

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2002 –

**LA QUALITE DANS LES ETABLISSEMENTS ET
SERVICES MEDICO SOCIAUX :
OUTILS ET MANAGEMENT**

– groupe n° 10 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 11 élèves en formation initiale

Animateurs

– Joël Clément

– René Clouet

– Bernard Lucas

Sommaire

<i>Liste des principaux sigles utilisés</i>	1
<i>Préambule</i>	2
1 Introduction	3
2 Approche conceptuelle	4
2.1 Des concepts	4
2.1.1 Quelques définitions en rapport avec la notion de qualité.....	4
2.1.2 Les concepts en rapport avec la notion de management	6
2.1.3 le management de la qualité.....	8
2.2 Les avatars de la notion de qualité dans le secteur social et médico- social :	8
2.2.1 Historique.....	8
2.2.2 Des outils d'évaluation	12
3 Enquête sur le terrain dans le cadre du MIP N° 10	16
3.1 Présentation de la synthèse des entretiens	16
3.1.1 Présentation des établissements et des personnes	16
3.1.2 Analyse des entretiens	18
3.1.3 Traitement du questionnaire.....	22
3.1.4 Synthèse : confrontation des entretiens auprès du personnel d'encadrement avec les réponses des agents aux questionnaires	32
4 Propositions du management de la qualité	34
4.1 Rôle des administrateurs et /ou financeurs	34
4.2 Rôle des directeurs d'établissement	34
4.3 Une vision du management des équipes sur le terrain : « ethno-management »	35
<i>Conclusion</i>	36
<i>Bibliographie</i>	37

LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES UTILISES

ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en soins

ANCREAI : association nationale des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence
inadaptées

ANGELIQUE : application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de la
qualité pour les usagers des établissements

CASF : code de l'action sociale et des familles

CREAI : centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FNG : fondation nationale de gérontologie

HAD : hospitalisation à domicile

MAP : modèle d'accompagnement personnalisé

MECS : maison d'enfants à caractère social

ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie

PASS : programme d'analyse des systèmes de services

SESSAD : service d'éducation spécialisée et de soins à domicile

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

MAS : maison d'accueil spécialisée

CEDIS : comité européen pour le développement de l'intégration sociale

IDE : infirmier (ère) diplômé (e) d'état

AS : aide soignant (e)

AMP : aide médico psychologique

ASH : agent des services hospitaliers

PREAMBULE

Le module interprofessionnel a pour objectif de :

- ↪ permettre à des professionnels de formation différente de travailler ensemble
- ↪ faciliter la collaboration future
- ↪ enrichir l'approche d'un thème commun par une vision pluridisciplinaire
- ↪ réfléchir et travailler ensemble
- ↪ créer un réseau sans cloisonnement professionnel.

Rappel des consignes

Notre problématique :

La loi rénovant l'action sociale et médico-sociale oriente l'ensemble du secteur vers la qualité. Depuis leur création récente, les EHPAD bénéficient avec ANGELIQUE d'une approche qualité relativement détaillée.

Les autres établissements ne possèdent pas encore à ce jour un outil comparable, reconnu au niveau national. Toutefois de nombreux établissements expérimentent les méthodes qui leur paraissent les plus appropriées pour parvenir à cet objectif.

Cependant, la qualité n'est pas la résultante mécanique d'une méthode à appliquer, qu'elle soit reconnue ou en expérimentation. Le résultat dépend également du mode de management utilisé.

Dans le contexte des établissements sociaux et médico-sociaux, quelle est la part de ce rôle ? Quelles sont les composantes de cette fonction qui favorisent l'efficacité de la méthode ?

Les missions du groupe :

- ↪ repérer et analyser les textes et la littérature concernant ce thème
- ↪ identifier les méthodes de la démarche qualité dans quatre établissements sociaux et médico-sociaux
- ↪ rendre compte de la manière dont les professionnels s'approprient ces méthodes
- ↪ repérer les modes de management utilisés dans ces démarches pour l'élaboration de la politique institutionnelle de la qualité et sa mise en œuvre.

1 INTRODUCTION

La composition de notre groupe de travail est pluridisciplinaire.

Différentes filières sont représentées : inspecteur des affaires sanitaires et sociales, pharmacien inspecteur de santé publique, directeur d'hôpital, directeur des soins, directeur d'établissement social et médico-social, directeur d'établissement sanitaire et social.

Le profil du groupe est hétérogène. Certains sont issus du secteur professionnel, d'autres proviennent du milieu universitaire.

Notre motivation :

Le développement de la qualité est aujourd'hui un enjeu majeur pour les professionnels que nous sommes. Persuadés que la qualité est depuis longtemps intégrée dans la pratique quotidienne des professionnels, sa nécessaire formalisation devient une obligation réglementaire.

La connaissance et l'appropriation des outils ne peut se faire sans une réflexion commune sur les modes de management.

Reformulation de la problématique :

Si des établissements bénéficient d'une approche qualitative plus ou moins détaillée, il n'en est pas de même pour tous. Dans un contexte légal et réglementaire qui tient compte des limites au regard d'une pression de la demande sociale, l'appropriation des outils est en grande partie conditionnée par le mode de management institutionnel.

Méthodologie de travail :

L'hypothèse de travail et les règles de fonctionnement du groupe ont été validées par l'ensemble des participants.

Les tâches ont été réparties sur trois sous groupe pluridisciplinaires, chaque apport a été validé par l'ensemble, et la rédaction du document a été collective.

Les limites du travail :

Le temps imparti nous a contraint à restreindre l'enquête à 10 entretiens et 14 questionnaires, sur 4 établissements compte tenu de la consigne.

La visite de ces 4 établissements ne constitue pas en soi un échantillon représentatif de la démarche qualité dans le vaste secteur social et médico social.

Le choix du groupe s'est orienté sur des établissements, et non pas sur des services médico sociaux tels que SSIAD, SESSAD, HAD...

2 APPROCHE CONCEPTUELLE

Cette approche concerne les différentes terminologies utilisées dans le cadre de ce travail. Les débats ayant tourné autour de ces notions, il nous est apparu indispensable de les préciser au travers de définitions.

2.1 Des concepts

2.1.1 Quelques définitions en rapport avec la notion de qualité

La Qualité est une capacité à satisfaire les besoins exprimés et implicites de l'utilisateur en vue de maintenir sa santé, son autonomie, sa dignité d'être humain. Elle recouvre plusieurs notions comme l'efficacité, la fiabilité, l'utilité, la sécurité, l'accessibilité géographique, économique et culturelle.

La Démarche qualité définit à la fois une intention (l'amélioration de l'état de santé, de l'autonomie sociale,...) et une méthode prédéfinie pour l'atteindre.

Elle interroge l'institution dans son ensemble, implique des changements organisationnels (implication des usagers, démarche managériale, objectifs fondamentaux communs,...).

L' Audit qualité est un examen méthodique et indépendant en vue de déterminer si les activités et résultats relatifs à la qualité satisfont aux dispositions préétablies.

La Planification de la qualité est une "activité qui détermine les objectifs et les exigences pour la mise en œuvre d'éléments du système qualité." (iso 8402).

Le "Plan qualité" est un document énonçant les pratiques, les moyens et la séquence des activités liées à la qualité spécifique à un produit, contrat ou projet particulier.

L' Assurance qualité représente l' ensemble des activités préétablies et systématiques mises en œuvre dans le cadre du système qualité, afin de garantir aux usagers du respect permanent des caractéristiques du service rendu.

L'Evaluation vise à apprécier de façon objective les faits et à les comparer aux attentes grâce à un référentiel préétabli.

L'évaluation comporte quatre étapes : Le « stade descriptif », (état des lieux quantitatif et qualitatif de la situation), le « stade analytique » (on fait le point des objectifs qui étaient attendus), « la phase interprétative » (on compare la situation observée à celle qui était souhaitée), et enfin, les propositions concrètes d'amélioration, en vue d'une aide à la décision.

La Certification est une démarche volontaire ayant pour objet d'attester au moyen d'un certificat délivré par un organisme tiers, compétent et indépendant, la conformité d'un service, du personnel, du système qualité de l'établissement à un référentiel préétabli... Il existe plusieurs types de certification : produits industriels et services, personnel, entreprises,...

Les Référentiels sont des documents élaborés par des professionnels, usagers, et experts, décrivant une pratique optimale par rapport à l'état actuel des connaissances. Ils doivent être mesurables par des **indicateurs** prédéfinis, objectifs, complets, simples à utiliser.

Ils reposent à la fois sur l'évaluation des besoins de l'utilisateur, sa demande, et sur le respect de la norme, du règlement.

Ils visent trois types d'évaluation :

- ↳ L'évaluation des structures de l'organisation sanitaire et sociale (processus de fonctionnement, moyens matériels et humains consacrés à l'utilisateur, système d'information,...).
- ↳ L'évaluation des pratiques professionnelles (évaluer les examens cliniques, les diagnostics sur le handicap et la dépendance, le suivi des personnes,...)
- ↳ L'évaluation des résultats : mesure des changements induits chez l'utilisateur en terme de santé, de qualité de vie, de satisfaction,...

L' Auto-évaluation est une démarche essentielle pour une amélioration continue de la qualité, elle permet d'interroger les "pratiques de routine", leur pertinence, leur efficacité. C'est donc une pratique d'analyse critique avec plusieurs méthodes: ces activités sont mesurées à des activités de même nature, (deux services éducatifs, par exemple), ou aux attentes et besoins des usagers, ou à un modèle de référence de portée descriptive ou normative (ANAES), ou de comparer ce qui est fait en regard de ce qui est préconisé . L'auto-évaluation débouche sur la formulation d'un tableau des forces et faiblesses à partir desquelles un P.A.Q. est formulé.

Les P.A.Q. (Plans d'Action et d'amélioration de la Qualité), sont des propositions claires et opératoires en vue de l'amélioration des activités et processus.

L'Accréditation (pour les établissements de santé, référence : ANAES) est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements de santé.

La Norme représente des exigences à respecter.

