



**Directeur d'établissements sanitaires,
sociaux et médico-sociaux**

Promotion : **2009-2010**

Date du Jury : **décembre 2010**

**Promouvoir et conduire une démarche
d'amélioration continue de la qualité
en EHPAD : du management de la
qualité au management par la qualité**

Clémence MEZIERES

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier **Monsieur Jean-Robert CHEVALLIER**, directeur général adjoint du Centre hospitalier régional d'Orléans et des établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui y sont rattachés pour son accueil, sa confiance, sa disponibilité et ses conseils.

Je remercie ensuite **Monsieur Philippe DESMERGERS**, directeur adjoint délégué au Pôle Personnes Âgées et en charge des EHPAD, pour sa confiance et la marge d'autonomie qu'il a bien voulu me laisser dans la conduite de l'évaluation interne du Pôle.

Ce mémoire doit beaucoup à **Monsieur Jean-Hubert GUILLET**, directeur adjoint au Centre hospitalier d'Issoudun, que je remercie pour ses recommandations, ses conseils avisés et sa gentillesse.

Je tiens également à adresser toute ma gratitude aux professionnels du CHR d'Orléans qui ont pris le temps de me recevoir et de me faire partager leur expérience. Je pense ici plus précisément à **Madame le docteur SOLETY-DAUPHIN**, médecin chef du Pôle Personnes Âgées, **Monsieur Christophe HOERDT**, cadre supérieur de santé au Pôle Personnes Âgées, **Madame Sylvie GORALSKI**, cadre de santé à la Résidence P. Pagot, **Madame Corinne BERGER**, animatrice à la Résidence Les Ecureuils, **Mademoiselle Magali ROQUES**, psychologue au Pôle Personnes Âgées, **Madame Geneviève LECUREUX**, mandataire judiciaire à la protection des majeurs et **Madame Anne-Julie LEPETIT**, secrétaire de direction au Pôle Personnes Âgées.

Mes remerciements les plus sincères enfin à ma famille et à mon compagnon pour leur soutien, leur patience et leurs remarques constructives ainsi qu'à mes amis et collègues directeurs pour leur regard critique et leurs suggestions.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Des facteurs externes et internes qui imposent la mise en œuvre d'une démarche qualité au sein des EHPAD du CHR d'Orléans	5
1.1 L'émergence de la notion de qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux : l'histoire d'une réforme en deux actes	5
1.1.1 Les prémices d'une démarche qualité en action sociale et médico-sociale...	5
1.1.2 Les effets induits de la réforme de la tarification en matière de qualité	6
1.1.3 Les enjeux de la loi n° 2002-2 : affirmation de la place de l'utilisateur et évaluation de la qualité des activités	8
1.1.4 Des principes régulièrement réaffirmés par le législateur	9
1.2 Des facteurs stratégiques internes au CHR : des ambitions à faire valoir	11
1.2.1 Des projets initiés en vue d'améliorer la qualité du service rendu	11
1.2.2 Un rang à maintenir sur le territoire.....	12
1.2.3 Un renouvellement des conventions tripartites à anticiper.....	13
2 Comprendre la qualité et ses enjeux pour en faire un outil de management.....	15
2.1 Définir la qualité et comprendre ses enjeux au CHR d'Orléans	15
2.1.1 Définir la qualité avant d'initier la démarche	15
2.1.2 Les enjeux de la démarche qualité : le cas des EHPAD du CHR d'Orléans	17
2.2 Identifier les incontournables d'une démarche qualité	18
2.2.1 Trouver le sens à donner à l'ensemble de la démarche	18
2.2.2 Donner tout son sens et sa juste place à « l'utilisateur »	19
2.3 Prendre la mesure des contraintes : identifier les difficultés et les freins.....	22
2.3.1 La non-conformité du service rendu aux attentes des résidents.....	22
2.3.2 La non-conformité de l'organisation chargée de la réalisation du service ...	23
2.3.3 L'existence de freins à la mise en œuvre d'une démarche qualité continue	25
2.4 Penser le lancement et l'accompagnement de la démarche qualité	27
2.4.1 Expliquer les freins existants et analyser les réticences	27
2.4.2 De l'analyse à la conduite de la démarche sur le terrain	31
3 L'évaluation interne du service : une méthode partielle pour la mise en œuvre d'une démarche qualité en EHPAD.....	33
3.1 Le pilotage de l'évaluation interne au sein du Pôle Personnes Âgées du CHR ..	33
3.1.1 Conduire l'évaluation interne : organisation et méthode de travail	33
3.1.2 La mise en œuvre effective de la démarche d'évaluation interne.....	34
3.1.3 La consultation des usagers : un élément fondamental de la démarche	35
3.2 Les avantages de l'évaluation interne menée au CHR	37

3.2.1	L'auto-évaluation : un mode de dialogue particulier	37
3.2.2	Un réel pilotage du projet et un authentique management participatif	38
3.2.3	Le choix d'un référentiel complet, simple et pratique d'utilisation.....	39
3.3	Les limites de l'évaluation interne conduite au CHR.....	40
3.3.1	Le recours à un référentiel impersonnel et ancien.....	40
3.3.2	Une méthode qui ne donne pas assez de sens à la démarche qualité	40
3.3.3	Une méthode qui ne garantit pas l'implication des acteurs à long terme	42
4	De la nécessité de passer d'un management de la qualité à un management par la qualité.....	43
4.1	De la théorie au management de la démarche.....	43
4.1.1	Le management par la qualité en EHPAD via une approche systémique ...	43
4.1.2	De la démarche évaluative à la démarche qualité.....	45
4.2	Conduire le changement vers la qualité ou comment mettre en œuvre un management par la qualité	46
4.2.1	Plan : la conception d'un système de management par la qualité.....	47
4.2.2	Do : la mise en œuvre du système de management par la qualité grâce à la mobilisation des professionnels	48
4.2.3	Check and Act : suivre, évaluer, adapter et corriger la démarche engagée	51
4.3	Assurer la pérennité du management par la qualité pour garantir la viabilité de la démarche dans le temps	52
4.3.1	Les conditions indispensables d'un management par la qualité efficace, durable et pérenne	52
4.3.2	La traçabilité de la démarche : pierre angulaire d'un management par la qualité solide et efficient.....	54
4.3.3	L'importance du projet comme base de toute démarche d'amélioration continue de la qualité	56
	Conclusion.....	59
	Bibliographie	63
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AGGIR	Autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANDEM	Agence nationale pour le développement et l'évaluation médicale
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ANGELIQUE	Application pour guider une évaluation labellisée interne de la qualité pour les usagers des établissements
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide-soignant(e)
ASH	Agent de service hospitalier
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CHR	Centre hospitalier régional
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CNESMS	Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale
CTP	Convention tripartite pluriannuelle
CVS	Conseil de vie sociale
DAF	Direction des affaires financières
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
EPS	Etablissement public de santé
ESMS	Etablissement social et médico-social
ESSMS	Etablissement et service sociaux et médico-sociaux
Loi HPST	Loi relative aux patients, à la santé et aux territoires
HQE	Haute qualité environnementale
IDE	Infirmière diplômée d'Etat
ISO	International standards organization
MARTHE	Mission d'appui à la réforme de la tarification de l'hébergement en établissement
NHO	Nouvel hôpital d'Orléans
PASA	Pôle d'activités et de soins adaptés
PATHOS	outil mesurant le besoin requis en soins pour une personne âgée
PDCA	Plan, do, check, act (cycle de la qualité de WE. DEMING).
Pôle PA	Pôle Personnes Âgées
TMS	Troubles musculo-squelettiques
UHR	Unité d'hébergement renforcée
USLD	Unité de soins de longue durée

Introduction

Les directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ont l'obligation d'engager leur institution dans une démarche d'amélioration de la qualité. En effet, la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 leur impose de réaliser, régulièrement, des évaluations des prestations et services proposés aux usagers.

La question se pose aujourd'hui de savoir quel sens est donné à ces mots de « qualité », d' « évaluation » souvent entendus, devenus non seulement familiers dans le secteur des personnes âgées mais encore rendus obligatoires par la législation. Ils font parfois peur et doivent être apprivoisés par les équipes mais aussi, en premier, par les directeurs.

L'intérêt et le souci pour la qualité sont très anciens. La volonté de bien faire son travail et d'être toujours plus performant dans sa tâche anime l'homme depuis des siècles. Quoi de plus légitime dans le milieu professionnel – mais cela se vérifie également dans la sphère privée – que de vouloir atteindre plus efficacement les objectifs fixés (par soi-même ou par un tiers) ? Ainsi, « des milliers d'hommes et de femmes ont fait et font de la qualité, certains sans le savoir, beaucoup en le sachant, presque tous en le souhaitant »¹.

La qualité, constat importé des entreprises industrielles et commerciales, a commencé à envahir le secteur social et médico-social il y a une quinzaine d'années ; il est surtout apparu dans la sphère des établissements et services à partir des années 2000 bien que cette approche soit déjà plus ou moins à l'œuvre dans le fonctionnement de nombreux établissements. En effet, nombreuses sont les organisations qui évoquent la démarche qualité comme une action en cours, mais il existe une diversité de progressions dans les démarches : certaines sont au carrefour des normes ISO², d'autres correspondent plutôt à une mise en conformité avec les textes législatifs et réglementaires. Néanmoins, on constate qu'entre le "dire" et le "faire", on nomme démarche qualité des actions d'élaboration de projets ou des guides de procédures. Autrement dit, le concept ne traduit pas toujours des démarches formelles et des processus inscrits dans des méthodes globales.

Il semble aujourd'hui évident que la démarche qualité n'est pas naturellement générée par le système médico-social ; en établissement, elle repose quasiment toujours sur la volonté d'une poignée de professionnels qui acceptent de se lancer et de donner corps au concept de qualité. D'ailleurs, ce n'est pas l'utilisateur qui peut directement imposer le lancement d'une telle démarche dans la mesure où, contrairement au client d'une entreprise, il ne détient pas les moyens de s'affirmer et d'imposer la qualité telle qu'il l'entend ou la souhaite.

¹ DUCALET P., LAFORCADE M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Paris : Séli Arslan, 3^{ème} édition, 2008, pp. 9.

² Le courant ISO (International standards organization) a été créé en 1947 avec pour mission de favoriser le développement de la normalisation et des échanges entre pays ; c'est une fédération mondiale d'organismes nationaux de normalisation, dont l'Afnor pour la France. En 1979, l'ISO élabore des normes internationales de la qualité pour harmoniser les systèmes qualité et les modèles d'assurance de la qualité, clarifier et faciliter les échanges.

Une question se pose alors : pourquoi faut-il aujourd'hui aller plus loin et s'engager dans un véritable processus vers davantage de qualité ? Il paraît normal, au même titre que les autres secteurs publics, que les domaines de la santé et du social se voient imposer (par les pouvoirs publics notamment) d'apporter la preuve de leur efficacité. De plus en plus, l'usager acquiert une place prépondérante, il refuse la prise en charge standardisée qu'on lui propose et exige du système une offre de prestations et de services adaptée à sa situation et sur laquelle il peut avoir son mot à dire. Il exige par ailleurs transparence et visibilité et n'hésite pas à rappeler aux professionnels qui l'entourent qu'ils peuvent avoir à rendre compte de leurs actes et de leurs pratiques devant la justice. Le secteur, longtemps ancré sur un couple humanité-engagement, s'est trouvé aux prises avec le nouveau couple responsabilité-efficacité : dans les dix dernières années, le doute et la suspicion se sont installés autour des affaires de maltraitance, de mauvaise gestion financière ou tout simplement d'incompétences ; la médiatisation du social est venue interroger l'activité des établissements et exiger plus de clarté et de visibilité concernant les missions et leur mise en œuvre.

Reste une autre question : en tant que directeur d'établissement, comment peut-on donner vie à une démarche qualité, la formaliser, en faire une volonté partagée, y compris dans la durée et donc la manager au quotidien auprès des équipes ? Quelles sont les techniques, les outils à notre disposition ? Parce que vouloir la qualité ne suffit pas à l'obtenir, la définition d'une solide méthode est donc incontournable. Néanmoins, aucune méthode universelle et reproductible partout et en tout temps n'existe. Certes, nous disposons d'outils reconnus (certification, cercles de qualité d'Ishikawa, protocoles, guides et recommandations de bonnes pratiques,...) qui présentent des atouts certains. Néanmoins, comme le soulignent P. DUCALET et M. LAFORCADE, il faut se garder de leur attribuer « le pouvoir qu'ils n'ont pas : ce sont des jalons pour la pensée, des supports pour l'action ; ils ne sauraient se substituer ni à l'une ni à l'autre »³.

La dimension managériale occupera une large place dans ma démonstration puisqu'il est incontestable que la mise en œuvre et le pilotage d'une démarche qualité concertée et partagée suppose, pour le directeur, une réelle capacité à conduire le changement. Sans un engagement stratégique du directeur et le choix d'un système de management adapté favorisant, aussi souvent que possible, une remise en question de la performance de l'institution et de la démarche en cours, les seuls outils méthodologiques à disposition (d'auto-évaluation notamment) n'apporteront que de partiels progrès. Effectivement, l'évaluation est une préoccupation dont la légitimité n'est en rien évidente, comme le soulignent certains auteurs : « la sociologie des organisations a montré combien toute institution a tendance à se chroniciser en privilégiant d'abord sa propre reproduction ; sans que la responsabilité des hommes soit forcément en cause, l'organisation va développer un système immunologique afin de rejeter les objections ou les plaintes qui lui sont opposées »⁴. De fait, « la qualité du secteur médico-social est d'abord une

³ DUCALET P., LAFORCADE M., *op. cit.*, pp. 11.

⁴ DUCALET P., LAFORCADE M., *op. cit.*, pp.79.

construction sociale qui sollicite l'attention, l'engagement, la créativité et la coopération des professionnels qui constituent la compétence fondamentale des institutions »⁵.

Partant du principe acquis selon lequel les personnes âgées accueillies aujourd'hui ne sont pas les mêmes qu'il y a une dizaine d'années, des différents constats qui ont pu être réalisés au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des unités de soins de longue durée (USLD) rattachés au Centre hospitalier régional (CHR) d'Orléans⁶ et des interrogations qui en ont découlé⁷, j'ai été amenée à penser qu'une révolution culturelle programmée dans la prise en charge des personnes âgées est devenue nécessaire.

Au cours de l'année 2010, le Pôle Personnes Âgées du CHR d'Orléans a procédé à l'évaluation interne de la qualité des EHPAD de l'institution. Réponse à une obligation réglementaire, la conduite de cette auto-évaluation a néanmoins posé certains problèmes en termes d'organisation, de relations, d'engagement des professionnels et a poussé certains acteurs à une forme de résistance (passive ou active). Face à ce constat et à la volonté du dirigeant de mettre en place une démarche d'amélioration continue et pérenne de la qualité, quelles sont les marges de manœuvre du directeur et comment⁸ peut-il agir ?

Je pose comme première hypothèse que la démarche qualité peut être efficacement engagée par le biais de la conduite d'une évaluation interne de la/des structure(s) dont le directeur assure la gestion. Néanmoins, la simple application de cette évaluation s'avère insuffisante pour assurer la réussite et surtout la pérennité d'une démarche d'amélioration continue de la qualité (c'est la seconde hypothèse). Dans sa réflexion, il est essentiel, pour le directeur, de comprendre les raisons qui font que l'évaluation ne constitue pas encore un véritable levier de changement au sein de son établissement.

Concernant la méthodologie de travail retenue, j'ai opté pour une recherche documentaire large, une observation assidue des pratiques et des réactions des professionnels ainsi que pour des entretiens individualisés avec les acteurs de terrain (personnel médical et paramédical, directeurs de structures,...). Les enquêtes de satisfaction menées au sein du Pôle auprès des résidents, des familles et des personnels m'ont également apporté des éléments de réflexion et de réponse.

Dans la première partie, je développerai les facteurs internes et externes qui ont conduit à la promotion et à la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et, en cela, poserai le contexte.

⁵ DUCALET P., LAFORCADE M., *op. cit.*

⁶ Le Pôle Personnes Âgées du CHR d'Orléans compte 4 EHPAD et 2 USLD répartis sur 4 sites : le Centre de cure médicale (Saran), la Résidence P. Gauguin (La Chapelle Saint Mesmin), les EHPAD P. Pagot (Orléans) et Les Ecureuils (Saint Jean de Bray).

⁷ Pourquoi l'évaluation interne n'impacte-t-elle pas suffisamment les/nos pratiques professionnelles ? Quel sens à donner à la conduite d'une démarche qualité pérenne et durable ? Pourquoi l'évaluation interne ne constitue-t-elle pas encore aujourd'hui un levier de changement au sein des EHPAD et USLD du CHR d'Orléans ? ...

⁸ Par comment, j'entends essayer de comprendre comment rationaliser la démarche qualité pour qu'elle soit comprise de tous et devienne pérenne en s'inscrivant pleinement dans les pratiques professionnelles.

La suite du mémoire sera plus concrète dans la mesure où il s'agira de se mettre en situation pratique : celle du directeur ayant à mettre en place et à piloter une démarche d'amélioration continue de la qualité. Ainsi, il sera nécessaire pour lui de comprendre ce qu'est la qualité et de prendre pleinement conscience de ses enjeux. Pour se faire, il lui faudra analyser les éventuels freins en présence qui pourraient perturber la mise en œuvre de la démarche afin de mieux les contourner.

La troisième partie viendra interroger la mise en œuvre de la démarche d'amélioration de la qualité par le seul biais d'une évaluation interne. Je m'appliquerai alors à démontrer que cette méthode ponctuelle est une condition nécessaire à la mise en route d'une démarche qualité mais n'en demeure pas pour autant une condition suffisante pour garantir sa pérennité.

Pour finir, la quatrième partie proposera un certain nombre de points de passages incontournables pour chaque étape de la démarche. Ces recommandations pratiques s'attacheront à montrer la nécessité de passer d'un management de la qualité à un management par la qualité pour assurer le caractère continu de la démarche et en faire un processus viable et continu dans le temps et dans l'espace.

1 Des facteurs externes et internes qui imposent la mise en œuvre d'une démarche qualité au sein des EHPAD du CHR d'Orléans

1.1 L'émergence de la notion de qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux : l'histoire d'une réforme en deux actes

1.1.1 Les prémices d'une démarche qualité en action sociale et médico-sociale

Le concept de qualité, d'abord lié à celui de non-qualité est ancien. En 1755 avant Jésus Christ, le Code d'Hammourabi prévoyait à son article 229 que : « si un maçon construit une maison pour quelqu'un mais qu'il n'a pas renforcé son ouvrage, si la maison qu'il a construite s'est effondrée et s'il a fait mourir le propriétaire de la maison, ce maçon sera tué » ; c'est la plus ancienne référence écrite aux conséquences d'une non-qualité.

La responsabilité liée à des non-qualités existe dans tous les secteurs d'activités. Qu'elle soit pénale ou civile, toute personne physique ou morale est susceptible d'engager sa responsabilité dans tous les actes qu'elle produit⁹.

Les références à la qualité et l'évaluation se sont d'abord développées dans le champ sanitaire. Restées longtemps à la périphérie des soucis des Français, à quelques exceptions près¹⁰, elles se sont retrouvées au-devant de la scène publique avec les premières études de rationalisation des choix budgétaires. Du coup, le champ de la qualité s'est élargi et elle est devenue un objectif pour les politiques publiques. On considère aujourd'hui que trois facteurs ont joué : le développement des sciences humaines, l'évolution de la perception sociale des publics en difficulté et des réponses données par des institutions spécialisées et, enfin, l'incitation des pouvoirs publics à une rationalisation et à une limitation des coûts. Ensuite ont été publiés différents textes pour tenter de renforcer l'évaluation des politiques publiques¹¹.

Le secteur médico-social ne pouvait plus rester à l'abri du regard de l'évaluation, même si le consumérisme n'y est ni identique, ni aussi puissant que dans le secteur sanitaire.

Progressivement, au cours des années 1970, dans le secteur des personnes âgées, une dynamique constante d'amélioration est apparue grâce, d'une part, aux marges de manœuvre que la croissance économique a donné aux décideurs, et, d'autre part, sous la pression d'une conscience collective qui a de plus en plus difficilement admis que les personnes âgées soient l'objet, en institution, de traitements indignes ou maltraitants.

⁹ L'article 1641 du Code civil prévoit que : « le vendeur est tenu de la garantie à raison des défauts cachés de la chose vendue qui la rendent impropre à l'usage auquel on le destine ou qui diminuent tellement cet usage, que l'acheteur ne l'aurait pas acquise ou n'en aurait donné qu'un moindre prix s'il les avait connus ».

¹⁰ Voir par exemple : AMADO G., CAHN R., 1964, « Evaluation du travail d'un centre de psychiatrie infantile (Vitry-sur-Seine) », *Sauvegarde de l'enfance*, n°1/2.

¹¹ On pense notamment au décret du 22 janvier 1990 sur l'évaluation des politiques publiques : « Evaluer une politique c'est rechercher si les moyens juridiques, administratifs et financiers mis en œuvre permettent de produire les effets attendus (...) et d'atteindre les objectifs fixés » ; au décret du 18 novembre 1998 « Evaluer une politique, c'est apprécier son efficacité en comparant ses résultats aux objectifs et aux moyens mis en œuvre » et, plus récemment, à la Révision générale des politiques publiques lancée en 2007.

Néanmoins, la législation sanitaire avait pris dix ans d'avance, puisque la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière disposait que : « les établissements de santé, publics et privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficience ».

Le droit hospitalier avait également imposé que le renouvellement des autorisations d'exploitation soit subordonné à « des conditions d'évaluation périodique ». L'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996 a très sensiblement consolidé et complété le cadre initial¹².

Par ailleurs, dans les années 1990, un certain nombre d'agences et d'autorités ont été créées pour encourager la dynamique d'évaluation lancée : l'ANDEM (1989) devenue l'ANAES (1996) puis l'HAS (2004) chargée de la certification des établissements publics de santé.

Pour autant, en matière de qualité, le secteur social et médico-social et plus spécifiquement le secteur des personnes âgées n'était pas totalement dépourvu d'outils. Effectivement, la loi du 24 janvier 1997 a imposé que les EHPAD concluent, avec l'Etat et le président du Conseil général, une convention tripartite pluriannuelle (CTP) qui « 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 ».

Ce n'est pas un hasard si la loi a d'abord mentionné la qualité des prises en charge dans le champ des EHPAD. Il s'agit, en effet, du seul secteur médico-social qui soit réellement concurrentiel avec des opérateurs publics, associatifs et commerciaux. C'est aussi un domaine où le consumérisme est particulièrement actif puisque c'est la personne âgée qui finance une partie déterminante de sa prise en charge.

1.1.2 Les effets induits de la réforme de la tarification en matière de qualité

Avant 1999, le financement des EHPAD reposait sur un système binaire. D'une part, les charges liées à « l'hébergement » sont à la charge du département et de l'utilisateur ; d'autre part, les charges de « soins » sont financées par l'Assurance maladie. Ce système, simple dans son principe, était réducteur et était devenu imparfait. Ce faisant, la réforme de la tarification, introduite par les décrets n° 99-316¹³ et n° 99-317¹⁴ du 26 avril 1999 a apporté une plus grande uniformité et lisibilité des coûts de la prise en charge et a permis de moduler, sur des bases plus saines, les ressources allouées aux établissements.

Dans le cadre de cette réforme, est aussi réaffirmée l'obligation pour les établissements de signer une CTP¹⁵ avec la DDASS (devenue délégation territoriale de l'ARS au 1^{er} avril 2010) et le Conseil général. La convention constitue l'engagement de l'établissement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité : elle demeure, avant toute chose, la traduction d'une réflexion conduisant l'établissement à définir, en fonction de sa situation propre et de son environnement, une stratégie d'évolution-qualité. En cela, il

¹² Cf. article L.6113-3 du Code de la santé publique.

