faut partir d'un audit-diagnostic. Il a été fait pour la DDASS à partir du référentiel qu'est la réglementation. En effet, l'audit ne peut se faire en référence à des procédures puisque l'établissement n'est pas encore entré dans une démarche qualité. Ce pré-audit consiste en une première évaluation du système permettant d'en déterminer les points faibles.

#### **B) La sensibilisation du personnel**

La sensibilisation et la formation du personnel sont des conditions essentielles pour la réussite des différentes étapes de la démarche et la pérennité du système. La première étape a donc été de faire connaître la démarche à l'ensemble du personnel et de recueillir son accord. Cette étape est d'autant plus importante que leur participation est une condition nécessaire à leur motivation et à leur adhésion au projet. En règle générale, le personnel est réservé, voire réticent face à la mise en place d'une démarche qualité et ce pour plusieurs raisons : peur d'un surcroît de travail, de responsabilités plus importantes, d'une obligation de résultats tangibles, d'un manque de souplesse, d'une perte d'indépendance et de l'obligation de preuve.

L'objectif est d'expliquer au personnel les buts et les finalités de la démarche. Si elle modifie les façons de travailler, elle ne change pas le contenu du travail. En effet, il s'agit pour l'essentiel de formaliser des « savoirs d'action, des règles dérivées de la pratique ». La participation du personnel va se traduire à différentes étapes de la démarche.

La formation du responsable qualité s'est faite par le biais de l'AFAQ et une formation de quatre auditeurs internes a également été accomplie par un autre organisme.

### C) Le choix des services

La certification de tous les services de la DDASS en une seule fois paraissait difficilement réalisable<sup>30</sup>. C'est pour cette raison, en accord avec le comité technique paritaire (CTP) que le choix s'est porté à initialement sur deux services avec l'implication du service administration générale. Une autre difficulté à signaler est la diversité des missions des services d'une DDASS et les cultures différentes qui s'y côtoient.

Le premier service choisi est le service santé environnementale<sup>31</sup> qui intervient dans les domaines relatifs à la gestion des risques sanitaires liés à l'environnement. Ses domaines de compétences sont partagés avec d'autres ministères, notamment avec celui de l'Agriculture et de la Forêt. L'aspect partenarial est donc essentiel. Ce service est amené à travailler avec des partenaires qui sont pour la plupart déjà entrés dans des démarches qualité et il peut être qualifié de service technique. Le choix de le présenter à la certification ISO est donc logique.

Le deuxième service à entrer sous démarche fut le service Organisation Sanitaire Tutelle Equipement<sup>32</sup>. Il intervient dans les domaines de compétence de la DDASS relatifs au contrôle et au suivi des établissements de santé et des établissements pour personnes âgées. Ce service ayant sous sa tutelle des structures entrant de plus en plus dans des démarches qualité, il était intéressant de le faire entrer dans une telle démarche, et ce afin de renforcer sa crédibilité.

Le service « Affaires Générales » est impliqué dans la démarche de part son rôle central et son caractère transversal, tout en ne faisant pas l'objet du périmètre de certification.

Il faut aussi noter que les procédures des deux services concernés par la démarche englobent la majorité de leurs activités mais pas la totalité. Une des explications se trouve dans la volonté d'alléger la mise en place de la démarche.

---

<sup>30</sup> Mais à terme la volonté de la direction est d'inclure tous les services de la DDASS dans la démarche ISO.

<sup>31</sup> Cf annexe 10 : liste des procédures du service Santé- Environnement de la DDASS de l'Indre.

<sup>32</sup> Cf annexe 11 : liste des procédures du service Organisation Sanitaire et Gérontologique.

#### D) La recherche d'un consultant

La DDASS a souhaité se faire aider dans le cadre de cette démarche et a donc choisi de faire appel à un consultant. La DAGPB a fait certaines propositions mais ils n'étaient pas experts en matière de certification ISO. Un premier consultant a été trouvé par le canal du service de formation interministérielle de la préfecture mais il n'a pas suivi la DDASS jusqu'à la certification. Un auditeur AFAQ indépendant a pris le relais.

L'appel à un consultant est utile pour aider à régler des problèmes ponctuels comme l'évaluation de l'existant, un dysfonctionnement du système d'actions correctives et pour former le responsable qualité et le personnel. Cependant, le consultant n'a pas pour mission la rédaction du manuel qualité ou établir des procédures. En effet, la tentation serait grande pour le service déconcentré de se faire appliquer une démarche qualité livrée « clef en main » qui éviterait un travail de fond important mais ferait perdre tout son intérêt à la démarche. On peut noter que l'appel à un consultant a un coût important sur le budget d'une petite structure comme la DDASS de l'Indre.

#### E) Le choix d'un organisme certificateur

Il existe en France plusieurs organismes certificateurs (AFAQ, DNV France, UTAC...). Le choix de l'Indre s'est porté sur un organisme (l'AFAQ) qui avait déjà certifié des services de l'administration (concernant des normes techniques).

#### F) L'audit de certification

L'organisme certificateur a pour mission de vérifier que trois conditions sont respectées :

- la première est de vérifier que le système qualité est défini,
- la seconde de vérifier qu'il répond bien aux exigences de la norme sélectionnée (en l'occurrence ISO 9001),
- et la troisième de vérifier qu'il fonctionne réellement au sein de l'organisme.

Le certificat délivré par l'organisme est valable pour trois ans. Toutefois, le fait d'être certifié engage la DDASS vis-à-vis de l'organisme certificateur à « entretenir » régulièrement le système qualité. Afin de s'assurer du respect des engagements, l'organisme effectue des audits de vérification moins approfondis que l'audit de certification<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> Audits d'entretien.

L'audit a eu lieu du 27 au 29 mai 2002 pendant lequel l'auditeur a rédigé un rapport contradictoire faisant état de sept remarques. Lors de sa venue dans l'établissement, l'auditeur vérifie que le système qualité élaboré par la DDASS respecte bien les normes ISO 9001. Lorsqu'il constate un écart entre la norme et son application, il fait une remarque. Elle est levée lorsque l'établissement explique la raison de cet écart et élabore des solutions pour le faire disparaître. Le rapport de l'auditeur est examiné par une commission interne à l'AFAQ qui rend une décision de conformité ou non. Les remarques de l'auditeur levées par la DDASS, la certification a été obtenue.

### **1.3 Le bilan de la démarche menée par la DDASS de l'Indre**

La certification de la démarche qualité menée par la DDASS de l'Indre a eu lieu en mai 2002. Il est donc intéressant de faire un premier bilan des effets et des conséquences de la certification un an après.

#### **1.3.1 Les difficultés du parcours**

La DDASS a obtenu la certification ISO 9001 en mai 2002, mais pour autant le chemin pour l'atteindre n'a pas été simple. La certification est donnée pour trois ans mais un auditeur AFAQ vient chaque année auditer l'organisme certifié. Cet « examen » nécessite de la DDASS une démarche d'amélioration continue.

##### **A) Une révolution culturelle**

Une des premières difficultés vient du passage d'une communication orale à une communication écrite, puisque la norme exige de répondre aux courriers par écrit, d'enregistrer les dates de réception ou de production des documents, de réaliser et de renseigner des tableaux de bord, etc...

Entre aussi en ligne de compte, le fait d'apprendre à travailler en équipe c'est-à-dire de permettre le remplacement des agents, de s'entraider, d'utiliser les compétences de chacun. Il faut aussi apprendre à ne plus être seul à détenir les informations et à se familiariser à la démarche par projet, par objectif.

La mise en place d'une démarche faisant l'objet d'une certification a entraîné une résistance de la part du personnel qui a pu y voir une remise en cause de ses compétences, une perte de temps, un alourdissement de la charge quotidienne de travail et l'impression d'être « fliqués », d'autant plus, qu'elle s'est mise en place dans une DDASS à effectif réduit. La DDASS, depuis la mise en place de la démarche ISO, a connu des évolutions importantes d'effectif, en terme surtout de répartition par catégories de personnel. Les

départs d'agents assurant le secrétariat et un certain nombre de tâches administratives dans les services ont créé un manque en terme d'organisation. Difficultés qui se sont ressenties dans les résultats de l'enquête de satisfaction réalisée en 2002.

B) Une difficile appropriation de la norme par le personnel

La norme ISO 9001 est exigeante de par son champ important d'application et par conséquent plus difficile à atteindre. Le travail est long et chronophage pour aboutir à la mise en place du « système management de la qualité ». La phase de mise en œuvre nécessite un poste à temps plein dans des services déconcentrés comme les DDASS, ce qui n'a pas été le cas pour la DDASS de l'Indre.

Une autre difficulté liée à l'appropriation de la norme est de lutter contre l'envie d'homogénéiser au maximum, l'abus de formalisme, de procédures et d'automatismes « tuant » toute initiative.

L'aspect humain, pourtant essentiel à la réussite d'une telle démarche, n'est peut-être pas assez pris en compte dans la norme, en dehors de la partie formation.

De plus, se greffe la difficulté d'appropriation d'une norme dont le secteur privé connaît le vocabulaire, mais où l'administration ne retrouve pas ses spécificités. On peut citer par exemple, la demande au service Santé-Environnement d'une enquête de satisfaction auprès des collectivités locales chaque année, demande qui est une exigence de la norme ISO 9001. Or, les élus sont submergés d'enquêtes et risquent de ne pas répondre.

La notion de client est également plus complexe pour l'administration que pour les entreprises privées. On utilise dans l'administration les termes de citoyens, d'administrés, d'usagers, de partenaires...La DDASS, lors de sa réflexion sur la notion de client avait par exemple intégré le Ministère (Administration centrale) comme client. Or, l'audit de certification a fait une remarque sur l'absence de moyens de mesurer la satisfaction du Ministère. La DDASS n'a en effet, pas de véritables liens de clientèle avec l'Administration centrale, qui a pour rôle de centraliser l'information émanant des services déconcentrés et de publier des directives, textes réglementaires ou circulaires concernant le domaine sanitaire et social. La DDASS en a déduit que l'Administration centrale correspondait plus aux maisons mères des entreprises privées.

### C) La surcharge de travail dans le contexte de la mise en place des 35 heures

L'ensemble du personnel est touché par la certification, mais bien évidemment sont concernés en premier lieu les agents dont les services sont impliqués dans la démarche. Mais la norme ISO 9001 étant une norme système, l'ensemble des services a dû se mettre en phase. La certification a impliqué des réunions de services, des validations de procédures ou encore la mise en place de pratiques nouvelles. Du temps supplémentaire a été consacré à cette démarche en plus des missions déjà fixées au personnel.

La mise en place des 35 heures est venue s'ajouter aux difficultés liées au manque de personnel, puisqu'elle a dû se faire sans personnel supplémentaire. « Or, une des conditions de l'efficience est de permettre une adéquation entre objectifs et moyens. Il s'ensuit qu'il faut des qualités de jongleur pour répondre un tant soit peu à cette obligation de la norme et, en tout état de cause, revoir les prétentions de qualité à la baisse. Ce qui paraît incompatible avec la notion de satisfaction du client ».<sup>34</sup> Surcharge de travail également parce qu'une fois les objectifs définis, il faut mettre en place des processus, les respecter, les faire vivre et les améliorer. Le système repose ainsi sur l'évaluation, la surveillance, le contrôle et la mesure.

### **1.3.2 L'état des lieux de l'appropriation de la démarche suite à l'obtention de la certification**

La démarche ISO 9001 nécessite un travail constant pour la faire « vivre ». Or, au vu des difficultés traversées lors de sa mise en place, il est intéressant de voir quelques mois après la certification, la place de la démarche dans les services concernés.

#### A) Le positionnement du personnel

La démarche a requis du temps aux agents avant la certification, et ce, pour certains au détriment de leur poste. Certains services de la DDASS, entre les postes non pourvus et l'affectation du personnel sur ISO, se sont retrouvés en déficit d'agents pendant des mois. La politique choisie par Mme la Directrice a été de mettre l'accent sur la démarche ISO. Or, au vu des problématiques que traversaient la DDASS lors de la mise en place de cette politique (manque d'agents dans certains services...), des membres du personnel se sont interrogés sur la pertinence de ce choix.

---

<sup>34</sup> PAT de la DDASS de l'INDRE 1999-2002, p.13.

A tel point, qu'une pétition sur l'initiative des représentants du personnel contre la mise en œuvre de la démarche ISO a été faite en avril 2002 et signée par environ 90% du personnel, qui jugeait la certification trop lourde pour leur structure et que sa mise en place risquait de se faire au détriment de leurs missions. Pour autant, le personnel et le syndicat CFDT (représenté à la DDASS) ne sont pas opposés à une démarche qualité mais plutôt à la certification qui est coûteuse en temps et en argent. En effet, la démarche ISO a « obligé » les agents à se questionner sur leur façon de travailler. Elle a permis une certaine lisibilité des fonctions de chacun, d'autant plus que le fonctionnement de la DDASS avant la mise en œuvre de cette démarche qualité était assez « archaïque ». L'écrit est revenu au centre des priorités des agents, ce qui n'était plus forcément le cas et la notion d'amélioration est également. C'est donc un outil de progrès pour améliorer son métier car « l'amélioration de l'organisation rendue plus transparente, permet de corriger des défauts auxquels on s'était habitué ». De plus, la démarche qualité permet de valoriser le travail effectué par la DDASS à l'extérieur et amène ainsi une certaine considération du travail effectué par les agents. Valorisation qui peut-être un facteur de motivation dans l'exécution de leurs missions.

B) La démarche privilégie-t-elle la forme au fond ?

La norme ISO fixe des exigences ou des recommandations auxquelles l'organisme doit se référer pour bâtir son système qualité et l'évaluation du système se fait par rapport au référentiel. Un écueil à éviter est le formalisme et l'objet des évaluations est de s'assurer que les dispositions existantes sont adéquates aux activités et objectifs qualité, si elles sont mises en œuvre de manière à répondre aux critères d'efficacité et si cela va continuer.

Pourtant, sous le prétexte de respecter les procédures ou la norme, il se peut que les agents n'appliquent pas les textes en vigueur. Par exemple, une norme doit évoluer en même temps que la réglementation ayant trait à son domaine d'application, mais encore faut-il que les agents fassent évoluer les procédures (en faisant des fiches d'amélioration destinées au responsable qualité). En effet, adapter les procédures régulièrement prend du temps. Le risque est donc que les agents s'approprient des normes inadaptées. Les normes n'ont pas force de loi et peuvent ainsi entraîner des erreurs.

De plus, lors de l'audit de certification, la vérification porte sur la conformité aux normes et un organisme ne respectant pas la réglementation peut être ainsi certifié. En effet, l'auditeur externe vérifie la bonne application des normes, mais pas la conformité de celles-ci à la réglementation. Une fois les procédures établies ou les indicateurs choisis, on peut envisager de les modifier en comité qualité procédure. Une difficulté de la certification repose sur la nécessité d'avoir des procédures en accord avec la réglementation et qui ne soient

pas trop complexes. Sinon, le système censé « récompenser » un organisme pour son travail bien fait est ainsi perverti par le fait qu'il se concentre plus sur la forme que sur le fond. Pour éviter cette dérive, les audits internes et externes et les fiches d'amélioration ont toute leur importance.

C) L'évolution de la démarche, un an après la certification

« La certification permet de mobiliser, au départ, le personnel autour d'un grand défi ; mais une fois l'examen passé, l'énergie retombe et le système se fragilise... »<sup>35</sup>.