La Norme "ISO" correspond à un document établi par consensus qui fournit pour des usages communs et répétés des lignes directrices et caractéristiques pour des activités ou résultats garantissant un niveau d'ordre optimal dans un contexte donné

La Procédure est une "manière spécifiée d'accomplir une activité" (iso 8402).

L'Agrément est la reconnaissance par un organisme faisant autorité une conformité à des normes techniques ou la capacité d'une équipe à délivrer certains soins ou prestations.

La Traçabilité permet de retrouver l'historique, l'utilisation ou la localisation d'une entité au moyen d'indications enregistrées, et l'identification de l'opérateur.

2.1.2 Les concepts en rapport avec la notion de management

Le Management n'est pas un terme d'émergence récente, mais il provient d'un ancien mot français « manus », proche du verbe italien « maneggiare », qui signifie « conduire, manier ».

D'après le « Guide du management dans le service public », (cité par Laforcade) huit principes doivent être pris en compte dans cette démarche du management de la qualité, les « huit C » : courage, clarté, cohérence, considération pour les subordonnés, communication, coopération, compétence, culture.

Selon les théories globales du management retenues, deux grands types de gestion du travail se seraient succédés au cours de l'histoire. Le taylorisme d'une part, caractéristique de la société industrielle, et le management « moderne » ou « participatif » viennent peu à peu s'imposer comme mode privilégié à l'époque post industrielle.

Le modèle professionnel est traditionnellement celui du compagnonnage. La qualité du travail et son efficacité repose entièrement sur l'autonomie, la qualification et le sens du devoir. Le métier est exercé par un professionnel, expert en la matière, et dont les compétences sont reconnues par les pairs. Ce modèle professionnel a été laminé par le taylorisme.

L'organisation scientifique et bureaucratique du travail ou « taylorisme » a été imaginée par l'ingénieur américain Taylor (1856 – 1915).

Afin d'accroître l'efficacité du travail, il propose une organisation « rationnelle » de la production fondée sur les principes de séparation radicale entre la conception et l'exécution, le découpage des activités en tâches élémentaires et non qualifiées, le salaire au rendement.

L'ouvrier spécialisé, condamné à une tâche répétitive sera la figure emblématique de l'organisation scientifique du travail (OST).

Les effets pervers du taylorisme sont connus : démotivation, absentéisme, freinage face aux cadences, conflictualité...

Le courant des relations humaines et du management moderne a pris en compte des motivations du personnel. L'enrichissement des tâches, la mise en œuvre de procédures d'expression des salariés participent à ce nouveau courant managérial.

C'est dans cette continuité qu'il faut situer le management moderne des ressources humaines, dit management participatif.

La notion de management participatif a été notamment popularisée par G. Archier et H. Sérieyx dans leur ouvrage de l'entreprise du troisième type. Il s'agit d'un terme générique qui recouvre une panoplie de cinq types d'actions possibles :

- ↳ Réduction des cloisonnements entre services de l'entreprise
- ↳ Transformation des cadres hiérarchiques en cadres animateurs
- ↳ Appréhension du contexte social interne à l'entreprise
- ↳ Instauration de groupes de travail
- ↳ Autonomisation des individus par la formation.

La mise en place d'une démarche qualité, que ce soit dans l'industrie ou dans les services, aboutit nécessairement, à un moment ou à un autre, à poser aux dirigeants et à l'encadrement, la question du management de la qualité .

(En référence à Michel BELLAICHE ,Management de la qualité dans les services)

2.1.3 le management de la qualité

Le management de la qualité des services est incontournable et doit être la préoccupation première non seulement du dirigeant mais aussi de l'encadrement.

Il ne devrait pas y avoir de différence fondamentale entre les mécanismes de management de la qualité et les mécanisme de management d'une production. Dans ce dernier cas, nous nous occupons d'objectifs quantitatifs et de coûts, alors que dans le premier cas il s'agit de privilégier le niveau de performance et de qualité au meilleur coût.

Qu'en est il pour les établissements sociaux et médico – sociaux ?

La préoccupation de la qualité se situe à deux niveaux : la qualité du service rendu au bénéficiaire et la qualité de la mission effectuée.

2.2 Les avatars de la notion de qualité dans le secteur social et médico-social :

La notion de qualité dans le secteur social et médico social a été introduite dans la loi de 1975, mais peu formalisée dans les pratiques, à l'exception du secteur des personnes âgées. Les dernières réglementations prescrivent la mise en œuvre de la démarche qualité sur l'ensemble du secteur social et médico social.

2.2.1 Historique

La loi du 30 juin 1975 n° 75- 535 dite Loi sociale s'attache à promouvoir la qualité de la prise en charge des usagers en rationalisant les modalités de fonctionnement et de contrôle des établissements.

Les schémas départementaux ont pour but d'analyser les besoins, de mettre en adéquation les réponses, de favoriser l'évaluation et la collaboration entre les établissements du département.

Le préfet peut en outre décider de la fermeture d'un établissement lorsque la santé, la sécurité ou le bien- être physique ou moral des usagers se trouvent menacés.

Le droit à la participation des usagers est affirmé avec le décret du 17 mars 1978 portant création du conseil de maison. Le décret du 17 octobre 1985 instituant les conseils d'établissement dans les institutions pour personnes âgées est étendu par le décret 31 décembre 1991 à l'ensemble des établissements visés par la loi de 1975.

En fait cette instance a été peu mise en œuvre dans les établissements.

Le décret du 27 octobre 1989 (ainsi que la circulaire d'application du 30 octobre 1989) sur la refonte des annexes XXIV peuvent être considérés comme les textes fondateurs d'une véritable démarche qualité dans le secteur social et médico - social.

Il affirme le principe de l'individualisation du projet pédagogique, éducatif, thérapeutique de chaque enfant pris en charge. La réévaluation individuelle des situations doit être mise en œuvre annuellement en équipe pluridisciplinaire. La famille est affirmée comme un partenaire incontournable de l'institution.

Les ordonnances du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière et le décret du 7 avril 1997 signent la volonté de l'État de fixer un cadre à l'évaluation de la qualité et de contraindre les établissements de santé à s'engager dans des démarches qualité débouchant sur l'accréditation.

L'accréditation est, de loin, l'innovation la plus importante pour la culture hospitalière française. Les raisons qui l'ont motivée ne sont pas propres au secteur sanitaire. Dans le domaine médico-social, et en particulier celui des personnes âgées, la nécessité de mettre en place une démarche d'évaluation de la qualité est apparue. A la suite de textes déclaratifs, le droit positif est venu officialiser cette démarche.

En 1999, le Ministère de l'Emploi et de la solidarité a publié la nouvelle version de «**la Charte des Droits et Libertés de la personne Agée Dépendante** ». Elle fait suite à un texte initial publié en 1987 et qui était l'œuvre de la FNG. La nouvelle version a été rédigée par la Commission « Droits et Libertés des personnes âgées » de la FNG. Cette deuxième version met plus l'accent sur « le respect que la société toute entière doit aux personnes âgées ».

D'autres chartes, elles aussi, s'attachent à proclamer, comme une profession de foi, le respect de la personne âgée. Pour ce faire, elles incitent au développement des relations de convivialité avec celles-ci dans le souci de leur bien-être.

Les treize articles de cette véritable déclaration de Droits qu'est « la Charte des Droits et Libertés de la personne Agée Dépendante » de la FNG sont une référence pour les établissements et les services agissant dans le secteur de la personne âgée. La Charte a été considérée comme un outil ou une référence, ou un objectif à atteindre, dans leur démarche d'auto-évaluation du niveau de la qualité de vie qu'ils proposent à leurs «clients », les personnes âgées.

Diverses grilles ont été élaborées pour permettre la formalisation des auto-évaluations mises en places dans le but d'une amélioration continue de la qualité en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes. On peut citer, entre autres, le guide d'auto-évaluation fondé sur le référentiel de certification de services . De même, on peut citer le

référentiel qualité, œuvre collective des acteurs du secteur des personnes âgées dans le département d'Ille-et-Vilaine, édité en date de janvier 2000 par le Conseil général.

En 1997, sur proposition du Sénat, a été votée la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997. Cette loi veut « favoriser l'évaluation des prestations servies aux personnes âgées par les collectivités publiques et institutions concernées ». Ainsi, « des conventions de dispositifs d'observation partagée peuvent être passées entre l'État, le département, les organismes de protection sociale et toute commune souhaitant y participer ».

A cet effet, la loi de 1997 introduit un article 5-1 dans la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Dorénavant, les institutions ayant vocation à accueillir des personnes âgées dépendantes doivent "avoir passé une convention pluriannuelle avec le Président du Conseil général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie".

Aux termes du dernier alinéa de cet article 5-1 «cette convention tripartite [...] définit les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui sont prodigués à ces dernières, en accordant une attention particulière au niveau de formation du personnel d'accueil. Elle précise les objectifs d'évolution de l'établissement et les modalités de son évaluation ».

En application de la loi et pour mettre en œuvre cette évaluation, un arrêté interministériel daté du 26 avril 1999 est venu fixer le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 modifiée du 30 juin 1975.

Dans le cahier des charges de la convention pluriannuelle, le quatrième chapitre est intitulé « l'évaluation du dispositif conventionnel ». Dans ses principes généraux, il est dit que chaque établissement propose les modalités de son évaluation eu égard à ses spécificités. La démarche d'évaluation doit porter sur l'ensemble des fonctions de l'institution. La méthodologie, les indicateurs, les références et les outils utilisés pour l'évaluation doivent être précisés. Enfin, c'est annuellement ou au moment du renouvellement de la convention que l'évaluation doit avoir lieu, formalisée par un rapport.

L'action d'instruction du ministère s'est traduite à travers la circulaire DGAS/MARTHE/DHOS/DSS n° 2000-475 du 15 septembre 2000 ayant pour objet la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les EHPAD et les crédits sur l'ONDAM 2000.

Le chapitre 4, consacré à la démarche qualité, présente l'outil d'auto-évaluation ANGELIQUE. Il s'agit d'aider les établissements à faire leur bilan initial, à dégager leurs points forts et leurs points faibles et ainsi d'inscrire dans leur projet de convention les améliorations prioritaires en matière de qualité.