¹³ Décret relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD.

¹⁴ Décret relatif à la gestion budgétaire et comptable des EHPAD.

¹⁵ Sur la base d'un cahier des charges défini par l'arrêté du 26 avril 1999.

s'agit d'une approche évolutive de l'activité de l'établissement : l'adaptation aux exigences de qualité est progressive puisque planifiée sur 5 ans.

En partie parce que le cahier des charges accompagnant l'arrêté d'avril 1996 énonçait des recommandations de manière très "littéraire", la mission MARTHE¹⁶, en collaboration avec l'Ecole nationale de la santé publique¹⁷, un groupe d'experts et la quasi-totalité des organisations représentant les établissements et le monde de la gériatrie ont mis au point un outil de mesure de la qualité en EHPAD, baptisé ANGELIQUE¹⁸. Cet instrument a été le seul référentiel existant dans le champ des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) qui soit complet, testé, validé sur le terrain et globalement consensuel. C'est la raison pour laquelle il a été largement diffusé à partir de juin 2000. Il se décompose en quatre parties mesurant : les attentes et la satisfaction des résidents et familles, les réponses apportées aux résidents, le degré d'insertion de l'établissement dans son environnement et la démarche qualité mise en place par l'établissement.

Outil interne à l'institution, il a pour objectif d'aider les établissements à dresser leur bilan initial, à dégager leurs points faibles et à préciser les améliorations qualitatives considérées comme prioritaires. Ce référentiel doit être régulièrement mis à jour et remis aux autorités de tarification avant tout renouvellement de la CTP. En effet, c'est à partir de ce document que vont être définis les objectifs pluriannuels à atteindre pendant la durée de la convention et négociés les moyens financiers et humains correspondants.

Néanmoins, ANGELIQUE n'est pas le seul référentiel utilisé dans les établissements. En effet, de nombreux ESSMS ont constitué leur propre référentiel d'évaluation. Le référentiel ANGELIQUE n'a jamais été imposé comme l'unique outil d'évaluation.

Quoi qu'il en soit, cette réforme de grande ampleur a bouleversé les habitudes, exigé un travail considérable de la part de tous, et notamment des responsables et gestionnaires de structures, et imposé des choix qui ont pu parfois irrités certains professionnels.

Effectivement, le souci de déterminer un rapport entre coûts et efficacité a pu – et peut encore – heurter les professionnels dont la culture privilégie le caractère indicible de la relation avec le sujet. Ainsi, plusieurs professionnels ont pu critiquer la démarche promulguée : « Il est devenu obligatoire d'évaluer, de programmer, de remplir des grilles. Ce qui ne pourra être évalué, quantifié dans des statistiques sera marginalisé ou annulé »¹⁹. La démarche évaluative se trouve ainsi au centre d'un débat parfois violent : stade suprême du contrôle par l'Etat de l'initiative privée et de l'action des professionnels ou produit d'une exigence nécessaire, fondée sur les attentes des bénéficiaires et des professionnels eux-mêmes ?

¹⁶ La mission d'appui à la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (MARTHE) a été créée au sein du ministère de l'Emploi et de la Solidarité pour définir un nouveau décret (décret n° 2001-388 du 4 mai 2001) modifiant les décrets n° 99-316 et n° 99-317 ainsi que le décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics ; cette mission a été confiée à JR. BRUNETIERE.

¹⁷ Devenue depuis Ecole des hautes études en santé publique (EHESP).

¹⁸ Application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de la qualité pour les usagers des établissements.

¹⁹ PERTIN P., *Lien social*, n° 611, 28 février 2002, pp. 12-13.

Pour une part, ce débat a été tranché par le développement de nouvelles approches professionnelles dans le secteur. Certes, l'évaluation a pu être envisagée avec suspicion, dans la mesure où elle semblait correspondre à une intrusion de modèles importés du monde de l'entreprise et où elle pouvait conduire à déstabiliser les acteurs, à accroître leur stress, à augmenter l'incertitude dans l'attente des résultats mais, elle a aussi suscité un réel intérêt des professionnels qui y ont vu l'occasion de mettre en valeur leurs compétences et la complexité de leurs activités. A partir du moment où des équipes se penchent sur la question de l'évaluation et s'y impliquent, elles se placent bien souvent en position non plus seulement de défense, mais d'affirmation d'une légitimité. Les missions deviennent plus claires et les moyens sont mis en avant, y compris avec leurs insuffisances.

1.1.3 Les enjeux de la loi n° 2002-2 : affirmation de la place de l'utilisateur et évaluation de la qualité des activités

Déjà, la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales précisait que ces institutions étaient soumises à un contrôle par une photographie de l'existant qui devait témoigner de la conformité à une réglementation, sans prendre en compte une dynamique pluriannuelle d'évaluation.

Avec la loi n° 2002-2, le législateur entend donner une impulsion nouvelle à l'évaluation, en définissant un cadre avec l'idée d'obtenir la garantie que les droits et les attentes des usagers sont bien au centre des préoccupations des professionnels. Effectivement, cette loi institue l'évaluation interne et externe des établissements et services mentionnés à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Le législateur a ainsi lié la démarche d'évaluation au contenu d'une loi qui consacre la place de l'utilisateur et instaure la qualité comme exigence de l'action sociale.

La loi du 2 janvier 2002 a affirmé un nouveau cycle de vie de 15 ans pour les ESMS avec un principe de démarches obligatoires à intervalles réguliers, notamment l'obligation de procéder à une évaluation interne une fois par période de 5 ans (soit 3 fois par période d'autorisation de 15 ans) et l'obligation de faire procéder à une évaluation externe une fois tous les 7 ans. Les dates butoirs des premières évaluations étaient fixées à janvier 2007 pour l'évaluation interne et à janvier 2009 pour l'évaluation externe pour les établissements autorisés avant 2002. Néanmoins, la circulaire DGAS, n° 2006-53 du 10 février 2006 relative aux dates de mise en œuvre des évaluations prévues par la loi n° 2002-2, a indiqué que ces délais ne seraient pas imposés.

Désormais, l'évaluation des activités des ESSMS trouve son fondement dans l'article L. 312-8 du CASF. Le premier alinéa précise que « les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent (...). Les résultats sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation ». Se trouve ainsi fondée l'obligation pour les établissements et services de pratiquer une évaluation de leurs pratiques et ce à un double titre :

- *évaluation des activités* : ce qui suppose une réflexion sur leur organisation et leur mode de gestion, en particulier des ressources humaines ;
- *évaluation de la qualité des prestations* : ce qui postule une réflexion sur le produit final, à savoir la qualité des interventions, des prises en charge et des accompagnements. Dès qu'une équipe pluridisciplinaire s'investit dans une démarche d'évaluation de ses propres pratiques, elle améliore, dans le même temps, la qualité de ses activités. Toutefois, comme le font très justement remarquer JF. BAUDURET et M. JAEGER²⁰, le législateur est bien conscient que « l'ardeur évaluatrice » dans un établissement peut s'effriter au fil du temps. De fait, l'obligation de mener une évaluation interne régulièrement est entretenue par un dispositif de communication des résultats, tous les cinq ans, à l'autorité compétente.

Les trois alinéas suivants de l'article L. 312-8 créent le cadre de l'organisation de l'évaluation externe, pratiquée tous les sept ans par un organisme tiers²¹. Là aussi, les résultats doivent être communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation et les évaluations interne et externe devront avoir le même champ. La double approche – celle de l'établissement sur lui-même, mais également celle de l'organisme extérieur habilité – permet d'avoir une meilleure appréhension de l'activité de l'établissement dans son contexte.

1.1.4 Des principes régulièrement réaffirmés par le législateur

L'article L.312-8 du CASF instaure un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale (CNESMS) : « Les établissements et services (...) 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 recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées selon les catégories d'établissements ou de services, par un CNESMS, placé auprès du ministre chargé de l'action sociale ». La loi prête donc à cette instance un rôle déterminant dans la mise en place du dispositif, puisque c'est elle – et elle seule – qui validera ou, à défaut, élaborera elle-même, les procédures, références et recommandations. C'est aussi elle qui doit donner un avis motivé sur les organismes habilités à pratiquer l'évaluation externe, ainsi que sur l'évaluation des structures à caractère expérimental.

Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 et installée en mai 2007, l'ANESM a succédé au CNESMS et est née de la volonté des pouvoirs publics d'accompagner les ESSMS dans la mise en œuvre des évaluations interne et externe telles qu'instituées par la loi.

L'objet de l'agence est de développer, à travers la promotion des pratiques d'évaluation, une culture de la bientraitance au sein des établissements et services qui accueillent des

²⁰ BAUDURET JF., JAEGER M., *Rénover l'action sociale et médico-sociale, l'histoire d'une refondation*, Paris : Dunod, 2005.

²¹ Les textes prévoient que l'évaluation externe doit être réalisée par un organisme dûment habilité par le CNESMS (depuis devenu ANESM) ; la liste des établissements d'ors et déjà habilités par l'agence (plus de 400) a été publiée au Bulletin officiel et est régulièrement actualisée (la dernière actualisation date de juillet 2010).

personnes vulnérables²². Ses deux missions principales sont restées les mêmes que celles du CNESMS. Il est important de souligner que l'agence ne valide pas de référentiel d'évaluation.

Le législateur n'a eu de cesse de réaffirmer les principes posés par la loi n° 2002-2.

La loi du 11 février 2005²³, mettant en exergue les principes de non-discrimination et d'égalité des droits et de traitement de tous les citoyens, a vocation à donner un nouvel élan à la politique d'intégration des personnes handicapées et, ce faisant, corriger de nombreux dysfonctionnements et œuvrer vers davantage de qualité, y compris en institution.

Promulguée le même jour que la loi de réforme de la protection de l'enfance, la loi du 5 mars 2007²⁴ annonce pour le 1^{er} janvier 2009 l'entrée dans le champ d'application de la loi du 2 janvier 2002 des services mettant en œuvre les régimes de protection des majeurs. Dans cette loi, le législateur fait, une fois encore, référence à la démarche qualité à engager dans les établissements puisqu'il précise que ces services seront également soumis à l'obligation d'évaluation interne et externe.

Le décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations des ESSMS a permis de conforter la démarche d'évaluation dans laquelle sont entrés les établissements et services depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 2002-2. Il a souligné que l'évaluation devait porter sur l'effectivité des droits des usagers et notamment « la capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes et ainsi la réponse qui y est apportée ». Aider les professionnels dans leur pratique de l'évaluation interne est l'un des objectifs de ce document.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, dans son article 124, a conforté le dispositif prévu par la loi de 2002. En effet, la loi a rappelé l'obligation pour chaque ESSMS de procéder à des évaluations internes régulières sur un rythme à prévoir par décret ; l'obligation, pour ces mêmes établissements et services, de faire procéder pendant les 15 années d'autorisation à deux évaluations externes. En outre, la loi précise que les ESSMS en place avant le 22 juillet 2009 procèdent uniquement à une évaluation externe au plus tard 2 ans avant la date de renouvellement de leur autorisation²⁵.

Un projet de décret a été présenté par la nouvelle direction générale de la cohésion sociale (DGCS) aux organisations professionnelles le 1^{er} février 2010 et a été examiné le 14 avril 2010 par le Comité national de l'organisation sanitaire et sociale. Ce projet de décret indique notamment : l'obligation pour les ESSMS de « retracer » chaque année, dans leur rapport d'activité, la « démarche continue d'évaluation » et, pour ceux autorisés avant le 22 juillet 2009, de produire les résultats d'au moins une évaluation interne au plus

²² Par « personnes vulnérables », l'ANESM entend : les personnes âgées, handicapées, enfants et adolescents en danger et les personnes en situation d'exclusion.

²³ Loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation à la citoyenneté des personnes handicapées.

²⁴ Loi n° 2007-308 portant réforme de la protection juridique des majeurs.

²⁵ C'est-à-dire au 1^{er} janvier 2017 pour les ESSMS créés avant 2002, 2 ans avant la fin de leur période d'autorisation pour ceux ayant eu un arrêté d'autorisation entre 2002 et 2009.

tard trois ans avant le renouvellement de leur autorisation²⁶ puis dans la nouvelle période d'autorisation, le retour dans le droit commun. Pour les ESSMS autorisés après le 22 juillet 2009, le décret prévoit l'obligation de produire leur évaluation interne 5 ans après cette date, puis, régulièrement, tous les 5 ans. Enfin, il prévoit l'obligation pour les établissements et services de faire procéder à deux évaluations externes entre la date de leur autorisation et son renouvellement²⁷. Serait maintenu, à titre dérogatoire, le fait que les ESSMS autorisés et ouverts avant le 22 juillet 2009 ne procèdent qu'à une seule évaluation externe au plus tard deux ans avant le renouvellement de leur autorisation. Quoi qu'il en soit et comme le rappelle D. CHARLANNE, actuel directeur de l'ANESM, « Il ne s'agit pas de faire une évaluation ponctuelle. L'évaluation doit être une démarche continue, dont on rend compte à des moments précis ».

Ainsi les différents textes et outils pouvant aider un directeur dans la mise en place d'une démarche qualité existent mais peuvent être, délibérément ou non, ignorés.

En aucun cas, leur existence ne constitue une condition suffisante à leur connaissance : bien qu'aucun directeur ne soit censé les méconnaître, cela ne signifie pas qu'il en maîtrise tous les enjeux. Bien au contraire, la vraie question est celle de l'usage qui en sera fait sur le terrain, tant du point de vue de leur appropriation par tous que de leur mise en pratique concrète.

1.2 Des facteurs stratégiques internes au CHR : des ambitions à faire valoir

1.2.1 Des projets initiés en vue d'améliorer la qualité du service rendu

Au sein du Pôle Personnes Âgées (Pôle PA) du CHR d'Orléans, tous les projets initiés ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des résidents hébergés et cherchent à leur apporter la réponse la mieux adaptée à leurs demandes, attentes et/ou besoins.

Pour adapter l'accueil en établissement à la spécificité de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés et pour répondre à une exigence émise dès 2009 par l'ex-DDASS du Loiret, le Pôle a créé une unité d'hébergement de psycho-gériatrie au sein d'une USLD du Centre de cure médicale. Cette unité, qui a toutes les caractéristiques d'une unité d'hébergement renforcée (UHR) a accueilli ses premiers résidents dès le mois de février 2010 et les 10 places sont aujourd'hui occupées.

Après quelques mois de fonctionnement, le CHR a sollicité une labellisation de cette unité en UHR. Cette demande s'inscrit parfaitement dans le projet de soins du Pôle qui prévoyait une prise en charge particulière des troubles psycho-comportementaux face à l'augmentation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés sévères.

En outre, le Pôle a également déposé, fin décembre 2009, un dossier de demande de création d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) au sein de l'EHPAD P. Pagot.

²⁶ Janvier 2014 pour une autorisation allant jusqu'en janvier 2017 pour les ESSMS autorisés avant la loi du 2 janvier 2002, 12 ans après leur arrêté d'autorisation pour ceux qui ont été autorisés ensuite.

²⁷ La première des évaluations externes devrait être effectuée au cours des 7 années suivant l'autorisation ou son renouvellement et la seconde au plus tard 2 ans avant la date du renouvellement d'autorisation.

Ce dispositif vise à améliorer la qualité de vie des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou souffrant de troubles apparentés déjà hébergés dans l'établissement en leur proposant des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et bénéficiant d'un environnement adapté à leurs besoins.

Le plus gros projet actuellement piloté par le Pôle concerne la création d'un nouvel établissement en remplacement de la Résidence P. Gauguin devenue inadaptée pour l'accueil et la prise en charge de personnes âgées dépendantes voire démentes.

Des études financières ont montré que le coût serait moins important de reconstruire un établissement que de vouloir réhabiliter le bâtiment actuel. Le nouvel établissement, dont l'ouverture est prévue pour le printemps 2013, ne sera plus situé à La Chapelle Saint Mesmin mais à Saran, à proximité du Centre de cure médicale.

C'est l'architecte du CHR d'Orléans²⁸ qui a réalisé les plans en respectant, autant que possible, les contraintes financières, de superficie et de capacité imposées par les autorités de tarification ainsi que les attendus en termes d'architecture et d'ergonomie des professionnels.

En outre, le projet, tel qu'approuvé par la délégation territoriale et, surtout, le Conseil général, en juin 2010, propose deux nouveaux types d'accueil : 6 lits d'hébergement temporaire et 6 places d'accueil de jour afin de diversifier les modes de prise en charge et proposer un accueil varié et de qualité.

1.2.2 Un rang à maintenir sur le territoire

De part son rattachement à un établissement public de santé²⁹ et de part sa capacité en lits³⁰, l'ensemble du Pôle Personnes Âgées a désormais atteint une taille qui induit, d'une part, des moyens³¹ qui sont, toutes proportions gardées, supérieurs à ceux des structures plus petites (de type EHPAD publics autonomes) ; d'autre part, une possibilité accrue de peser lors des négociations avec les autorités de tarification.

En 2008, le Pôle a dû mettre en œuvre la réforme des USLD³². Même si la requalification de lits, qui a pris effet à compter du 1^{er} janvier 2009, a été importante en nombre de lits, il n'en demeure pas moins qu'avec 160 lits d'USLD, le CHR d'Orléans reste aujourd'hui bien doté par rapport aux autres établissements publics de santé de la région.

Cette nouvelle partition des lits d'USLD, qui avait pour objectif l'amélioration de la prise en charge des résidents présentant des soins médico-techniques importants, a permis une augmentation des effectifs médicaux et paramédicaux (sauf en termes d'AS et d'ASH).

Par ailleurs, de part leur rattachement au CHR, les EHPAD et USLD jouissent de la réputation et du rayonnement de ce dernier. En effet, avec le projet de construction du nouvel hôpital d'Orléans (dit projet NHO), ce sont tous les secteurs et tous les champs

²⁸ Maîtrise d'œuvre interne au CHR.

²⁹ On compte 1.446 lits et 61 places répartis dans 42 services de soins ; le CHR emploie quelques 4.664 personnes (4.381 ETP) ce qui en fait le premier employeur de l'agglomération et le principal établissement de santé du département.

³⁰ 362 lits d'EHPAD et 160 lits d'USLD.

³¹ Le terme de moyens est ici à entendre au sens large, c'est-à-dire à la fois humains et financiers.

³² On comptait 360 lits d'USLD avant la réforme.

d'intervention de l'hôpital qui sont concernés par ce projet. En effet, même les secteurs d'hébergement sont touchés, dans la mesure où la construction du nouvel EHPAD est conditionnée au déménagement de certains services sur le site du NHO.

Le NHO est le plus important chantier de construction d'un établissement public de santé (EPS) et le futur hôpital sera le tout premier EPS français entièrement construit selon les normes de haute qualité environnementale³³ et donc le premier entièrement certifié HQE. De même, le nouvel EHPAD sera édifié selon les critères de très haute performance énergétique³⁴.

Toutefois, le rattachement des établissements d'hébergement au CHR ne les protègent pas de la concurrence des autres EHPAD, y compris privés, de l'agglomération³⁵ et cela, alors même que les tarifs pratiqués font partie des plus bas.

1.2.3 Un renouvellement des conventions tripartites à anticiper

Le renouvellement des CTP³⁶ EHPAD et USLD était prévu pour le courant de l'année 2011 ; c'est la raison pour laquelle la conduite de l'auto-évaluation du Pôle avait été anticipée de manière à conduire une évaluation interne pertinente et partagée.

Bien qu'un avenant ait dû être négocié en 2010, le fait d'avoir anticipé l'auto-évaluation du secteur permettra aux autorités de disposer, à l'avance, des résultats de cette dernière ainsi que de la synthèse des objectifs que le Pôle se propose d'atteindre au cours des prochaines CTP.

Parce que le Pôle a l'ambition de conduire des projets novateurs et porteurs pour l'ensemble des équipes et la volonté d'améliorer constamment la prise en charge des résidents hébergés, la négociation des conventions tripartites devait être finement préparée et réfléchie de manière à obtenir les moyens humains et financiers à la hauteur des enjeux et des objectifs à atteindre, surtout depuis la requalification des lits d'USLD.

³³ Dites HQE.

³⁴ Du fait d'une liaison avec l'actuel bâtiment de Saran, le nouvel établissement ne pourra pas être certifié HQE.

³⁵ Dans l'agglomération orléanaise (22 communes), on dénombre 14 autres EHPAD (dont 9 sont privés) et 8 foyers-logement.

³⁶ Une CTP pour les EHPAD et une autre pour les USLD.

2 Comprendre la qualité et ses enjeux pour en faire un outil de management

Il s'agit désormais de se placer en tant que directeur ayant à mettre en œuvre et à piloter une démarche qualité. De manière très concrète, nous analyserons la situation telle qu'elle s'est présentée au sein des EHPAD du CHR d'Orléans.

2.1 Définir la qualité et comprendre ses enjeux au CHR d'Orléans

2.1.1 Définir la qualité avant d'initier la démarche

Avant de se lancer dans la démarche, son pilote doit en comprendre le sens, les tenants, aboutissants et enjeux. Autrement dit, il doit se l'approprier pour mieux la transmettre et en faire un véritable levier de changement au service de l'utilisateur. Pour cela, un détour sémantique s'impose : de quoi parle-t-on (qu'est-ce que la qualité ? qu'entend-on par évaluer ? ...) ? Que veut-on atteindre (pourquoi mettre en œuvre une démarche qualité ? quel est le but de la démarche ? ...) ? Pourquoi (quels sont les enjeux ? ...) ?

Le terme de « qualité »³⁷ est *a priori* un mot simple : chacun croit le comprendre et, en fait, l'interprétation est différente d'une personne à l'autre. Ainsi, les acteurs de terrain interrogés ont eu beaucoup de difficultés à la définir. Néanmoins, tous voudraient pouvoir l'appréhender comme une chose observable et évaluable.

On peut retenir³⁸ que la qualité est l'aptitude, pour une organisation, à répondre aux besoins exprimés, implicites³⁹ et potentiels de l'utilisateur, de sa famille et des acteurs avec lesquels elle entre en coopération en vue de maintenir ou d'améliorer la santé, l'autonomie sociale et la dignité d'être humain de tout usager.

Le directeur doit aussi s'interroger sur la signification de l'évaluation qu'il doit mener : qu'est-ce qu'évaluer ? « L'évaluation a pour finalité de contribuer à l'élaboration d'un jugement de valeur, de préparer une décision, d'améliorer pratiquement la mise en œuvre d'une politique ou le fonctionnement d'un service. Dans tous les cas, il faut que le commanditaire et les autres destinataires de l'évaluation (y compris, dans certains cas, le grand public) puissent s'approprier les résultats et les connaissances produites »⁴⁰. Ainsi, l'évaluation se distingue d'une pure connaissance objective.

Il est important que le gestionnaire soit au clair avec le fait que l'évaluation n'est pas un sésame amenant une solution "clé en main". Elle est une démarche de meilleure compréhension d'un établissement dans toute sa complexité, permettant de concevoir des pistes de progrès dans le souci d'améliorer en continu les pratiques professionnelles

³⁷ Le terme vient du latin *qualita*, « manière d'être ». Jusqu'au XII^{ème} siècle, son sens demeure neutre : la qualité n'est ni bonne, ni mauvaise. C'est au XV^{ème} siècle que la valeur positive s'impose progressivement rendant la chose recommandable. Dans les années 1970, le terme « qualité de vie » fait son apparition.

³⁸ Notamment à partir des référentiels internationaux et des normes ISO.

³⁹ Le fait que certains usagers aient des difficultés à exprimer leurs opinions ne gêne aucunement la démarche puisque ces besoins peuvent être « exprimés ou implicites » ; les professionnels auront donc toujours un rôle essentiel dans l'émergence des besoins qui détermineront pour beaucoup les caractéristiques qualitatives des services.