Depuis l'obtention de la certification AFAQ, la démarche qualité a été laissée de côté, et ce pour diverses raisons. Le départ de la responsable qualité, qui avait mis en œuvre la démarche, a ralenti son développement « normal ». L'arrivée de nouveaux agents dans les services certifiés a prit du temps aux autres pour les aider dans leur prise de fonction. Un autre facteur est le fait que la démarche n'est pas complètement acceptée par le personnel.

La nouvelle responsable qualité (inspectrice de l'action sanitaire et sociale) qui a déjà un poste à temps plein sur le secteur médico-social, est chargée de reprendre la démarche, afin de la conduire à bien et ce en vue de l'audit<sup>36</sup> ayant lieu en mai (audit qui sera sûrement repoussé) c'est-à-dire, un an après l'obtention de la certification. La difficulté actuelle pour la responsable qualité, est qu'elle n'a pas de temps spécifiquement dégagé pour la démarche ISO. Afin de la former et de l'aider, un consultant extérieur est appelé en renfort. Pourtant dans l'idéal, cette démarche devrait être prise en charge par un agent ayant un mi-temps spécifiquement dégagé pour cette tâche. En effet, le rôle du responsable qualité consiste à sensibiliser le personnel, en plus de suivre les fiches d'amélioration, de préparer la revue de direction (qui a lieu en mai chaque année), de mettre en place et de faire mettre en place dans les services des enquêtes de satisfaction, d'en assurer le suivi et d'en tirer les conséquences. En clair, des tâches qui sont difficiles à assumer en même temps qu'une fiche de poste à temps complet.

Le 24 mars 2003, un consultant indépendant AFAQ est venu pour aider les auditeurs (internes de la DDASS) lors d'un audit interne<sup>37</sup>. Cet audit interne a permis de s'apercevoir

---

<sup>35</sup> NAPOLITANO G.-LAPEYRE J.- GELINIER O. *ISO 9000 la certification des services : l'état d'esprit qualité au service gagnant*. 2ed. Paris : les éditions d'organisation, 1997, 156p.

<sup>36</sup> Audit d'entretien.

<sup>37</sup> Les audits internes sont effectués par un ou des auditeurs internes à l'entreprise, mais n'ayant pas de responsabilité dans le secteur à auditer.

des dysfonctionnements présents dans le système qualité : la difficulté de se retrouver dans les procédures informatiques ; la méconnaissance de certaines procédures par des agents concernés ; la politique et des orientations établies par la direction, des fiches de postes non réactualisées ; des procédures fausses ; les fiches d'amélioration non utilisée ; des indicateurs inutiles, méconnus par les agents. Par contre, l'autre constat est que le service santé- environnement est plus impliqué dans la démarche et qu'il se l'est approprié.

Le constat de cet audit est que la démarche n'a pas encore investi les automatismes de travail du personnel. Le personnel s'est mobilisé pour l'audit de certification, mais suite à l'obtention du certificat et au départ de la responsable qualité, la démarche semble passée au second plan. L'approche de l'audit d'entretien conduit à une réactivation de l'utilisation des procédures et de la démarche dans les deux services certifiés. Ce relâchement observé est assez normal, compte tenu qu'une telle démarche est inhabituelle culturellement dans l'administration et qu'il faut du temps pour qu'elle soit « naturelle ». La problématique actuelle est que la DDASS ne perde pas sa certification ce qui passe dans un premier temps par réussir l'« examen » qu'est l'audit d'entretien et également que les agents s'approprient la démarche au quotidien.

## **2 LES RAISONS DU DEVELOPPEMENT DES DEMARCHES QUALITE AU SEIN DE L'ADMINISTRATION**

La démarche qualité de la DDASS de l'Indre reste isolée dans les services déconcentrés du Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité de par sa volonté d'englober tous ses services et de les faire certifier ISO. Pour autant, on constate quand même un développement de démarches qualité dans les DDASS et DRASS, mais circonscrites le plus souvent à un service précis (des services « techniques » comme le service Santé-Environnement ou l'inspection régionale de la pharmacie) ou faites de manière informelles. De plus, l'environnement des DDASS et DRASS est de plus en plus composé d'organismes faisant l'objet de telles démarche : les organismes de sécurité sociale, les EHPAD, les associations, les laboratoires d'analyse...Enfin, d'autres ministères plus techniques comme celui des Finances et de l'Équipement utilisent déjà depuis quelques années les démarches qualité pour faire reconnaître la valeur de leur travail auprès des usagers et optimiser l'organisation interne.

## **2.1 Un contexte favorable aux démarches qualité**

Les démarches qualité dans l'administration voient le jour dans un contexte où l'État doit être plus performant et donner une meilleure visibilité de son action, objectifs auxquels ces démarches doivent répondre. Pour autant, ces démarches ne sont pas nouvelles dans les services déconcentrés. Déjà à la fin des années 1980, l'Administration centrale pouvait passer avec eux des contrats d'objectifs avec, à la clé, des crédits. Ces contrats devaient remplir des objectifs pouvant être liés par exemple à la qualité de l'accueil, à l'élaboration de fiches de postes.

### **2.1.1 Un fonctionnement de l'administration peu satisfaisant**

Le fonctionnement actuel de l'administration est, en partie, remis en cause par les usagers et elle doit faire face à un « environnement » en pleine évolution. Les démarches qualité apparaissent ainsi comme une réponse .

#### **A) Une administration remise en cause**

A travers les reproches adressés par les citoyens lors des dernières élections aux élus et responsables politiques, l'administration est également visée. Or, le reproche n'est pas nouveau et est accentué par les évolutions actuelles de la société. Le groupe de travail « qualité » du réseau interministériel des modernisateurs relève que les lieux de décisions et d'expression se multiplient et s'imbriquent de plus en plus. L'administration y répond par une inflation et une complication croissante du corps réglementaire qui a un impact négatif sur la cohérence des actions menées et sur la qualité des résultats. De même, l'administration en produisant des solutions uniformes « est de plus en plus perçue comme une bureaucratie anonyme méconnaissant la subtilité des cas personnels »<sup>38</sup>, or les citoyens veulent aussi un respect de l'égalité des administrés et attendent d'elle qu'elle lui rende des comptes sur le traitement des dossiers les concernant. Dans un contexte la préservant de la concurrence, l'administration ne subit pas de sollicitations extérieures pour faire mieux et les usagers sont donc captifs . A la différence des services marchands, l'administration n'a pas le réflexe de recueillir les besoins et les attentes des usagers et d'ailleurs elle n'a pas ou peu de dispositifs d'écoute formalisés. De même, il existe dans les services publics, une quasi-absence de mesure de qualité due en partie à l'absence d'écoute des bénéficiaires.

---

<sup>38</sup> *La qualité dans le cadre de la nouvelle présentation des lois de finances*. Rapport final au Comité de pilotage de la mise en œuvre de la Loi Organique relative aux Lois de Finances par le groupe de travail « qualité » du réseau interministériel des modernisateurs.

## B) La nécessaire évolution des DDASS

Lors du PAT (plan d'action triennal) de 1999-2000 élaboré par la Directrice de la DDASS de l'Indre, les nouvelles problématiques des DDASS ont parfaitement été cernées. En effet, elles sont de plus en plus amenées à intégrer les inspections dans leurs missions. Certaines structures sont entrées dans la mise en place de démarches qualité comme c'est le cas pour les établissements de santé (accréditation par l'ANAES), les EHPAD (réforme de la tarification), les laboratoires d'analyses médicales (avec les GBEA)...

Au vu de cette évolution dans l'« environnement » des DDASS, il apparaissait difficile de rester sans réaction. En effet, l'administration de tarification et de contrôle doit être capable d'apporter une preuve de la qualité de ses interventions. L'État est le garant de l'équité de traitement et doit donc être capable de montrer la qualité de son travail et ce par une visibilité de l'action administrative par les citoyens, une action publique ayant des objectifs clairs et prenant en compte les notions d'accessibilité, de continuité, de délivrance, d'efficacité, d'efficience et de sécurité. Enfin, l'image de l'administration est en jeu et on ne doit pas pouvoir remettre en causes ses compétences techniques.

### **2.1.2 L'impact de la qualité dans le cadre de la réforme de l'État**

L'action de l'État doit évoluer et s'adapter aux changements que connaît la société et sa réforme se situe dans l'objectif de restaurer l'efficacité de son action et de rapprocher l'administration des citoyens.

#### A) Une nécessaire réforme de l'État

La France est un des pays développés où les prélèvements obligatoires sont parmi les plus élevés ce qui réduit l'attractivité et la compétitivité de ce territoire. Dans le même temps, les citoyens attendent des relations plus humaines avec l'administration, des simplifications, de grandes actions. De plus, les usagers payant des impôts se considèrent face au service public comme titulaires d'un véritable droit à la qualité de service. Le service public est ainsi confronté à deux défis que sont ceux de la performance et celui de la qualité.

Face à la pression de l'opinion, aux recours contentieux plus fréquents, à la raréfaction des moyens, à l'exigence d'une plus grande transparence, de nombreuses démarches de modernisation ont été engagées au sein de l'administration au cours des cinq dernières années. Les démarches portées dans la plupart des cas par les responsables des services déconcentrés, ont prit des formes diverses : accréditations, certifications ISO 9000, assurance qualité, management de la qualité, chartes qualité... Pour autant, le constat fait

dans le rapport d'activité de mars 2000-mars 2001<sup>39</sup> de la fonction publique est que peu de ministères ont dégagé des orientations claires en matière de qualité.

Pour être efficace, la démarche qualité doit s'appuyer sur une définition d'objectifs mesurables par les usagers (comme la réduction des délais) et se doter d'un système évaluatif rigoureux. La qualité de service devient ainsi le signe concret de « la considération que l'Etat apporte aux citoyens et devient, dans une société consumériste, un élément fondateur de la cohésion sociale »<sup>40</sup>. A tel point que le Premier Ministre actuel, Jean-Pierre RAFFARIN a demandé à son Secrétaire d'État à la réforme de l'Etat de veiller à ce que chaque nouvelle réforme d'une administration comporte un volet qualité et le projet d'une deuxième décentralisation se positionne dans ce contexte.

#### B) L'intérêt de la qualité dans le cadre de la réforme

Le démarrage de la notion de qualité dans l'administration se situe en 1992 sous l'impulsion du Ministère de la Fonction Publique. La démarche concernait tous les services publics, dans un objectif d'amélioration du service rendu à tous les usagers. Au service des objectifs fixés pour la modernisation de l'État, plusieurs structures de pilotage ont été mises en place et ces structures se révèlent actives en matière de qualité.

La Délégation Interministérielle à la Réforme de l'État (DIRE)<sup>41</sup> par le biais de crédits du Fonds pour la Réforme de l'État (FRE) peut impulser des démarches qualité dans tous les ministères. Pour autant, le constat fait lors de l'année 2000 sur les démarches qualité tend à montrer une certaine dispersion de celles-ci, de plus elles n'étaient que rarement rattachées à un schéma ministériel global de développement.

Le Comité Interministériel à la Réforme de l'État (CIRE)<sup>42</sup> s'appuyant sur le bilan du rapport d'activité 2000-2001 de la fonction publique, énonce l'exigence d'établir des « déclarations ministérielles de politique qualité », il souligne la nécessité d'une approche globale et sollicite des ministères, des services déconcentrés et des établissements publics, la définition des axes prioritaires de leur politique qualité. Ces mesures du CIRE du 12

---

<sup>39</sup> La fonction publique et la réforme de l'État : rapport d'activité mars 2000-mars 2001.

<sup>40</sup> *La qualité dans le cadre de la nouvelle présentation des lois de finances*. Groupe de travail « qualité » du réseau interministériel des modernisateurs.

<sup>41</sup> La DIRE est un organe de proposition qui permet de compléter le dispositif gouvernemental.

<sup>42</sup> Le CIRE est chargé de définir les grandes orientations gouvernementales en matière de modernisation de l'État.

octobre 2000 visent à accéder à un État plus accessible et plus performant. Pour aider les ministères et les services déconcentrés dans l'instauration de démarches qualité, le CIRE a décidé de créer auprès de la DIRE un centre de ressources sur la qualité qui a quatre missions : animer un réseau de correspondants ministériels, élaborer de la méthodologie commune, assurer une assistance à maîtrise d'ouvrage, organiser les formations interministérielles. On peut aussi noter l'existence du cadre d'auto-évaluation des fonctions publiques (common assesment framework ou cadre d'auto évaluation des Fonctions Publiques) issu des travaux d'un groupe de fonctionnaires de différents États membres de l'Union européenne (UE) et présenté lors du premier colloque européen sur la qualité de services dans l'administration (le colloque de Lisbonne). Ce document adapté au contexte français fait parti du corpus méthodologique à la disposition des ministères. Enfin, la loi organique du 01/08/01 insère une « dimension qualité » dans tous les programmes ministériels devant être mis en place pour la nouvelle présentation budgétaire en 2006.

#### C) La qualité dans le cadre de la nouvelle loi de finances

La LOLF n°2001-692 (loi organique relative aux lois de finances) du 1<sup>er</sup> août 2001 et publiée le 2 août 2001 bouleverse notre « constitution financière » qu'est l'ordonnance de 1959. Elle opère un changement fondamental pour les institutions de contrôle, une révolution culturelle et comportementale et vise à avoir un service public plus attentif aux attentes des usagers et plus performant. La LOLF en visant « un renouvellement fondamental des pratiques, voire des cultures »<sup>43</sup> s'intéresse à la qualité des services (publics) d'où la mise en place d'un groupe de travail « qualité ». De même, la nouvelle donne de la LOLF « performance/moyens » peut permettre un pilotage mieux maîtrisé du développement de la qualité. Une des difficultés à cette demande de qualité vient du manque de concordance entre la volonté politique et celle de la « technostructure ». En effet, les politiques se lancent assez peu dans des actions dont ils méconnaissent les rouages et qui n'auront des effets qu'à long terme, tandis que la « technostructure » est accaparée par les urgences et les nouveaux projets et culturellement peu orientée vers la qualité de service.

L'annualité budgétaire va être renforcée dans le cadre de la LOLF et ne s'accorde pas avec la mise en place d'une démarche qualité qui nécessite un cycle pluriannuel et ce

---

<sup>43</sup>*La qualité dans le cadre de la nouvelle présentation des lois de finances.* Groupe de travail « qualité » du réseau interministériel des modernisateurs.

afin de passer par les étapes de diagnostic, d'expérimentation, d'ajustements intermédiaires de généralisation, d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité.

Pour autant, le rapport du groupe qualité soulève au moins cinq considérations soulignant la nécessité de soulever la question de la qualité de service à l'occasion de la LOLF. En effet, il faut prévoir dans la nomenclature budgétaire les instruments qui financeront la qualité de service et son évaluation ; les principes de la qualité de service doivent dans un premier temps s'appliquer à l'élaboration et à l'exécution de la loi de finances, la pertinence d'inscrire un volet « qualité de service » dans le compte rendu des performances associées à un programme ; il est envisagé une expansion des relations contractuelles entre les services administratifs et la qualité de service sera un volet important de ces contrats. Enfin, l'état d'esprit de la loi organique s'accorde avec l'idée de rendre des comptes au Gouvernement et à ses organes de contrôle, au parlement et à l'opinion, sur la qualité de service de l'action administrative. « Le développement de la qualité de service fait incontestablement partie des performances attendues par la population. Elle sera emblématique du sens que le législateur a voulu donner à la réforme du fonctionnement financier de l'État... ».