La Loi n°2-2002 du 2 janvier 2002, « de nouveaux enjeux pour les établissements sociaux et médico- sociaux »

La réforme de la Loi de 1975 suscitait beaucoup d'attentes de la part des professionnels du secteur social et médico-social. Deux axes peuvent être analysés, l'affirmation des droits des usagers et l'organisation de sa mise en œuvre d'une part et l'introduction d'une démarche d'évaluation d'autre part.

- La Loi réaffirme de manière forte le droits des usagers, droits à la dignité, à l'intégrité, à la vie privée, à l'intimité et à la sécurité (article L311-3 du CASF).

La nouveauté est que la loi fournit des outils pour atteindre cet objectif. Chaque établissement relevant de la loi de 1975 devra fournir aux usagers un livret d'accueil qui inclura un règlement définissant les droits et obligations ainsi qu'une chartre des droits et libertés de la personne accueillie (article L311-4). Il devra en outre élaborer un contrat de séjour ou document individuel de prise en charge (article L311-7).

Des médiateurs interviendront dans une démarche de concertation en cas de problèmes entre les usagers et l'établissement (article L311-5).

Chaque établissement devra se doter d'un projet d'établissement. Celui-ci fixera ses objectifs en terme de coordination, de coopération et d'évaluation de la qualité des prestations ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement (article L311-8).

Des conseils de la vie sociale (remplaçant les conseils d'établissement) sont mis en place dans chaque établissement et ont pour mission de permettre une expression plus directe des usagers sur leur prise en charge (article L311-6).

La loi prévoit enfin des sanctions en cas de non-respect de ces dispositions.

- La loi du 2 janvier 2002 affirme en son article 2 l'obligation « d'une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté ».

Elle institue l'obligation d'une évaluation interne. « Les établissements procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandation de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services par un Conseil National de l'évaluation sociale et médico-sociale, placé auprès du ministre chargé de l'action sociale. Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation » (article L312-8).

Elle instaure également une évaluation externe qui aura lieu tous les sept ans, avec un cahier des charges pour les organismes habilités, d'où découlera le renouvellement de l'autorisation d'exercice.

2.2.2 Des outils d'évaluation

2.2.2.1 Evaluation interne

ANGELIQUE

« Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements »

Public : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Outil d'auto-évaluation qui est le résultat du travail d'un groupe réuni dans le cadre de la mission MARTHE (mission d'appui à la réforme de la tarification de l'hébergement des personnes âgées) composé de représentants des services de l'Etat , des conseils généraux, de l'assurance maladie, de responsables et professionnels d'établissements tant du secteur public que privé, et de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

Fondement : arrêté 26 avril 1999

Finalité : aider les EHPAD à établir leur bilan initial ,afin de leur permettre de dégager leurs points forts et leurs points faibles

Préalable à convention tripartite

C'est un outil opérationnel (centré sur le résident) ,participatif (favorisant une réflexion collective et la mobilisation des acteurs), d'aide à la contractualisation (permet aux signataires de la convention tripartite des

objectifs précis d'amélioration de la qualité, les moyens nécessaires et les modalités de l'évaluation).

Guide pour des interventions de qualité :

Public : établissements et services sociaux et médico-sociaux

Méthode d'évaluation interne élaborée par l'ANCREAI (Association Nationale des Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée)

Finalité : offrir un cadre méthodologique à un processus d'évaluation pensé en premier lieu au bénéfice de l'utilisateur, avec pour objectif la mise en œuvre d'interventions de qualité conduites en sa faveur

Il n'est pas conçu comme un référentiel normatif et intègre la diversité des pratiques. Les références proposées sont des repères structurant un parcours d'évaluation

Il existe des grilles d'auto-évaluation qui sont le fruit de la réflexion et du travail, soit des services déconcentrés de l'Etat ,soit de grosses associations (APF, HANDAS)

Une grille d'auto-évaluation en cours d'élaboration par une DRASS, concerne plusieurs items : accueil, lieux, projet individuel, vie individuelle, collective, expression personnelle, participation à la vie de l'institution, parents -proches accueil et place, allers retours et sortie définitive, qualification et compétences des personnels, organisation du travail, participation des professionnels, formation permanente, soutien aux professionnels, projet institutionnel, fonctions, régulation, communication, emploi du temps des professionnels, règlement de fonctionnement, conseil d'établissement, règlement intérieur, ouverture de l'institution)

PROMAP :

Public : établissements médico-sociaux

Méthode d'évaluation élaboré par l'UNAPEI (Union Nationale des Associations de Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales)

L'UNAPEI a mis en place un outil spécifique d'évaluation du besoin individuel : le MAP (Modèle d'Accompagnement Personnalisé). Dans le même esprit l'association a développé le PROMAP afin d'élargir la démarche qualité à la structure.

Finalité : mettre à la disposition des établissements un système d'évaluation de la qualité des services rendus et servis aux usagers des structures.

PROMAP comprend trois sous-ensembles : PROMAP évaluation (permet à la structure de connaître ses modalités de fonctionnement, la réalité de ses délégations et des contrôles y afférents, ses performances qualitatives et quantitatives, ainsi que ses capacités à mettre en œuvre les mesures correctives) ; PROMAP usager (l'utilisateur est invité à s'exprimer au travers d'un questionnaire sur son degré de satisfaction) ; PROMAP professionnel (le personnel de la structure est invité, par questionnaire anonyme à s'exprimer sur les modalités de mise en œuvre de l'accompagnement et son adéquation avec les besoins).

De l'analyse conjointe de ces trois sous-ensembles découle un plan d'action.

QualiSNAP-QualiPROGRESS :

Public : structures du secteur médico-social.

Méthode d'auto-évaluation des services rendus à la personne handicapée élaborée par le SNAPEI (Syndicat National des Associations des Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales). Elle s'appuie sur 2 outils génériques et polyvalents :

D'une part, un référentiel de service, QualiSNAP, définissant les bonnes pratiques d'accompagnement de la personne handicapée mentale. Cet outil, qui comprend 6 modules, est centré sur la personne accueillie et articulé autour de son projet individuel (décliné en termes d'activités d'insertion, de socialisation, de scolarisation, de soins, d'hébergement...).

D'autre part, un questionnaire d'auto-évaluation, QualiPROGRESS, qui permet à l'établissement de déterminer son niveau de qualité et ses écarts par rapport aux engagements et niveaux de service du référentiel QualiSNAP.

2.2.2.2 Evaluation externe

La loi du 2 janvier 2002 prévoit la mise en place du CNESS, qui aura pour mission de créer un référentiel national d'évaluation de la qualité dans le domaine social et médico social.

Cependant les méthodes présentées, développées par des associations, peuvent être regardées comme des évaluations externes.

Méthode d'évaluation PASS (Programme d'Analyse des Systèmes de Services)

Cette méthode a été mise au point par Linda Glenn et Wolf Wolfensberger en 1969 dans l'Etat du Nébraska aux Etats Unis. Elle a été remaniée plusieurs fois. Aujourd'hui il s'agit de PASS 3.Elle est très utilisée au Canada. En France, des professionnels s'y sont initiés dès 1982 dans le cadre d'une association le CEDIS.

Il ne s'agit pas d'auto-évaluation.

Public : établissements accueillant des personnes déficientes

L'esprit de ces auteurs est d'aider à voir dans chaque personne atteinte par la déficience, et quelle qu'en soit la nature physique ou intellectuelle, un être exigeant le respect de sa personnalité, de sa différence, de ses droits de membre de la communauté humaine, dans une perspective de développement de ses potentialités quelques fois enfouies au plus profond de lui-même.

Cette méthode d'évaluation de la qualité des services valorise tous les efforts que ceux-ci réalisent pour conduire la personne dans un processus positif d'autonomie et d'intégration sociale. L'observation consiste à porter un regard extérieur sur le fonctionnement des services. L'équipe qui intervient dans la structure est composée au moins de trois professionnels et au maximum de dix, afin de limiter la subjectivité des intervenants.

La grille d'évaluation est composée de 50 items qui seront traduits en niveaux. Après confrontation des évaluations individuelles menées par chaque membre du groupe, chaque niveau est traduit en points . L'analyse qui en est tirée permet de dégager les atouts et les défis de la structure. Une restitution par le groupe, est faite dans la structure évaluée, aboutissant à des propositions d'améliorations.

EVA

Champ : EHPAD

C'est un outil d'évaluation externe de la qualité.

La méthode consiste en une évaluation externe, opératoire, complémentaire mais indépendante d' ANGELIQUE.

Soixante et onze rubriques sont à évaluer (environnement, intégration sociale, qualité des soins médicaux et paramédicaux, qualité de vie des résidents, projets institutionnels, respect des droits des personnes, rythmes de vie, hygiène, restauration, management, gestion économique et financière).

L'équipe d'évaluateurs est pluri-professionnelle.

Sur le modèle de la méthode PASS, elle propose de dégager des forces et des défis, de restituer à l'équipe des propositions et des recommandations. Elle est proposée par la Fédération hospitalière de France, sa version vient d'être publiée.

Dans le cadre de ce travail, nous avons choisis de nous rendre dans plusieurs institutions pour essayer de comprendre comment une démarche définie théoriquement peut être mise en pratique. Plus particulièrement, nous nous sommes intéressés au management de la démarche qualité sans préjuger des choix des outils par chacune de ces structures.

3 ENQUETE SUR LE TERRAIN DANS LE CADRE DU MIP N° 10

Après l'approche conceptuelle, cette partie du travail concerne l'enquête du management de la qualité effectuée auprès de quatre établissements.

L'analyse d'entretiens menés auprès de dirigeants et de cadres, et de questionnaires adressés aux professionnels de proximité, nous conduit à une réflexion sur l'appropriation de la démarche qualité au sein de ces établissements.

3.1 Présentation de la synthèse des entretiens

Les entretiens au regard de notre objectif de travail ont été menés sur 4 structures sociales et médico sociales.

Sont concernés les Directions d'établissement et le personnel d'encadrement soit au total 10 entretiens.

3.1.1 Présentation des établissements et des personnes

3.1.1.1 MECS Languedoc Roussillon

Cette Maison d'Enfants à Caractère Social a des missions de service public.