⁴⁰ Cette citation proposée par le Conseil scientifique de l'évaluation dans son *Petit guide de l'évaluation des politiques publiques* (La documentation française - 1996) a été retenue en raison de son intérêt et de sa clarté ; on note toutefois qu'elle date de dix ans : aujourd'hui, la notion de jugement de valeur n'est plus utilisée pour définir l'évaluation ; on préférerait l'expression : « jugement sur la valeur ».

et la qualité des prestations. Elle produit des connaissances partagées et, en cela, elle est une aide à la décision et à la conduite du changement et peut être utilisée comme une véritable ressource. Encore faut-il que le directeur accepte – et fasse accepter à ses équipes – d'entrer dans une logique de démonstration de ce qui est fait et de ce qui reste à faire. Dans cette perspective, il ne doit plus y avoir de séparation entre acteur et évaluateur : c'est l'interaction des deux qui fait avancer le processus.

Concrètement, comme le précisait déjà le CNESMS, toute évaluation médico-sociale a pour objet l'appréciation : de la cohérence (les finalités de l'action sont-elles en cohérence avec les orientations prioritaires ?), de la pertinence (l'action constitue-t-elle une réponse adaptée aux problèmes identifiés ?), de l'efficacité (les résultats atteints sont-ils conformes aux objectifs retenus ?), de l'efficience (les résultats sont-ils à la mesure de l'ensemble des moyens mobilisés ?), de l'impact (quels sont les effets des actions conduites, attendus ou inattendus, souhaités ou non ?). C'est précisément en cela que l'évaluation représente, pour les établissements médico-sociaux dans lesquels elle est menée, un véritable levier pour mettre en œuvre un management par la qualité.

Il est aussi essentiel que le directeur prenne conscience de la différence notable qui existe entre évaluation et contrôle. En effet, il ressort des entretiens menés que si, trop souvent, les équipes freinent voire s'opposent à la mise en place d'une démarche qualité c'est parce qu'ils ont le sentiment que cette évaluation va consister en un jugement de valeur porté sur leur travail à l'issue duquel on leur dira que leur travail est mal fait. Ce n'est pas là l'objectif de l'évaluation. Le contrôle, au sens de la loi n° 2002-2, consiste en une vérification destinée à apprécier le bon fonctionnement d'un système, au regard de règles administratives, législatives ou réglementaires préalablement édictées qui s'imposent au secteur ; le contrôle est réalisé par les autorités institutionnelles compétentes. Dans ce cas précis, la non-conformité mise en exergue par le contrôle peut appeler une sanction⁴¹, ce qui n'est pas le cas de l'évaluation.

Par ailleurs, il ne s'agit pas de confondre certification et accréditation (sanitaires) avec l'évaluation (médico-sociale), ces trois termes étant très courants et largement employés en milieu hospitalier. Contrairement à la certification, l'évaluation interne n'est pas destinée à l'obtention d'un "label", mais contribue à une démarche autonome d'appréciation de l'activité et de la qualité des prestations, en vue d'éclairer les décisions de l'établissement ou du service. En ce sens, elle est plus proche de l'accréditation⁴².

La qualité est historiquement et culturellement connotée et donc intimement liée au contexte et à l'environnement de chaque établissement, au-delà même de son rattachement à une institution plus grande (le CHR) : les valeurs et les normes varient avec le temps, les pratiques, les progrès scientifiques et techniques, les lois et règlements, les équipes – y compris de direction. Les conceptions de l'homme varient aussi, ses droits et devoirs, ses modes de vie, la place qu'on lui fait notamment lorsqu'il est vieux et dépendant, la façon dont on le protège socialement,... La qualité est donc

⁴¹ Bien souvent le contrôle est inopiné et peut entraîner des sanctions immédiates ; il est toujours binaire : ce qui est contrôlé est conforme ou non.

⁴² L'accréditation suppose aussi une démarche volontaire qui porte sur les processus et non sur les résultats.

contextuelle et se transforme continuellement ; le directeur initiateur d'une démarche qualité ne doit pas perdre cet élément de vue, il doit avoir pleinement conscience des enjeux de ce qu'il s'apprête à initier.

2.1.2 Les enjeux de la démarche qualité : le cas des EHPAD du CHR d'Orléans

Certes, la mise en œuvre d'une démarche qualité correspond d'abord et avant tout à la satisfaction à une obligation réglementaire dans le respect des règles éthiques, notamment celles relatives aux droits et libertés des résidents. Néanmoins, les enjeux et facteurs justifiant l'intérêt pour les démarches qualité sont multiples, tenant tant à l'évolution du secteur qu'à celle de son environnement. Il est possible de repérer un certain nombre de tendances lourdes dont les effets conjugués expliquent le phénomène, en particulier au sein des EHPAD du CHR d'Orléans.

Tout d'abord, les acteurs interrogés ont souligné l'importance de la modification de la perception de la société et des professionnels à l'égard des usagers depuis une dizaine d'années. En effet, la vieillesse et la dépendance renvoient à des réalités plurielles ; les usagers des structures médico-sociales se caractérisent par la diversité de leurs situations, en fonction de l'origine, de la nature et du degré de leurs difficultés. Par ailleurs, la personne âgée dépendante est à la fois ordinaire en ce sens qu'elle a les mêmes besoins que tous, et particulière parce qu'elle connaît des besoins spécifiques liés à son âge et à sa situation. Cette transformation dans la perception du grand âge modifie l'image de l'utilisateur d'EHPAD : ses droits s'affirment, sa place est mieux reconnue, il devient sujet, acteur de son projet, anticipant sur son propre avenir ; ses exigences et/ou celles de sa famille s'expriment et sont mieux prises en compte. Une approche consumériste s'observe progressivement.

Ensuite, il est indiscutable qu'une réelle demande d'individualisation et de personnalisation des prestations apparaît, relayée par l'ensemble des acteurs : résidents, familles, professionnels, bénévoles. De plus en plus, c'est l'utilisateur, en tant que personne, qui oriente la pratique. A la culture de l'institution définie par ses murs et son histoire se substitue un traitement personnalisé des situations individuelles. Cette évolution récente, plaçant la personne au centre du dispositif, s'inscrit dans une logique de développement de relations de type contractuel et démultiplie les modalités d'accompagnement ainsi que les lieux d'exercice professionnel.

En outre, des considérations économiques ont également été prises en compte. Effectivement, si, globalement, les moyens consacrés par la collectivité publique aux EHPAD du CHR d'Orléans ne diminuent pas, le resserrement des contraintes financières se traduit par une volonté de rationalisation des critères d'allocation de ressources aux structures. Aujourd'hui, au sein du CHR, les acteurs et décideurs du Pôle s'accordent à reconnaître que les outils de planification sont insuffisamment pertinents pour assurer une réponse équitable aux besoins quantitatifs et totalement inadaptés à la prise en compte de la dimension qualitative. Dans un contexte de budgets contraints, la pénurie de l'offre⁴³

⁴³ Bien que les EHPAD du CHR soient soumis à la concurrence des autres EHPAD de l'agglomération, il n'en demeure pas moins que les demandes de prise en charge excèdent les places offertes.

conjuguée à la disparité des moyens entre établissements et entre secteurs géographiques du département imposent l'élaboration de dispositifs nouveaux garantissant une prestation conforme au meilleur coût. De plus en plus, il semblerait qu'une émulation et une différenciation par la qualité se substituent à la concurrence par les prix. Par ailleurs, une maîtrise accrue des coûts liés à la non-qualité permettrait une réaffectation des moyens en vue d'une meilleure satisfaction des besoins.

Enfin, la séparation entre le médico-social et le sanitaire et plus spécifiquement entre le secteur des EHPAD et celui des USLD tend à s'atténuer au profit d'une nécessaire coopération (y compris avec le court séjour gériatrique) pour une meilleure réponse aux besoins des populations cibles. Par ailleurs, le redéploiement d'une partie de l'enveloppe financière sanitaire vers les équipements médico-sociaux, du fait d'une pénurie de l'offre dans ce secteur, accentue le décloisonnement et les complémentarités. Sans constituer un décalque des solutions hospitalières, l'adaptation de la réglementation dans le secteur médico-social reste fortement influencée par les évolutions au sein du système de santé. Ce rapprochement, s'il est nécessaire, ne doit cependant pas occulter les distinctions entre démarche de soins et démarche d'accompagnement médico-social dont les finalités et les modes d'action diffèrent.

2.2 Identifier les incontournables d'une démarche qualité

2.2.1 Trouver le sens à donner à l'ensemble de la démarche

Répondre à la recherche de sens du directeur et, surtout, des professionnels doit constituer la toute première étape de la démarche.

D'abord, il s'agit d'éclaircir voire de (re)définir la mission médico-sociale de l'institution. Le secteur accorde bien souvent une place excessive à la dimension soignante au détriment des actions sociales ; cela est d'autant plus vrai dans un centre hospitalier où interviennent des praticiens. De fait, encore aujourd'hui, le secteur médico-social demeure massivement orienté vers l'action curative. L'EHPAD qui souhaite engager une démarche qualité doit donc d'abord renoncer à cette « dictature culturelle du sanitaire »⁴⁴ et réviser son adhésion au modèle biomédical qui exclut les déterminants économiques, sociaux, culturels et psychologiques de la santé. Alors que les demandes des usagers réclament une réelle écoute, un dialogue authentique et une vraie disponibilité des professionnels, la réponse de type médicamenteux, est devenue incongrue⁴⁵. Pour le directeur d'EHPAD, retrouver la mission sociale de l'institution suppose une mise à l'épreuve de la culture technique : « L'action sanitaire et sociale gagnerait à se rappeler qu'elle reste un art dont la technique est un adjuvant souvent indispensable mais jamais suffisant à lui seul. Lorsque le recours à la technique devient une religion, un réflexe pavlovien ou une mise à distance de l'utilisateur, la qualité ne peut y trouver son compte »⁴⁶.

⁴⁴ DUCALET P., LAFORCADE M., *op. cit.*, pp. 82.

⁴⁵ BERAUD C., « La France à la recherche d'un système de soins », *Futuribles*, décembre 1996.

⁴⁶ DUCALET P., LAFORCADE M., *op. cit.*, pp. 83.

Dans un second temps, la recherche de la qualité donne à l'institution (à son gestionnaire, en premier lieu, et à l'ensemble de son équipe, ensuite) une opportunité exceptionnelle : celle de réinterroger les évidences qui, trop souvent, tiennent lieu de principes de vérité à l'ensemble des actions médico-sociales. Comme nous le savons, notre mémoire – et donc aussi nos pratiques – procède d'activités sélectives en ce sens qu'elle retient ou élimine un ensemble d'idées et de données selon que celles-ci nous apparaissent significatives ou non. Or, « le monde des idées »⁴⁷ a un poids considérable dans le secteur médico-social : certaines ont une véritable autorité qui les impose en doctrines ou en idéologies. De fait, la mise en œuvre d'une démarche qualité dans un établissement doit être utilement précédée d'une réflexion sur la nature des idées apparemment partagées. C'est à ce titre que la tendance naturelle des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux à privilégier le "tout curatif" mérite une mise en perspective critique.

Ensuite, il faut retrouver l'adéquation des prestations aux besoins des personnes hébergées⁴⁸. L'analyse des besoins se heurte à diverses contraintes. Par exemple, pour l'usager rencontrant des difficultés à exprimer ses besoins, le risque est permanent de voir les professionnels parler en son nom ; bien que les intentions soient rarement mauvaises, le résultat s'avère souvent tendancieux. Pourtant, malgré ces difficultés, l'analyse des besoins peut devenir la pierre angulaire d'une démarche qualité. Pour cela, le directeur doit distinguer rigoureusement le besoin⁴⁹, la demande⁵⁰ et l'offre⁵¹. Une institution n'atteint l'excellence que lorsque les prestations proposées se trouvent à l'intersection des trois ensembles. Dans les autres hypothèses, le directeur devra utilement s'interroger sur la légitimité et la qualité de l'intervention de son établissement.

Enfin, la démarche qualité va constituer un véritable tournant dans la culture et les mentalités et les spécialistes sont unanimes sur un point : trouver le sens à lui donner ne peut se faire sans un nécessaire changement de mentalité des parties prenantes⁵². En effet, « une évaluation productive implique que les diverses parties prenantes (dirigeants, personnels, usagers,...) changent de posture, de représentations et s'approprient une culture de l'évaluation »⁵³. Or, cela constitue indéniablement une entreprise de long terme que le directeur doit avoir à cœur de mener.

2.2.2 Donner tout son sens et sa juste place à « l'usager »

Retrouver l'usager suppose d'abord de s'interroger sur les principes qui pourraient fonder une éthique de l'usager en établissement. Le retour du débat sur l'éthique, la responsabilité, la citoyenneté, la démocratie, les missions du secteur médico-social fait se questionner sur le concept de qualité : la recherche de la qualité et son évaluation sont-

⁴⁷ PLATON, « L'allégorie de la caverne », *La République*, Livre VII, - 372 avant JC.

⁴⁸ Ces besoins peuvent être subjectifs, objectifs voire créés et façonnés par l'institution elle-même.

⁴⁹ Le besoin relève du champ des prestations souhaitables.

⁵⁰ La demande regroupe l'ensemble des interventions sollicitées par les personnes âgées accueillies.

⁵¹ L'offre correspond aux prestations disponibles, celles qui sont proposées.

⁵² BOUDET B., coor. PAUL S., FRETIGNE AL., SACHER D., POULET-GOFFARD S., CARBONNEL L., « L'évaluation implique un changement de culture des parties prenantes », *Union sociale*, n° 202, décembre 2006, pp. 19-28.

⁵³ Ibid. pp.22, Interview de D. SACHER, membre pour l'Uniopss au Conseil national de l'évaluation.

elles seulement des obligations réglementaires d'administration et de gestion, ou accélèrent-elles également la dynamique engagée par les équipes professionnelles pour retrouver le sens à donner à leurs actions quotidiennes ? S'il est clair que les impératifs de gestion tentent de s'imposer de plus en plus aux pratiques professionnelles du secteur, l'évaluation invite cependant les dirigeants à s'engager dans ce changement, certes en intégrant ce nouveau cadre normatif, mais aussi en s'y appuyant pour créer des espaces de travail innovants et donner du sens à l'action. Le problème est alors pour nombre de dirigeants de gérer le paradoxe suivant : moderniser les organisations et les modes d'action des équipes en lien avec la commande publique actuelle mais aussi sauvegarder les valeurs qui ont organisé le secteur (assistance, aide, accompagnement).

Le directeur doit veiller à ce que l'éthique ne devienne pas « un banal argument d'auto-légitimation, une simple posture – voire imposture – intellectuelle »⁵⁴ lui permettant de faire ce que de toute manière il avait déjà décidé de faire, tout en faisant croire à l'usager qu'il est l'objet premier de ses préoccupations.

Dans notre métier, l'éthique propose un questionnement de nos pratiques quotidiennes respectives qui commence nécessairement par un questionnement du résident entendu comme sujet de droits, digne de respect qu'il faut veiller à ne pas cantonner à un rôle que nous aurions préalablement défini. Cette interrogation doit constituer l'un des pré-requis à la mise en œuvre d'une démarche qualité. Il revient au directeur, et à lui seul dans un premier temps, de s'interroger sur ce qu'il entend par « usager » dans son propre établissement⁵⁵. Ensuite, seulement, il faudra poser la même question aux équipes.

Au risque d'une négation de l'autre et d'un comportement professionnel purement fonctionnaliste, la conduite d'une réflexion éthique m'apparaît un point de passage obligé à l'amélioration de la qualité globale des prestations et services d'un établissement. La création d'un espace de débat éthique au sein de la structure pourrait en faciliter l'émergence ; il constituerait un espace de confrontation des valeurs et d'émergence de réponses à la fois multiples et co-construites à des situations singulières. Néanmoins, la mise en place d'un tel espace ne pourra se décréter du jour au lendemain ; il faudra nécessairement du temps et recueillir l'engagement des professionnels.

A l'évidence, l'usager est le principal garant de toute démarche qualité. Néanmoins, ne soyons pas dupes : encore aujourd'hui, l'usager est le grand absent du secteur médico-social. En effet, par définition, l'état de l'usager le prédispose peu à exercer son autonomie : malade, âgé, dépendant, handicapé, démuné, ... il est souvent dans une relation de connaissance et d'information très inégale avec les professionnels. Le directeur d'établissement doit donc aussi s'interroger sur la place et le rôle des usagers qu'il accueille : l'usager est-il un moyen ou une fin ? Est-il un objet ou un sujet ?

« L'usager-objet » est usager « pour soi », voire « son usager à soi »⁵⁶, qu'il faut maintenir le plus durablement possible au sein de l'institution afin d'assurer la pérennité

⁵⁴ P. DUCALET, M. LAFORCADE, *op. cit.*, pp. 113.

⁵⁵ Le directeur peut s'inspirer de la pensée de R. MISRAMI (« Fonder une éthique de l'homme », *Cultures en mouvement*, n° 6, décembre 1997) qui définit l'éthique comme une réflexion basée sur 3 principes : de singularité, de réciprocité et de positivité.

⁵⁶ DUCALET P., LAFORCADE M., *op. cit.*, pp. 104.

organisationnelle et l'équilibre budgétaire de cette dernière. Parce qu'il ne se réduit qu'à cela, il est instrumentalisé, utilisé et captif. Il est au centre d'une production quasi-standardisée dans laquelle il n'a aucun pouvoir, simplement le devoir de s'en contenter.

A l'opposé, « l'usager-sujet », usager « en soi », n'est pas prisonnier de la structure qui l'héberge. « L'usager comme sujet suppose qu'il accède à la parole – ou un équivalent – qu'elle soit entendue, qu'il en soit tenu compte et qu'une position soit prise quant au contenu de la réponse à construire pour répondre à ses besoins »⁵⁷. Il s'agit d'une personne âgée singulière qui ne se réduit pas au gain financier qu'elle représente pour l'établissement. C'est bien à partir d'elle, de son vécu et de ses besoins que sera élaboré un projet de vie et de soins individualisé et personnalisé. En outre, elle est sujet de droits ce qui suppose, d'une part, qu'ils aient été préalablement définis et, d'autre part, portés à sa connaissance. Il faut aussi lui assurer les moyens de les faire valoir et donc de pouvoir s'exprimer.

C'est l'ensemble de ces éléments qui participe à l'émergence d'un « usager-citoyen », co-producteur et co-évaluateur des prestations qui lui sont proposées : « le citoyen est en dernière analyse celui qui est doté de la capacité d'évaluer et de sanctionner l'action publique. La difficulté de réalisation de cette capacité pour les destinataires de l'action médico-sociale ne peut plus être considérée comme insurmontable. Le devoir des institutions (...) est aujourd'hui d'instituer les destinataires comme évaluateurs permanents des services rendus. Les conditions incontournables d'un tel processus sont une offre de services cohérente (...) et une culture institutionnelle accordant une place réelle et un poids à la représentation individuelle et collective des usagers »⁵⁸. On entrevoit là une nouvelle facette du rôle du directeur.

Finalement, la principale ambition de la démarche qualité et la seule évaluation probante de cette dernière réside indéniablement dans la satisfaction – objective et subjective – du résident⁵⁹. Il revient alors au directeur d'ériger (d'imposer ?) la satisfaction de l'usager en but ultime, posant, avant toutes décisions déterminantes, la seule question valable : « quels seront les bénéfices pour l'usager ? ».

Un établissement qui se propose de réfléchir à l'analyse des besoins des usagers et d'en faire des « usagers-sujets » doit nécessairement être à l'écoute de la personne âgée et de sa famille⁶⁰. Mais, concrètement, comment faire ?

D'abord, un mécanisme permettant et favorisant l'expression de tous et la gestion efficace des plaintes et autres évènements indésirables doit être élaboré et fonctionner de manière opérationnelle. Son existence est portée à la connaissance de chaque résident et de sa famille au moment de l'entrée dans la structure. Il faut également mettre à leur disposition, si nécessaire, une aide pour faciliter l'expression de leurs doléances. Il

⁵⁷ VENTELOU D., « Garantir des rapports délibérés avec les usagers », *Le Nouveau Mascaret*, CREAHI, n° 54, 1998.

⁵⁸ VENTELOU D., *Ibid.*

⁵⁹ C'est d'ailleurs ce que l'ensemble des professionnels reconnaît lorsque ces derniers sont interrogés sur les buts à atteindre d'une démarche qualité.

⁶⁰ La famille représente aujourd'hui une entité à part entière, de plus en plus présente et impliquée quant aux conditions de prise en charge de son/ses proche(s).

semble essentiel que ce dispositif ne soit pas un artéfact et que chaque requête obtienne une réponse précise, personnelle et rapide.

En outre, des enquêtes de satisfaction doivent être régulièrement menées. Néanmoins, cela ne signifie pas qu'il faut se contenter de distribuer un questionnaire dans chaque chambre. L'objectif est d'obtenir la représentation la plus fidèle possible des ressentis des usagers même si cela nécessite des moyens supplémentaires (notamment humains pour l'accompagner et l'aider à répondre).

Par ailleurs, des « comités de résidents et d'usagers » ou « groupes de parole » peuvent constituer un bon moyen de recueillir l'opinion de tous, à condition toutefois de ne pas se limiter aux images stéréotypées qui en sont parfois données. Ce temps d'échange tout à fait particulier peut être perçu comme perdu selon les critères de l'efficacité technique et normative. Mais, en fait, il peut rapidement s'avérer un temps gagné sur les blocages inconscients et les non-dits qui peuvent conduire certaines familles à la revendication.

Cela dit, dans un Centre hospitalier comme celui d'Orléans, la mise en place de tels comités s'avère difficile ; il est encore plus difficile de les faire vivre dans le temps.

Pour pallier à cette difficulté, le Conseil de vie sociale (CVS) doit constituer une instance organisée, solide et opérationnelle. A l'occasion de chaque réunion, il doit permettre de faire un point sur l'état de satisfaction des résidents et cela non pas seulement sur un nombre restreint de thèmes comme c'est trop souvent le cas dans les EHPAD.

Enfin, on peut aussi envisager, comme cela a été fait en juin dans les EHPAD du CHR, l'organisation d'une réunion publique annuelle d'informations à destination des résidents et de leurs familles en présence du directeur général (une réunion par établissement) d'une part, rappelant les grandes lignes des conditions de prise en charge du résident dans l'établissement et, d'autre part, permettant aux familles d'être écoutées et d'obtenir des réponses.

2.3 Prendre la mesure des contraintes : identifier les difficultés et les freins

L'environnement des structures médico-sociales, leur mode de fonctionnement et le jeu des acteurs qui y évoluent ont des spécificités propres à chaque établissement. Le directeur ne saurait initier une démarche qualité sans une compréhension détaillée de ces contraintes, des difficultés et freins en présence. La méconnaissance de ces derniers serait, indiscutablement, une cause d'échec de la démarche.

2.3.1 La non-conformité du service rendu aux attentes des résidents

Par non-conformité du service rendu aux attentes des résidents, j'entends les prestations proposées et fournies et les conditions dans lesquelles elles se réalisent pour le résident.

Au sein de la Résidence P. Gauguin, on compte 26 chambres à 4 lits, 22 chambres à 2 lits et seulement 12 chambres simples⁶¹. En outre, certaines chambres – en particulier les chambres simples – ne disposent d'aucune ouverture sur l'extérieur si ce n'est par la

⁶¹ Le prix de journée étant de 55,55 € (hors Gir 5/6 d'environ 5,00 €).

porte d'entrée (donnant sur le couloir de circulation). Globalement, l'architecture des lieux n'est plus adaptée à la prise en charge de personnes âgées dépendantes⁶².

A la Résidence P. Pagot, par manque de personnel, 6 résidents fortement dépendants étaient levés une fois seulement le week-end, le samedi ou le dimanche. Progressivement des projets personnalisés ont été construits avec les équipes.

A Saran, un certain nombre de visites inopinées que j'ai réalisées ont révélé que les conditions d'hygiène alimentaire et de sécurité ne sont pas systématiquement respectées par les agents. Ainsi, diverses réserves (alimentaires, de matériel,...) sont régulièrement laissées ouvertes, les résidents pouvant aller et venir dans ces locaux.