« La recherche de qualité de service dans le service public ne constitue pas un programme au sens de la LOLF, mais elle appelle les mêmes principes de méthode, inhérents à la conduite d'un projet politique maîtrisé, que ceux posés par la LOLF pour la conduite des programmes »<sup>44</sup>.

### **2.1.3 Influence de l'Europe sur le développement de la qualité**

Les services publics renvoient à la volonté politique de maîtriser la gestion d'intérêts collectifs et de satisfaire des besoins fondamentaux que sont la santé, l'éducation, les transports, l'énergie. Or, les services publics se trouvent aujourd'hui dans une situation où d'un côté, le bilan des processus de libéralisation s'avère négatif, tandis que de l'autre côté, les gouvernements de l'Union européenne continuent d'en faire l'éloge. Les services publics ou plutôt la réflexion sur leur efficacité fait donc l'objet d'une réflexion en Europe au vu de leurs poids dans les budgets des États. D'où une demande croissante d'efficacité amenant les services publics pour « survivent » à chercher des moyens pour s'améliorer, ce qui passe entre autres par des démarches qualité. Les services publics entrent dans ces

---

<sup>44</sup> *La qualité dans le cadre de la nouvelle présentation des lois de finances*. Rapport établi par le groupe de travail « qualité » du réseau interministériel des modernisateurs.

démarches parce qu'il leur est demandé d'être « rentable » et efficace vis à vis des usagers « clients ».

L'Europe s'est mise à la qualité et ce par la mise en place de « chartes » dans les services publics dont la priorité principale est bien l'amélioration de la qualité. De même des « prix de qualité » ont été instaurés dans ces pays. Pour l'Europe, c'est l'européen quality award » et en France c'est le « prix qualité français ». Si on parle de démarche qualité faisant l'objet d'une certification, c'est l'Europe qui délivre le plus de certificats ISO (220.127 en 2000 contre 48.296 pour l'Amérique du Nord). Dans les services publics, ces certificats concernent majoritairement l'enseignement, la santé publique, les services sociaux et l'administration. Lors d'une réunion des ministres européens de la fonction publique et de l'administration en novembre 2000, il a été décidé de poursuivre leur action en matière de qualité des services publics et de comparaison des performances entre administrations publiques européennes, et ce par le biais du cadre d'auto-évaluation des fonctions publiques (CAF). Ils se sont accordés sur des indicateurs de qualité communs, premier pas vers la création d'un espace européen de la qualité des administrations publiques.

Cette influence de l'Europe en matière de qualité des services publics est indéniable et participe au développement actuel des démarches qualité dans les services déconcentrés tels que les DDASS et DRASS.

## **2.2 Le développement actuel des démarches qualité**

Le développement actuel de la qualité dans l'administration montre une dispersion des actions et une grande hétérogénéité des motivations et des démarches. Il s'avère difficile dans ces conditions de trouver des lignes directrices communes. Pour autant, certaines raisons d'entrer dans une démarche qualité se recoupent : traversée d'une crise, volonté d'améliorer le fonctionnement de l'organisme et besoin de reconnaissance externe.

Afin d'avoir une vision plus large que la démarche conduite par la DDASS de l'Indre, il paraissait intéressant de la comparer avec d'autres démarches menées par des services déconcentrés relevant du même ministère.

### **2.2.1 Tentatives de mise en place de démarches qualité dans d'autres services déconcentrés du ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité**

Si l'apparition de démarches qualité dans le Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité est encore « timide », il est difficile de faire abstraction de leur net développement. Certaines démarches ont été acceptées et intégrées (l'expérience des

services de l'inspection régionale de la pharmacie des DRASS Bretagne-Pays de la Loire-Basse Normandie, l'expérience des services Santé-Environnement de la région Midi-Pyrénées), d'autres rencontrent des obstacles dans leur mise en œuvre (DDASS Charente). Afin de remettre la démarche de la DDASS de l'Indre dans un contexte plus large, il paraît intéressant d'observer les démarches mises en place dans d'autres DDASS ou DRASS.

A) Expérience de la DRASS Bretagne-Pays de la Loire-Basse Normandie : inspection régionale de la pharmacie

Cette expérience est originale puisqu'elle réunit les services d'inspection régionale de la pharmacie de trois autres régions.

a) *Le contexte conduisant à la mise en place d'une démarche qualité*

Au sein de la DRASS, le service de l'inspection régionale de la pharmacie (IRP) veille, sous l'autorité hiérarchique du Directeur Régional, à la qualité et à la sécurité sanitaire liée aux produits de santé, aux activités de biologie médicale et à l'exercice professionnel pharmaceutique. Les sujets traités par les pharmaciens inspecteurs de santé publique sont au cœur de situations sanitaires exposées. Une remise en cause de leurs méthodologies d'inspection par un syndicat de biologistes et l'absence de supports d'inspection proposés à l'occasion des demandes d'inspection effectuées par l'administration centrale (qui amènera les IRP à créer et utiliser leur propre support d'enquête d'où des différences d'appréciation des situations selon les régions) conduit la profession à mener une réflexion qui a abouti à la conclusion que les inspecteurs n'avaient pas de réponse collective à apporter.

b) *Le déroulement de la démarche*

Ces éléments amènent les Directeurs Régionaux à placer la qualité au centre des actions de leurs services. Ils chargent les services des IRP, volontaires, de la mise en œuvre d'une démarche de management de la qualité en référence à la norme ISO 9001 version 2000 limitée au champ de l'inspection en mai 2001. Le projet est basé sur l'engagement contractuel conclu entre les Directeurs des DRASS de Basse Normandie, de Bretagne et des Pays de la Loire. Dans la mise en œuvre de cette démarche, le déclencheur se trouve être une crise traversée par l'IRP. L'objectif de ce projet est d'homogénéiser les pratiques entre ces régions en adaptant aux missions d'inspections une organisation inter régionale compatible avec le système de management de la qualité. L'objectif est de répondre aux exigences qualités définies par les donneurs d'ordres et d'offrir aux usagers un service reconnu de même qualité que celui des partenaires dans le cadre de missions conjointes et interministérielles. La norme oblige à fonctionner par objectifs qui doivent être quantitatifs et dont on mesure l'efficacité à travers la certification. Une des difficultés traversées dans la

mise en place de la démarche est l'utilisation de l'audit interne dans chaque région par des auditeurs internes des autres régions du groupe.

c) *Les constats*

L'application en inter-régional apporte une plus-value liée à la diversité des cultures et des compétences rencontrées. De plus, répondre à ce type de normes se révèlent être déjà dans la culture des pharmaciens-inspecteurs car il s'agit de prouver son savoir-faire. La présence de référents qualité et d'auditeurs qualité apporte une garantie de la pérennité des dispositions établies dans les services. De même, l'apport d'un consultant et d'une assistante projet qualité (à plein temps) s'est révélé indispensable face à la charge de travail occasionnée par la mise en place de cette démarche. Le personnel des services de l'IRP n'a émis aucune opposition, par contre, il a fallu évacuer la notion de contrôle, de surveillance. Quant au personnel administratif de ces services, il n'est pas encore dans la démarche et se demande comment il doit se positionner. Au final, la démarche ISO 9001 appliquée aux services des IRP des régions Basse Normandie, Bretagne et Pays de la Loire, fonctionne et l'objectif est à terme d'obtenir la certification afin d'obtenir une reconnaissance officielle du système qualité.

B) L'expérience de la région Midi-Pyrénées : services Santé-Environnement

La démarche mise en place par la région Midi-Pyrénées ne concerne que les services Santé-Environnement qui sont des services techniques.

a) *Le contexte conduisant à la mise en place d'une démarche qualité*

En octobre 1995, la Direction Générale de la Santé (DGS) demandait aux services Santé-Environnement des DDASS et des DRASS d'élaborer un Programme d'Actions pluriannuel (1996-1998) en Santé-Environnement (PASE). Le Comité Technique Régional et Interdépartemental (CTRI) de la région Midi-Pyrénées a adopté, le 1<sup>er</sup> juillet 1996, le programme élaboré à partir des propositions des responsables des services Santé-Environnement et des groupes de travail associant les DDASS et la DRASS de Midi-Pyrénées. La première priorité dégagée concerne le domaine de l'eau potable et l'action développée dans le PASE consiste à mettre en place une « démarche qualité dans le domaine de l'eau destinée à la consommation humaine ». Pour mener cette action, un groupe de travail composé d'au moins un représentant de chaque DDASS et de deux représentants de la DRASS a été créé en septembre 1996. Un comité de pilotage a également été constitué afin de déterminer les orientations.

*b) Le déroulement de la démarche*

La mise en place d'une telle démarche répondait à l'exigence des consommateurs en matière de sécurité sanitaire. De même, les distributeurs d'eau, eux-même souvent engagés dans cette démarche, attendent du service qui les inspecte de la rigueur. Enfin, le contrôle s'appuie sur la réalisation d'analyses, sous-traitées à des laboratoires spécifiquement agréés.

L'objectif initial du groupe de travail a été de concevoir un système qualité adapté aux organismes d'inspection tels que les DDASS et appliqué au contrôle de la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine. Le système qualité avait ainsi pour objectif d'harmoniser les pratiques et les protocoles entre les huit départements de Midi-Pyrénées. De manière plus ambitieuse, le système qualité devait aller dans le sens d'une accréditation COFRAC (comité français d'accréditation). Le choix du référentiel va se porter sur la norme européenne NF EN 45004 intitulée « critères généraux pour le fonctionnement de différents types d'organismes procédant à l'inspection ». Les autres objectifs fixés par le groupe concernaient la formation du personnel, leur sensibilisation, la pérennité du système qualité (audits internes et externes) et la diffusion à l'échelon national de l'information sur l'expérience de la région Midi-Pyrénées.

En 1997, la première étape consiste à faire une analyse de l'existant qui a pour objectif de poser un diagnostic sur le système qualité des DDASS<sup>45</sup>. La seconde étape est la conception du système qualité et la troisième la rédaction de la documentation qualité<sup>46</sup>. De l'analyse de l'existant, il ressortira que les DDASS remplissaient bien leur mission de contrôle sanitaire mais que le contenu même de la mission est variable.

---

<sup>45</sup> Différents outils sont utilisés :

- questionnaires afin de recenser les pratiques et l'application des textes réglementaires en vigueur
- une évaluation des textes d'assurance de la qualité applicables au domaine d'étude et servant de référentiel (ISO 9004.2 et EN 45004)
- un examen des normes techniques adaptées
- une évaluation sur site

<sup>46</sup> quatre types de documents qualité :

- le manuel qualité
- les procédures
- les modes opératoires
- les formulaires permettant l'enregistrement des résultats

La DGS (qui a financé le projet) a été tenue régulièrement informée de l'avancement de la démarche. La région a tenu à valoriser la démarche à l'extérieur, volonté qui est passée par des formations et des échanges sur le sujet avec l'École Nationale de la Santé Publique (ENSP), par une série d'articles, le biais de la messagerie et l'intégralité du guide a été mis sur le réseau intranet.

c) *Les constats*

L'introduction de la démarche qualité au sein des services Santé-Environnement des DDASS de Midi-Pyrénées a rencontré quelques difficultés et n'a été possible que grâce à la mobilisation du personnel, au soutien des Directeurs de huit DDASS et de la DRASS et à la participation financière de la DGS.

Un des obstacles principaux à la mise en place de cette démarche qualité tient à un manque de moyens tant humains que financiers. En effet, certains services se trouvaient en sous-effectif et ne disposaient pas des moyens nécessaires pour effectuer le programme réglementaire dans sa totalité. De plus, la mise en place des 35 heures est venue s'ajouter à cette situation déjà malaisée. Un autre problème est lié à la complexité d'intégrer la démarche dans le fonctionnement quotidien du service car elle est considérée comme une tâche supplémentaire à réaliser en marge des fonctions habituelles. Les services Santé-Environnement ont également des difficultés à utiliser et à tenir à jour l'ensemble de la documentation qualité. Le dernier constat est le manque d'appui de l'Administration centrale dans la mise en place de la démarche qualité : aucune orientation, aucun appui méthodologique et aucun financement n'a été apporté pour la réorientation de la démarche.

En interne, les bénéfices de la démarche sont tangibles. La démarche qualité a clarifié le fonctionnement des services d'où une fiabilité accrue du contrôle. Par ailleurs, la formation dispensée au personnel concerné autour de la démarche qualité leur a permis de mieux comprendre les démarches similaires engagées par les distributeurs d'eau ou les laboratoires. La démarche a donc permis l'amélioration du fonctionnement des services au quotidien, mais aussi « une amélioration de l'image du contrôle officiel vis à vis des interlocuteurs habituels »<sup>47</sup>.

---

<sup>47</sup>Projet d'article soumis à « Acteurs magazines » le 9 octobre 1998 sur l'engagement des services Santé-Environnement de la région Midi-Pyrénées dans une démarche qualité.

Le but des services Santé-Environnement, aujourd'hui, n'est plus l'accréditation COFRAC. Différentes raisons sont en cause dont, entre autre, le fait qu'il n'y ait pas d'auditeurs techniques et pas de réflexion méthodologique de la part de la DGS sur ces démarches. De plus, l'accréditation COFRAC coûte cher et les budgets actuels de la région ne le permettent pas. Par contre, les services Santé-Environnement de la région n'ont pas abandonné la démarche et continue de travailler en fonction de référentiels, de procédures et d'amélioration continue de la qualité.

#### C) L'expérience de la DDASS Charente : service Santé-Environnement

Le service Santé-Environnement de la DDASS de Charente a voulu mettre en place une démarche qualité dans le domaine du contrôle de l'eau potable et a commencé à y travailler en 2000. En effet, les agents du service avaient constaté le manque de traçabilité de leurs actions et le fait qu'ils pourraient être mis en cause (par les usagers et les partenaires) sans pouvoir apporter les preuves de leur bonne foi.

Les agents du service ont donc tenté de mettre en œuvre une démarche qualité afin d'améliorer leur façon de travailler. Ce type de démarche permet, en effet, de clarifier le fonctionnement d'un service par le biais de documents décrivant la méthode de réalisation de chaque mission et elle amène les agents à réfléchir sur leur façon de travailler.

Le projet élaboré par le service Santé-Environnement n'a pas abouti. Cet échec s'explique, en partie, par le manque de soutien de la part de la direction. Une telle démarche nécessite une implication forte de la direction et du personnel (cette nécessité de l'implication de la direction est d'ailleurs soulignée dans les normes ISO 9000) et le manque de volonté de l'une des deux parties peut être la cause de l'échec sa mise en œuvre. En effet, ces démarches nécessitent de la part des agents un investissement important en temps et la direction peut leur reprocher de délaisser leurs missions au profit de la démarche qualité.

#### **2.2.2 Comparaison avec l'accréditation ANAES : l'hôpital de Châteauroux**

Dans le cadre de la qualité, l'accréditation des établissements de santé était en 1998 de l'ordre de l'expérience (une quarantaine d'établissements), expérience qui s'est généralisée à tous les établissements de santé puisque devenue une obligation législative. Une comparaison avec une démarche qualité instituée à une échelle plus large que celle d'un service déconcentré me paraissait intéressante. A priori, l'accréditation d'un établissement de santé n'a rien en commun avec la certification menée par une DDASS. Pourtant, il semble intéressant de comparer les deux démarches afin de constater leurs

points forts et leurs points faibles et d'en dégager des enseignements sources d'amélioration.