Agréée par l'aide sociale à l'enfance, elle est gérée par une association type loi 1901.

L'établissement emploie 39 salariés équivalent temps plein, et accueille en internat 54 enfants et adolescents de 6 à 18 ans, sous le régime de la mixité.

Les personnes sollicitées :

- ↳ le Directeur est en place depuis 11 ans, sa formation initiale est éducateur spécialisé,
- ↳ les cadres sont en poste dans cette fonction d'encadrement, depuis 11 ans et 2 ans, de formation initiale psychologue pour l'un, et l'autre éducateur spécialisé.

3.1.1.2 EHPAD Bretagne

L'Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes, institution privée à but non lucratif, compte 130 lits dont 60 en section de cure médicale, et 70 en soins courants. Par ailleurs, au sein de la structure il existe 12 lits d'accueil temporaire, ainsi que 7 à 9 places de jour.

L'établissement emploie 65 salariés en équivalent temps plein.

Les personnes sollicitées :

- ↳ le Directeur, médecin de formation initiale, est en place depuis 12 ans.
- ↳ l'infirmière coordonnatrice faisant fonction de cadre de santé, est en poste depuis 2 ans.
Il n'y a pas d'autre cadre dans cette structure.

3.1.1.3 EHPAD Ile de France

Cet établissement, rattaché à un centre hospitalier public, a une capacité de 178 lits, et héberge des personnes âgées dépendantes. La convention tripartite est signée.

La structure emploie plus de 100 agents. Son orientation est d'accueillir des personnes âgées dont l'évaluation par la grille AGGIR est comprise entre 1 et 3.

Les personnes sollicitées :

- ↳ le Directeur de la clientèle, la communication, la qualité et la gestion des risques est en place depuis 4 ans,
- ↳ les cadres de santé , et le cadre supérieur sont en poste respectivement depuis 30, 20 et 6 ans sur le centre hospitalier, mais depuis moins de 2 ans sur le secteur.

3.1.1.4 Foyer d'hébergement, centre d'activités de jour, et service d'accompagnement à la vie sociale pour adultes handicapés Pays de la Loire

Cette structure regroupe : un établissement et des services hébergeant et accompagnant des adultes handicapés. Elle est gérée par une association de type Loi 1901, et relève de l'aide sociale aux adultes handicapés du conseil général.

Les personnes sollicitées :

- ↳ le Directeur est en place depuis environ 12 ans, et suit une formation à la démarche de certification,
- ↳ le chef de service, éducateur de formation initiale , a été récemment nommé responsable qualité de la structure.

3.1.2 Analyse des entretiens

3.1.2.1 THEME N°1 : Représentation de la démarche qualité

1°) Comment définiriez-vous de manière générale la démarche qualité ?

- ↳ La démarche qualité est une démarche d'évaluation qui permet de donner du sens à l'action.
- ↳ Un processus incontournable qui vise à apprécier ce que l'on fait avec comme objectif de l'améliorer.
- ↳ C'est une alchimie entre la satisfaction des résidents, de leur famille et des personnels visant à une amélioration constante de la prise en charge.
- ↳ C'est une préoccupation multiforme.

2°) Existait-il une démarche qualité formalisée dans votre établissement avant la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ?

Si oui, depuis quand et sous quelle forme ?

La démarche qualité était présente dans les établissements :

- ↳ Non formalisée pour un EHPAD
- ↳ Formalisée à partir d'outils internes pour un EHPAD, la MECS, et le Foyer d'hébergement.

Les outils utilisés :

- ↳ Un projet d'établissement depuis 1989, réactualisé annuellement
- ↳ Une charte, référentiel institutionnel depuis 1995, évaluée et réactualisée en 2000
- ↳ Un règlement intérieur
- ↳ Un livret d'accueil, un contrat d'accueil
- ↳ Un contrat de séjour, un contrat d'accompagnement personnalisé
- ↳ Le conseil d'établissement
- ↳ Un référentiel départemental proche du référentiel national Angélique
- ↳ Deux référentiels choisis parmi les outils majeurs de la démarche qualité.

3°) Avez-vous eu une expérience de mise en œuvre de démarche qualité dans un autre établissement ?

OUI = 3

NON = 7

4°) Quelles difficultés et / ou facilités majeures avez-vous rencontré ou rencontrez-vous dans la mise en œuvre de la démarche qualité ?

Les réponses concernant la mise en œuvre de la démarche qualité se centrent essentiellement sur les difficultés rencontrées :

- ↳ Réticence des personnels sur une éventuelle remise en cause du travail antérieur sur la qualité
- ↳ Crainte de l'évaluation des individus (« flicage ») et non pas des pratiques
- ↳ Difficulté liée au temps vécu comme insuffisant pour cette démarche
- ↳ Inquiétudes quant aux droits des usagers en regard de la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale
- ↳ Résistance au changement des personnels
- ↳ Manque de moyens
- ↳ Difficultés de positionnement de certains administrateurs
- ↳ Manque de formalisation des pratiques.
- ↳ Place des représentants du personnel dans cette démarche ?
- ↳ Absence : des pré-requis à l'engagement de la démarche, de la hiérarchisation des projets qualité, d'une lisibilité des finalités de l'institution, du sens donné aux choses.

Quelques facilités :

- ↳ Diversification progressive des professions (arrivée de psychologues, aide médico psychologique, ergothérapeute ...) pour les EHPAD
- ↳ Participation de l'ensemble des acteurs à la démarche.

3.1.2.2 THEME N°2 : Type et outils de management

1°) Quelles sont les conditions nécessaires, selon vous, pour entreprendre et faire vivre une démarche qualité ?

Information

- ↳ Lettre ouverte : explications, nécessité de se préparer, agir plutôt que subir
- ↳ Séminaire annuel : information, communication des éléments tels que textes réglementaires, projet pour l'année, planification annuelle des réunions de travail, constitution des groupes, le tout guidé par un principe de transparence.
- ↳ Notes d'information

Formation

- ↳ Implication de l'ensemble du personnel (projet institutionnel)
- ↳ Un intervenant extérieur
- ↳ Un timing serré
- ↳ Une production (fiche - action)

Implication du Directeur

- ↳ Mobiliser, donner du sens et fonder l'action sur des valeurs
- ↳ Communiquer
- ↳ Se concerter avec l'ensemble des partenaires
- ↳ Tenir compte des besoins des usagers
- ↳ Rappeler les objectifs, les obligations réglementaires.

2°) Quelle(s) forme(s) de management mettez-vous en place ?

L'ensemble des réponses s'oriente vers le management participatif sans remise en cause du pouvoir décisionnel :

- ↳ constitution d'un comité de pilotage, de groupes de travail et nomination d'un responsable qualité afin de constituer un ensemble opérationnel
- ↳ formation du personnel infirmier en relais de la démarche
- ↳ voyage d'études dans des structures utilisant un outil similaire.

3°) Quel est le mode de suivi de la mise en place et de l'efficacité de la démarche qualité, à court, moyen et long terme ?

Différents modes sont évoqués sans précision des délais :

- ↳ Audit ou évaluation interne et externe
- ↳ Questionnaires de satisfaction
- ↳ Tableaux de bord

4°) A votre avis, comment est vécue ou serait vécue la mise en œuvre de la démarche qualité par les personnels de l'établissement ?

Quels sont les ressources dont vous disposez et qui vous paraissent essentielles pour mobiliser les personnels ?

Le ressenti est très variable selon les contextes, les individus et les catégories professionnelles.

Cette question rejoint les éléments de réponse du 4° du thème N° 1.

3.1.2.3 THEME N°3 : L'impact de la démarche qualité sur les partenaires et les usagers

1°) Y a-t-il des partenaires associés à la démarche qualité mise en place dans votre établissement ? Si oui, lesquels ?

Pour certains, les partenaires ne sont pas encore associés à la démarche.

Pour d'autres, les partenaires sont le conseil général, la mairie, le CLIC (centre local d'information et de coordination), un réseau départemental qualité en gérontologie.

**2°) La mise en œuvre de la démarche qualité a-t-elle, selon vous, modifié les modes de collaboration avec vos partenaires (financeurs, tuteurs, établissements,...) ?
Si oui, de quelle manière ?**

Modes de collaboration avec les partenaires :

- ↳ Information (CA,...)
- ↳ Transmission des documents élaborés
- ↳ Négociation sur critères objectifs avec les financeurs.

3°) Quelle peut-être la place des usagers ou de leurs représentants dans le cadre de la démarche qualité mise en œuvre au sein de l'établissement ?

Les usagers ou leurs représentants trouvent une place au travers des conseils d'établissement.

Néanmoins ces acteurs ne prennent pas la place qui leur est réservée pour des raisons diverses :

- ↳ Famille défaillante ou peu impliquée
- ↳ Culpabilité des familles

- ↳ Difficulté matérielle de déplacement
- ↳ Défaillance intellectuelle.

4°) Cette nouvelle obligation légale de démarche qualité implique-t-elle un changement en termes d'image et de fonctionnement de votre établissement ?

Au niveau du personnel :

- ↳ une identité professionnelle qui s'articule autour de valeurs institutionnelles partagées
- ↳ Une véritable culture d'entreprise
- ↳ La résorption des emplois précaires par le conventionnement .

A l'extérieur :

- ↳ Un regard des partenaires (ASE,...), un regard positif, la reconnaissance d'un professionnalisme
- ↳ Une image de marque à l'extérieur
- ↳ La valorisation de leurs compétences vis à vis des partenaires.

3.1.3 Traitement du questionnaire

Le public interrogé :

Etablissement	Nombre	Personnels
MECS	1	4
EHPAD	2	2 X 4
MAS	1	2

Fonction	Nombre	Ancienneté moyenne
Secrétaire de direction	1	17
Cuisinier	1	7
Moniteur éducateur	2	20
Aide soignant	3	9
Infirmière	2	16
Agent des services hospitaliers	1	18
Aide médico-psychologique	3	4
Animatrice	1	0
Total	14	11,5

La durée d'ancienneté est variable. La moyenne est relativement élevée. La diversité des fonctions ne permettra pas de dégager des tendances par profession.