Outre ces conditions de prise en charge qui peuvent surprendre, il faut ajouter qu'aucune enquête de satisfaction sur la prise en charge globale n'avait été réalisée au sein du Pôle, que ce soit auprès des résidents, de leur famille ou des professionnels. On peut alors s'interroger sur les modes de prise en compte de leurs besoins et attentes par l'institution.

2.3.2 La non-conformité de l'organisation chargée de la réalisation du service

D'abord, ce sont les conditions architecturales de certaines résidences qui ne permettent pas une prise en charge complètement individualisée. Au sein de la Résidence P. Gauguin, beaucoup de chambres accueillent quatre résidents et la disposition des lits en étoile ne permet pas à chacun d'avoir un véritable espace privatif susceptible de préserver son intimité (notamment en cas de toilette au lit)⁶³. Dans ces chambres, on ne peut brancher qu'un seul téléviseur, au centre de la pièce.

L'établissement, qui compte deux étages, est organisé autour d'un atrium (couvert d'une verrière). Or une telle disposition, pour des personnes démentes, peut se révéler particulièrement dangereuse : des résidents se sont déjà suspendus aux balustrades. De plus, l'établissement est particulièrement bruyant : les bruits et cris de certains résidents ne sont pas atténués par un système acoustique adapté voire même sont renforcés par l'atrium.

Dans les résidences P. Gauguin et P. Pagot, les équipes se plaignent régulièrement d'incohérences architecturales leur posant problème au quotidien : des couloirs en pente (difficultés à manier les chariots repas, difficultés pour les résidents en fauteuil roulant,...), des piliers porteurs en plein milieu d'un espace de circulation, etc.

Ensuite, les conditions et la charge de travail pèsent sur les équipes et les épuisent. Le Pôle arrive en tête du CHR pour le nombre d'accidents du travail. 37 accidents pour 438 ETP (représentant presque 28% du total des accidents survenus au CHR) ont été recensés en 2009. La durée totale des arrêts de travail induits par les accidents précités s'est élevée à 730 jours (soit presque 3,5 ETP à l'année). Le ratio⁶⁴ de gravité est de 1,67 et le ratio de fréquence⁶⁵ s'élève à 8,45%.

⁶² On comprend mieux le projet de reconstruction de cet établissement évoqué en partie 1.2.1.

⁶³ Ces éléments ont d'ailleurs été mis en exergue par un certain nombre de résidents dans l'enquête de satisfaction menée en 2010.

⁶⁴ Ratio gravité = Nombre de jours d'arrêt de travail / effectif du pôle en ETP.

⁶⁵ Ratio fréquence (en pourcentage) = Nombre d'arrêts de travail x 100 / Effectif du pôle en ETP.

En outre, certaines équipes sont en grande difficulté depuis la fin de l'année 2009. Effectivement, les familles sont particulièrement exigeantes vis-à-vis des équipes et ce, sur tous les sites. Les fiches de déclaration d'évènements indésirables relatant des agressions verbales et parfois même physiques à l'encontre du personnel se multiplient et sont de plus en plus fréquentes. En 2009, 141 fiches ont été renseignées ; 8 concernaient des cas d'agression verbale à l'encontre du personnel et 21 des cas d'agression physique.

Les soignants se sentent mal à l'aise vis-à-vis des familles et ont le sentiment de « mal faire leur travail ». La pression est devenue telle qu'ils affirment que leurs journées de repos ne sont plus suffisantes pour leur « permettre de faire un break et de récupérer ». Face à cette situation de mal-être professionnel, l'intervention du psychologue du travail du CHR a été sollicitée pour aider les équipes à sortir de cette situation de « stress intense au travail »⁶⁶.

Ces éléments ont été confirmés par les professionnels eux-mêmes puisque l'enquête de satisfaction menée auprès du personnel a montré que 41,6% des professionnels considèrent leur charge de travail insatisfaisante voire très insatisfaisante et 64% d'entre eux affirment manquer de reconnaissance. Finalement, 27,4% attribuent une note strictement inférieure à 6 sur 10 à leurs conditions globales de travail.

La non-conformité de l'organisation tient aussi au fait que le projet d'établissement est ancien et non actualisé depuis 2008. En novembre 2008, le volet médical avait été actualisé mais on peut regretter que le reste du projet n'ait pas évolué.

De plus, depuis début 2010, notamment avec les projets d'UHR et de PASA, l'ensemble des objectifs fixés dans le projet d'établissement ont été atteints. Or, à ce jour, aucune réécriture et actualisation dudit projet n'a été faite alors même que ce document constitue la pierre angulaire de l'organisation du Pôle et, surtout, de l'ambition de mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue de la qualité. En effet, comment faire de la qualité sans projet et sans but à atteindre ?⁶⁷

En dépit de la taille de l'établissement et du rattachement du Pôle PA au CHR, il semblerait que ce n'est pas parce que les moyens alloués et disponibles sont plus importants qu'ils sont utilisés de manière optimale et entièrement satisfaisante. En particulier, le contexte budgétaire et financier est relativement contraint et il existe une certaine étanchéité dans sa gestion (les budgets des établissements sont gérés par la Direction des affaires financières (DAF) et non pas directement par le Pôle PA). De même, le suivi des effectifs est aujourd'hui largement confié à la DAF ; il se fait, essentiellement, comme pour le secteur sanitaire, en termes de masses financières davantage qu'en termes d'ETP⁶⁸.

De plus, certains choix de gestion pris par les autorités de tarification peuvent mettre en difficulté la DAF du CHR. Ainsi, la DDASS a versé au CHR, en toute fin d'année 2009,

⁶⁶ Propos du psychologue du travail.

⁶⁷ Cf. partie 4.3.3.

⁶⁸ C'est ainsi qu'au cours de la négociation de l'avenant à la CTP, on a constaté une différence de 18 ETP entre les effectifs fixés par la précédente CTP et les effectifs réels du Pôle.

800.000 euros sur le budget soin (au titre de l'année 2008) et le Pôle n'a pu engager les dépenses comme il le souhaitait du fait d'un champ d'action particulièrement restreint. Surtout, ces crédits ont été accordés sur un budget excédentaire pour lequel les besoins n'étaient pas les plus significatifs. De fait, la Direction générale du CHR a tenté, à plusieurs reprises, de faire valoir cet argument auprès des autorités, de manière à obtenir, à titre tout à fait exceptionnel, la possibilité d'utiliser ces crédits sur d'autres budgets (pour financer des remplacements d'AS notamment, pour l'achat d'un minibus,...).

2.3.3 L'existence de freins à la mise en œuvre d'une démarche qualité continue

Les établissements médico-sociaux sont, à l'image de la société dans laquelle ils évoluent, des micro-sociétés synarchiques. Ils se caractérisent par le fait que le pouvoir y est partagé entre plusieurs organes de décision : aujourd'hui, le pouvoir est éclaté entre des acteurs plus nombreux que par le passé. Cela est encore plus vrai dans une entité comme le Pôle PA du CHR où tout le monde détient une parcelle de pouvoir même si certains acteurs n'en sont pas pleinement conscients et même si ce partage du pouvoir n'a rien d'égalitaire.

Cette particularité des établissements a deux corollaires importants. D'abord, il découle de ce constat que quasiment plus rien ne peut s'imposer autoritairement dans un établissement et donc que tout doit être mis au débat et négocié avec les équipes. De fait, le directeur doit bien comprendre que la mise en œuvre d'une démarche qualité, comme le reste, devra être négociée. Ensuite, il ressort que le pouvoir – notamment celui des autorités de tarification – ne se réduit plus à la seule contrainte. Comme le mettent en relief P. DUCALET et M. LAFORCADE, ces autorités refusent souvent d'« utiliser leur fonction de décision ultime, faisant plutôt appel à des symboles de la force »⁶⁹. De fait, la démarche qualité devra être négociée même si elle fait l'objet d'une injonction législative et réglementaire ; il s'agit vraisemblablement d'une condition supplémentaire de réussite.

L'analyse de M. CROZIER et E. FRIEDBERG⁷⁰ apporte un éclairage intéressant sur le jeu et les comportements des acteurs médico-sociaux, y compris sur les nôtres. En effet, souvent, nous-mêmes directeurs ou futurs directeurs partons du principe acquis selon lequel nos prises de décision vont tendre vers un optimum rationnel. Mais, en fait, au même titre que n'importe quel acteur d'un système spécifique, le décideur-directeur a tendance, très logiquement, à privilégier sa propre vision des choses et donc, au final, sa propre satisfaction. Ainsi, il faudrait, dans un premier temps, parvenir à s'interroger sur notre propre satisfaction afin de cerner et mieux comprendre la décision finale. Néanmoins, il est particulièrement difficile de porter un regard critique sur soi-même.

Un fait est donc indéniable : la démarche aura donc d'autant plus de chances d'aboutir, qu'elle incarnera la satisfaction personnelle des acteurs concernés et engagés – et donc non pas seulement celle de son pilote et/ou du directeur. Il y a là un défi énorme à relever par le directeur dans la mesure où il est difficile et délicat de trouver le processus qui permette d'obtenir que la décision d'intérêt collectif – en l'espèce, la mise en place d'une

⁶⁹ DUCALET P., LAFORCADE M., *op. cit.*, pp 96.

⁷⁰ CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'Acteur et le système*, Paris : Le Seuil, 1977.

démarche qualité – rejoint en grande partie la satisfaction personnelle des professionnels. Une chose est sûre : la connaissance des rationalités des divers acteurs en présence est un pré-requis primordial ; il s'agit, pour le directeur, d'intégrer ces comportements comme des contraintes de la démarche qualité.

Dans leurs rationalités respectives, on peut retenir certains dénominateurs communs : les professionnels de la santé et du médico-social, en toute logique, ont tendance à privilégier les gratifications personnelles : augmentation du prestige, des revenus ou de la reconnaissance professionnelle. Il s'agit là d'un objectif légitime : la démarche qualité doit aussi tenir compte de cette aspiration.

Pour l'administration chargée du contrôle ou de la tutelle des établissements, le critère juridique et financier est souvent dominant. Dès lors, le risque est celui d'une confusion entre contrôle de qualité et contrôle de conformité : un établissement peut respecter scrupuleusement le budget alloué et les textes qui le régissent sans pour autant mener une politique de qualité.

De plus en plus, toute structure médico-sociale, en particulier celles rattachées à un centre hospitalier, risque de devenir « un lieu de balkanisation des compétences et des pouvoirs »⁷¹. En effet, au CHR d'Orléans, comme dans les autres établissements de santé, les métiers, les pratiques et les cultures sont incommensurables, du soignant au directeur, en passant par le praticien hospitalier, l'ingénieur, l'animateur, le technicien de maintenance,... Or, dans la pratique, la prise en charge médico-sociale d'une personne âgée ne saurait se réduire à la somme des interventions de professionnels se succédant. De fait, toute démarche qualité devra nécessairement prendre en compte cette tendance qui apparaît d'abord comme une contrainte forte – il s'agira de rapprocher ce qui est éclaté et dispersé – mais aussi comme une occasion exceptionnelle de lutter contre le sentiment d'irresponsabilité voire d'abandon que peuvent ressentir certains professionnels enfermés dans des tâches sectorielles.

Une démarche qualité a eu le mérite d'exister par le passé mais, un certain nombre de freins constatés aujourd'hui tiennent à la précédente tentative de pilotage d'une démarche semblable.

En effet, jusque là, la démarche qualité au sein du Pôle était une démarche ponctuellement engagée. Elle ne constituait qu'un point de contrôle et non pas un souci permanent. En fait, une démarche qualité a été initiée par la direction en 2000 dans le cadre de la première auto-évaluation et le directeur avait pour ambition que cette dernière fasse l'objet d'une réévaluation annuelle – ce qui a pu sembler relativement « lourd » pour les équipes, certains professionnels reconnaissant même avoir eu très peur de la charge de travail supplémentaire induite. Dans les faits, la démarche qualité n'a pas été pérenne : la révision qui a eu lieu en 2007⁷² a été réalisée par le directeur et le cadre supérieur de santé, sans concertation d'une équipe pluridisciplinaire représentative des différents professionnels. L'ancienne démarche n'a pas touché un nombre significatif de

⁷¹ DUCALET P., LAFORCADE M., *op. cit.*, pp 97.

⁷² Il s'agit bien uniquement d'une révision dans la mesure où cette dernière ne semble pas avoir conduit à la définition de nouveaux objectifs à atteindre mais uniquement à un état des lieux à un instant t.

professionnels⁷³, n'a pas suffisamment sollicité les équipes⁷⁴ et a été, pour beaucoup, mal vécue – parce que perçue comme un contrôle du travail fait. De fait, plusieurs professionnels appréhendaient la conduite de l'évaluation interne du Pôle en vue du renouvellement de la CTP même s'ils savaient bien qu' « un jour ou l'autre il faudrait se taper⁷⁵ ANGELIQUE »⁷⁶.

En outre, on peut regretter le fait qu'il n'y ait pas de référent qualité au sein du Pôle⁷⁷.

Je considère qu'il existe une certaine méconnaissance des potentialités internes au Pôle Personnes âgées ainsi qu'un réel déficit dans l'utilisation des moyens. La charge de travail induite par la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité est réelle et le directeur peut tout à fait comprendre qu'elle puisse faire peur – et donc susciter des réticences – mais il est indéniable qu'il existe des personnes ressources, des personnes motivées et intéressées par sa mise en œuvre. C'est sur ces potentialités qu'il faut s'appuyer et sur ces individus qu'il faut compter sans craindre de leur faire confiance.

2.4 Penser le lancement et l'accompagnement de la démarche qualité

2.4.1 Expliquer les freins existants et analyser les réticences

Pour le directeur d'une structure, il ne suffit pas d'avoir relevé et mis en exergue les difficultés voire les freins et/ou réticences à la mise en place de sa démarche, encore faut-il les expliquer et les analyser afin de mieux les dépasser.

La structure organisationnelle⁷⁸ est rarement remise en cause parce qu'elle apparaît immuable étant donné l'importance des équilibres sociaux qu'elle garantit. Toutefois, il n'est pas impossible de la questionner et la mise en place d'une démarche qualité peut être la bonne occasion de le faire : l'établissement répond-il aux attentes des résidents ou aux logiques des professionnels ? La "sectorisation" de l'hébergement et du travail en étages/unités/services/secteurs reflète-t-elle une recherche d'efficacité pour le résident, une volonté des professionnels ou le simple résultat de changements successifs ? Les responsabilités de chacun sont-elles connues et partagées de tous ? Le degré de décentralisation des décisions permet-il une réactivité et une adaptation aux événements qui surviennent ? ... Finalement, « penser la qualité c'est aussi repenser la structure organisationnelle pour lui permettre d'être un espace optimisé d'engagement des compétences et de coopération au bénéfice des usagers »⁷⁹ ; le directeur ne doit pas faire l'économie de cette étape.

⁷³ Certains professionnels (animateurs, IDE, AS) ont reconnu ne pas en avoir entendu parler faute de communication et d'information.

⁷⁴ « La base », comme le disent les professionnels eux-mêmes, n'a pas été sollicitée et associée à la démarche.

⁷⁵ L'expression « se taper » ne me semble pas anodine, notamment dans ce qu'elle signifie au sens propre comme au sens figuré ; on sent bien ici une véritable appréhension vis-à-vis de la démarche.

⁷⁶ La démarche qualité ne faisait pas partie des pratiques professionnelles courantes et 44,3% des professionnels reconnaissent ne pas être familiarisés avec cette pratique.

⁷⁷ Un cadre de santé a été désigné personne pilote sur le thème n° 4 « Démarche qualité » de l'auto-évaluation ANGELIQUE amorcée au dernier trimestre 2009 sans pour autant que son rôle et son implication soient pérennisés.

⁷⁸ La structure organisationnelle est ce qui permet à l'organisation, dans son ensemble, d'être stable et d'établir les interrelations nécessaires à son fonctionnement pour atteindre les buts qu'elle s'est fixés.

⁷⁹ DUCALET P., LAFORCADE M., *op. cit.*, pp. 177.

Pour les établissements du CHR, il était essentiel de prendre conscience du poids de certaines spécificités et des difficultés qu'elles allaient structurellement engendrer.

D'abord, il a fallu comprendre ce qu'induisait une organisation multi-site. Il ne faut pas non plus négliger l'importance du contexte historique et culturel des établissements en présence. Une organisation de travail est une construction sociale et culturelle qui s'inscrit dans une histoire particulière. Ainsi, chaque établissement a sa culture : un ensemble de traditions, de valeurs et de savoir-faire qui fondent sa spécificité même lorsqu'il appartient à une entité plus large (le Pôle PA, le CHR). La culture et l'identité qui font de chaque établissement une structure singulière, doivent être précisément appréhendées et connues de tous. Ce n'est, effectivement, que par une bonne connaissance de l'identité et de la culture de son établissement que chaque professionnel pourra situer son action et l'inscrire dans une continuité organisée. Cette recherche de sens s'applique aussi au directeur ; ce dernier doit être particulièrement prudent et ne pas se contenter d'une connaissance trop rapide de sa structure.

Cette étape d'apprentissage et d'analyse de l'histoire et de l'identité de chaque structure était d'autant plus essentielle qu'elle n'est pas neutre pour les EHPAD et USLD du CHR. Ainsi, le Centre de cure médicale (qui a gardé son ancienne dénomination), premier établissement d'hébergement du Pôle, a longtemps été perçu comme un « mouvoir », volontairement situé loin de l'hôpital, loin du centre ville et donc à l'écart. La résidence P. Gauguin (ancien hôpital militaire américain), elle aussi éloignée, permettait de « mettre à l'écart un certain nombre de professionnels », en particulier l'ensemble des « personnels reclassés »⁸⁰. L'EHPAD de Saint Jean de Braye, du fait de sa proximité avec le Centre hospitalier départemental G. Daumézon spécialisé en psychiatrie, était connu pour être la maison de retraite des « cas psychiatriques, des alcooliques et des sans domicile »⁸¹. Enfin, la résidence P. Pagot, située dans un quartier pavillonnaire d'Orléans bénéficiait de la meilleure « réputation » : elle avait vocation à accueillir les personnes âgées du quartier, toutes encore relativement autonomes et ayant un certain niveau de vie. Un détour par cette analyse était incontournable, notamment pour comprendre et anticiper certains freins et certaines réticences des professionnels.

Le fait d'avoir identifié et de connaître la culture d'un établissement n'induit pas forcément de vouloir la maintenir dans le temps. Il est possible – et parfois même absolument nécessaire – de la faire évoluer. Ainsi, par exemple, une culture que se serait érigée sur une sédimentation passive, comme cela a pu être constaté dans les établissements du CHR, constitue un frein important à tout changement. Il est donc impératif que, peu à peu, elle soit appelée à évoluer et se transforme. Néanmoins cela ne sera pas aisé puisqu'il s'agira d'instaurer une nouvelle culture – celle de l'esprit critique, de l'évaluation des pratiques et des services et, plus globalement, de la qualité en continu – en superposition d'une culture préexistante⁸² : c'est ce qui a été initié dans les EHPAD d'Orléans. Dans cette démarche, le directeur doit être au fait que le seul discours sur la qualité a très peu

⁸⁰ Propos recueillis au cours d'entretiens individuels.

⁸¹ Propos recueillis au cours d'entretiens individuels.

⁸² Cela se fait nécessairement par superposition dans la mesure où il est illusoire de penser faire table rase de la culture passée.

de chances d'être efficace et ne peut suffire ; il doit, inéluctablement, s'accompagner, le plus tôt possible, d'actions concrètes, même modestes. En effet, c'est davantage l'exemplarité du changement et les bénéfices obtenus qui pourront être constatés par tous qui seront significatifs et donc aussi plus efficaces que les simples discours, même très convaincants.

Par ailleurs, il faut se rendre compte de la taille de l'institution et comprendre ce que cela induit dans la mise en place de la démarche. Le challenge est de taille, au moins comparable à celle de l'institution : 522 lits dont 362 d'EHPAD et 160 d'USLD récemment requalifiés, 4 établissements, sur 4 sites, rattachés à une institution d'ampleur. Indiscutablement, la conduite de la démarche ne va donc pas être la même que dans un EHPAD autonome de taille plus petite. Notamment, le directeur ne dispose pas de la même marge de manœuvre qu'un collègue directeur d'un établissement autonome. Cela a donc deux significations : d'une part, il lui faudra faire valider sa stratégie, rendre compte de sa démarche et de son pilotage à la direction générale du CHR ; d'autre part et surtout, il pourra solliciter les autres directions et bénéficier des moyens et des expertises du CHR.

Ensuite, le directeur s'apercevra vite que la surcharge de travail induite par la mise en œuvre de cette nouvelle démarche constituera un argument de poids dans l'expression des réticences. Pour autant, ce dernier ne doit pas être pris à la légère et il est indispensable d'en comprendre l'origine : s'agit-il d'un argument habituel spontanément et systématiquement exprimé ou s'agit-il d'une réalité ? Dans le cas des EHPAD du CHR, la réalité pratique a montré que la mise en œuvre de la démarche coïncidait avec une période où les équipes étaient très fortement sollicitées. Premier élément : l'évaluation interne a dû être organisée de manière concomitante avec la certification V2010 des USLD dont le cadre est plus exigeant que celui du référentiel ANGELIQUE ; deuxième élément, les équipes sont beaucoup sollicitées pour participer à divers groupes de travail : bientraitance, escarres, TMS⁸³,... Il aurait donc été plus judicieux et plus adapté de repousser de quelques mois le lancement de la démarche⁸⁴, d'autant que le calendrier de l'évaluation interne avait été largement anticipé. Cela aurait certainement eu le mérite d'en faire une démarche plus pédagogique.

Par ailleurs, il a fallu tenir compte du fait que la précédente démarche initiée n'a pas été viable et a marqué l'esprit des professionnels qui y avaient participé. Cette démarche avait très peu mobilisé les équipes et avait été conduite par un petit groupe de la direction : directeur, cadres de santé, médecins-responsables. Il ressort des entretiens que la démarche n'a pas suffisamment pris en compte les points de vue des professionnels, elle n'a pas significativement impliqué l'ensemble des catégories professionnelles et surtout, elle n'a pas fait l'objet d'une véritable campagne d'information et de communication. La démarche a été beaucoup trop longue : initiée dès 2000, elle n'a abouti qu'en décembre 2006, avec la signature de la convention tripartite. Deux éléments

⁸³ TMS : troubles musculo-squelettiques.

⁸⁴ Lancement de la démarche début 2010 et fin de celle-ci en septembre-octobre 2010.

étaient donc très prégnants : d'une part l'appréhension et le doute des équipes vis-à-vis de la nouvelle démarche proposée et, d'autre part, le fait qu'un nombre important de professionnels n'avait pas pleinement conscience des enjeux de la nouvelle démarche entreprise, d'abord perçue comme une remise en cause de leurs pratiques.

A ce stade de la réflexion et parce qu'il s'agit de comprendre et d'analyser les freins et réticences, il est opportun d'évoquer le manque de collaboration et de partenariat avec les autorités de tarification. Il n'existe pas d'experts visiteurs dans le cadre de la conduite de l'évaluation interne à l'instar de ce qui se fait dans le secteur sanitaire pour la certification et l'auto-évaluation. Pour le directeur, comment convaincre ses équipes d'adhérer et de participer à une démarche lourde et consommatrice en temps et en énergie alors même que les principaux financeurs ne porteront qu'un intérêt "limité" (parce que basé sur une synthèse du rapport) au travail et à l'effort fournis ? Les équipes, de mieux en mieux informées, ne peuvent pas être trompées. Le directeur ne doit rien leur cacher ; là encore, il faut comprendre la position des autorités de tarification pour mieux la faire accepter par les équipes. La réorganisation des DDASS et des ARH a considérablement modifié le paysage ; on comprend la charge de travail et le temps nécessaire à un changement d'une telle ampleur.