#### A) L'accréditation : principes et objectifs

L'accréditation concerne tous les établissements de santé publics et privés civils et potentiellement les établissements militaires. Elle s'étend également aux réseaux de soins et aux groupements de coopération sanitaire entre les établissements de santé.

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé qui est effectuée par des professionnels<sup>48</sup>, indépendants de cet établissement et de ses organismes de tutelle. Ils évaluent l'ensemble du fonctionnement de l'établissement et de ses pratiques. Cette démarche vise à promouvoir l'amélioration continue de la qualité dans les établissements de santé et à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de la prise en charge des patients sont prises en compte. L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) établit avec l'ensemble des acteurs du système de santé des référentiels, élaborés afin d'apprécier l'organisation, les procédures et les résultats en termes de gain de santé et de satisfaction du patient. L'accréditation est conduite par l'ANAES en application de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation. L'accréditation s'applique à l'établissement juridiquement et concerne simultanément l'ensemble des structures et des activités d'un établissement, en raison des interrelations existant entre elles. L'accréditation a un coût pour l'établissement de santé puisqu'il donne une contribution à l'ANAES calculée en fonction :

- du nombre de jours nécessaires pour effectuer la visite,
- du nombre d'experts- visiteurs nécessaires pour effectuer la visite,

Critères dont dépendent :

- la taille de l'établissement
- de la diversité des activités cliniques

La certification, quant-à-elle, est une procédure d'appréciation externe de la qualité, réalisée par des intervenants non professionnels du domaine d'activité dans lequel ils interviennent, permettant de s'assurer qu'un produit, un processus ou un service est conforme aux exigences spécifiées. Une différence importante est le fait qu'elle est réalisée de façon volontaire à l'instigation de l'établissement. Dans les établissements de santé, les

---

<sup>48</sup> Les experts- visiteurs sont des professionnels issus de différents métiers de la santé, expérimentés, exercés au fonctionnement des établissements de santé, formés à leur nouvelle mission par l'ANAES.

procédures de certification concernent essentiellement certains secteurs d'activité tels la restauration, le blanchissage, la stérilisation.

B) L'appropriation de la procédure d'accréditation par le centre hospitalier de Châteauroux

Le centre hospitalier de Châteauroux figure dans les établissements en avance en matière de qualité avant même l'ordonnance de 1996 sur l'accréditation.

a) *La mise en place d'une démarche qualité*

Dès 1989, l'équipe de direction a décidé de développer dans le cadre du projet d'établissement une politique qualité. L'objectif était de promouvoir l'image de marque de l'établissement en améliorant la réponse apportée aux besoins de santé de la population. L'ensemble de la démarche a commencé par une mobilisation de la direction, des médecins et de l'encadrement pour atteindre l'ensemble des personnels dans une première période qui se situe de 1989 à 1994. Le concept de « qualité totale » basé sur la méthode d'analyse et de résolution de problèmes a été retenu pour atteindre ces deux objectifs :

- prévenir les infections nosocomiales
- améliorer la performance du bloc opératoire

Une deuxième phase de la démarche d'assurance qualité durera de 1994 à 1996 (normes ISO 9002). Pendant cette période, le CH fera appel à un consultant extérieur afin de l'aider dans la mise en œuvre de la démarche.

b) *La nécessité pour les établissements de santé d'être accrédités*

Par choix institutionnel, « l'assurance qualité » devient la voie qui mènera le centre hospitalier à l'accréditation. En effet, il s'agit de développer des dispositifs spécifiquement dirigés vers l'objectif de qualité des soins et de sécurité. L'établissement se présentera et sera sélectionné comme site d'expérimentation des premières démarches officielles d'accréditation<sup>49</sup>

Avant 2000, la qualité était prise en charge par la direction des soins. Or, les experts de l'ANAES, lors de leur visite en 1999 (dans le cadre des sites d'expérimentation), ont fait remarquer que la qualité devait être rattachée à une autre direction que celle des soins puisque l'accréditation concerne l'ensemble des services. Aujourd'hui, la qualité fait partie de la direction des ressources humaines (DRH). Un bureau de la qualité avec deux agents à

---

<sup>49</sup> Quarante établissements seront sélectionnés au plan national comme site d'expérimentation

temps plein (rattaché à la DRH) a été créé en 2000. Ce bureau est amené à gérer tous les documents qualité en circulation dans l'établissement. Un système de référents qualité dans tous les services a également été institué. Ils sont les correspondants privilégiés du bureau de la qualité et de l'accréditation lorsqu'il s'agit de la mise à jour du guide des bonnes pratiques<sup>50</sup> ou de l'élaboration des évaluations. Aujourd'hui, tous les services du centre hospitalier (CH) sont sous démarche sauf deux services administratifs.

c) *Les constats*

Dans le cadre de l'accréditation, les établissements de santé doivent s'auto-évaluer. Auto-évaluation est une étape essentielle de la procédure d'accréditation qui porte sur l'ensemble des activités de l'établissement, à l'occasion de laquelle l'ensemble des professionnels de l'établissement de santé effectue leur propre évaluation de la qualité, au regard des référentiels. Le centre hospitalier de Châteauroux a fait son auto-évaluation entre septembre 2002 et février 2003. Dans le rapport, des actions d'amélioration sont proposées et il faut élaborer un programme avant la visite des experts de l'ANAES<sup>51</sup> (le rapport lui est envoyé).

De cette auto-évaluation, plusieurs constats peuvent être faits sur l'impact de l'accréditation et de la démarche qualité menée par le CH. Elle possède plusieurs atouts puisqu'elle permet de montrer aux agents comment les autres travaillent et ainsi met fin à une certaine méconnaissance des contraintes des autres services. Elle facilite la réflexion des agents sur leurs méthodes de travail, permet à la « culture » de l'écrit de s'imposer, d'avoir un regard extérieur sur l'organisation de l'établissement. Les services techniques (stérilisation, restauration, bureau de l'hygiène, services de soins...) sont plus impliqués et en avance sur ce type de démarche que les services administratifs où elle rencontre plus de réticences de la part des agents. Une des explications possibles se trouve peut-être dans le contact ou non du service avec les patients.

Des reproches et des lacunes dans la mise en œuvre de la démarche peuvent être soulignés. La procédure recommandée par l'ANAES est pour l'instant organisationnelle et ne s'attache pas aux soins (mais création de référentiels médicaux par l'ANAES est en

---

<sup>50</sup> Les services sous démarche qualité ont élaboré des guides de bonne pratique contenant les procédures liées à leur activité. Chaque guide est actualisé une ou deux fois par an par le bureau de la qualité et de l'accréditation et par les cadres des services concernés. Le bureau de la qualité établit en début de chaque année un calendrier prévisionnel des mises à jour des guides des bonnes pratiques.

<sup>51</sup> Le centre hospitalier de Châteauroux devrait avoir la visite des experts de l'ANAES en juin 2003.

« gestation » l'agence voulant intégrer l'évaluation des pratiques médicales). L'accréditation a un coût, tant humain que financier et il s'avère difficile de mesurer son ratio coût/efficacité. De plus, des réticences face à cette démarche qualité subsistent de la part d'une partie du personnel qui peut ressentir les procédures comme une tâche supplémentaire et ne pas les intégrer au quotidien. Un des points faibles pour l'instant de la « qualité » au CH est l'évaluation qui pourtant est un élément majeur de l'accréditation.

Pour que la démarche « prenne », il paraît important d'avoir un personnel dédié exclusivement à cette démarche et que les cadres et la direction s'impliquent. La méthodologie choisie a également toute son importance, ainsi que l'auto-évaluation multiprofessionnelle.

Une des interrogations de la direction du CH est de savoir si l'ensemble du personnel soignant et non soignant s'est bien approprié la démarche (le personnel est au nombre de 1500).

### **2.2.3 Bilan de ces démarches**

Dans le cadre des démarches qualité faisant l'objet d'une certification ou d'une accréditation, on retrouve des points forts et des points faibles en grande partie communes aux deux démarches.

#### **A) Les difficultés rencontrées par la mise en œuvre d'une démarche qualité**

Les démarches qualité faisant l'objet d'une certification, ou pour les établissements de santé d'une accréditation, rencontrent lors de leur mise en place le même type de difficultés malgré leurs domaines d'application différents. Une différence importante entre la certification et l'accréditation est que la première se met en place à la suite d'un choix, tandis que la seconde est obligatoire depuis l'ordonnance du 24 avril 1996.

Un des problèmes rencontrés dans le cadre de ces démarches est le passage difficile d'une communication orale à une communication écrite qui alourdit le travail au quotidien et paraît être une tâche inutile et coûteuse en temps aux agents. On trouve une résistance assez forte dans les services dits « administratifs », qui ne se retrouvent pas de manière aussi prononcée dans des services dits « techniques » (le service Santé-Environnement d'une DDASS par exemple). Cette « opposition » des services administratifs est peut-être due à l'absence de contacts directs fréquents des agents avec les usagers (au centre hospitalier, les services les plus impliqués dans la démarche sont ceux qui travaillent en contact direct avec les patients ou qui ont une activité ne permettant pas d'erreur comme le

service stérilisation) d'où un manque de visibilité de l'utilité de la démarche. Une autre explication possible est le fait que ces services traitent du « papier » quotidiennement et voient dans la mise par écrit des procédures un alourdissement excessif de leur tâche. Se greffe, également, une difficulté dans l'administration qui est l'appropriation d'une norme dans laquelle elle ne retrouve pas ses spécificités.

La mise en place des 35 heures et le manque de moyens humains et financiers sont également des obstacles qui se retrouvent dans pratiquement l'ensemble des démarches mises en œuvre dans les services déconcentrés. Une des conséquences est la difficulté d'intégrer la démarche dans le fonctionnement quotidien des services puisqu'elle est ressentie comme une lourdeur supplémentaire dans l'exécution de leurs tâches. De plus, la rotation d'un personnel, pas forcément bien informé et formé à la démarche qualité, ne facilite pas son assimilation dans les pratiques quotidiennes.

L'implication de la direction et des cadres ou chefs de services est un élément important, quant à la réussite de démarches qualité. L'implication et la motivation du personnel également. Lorsque l'une des deux « parties » ne s'investit pas, le projet a du mal à « vivre ». Le cas de la DDASS Charente en est l'exemple. Le manque d'adhésion du personnel peut-être causé par le manque de visibilité de l'intérêt de la démarche, le manque d'implication de la hiérarchie qui considère parfois que c'est une entrave à la réalisation du travail « normal » et enfin le manque de reconnaissance du travail réalisé est également une source de démotivation.

#### B) Les apports de la mise en place d'une démarche qualité

Le premier élément qui vaut autant pour l'accréditation que la certification, est le fait que sans cet « examen » (qui a lieu tous les trois ans pour la certification et tous les cinq ans pour l'accréditation) la démarche qualité ne serait pas forcément la priorité des agents dans leur travail quotidien. La perspective d'être certifié ou accrédité est donc un moteur qui « oblige » les agents à intégrer les procédures dans leur quotidien professionnel.

Ce type de démarche permet, en second lieu, de clarifier le fonctionnement des services et ainsi d'améliorer l'efficacité du travail. En effet, il faut procéder à une mise à plat des pratiques de l'établissement qui met à jour les dysfonctionnements, auxquels il faut par la suite remédier. Ensuite, l'établissement procèdera à une formalisation de l'organisation qui repose sur des pratiques existantes et confirmées. Cette amélioration en interne de l'organisation se répercute à l'extérieur, auprès des partenaires et des usagers. Elle permet aussi aux agents de réfléchir sur leur manière de travailler. Une telle réflexion devrait être

menée par les agents sans avoir besoin de l'intermédiaire de la « qualité ». Pour autant, en réalité ce n'est pas le cas parce que le personnel au quotidien accomplit ses missions sans avoir le temps de s'y « arrêter ».

Un troisième apport important est l'aspect transversal de ces démarches qui améliore la connaissance des agents sur l'activité dans les autres services. La connaissance des missions et des difficultés des autres services améliorent les relations des agents au sein de l'établissement, facilite la communication inter-services et les projets communs.

## **2.3 Réticences de l'administration face à la mise en œuvre de ces démarches malgré un contexte favorable**

Face à l'apparition de démarches qualité dans des services publics, on observe des réactions de rejet, de crainte qui s'ajoutent au problème du coût de ces démarches.

### **2.3.1 Freins culturels et économiques**

La demande d'amélioration du service rendu par l'administration aux usagers a amené un développement des démarches qualité dans les services publics. Pour autant, des freins subsistent à leur généralisation au sein de l'administration.

#### **A) Le retard de l'administration en matière de démarche qualité**

L'association des démarches qualité au secteur privé est peut-être une des explications du retard de leur développement au sein de l'administration. En effet, à ces démarches sont associées les notions d'efficacité, de performance, et de rentabilité propres au privé (des notions, qui jusqu'à peu, n'étaient pas entrées dans la culture administrative). La certification est un moyen de garantir aux clients la qualité du produit, du service et donc d'accroître les parts de marché. Ces motivations sont bien évidemment éloignées des préoccupations d'une administration, d'autant plus que le client est captif qu'elle soit efficace ou non. La DDASS de l'Indre avait motivé son choix d'une certification en avançant d'autres enjeux : être au service du citoyen, être équitable, assurer la sécurité sanitaire, un besoin de reconnaissance du travail accompli...Enjeux se révélant des moteurs puissants pour vouloir être performants. D'autant plus qu'avec la réforme de l'État, l'administration doit prouver ce qu'elle fait et comment elle le fait. Actuellement, les acteurs de la qualité dans les services de l'État semblent, malgré tout, quelque peu isolés, souffrant d'une insuffisante maîtrise de la terminologie et des concepts et de référentiels inadaptés.

Un autre obstacle au développement des démarches qualité dans les services déconcentrés tient aussi au fait qu'il n'existe pas à l'heure actuelle, d'outils permettant de

recenser et de tenir à jour un état de l'ensemble des démarches en cours dans le secteur sanitaire et social. L'Administration centrale est donc dans l'impossibilité :

- de signaler ces actions aux instances chargées de la réforme de l'État,
- de trouver des services pouvant être candidats pour des demandes de financement,
- de valoriser les agents impliqués dans des démarches qualité,
- de trouver rapidement des thèmes inédits pour ses publications,
- de procéder à une planification générale de sa politique qualité.

Le seul moyen pour le ministère d'être informé pour le moment est lorsque les services déconcentrés demandent une aide financière pour les mettre en place.

Au regard de l'expérience de la DDASS de l'Indre, l'Administration centrale n'envisage pas actuellement de demander à l'ensemble des services déconcentrés de s'engager dans une telle démarche. Le ministère ne favorise donc pas pour le moment des démarches du même type dans d'autres services déconcentrés.

#### B) Le coût d'une reconnaissance externe

La DDASS de l'Indre a évalué le coût de la démarche ISO au 30 juillet 2002 après l'obtention de la certification. Le montant s'élevait à 33 352, 12 euros (218 775,57 francs), sachant que l'audit initial de l'AFAQ ayant eu lieu en juin 2002 (qui a duré deux jours) a coûté 5562,25 euros (36 485,97 francs). L'accompagnement nécessaire à cette démarche qualité a été financé à hauteur de 10 700 euros sur les crédits de modernisation du ministère et 19 800 euros sur les crédits interministériels du FRE.