3.1.3.1 Représentation de la démarche qualité

Remarques générales :

- Les définitions recueillies dans les quatre établissements montrent des différences significatives sur le sens même de la démarche qualité.
- Pourtant il est à noter une certaine harmonie dans les réponses données par les agents d'un même établissement.

Pour chaque établissement

↳ Etablissement A :

Les agents de cet établissement, où existe une charte qualité, et où la formation a été faite en équipe, définissent la démarche qualité comme étant une remise en question des pratiques dans le but d'améliorer la prise en charge des usagers. Cette démarche est décrite comme un travail permanent, un état de vigilance quant aux savoirs professionnels.

Ces éléments plutôt positifs sur la remise en question des professionnels et de l'institution peuvent être nuancés par une des réponses qui évoque le risque pour la démarche qualité d'être vécue comme un « flicage ».

↳ Etablissement B :

Dans cet établissement, les agents ont reçu une information mais n'ont pas été formés de façon systématique à la démarche qualité. Seuls quelques membres du personnel ont bénéficié individuellement de formation.

Ainsi, les agents déclinent la démarche qualité autour de trois axes principaux qui sont :

- plus de temps accordé aux résidents ;
- plus de soins relationnels adaptés aux besoins ;
- préserver l'autonomie des bénéficiaires.

Au travers de ces réponses, il est à noter que la démarche qualité correspond à une amélioration de la prise en charge des personnes en terme relationnel et d'autonomie. La définition est assez réductrice. D'ailleurs, ceci est confirmé par la réponse concernant la connaissance des outils d'évaluation de la démarche qualité. En effet, les agents assimilent

l'outil « grille AGGIR » d'évaluation de l'autonomie des personnes âgées à l'outil d'évaluation de la démarche qualité. Il semble donc y avoir une certaine confusion pour les personnels.

↳ Etablissement C :

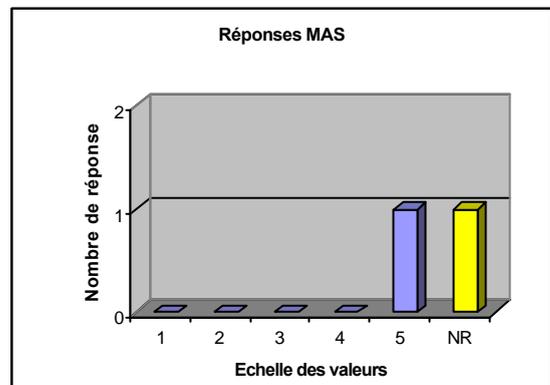
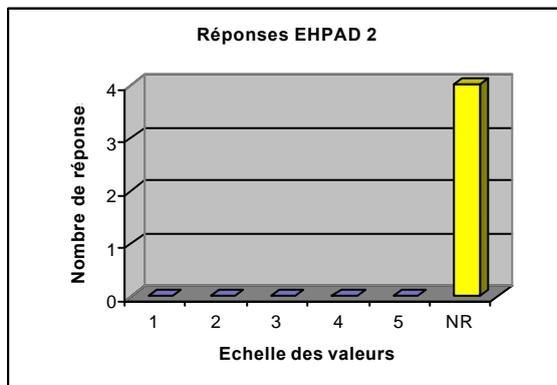
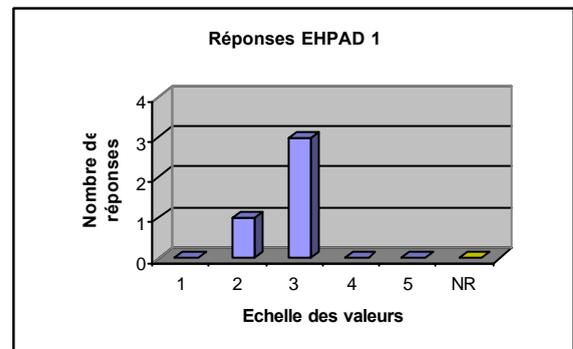
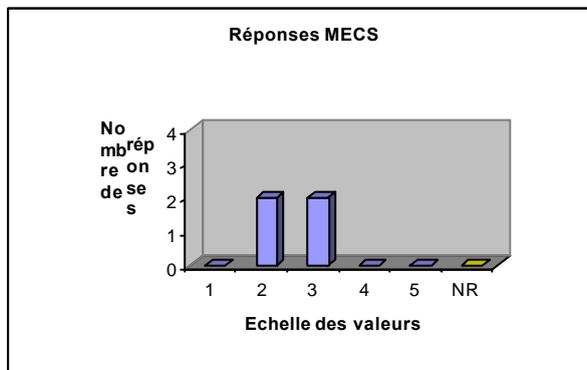
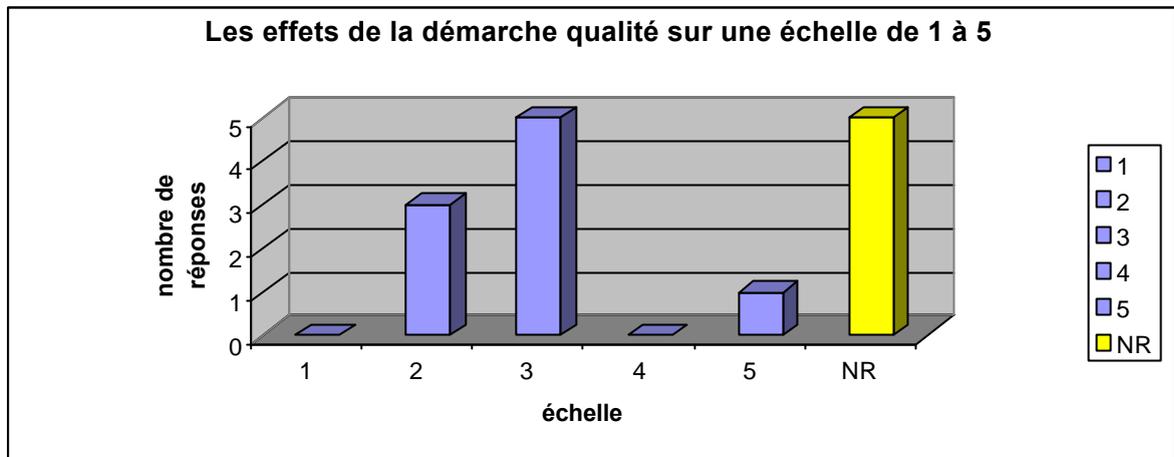
Ces personnels n'ont eu ni présentation ni formation à la démarche qualité. Ainsi, la définition de celle-ci consiste en une clarification et une affirmation des rôles et fonctions de chacun au sein de la structure. Toutefois, certains éléments de réponse tendent à faire de la démarche qualité un outil nécessaire à l'accréditation et à l'évaluation des budgets. Dans cet établissement, aucun outil d'évaluation de la démarche qualité n'est cité.

↳ Etablissement D :

Cet établissement possède un outil d'évaluation de la qualité connu des personnels. L'information sur la démarche qualité a été largement diffusée et des formations ont été mises en place.

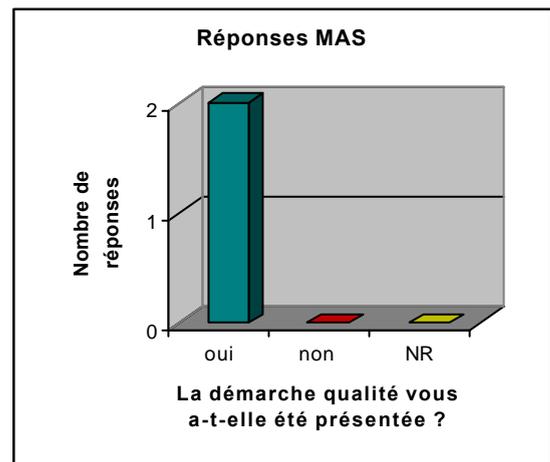
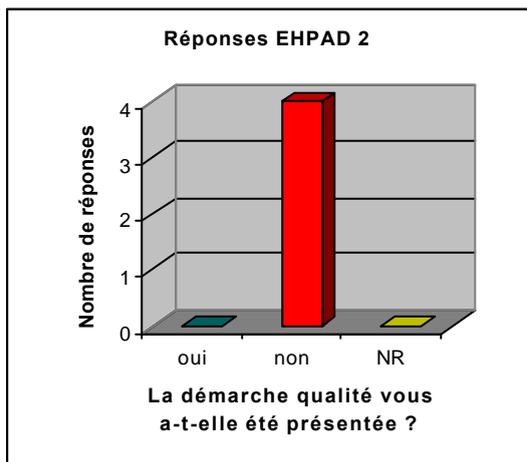
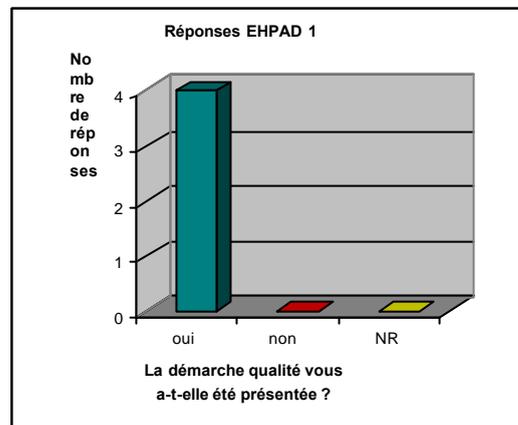
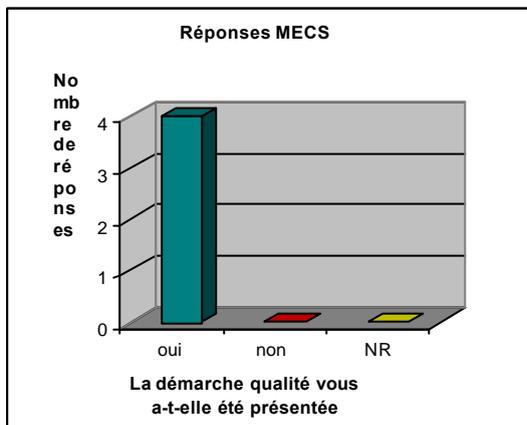
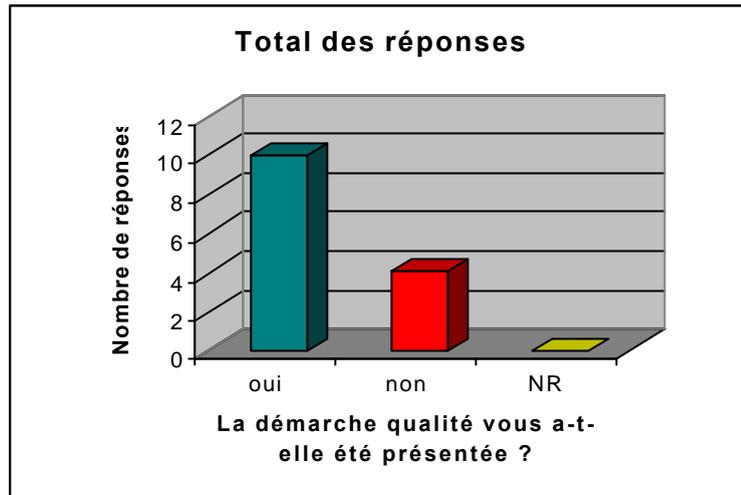
Ainsi la démarche qualité est vécue comme une remise à plat du travail permettant à la fois d'améliorer l'organisation et de prendre du recul quant aux fonctions exercées.