Comme nous l'avons vu, le pouvoir, et notamment celui d'initier une démarche qualité, ne se résume plus à la contrainte. Il réside aujourd'hui dans la capacité du dirigeant à exercer une influence dans la négociation permanente. T. PARSONS, repris par M. CROZIER et E. FRIEDBERG⁸⁵, a synthétisé cette théorie de l'influence : « tout acteur, tout groupe qui contrôle une zone d'incertitude⁸⁶ est en mesure de négocier une amélioration de sa situation ». Ce pouvoir n'est en aucun cas officiel mais il est néanmoins légitime et quasiment toujours discrétionnaire. La démarche qualité ne peut évincer ces différents réseaux d'influence, ces arrangements continus et souvent implicites entre les acteurs. Il faudra qu'elle s'y adapte, d'une part, parce que chaque individu recherche en premier lieu sa satisfaction personnelle (y compris le décideur) et, d'autre part, parce qu'ils font partie des éléments qui structurent l'institution. Autrement dit, la démarche qualité intervient dans un affrontement de rationalités individuelles et personnelles qui n'ont *a priori* aucune raison de se trouver en cohérence, chaque acteur développant ses propres logiques.

De fait, pour le directeur, le principal problème managérial à résoudre est bien celui de la motivation de ses équipes : comment parvenir à ce que chaque professionnel trouve sa propre satisfaction dans la décision collective d'impulser une démarche qualité ? En effet, ce n'est que si les bénéfices attendus par chacun ont été clairement identifiés que le projet pourra aboutir. Le directeur doit savoir que les facteurs de motivation d'une équipe sont multiples et il est essentiel pour lui de les connaître : la rémunération, la considération⁸⁷, la fierté d'appartenance.

⁸⁵ CROZIER M., FRIEDBERG E., *op. cit.*

⁸⁶ Parce qu'il a l'ascendant moral sur la collectivité, parce qu'il est le plus expérimenté ou qu'il dispose d'un réel savoir-faire technique, parce qu'il décide de l'allocation budgétaire,...

⁸⁷ La considération peut être définie comme l'attention portée à l'autre, à sa personne et à son travail.

De manière générale, la démarche qualité est vouée à l'échec si elle n'éveille pas la curiosité des professionnels, ne leur procure pas un certain plaisir et ne leur apporte pas quelques satisfactions. Mais, cela suppose que le directeur parvienne à la faire apparaître aux yeux de tous comme une réelle opportunité pour les professionnels. Il est effectivement indiscutable que la démarche d'évaluation et, plus globalement, la qualité constituent une occasion précieuse de lutter contre tous les risques de dérive institutionnelle, d'enfermement et donc aussi d'usure professionnelle. La qualité ne peut se bâtir sans les professionnels : c'est d'ailleurs bien là que réside sa principale verteur mais aussi, parfois, sa relative fragilité. De ce point de vue, la démarche est donc particulièrement exigeante, elle ne peut se faire sans les professionnels et impose donc que chacun d'entre eux s'y investisse. Il faut être vigilant, cependant : leur participation et leur implication ne doivent pas être contraintes ; ils doivent prendre part à la démarche comme auteurs volontaires⁸⁸.

2.4.2 De l'analyse à la conduite de la démarche sur le terrain

Du fait de facteurs à la fois endogènes et exogènes, la situation des établissements médico-sociaux du CHR d'Orléans est tout à fait singulière. Néanmoins, le seul fait de le savoir et de l'avoir relevé ne saurait suffire ; encore faut-il prendre de la hauteur et initier la démarche.

Cela dit, tout effort de distanciation doit être précédé d'une phase de compréhension et d'appropriation par le dirigeant. Cette étape passe, entre autres, par une intégration de la complexité des interventions et des champs d'action des établissements en présence ainsi que par une interrogation sur la cohérence, à la fois interne et externe, que le directeur souhaite donner à sa démarche.

N'importe quelle structure médico-sociale ne peut se limiter à l'adjonction de services et de prestations qui s'auto-référeraient dans le cadre d'une répartition uniquement hiérarchique de la fonction de décision : « on pense en haut, on agit en bas », en particulier lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre une démarche de recherche permanente et continue de la qualité. Cette vision, dans le cadre de la mise en place de la démarche, ne serait, de toutes façons, pas productive (et pourrait même s'avérer dangereuse). En fait, comme le soulignent P. DUCALET et M. LAFORCADE, « parce que l'instrumentation complexe modélise des éléments en interactions au sein d'un ensemble finalisé, elle apparaît particulièrement pertinente pour concevoir un modèle de management de la qualité en quête de sens et de cohérence »⁸⁹. Autrement dit, la complexité des interventions médico-sociales constitue un véritable challenge pour le directeur parce qu'elle suscite un sentiment d'incertitude chez l'ensemble des professionnels qu'il lui reviendra de dépasser. En ce sens, elle lui impose d'innover et de revoir régulièrement ses propres modes de conception des connaissances ainsi que ses modes de dialogue avec le réel⁹⁰. Dans ce contexte, l'enjeu d'une démarche qualité sera alors de contextualiser l'action et de globaliser la prise en charge de l'utilisateur.

⁸⁸ Cf. Annexe n° 2 : Mieux comprendre et dépasser le phénomène de résistance au changement.

⁸⁹ DUCALET P., LAFORCADE M., *op. cit.*, pp. 100.

⁹⁰ Cf. partie 3.2.1.

En outre, une démarche qualité se construit sur l'aptitude des acteurs – et d'abord du directeur – à articuler l'ensemble de leurs pratiques à la prise en charge globale du résident et, dans la pratique, ce n'est pas chose aisée. Ainsi, « si la démarche qualité d'un établissement médico-social devait se résumer à une ambition, peut-être pourrait-elle consister à relier tout ce qui a été séparé afin de relever le défi que constituent les innombrables dénis de la complexité dans toute organisation »⁹¹. Chaque professionnel ne peut être cloisonné dans sa tâche et tous doivent se rassembler autour de la personne âgée hébergée ; c'est exactement ce que doit faciliter le souci constant du maintien de la cohérence interne de l'institution. A cet égard, une fois de plus, la question des connaissances et du savoir doit être mise en exergue. En effet, l'hôpital procède bien souvent à un cloisonnement entre ceux qui détiennent le savoir (corps médical, personnel soignant,...) et les patients/usagers. Le projet de vie de chaque résident ne peut être viable que s'il est établi sur la base solide d'un dialogue entre les professionnels et l'utilisateur.

Dans un deuxième temps, il faut entrer au cœur du sujet : la conduite de la démarche. Pour cela, il est essentiel d'opter, au préalable, pour une méthode de travail ; il ne s'agit pas d'initier une démarche sans avoir défini une ligne de conduite.

La méthode, au sens étymologique, est une démarche rationnelle que suit l'esprit pour atteindre un but. La démarche qualité médico-sociale doit suivre et respecter scrupuleusement cet esprit de méthode qui conjugue à la fois une intention précise et singulière relative aux objectifs que se propose d'atteindre toute structure d'hébergement pour personnes âgées (en l'espèce l'amélioration de leur état de santé et de leur autonomie) et une attention vigilante sur les moyens et mécanismes à mettre en œuvre pour y parvenir. La mise en œuvre de la ou des méthodes suppose un engagement et un management appropriés : pour se lancer, la qualité médico-sociale nécessite du sens⁹², de la méthode et l'engagement des acteurs⁹³.

⁹¹ DUCALET P., LAFORCADE M., *op. cit.*, pp. 102.

⁹² Cf. parties 2.2.2 et 2.2.3.

⁹³ Cf. parties 3.2.2 et 4.2.2.

3 L'évaluation interne du service⁹⁴ : une méthode partielle pour la mise en œuvre d'une démarche qualité en EHPAD

3.1 Le pilotage de l'évaluation interne au sein du Pôle Personnes Âgées du CHR

3.1.1 Conduire l'évaluation interne : organisation et méthode de travail

L'évaluation interne n'est pas une pratique fondamentalement nouvelle : des démarches visant à apprécier les activités et la qualité des prestations ont d'ores et déjà été initiées au sein de nombreux établissements et services.

Au sein du Pôle, il a d'abord fallu choisir un référentiel d'évaluation. En effet, plusieurs types de référentiels existent, selon l'objectif arrêté et le niveau de reconnaissance souhaité :

- un référentiel propre à une structure : l'inconvénient de ce choix est qu'il risque de ne pas être reconnu par les usagers et les autres parties intéressées ;
- un référentiel propre à une profession : le secteur étant particulièrement atomisé, plusieurs types de référentiels existent (charte, guide, recommandations de bonnes pratiques, etc...) mais aujourd'hui aucun ne propose un cadre pour la mise en place d'un système de management de la qualité propre à générer une reconnaissance par une tierce partie ;
- un référentiel établi au plan national ou international : qui sans être propre à une structure ou à une profession peut être utilisé pour obtenir une reconnaissance par l'ensemble des usagers.

Au sein du Pôle, le référentiel ANGELIQUE a été retenu. Ce dernier est organisé suivant 12 grands items⁹⁵, divisé en 147 grands thèmes contenant chacun une ou plusieurs questions (plus de 300 au total).

Rapidement, il est apparu essentiel de désigner, d'une part, un pilote du projet, responsable de sa conduite et, d'autre part, un coordonnateur de la démarche. Il peut être alors judicieux de décider que le directeur de l'établissement soit le pilote de l'évaluation – ce qui lui permettra d'avoir une vision générale, globale et transversale de l'évaluation – et que l'un de ses collaborateurs soit désigné coordonnateur⁹⁶. Ce binôme a un rôle crucial à jouer dans la démarche. Celui du coordonnateur est particulièrement important dans la mesure où il lui reviendra de relancer les participants, de rechercher les éléments de preuve imposés par le référentiel, de rassembler les éléments de réponse, de les synthétiser, de tenir à jour le référentiel,...

Par la suite, suivant le volontariat des professionnels et par désignation pour certains, un comité de pilotage⁹⁷ a été constitué de manière concomitante à la constitution de groupes

⁹⁴ Le terme de service est entendu dans les deux sens du terme : le service en tant que service rendu à l'utilisateur (la prestation) et le service comme entité organisationnelle de travail.

⁹⁵ Accueil et admission, droits et libertés, restauration, vie sociale, maintien de l'autonomie, organisation des soins, hôtellerie, personnel, ouverture sur l'extérieur, sécurité et maintenance, projet institutionnel et démarche qualité.

⁹⁶ En l'espèce, il a été décidé que l'élève directeur serait le pilote de la démarche et que le coordonnateur serait une secrétaire de direction particulièrement intéressée par les questions ayant trait à la qualité.

⁹⁷ Les dates de réunions du comité de pilotage ont été définies dès le lancement de la démarche.

de travail. Ainsi, autant de groupes de travail pluridisciplinaires⁹⁸ qu'il y a d'items dans le référentiel ANGELIQUE (soit 12) ont été créés, chaque groupe étant piloté par 1, 2, 3 ou 4 référents. Ce sont précisément les référents de chaque groupe qui ont été appelés à siéger au sein du comité de pilotage.

Il a été décidé que les cotations proposées par chaque groupe de travail seraient examinées en comité de pilotage et, si besoin, corrigées. De fait, une présentation du travail réalisé dans chaque groupe et un retour d'expérience ont été régulièrement organisés en comité. Chaque groupe de travail devait travailler de manière autonome : la fréquence des réunions, les partenaires sollicités,... étaient laissés libres. La seule obligation imposée aux groupes était qu'ils avertissent la coordinatrice de la démarche de leurs dates de réunion.

Le directeur, pilote de la démarche, ne doit pas perdre de vue que la démarche qualité, élément structurant du projet d'établissement, est un outil de management et de communication interne et externe majeur. La démarche évaluative, que nous avons voulu comme première étape de la démarche qualité, constitue donc un point de passage primordial du processus. La participation des personnels est alors une condition nécessaire à leur motivation et à leur adhésion au projet. De fait, la toute première réunion du comité de pilotage de la démarche est capitale : il s'agit d'expliquer les objets et les finalités, de montrer que la démarche, si elle modifie les façons de travailler, ne bouleverse pas le contenu du travail et de préciser qu'il s'agit, pour l'essentiel, de formaliser des savoirs et des actions, des règles dérivées de la pratique.

Le rôle pédagogique du pilote de la démarche est alors essentiel. L'enjeu central pour le directeur est davantage la reconnaissance de la qualité et de sa nécessité par les agents que la remise en cause du travail antérieur. D'ailleurs, une telle réflexion collective, parce qu'elle constitue un moyen d'éviter l'usure professionnelle, la routine des comportements et des pratiques, peut être envisagée dès la première réunion du comité de pilotage.

De même, informer et associer, dès l'origine de la démarche, les usagers et leurs représentants, notamment dans le cadre du CVS, évite à la démarche d'apparaître trop technocratique et monopolisée par les seuls professionnels. Ainsi, il a été proposé aux représentants des familles et des résidents de participer activement à la démarche et de faire partie des groupes de travail lors d'un CVS organisé en novembre 2009. En dépit de cette proposition, aucun représentant ne s'est manifesté.

La première réunion du comité de pilotage est également l'occasion pour son pilote de livrer aux groupes une méthode de travail. En effet, il doit préciser le rôle et les missions des référents ainsi que les attendus de chaque groupe.

3.1.2 La mise en œuvre effective de la démarche d'évaluation interne

La mise en place et le mode de fonctionnement des groupes d'auto-évaluation, volontairement pluriprofessionnels et transdisciplinaires, se révèlent stratégiques dans la

⁹⁸ Chaque groupe comptant au moins un acteur de terrain directement concerné par l'item.

mesure où « ils contribuent à mettre l'établissement en situation de pouvoir et de vouloir faire »⁹⁹.

Chaque groupe de travail s'est régulièrement réuni ; certains groupes se sont organisés en sous-groupes et se sont partagés les questions. La majorité des groupes a fait appel à des professionnels ne participant pas, initialement, à la démarche pour obtenir des éléments de réponse.

A l'occasion de chaque réunion du comité de pilotage, les groupes rendant leurs travaux ont été systématiquement invités à développer d'une part, les points forts et points faibles de la démarche et, d'autre part, les avantages et inconvénients de l'outil d'évaluation utilisé¹⁰⁰.

En outre, le fait que les cotations soient proposées par les groupes de travail et validées en comité de pilotage fait du processus une véritable démarche partagée et surtout participative.

Les points forts, les points faibles et les axes d'amélioration définis dans le document de synthèse en vue d'être inscrits dans la prochaine CTP et le calendrier de leur mise en œuvre ont été définis et validés par l'ensemble des membres du comité.

3.1.3 La consultation des usagers : un élément fondamental de la démarche

Dans la démarche d'auto-évaluation, il existe des effets attendus que l'évaluation va contribuer à mettre en évidence, néanmoins tous ne sont pas quantifiables. Cela ne signifie pas pour autant qu'ils ne peuvent pas être constatés et appréciés. Parmi les outils à mobiliser pour mettre en relief ces éléments, la consultation des usagers¹⁰¹ est un élément fondamental.

Nous avons démontré l'importance de placer l'utilisateur au centre du dispositif¹⁰². Pour cela il faut que des enquêtes de satisfaction soient régulièrement menées. En effet, l'évaluation de la satisfaction s'avère une étape importante du cycle d'amélioration de la qualité, en particulier dans un centre hospitalier, ainsi que le souligne l'article L. 710.1.1 de l'ordonnance du 24 avril 1996 : « La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour ; les résultats de ces évaluations sont pris en compte pour l'accréditation ». Tous les secteurs des établissements de santé sont concernés par une telle démarche et les établissements médico-sociaux rattachés au CHR n'ont aucune raison d'y faire exception. D'ailleurs l'outil d'évaluation ANGELIQUE y fait clairement référence dans ces items et montre ainsi le chemin à suivre pour les institutions.

La satisfaction est généralement exprimée par un sentiment global inspiré par une situation donnée. Elle peut être définie comme « une notion complexe, subjective et qualitative, essentiellement constituée d'éléments subjectifs et variables, et devant être

⁹⁹ P. DUCALET, M. LAFORCADE, *op. cit.*, pp. 137.

¹⁰⁰ Ces axes seront développés dans la partie 3.3.

¹⁰¹ Le terme d'utilisateur est à entendre au sens large ; il s'agit des résidents, de leurs familles et des professionnels.

¹⁰² Cf. partie 2.2.2.

analysée dans le contexte des attentes des patients »¹⁰³. En fait, la satisfaction de chacun est conditionnée par certains facteurs subjectifs (le vécu, les habitudes de vie, la perception de la réalité, l'ensemble des valeurs personnelles, etc.), par la spécificité des attentes dans une situation spécifique (attentes techniques et médicales de maintien de l'autonomie, attente psychique et sociale de protection, de maintien du lien social, attente matérielle de confort, de calme,...) et par la réalité de la situation elle-même (soins, prestations, accueil, informations, alimentation, animation, organisation,...). Au final, la satisfaction ou l'insatisfaction éprouvée par l'utilisateur provient de sa perception, consciente ou non, du décalage entre ses attentes et la réalité qui s'offre à lui au sein de l'établissement¹⁰⁴.

Dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux, on entend encore, de la part de professionnels trop nombreux, que les impressions et ressentis d'un résident justement parce qu'il est une personne âgée, malade et même, bien souvent, poly pathologique voire déficiente, n'est pas notable. Selon leurs dires, l'évaluation technique réalisée par leurs soins serait la seule significative et donc aussi la seule exploitable. Or, prétexter l'incapacité de jugement du résident relève, en l'espèce, d'une stratégie – inconsciente ou délibérée – de privation de son droit à l'expression et donc aussi de négation et d'aliénation de sa personne au seul pouvoir des techniciens et des administratifs.

Ainsi, dans les EHPAD du CHR d'Orléans la priorité a été donnée à l'expression de la satisfaction et de l'insatisfaction des résidents accueillis. La chose n'a pas été aisée compte-tenu de leur état de santé, beaucoup d'entre eux étant dans des situations de dépendance élevée. Néanmoins 135 questionnaires ont pu être exploités ce qui représente un taux de participation de 37%. Pour les familles, les questionnaires leur ont été envoyés individuellement et des exemplaires vierges étaient tenus à leur disposition à l'accueil de chaque établissement. Les professionnels ont été destinataires de questionnaires par le biais des cadres et responsables d'équipes.

Ces enquêtes devront être périodiquement renouvelées (au moins tous les deux ans) et doivent être complétées par des outils qualitatifs de gestion des plaintes et des réclamations voire même d'enquêtes qualitatives par le biais d'entretiens¹⁰⁵.

Là encore, la démarche doit être clairement présentée aux différents interlocuteurs de manière à ce qu'elle soit comprise et acceptée par le plus grand nombre.

Si les taux de participation ont été aussi élevés¹⁰⁶, c'est aussi certainement parce que l'opération de communication a été bonne.

L'évaluation de la satisfaction permet de déterminer si la structure a atteint ses objectifs et d'effectuer des comparaisons dans l'espace et dans le temps. En tant que mécanisme de description et de meilleure connaissance de l'établissement et en tant que levier possible d'aide à la décision, elle s'avère de nature stratégique. De fait, la mise en œuvre d'un système d'amélioration continue de la qualité à l'écoute de l'utilisateur (résident, famille et professionnel) ne saurait en faire l'économie. Il ne faut pas négliger la phase de restitution

¹⁰³ Définition proposée par l'ANAES.

¹⁰⁴ Cf. Annexe n° 1 représentant le cycle de la qualité tel que l'envisagent P. DUCALET et M. LAFORCADE.

¹⁰⁵ A l'occasion des entretiens annuels des agents notamment.

¹⁰⁶ 37% pour les résidents, 35% pour les familles et 51% pour les professionnels.

des résultats des enquêtes menées, qui est au moins aussi importante que la démarche d'évaluation de la satisfaction elle-même¹⁰⁷.

3.2 Les avantages de l'évaluation interne menée au CHR

3.2.1 L'auto-évaluation : un mode de dialogue particulier

A travers les échanges qu'elle exige, l'évaluation permet de renouveler les modalités de dialogue et de coopération entre les divers acteurs. L'évaluation favorise donc une qualité du dialogue et des relations entre les différentes composantes de l'établissement ou du service¹⁰⁸.

En particulier, la démarche permet de s'interroger sur la pertinence, l'effectivité, l'efficacité et la conformité des services et des prestations, de questionner des évidences et d'interroger des pratiques devenues habituelles.

D'après P. DUCALET et M. LAFORCADE, quel que soit le référentiel utilisé, l'auto-évaluation est d'abord un mode de dialogue avec le réel et les pratiques professionnelles, qu'elles soient individuelles ou collectives. De cette manière, elle établit une articulation entre la connaissance et l'action et invite à une pratique réflexive. Cette dernière s'établit dans et sur l'action. Les services, les processus, les prestations deviennent de véritables objets de réflexion et plusieurs pistes sont alors envisageables et exploitables.

Par ce travail réflexif, les professionnels en viennent à se poser une multitude de questions qui, en elles-mêmes, vont constituer de véritables « précurseurs indispensables à l'amélioration continue de la qualité »¹⁰⁹ : que sais-je précisément de mes actions quotidiennes ? Comment puis-je décrire mes pratiques ? Qu'est-ce que les autres (collègues, résidents, familles) peuvent en comprendre ? ... Une telle réflexion débouche nécessairement sur une véritable analyse critique des pratiques, sur une confrontation des actions, des activités et des processus à l'œuvre, des règles et aussi, dans le meilleur des cas, sur une proposition d'exploration de nouveaux modes opératoires.

De même, de par les questions qu'impose le référentiel retenu, l'ensemble des professionnels est amené à échanger sur ce qui est inacceptable, nécessaire et même sur ce qui est idéal dans la structure. En ce sens, on ne peut que partager le point de vue de P. DUCALET et M. LAFORCADE¹¹⁰ : l'inacceptable, le nécessaire et l'idéal, contrairement à ce que l'on pourrait d'abord penser, ne renvoient pas uniquement au respect des règles en vigueur. Ils concernent aussi le domaine de l'éthique et renvoient, en cela, à la manière dont chacun conçoit sa propre responsabilité et son devoir vis-à-vis des usagers pris en charge. Là encore, la naissance d'un tel débat au sein des groupes

¹⁰⁷ Au CHR, la présentation des résultats s'est faite par le biais du comité de pilotage de l'auto-évaluation, du CVS, de réunions publiques d'information à destination des familles sur chaque site, du CHSCT local (du Pôle) et central (du CHR), en réunion de direction, au cours des instances du CHR, en comité qualité et gestion des risques (du CHR), par le biais de réunions à destination des équipes sur chaque établissement.

¹⁰⁸ Usagers, familles, proches, aidants et/ou représentants légaux, représentants de la personne physique ou morale, professionnels et leurs représentants, autorités de contrôle et de tarification, prescripteurs, partenaires,...

¹⁰⁹ DUCALET P., LAFORCADE M., *op. cit.*, pp. 134.

¹¹⁰ DUCALET P., LAFORCADE M., *op. cit.*, pp. 137.

d'auto-évaluation ne peut que contribuer à l'amélioration de la qualité même si, à lui seul, il ne permet pas d'apporter toutes les réponses.

3.2.2 Un réel pilotage du projet et un authentique management participatif¹¹¹

Comme le signifient JF. BAUDURET et M. JAEGER¹¹², la décision d'initier une démarche qualité relève nécessairement d'une décision stratégique de l'organisme et plus spécifiquement de sa direction. Néanmoins, il ne faut pas perdre de vue que les raisons de l'engagement dans une démarche qualité sont multiples.