La reconnaissance externe par un organisme de certification a l'intérêt de disposer de compétences reconnues en audit de conformité par rapport à un référentiel. Pour autant, la contrepartie financière à fournir en retour n'est pas négligeable. Les services déconcentrés n'ont pas forcément les moyens de financer des démarches aussi coûteuses, à moins de trouver des financements extérieurs comme celui du FRE ou les crédits de modernisation du ministère des « Affaires Sociales ». L'administration centrale par le biais de la sous-direction de la modernisation des services apporte une aide financière, mais n'encourage pas, globalement, les services déconcentrés à se lancer dans des démarches qualité, trop coûteuses (et c'est le cas de la certification). Elle considère, en effet, que ce type de démarches n'est pas une mission du ministère.

### 2.3.2 Les limites de ces procédures

Dans la mise en œuvre des démarches qualité, qui peuvent prendre des formes différentes (certification, accréditation...), certaines limites sont similaires.

#### A) Le « poids » de l'écrit

Les démarches qualité ont pour caractéristique de privilégier l'écrit afin d'obtenir une traçabilité de l'activité des agents, du service et de l'établissement. Le problème soulevé par cette prépondérance de l'écrit vient de la lourdeur qu'il entraîne pour les agents au quotidien: la nécessité de répondre aux indicateurs posés (même s'ils ne sont pas forcément pertinents), de faire évoluer régulièrement le manuel qualité et les procédures au fur et à mesure des nouveaux textes, de devoir tout écrire... Cette formalisation est intéressante si les agents intègrent la démarche dans leur quotidien, mais si le manuel et les procédures ne sont pas réactualisés, le risque est qu'ils appliquent des procédures fausses. De plus, les procédures doivent être en accord avec la manière de travailler des agents en pratique et ne doit pas décrire comment ils devraient faire. Or, les audits effectués dans le cadre de la certification et de l'accréditation portent sur les procédures écrites par l'établissement. La conséquence est donc que l'établissement peut être audité sur des procédures inexactes, ainsi la certification ne sera pas représentative de la qualité du travail effectué dans le service déconcentré. La conformité à un tel référentiel ne garantit donc pas la qualité des résultats produits. De plus, l'établissement choisit les procédures qu'il souhaite mettre sous démarche qualité. Il peut ainsi choisir d'intégrer sous démarche toutes les procédures des services ou une partie seulement. Dans le deuxième cas, la certification ne « récompense » qu'une partie de l'activité du service déconcentré et ne donne qu'une vue partielle de la manière de travailler de l'établissement. Un autre élément important relatif au « poids » de l'écrit est d'éviter un excès de documentation qui ne ferait que paralyser le fonctionnement de l'organisation. En effet, un modèle bureaucratique lourd déresponsabilise et bride les initiatives potentielles des agents.

#### B) Nécessité d'aller jusqu'à une certification ?

Dans le milieu industriel, des experts comme JURAN (ingénieur de nationalité américaine) considèrent que la certification ne va pas toujours dans le sens de l'amélioration continue de la qualité. Plus grave, certains estiment que les entreprises ou établissements certifiés prennent du retard dans le déroulement de leur démarche qualité. Dans le cas d'un pays comme le Japon, la qualité a été et reste un moteur puissant de l'évolution industrielle

alors qu'il ne représente que 2% des certifiés au plan mondial<sup>52</sup>. L'intérêt de la certification peut ainsi être mis en doute. Le fait est que les normes ISO, si elles sont mal utilisées, comportent le risque de figer l'établissement au travers des procédures standardisées. Une lecture restrictive de ces normes est de nature à rigidifier encore les modes de fonctionnement. Toute innovation devient donc difficile et la conséquence directe est l'immobilisme.

En clair, la certification n'est donc pas une fin en soi mais le passage vers « la mise en œuvre d'un mécanisme évolutif et auto-améliorant de management de la qualité »<sup>53</sup>. Les démarches qualité ne sont que des outils pour l'amélioration des performances et d'accéder à la qualité.

### **3 ELEMENTS DE PROPOSITIONS SUSCEPTIBLES D'AMELIORER LE DEVELOPPEMENT DES DEMARCHES QUALITE DANS LES SERVICES DECONCENTRES DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL**

Les démarches qualité sont encore associées au secteur privé et leur adaptation au secteur public n'est pas encore terminée (d'où des référentiels et un vocabulaire parfois loin des réalités de travail de l'administration). Pourtant, il est évident que les démarches qualité sont une évolution inévitable pour un service public mis en cause sur son efficacité, voire son utilité.

#### **3.1 L'importance d'une réflexion sur la qualité par l'Administration Centrale**

L'Administration centrale se trouve dans une position lui permettant d'avoir une vision globale du fonctionnement des services déconcentrés. Elle paraît donc bien placée pour aider ces services à entreprendre des démarches d'amélioration et à les conseiller au regard de ce qui a pu se mettre en place ailleurs. Pour autant, en pratique, elle ne paraît pas tenir ce rôle. Elle n'a pas désigné d'interlocuteur qualité précis auprès des services déconcentrés et n'a pas mis en place une réflexion sur sa position sur la place des démarches qualité.

---

<sup>52</sup> LECLET H.-VILCOT C. *Qualité en santé : 150 questions pour agir*. Paris, Éditions AFNOR, janvier 2000, p.483.

<sup>53</sup> LECLET H.-VILCOT C. *La qualité en santé : 150 questions pour agir*. Paris, Éditions AFNOR, p.483.

### **3.1.1 Une réflexion méthodologique à envisager par l'Administration Centrale**

Les services déconcentrés ayant mis en place des démarches qualité ont, pour la plupart, regretté l'absence d'un interlocuteur privilégié en matière de qualité au sein de l'Administration centrale et souhaiteraient une réflexion plus large en la matière.

#### **A) La désignation d'un spécialiste qualité référent auprès des services déconcentrés**

Actuellement, l'Administration centrale n'a qu'une vision parcellaire des démarches qualité mises en place dans les services déconcentrés et n'est pas en capacité de donner aux établissements qui souhaiteraient mettre en place une démarche, une aide construite et réfléchie. L'Administration centrale n'apporte pas d'appui méthodologique, ni une orientation claire ou un financement sur la durée aux services déconcentrés sous « qualité ». Il s'avère même difficile d'avoir un interlocuteur « qualité ». Il paraît utile de désigner clairement un spécialiste de la qualité au niveau de l'Administration centrale qui serait l'interlocuteur privilégié des services déconcentrés (il pourrait être rattaché à la sous-direction de la modernisation des services où la qualité est déjà une préoccupation). Cette proposition ne nécessiterait pas forcément un emploi supplémentaire, mais simplement une réorganisation où un agent serait clairement désigné comme interlocuteur privilégié des services déconcentrés sur la qualité. L'intérêt de la désignation d'un agent « qualité » serait également de pouvoir recenser les démarches menées dans les services déconcentrés (ce qu'il pourra faire en étant un interlocuteur reconnu par les services).

#### **B) La nécessité d'une réflexion sur le plan national**

A l'heure actuelle, une réflexion au plan national sur la place des démarches qualité dans l'administration n'est pas encore menée. Pourtant, il serait intéressant de pouvoir comparer avec les progrès des autres ministères sur les démarches du même type (certains ministères comme le Ministère des Finances ou celui de l'Équipement sont par exemple assez avancés en matière de qualité). L'intérêt d'une telle réflexion serait de permettre aux services déconcentrés de se positionner sur ces démarches, de profiter des expériences déjà réalisées pour voir ce qui fonctionne ou pas, ce qui est transposable et bénéficier d'une aide méthodologique. Une cohérence de ces démarches au sein des services publics serait également un avantage non négligeable.

Un groupe de travail comme celui mis en place dans le cadre de la LOLF sur « la qualité dans le cadre de la nouvelle présentation des lois de finances »<sup>1</sup> serait intéressant. Il était composé de représentant du Ministère de l'Équipement ; de la Direction Générale de l'administration- bureau de la Modernisation ; de la Direction Générale de l'alimentation ; de la Direction des routes ; de la Direction du personnel, des services et de la modernisation, d'un administrateur civil ; de la Direction de l'administration de la police nationale ; de la

Direction de l'administration territoriale et des affaires politiques : de la Mission de modernisation ; de responsable qualité ; de chargés de mission...Des représentants de l'ensemble des ministères figuraient ainsi de manière active dans ce groupe. Ce type de groupes où se côtoient des représentants des ministères et des spécialistes de la qualité permettent d'avoir une vue plus large de la place des démarches qualité dans l'administration. Pour pouvoir aider au mieux les services déconcentrés dans leurs démarches, il serait intéressant d'inclure dans le groupe les responsables et agents ayant mis en place des démarches qualité dans de tels établissements afin de bénéficier de leurs expériences. L'objectif de réunir un tel groupe serait de mener une réflexion qui éclaircirait la position de l'administration quant aux démarches qualité : doivent-elles être mises en place, sous quelle forme (certification, accréditation...), élaboration ou non de référentiels propres à l'administration...

### **3.1.2 Des outils à élaborer pour recenser et tenir à jour l'ensemble des démarches qualité dans le secteur sanitaire et social**

Il n'existe pas actuellement d'outils permettant de recenser et de tenir à jour un état de l'ensemble des démarches qualité en cours dans le secteur sanitaire et social. Les démarches initiées par les services déconcentrés sont connues de l'Administration centrale lorsqu'ils font des demandes de financement.

Une bonne réponse à ce besoin pourrait consister en un extranet ou un intranet composé :

- d'une part d'une fonction d'annuaire où chaque action pourrait être codifiée en fonction de critères simples : le service, les personnes associées, les objectifs d'engagement de services ou de référencement ISO...
- d'autre part d'informations professionnelles ou conseils méthodologiques.

Un recensement des démarches mises en œuvre permettrait à l'Administration centrale d'avoir une bonne connaissance des actions engagées par les services déconcentrés. Au vu de ces informations, elle serait plus à même d'apporter une vue d'ensemble et des conseils méthodologiques aux établissements voulant mettre en œuvre une démarche qualité. Ces outils pourraient-être relayés auprès des services déconcentrés par le spécialiste qualité désigné par l'Administration centrale pour les appuyer dans leur démarche.

## **3.2 Les améliorations nécessaires lors de la mise en place d'une démarche de certification dans un service déconcentré**

Les démarches qualité apparaissent comme « nouvelles » dans l'administration mais il existait déjà dans les années 80 des contrats d'objectifs « qualité » entre l'Administration centrale et certaines DDASS avec des crédits accordés à cette fin. Ces expériences montrent que la qualité est une notion présente dans l'administration depuis quelques années. Pour autant, les formes actuelles prises par ces démarches sont étrangères au fonctionnement habituel des services publics d'où certaines difficultés lors de leur mise en œuvre. Au regard de ces difficultés, certaines améliorations ou adaptations liées aux spécificités des services déconcentrés peuvent être envisagées.

### **3.2.1 L'inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale comme moteur de la démarche**

Dans des services déconcentrés comme les DDASS et les DRASS, les responsables qualité ne sont pas forcément des IASS puisque la démarche peut concerner des services Santé-Environnement ayant pour chef de service un ingénieur d'étude sanitaire et des services Inspection de la Santé ayant pour chef de service un médecin-inspecteur en santé publique. Dans le cadre de la démarche mise en œuvre par la DDASS de l'Indre, une inspectrice a été désigné comme responsable qualité. La démarche touchant l'ensemble des services de la DDASS, le caractère généraliste des IASS a certainement influencé le choix de la Directrice lors de la désignation du responsable qualité.

#### **A) L'inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale comme responsable qualité**

L'inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale a un rôle important à jouer lors de la mise en œuvre d'une démarche qualité ainsi que pour sa pérennité, qu'il soit responsable d'un service ou désigné comme responsable qualité. La motivation de l'inspecteur par rapport à la démarche, va influencer sur celle des agents. En effet, l'encadrement à un rôle de moteur à la fois lorsque la démarche démarre et pour sa continuité dans l'établissement. Il est clair que, lorsque les responsables encadrant un service ne sont pas convaincus par la démarche, le personnel, même si il est motivé, pourra difficilement la faire « vivre ». Le contraire se vérifie également, c'est-à-dire qu'une démarche peut difficilement « réussir » sans un personnel convaincu du bénéfice de l'action. Le responsable qualité doit aussi gérer l'existence de réticences plus fortes du personnel dans les services administratifs que dans les services dits techniques.

#### **B) La nécessité de l'investissement de l'inspecteur**

Le rôle du responsable qualité vis-à-vis du personnel est de suivre les procédures en aidant les agents à les remettre à jour, à leur répéter les procédures régulièrement pour

qu'elles finissent par devenir des automatismes, à venir le plus souvent possible dans les services expliquer l'intérêt de la démarche. Le responsable doit- être en mesure de mettre en œuvre les changements affectant les autres professionnels. Il doit-être compétent et reconnu comme étant capable de conduire ce changement. Il a un rôle aussi par rapport au plan de communication puisqu'en dehors des moyens existants, la communication s'appuiera surtout sur le « charisme » du responsable de projet qui véhiculera les messages avec plus ou moins de conviction. Le responsable qualité pour s'investir complètement dans la démarche doit pouvoir bénéficier d'un temps plein lors de sa mise en œuvre. La mise en place de la démarche, c'est-à-dire pendant les deux à quatre années précédant la certification ou l'accréditation, nécessite donc un poste à part entière dédié à la qualité. Lorsque la démarche est intégrée et passée dans les automatismes de travail des agents, le responsable qualité a toujours sa raison d'être (mais plus nécessairement sur un temps plein) puisque la qualité nécessite des évolutions permanentes et que le processus n'est jamais terminé (notion d'amélioration continue de la qualité).

Les responsables qualité comme les chefs de services doivent donc s'impliquer dans la démarche, ce qui signifie entre autre, respecter eux-même les procédures. Il faut donc qu'ils intègrent (et puissent le montrer) la méthode et les outils de la démarche dans leurs propres habitudes de travail. Ils montrent ainsi l'exemple et leur conviction. Dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsque les chefs de services ne s'investissent pas, la démarche rencontrera des difficultés importantes pour être intégrée dans les automatismes de travail.

### **3.2.2 Importance de la consultation des agents lors de la mise en place de la démarche qualité**

La consultation des agents lors de la mise en place de la démarche est un élément essentiel pour faciliter leur adhésion. L'absence de consultation du personnel peut entraîner un sentiment de frustration de leur part et un refus d'appliquer la démarche. De plus, la documentation faite sans leur participation risque de ne pas être adaptée à leur façon de travailler. Il est donc particulièrement intéressant de faire participer les agents à la rédaction du manuel qualité et des procédures les concernant. La documentation n'invente pas de nouvelles manières de travailler (à moins que celles-ci soient vraiment archaïques) mais formalise ce qui existe déjà.

Pour la rédaction du manuel et des procédures, des groupes pluri-professionnels peuvent être constitués au sein de l'établissement. Ce décloisonnement des services et des professions favorise une reconnaissance du métier de l'autre et de son rôle dans la qualité globale du processus concerné. Cette amélioration de la connaissance réciproque des

services permet d'éviter une méconnaissance préjudiciable au fonctionnement global de l'établissement. En effet, au sein d'un même établissement, les services méconnaissent le plus souvent le travail effectué par les autres.

### **3.2.3 Le rôle de la pratique et de la formation initiale et continue**

Les acteurs de la qualité dans les services déconcentrés sont encore isolés (les certifications et démarches qualité plus globalement, se développent dans le paysage administratif français mais elles sont encore rares dans les services déconcentrés tels que les DDASS et DRASS) et souffrent d'une insuffisante maîtrise de la terminologie et des concepts. Il y a un important besoin de formation pour le personnel.