3.1.3.2 Les effets de la démarche qualité

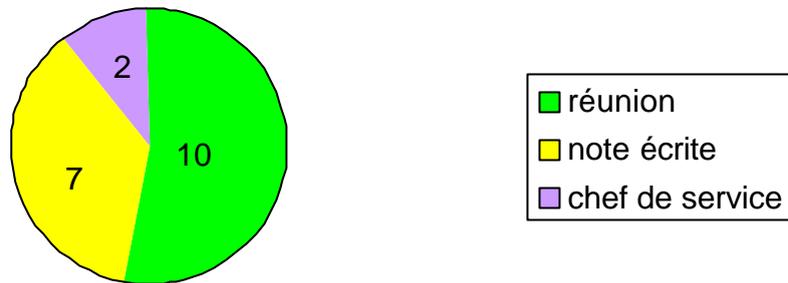


Sur cette échelle de 1 à 5, les personnels ont répondu majoritairement 3, donc au-dessus de la moyenne. Cependant, dans un établissement, aucune des personnes interrogées ne répond à cette question.

3.1.3.3 Information sur la démarche



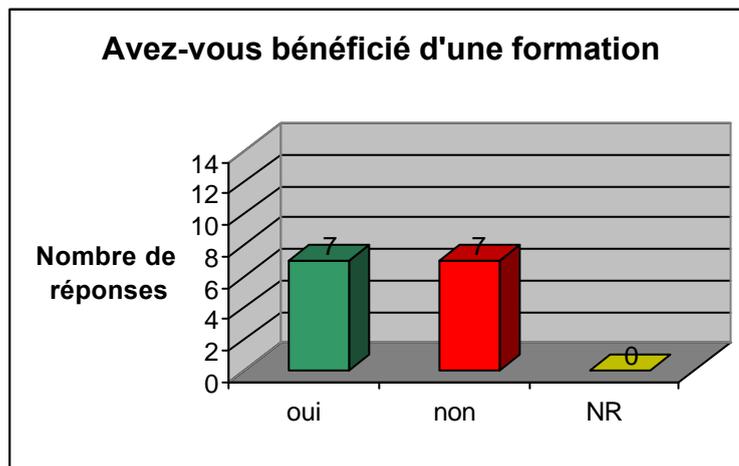
Comment la démarche qualité vous a-t-elle été présentée ?

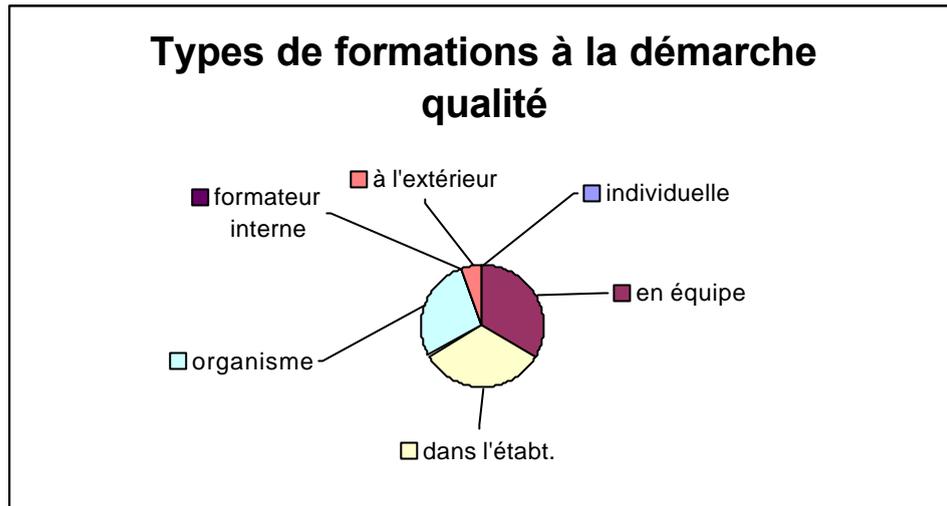


Les réponses sont homogènes par établissement. Les personnels qui n'ont pas répondu pour l'échelle de valeur indiquent également n'avoir pas bénéficié d'une présentation de la démarche.

Les formes de présentation ont pu être citées plusieurs fois par un même agent. L'information à la démarche qualité est majoritairement passée par les réunions de service, action souvent complétée par une note écrite.

3.1.3.4 Formation des personnels





Le choix des institutions de former les personnels à la démarche qualité a majoritairement été celui de la formation en équipe dans la structure avec un organisme extérieur. Ceci semble être le moyen le plus adapté à une appropriation par le personnel des outils.

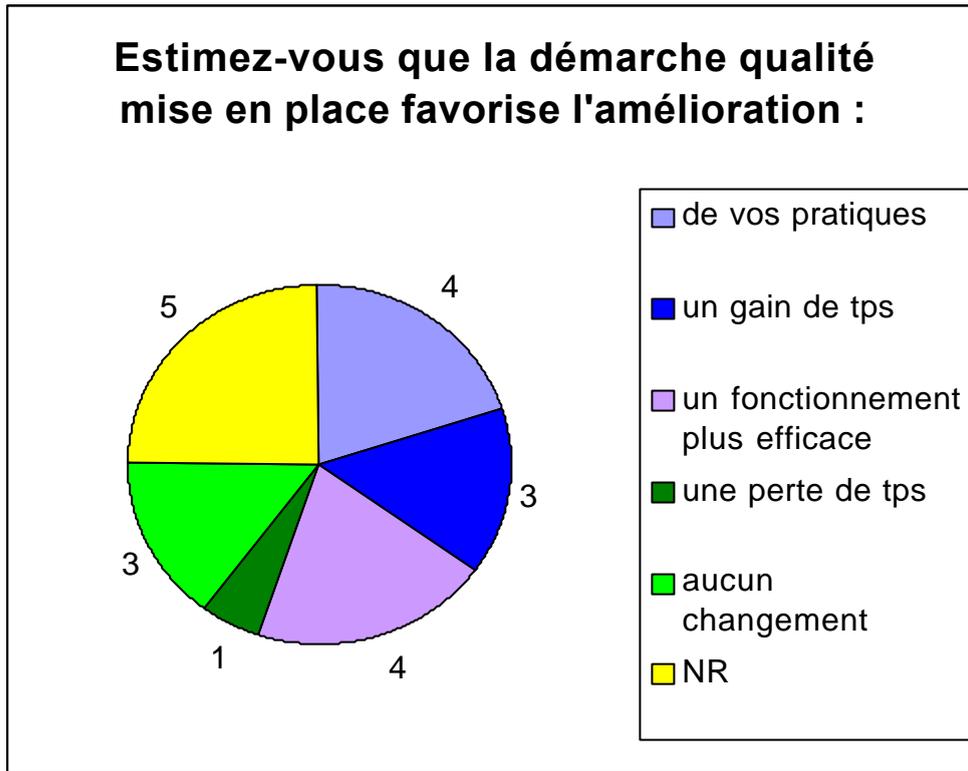
3.1.3.5 Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico - sociale

Les réponses sur la connaissance de la Loi 2002-2 réformant les établissements médico-sociaux ne sont pas significatives dans la mesure où il y a parfois eu amalgame avec la réforme de tarification des EHPAD.

3.1.3.6 Connaissance des outils d'évaluation

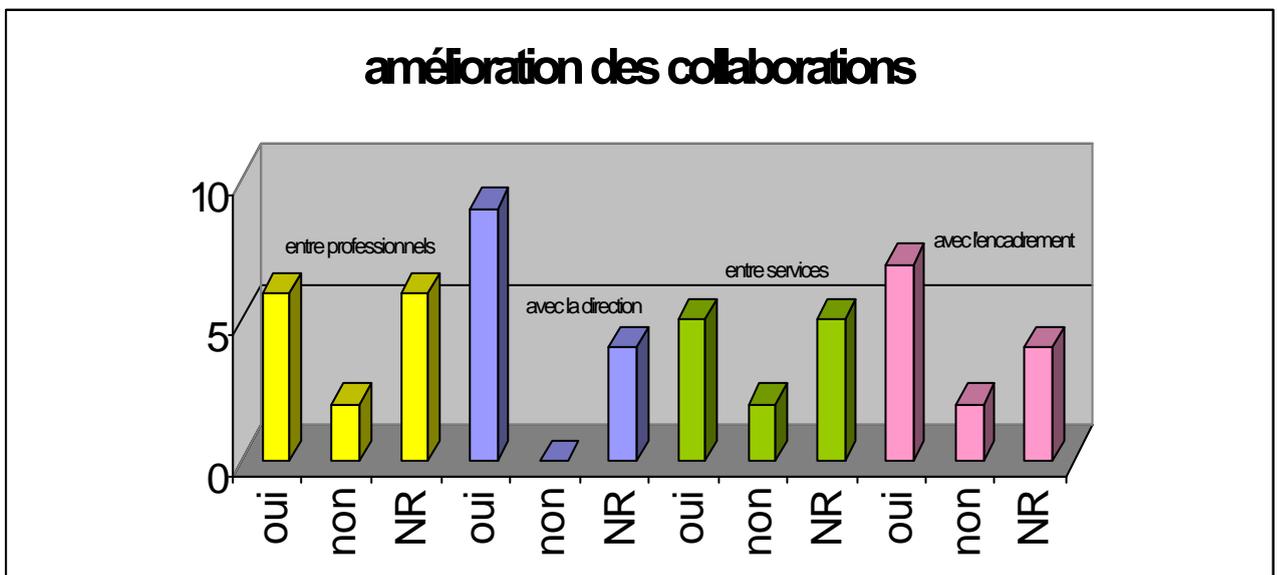
Les agents connaissent des outils de l'évaluation, mais pour un EHPAD, il y a confusion entre évaluation de la démarche qualité et évaluation de l'autonomie des usagers. Il est à noter l'existence d'outils internes et externes aux établissements.