La mise en œuvre d'un système pour manager la qualité doit résulter d'un consensus interne des acteurs constituant la garantie d'une véritable prise en compte des besoins et attentes des résidents. Elle ne peut se faire sans s'appuyer sur un engagement formel et concret des dirigeants dans toutes leurs composantes. En effet, la démarche qualité et l'évaluation constituent un processus dynamique qui doit mobiliser tous les acteurs – et plus particulièrement les équipes de direction qui en seront les moteurs et garants – et sont amenées à transformer de nombreux segments de l'organisation dans laquelle elles sont mises en œuvre. Parce qu'elles interrogent le cœur des pratiques professionnelles et le sens qu'on entend leur donner, elles ne peuvent se réduire à une simple série de procédures à appliquer. De fait, elles doivent être réfléchies et pensées. Dès lors, on comprend que l'ensemble des acteurs s'y trouve impliqué et, tout particulièrement, les cadres de direction dont la fonction essentielle sera, à terme, de gérer les – profonds – changements induits par la démarche en cours. On peut alors s'interroger sur le rôle du directeur d'établissement dans ce contexte : son rôle n'est-il pas d'anticiper, d'initier, de guider et d'accompagner ces changements ?

Ainsi, on commence à percevoir le rôle déterminant du directeur de la structure dans laquelle la démarche est mise en œuvre : il doit d'abord s'engager pour engager son établissement. Il doit alors s'interroger sur la manière dont il a l'intention de manager la qualité. A cet égard, certains éléments paraissent essentiels :

- la présence systématique du directeur aux réunions d'information et de présentation ainsi qu'aux réunions de restitution des groupes de travail,
- la création d'un temps dédié à la démarche dans les conseils de direction,
- le portage du projet au niveau global de l'institution (notamment aux instances),
- l'investissement du directeur au moment des réunions de restitution des résultats (en interne comme en externe).

L'expérience menée au Pôle PA du CHR d'Orléans permet aujourd'hui d'affirmer que l'engagement et l'inscription volontariste du décideur dans toutes les étapes de la démarche et dans toutes ses composantes est une condition déterminante de la réussite du processus et donc de l'ensemble de la démarche¹¹³.

¹¹¹ « Le management participatif est une forme de management favorisant la participation aux décisions grâce à l'association du personnel à la définition et à la mise en œuvre des objectifs les concernant », HERMEL P., 1988, *Le management participatif. Sens, réalités et actions*, Paris : Organisation Editions.

¹¹² BAUDURET JF., JAEGER M., « Evaluer les activités et la qualité des prestations : une révolution dans la pratique des acteurs », chapitre 8 in BAUDURET JF., JAEGER M., *Rénover l'action sociale et médico-sociale, l'histoire d'une refondation*, Paris : Dunod, 2005, pp.149 à 176.

¹¹³ Certains professionnels ont d'ailleurs insisté sur le fait que c'est en constatant l'engagement du pilote et du coordonnateur ainsi que le travail accompli par ces derniers qu'ils se sont « motivés pour en faire autant ».

La démarche évaluative suppose pour les acteurs d'accepter d'entrer dans une logique de connaissance nouvelle de leur action passant par l'objectivation, l'explication et la démonstration de leurs pratiques. Néanmoins, l'interprofessionnalité et l'interdisciplinarité ne se commandent pas et il n'est pas évident, en particulier dans une structure médico-sociale, de sortir de son ethnocentrisme. Effectivement, les structures sanitaires et médico-sociales entretiennent encore le principe d'une hiérarchie despotique des compétences : « on pense et on décide en haut ; on exécute en bas ». Il serait naïf de croire que la mise en œuvre d'une démarche qualité pourrait échapper à une telle conception.

De fait, il est indispensable pour le directeur d'être conscient que la qualité ne se décrète pas ; elle sera socialement construite en partenariat avec les acteurs et par les acteurs eux-mêmes (tous les acteurs sans exception).

Dès lors, le dialogue¹¹⁴ engagé par la démarche nécessite d'une part, un respect réciproque des professionnels, quels que soient les métiers et les statuts de chacun et, d'autre part, la capacité pour chaque acteur d'entrer en interdiscipline, c'est-à-dire de prendre pleinement part au débat, au-delà de la seule référence à son propre domaine d'intervention. Cela passera nécessairement par la construction progressive d'un langage commun minimum, condition d'une réelle « communication-communion »¹¹⁵ seule aboutissant à une réelle co-construction du sens.

Comme le rappelle M. JAEGER¹¹⁶, les résultats de l'auto-évaluation seront soumis à interprétation. Il est indispensable que cette dernière repose sur une approche plurielle permettant l'élaboration d'un diagnostic partagé entre les acteurs. Les axes d'amélioration et les références définies que la structure se proposera d'atteindre constitueront ainsi la norme construite et adoptée par un groupe d'acteurs, pour un temps donné¹¹⁷, dans le cadre d'une démarche établie selon les principes du management participatif. Elle résultera certainement d'un compromis entre les positions et les représentations différentes de l'ensemble des acteurs mais constituera tout de même pour eux « un pacte pour l'action ».

3.2.3 Le choix d'un référentiel complet, simple et pratique d'utilisation

L'outil que constitue le référentiel ANGELIQUE embrasse la totalité des diverses composantes d'une prise en charge, tout en restant d'un maniement simple et pratique : il est suffisamment subtil pour refléter la réalité tout en évitant le "syndrome de l'usine à gaz". Avec ce référentiel, on dispose d'un instrument à la fois¹¹⁸ :

¹¹⁴ Cf. partie 3.2.1 ci-dessus.

¹¹⁵ Au sens de « communier, faire sens, co-construire et partager le sens » ; expression empruntée à B. PARENT, enseignant à l'EHESP.

¹¹⁶ JAEGER M., « Evaluer les activités et la qualité des prestations : une révolution dans les pratiques des acteurs », chapitre 8, *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 2005.

¹¹⁷ Celui de la durée d'exécution de la CTP, à savoir 5 ans.

¹¹⁸ L'ensemble des éléments suivants ont été mentionnés par les acteurs participant à la démarche d'évaluation lors des réunions du comité de pilotage de la démarche (plus précisément au moment où les sous-groupes ont rendu leurs travaux).

- **complet** puisque tous les domaines de la prise en charge sont évoqués et le nombre de thèmes et de questions par items garantit une certaine exhaustivité ;
- **opérationnel et centré sur le résident** : maniable, favorisant un langage commun pour l'ensemble des acteurs¹¹⁹, permettant une réelle mesure (avec possibilité de réponses graduées) tant lors du bilan initial que lors de bilans périodiques d'évaluation ;
- **participatif** en ce sens qu'il favorise une réflexion collective ainsi que la mobilisation des acteurs,
- **d'aide à la contractualisation** puisqu'il permet aux signataires de la convention de définir des objectifs précis d'amélioration de la qualité de la prise en charge, les moyens nécessaires pour les atteindre et les modalités de leur évaluation.

On pourrait même envisager, de par son maniement facile, son système de codage à la fois simple et précis, qu'il soit aussi utilisé pour l'évaluation externe.

3.3 Les limites de l'évaluation interne conduite au CHR

3.3.1 Le recours à un référentiel impersonnel et ancien

Bien qu'ayant de réelles qualités, le référentiel ANGELIQUE présente aussi certains inconvénients qui remettent en cause son utilisation systématique.

Tout d'abord, il est largement impersonnel et inadapté aux spécificités locales, en particulier lorsqu'il s'agit d'évaluer la qualité dans plusieurs établissements comme c'est le cas au CHR d'Orléans. Ainsi, il est parfois difficile de répondre à certaines questions voir même d'attribuer une cotation globale : comment rendre homogène des cotations qui, suivant les sites, ne le sont pas ? De même, le référentiel contient certaines questions qui ne concernent pas les établissements publics non autonomes.

Ensuite, on ne peut pas nier l'ancienneté de ce référentiel. En une dizaine d'années, la réglementation a changé, les pratiques ont évolué, les conditions d'accueil et de prise en charge se sont adaptées à l'évolution des personnes âgées. Ainsi, certaines questions sont devenues obsolètes, d'autres sont inadaptées compte-tenu des évolutions récentes et devraient être précisées.

Par ailleurs, certains professionnels engagés dans la démarche ont souligné le fait que le référentiel avait parfois tendance à « tomber dans les extrêmes » en ce sens que certaines questions étaient parfois très précises, notamment dans leur formulation, tandis que d'autres restaient trop évasives.

Enfin, les acteurs ont parfois eu le sentiment de refaire le même travail que celui déjà accompli pour la certification, dans le cadre des USLD. Ils ont aussi regretté que les référentiels utilisés soient parfois très différents dans le sanitaire (critères de l'HAS) et dans le médico-social (critères ANGELIQUE).

3.3.2 Une méthode qui ne donne pas assez de sens à la démarche qualité

Certes, il revient au directeur d'impulser la dynamique de la démarche, mais cette dernière ne saurait être viable sans la participation des professionnels. En effet,

¹¹⁹ Cf. partie 3.2.2.

l'ensemble des acteurs concernés doit donner un sens qui lui est propre aux actions à entreprendre : « Le sens, dans une situation de travail, est constitué d'éléments unifiants, ce que le sujet (individuel ou collectif) perçoit comme cohérent, ce qui le rattache à des expériences familières ou lui permet de se projeter dans un enchaînement d'expériences futures »¹²⁰.

Le sens que chacun donne à son action est à la fois très personnel et subjectif ; la plupart du temps, un acteur agira de façon à répondre à sa propre logique. Aussi, les actions qu'il mènera auront un sens à ses yeux parce qu'elles serviront ses intérêts. A cet égard, les raisons du comportement individuel sont infinies et elles sont guidées par la rationalité limitée des acteurs¹²¹. En fait, dans toute situation de changement et donc tout particulièrement dans la démarche initiée, les acteurs vont, consciemment ou non, donner un sens particulier à la démarche en cours, afin de la soutenir ou de s'y opposer. Or, on comprend très vite que la réussite de la démarche est impossible sans que les acteurs la soutiennent ce qui suppose qu'ils lui aient donné un sens positif. En effet, selon P. BERNOUX¹²², « les changements ne sont réalisés que lorsque ceux qui ont à les appliquer en comprennent et en acceptent le sens et en font l'objet de leur action ».

S'il s'avérait que la démarche ne soit pas suffisamment claire et que les acteurs ne puissent lui donner un sens positif, le directeur se trouverait confronté à des phénomènes de réticences et de résistances.

Aujourd'hui, il est évident que la seule application de l'évaluation interne ne parvient pas à donner du sens au projet. Effectivement, cette démarche, telle que pilotée au sein du Pôle au cours des années 2000, n'a pas permis une réelle appropriation du projet par ses acteurs. Certains ont reconnu leur peur de s'exprimer sur des sujets qui, a priori, « ne les concernaient pas » ; ils ont aussi évoqué un manque certain de lisibilité sur l'ensemble de la démarche d'évaluation et plus particulièrement sur l'outil d'évaluation alors utilisé¹²³. De plus, l'absentéisme de certains professionnels est un élément supplémentaire montrant que la méthode n'a pas permis de donner suffisamment de sens à l'action entreprise.

E. BOURGUIGNON¹²⁴ explique que face à ce constat, « le dirigeant doit initier une politique de communication destinée à expliquer : pourquoi cette démarche ? Quels sont les objectifs poursuivis ? Dans quelle logique stratégique ? Quels sont les risques ? (...) C'est seulement à partir de ce moment que les acteurs seront plus enclins à réfléchir collectivement au « comment », c'est à dire aux moyens d'atteindre les objectifs fixés ».

¹²⁰ BERNOUX P., *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Paris : Seuil, 2009, pp.162.

¹²¹ *Ibid.*

¹²² *Ibid.*

¹²³ Il s'agissait d'un document élaboré par un cabinet d'audit s'inspirant du référentiel ANGELIQUE.

¹²⁴ BOURGUIGNON E., *Stratégie et conduite du changement : de la nécessité d'une démarche globale et humaine d'accompagnement*, Mémoire de l'EHESP (D3S), 2009, pp. 64-65.

3.3.3 Une méthode qui ne garantit pas l'implication des acteurs à long terme

La démarche d'évaluation interne ne peut pas, à elle seule, garantir la motivation et l'implication des acteurs. Elle pourra permettre la participation de ces derniers mais on ne peut affirmer qu'elle emportera leur conviction et donc leur implication¹²⁵ durable.

Dans la démarche évaluative mise en œuvre dans les EHPAD du CHR, on peut regretter que le projet n'ait pas suffisamment touché l'ensemble des acteurs, en particulier les personnels intervenant au plus près des résidents qui n'ont pas été suffisamment sollicités dans les groupes de travail. Du fait du manque de participation de certaines catégories d'agents, la démarche a pu être perçue comme « manager par le haut sans redescendre »¹²⁶.

Par ailleurs, bien que les lits d'hébergement et de soins de longue durée représentent 1/3 de la capacité totale du centre hospitalier, il était regrettable de constater que l'obligation de mettre en œuvre une démarche qualité, passant par l'évaluation, était peu connue des autres directions et services de l'hôpital.

Il est importe aussi de souligner que la démarche engagée n'a pas permis une réelle implication des interlocuteurs extérieurs (ARS et Conseil général) qui n'ont pas été sollicités. Certains acteurs ont d'ailleurs admis que ce manque d'implication des autorités de tarification a été quelque peu démobilisateur pour les équipes.

De plus, on ne peut négliger l'exigence de la démarche en termes de temps et d'énergie. En effet, elle aura nécessité un engagement considérable. A cet égard, le dirigeant doit être conscient du risque d'essoufflement et d'épuisement des équipes et y être en permanence vigilant afin de mieux en prévenir l'apparition. Il ne faut pas non plus négliger le possible épuisement du directeur lui-même, chargé de "porter" les équipes et de veiller à maintenir un haut niveau d'implication et de motivation. Il doit aussi être lucide quant à sa position d'isolement dans la mesure où « l'effet institution » est parfois illusoire.

E. BOURGUIGNON¹²⁷ rappelle que la motivation est « un moteur essentiel dans toute organisation ». Elle n'est déjà pas évidente à acquérir mais elle l'est encore moins à conserver de manière durable. Même si certains acteurs ont tendance à être plus souvent et plus fortement motivés que d'autres, il ressort que tous, à un moment ou à un autre, ont besoin d'être encouragés voire stimulés. Or, dans le cadre de la démarche qualité, le maintien de la motivation des acteurs relève clairement d'une dynamique qui doit être orchestrée par le directeur¹²⁸. Pour se faire, « le manager doit être capable d'adapter ses outils de motivation à la personnalité et aux besoins de son public cible »¹²⁹. A ce titre, il est alors essentiel pour lui de prendre conscience des sources de motivation successives qu'il peut faire intervenir pour mobiliser ses équipes.

¹²⁵ On peut, en effet, distinguer la participation de l'implication au sens où l'on peut participer sans véritablement s'impliquer.

¹²⁶ Propos issus d'entretiens menés auprès des professionnels.

¹²⁷ BOURGUIGNON E., *op.cit.*, pp. 65-66.

¹²⁸ Cf. partie 3.2.2.

¹²⁹ BOURGUIGNON E., *op. cit.*, pp. 66-67.

4 De la nécessité de passer d'un management de la qualité à un management par la qualité

4.1 De la théorie au management de la démarche

Le management est un terme ancien qui, comme le rappelle P. HERMEL¹³⁰, nous vient du français de souche latine *manus* (la main) proche du verbe italien *maneggiare* qui signifie conduire, manier au sens d'y mettre la main. En fait, ce terme apparaît pour la première fois en 1916 dans un ouvrage de H. FAYOL¹³¹ qui définit cinq fonctions de direction : planifier, organiser, commander, coordonner et contrôler.

Plus tard, H. ULRICH¹³² définit le management comme « un ensemble d'activités nécessaires à la conception, au contrôle et au développement de systèmes sociaux déterminés » et précise qu'elles sous-entendent, en l'espèce pour le directeur, « la capacité de concevoir une représentation du système dont il fait partie afin de pouvoir y agir ». Enfin, C. DRONIOU définit le management en ces termes : « un essai de rationalisation et de maîtrise du système organisationnel »¹³³. De manière générale, le management répond à cette question simple et archaïque : « comment conduire l'action collective des hommes et des femmes qui constituent les ressources humaines de toute forme d'organisation vers la réalisation des objectifs que cette dernière s'est assignée ? »¹³⁴.

4.1.1 Le management par la qualité en EHPAD via une approche systémique

Le système est un outil souvent abstrait mais qui permet de désigner des faits concrets et de les expliquer. L'analyse par système fournit un modèle qui consiste à créer un ensemble symbolique (le système) permettant d'étudier les échanges, les négociations et les conflits entre les divers acteurs. Le système ainsi construit, même s'il est abstrait et artificiel n'en demeure pas moins réaliste puisqu'il nous offre une maquette de la réalité nous permettant de comprendre comment fonctionne notre structure aussi bien en interne qu'en externe. Dans notre analyse, il ne faut cependant pas omettre le fait que tout établissement, quel qu'il soit, est à la fois un système et un sous-système d'un ensemble plus vaste (le système médico-social, en l'espèce).

Plus globalement, « le système est un ensemble d'éléments qui restent reliés entre eux malgré les chocs de l'environnement »¹³⁵. En outre, l'analyse systémique nous aide à percevoir qu'à l'intérieur du système on peut individualiser des sous-systèmes en fonction des objectifs, des populations ou des pathologies : dans un centre hospitalier, le sous-système de prise en charge des personnes âgées ou, plus simplement, le sous-système constitué par chaque établissement d'hébergement.

Cette capacité à porter un regard lucide et critique sur son environnement est capitale dans la vie d'un établissement surtout lorsqu'il s'engage dans une démarche

¹³⁰ HERMEL P., *op. cit.*

¹³¹ FAYOL H., *Administration industrielle et générale*, Paris : réédition Dunod de 1999.

¹³² ULRICH H., *Pensée globale et management : résoudre les problèmes complexes*, Paris : Editions d'Organisation, 1989.

¹³³ DRONIOU C., Séminaire de formation des directeurs CAFDES, Rennes : ENSP, juillet 1995.

¹³⁴ DUCALET P., LAFORCADE M., *op. cit.*, pp. 156.

¹³⁵ *Le Petit Larousse illustré*, Paris : Larousse, 2007.

d'amélioration de la qualité. Il est fréquemment admis que le changement préalable des mentalités permettra de modifier les comportements. Néanmoins, bien qu'il faille expliquer la nécessité du changement et donc, en cela, modifier au préalable les mentalités, c'est souvent sous la pression de l'environnement que les changements de comportement seront obtenus¹³⁶.

La démarche qualité ne peut se résumer à la simple introduction d'un nouvel outil de gestion et d'un référentiel. Son introduction au sein de l'organisation médico-sociale perturbe, effectivement, l'ensemble des constituants du système : apparition de nouveaux objectifs stratégiques ; changement de culture et donc aussi de comportements et de pratiques ; reconsidération de l'organisation structurelle,...

Dès lors, la recherche de la qualité entraîne des changements organisationnels considérables et exige du directeur qu'il trouve et adopte un management d'un type nouveau, qui soit tout à la fois adapté et adaptable c'est-à-dire qui puisse évoluer.

Pour F. CHARLEUX et D. GUAQUERE¹³⁷, un résultat est plus facilement atteint et de manière plus efficiente lorsque les ressources et les activités sont gérées au sein d'un seul et même système. De fait, ce management par approche système invite à regarder l'organisation comme un ensemble de processus corrélés entre eux. L'efficacité organisationnelle dépend alors de leur juste articulation. Dans ce contexte, le système de management de la qualité doit s'intéresser non seulement aux processus de réalisation des services et des prestations offerts au sein des établissements mais également à tous les processus qui, de façon plus ou moins directe, contribuent, dans l'organisme, à l'atteinte des objectifs prédéterminés.

Le choix d'une approche systémique du management ne peut faire l'économie de la définition préalable d'une stratégie. D'ailleurs, l'interrogation sur le sens et les finalités est la première étape vers la définition d'une stratégie¹³⁸. Si le directeur souhaite qu'une stratégie soit comprise et suivie, il faut pouvoir en expliciter les fondements.

Le concept de stratégie peut revêtir plusieurs acceptions¹³⁹. En effet, on peut la voir comme :

- une vision, une ambition partagée ;
 - une trajectoire vers l'avenir, un horizon à atteindre ;
 - une cohérence et une cohésion institutionnelle délibérée ;
 - une position intentionnelle dans un domaine d'activité spécifique ;
 - une manœuvre délibérée vers l'obtention d'un objectif.
- } Les cinq formes pouvant se combiner

Néanmoins, il ne faut pas perdre de vue que la conception d'une stratégie résulte fréquemment du jeu des professionnels en présence, d'une théorie ou d'une idéologie dominante et de valeurs culturelles le plus souvent implicites. En effet, l'idée commune selon laquelle la construction d'une stratégie serait uniquement le fait de

¹³⁶ Cf. partie 2.4.1.

¹³⁷ CHARLEUX F., GUAQUERE D., *Evaluation de la qualité en action sociale et médico-sociale – Evaluation interne : outils, méthodes et mise en œuvre*, Paris : ESF Editeurs, 2006.

¹³⁸ Cf. partie 2.2.2.

¹³⁹ MINTZBERG H., ROMELAER P., *Grandeur et décadence de la planification stratégique*, Paris : Dunod, 1999.

quelques stratèges qui décideraient de l'avenir et des moyens d'y parvenir, n'est pas systématique.

En outre, le processus d'élaboration stratégique peut être issu d'initiatives et d'adaptations locales de professionnels et/ou d'équipes qui, au contact de la réalité et surtout de son évolution, se manifestent de manière à influencer et, par là même, à valoriser le mécanisme stratégique. Cette particularité stratégique, si tant est que le directeur accepte de donner la parole à ses équipes et d'en tenir compte, est une chance tout à fait singulière d'assurer la diversité et la force d'adaptation de la structure dans le temps et dans l'espace. A cet égard, H. MINTZBERG et P. ROMELAER parlent de « stratégies émergentes »¹⁴⁰.

Le pilotage stratégique de la qualité doit donc, autant que possible, favoriser et développer des espaces d'expression et continuellement valoriser les initiatives et les adaptations proposées. La créativité et la diversité des professionnels sont des sources d'innovation dont la démarche d'amélioration continue de la qualité ne peut se passer¹⁴¹.

Une fois le système et la stratégie définis, des outils et processus de travail doivent être choisis. Or, le secteur des personnes âgées s'enrichit régulièrement d'outils, de méthodes et de modes opératoires¹⁴² dont l'introduction trouble souvent les équilibres dans les services. Une fois l'outil et la méthode choisis, tout reste encore à faire. En effet, les exemples d'échecs patents de l'introduction de nouveaux modèles de travail dont les experts garantissaient pourtant l'efficacité, ne manquent pas. La plupart du temps, les décideurs n'ont pas pris la mesure du changement que ces instrumentations supposaient, ni n'ont pris le temps de contextualiser leur démarche. Les conséquences sont alors connues : rejet de la méthode, inutilisation de l'outil, faiblesse des résultats obtenus, dysfonctionnements répétés, etc. attestant d'un processus de décision souvent déconnecté des attentes et des professionnels.

Pensée uniquement en termes d'instrumentation, la démarche qualité encourt des risques en tous points analogues. En l'espèce, l'outil c'est le référentiel choisi (ANGELIQUE pour les établissements du CHR). Adopter une vision normative et instrumentalisée qui consisterait à présenter l'outil d'évaluation retenu comme un instrument permettant d'atteindre la vérité et l'efficacité aurait très peu de chance d'aboutir dans la mesure où la qualité est avant tout une démarche, un processus d'élaboration participative et collective.

4.1.2 De la démarche évaluative à la démarche qualité

Vouloir passer d'une simple démarche évaluative à une réelle démarche qualité suppose, là encore, de saisir clairement de quoi il s'agit. Nous distinguerons d'abord la démarche qualité comme processus de recherche d'un fonctionnement optimal et l'évaluation de la qualité qui, tout en étant conçue de manière très proche, se met en place pour vérifier les effets, voire la qualité de la démarche elle-même.