Le fait est, que c'est par la pratique que les professionnels se forment aux concepts et outils de la qualité. La mise en œuvre d'une telle démarche fait appel à des connaissances variées : elles concernent aussi bien des aspects quantitatifs comme la maîtrise des processus que socio-culturels comme la dynamique de groupe. L'objectif est de partager une approche avec l'ensemble du personnel en instaurant peu à peu un langage commun entre les professionnels. La qualité est, en effet, l'affaire de tous. Cependant, on observe parfois une attirance pour des méthodes beaucoup plus complexes qui deviennent l'affaire de spécialistes. La conséquence est une difficulté à communiquer autour de la démarche et le personnel peut se sentir exclu du projet. Pour autant, il faut aussi éviter l'importation de démarches qualité « clefs en mains » qui n'amèneront qu'un changement superficiel sans une réelle modification des mentalités.

Une autre difficulté est due au fait que les services déconcentrés doivent faire face à des mouvements importants de personnel et le nouveau personnel est le plus souvent formé « sur le tas » à la démarche qualité et plus ou moins bien informé sur cette démarche. Le risque est donc que les nouveaux agents prennent la qualité à la légère ou bien, qu'ils aient des difficultés à retrouver leur rôle et les éléments les concernant dans le manuel qualité et les procédures (souvent touffus). Une formation efficace et continue est une des clefs pour faciliter l'assimilation d'une démarche qualité. Il faut donc envisager des sessions de formation « qualité » régulières avec le personnel ayant des difficultés à intégrer la démarche au quotidien et les nouveaux agents. Sessions animées par le responsable qualité ou par des consultants (l'inconvénient des consultants est leur coût et il en existe peu ayant une bonne connaissance du secteur, pour autant ils apportent un regard extérieur enrichissant pour l'établissement) afin de prendre en compte les difficultés du personnel et de démontrer les mécanismes de rejet (parce que changement des habitudes de travail, alourdissement des tâches...).

### **3.2.4 L'importance d'avoir un personnel dédié à la démarche**

Un point essentiel remarqué au travers des expériences menées dans les services déconcentrés, est la nécessité de dédier un personnel uniquement pour la mise en œuvre de la démarche qualité. Il s'avère, en effet, indispensable d'avoir un référent qualité à plein temps lors de la mise en place de la démarche. Elle nécessite un travail important au début puisqu'il faut élaborer le manuel, les procédures, inculquer la philosophie de la démarche au personnel, un travail de formation important s'avère nécessaire...

L'absence de référent qualité disponible pose un réel problème dans le bon déroulement de la démarche. Le référent qualité a un rôle d'aide méthodologique, technique et entraîne une dynamique dans l'établissement. Au centre hospitalier de Châteauroux, deux agents sont sur des postes spécifiquement dédiés à la qualité et ont ainsi un rôle transversal puisque la qualité touche l'ensemble des services. L'existence de ce bureau de la qualité a permis à la démarche d'avancer plus vite car les agents apportent un soutien important aux services dans la rédaction de leur guide de bonnes pratiques, dans l'adaptation de leur guide, dans le cadre de l'auto-évaluation...

### **3.3 Propositions d'une démarche qualité instituée par le ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité**

Actuellement, un service déconcentré souhaitant mettre en place une démarche qualité peut choisir différentes voies comme la certification ou l'accréditation. L'inconvénient de ces outils est qu'ils ne sont pas élaborés pour des services publics, qu'ils nécessitent dans la majeure partie des cas de faire appel à des consultants et qu'ils paraissent encore appartenir à la culture du secteur privé.

#### **3.3.1 L'élaboration de normes génériques propres aux services publics**

Le dilemme entre reconnaissance externe ou interne se pose aux services déconcentrés. Une reconnaissance externe par un organisme de certification a l'intérêt de pouvoir disposer de compétences reconnues en audit de conformité par rapport à un référentiel. Le problème est la contrepartie financière qui s'avère non négligeable. De plus, cette reconnaissance externe est faite par des structures dont la vocation est commerciale.

Il serait possible d'envisager un système de reconnaissance interne qui garantirait une plus grande indépendance. L'avantage d'une norme interne est également d'être plus évolutive. On pourrait imaginer que l'Administration centrale puisse mettre en place un référentiel propre aux DDASS et aux DRASS par exemple. Une telle norme prendrait en compte les particularités des services déconcentrés qui ne sont pas soumis aux mêmes

exigences que des entreprises privées. Prenons le cas des enquêtes de satisfaction auprès des fournisseurs, des clients et des partenaires que la norme ISO 9001 version 2000 exige une fois par an. Ces enquêtes sont contraignantes pour les services et pour les enquêtés et les faire chaque année ne semble pas forcément utile pour l'administration. Une enquête tous les deux ou trois ans paraîtrait plus appropriée.

L'inconvénient d'une norme interne vient d'un investissement lourd et d'une mise en place plus longue puisqu'il faut acquérir les compétences nécessaires à l'adaptation du référentiel à l'activité. D'un point de vue économique, la question est de comparer les coûts entre externalisation et internalisation en matière d'adaptation du référentiel et d'audit. La fragilité de l'internalisation est la crédibilité puisqu'il faut pouvoir apporter des garanties comparables à celles apportées par les professionnels de la certification. Pour autant, l'internalisation est sur la durée, certainement, plus profitable de par un coût certainement moins élevé au final pour les services déconcentrés et par l'assurance d'avoir des référentiels et des auditeurs compétents dans le secteur audité. Concernant les auditeurs, on pourrait imaginer un système équivalent à celui de l'accréditation dans les établissements de santé<sup>54</sup> où les auditeurs seraient des professionnels du domaine qu'ils auditent et rattachés à une agence indépendante du ministère.

### **3.3.2 Une démarche couvrant l'ensemble du système**

Il apparaît souhaitable que l'ensemble du système soit « sous démarche ». En effet, pourquoi certains services déconcentrés seraient sous démarche qualité et d'autres non. Il y aurait un manque de cohérence et d'équité pour les usagers qui ne bénéficieraient pas de la même qualité de service. De même, la DDASS de l'Indre avait motivé son choix d'une certification par le fait que beaucoup de partenaires et de « clients » se mettaient eux-même « sous démarche ». Le travail en réseau et partenarial deviendrait ainsi plus efficace. En effet, les établissements travaillant ensemble pourrait se référer aux mêmes normes et la compréhension des demandes de chacun serait facilitée : ils parleraient le même langage.

Les DDASS et les DRASS ont, en effet, de plus en plus de partenaires, clients ou fournisseurs sous démarche qualité (organismes de sécurité sociale, EHPAD, conseils généraux, laboratoires d'analyse, associations...). L'Administration centrale pourrait donc au vu de cette évolution du secteur sanitaire et social « encourager » les services déconcentrés à mettre en place de telles démarches. On pourrait imaginer un système proche de celui de

---

<sup>54</sup> Cf 2.2.2 A) L'accréditation : principes et objectifs.

l'accréditation faite par l'ANAES, qui est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé évaluant l'ensemble de son fonctionnement, de ses pratiques et effectuée par des professionnels. Les établissements de santé doivent également s'auto-évaluer, procédure qui permettrait aux services déconcentrés d'évaluer eux-mêmes leur organisation et de mieux connaître l'activité des autres services. La transposition de ce système impliquerait que les services déconcentrés seraient tenus aux mêmes impératifs de qualité; que les référentiels et les auditeurs seraient communs et «gérés» par une agence type ANAES. Un autre avantage lié à un système comme l'accréditation est que les auditeurs sont des professionnels du secteur audité, ce qui n'est pas le cas dans le cadre d'une certification.

Une telle proposition rencontre des obstacles à surmonter, dont son financement. En effet, l'accréditation des établissements de santé implique une contribution de leur part à l'ANAES. Cette contribution est destinée à couvrir l'ensemble des charges variables engagées par l'ANAES pour assurer la procédure d'accréditation d'un établissement de santé. Le financement de l'agence est assuré actuellement par l'État et l'Assurance Maladie. La question qui se pose alors est de savoir qui pourrait financer une démarche qualité élargie aux services de « tutelle » du secteur sanitaire et social en dehors de l'État ? Or, les budgets accordés aux services déconcentrés sont stables ou en diminution et une démarche de cette envergure ne paraît pas être au cœur des préoccupations de l'Administration centrale actuellement (même si la qualité du service est, elle, au cœur de ses préoccupations).

Avant d'envisager une démarche type accréditation ANAES, les services déconcentrés pourraient être incités dans un premier temps à mettre en place des démarches qualité ne faisant pas forcément l'objet d'un « examen » type accréditation COFRAC ou certification. Des services déconcentrés sont déjà dans ce type de réflexion sur la qualité.

Une autre option pourrait être d'expérimenter sur quelques DDASS ou DRASS pilotes, l'accréditation type ANAES des établissements de santé adaptée aux services déconcentrés en bénéficiant du soutien logistique de l'Administration centrale.

## CONCLUSION

En partant d'une démarche qualité isolée et originale pour un service déconcentré tel que la DDASS de l'Indre et en élargissant ensuite la réflexion, je me suis aperçue que la qualité était une notion de plus en plus prise en compte dans l'administration. En effet, des démarches, certes encore peu nombreuses, se développent dans différents services de tutelle. Elles rencontrent encore des difficultés au travers des résistances du personnel au changement, des difficultés financières, des référentiels encore peu adaptés... Pour autant, les services déconcentrés sont en quelque sorte « cernés » par les démarches qualité mises en place par leurs partenaires, leurs « clients », leurs fournisseurs et ne peuvent, à terme, que s'adapter à leur nouvel environnement sous peine de perdre leur crédibilité. Les démarches qualité sont donc, à mon sens, un facteur de progrès si certaines conditions sont remplies (personnel spécifiquement dédié à la démarche, moyens financiers, investissement des responsables et des agents...).

Le citoyen moderne demande au service public d'effectuer de grandes actions mais perçoit l'État comme une « machine qui fonctionne mal »<sup>55</sup>. L'utilisateur demande à l'administration de mieux le servir et se considère face au service public comme titulaire d'un véritable droit à la qualité de service. La qualité devient ainsi, le signe concret de la considération apportée par l'État à ses citoyens. Les démarches qualité mises en œuvre dans les services déconcentrés permettent donc de les valoriser auprès des citoyens, des « clients », des partenaires et des fournisseurs. Un autre élément plaide en la faveur du développement inéluctable des démarches qualité : l'augmentation des recours contentieux contre des actes de l'administration. Ces démarches mettent notamment en avant le fait d'écrire ce que l'on fait<sup>56</sup>. Elles encouragent le passage d'une communication orale à une communication écrite, élément majeur pour prouver ce qu'on a fait et se défendre dans le cadre de recours.

Pour autant, les démarches faisant l'objet d'une certification ou d'une accréditation dans les services déconcentrés sont encore envisagées par l'Administration centrale au cas par cas. Les services voulant se lancer dans une démarche qualité le font « dans leur coin » sans bénéficier nécessairement d'une aide méthodologique et financière (sur du long terme)

---

<sup>55</sup> Rapport final au comité de pilotage de la mise en œuvre de la loi Organique relative aux lois de Finances par le groupe de travail « qualité » du réseau interministériel des modernisateurs.

<sup>56</sup> Les démarches qualité ne se limitent pas à des procédures et au fait d'écrire ce que l'on fait.

de la part des services centraux. Ce manque de réflexion sur la place des démarches qualité et la forme qu'elles peuvent prendre peut se révéler préjudiciable pour les usagers qui ne bénéficieront pas de la même qualité de service d'un établissement à un autre.

Les démarches sous certification ou accréditation ont un coût important pour les services publics et donnent à des sociétés commerciales la possibilité d'examiner leur fonctionnement. De plus, les référentiels disponibles ne sont pas toujours adaptés aux exigences de fonctionnement de l'administration. L'élaboration d'une reconnaissance interne à l'Administration centrale des démarches qualité, avec des référentiels adaptés à l'administration et des auditeurs internes, serait certainement plus intéressante à long terme pour les services déconcentrés (même s'il ne peut-être nier l'intérêt du regard extérieur qu'apporte les consultants et cabinets d'audits).

Une autre voie envisageable pour les services déconcentrés en matière de qualité, consisterait à mettre en place la démarche (le manuel, les procédures, les audits internes...) sans aller jusqu'à « l'examen » final (la certification ou l'accréditation). En effet, la démarche en elle-même est lourde mais l'est moins financièrement et humainement, si on ne va pas jusqu'à « l'examen ». Pour autant, au vu des entretiens que j'ai pu avoir et de ce que j'ai pu observer, la démarche qualité avance d'autant plus vite que le personnel et les responsables savent qu'un audit de certification ou qu'une accréditation a lieu. L'audit permet, en effet, de fixer un cadre de travail et une périodicité dans laquelle l'exécuter. Sans cette pression, les démarches se mettraient sûrement en place mais moins vite. Les agents ont des missions quotidiennes à remplir et il arrive qu'elles prennent le pas sur la démarche.

Enfin, on ne peut nier leur intérêt mais ces démarches ne sont pas l'assurance automatique d'un service bien rendu à l'utilisateur puisqu'elles ne font que poser une philosophie, des outils et des bases de travail.

---

## Sources et bibliographie

---

### Textes législatifs et réglementaires

Loi organique n°2001-692 du 1<sup>er</sup> août 2001 portant réforme de la gestion publique

Loi du 30 mars 2000 relative aux droits des citoyens avec les administrations (dite loi DCRA)

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 sur la réforme du système de soins français

Circulaire du 23 février 1989 : renouveau du service public

Circulaire du 25 janvier 1990 : création de centres de responsabilité permettant des expériences d'autonomie budgétaire en corollaire à la généralisation du contrôle de gestion

Circulaire du 18 septembre 1992 relative à la déconcentration et à la simplification des structures administratives

Décret du 13 septembre 1995 : commissariat à la réforme de l'État

Décret n°97-311 du 7 avril 1997 organisant le fonctionnement de l'ANAES

1992 : la charte des Services publics

1994 : la charte de l'accueil

Circulaire du 26 juillet 1995 : les axes prioritaires pour la réforme de l'État : réexamen des missions, des structures et des méthodes de l'État

1996 : maisons des citoyens et de services publics

Programme gouvernemental du 05/09/1995 sur les nouvelles orientations de l'État

Circulaire du 3 juin 1998 sur la préparation des programmes pluriannuels de modernisation des administrations

1998 : programmes pluriannuels de modernisation (PPM)

2000 : administration 2000

2001 : le cadre d'auto-évaluation des Fonctions Publiques (CAF)

### Documents administratifs et rapports

Compte rendu de revue de direction de la DDASS de l'Indre

Déclaration d'engagement de la direction de la DDASS de l'Indre le 28 mars 2000

Discours du ministre de la fonction publique et de la réforme de l'Etat lors de la réunion des préfets au ministère de l'intérieur le 9 novembre 2000

Enquête de satisfaction faite en 2002 DDASS de l'Indre

Enquête de satisfaction DDASS de l'Indre- exploitation faite en 2002

La fonction publique et la réforme de l'État : rapport annuel mars 1998-mars 1999

La fonction publique et la réforme de l'État : rapport d'activité mars 2000-mars 2001

*La qualité dans les services publics.* Document diffusé lors de la réunion des secrétaires généraux du 29 novembre 2002 à Paris.