3.1.3.7 Les bénéfices de la démarche qualité



En terme d'amélioration, la démarche qualité semble apporter un plus pour les agents, dans les domaines des pratiques professionnelles et d'une meilleure efficacité des fonctionnements.

3.1.3.8 Effets sur les collaborations entre professionnels



La démarche qualité facilite la collaboration tout particulièrement avec l'encadrement et la direction pour la majorité des personnels interrogés. Cette remise en question des pratiques permet certainement plus de transparence entre les différents personnels, dans la mesure où la majorité d'entre eux a participé, dans les institutions, à la mise en place de la démarche qualité.

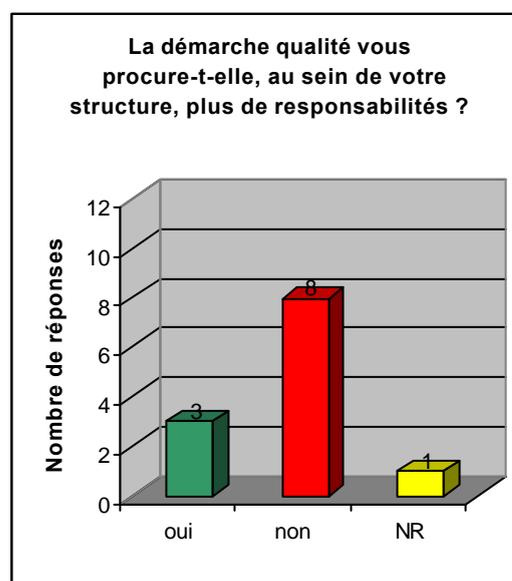
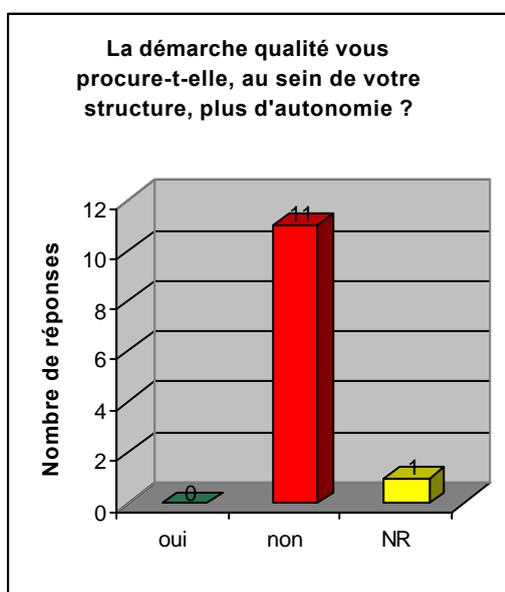
3.1.3.9 Niveau d'implication dans le projet d'établissement



Le projet d'établissement semble mieux connu par les personnels. Notamment dans les EHPAD visités, il est plus ancien que la démarche qualité.

3.1.3.10 Impact sur la responsabilité et l'autonomie des professionnels

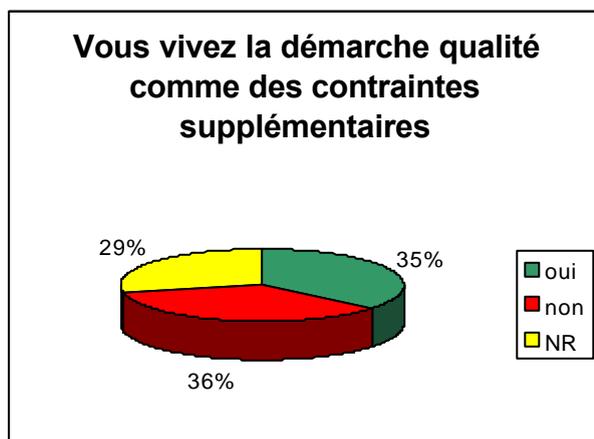
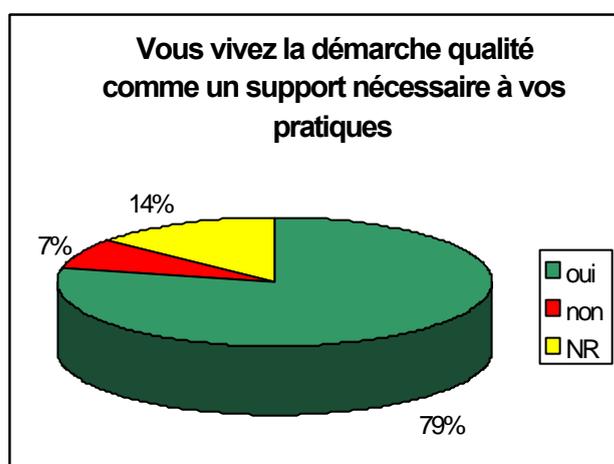
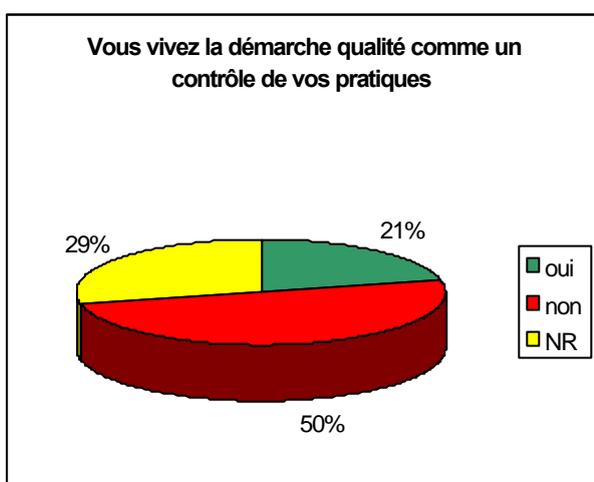
La démarche qualité ne permet pas une plus grande autonomie des personnels dans leur exercice professionnel, mais pour la moitié d'entre eux d'atteindre pourtant un plus grand niveau de responsabilité.



3.1.3.11 Modifications des pratiques et relations avec les usagers

La démarche qualité ne semble pas actuellement avoir modifié profondément les pratiques professionnelles, mais favorisé la reconnaissance du travail au sein des structures. Si les relations avec les usagers ou leur représentant ne sont pas améliorées de façon évidente avec la mise en œuvre de la démarche qualité, le fait de noter une plus grande reconnaissance professionnelle peut signifier implicitement des changements de pratiques et de fonctionnement.

3.1.3.12 Evolution culturelle



Les réponses à cette question viennent confirmer les effets positifs de la démarche qualité au sein des institutions dans la mesure où les personnels, en majorité, y voient un support nécessaire à leurs pratiques et le moyen d'harmoniser celles –ci.

Quelques constats se dégagent de l'ensemble des questionnaires.

De fait, même si les avis peuvent diverger sur la mise en place et les effets de la démarche qualité, il est à constater des axes convergents de cinq types :

- ↳ remise en question des pratiques
- ↳ amélioration de la collaboration entre les professionnels
- ↳ gain de responsabilité
- ↳ lisibilité des pratiques de chacun
- ↳ manque de recul par rapport aux outils.

Il est à noter que dans les établissements ayant mis en place une politique de diffusion large de l'information (réunions), de formation aux outils (équipes), et de participation, les personnels décrivent des effets positifs à la démarche qualité sur les pratiques professionnelles.

3.1.4 Synthèse : confrontation des entretiens auprès du personnel d'encadrement avec les réponses des agents aux questionnaires

Après analyse des entretiens auprès des cadres de direction et dépouillement des questionnaires proposés au personnel, nous pouvons **définir la démarche qualité** comme le rapport entre l'évaluation des besoins des usagers, et l'évaluation de la prise en charge.

Elle vise à une analyse des pratiques permettant une amélioration de l'organisation.

L'objectif de la démarche qualité est l'élaboration de standards de prise en charge visant à la mise en place d'un manuel qualité.

Conditions d'une démarche qualité positive :

Information à l'ensemble du personnel des outils et des textes (notes de service, réunions), implication et engagement du directeur, formation du personnel à la démarche qualité et mise en place d'une démarche participative (comité de pilotage et groupes de travail).

Vécu de la démarche qualité par le personnel :

Lorsqu'elle a été bien comprise, la démarche qualité est perçue comme une mise à plat des pratiques professionnelles mais aussi comme un état de vigilance quant aux savoirs professionnels, une prise de recul quotidienne quant aux fonctions exercées. Elle vise à une meilleure efficacité de la prise en charge.

Lorsque la démarche qualité a été mal engagée ou mal comprise, un certain nombre de confusions ou d'inquiétudes, voire de résistances, peuvent apparaître :

- ↳ Confusion entre la démarche qualité et les projets actuels (loi du 2 janvier 2002, grille AGGIR, réforme de tarification des EHPAD)
- ↳ Vision partielle de la démarche qualité vue comme une simple amélioration de l'autonomie ou de la prise en charge des usagers ou bien comprise uniquement comme une clarification des rôles de chacun
- ↳ Peur d'une remise en cause des pratiques
- ↳ Peur du « flicage »

Impact de la démarche qualité sur les pratiques

Points forts :

- ↳ clarification des rôles de chacun, meilleure collaboration, transparence, et quelquefois, gain de responsabilité
- ↳ plus grande reconnaissance professionnelle
- ↳ véritable culture d'entreprise
- ↳ négociation sur des critères plus objectifs avec les financeurs.