¹⁴⁰ *Ibid.*

¹⁴¹ Ces espaces peuvent prendre des formes variées et être transitoires ou durables (groupes de progrès, cercles de qualité, ...).

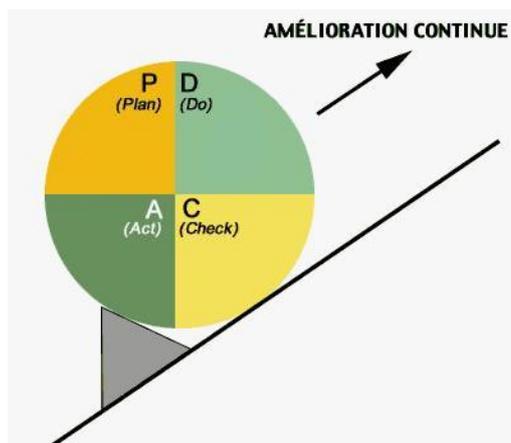
¹⁴² Les divers outils, dans tous les domaines, ne manquent pas : AGGIR, New AGGIR, PATHOS, ANGELIQUE,...

C'est du point de vue de leur nature que l'évaluation et la démarche qualité se distinguent d'abord : la première – présentant des caractéristiques discontinues – est un des moyens d'atteindre la seconde – processus continu. Elles répondent en sus à un ordre chronologique précis : l'évaluation va aboutir à un constat qui va engendrer une démarche qualité qui elle-même devra être évaluée. En ce sens, l'évaluation peut constituer une porte d'entrée : en portant un jugement sur une intervention, dans un but d'aide à la décision. Ainsi se met en action le cercle vertueux de la qualité. Ce dernier n'a d'ailleurs aucune raison de s'arrêter à condition, d'une part, que la recherche de la qualité devienne une volonté véritablement institutionnelle et présentée comme telle et, d'autre part, que si des indicateurs de suivi ont été pensés et élaborés pour apprécier cette qualité.

La démarche correspond à un processus d'amélioration continue de la qualité des prestations fournies. Comme le précisent JF. BAUDURET et M. JAEGER¹⁴³, il s'agit d' « une démarche volontariste et collective, étalée dans le temps, engagée par un établissement afin de réduire progressivement ses points faibles et conforter durablement ses points forts ». L'évaluation, quant à elle, qu'elle soit interne ou externe, a pour finalité de mesurer, à intervalles réguliers, le niveau d'atteinte des objectifs que s'est fixée la démarche qualité. Le constat des écarts conduit, le plus souvent, à des actions correctives, infléchissant le processus engagé.

4.2 Conduire le changement vers la qualité ou comment mettre en œuvre un management par la qualité

Le modèle Plan Do Check Act (PDCA), popularisé par WE. DEMING¹⁴⁴ et déjà reconnu dans le domaine de la gestion de la qualité, a été retenu pour sa clarté et son efficacité. Effectivement, ce modèle, présenté sous la forme d'une roue, permet de synthétiser les quatre phases d'une démarche qualité.



Plan : le directeur planifie son action, il en définit les caractéristiques ainsi que les moyens (humains, matériels, financiers, organisationnels et méthodologiques) à mettre en œuvre pour atteindre la qualité de service souhaitée au travers de projets et programmes d'actions d'amélioration de la qualité.

Do : il met en œuvre les plans d'action conformément à ce qu'il a projeté.

Check : il vérifie ce qu'il entreprend, analyse et auto-évalue les résultats obtenus et les moyens d'y parvenir ; il constate les dysfonctionnements, leur ampleur, leurs caractéristiques, leurs effets.

Act : le gestionnaire identifie les priorités, il réagit en comblant les écarts par des mesures correctives ou curatives et/ou comprenant mieux la cause des dysfonctionnements et il met en œuvre des actions préventives.

La cale symbolise l'évaluation périodique, quelle que soit la technique utilisée, point de départ des actions d'amélioration éventuelles (la pente symbolisant le progrès lié à l'amélioration continue de la qualité).

La Roue de Deming (cycle PDCA) popularisée dans les années 1950

¹⁴³ BAUDURET JF., JAEGER M., *op. cit.*

¹⁴⁴ Le concept a été, à l'origine, développé par le statisticien Walter SHEWHART dans les années 1930.

Mais, encore faut-il qu'un réel dynamisme entraîne la roue ; ce ne sont pas les seuls référentiels qui suffiront : l'engagement de la direction, l'implication et la coopération des professionnels sont la véritable force de la démarche. L'oublier serait confondre l'outil et le processus.

La roue de Deming montre bien que faire un travail de qualité (do) ne représente que le quart de la démarche et c'est bien là que réside toute la différence entre faire un travail de qualité et travailler par la qualité. Ainsi la démarche promue ne devra pas uniquement se limiter aux dimensions techniques des prestations. Elle interroge l'institution et l'organisation dans son ensemble – ses valeurs fondamentales, la pertinence de son organisation et des pratiques managériales employées – et requiert, en ce sens, un changement global de posture de la part de toute l'institution.

Cette partie propose un ensemble de recommandations jugées utiles et nécessaires à la conduite et l'accompagnement de la démarche d'amélioration continue de la qualité.

4.2.1 Plan : la conception d'un système de management par la qualité

Cette première étape est certainement la plus importante. C'est à cette phase, qu'il a été nécessaire de poser le contexte qui nous incitait à enclencher la démarche¹⁴⁵.

En fait, cette phase vise à planifier l'ensemble de la démarche et donc à en déterminer les objectifs et à définir les moyens à mettre en œuvre (ressources disponibles, actions à entreprendre, responsabilités, personnes à solliciter,...). Finalement, c'est ici qu'il revient au directeur d'élaborer une vision stratégique, par la programmation du « comment faire ? ».

Pour cela, il est essentiel de « construire une organisation "active" et pas seulement "réactive" »¹⁴⁶. En effet, la qualité a toutes les chances de se développer dans une institution qui ne se contente pas de subir les contraintes de son environnement mais qui s'en saisit pour les transformer en véritable dynamique de changement et d'amélioration de la qualité. La qualité a besoin d'une volonté managériale ferme et affirmée ; « elle n'est pas compatible avec une stratégie d'évitement ou de recherche permanente du consensus »¹⁴⁷.

Penser la qualité c'est d'abord concevoir que chaque acte est rempli de possibles entre lesquels il faudra choisir – et c'est bien précisément là tout le rôle du directeur d'établissement : arbitrer, choisir, décider, conduire et piloter. Être en situation de choix délibéré suppose que toutes les possibilités d'actions ont été envisagées. A cet égard, le directeur a une responsabilité toute particulière : après avoir lui-même exploré « tous les champs du possible », il lui reste à se consacrer prioritairement aux choix stratégiques. Seul le directeur qui donne une impulsion forte permet à chacun, à sa place, de se sentir un peu directeur et, en cela, acteur des orientations qui sont prises.

Cette étape conditionne l'ensemble du cycle et mérite largement un traitement attentif de la part du gestionnaire. Effectivement, la démarche qualité doit être une démarche

¹⁴⁵ Cf. partie 1.

¹⁴⁶ DUCALET P., LAFORCADE M., *op. cit.*, pp. 188.

¹⁴⁷ *Ibid.*, pp. 189.

structurée et rigoureuse ; elle exige du temps, de l'énergie et de la méthode. En ce sens, elle doit donc préalablement se structurer, s'organiser et se planifier.

Par ailleurs, et en vue de favoriser l'implication de chacun, la démarche doit pouvoir être comprise de tous. En cela, les règles du jeu doivent être explicites, intelligibles et accessibles. A ce stade, le rôle du directeur est déjà crucial puisque, dès cette étape, certaines questions pratiques doivent être réglées, en particulier celle du temps de la démarche. Cela suppose alors une anticipation et un investissement qui modifieront nécessairement les organisations de travail et ce, à plusieurs niveaux : place croissante donnée à l'information, à la formation, à la régulation ; répartition des tâches pour développer les contributions de chacun au processus d'évaluation et de recherche de la qualité,...

4.2.2 Do : la mise en œuvre du système de management par la qualité grâce à la mobilisation des professionnels

Cette étape est celle de la mise en œuvre de la démarche, suivant la programmation qui aura été établie dans le système de management préalablement défini.

Le véritable problème qui se pose alors, ce n'est pas tant la conduite de la démarche que l'implication des acteurs. Il est certain qu'il y a là un pari très fort à faire par le gestionnaire qui s'engage dans une telle démarche. En fait, plusieurs aspects sont à prendre en considération pour parvenir à mobiliser les équipes autour de la démarche et à pérenniser, autant que possible, leur implication.

D'abord, l'implication de la direction est indispensable. Comme évoqué précédemment, la qualité est avant tout affaire de système ; il appartient à l'équipe de direction de prendre ses responsabilités et d'établir les règles du jeu¹⁴⁸. On attendra notamment du directeur que nous sommes qu'il fixe des objectifs clairs et réalistes et qu'il fournisse aux équipes les moyens nécessaires à la réalisation des missions qui leur seront confiées.

Ensuite, l'aspect information et communication est essentiel. La qualité de l'information au cours du processus est déterminante, permettra de développer une culture commune et constituera un élément fédérateur dans la démarche. Il faut qu'une vraie confiance existe avec les usagers, les professionnels et leurs représentants. L'établissement est une entreprise humaine qui suppose que toutes les parties prenantes tiennent pleinement leur place ; pour se faire, il faut qu'elles soient informées du processus engagé. La qualité suppose donc une action de communication adaptée. Il s'agit, par l'information et la communication, de renforcer l'homogénéité des représentations collectives afin de rendre acceptables les priorités rationnelles actées par la direction. Certes, les seules informations, communications et connaissances partagées qui en résultent ne changent pas systématiquement les représentations individuelles mais elles y contribuent souvent et constituent un passage obligé. Toutefois, le directeur devra veiller à sortir d'une communication purement tautologique et à s'orienter vers un mode de communication

¹⁴⁸ « Pour Deming, 94% des causes de non-qualité sont des causes communes qui viennent du système, tandis que le manager ne tend à voir que les causes spéciales qui ne sont responsables que de 6% des cas », ROCHET C., *Manager vos associations*, Paris : Calmann-Levy, 1992.

plus argumenté. En fait, il devra mettre en exergue l'intérêt pour l'établissement de s'engager dans une démarche qualité en diffusant des informations factuelles et analytiques qui montreront, notamment, combien la non-qualité est préjudiciable pour tous et à quel point la qualité est avant tout une chance. A cet égard, P. DUCALET et M. LAFORCADE rappellent l'importance du système d'information qui doit être mis en place. Ce système est une pièce majeure de la stratégie et de la démarche qualité : sans retour d'information sur nos actions, il ne peut y avoir d'amélioration de la qualité.

La recherche de l'amélioration continue de la qualité est la tension permanente de l'ensemble des acteurs pour, non seulement, être en conformité avec la norme adoptée mais pour la dépasser en exigence. Cette recherche suppose la pluralité et la confrontation des points de vue au même titre que la pluridisciplinarité des acteurs engagés dans une démarche d'évaluation, d'analyse collective et d'objectivation.

Mais il ne suffit pas de vouloir l'implication des professionnels, encore faut-il y avoir réfléchi au préalable et, là encore, avoir opté pour une stratégie. L'implication des acteurs n'est pas innée ; il n'y a pas de recette miracle, tout au plus quelques pistes de réflexion dans ce domaine¹⁴⁹. Quoi qu'il en soit, il sera nécessaire, au préalable, d'avoir bien compris le phénomène de réticence au changement.

Selon M. CROZIER et E. FRIEDBERG, pour réussir un changement, il faut décider de lancer un processus qui implique « actions et réactions, négociation et coopération »¹⁵⁰. On peut retenir de l'expérience du CHR d'Orléans que la constitution de groupes de travail transversaux, notamment dès la phase d'auto-évaluation, est l'occasion d'échanges et de décloisonnements interservices. En outre, l'atteinte d'une masse critique de professionnels directement impliqués dans la démarche facilite la diffusion de ce qu'on souhaite être une nouvelle culture d'établissement. La dynamique du travail de groupes, notamment en sous-groupes de travail, doit être aussi le corollaire d'une véritable appropriation de la démarche par chaque acteur. Une négociation des objectifs peut se voir matérialisée dans le choix des priorités d'amélioration laissé à l'initiative des groupes transversaux d'auto-évaluation. Surtout, il convient de se rappeler que la démarche concerne avant tout les professionnels engagés dans leur responsabilité sur le terrain : la qualité est un travail de mise en évidence du professionnalisme et de ce qui permet de le rendre lisible et évolutif. Plus qu'une démarche participative de type consultatif, c'est un engagement et une co-responsabilité dans une dynamique de progrès.

Au regard de la démarche pilotée au CHR d'Orléans, on ne peut qu'argumenter en faveur d'une démarche favorisant l'interprofessionnalité et l'interdisciplinarité. En effet, la seule pluriprofessionnalité n'est pas suffisante dans la mesure où elle s'exprime souvent par la simple juxtaposition de professionnels qui consentent à s'écouter parler l'un l'autre ou par l'hégémonie de l'un sur l'autre. L'interprofessionnalité et l'interdisciplinarité vont plus loin en ce sens qu'elles signifient tout à la fois l'échange et la confrontation des expériences, l'interpénétration des idées et la coopération.

¹⁴⁹ Cf. partie 2.4.1 et Annexe n° 2 Mieux comprendre et dépasser le phénomène de résistance au changement.

¹⁵⁰ CROZIER M. et FRIEDBERG E., *op. cit.*

La valorisation des compétences des professionnels, dans le cadre de la démarche, peut aussi constituer un solide levier pour encourager la dynamique de participation des acteurs. Le directeur ne doit pas perdre de vue que la compétence des professionnels de son établissement est une ressource rare, un capital à développer et à valoriser au même titre que d'autres investissements. « Dans le domaine de la santé et du social, plus que dans toute autre activité de service, la compétence et la qualité sont étroitement liées, à tel point que l'on pourrait poser l'hypothèse que le développement de la qualité passe par le développement des compétences »¹⁵¹. L'évaluation, notamment, est une opportunité pour questionner les pratiques professionnelles et le sens de l'action.

Enfin, l'implication des acteurs de terrain peut aussi être recherchée par le biais d'une « décentralisation opérationnelle par la délégation »¹⁵². En fait, il est essentiel pour le directeur de garder en tête que centralisation stratégique et décentralisation opérationnelle vont de pair puisqu'au regard de ce qui précède, le manager stratège ne peut se passer d'une large décentralisation opérationnelle s'il veut susciter la motivation et la responsabilisation des professionnels. Dans la mesure où la qualité est obtenue par la responsabilisation de chacun et la stimulation de l'initiative et de l'implication individuelle, la délégation présente beaucoup moins de risques que l'on pourrait initialement l'imaginer. D'ailleurs, elle s'avère même être l'une des conditions principales du succès de la démarche.

Cette décentralisation passe notamment par une réflexion partagée, pluriprofessionnelle et interdisciplinaire, sur l'opportunité d'élaborer son propre référentiel d'évaluation interne. Dans le cas des EHPAD du CHR, il s'agirait d'un document adapté aux spécificités locales qui permettrait de donner de la cohérence entre EHPAD et USLD. Le directeur doit toutefois avoir pleinement conscience de l'ampleur d'un tel projet avant de s'y engager et de mobiliser ses équipes. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, pour la mise en œuvre de la démarche qualité au sein des EHPAD du CHR qui, pour la première fois, se veut une démarche d'amélioration continue et ne limite pas, comme par le passé, à une démarche évaluative ponctuelle, il a été fait le choix d'utiliser le référentiel ANGELIQUE. Désormais, il serait intéressant de penser l'élaboration d'un outil de référence unique, singulier et parfaitement adapté aux spécificités des 4 établissements rattachés au CHR. Il sera d'autant plus aisé de mobiliser les équipes derrière ce projet que ce sont les professionnels eux-mêmes qui ont relevé les points faibles et les inadaptations du référentiel utilisé.

La mise en œuvre de l'ensemble de ces prérogatives participe, de surcroît, à donner toute la dimension humaine dont la démarche a besoin pour être, d'une part, comprise et acceptée et, d'autre part, pleinement participative.

¹⁵¹ DUCALET P., LAFORCADE M., *op. cit.*, pp. 196.

¹⁵² DUCALET P., LAFORCADE M., *op. cit.*, pp. 190.

4.2.3 Check and Act : suivre, évaluer, adapter et corriger la démarche engagée

Cette étape, qui en constitue en fait deux dans le cycle PDCA, consiste à contrôler (check) c'est-à-dire à évaluer les résultats, à les comparer aux objectifs et à comprendre les écarts constatés. Cette analyse constitue clairement un moment privilégié de découverte et d'apprentissage pour l'institution. Ensuite, vient le temps de l' « act ». C'est à cette étape qu'il faut agir pour une amélioration du système ; les décisions d'ajustement sont prises sur la base de l'évaluation qui vient d'être menée ; les modifications du système doivent être formalisées et enregistrées de façon à garantir une amélioration sans retour en arrière.

En fait, le gestionnaire et les équipes doivent accepter d'évaluer la démarche mise en œuvre, au même titre qu'a été évaluée la qualité des prestations proposées. Ce suivi doit être régulier et cette évaluation passe nécessairement par le recours à l'utilisation d'un outil de suivi qui pourrait être une version allégée et synthétique du référentiel élaboré et construit. Il doit s'agir d'un support opérationnel.

La qualité d'une institution médico-sociale résulte de la combinaison de l'ensemble des niveaux questionnés par la démarche évaluative, et pas seulement de la qualité et/ou conformité d'une organisation et d'un mode de fonctionnement. P. DUCALET et M. LAFORCADE¹⁵³ rappellent qu'uniquement rationnalisante, la qualité encourt le risque de ne déboucher que sur des pratiques professionnelles normatives, procédurales et néo-tayloriennes peu respectueuses de la diversité et peu porteuses de sens et de cohérence. La démarche engagée doit être en mesure de porter un regard critique sur elle-même et d'intégrer la conscience de ses propres limites dans son processus. A cet égard, cette dynamique d'autocritique ne peut pas être le seul fait de l'organisation, elle doit s'exprimer depuis chacun des acteurs, concepteurs et producteurs des prestations proposées. Une fois encore, il revient au directeur de devenir le promoteur d'espaces de réflexion, de co-construction et de partage de cette nouvelle dynamique.

Ensuite, il s'agit de faire évoluer la démarche entreprise. La démarche qualité, pour qu'elle soit continue, doit sans cesse s'adapter à un certain nombre d'évolutions à plus ou moins long terme, au même titre que les structures doivent s'adapter aux caractéristiques de la population accueillie, aux personnels qui y exercent, au contexte et à l'environnement de l'institution. Cela suppose, notamment, le renouvellement régulier (dont la fréquence est à définir au préalable) des enquêtes de satisfaction (à destination de l'ensemble des usagers c'est-à-dire personnels compris).

La démarche d'amélioration continue de la qualité doit aussi évoluer en fonction des attentes des usagers et des professionnels. A cet égard, la recherche de la qualité au travail doit être permanente. La qualité de vie au travail¹⁵⁴ apparaît de plus en plus comme une des clés de la réussite à long terme de la démarche qualité. Effectivement, la satisfaction des professionnels au travail possède une influence évidente sur la qualité

¹⁵³ DUCALET P., LAFORCADE M., *op. cit.*

¹⁵⁴ La qualité de vie au travail a trait aux conditions de travail en général et à la satisfaction éprouvée dans ce cadre par les professionnels. Elle est notamment conditionnée par les conditions physiques et matérielles, la nature des activités, la politique de gestion des ressources humaines, les relations avec la hiérarchie, les relations avec les collègues.

des prestations et donc aussi sur la satisfaction du résident ; les dysfonctionnements pénalisent inévitablement les performances et la qualité du résultat.

La démarche doit également évoluer en fonction de la stratégie globale de l'institution c'est-à-dire à la fois du Pôle mais aussi, plus généralement, du CHR. En effet, il est impératif que la démarche menée ne reste pas totalement éloignée du reste de l'institution. L'évaluation interne n'est pas un exercice, « en plus » ou « à côté » : elle doit être intégrée à la politique et à la stratégie de l'établissement ou du service. Si elle demande un investissement plus particulier lors des premières années (notamment en raison de la nécessaire construction d'outils répondant aux spécificités de l'établissement : supports d'évaluation, critères et indicateurs pertinents) et si elle comporte un temps spécifique d'analyse et de production de résultats, elle doit cependant s'articuler pleinement au fonctionnement régulier des établissements et services, comme le précisait déjà le CNESMS¹⁵⁵.

A ce titre, l'implication dans la démarche, même ponctuelle, et le soutien de la direction générale constituent des conditions indispensables au succès et surtout à la pérennité de la démarche. Cette implication doit être actée, visible pour tous et par tous ; elle constitue aussi un puissant moteur d'implication et de motivation pour les équipes.

En outre, il est impératif que la démarche engagée soit multidimensionnelle. Pour se faire, il faut que l'ensemble des projets menés par le Pôle s'inscrive et trouve désormais racine dans la démarche engagée. Il est essentiel que la démarche évaluative, cette étape récurrente de la démarche qualité qui lui donne son impulsion (qui fait progressivement monter la roue de l'amélioration de la qualité), soit, elle aussi, multidimensionnelle. Elle passe alors par l'évaluation externe qui intervient périodiquement, par la conduite de certains audits, échanges intra- et extra-établissements.

4.3 Assurer la pérennité du management par la qualité pour garantir la viabilité de la démarche dans le temps

4.3.1 Les conditions indispensables d'un management par la qualité efficace, durable et pérenne

L'acception contemporaine du management concerne tout autant la dimension stratégique et visionnaire que celles de l'animation et de la gestion des ressources humaines, de l'organisation et du pilotage de l'établissement.

La qualité et le management entretiennent des rapports de complémentarité réciproque. En effet, le management crée et développe les dynamiques organisationnelles nécessaires à l'émergence et à l'essor d'une qualité partagée et la qualité sollicite le management pour une recherche constante de pertinence, de cohérence et de cohésion. Parce que les hommes sont les seuls véritables artisans de la qualité médico-sociale, le management des ressources humaines se trouve alors questionné : existe-t-il un réel

¹⁵⁵ CNESMS, *L'évaluation interne, guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 1^{ère} version, septembre 2006.

système de management et de ressources humaines dans l'établissement ? Est-il adapté à une démarche qualité, c'est-à-dire propre à l'émergence d'un questionnement interne constructif et à l'enrichissement culturel de l'établissement ?

Cet art de diriger qu'est le management invite le directeur d'établissement à passer d'une stricte logique de gestion du personnel à une logique de pilotage stratégique de l'organisation et des ressources humaines par la qualité.

Après avoir insisté sur l'importance de la (re)connaissance de la culture des établissements et le respect des spécificités locales de chacun d'entre eux, on peut reprendre la théorie des « 8 C du management de la qualité »¹⁵⁶ pour mettre en relief les conditions indispensables d'un management efficace par la qualité.

4 principes de management à respecter :

- **le courage** : celui du pilote à s'engager dans une vaste démarche, à être clair et à décider.
- **la clarté** : expliciter, en termes compréhensibles par tous, les objectifs poursuivis, les valeurs qui les fondent et la méthode retenue pour les atteindre.
- **la cohérence** : des idées et des discours et la cohésion des actions et des équipes.
- **la considération** : prêter attention aux suggestions, reconnaître et souligner le travail réalisé.

3 dynamiques à développer :

- **la communication** : à toutes les étapes de la démarche et à l'attention de l'ensemble des usagers (résidents, familles et professionnels) par le biais des diverses instances existantes (réunions de direction, Conseil de surveillance, CHSCT, Comité qualité et gestion des risques, Bureaux et Conseils de Pôle, CVS,...).
- **la coopération** : autre modèle de régulation sociale que le mode de régulation hiérarchique à étendre au-delà des frontières de l'unité fonctionnelle (étage, service, établissement, Pôle, environnement extérieur y compris autorités de tarification).
- **la compétence** : des professionnels qui permet une adaptation et une utilisation pertinente des outils de la qualité (et en premier lieu du référentiel).