Manuel qualité établi par la DDASS de l'Indre

Manuel qualité inter- régional de l'inspection régionale de la pharmacie (DRASS de Basse Normandie-DRASS de Bretagne-DRASS des Pays de la Loire). Version n°1 du 19/12/02.

Plan d'action triennal 1999-2002-DDASS de l'Indre

Procédures-DDASS de l'Indre

Rapport de l'audit à la DDASS de l'Indre réalisé par Pierre LAGUET pour le compte de l'AFAQ le 27-29/05/2002

*La qualité dans le cadre de la nouvelle présentation des lois de finances.*

Rapport final au comité de pilotage de la mise en œuvre de la Loi Organique relative aux lois de Finances par le groupe de travail « qualité » du réseau interministériel des modernisateurs.

## Articles

BERTEZENE S. « Démarche d'amélioration de la qualité : état des lieux ». *Gestions hospitalières*, novembre 2001, pp.710-721.

« La qualité ». *Économie* 36, le trimestriel économique de l'Indre. Jeudi 28 mars 2002, n°17-455.

MONIER B., DALMASSO R., BOURLIEU J.Y., GRIOTIER C. « La blanchisserie du centre hospitalier d'Avignon certifié ISO 9002. (objectifs et méthodologie) ». *Techniques hospitalière—la revue des technologies de la santé*, mars 2002, pp.51-54.

Service public n°82. Juillet-août 2001.

MOTTIS N., THEVENET M. « Accréditation et enseignement supérieur, certifier un service comme les autres ». *Gérer et comprendre. Annales des mines*, décembre 1999, p.24-33.

PAULY-ABOUBADRA S. « Labellisation et certification : pourquoi se priver d'outils de management puissants ? ». *CNEImag*, printemps 2003, pp.16-17.

PICARD M. Accréditation: évaluation ou contrôle ? . *Objectifs soins*, décembre 1999. p.4-7.

SAN JULLIAN M. « Plaidoyer pour une démarche qualité ». *Objectifs soins*, décembre 1999, pp.3-4.

## Référentiels

*Systèmes de management de la qualité—principes essentiels et vocabulaire.* Norme française en ISO 9001.Éditions AFNOR, décembre 2000

*Systèmes de management de la qualité- exigences.* Norme française en ISO 9001. Éditions AFNOR, décembre 2000

## Ouvrages

COULON M. et CRÉHIN J-F. *Garantir la qualité dans le médico-social*. St-Denis- la- plaine: Éditions AFNOR, septembre 2001. 137 p.

CRUCHANT L. *La qualité*. Que sais-je ? Vendôme : Éditions PUF, septembre 2000. 126 p.

GRANJEAN H., MIENVILLE P., SCHEIDERMANN B. *Optimiser la qualité de service dans les organismes de formation*. Saint- Denis la Plaine : AFNOR, 2001, 218 p.

LECLET H. et VILCOT C. *Qualité en santé-150 questions pour agir*. Paris : Éditions AFNOR, 2000. 483 p.

NAPOLITANO G.- LAPEYRE J.- GELINIER O. *ISO 9000 la certification des services: l'état d'esprit qualité au service gagnant*. 2<sup>e</sup> ed. Paris: Éditions d'organisation, 1997. 156 p.

## Mémoires d'élèves de l'École Nationale de la Santé Publique

ERAULT Ch. *Introduction de la démarche qualité dans les E.H.P.A.D : à propos du test en Seine St- Denis de la grille d'auto-évaluation élaborée par le ministère*. Mémoire professionnel de médecin inspecteur de la santé publique : ENSP Rennes, 2000. 79 p.+ 30 p.

BONNARD C. *La mise en œuvre de la démarche qualité dans les hôpitaux locaux du secteur Eure- Seine*. Mémoire professionnel d'inspecteur des affaires sanitaires et sociales : ENSP Rennes, 2001. 49 p.

LE NAOUR-GOUZOUGUEN M-C. *La démarche qualité dans les unités de soins de longue durée du Morbihan*. Mémoire professionnel d'inspecteur des affaires sanitaires et sociales : ENSP Rennes, 2001. 78 p.

KERBRAT Hélène. *Démarche qualité et inspection régionale de la pharmacie*. Mémoire professionnel de pharmacien inspecteur de la santé publique : ENSP Rennes, 2001. 35 p.

DAQUIN B. *La démarche qualité en IME, outil d'évolution et de changement*. Mémoire professionnel de directeur d'établissement social-enfance : ENSP Rennes, 2002. 77 p.

## Sites internet

<http://www.qualiteconstruction.com/html/demarche00.html>

(visité le 05/07/02)

<http://www.perso.wanadoo.fr/nathalie.diaz/html/dosqual.htm>

(visité le 05/07/02)

<http://www.anact.fr/publications/collections/online/qualite/q5.html>

(visité le 05/07/02)

<http://www.qualiteconstruction.com/html/demarche01.html>

(visité le 28/11/02)

[http://planete.afnor.fr/v3/iso\\_9000/indexsouhaitezinitie.htm](http://planete.afnor.fr/v3/iso_9000/indexsouhaitezinitie.htm)

(visité le 28/11/02)

[http://www.mwq.be/site/buk51/buzjx\\_art\\_qtotale.htm](http://www.mwq.be/site/buk51/buzjx_art_qtotale.htm)

(visité le 10/02/03)

<http://www.afm.asso.fr/parlement3/detail.asp?param=521>

(visité le 10/02/03)

<http://www.certifnet.com/normes/pdtsqualite.asp>

(visité le 10/02/03)

<http://www.fonction-publique.gouv.fr/reforme/cire/2000/discours.htm>

(visité le 10/02/03)

[http://www.sante-securite.travail.gouv.fr/dossiers/champs\\_normes.asp](http://www.sante-securite.travail.gouv.fr/dossiers/champs_normes.asp)

(visité le 19/02/03)

[http://www.archives.premier-ministre.gouv.fr/jospin\\_version3/fr/ie4/contenu/13817.htm](http://www.archives.premier-ministre.gouv.fr/jospin_version3/fr/ie4/contenu/13817.htm)

(visité le 19/02/03)

<http://www.innovations-services-publics.gouv.fr/b2i2.nsf/vueinternet/4295F86C03353E44>

(visité le 19/02/03)

[http://www.fonction-publique.gouv.fr/communivations/discours\\_archives/discours-2000](http://www.fonction-publique.gouv.fr/communivations/discours_archives/discours-2000) (visité le 20/02/03)

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : liste des personnes rencontrées

Annexe 2 : grille d'entretien

Annexe 3 : la roue de DEMING

Annexe 4 : le cadre d'action opérationnel de la méthode DEMING

Annexe 5 : l'histoire des normes ISO 9000

Annexe 6 : les normes ISO dites fondamentales

Annexe 7 : les chapitres des normes ISO 9001-2-3 : maîtrise du système qualité et maîtrise du métier

Annexe 8 : la trilogie de la qualité selon JURAN

Annexe 9 : processus de certification

Annexe 10 : liste des procédures du service Santé- Environnement de la DDASS de l'Indre

Annexe 11 : liste des procédures du service organisation sanitaire et gérontologique de la DDASS de l'Indre

## **ANNEXE 1**

### **Liste des personnes rencontrées**

AUDOLANT Frédéric, service santé environnement

BALLAIS Ghislaine, comptabilité, service administration générale

BAUDINAT Claire, ingénieur du génie sanitaire, DDASS de Midi-Pyrénées

BLANCHARD Didier, service santé environnement

BONNAUD Sylvie, service santé environnement

BOURRY Mauricette, personnel, service administration générale

CHARLES LUC, pharmacien- inspecteur, DRASS Ille-et-Vilaine

COINDEAU Sébastien, adjoint technique, restauration, centre hospitalier de Châteauroux

COMBES Aline, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, responsable qualité DDASS de l'Indre 1999-2002, DDASS de Nîmes

DECREUX Chantal, infirmière hygiéniste, centre hospitalier de Châteauroux

DELANNE Jacqueline, adjoint des cadres, bureau de la qualité et de l'accréditation, centre hospitalier de Châteauroux

DHOSPITAL Marie- Claude, comptabilité, service administration générale, auditrice interne

DUCASSE Jacqueline, service des établissements et services médico- sociaux

HÉBRARD Patrice, directeur- adjoint du service ressources des ressources humaines et de la qualité du centre hospitalier de Châteauroux

JOYAUX Philippe, adjoint des cadres, bureau d'accueil du public, centre hospitalier de Châteauroux

KORALWSKI, consultant AFAQ

LESUEUR Maryse, directrice de la DDASS de l'Indre

LODIEU François, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, service organisation sanitaire et gérontologique

PARKER Rémy, ingénieur du génie sanitaire, service santé environnement

POIVERT Nathalie, personnel, service administration générale

RAYNARD Hélène, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, service des établissements et services médico- sociaux

Dr ROUSSEL Patrice, enseignant au Département Management Audit et Techniques de gestion des Institutions Sanitaires et Sociales

THOMAS Ingrid, adjoint des cadres, bureau de la qualité et de l'accréditation, centre hospitalier de Châteauroux

VARAGNE Dominique, adjointe à la sous-directrice, chef de la mission prospective et de la modernisation

ZIMMERMANN Sylvie, infirmière de bloc opératoire, stérilisation centrale, centre hospitalier de Châteauroux

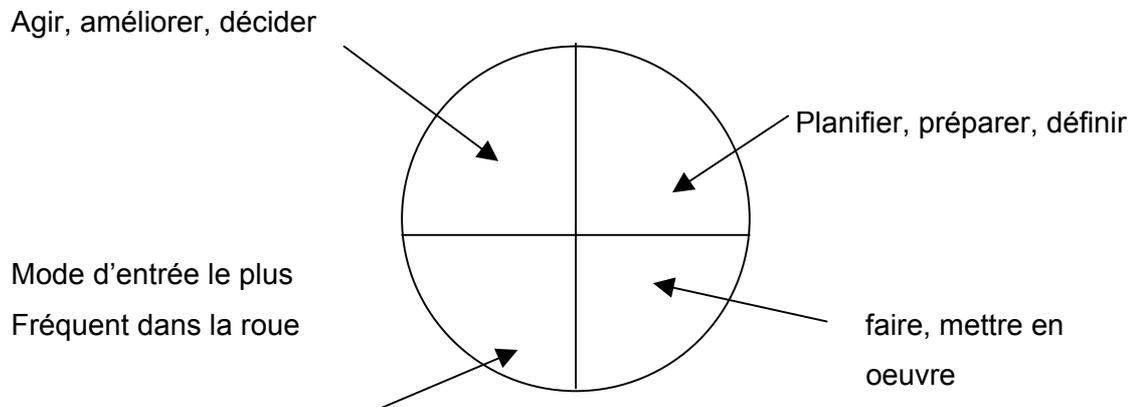
## **ANNEXE 2**

### **Grille d'entretien**

- Pourquoi mettre en place une démarche qualité ? (question à destination des responsables de projet).
- Quel a été le déroulement de la démarche qualité mise en place à la DDASS de l'Indre, les conditions ? (question posée auprès du personnel).
- Quelles sont les conditions de reproductibilité de la démarche ?
- Comment faciliter sa mise en place et sa pérennité ?
- La taille de la structure a-t-elle un impact important ?
- La structure encourage-t-elle l'implication du personnel dans la mise en œuvre des actions menées ?
- La structure a-t-elle évalué la contribution de la démarche qualité sur leurs résultats obtenus au cours de l'année, et comment ?
- La structure a-t-elle évalué la contribution de la démarche qualité sur l'impact externe en termes de notoriété et d'amélioration d'image, comment ?
- Quelle est l'influence de l'Europe sur le développement des démarches qualité ?
- Impact de la remise en cause et de la réforme de l'État ?
- Raisons du retard de l'Administration en matière de qualité ?
- Position des syndicats et des représentants du personnel sur ces démarches ?. (question posée auprès des responsables de projet et des agents sous démarche)
- Qu'apporte la certification à l'établissement ?
- Avec ISO, la forme ne l'emporte t-elle pas sur le fond ?
- Quelle est la position du ministère sur l'implantation de ces démarches dans les services déconcentrés ?
- La démarche de la DDASS de l'Indre n'est pas encouragée par l'administration centrale pour être généralisée, quelles en sont les raisons ?

## **ANNEXE 3**

### **La roue de DEMING**



Vérifier, analyser, contrôler, évaluer

### **Les sept obstacles majeurs à l'amélioration de la qualité selon DEMING**

1. L'absence d'orientation cohérente
2. L'obsession des résultats à court terme
3. L'évaluation personnelle
4. La mobilité des cadres
5. N'utiliser que des mesures visibles
6. Les coûts médicaux excessifs liés au travail Le coût excessif de la responsabilité
7. Le coût excessif de la responsabilité

source : SCHULTZ L., *Qualité. Les grands courants et les hommes*, AFNOR, Paris, 1997

## **ANNEXE 4**

### **Le cadre d'action opérationnel de la méthode DEMING**

1. Définir une orientation cohérente, tendant à améliorer le produit et le service afin d'être compétitif, de survivre et de garantir l'emploi
2. Adopter la nouvelle philosophie. Nous sommes dans une nouvelle ère économique et les entreprises doivent relever le défi, assumer leurs responsabilités et donner l'exemple du changement.
3. Ne plus dépendre de l'inspection pour obtenir la qualité. Eliminer la nécessité d'une inspection globale en intégrant la qualité dans le produit dès sa conception
4. Les décisions d'achat ne peuvent plus être prises en fonction du seul critère de prix. L'objectif est de réduire au minimum le coût total, en traitant avec un fournisseur unique par article, dans le cadre d'une relation durable, basée sur la loyauté et la confiance.
5. L'amélioration du système de production et des services doit être continue pour améliorer la qualité et la productivité, et réduire régulièrement les coûts.
6. La formation doit être intégrée au travail.
- 7 Il faut diriger l'amélioration permanente. Le but est d'améliorer la qualité du travail et des machines. Dans ce domaine, le rôle des dirigeants, comme celui des employés, doit être revu.
- 8 Eliminer la peur afin que tout le monde travaille efficacement pour l'entreprise.
- 9 Les dirigeants doivent abattre les barrières entre les services. Les employés de la recherche, du bureau d'études, des ventes et de la production doivent travailler en équipe, afin d'anticiper et de résoudre les problèmes de fabrication et d'utilisation d'un produit ou d'un service.
10. Remplacer par l'amélioration permanente les objectifs fixés arbitraires, les affiches et les slogans qui cherchent à accroître la productivité sans proposer aucune méthode.
11. Replacer par l'amélioration permanente le management par les chiffres.
12. Promouvoir la fierté du travail bien fait.
13. Mettre en place un programme dynamique de formation et d'amélioration personnelle.
13. Créer la structure de l'amélioration permanente, chacun devant participer

Source : SCHULTZ L., *Qualité. Les grands courants et les hommes*, AFNOR, Paris, 1997

## **ANNEXE 5**

### **L'histoire des normes ISO 9000**

- 1946 Création à Genève de l'*International Organization for Standardization*<sup>57</sup> pour le développement de standards communs dans les domaines des industries manufacturières, du commerce et des communications
- 1979 Création du *Comité technique 176* « management et assurance de la qualité »
- 1987 Diffusion de la première série de normes ISO 9000 pour la gestion des systèmes qualité (9001, 9002, 9003 et 9004) après un consensus de 40 pays, adoption rapide par les industries manufacturières
- 1990 Initiation de la révision des normes ISO 9000 révisées : meilleure cohérence et clarté, meilleure orientation vers le client, démonstration des aptitudes du fournisseur avec évaluation par des entités externes, ajout d'exigences supplémentaires (revue de contrat, validation de la conception), distinction des actions préventives et curatives
- 1996 Définition du cahier des charges des futures normes ISO 9000 : les adapter aux produits matériels, logiciels, intellectuels, ou issus de processus continue, les rendre plus simple de lecture et d'utilisation, les rendre compatibles avec d'autres normes de management type ISO 14000<sup>58</sup>, les orienter vers la satisfaction du client, renforcer la cohérence Assurance de qualité/ Management de la qualité, définir un lien logique entre les processus de l'entreprise et son système qualité
- 1998 Premier projet couplant une seule norme d'exigence ISO 9001 (« doit ») (replaçant les normes ISO 9001, 9002 et 9003) et une norme ISO 9004 (« il convient ») favorisant le passage de l'assurance de qualité vers la qualité totale et le modèle qu'en proposent les prix qualité (publication prévue à la mi-2000)

---

<sup>57</sup> L'ISO comprend actuellement 92 pays membres et environ 180 comités techniques chargés de la rédaction de standards à partir des attentes indiquées par les gouvernements, les industriels ou autres parties intéressées.