Points faibles :

- ↳ difficultés de faire participer les usagers
- ↳ peu de changements concrets pour certains
- ↳ pas d'effet visible sur un gain d'autonomie des personnels.

A l'appui de notre recherche, et à partir des éléments qui nous étaient livrés au cours de l'enquête, des propositions peuvent être formulées.

4 PROPOSITIONS DU MANAGEMENT DE LA QUALITE

« La mise en place d'une démarche qualité, que ce soit dans l'industrie ou dans les services, aboutit nécessairement, à un moment ou à un autre, à poser aux dirigeants et à l'encadrement la question du management de la qualité.

De fait, la réussite de la démarche qualité dans l'entreprise, et donc sa véritable appropriation par le personnel, passe inévitablement par la clarification du management de la qualité : définition des objectifs, concertation, délégation, instauration du droit à l'erreur, ... » Michel Bellaïche.

4.1 Rôle des administrateurs et /ou financeurs

Les administrateurs et / ou les financeurs doivent être partie prenante pour la réussite de la démarche qualité. En effet, les incidences organisationnelles et financières sont telles que la collaboration avec la direction de l'établissement devient incontournable.

L'impasse sur les moyens est souvent une cause d'échec de la mise en œuvre de la démarche qualité : les directeurs d'établissement doivent intégrer la mobilisation de moyens humains et financiers, ainsi que l'aménagement du temps nécessaire au personnel pour s'impliquer et s'approprier la démarche qualité.

Une évaluation préalable des moyens de l'institution est indispensable car si les lois qui se succèdent exigent une démarche qualité, les décideurs politiques n'intègrent pas suffisamment les coûts associés à cette démarche.

Il paraîtrait opportun d'instaurer un fond national dédiée aux actions conseil, qui pourrait compléter les fonds dédiés à la formation continue des personnels.

4.2 Rôle des directeurs d'établissement

Le directeur d'établissement est le chef d'orchestre de la démarche qualité. De son implication dépend le succès de la démarche : il donne le ton et le rythme, il est présent, il décide, il observe, il réoriente en prenant en compte les incertitudes et veille à la participation de l'ensemble des personnels sans empiéter sur leur autonomie.

« Le rôle essentiel des responsables n'est pas de traiter ce qui relève du prévisible et du programmable, mais de donner du sens. Il leur appartient d'éclairer en permanence les activités des collaborateurs pour que ceci puisse y trouver des raisons d'agir, des raisons de

dépasser les difficultés, de dénouer des impossibilités, de trouver des chemins dans l'incertain et le chaotique.

Le sens, les hommes, le construiront à partir de leur culture, de ce qu'ils sont en profondeur, de leur représentation du bien et du mal, du progrès et de la régression. C'est au niveau de cette identité et de ces valeurs que se résoudre les conflits logiques et les multiples difficultés liées à la complexité. C'est au niveau de l'homme et de la culture qu'il faut placer l'angle d'attaque, et de là découlent les choix organisationnels et stratégiques. » Dominique GENELOT.

4.3 Une vision du management des équipes sur le terrain : « ethno-management »

La complexité et la diversité du champ médico-social tant du point de vue des prises en charge, des publics que des acteurs pose le problème de la prise en compte de cultures professionnelles différentes dans le management des hommes. Ces cultures sont-elles mêmes complexes puisqu'elles procèdent d'une évolution historique du champ et de ses pratiques ainsi que d'une évolution des publics.

Le management est l'outil de mise en synergie incontournable pour dérouler et faire vivre un projet de démarche qualité au sein d'une structure. Toutefois nous considérons dans ce cadre que l'outil n'est probant que s'il est fondé sur un mode participatif. C'est à dire que s'il implique de manière interactive les personnels, les services et la direction, en d'autres termes qu'il institue des formes collectives d'appropriation multilatérales et transversales d'une politique et d'un projet au sein de l'établissement. Nous posons alors l'hypothèse que ces formes d'appropriation collective ne peuvent réussir que si elles impliquent un bouleversement des pratiques et des cultures.

Dans ce cadre, la position du manager est délicate puisqu'il doit mettre à plat les manières de travailler au sein de l'organisation et se faire agent passeur de logiques qui parfois s'ignorent ou s'affrontent, entre catégories professionnelles et entre services.

Le manager, pour imposer la démarche qualité, devrait être un refondateur. Il est celui qui propose un changement, une nouvelle orientation culturelle des pratiques qu'il inscrit dans une perspective d'adaptation permanente dictée par les lois, les usagers et de manière générale par un contexte social mouvant.

Il a donc l'obligation de lester le poids des ancrages socioprofessionnels pour les fédérer au profit de missions fortes étayées par la démarche qualité.

De fait, le projet de démarche qualité nécessite une phase préalable d'identification des cultures socioprofessionnelles, d'établissement, des publics et / ou de leurs représentants suivie d'un travail de réflexion sur les moyens de capitalisation des pratiques, des conduites et des expertises aussi différentes soient-elles.

Dans ces conditions, on peut considérer que la conduite d'un projet de démarche qualité appelle premièrement une méthodologie visant la connaissance ethnographique de l'établissement, dans un champ où les structures se ressemblent rarement et mélangent de nombreuses et différentes catégories de professionnels, voire des publics différents. Et, deuxièmement, un savoir-faire pour instituer une culture commune dépassant les particularismes.

En conclusion, il n'y a pas une ou plusieurs démarches qualité, selon le secteur, l'établissement, le ou les catégories de publics et de professionnels, mais une méthode d'adaptation pour imposer la démarche qualité en tant que projet politique de la structure que l'on pourrait qualifier « d'ethno-management » et qui serait à développer.

CONCLUSION

De manière générale, notre enquête montre qu'une démarche qualité ne réussit dans sa mise en œuvre que si elle passe par une méthode participative globalisante, qui recueille l'adhésion collective.

Selon Laforcade et Ducalet, la qualité est d'abord une construction sociale qui sollicite l'attention, l'engagement, la créativité, et la coopération des professionnels, qui constituent la compétence fondamentale des institutions.

La démarche qualité est également un cheminement permanent : elle s'inscrit dans la durée. Somme toute, elle réside dans un état d'esprit de recherche perpétuelle d'une aptitude à satisfaire les exigences du travail et les besoins exprimés ou implicites des usagers, à laquelle s'ajoutent des contraintes réglementaires croissantes.

En effet, la démarche qualité ne deviendrait-elle pas parfois un outil de management ?

Autrement dit, la démarche qualité est-elle un outil du management ou le management est-il un outil de la démarche qualité ?

BIBLIOGRAPHIE

- F. ALFOLDI, « L'évaluation en protection de l'enfance », Dunod, 1999
- P. DUCALET et M. LAFORCADE, « Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales » Édition 2000
- C. SEGOUIN (sous la direction de), « L'accréditation des établissements de santé. De l'expérience internationale à l'application française », Éditions APHP
- H. CARIO, « Méthodologie pour la conception d'une démarche évaluative en foyer de l'enfance », mémoire de DES 1998
- MAGNONI, « Initier une démarche d'évaluation dans un établissement social public », mémoire ENSP, 1999
- PP. SARHY, « Le CHRS, un outil en évolution au service de la citoyenneté des personnes en difficultés sociales », mémoire CAFDES, 1995
- ANAES, « Manuel d'accréditation des établissements de santé » février 1999
- CREAHI Poitou-Charentes, « Guide d'évaluation de la qualité et des bonnes pratiques pour les établissements sociaux et médico-sociaux », Janvier 2000
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de l'Action Sociale, « Prévenir, repérer et traiter les violences à l'encontre des enfants et des jeunes dans les institutions sociales et médico-sociales », Guide méthodologique, Éditions de l'ENSP, 2000
- Docteur O. JOSEPH, « Évaluation de la qualité des prises en charge dans les établissements médico-éducatifs relevant de l'annexe XXIV », 1995
- G. BIGNOLAS, F. FORT, B. HAFID, « Vers une exigence de la qualité pour les établissements de soins », dans Gestions hospitalières « La qualité » Partie 2, n°397, mai 2000

- G. CAUQUIL, « Pourquoi évaluer », dans Information Sociales « l'action sociale est-elle efficace », N° 57, 1997
- JR. LOUBAT, « Évaluer la qualité des prestations de service sociaux et médico-sociaux », dans les Cahiers de l'actif « évaluation en travail social », Mai-Août 2000.
- « La réforme des établissements d'éducation spéciale, le contenu de la prise en charge » ASH, N° 1694, 8 Juin 1990
- Site Internet de l'ANAES : www.anaes.fr
- Ph. DUCALET, M.LAFORCADE: Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales, sens enjeux et méthodes.
- ALLECIAN S. ET FOURCHER D., Editions d'organisation, 1994
Guide du management dans le service public
- J.L. JOING: Maîtriser la démarche qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux.
- DICTIONNAIRE CRITIQUE D'ACTION SOCIALE, sous la direction de J.Y. BARREYRE, B.BOUQUET, A. CHANTREAU, P. LASSUS. Collection Travail social, novembre 1995.
- Site internet : [http:// www.social.gouv.fr/htm/dossiers/eeehpad/annexe3.htm](http://www.social.gouv.fr/htm/dossiers/eeehpad/annexe3.htm)
- INFORMATIONS SOCIALES N°98,
- « LES CAHIERS DE L'ACTIF » N°288-289,2000.
- AFNOR : A SAVOIR
Management de la qualité dans les services, Michel Bellaïche
- Dominique GENELOT ,Manager dans la complexité, réflexions à l'usage des dirigeants INSEP CONSULTING, Paris 2001 3° édition
- H. SERIEYX, G. ARCHIER
Entreprise du troisième type, Edition du Seuil, 1984, 217 pages