<sup>58</sup> Normes pour le management de l'environnement.

## **ANNEXE 6**

### **Les normes ISO dites fondamentales**

<b>Normes</b>	<b>Contenu</b>
ISO 9000-1	Lignes directrices pour la sélection et l'utilisation des normes de la famille ISO 9000 relatives au management de la qualité et de l'assurance qualité
ISO 9004-1	Management de la qualité au sein de l'entreprise
ISO 9004-2	Lignes directrices pour la gestion de la qualité et éléments du système qualité pour les services
ISO 9001	Systèmes qualité : modèle pour l'assurance de la qualité en conception, développement, production, installation et prestations associées
ISO 9002	Système qualité : modèle pour l'assurance de la qualité en production, installation et prestations associées <sup>59</sup>
ISO 9003	Système qualité : modèle pour l'assurance de la qualité en contrôle et essais finals (cf. note de bas de page)

---

<sup>59</sup> accompagné du guide d'application des normes ISO 9001/2/3 (norme ISO 9000-2).

## **ANNEXE 7**

### **Les chapitres des normes ISO 9001-2-3 : maîtrise du système qualité et maîtrise du métier**

#### **Chapitres relatifs au système qualité**

1. Responsabilité de la direction
2. Système qualité
5. Maîtrise des documents
8. Identification et traçabilité
14. Maîtrise du produit non conforme
15. Actions correctives
16. Enregistrements relatifs à la qualité
17. Audits qualité internes
18. Formation
19. techniques statistiques

#### **Chapitres relatifs au métier**

3. Revue de contrat
4. Maîtrise de la conception
6. Achats
9. Maîtrise des processus
10. Contrôle et essais
11. Maîtrise d'équipements de contrôle, de mesure et d'essai
12. Etat des contrôles et essais
16. Manutention, stockage, conditionnement, préservation et livraison
19. Prestations associées

Source : FOURCADE A. et coll., *La démarche qualité dans un établissement de santé*, Doin éditeurs, 1997

## **ANNEXE 8**

### **La trilogie de la qualité selon JURAN**

#### **1. Panifier la qualité**

- 1) définir des objectifs qualité, 2) identifier les clients et déterminer leurs besoins, 3) définir les caractéristiques du produit, 4) définir les caractéristiques des processus, 5) créer des systèmes de contrôle de processus et les rendre opérationnels

#### **2. Améliore la qualité**

- 1) par la structure d'amélioration, 2) le projet d'amélioration, 3) l'équipe pour chaque projet, 4) les ressources nécessaires aux équipes pour permettre l'identification des causes, la mise en œuvre de solutions, l'établissement de points de contrôle afin de pérenniser les progrès

#### **3. Contrôler la qualité**

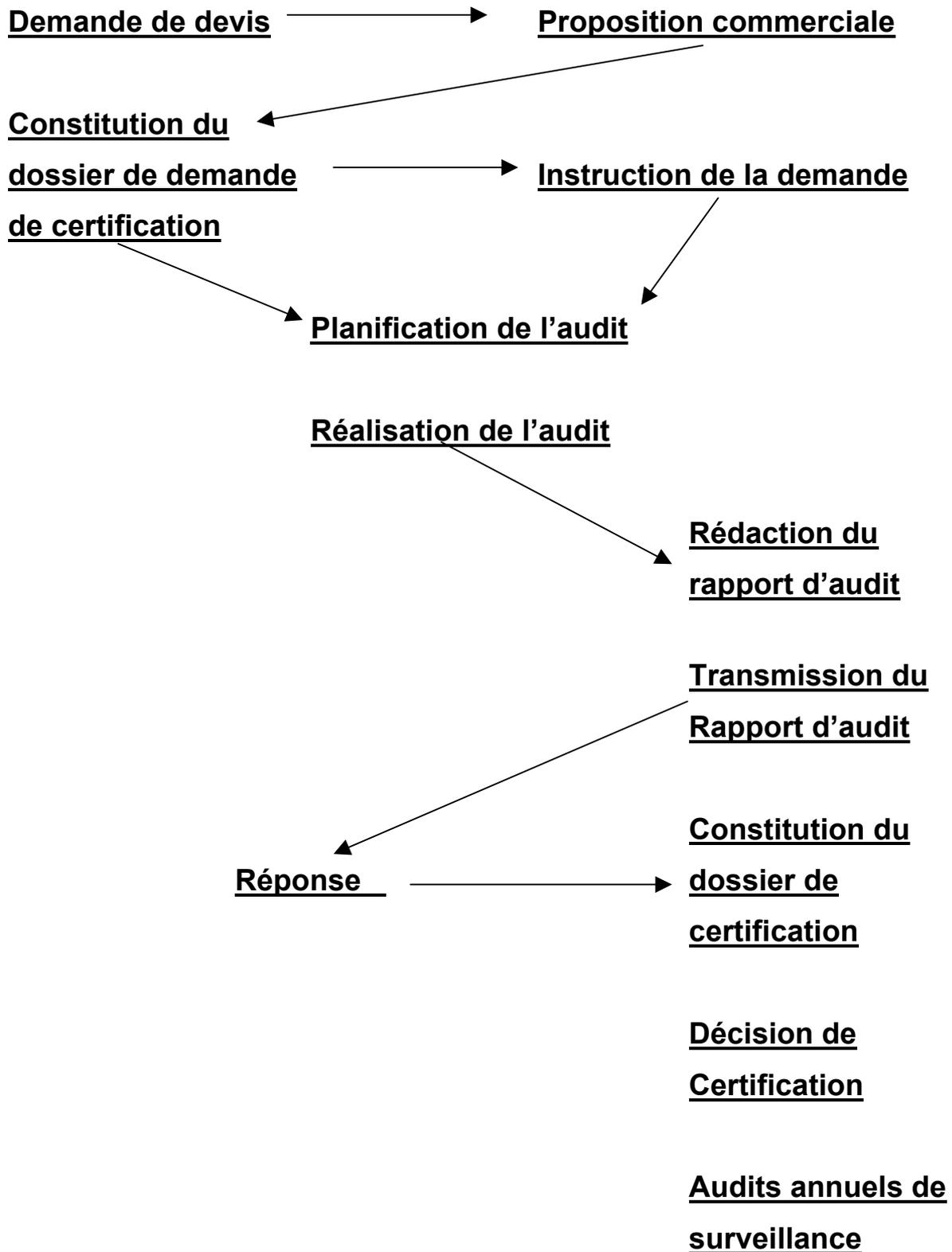
- 1) en évaluant la performance qualité réelle, 2) en mesurant la performance, 3) en supprimant les écarts, en particulier dans le cadre de l'autocontrôle

Source : SCHULTZ L., *Qualité. Les grands courants et les hommes*, AFNOR, Paris, 1997

## ANNEXE 9

### Processus de certification

#### Mise en conformité



## **ANNEXE 10**

### **Liste des procédures du service Santé- Environnement de la DDASS de l'Indre<sup>60</sup>**

- Métrologie : dispositions internes à la DDASS prises pour assurer le contrôle des matériels de mesure et la validité des résultats des mesures effectuées (P050-1).
- Courrier : traitement du courrier « arrivé et départ » au service Santé Environnement ainsi que sa distribution à chacun des agents au sein du service (P050-2).
- Programmation : circuit d'élaboration du programme de contrôle sanitaire des eaux destinées à l'alimentation humaine (P051-CS-1).
- Programmation : liste de la réglementation applicable à la procédure P051-CS-1 (fiche-regl-P051-CS-1).
- Campagne de prélèvements : étapes de la réalisation d'une campagne de prélèvements (P051-CS-2).
- Campagne de prélèvements : liste de la réglementation applicable à la procédure P051-CS-2).
- Création des tournées de prélèvements : préparation des tournées de prélèvements (P051-CS-2-1).
- Réalisation des tournées de prélèvements : déroulement d'une tournée de prélèvements (P051-CS-2-2).
- Réalisation des prélèvements : principes de réalisation d'un prélèvement d'eau destinée à la consommation humaine (P051-CS-2-2-1)
- Réception et traitement des résultats : traitement des résultats reçus en laboratoire (P051-CS-2-3).
- Réception des résultats non conformes ou inhabituels : règles d'action en cas de réception de résultats dépassant les seuils d'alerte sanitaire ou environnementale (P051-CS-3).
- Mise en place des périmètres de protection des captages d'eau potable : définit la procédure de mise en place des périmètres de protection des captages d'eau potable (P051-PPC-1).
- Mise en place des périmètres de protection des captages d'eau potable : liste de la réglementation applicable à la procédure P051-PPC-1).

---

<sup>60</sup>Source :procédures qualité de la DDASS de l'Indre.

- Valorisation agricole de boues soumise à déclaration : étapes d'une instruction administrative d'un dossier d'épandage de boues de station d'épuration soumis à déclaration préfectorale (P053-BOUES-1).
- Valorisation agricole de boues soumise à déclaration : liste de la réglementation applicable dans le cadre de la procédure P053-BOUES-1).
- Valorisation agricole de boues soumises à autorisation préfectorale après enquête publique : étapes d'une instruction administrative d'un dossier d'épandage de boues de station d'épuration soumis à autorisation préfectorale (P053-BOUES-2).
- Valorisation agricole de boues soumises à autorisation préfectorale après enquête publique : liste de la réglementation applicable dans le cadre de la procédure P053-BOUES-2 (fiche-regl-P053-BOUES-2).
- Valorisation agricole de boues soumises à autorisation préfectorale-Arrêté complémentaire d'extension : étapes d'une instruction administrative d'une extension peu importante d'un plan d'épandage de boues de station d'épuration initialement soumis à autorisation préfectorale (P053-BOUES-3)
- Valorisation agricole de boues soumises à autorisation préfectorale-Arrêté complémentaire d'extension : liste de la réglementation applicable dans le cadre de la procédure P053-boues-3 (fiche-regl-P053-BOUES-3).
- Valorisation agricole de boues soumises à autorisation préfectorale-Arrêté préfectoral temporaire : étapes d'une instruction administrative d'une activité temporaire d'épandage de boue de station d'épuration urbaine en principe soumise à autorisation préfectorale (P053-BOUES-4).
- Valorisation agricole de boues soumises à autorisation préfectorale-Arrêté préfectoral temporaire : liste de la réglementation applicable dans le cadre de la procédure P053-BOUES-3 (fiche-regl-P053-BOUES-4).
- PLU- carte communale : modalités d'intervention de la DDASS dans l'élaboration et la validation des documents d'urbanisme que sont les cartes communales et plans locaux d'urbanisme (P055-1)
- CU- PC- DT -Autorisation de lotir : instruction des dossiers de demande de certificat d'urbanisme (CU), de permis de construire (PC), de déclaration de travaux (DT) et d'autorisations de lotir soumis à la DDASS (P055-2).
- Traitement d'une plainte liée à une activité : traitement des plaintes qui relèvent d'une activité professionnelle ou autre (P057-PLTE)
- Vérification réglementaire des matériels sonométriques : vérification réglementaire des matériels sonométriques utilisés dans le cadre des activités de lutte contre le bruit de la DDASS (P057-SONO).

- Liste de la réglementation applicable à la procédure P057-SONO (fiche-regl-P057-SONO).
- Conseil Départemental d'Hygiène-arrêté préfectoral – composition des membres : modalités relatives au renouvellement de la désignation des membres siégeant au CDH (P058-1).
- Conseil Départemental d'Hygiène-Réunion : fonctionnement du Conseil Départemental d'Hygiène dont le secrétariat est assuré par le service Santé Environnement (P058-2).

## **ANNEXE 11**

### **Liste des procédures du service organisation sanitaire et gérontologique de la DDASS de l'Indre<sup>61</sup>**

- La planification : généralités, traitements des dossiers CROSS, projets d'établissements, contrats d'objectifs, conventions de coopération, création d'œuvres sociales par les mutuelles (P061).
- Liste des procédures applicable à la procédure P061 (fich-regl-P061).
- Organisation des conférences sanitaires de secteur : organisation et gestion des Conférences Sanitaires de Secteurs (P061-1).
- Allocation de ressources et campagne budgétaire des établissements de santé : cette procédure détaille le déroulement et les modalités de traitement de la campagne budgétaire des établissements de santé (P062-1).
- Allocation de ressources et campagne budgétaire des établissements et services pour personnes âgées : cette procédure détaille le déroulement et les modalités de traitement des campagnes budgétaires des établissements et services pour personnes âgées (P062-2).
- Gestion des nominations et carrières des praticiens hospitaliers : modalités et circuits de traitement des nominations des praticiens hospitaliers titulaires ou provisoires (P063-1).
- Notation et évaluation des directeurs d'établissements publics : modalités et circuits de traitement des notations des directeurs des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux (P063-2).
- Liste de la réglementation applicable à la procédure P063-2 (fiche-regl-P063-2).
- Attribution des primes de service et indemnités de responsabilité des directeurs d'établissements publics : modalités de calcul et circuit de traitement des primes attribuées aux directeurs d'établissements publics (P063-3).
- Liste de la réglementation applicable à la procédure P063-3 (fiche-regl-P063-3).
- Organisation des élections aux Commissions Administratives Paritaires Départementales : modalités et circuits de traitement de l'organisation des élections en vue du renouvellement des CAPD de la fonction publique hospitalière (P063-4).
- Organisation des séances des Commissions Administratives Paritaires départementales : modalités et circuits de traitement de l'organisation des séances des CAPD de la fonction publique hospitalière (P063-5).

---

<sup>61</sup> Source : procédures qualité de la DDASS de l'Indre.

- Mutualisation des Crédits d'heures syndicales : modalités et circuits de traitement de la mutualisation des heures syndicales non utilisées dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière (P063-6).
- Liste de la réglementation applicable à la procédure P063-6 (fiche-regl-P063-6).
- Suppléance des médecins et des pharmaciens des établissements publics de santé : modalités et circuits de traitement des nominations des suppléants des médecins ou des pharmaciens dans les établissements de santé (P063-7).
- Contrôle administratif des établissements publics : modalités du contrôle sur les décisions et délibérations des établissements publics sanitaires et médico-sociaux (P064).