1 composante fédératrice :

- **la culture** : permet aux acteurs de « penser leur action » à partir d'un cadre de références et de valeurs communes et constitue, en cela, un élément possible de mobilisation et de cohésion entre les finalités, l'organisation, les acteurs et leurs actions.

Une fois l'importance de ces incontournables soulignée, se pose, pour le directeur, la question de sa pérennité. En effet, comment, dans sa manière de manager la démarche, peut-il en faire une démarche continue sans pour autant faire du « permanent » ? Autrement dit comment rationaliser la démarche dans le temps et dans l'espace pour en faire un processus pérenne ?

Certains spécialistes¹⁵⁷ préconisent, une fois la démarche lancée, de continuer à la faire vivre en abordant son évaluation par « petits bouts de prise en charge » et non dans sa globalité. L'essentiel est que l'objet évalué motive les personnels. Une fois achevée l'évaluation de ce premier objet, on passe à un autre, et ainsi de suite. L'évaluation devient ainsi un processus continu, inscrit dans le travail régulier du personnel. En outre,

¹⁵⁶ Théorie développée par DUCALET P., LAFORCADE M., *op. cit.*, pp. 205.

¹⁵⁷ Notamment : BAUDURET JF., JAEGER M., *op. cit.*

ainsi impliqués dans la pratique évaluative, les professionnels cessent peu à peu de redouter "le monstre évaluation".

Par ailleurs, c'est quand on cherche à rationaliser la démarche engagée qu'il faut s'interroger sur la périodicité du suivi : tous les ans, tous les 2 ans ? En fait, faire du continu suppose de se poser la question de la qualité à l'occasion de chaque réunion de travail et de s'interroger en permanence sur nos pratiques de manière à faire vivre la démarche.

Il faudrait aussi que les autorités de tarification, dans cette logique, acceptent de faire du contrôle continu et non plus seulement du contrôle ponctuel par le biais de points de passage obligés. La démarche ne peut vivre en continu sans que l'ensemble des acteurs en présence ne joue le jeu.

De même, le directeur doit s'interroger sur sa propre visibilité à 5 ans : sur le conventionnement (et donc dans les objectifs fixés), sur la démarche qualité elle-même, sur son devenir professionnel (mutation, congés de longue durée ou de durée moyenne, intérim ou convention de direction commune à assurer,...).

Une solution pourrait être de négocier un avenant à la CTP en "milieu de parcours" (après 2 ans et demi) pour permettre d'acter les progrès accomplis, les améliorations mises en œuvre, de se fixer de nouveaux objectifs et d'adapter, en conséquence, les moyens nécessaires. Les échéances seraient alors un peu plus courtes ce qui permettrait, d'une part, un suivi continu et régulier de la démarche entreprise et, d'autre part, de la faire progresser : la perspective de travailler à l'atteinte des objectifs en 2 ans et demi est moins démotivante et démobilisante pour les professionnels (on limite ainsi les risques d'épuisement et d'essoufflement). Mais se pose alors la question de la disponibilité des autorités de tarification ; question à laquelle le directeur ne peut répondre.

Plus largement, un autre aspect doit être mentionné quant au management de la démarche d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité – et c'est peut-être le changement le plus important – il s'agit du partenariat. Le travail avec les tiers que sont, d'une part, les usagers et leurs familles et, d'autre part, les pouvoirs publics (Conseil général, ARS, collectivités locales), constitue non seulement une obligation actuelle mais aussi une dynamique puissante pour l'évolution du ou des établissements concernés. Bien que les enjeux des différents niveaux de partenariats ne soient pas identiques, cette problématique représente un lieu de négociation à gérer pour le dirigeant ; le service ou l'établissement ne saurait se définir uniquement à l'interne, il doit aussi être défini dans la prise en compte stratégique des environnements contingents que constituent ces tiers.

4.3.2 La traçabilité de la démarche : pierre angulaire d'un management par la qualité solide et efficient

A ce stade, il faut souligner l'importance du rôle et des missions confiés au coordonnateur de la démarche. S'inspirant des travaux de P. GILBERT¹⁵⁸, on peut retenir trois qualités dont doit faire preuve le coordonnateur dans la démarche afin d'en assurer le suivi et la

¹⁵⁸ GILBERT P., *L'instrumentation de gestion*, Paris : Economica, 1998.

traçabilité. Il doit s'agir d'une personne préparée (comprendre "formée") c'est-à-dire ayant une connaissance théorique et pratique du référentiel utilisé, dotée d'une réelle compétence relationnelle et pédagogique et faisant preuve d'une capacité d'analyse globale coordonnée avec l'action des autres professionnels.

Bien souvent, dans un établissement, il faut faire avec les ressources disponibles et il n'est pas toujours fréquent de disposer d'un agent initié et formé à la démarche qualité. Ce fut le cas au sein du Pôle mais cela n'a pas fondamentalement posé problème. Une seule condition doit alors s'imposer, au-delà des trois proposées par P. GILBERT, dans le choix de l'agent : il faut impérativement que ce dernier soit intéressé par la démarche et prêt à s'y investir durablement. Sa motivation et son implication seront des moteurs essentiels pour lui permettre d'apprendre "sur le terrain", au fur et à mesure de l'avancée de la démarche. Cela suppose également que le pilote de la démarche se rende disponible et soit toujours à l'écoute de son coordonnateur.

Pour continuer à faire vivre la démarche d'amélioration continue de la qualité dans le temps peut se poser la question du recrutement d'un « référent qualité permanent ». Quel serait alors précisément son rôle ? De qui doit-il s'agir (un soignant, un agent administratif, technique,...) ? Il semble indispensable qu'il s'agisse d'un agent polyvalent qui puisse traiter de la qualité dans tous les domaines. Il ressort d'un certain nombre d'entretiens menés auprès des professionnels qu'il pourrait plutôt s'agir d'un binôme composé d'un soignant (IDE, AS) et d'un "encadrant" (cadre supérieur de santé, médecin). Mais, avant tout, le directeur devra s'interroger sur l'opportunité de ce poste (création, redéploiement, mutualisation).

Enfin pour que la démarche soit pérenne, il faut aussi la garder en mémoire. Cela passe donc par la traçabilité du processus, de ses mises à jour et de ses actualisations.

En fait, le système documentaire mis en place et progressivement alimenté par des éléments nouveaux est le reflet direct du système de management par la qualité adopté. Il fait partie des exigences incontournables de la démarche et constitue, à cet égard, la preuve de l'existence et de l'efficacité du système qualité. Ce système documentaire est composé de l'écriture des procédures¹⁵⁹ et des modes opératoires¹⁶⁰ utiles au management par la qualité. Il conserve également les traces de certaines opérations réalisées.

Clé de voûte de ce système, le manuel qualité définit le domaine d'application du système qualité, décrit le fonctionnement de ce dernier et présente les procédures documentées ou les références à celles-ci. Contrairement à certaines idées reçues, un manuel qualité peut prendre une forme relativement synthétique et, grâce à un jeu de renvois à d'autres documents, se limiter à quelques pages.

Véritablement, ce sont les enregistrements qui conduisent à la traçabilité de l'ensemble du système qualité. Ils apportent la preuve que les différentes contraintes de ce système ont été respectées. D'ailleurs, certains enregistrements sont obligatoires au moment de

¹⁵⁹ Les procédures spécifient la façon de réaliser une activité ou un processus dans le cadre de la démarche.

¹⁶⁰ Les modes opératoires réunissent les instructions utiles à la réalisation d'opérations particulières dont l'impact est jugé fort sur un processus ou sur l'ensemble de la démarche.

l'évaluation interne, il s'agit de tous les éléments de preuve exigés par les autorités de contrôle.

4.3.3 L'importance du projet comme base de toute démarche d'amélioration continue de la qualité

Aujourd'hui, le projet, entendu au sens large du terme (et non pas uniquement au sens de projet d'établissement) est la valeur centrale de tout établissement ; il constitue également la base de la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Le projet d'établissement est évidemment le lieu de la construction collective, de la culture, de la loi interne régissant l'organisation du travail et de la production psychomédico-sociale, lieu aussi de la construction des référentiels d'évaluation. Il est ainsi le premier élément facilitateur de cette « lente dynamique d'appropriation »¹⁶¹. En fait, la qualité peut être un levier managérial puissant si sa mise en œuvre est progressive et pragmatique et qu'elle se fait dans un milieu préparé. Autrement dit, il ne peut y avoir de qualité sans projet d'établissement.

Par ailleurs, n'importe quel projet initié dans un établissement n'existe que si il y a une démarche qualité préalable, il en est le fruit, le résultat. En effet, la démarche engagée a soulevé des points à améliorer, le projet est le moyen défini pour atteindre les objectifs déterminés. Le projet naît de la démarche qualité, il en constitue un moyen incontournable et un maillon indispensable. A chaque fois, il doit s'agir d'un projet partagé (le projet est partagé de tous car tous sont parties prenantes de la démarche qualité instaurée au préalable).

Aussi, la mise en œuvre de nouveaux projets est très importante dans la mesure où elle va permettre de faire vivre la démarche et lui donner tout son sens dans le temps. Effectivement, la démarche qualité est un processus permettant de légitimer l'action d'un service ou d'un établissement par la mise en débat de celle-ci, en contribuant au positionnement de chacun en tant qu'acteur autonome et responsable, dans le respect de son rôle, de ses attributions, de sa place dans le système, sans redondance ni substitution. Elle lui donne du sens¹⁶², notamment par le biais de nouveaux projets.

Progressivement, la démarche engagée dans l'espace et dans le temps va pouvoir constituer elle-même un réel levier de changement, outil de management puissant pour le gestionnaire d'une structure.

Parce qu'elle est, en premier lieu, un processus d'apprentissage, la démarche qualité, en impliquant directement l'ensemble des acteurs, permet de mettre à plat des pratiques et de créer ainsi les conditions favorables à leur renouvellement, d'engager un débat sur le travail, les difficultés rencontrées, les freins mais aussi les leviers et perspectives à investir, de créer les conditions pour faire évoluer les compétences collectives, de façon à ce qu'elles soient en adéquation avec les besoins et les attentes des usagers, de créer un processus permettant de nourrir les réflexions relatives à la prise en charge des

¹⁶¹ DUCALET P., LAFORCADE M., *op. cit.*

¹⁶² Le terme de « sens » est à entendre largement, à la fois comme la signification et la direction donnée à une action.

personnes, de professionnaliser l'intervention. En ce sens, cette dynamique de la démarche constitue, au fur et à mesure de son avancée dans le temps (la montée progressive de la roue sur l'axe de l'amélioration), un puissant levier de management et donc d'accompagnement du changement dans la mesure où c'est la démarche elle-même qui est à l'origine des nouveaux changements.

De fait, un tel levier de changement permettra notamment au directeur :

- une remise en question continue des pratiques professionnelles à tous les niveaux (administratifs, soignants, techniques,...) ;
- une adaptation permanente aux attentes et aux besoins des usagers ;
- une adaptation régulière des conditions de travail aux besoins des personnels ;
- l'instauration d'un climat serein de respect mutuel tridimensionnel : personne âgée / famille / personnel au sein des établissements ;
- une interpellation régulière de chacun pour contribuer à l'évolution du secteur.

La démarche qualité est cet outil de management à disposition du directeur qui permettra à l'établissement de s'adapter voire d'anticiper les évolutions du contexte et des besoins sociaux. Elle deviendra aussi un outil de veille qui témoignera de la vigilance de la structure quant à l'accomplissement de ses missions, dans le respect de ses engagements, de ses obligations et des besoins et attentes de l'ensemble de la collectivité. Elle aura progressivement vocation à aider l'établissement à se projeter c'est-à-dire à entrer dans une démarche prospective de construction et de réactualiser, de renouveler et de faire émerger de nouveaux projets.

Elle permet, en outre, à la structure d'être force d'interpellation et de propositions auprès des décideurs pour que les dispositifs institutionnels et politiques s'adaptent et répondent au mieux aux attentes et besoins des publics. En ce sens, elle permet à l'établissement, avec le temps, de conforter sa créativité, de développer ses capacités d'expertise et d'être en mesure d'anticiper et de nourrir les politiques médico-sociales.

Finalement, la démarche va devenir un moyen de contrecarrer les résistances et les réticences au changement des professionnels. Elle permet à chacun d'être en mesure de porter un regard distancié sur le projet (l'atteinte des objectifs, leur validité,...). C'est en cela que la démarche constitue une aide à la décision et à la conduite du changement¹⁶³.

¹⁶³ ANESM, « Mise en œuvre de l'évaluation dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du CASF », *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles en application de l'article L. 312-8 du CASF*, Saint-Denis : ANESM, avril 2008.

Conclusion

La question de la démarche qualité n'est pas neuve : en bonne logique, elle est même au cœur de toute démarche de prise en charge. Mais, très vite, il faut prendre conscience du risque réel de voir privilégier une vision restrictive de la qualité visant principalement à juger de l'efficacité dans un souci de rationalisation des moyens ou de seule objectivation de l'allocation de ressources, en s'attachant essentiellement à la mise à jour de normes, plus ou moins contraignantes, d'organisation et de fonctionnement. Une telle vision, dans le secteur médico-social, est plus que contestable ; elle est fautive et pourrait même s'avérer dangereuse.

En la matière, le secteur médico-social souffre d'un handicap idéologique supplémentaire : la pensée dominante a longtemps convaincu une majorité de professionnels qu'il serait impossible d'objectiver la qualité dans ces structures, la complexité du travail sur l'humain interdisant les simplifications évaluatives. Cet hymne à la singularité a trop longtemps servi à légitimer le statu quo et à figer certaines situations. En fait, seule une volonté managériale ferme permet de rompre avec le cycle de la répétition et du mimétisme bureaucratique. Il faut sortir de « l'enfer du même »¹⁶⁴, de ce « fonctionnalisme pragmatique »¹⁶⁵, qui finit par cantonner l'action dans une tautologie mécanique où les processus formels et les ratios financiers tiennent lieu de politiques et d'objectifs.

Retrouver la qualité consiste donc à traiter la question médico-sociale en termes de problèmes à résoudre, de services à rendre à la population et non plus de structure à financer. Le budget retrouvera ainsi sa vraie place : un moyen au service d'une politique.

La mise en place d'une telle démarche permet aux institutions de passer un cap vers une plus grande professionnalisation et d'accompagner des changements humains et techniques inéluctables compte-tenu des mutations sociétales et politiques et des recompositions qui interviennent dans le paysage.

Les organisations sociales et médico-sociales sont des entreprises particulières et ne peuvent être confondues avec celles évoluant dans les secteurs à but lucratif. Pour autant, elles sont aussi des organisations qui doivent entreprendre, se renouveler et faire témoignage de leur compétence tant en interne qu'au regard de leur environnement.

En ce sens, les exigences d'évaluation et de qualité constituent une garantie éthique et technique devenue nécessaire compte-tenu de la complexification des missions et des responsabilités.

Ces « entreprises d'humanité, de solidarité et de services »¹⁶⁶ sont des organisations complexes qui ont à s'engager dans la qualité, tant en direction des usagers que des partenaires et des salariés pour leur permettre d'anticiper les évolutions, répondre à des contraintes et trouver crédit auprès de leurs interlocuteurs.

¹⁶⁴ BAUDRILLARD J. in MIRAMON JM., *Manager le changement dans l'action sociale*, Rennes : ENSP, 1996.

¹⁶⁵ MIRAMON JM, *Manager le changement dans l'action sociale*, Rennes : ENSP, 1996.

¹⁶⁶ DUCALET P., LAFORCADE M., *op.cit.*

La loi du 2 janvier 2002 impose aux établissements et services du secteur de procéder régulièrement à l'évaluation interne de leurs activités et des prestations délivrées aux usagers. Si les exigences imposées par la loi constituent un puissant socle de régulation censé apporter une garantie éthique et technique eu égard à la complexification des missions et des responsabilités, il n'en demeure pas moins que subsiste encore une certaine dose d'opacité quant aux modalités de mise en œuvre. Quelque part, nous pourrions dire que c'est tant mieux. En effet, au-delà de la méthodologie et des techniques aussi incontournables soient-elles, l'évaluation interne se veut avant tout une démarche participative qui puisse donner naissance à l'action, promouvoir un regard critique des acteurs sur leurs pratiques et contribuer ainsi à une lisibilité accrue des prestations rendues à l'utilisateur.

Ainsi, il est essentiel que le directeur dispose d'une large marge de manœuvre. Néanmoins, comme on a pu le constater au CHR d'Orléans, la seule démarche évaluative ne saurait constituer, à elle seule, une authentique démarche d'amélioration continue de la qualité ; elle ne constitue qu'une démarche partielle à la conduite d'une démarche qualité qui se veut plus globale.

De manière générale, l'évaluation des activités et l'amélioration de la qualité des prestations représentent un enjeu fort pour l'établissement : rien moins que sa pérennité dans un cadre sans doute de plus en plus normatif. Mais elle pose aussi la question du changement et de son management dans un cadre reconfiguré.

La qualité est d'abord et avant tout un état d'esprit que le directeur doit acquérir et faire sien pour mieux le transmettre de manière à ce que tous les acteurs prennent pleinement conscience des enjeux liés à l'engagement d'une démarche d'amélioration continue dans les établissements. Elle est un cheminement, une tension permanente.

La construction quotidienne de cet état d'esprit est peut-être la première mission du directeur. Elle est d'autant plus indispensable qu'elle n'est jamais naturelle dans un univers encore peu concurrentiel.

Dans le cadre de la démarche qualité engagée, c'est l'organisation dans son ensemble qui est sollicitée : fondée sur la décentralisation des décisions, la responsabilité et l'autonomie du personnel, la structure développe des actions de formation et de communication adaptées pour favoriser l'appropriation progressive de la démarche, l'implication et la transdisciplinarité.

Vouloir mettre en œuvre une démarche qualité nécessite d'interroger la culture et l'identité, la structure organisationnelle et les modes de gestion, en particulier des ressources humaines, de chaque institution. La démarche qualité, qui est constamment à la recherche de pertinence et de cohérence, doit s'appuyer sur une dynamique de communication claire et interactive s'exprimant depuis et vers toutes les dimensions de l'établissement de manière à garantir un travail en cohésion.

Clarté, confiance, cohérence, coopération et compétences s'avèrent donc des valeurs centrales d'un management par la qualité qui requiert tout à la fois lucidité, modestie et courage de la part de son pilote.

Très concrètement, la démarche qualité exige une transformation managériale et un changement culturel. Elle doit en effet s'appuyer sur une mobilisation maximale des acteurs. Ce management participatif contribue à réduire les clivages et les conflits de culture entre catégories professionnelles, modifie les représentations et propose de nouveaux modèles d'intelligibilité de l'action. Une étape de sensibilisation puis d'acculturation des professionnels est indispensable, cette période étant plus ou moins longue. Au début, les résistances sont nombreuses et sont source d'inertie ou de paralysie. Avec le temps, elles s'estompent, des opportunités ou conditions de faisabilité s'ouvrent, bien qu'il subsiste quelques avatars de résistances.

Une telle démarche ne peut pas être ponctuelle et ne doit pas être transitoire – le temps du changement et de la mise en œuvre de la démarche. Elle doit être continue et faire l'objet d'une véritable politique managériale.

L'évaluation et la démarche qualité constituent donc un processus dynamique qui mobilise tous les acteurs mais aussi qui transforme tous les segments de l'organisation. Parce qu'elles interrogent le sens des pratiques, elles ne sauraient se réduire à une série de procédures à appliquer. L'évaluation et la qualité doivent être pensées.

On comprendra dès lors que l'ensemble des acteurs s'y trouve impliqué, administrateurs et professionnels et tout particulièrement le directeur dont la fonction essentielle est de gérer les profonds changements induits et entraînés.

Le rôle du dirigeant n'est-il pas alors, loin des modèles strictement gestionnaires, d'anticiper, de percevoir, d'initier, de guider et d'accompagner ces divers changements ? Pour reprendre l'expression employée par F. CHARLEUX et D. GUAQUERE, on dira qu'il s'inscrit ainsi dans « le management stratégique d'un projet d'intervention sociale »¹⁶⁷.

Sans doute l'apparition des concepts d'évaluation puis de qualité est-elle une opportunité nouvelle pour les professionnels qui sauront s'en saisir (et s'en servir) en connaissance de cause. Ils pourront alors anticiper et introduire des démarches dynamiques qui replacent au centre de l'action ceux qui avaient été parfois oubliés dans la routine des organisations, à savoir les usagers.

¹⁶⁷ CHARLEUX F., GUAQUERE D., *op. cit.*

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires et circulaires :

- Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, Journal officiel du 1^{er} juillet 1975, page 6604.
- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, Journal officiel n° 179 du 2 août 1991, page 10255.
- MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES, Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, Journal officiel n° 21 du 25 janvier 1997, page 1280.
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal officiel du 3 janvier 2002, page 124, texte n°2.
- MINISTERE DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DE LA COHESION SOCIALE, Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation à la citoyenneté des personnes handicapées, Journal officiel n° 36 du 12 février 2005, page 2353, texte n° 1.
- Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, Journal officiel n° 296 du 22 décembre 2006, page 19315, texte n° 1.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs, Journal officiel n° 56 du 7 mars 2007, page 4325, texte n° 12.
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, Journal officiel n° 0167 du 22 juillet 2009, page 12184, texte n° 1.
- PREMIER MINISTRE et MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES, Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, Journal officiel n° 98 du 25 avril 1996, page 6324.
- SECRETARIAT D'ETAT CHARGE DU PLAN, Décret n° 90-82 du 22 janvier 1990 relatif à l'évaluation des politiques publiques, Journal officiel n° 20 du 24 janvier 1990, page 952.
- MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE, DE LA REFORME DE L'ETAT ET DE LA DECENTRALISATION, Décret n° 98-1048 du 18 novembre 1998 relatif à l'évaluation des politiques publiques, Journal officiel n° 269 du 20 novembre 1998, page 17531.

- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de fonctionnement des EHPAD, Journal officiel n° 98 du 27 avril 1999, page 6223.
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Décret n° 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des EHPAD, Journal officiel n° 98 du 27 avril 1999, page 6248.
- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, Décret n° 2003-1134 du 26 novembre 2003 relatif au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale mentionné à l'article L. 312-8 du CASF, Journal officiel n° 276 du 29 novembre 2003, page 20403, texte n° 24.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux, Journal officiel n°113 du 16 mai 2007, page 9373, texte n° 225.
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, Journal officiel n° 98 du 27 avril 1999, page 6256.
- DGAS, Circulaire n° 2006-53 du 10 février 2006 relative aux dates de mise en œuvre des évaluations prévues par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Ouvrages :

- ALFOLDI F., 2006, *Savoir évaluer en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 250 p.
- BAILLY A., 2007, *Comportements humains et management*, 2^{ème} édition, Paris : Pearson Education, 343 p.
- BAUDURET JF., JAEGER M., 2005, *Rénover l'action sociale et médico-sociale, l'histoire d'une refondation*, Paris : Dunod, 339 p.
- CHARLEUX F., GUAQUERE D., 2006, *Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale – Evaluation interne : outils, méthodes et mise en œuvre*, Paris : ESF Editeur, 286 p.
- CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'Acteur et le système*, Paris : Le Seuil, 500 p.
- DOLAN SL., LAMOUREUX C., GOSSELIN G., GOSSELIN E., 1996, *Psychologie du travail et des organisations*, Montréal : Gaëtan MORIN, 550 p.
- DUCALET P., LAFORCADE M., 2008, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Paris : Seli Arslan, 3^{ème} édition, 320 p.
- FAYOL H., 1916, *Administration industrielle et générale*, Paris : réédition Dunod de 1999, 133 p.

- GILBERT P., 1998, *L'instrumentation de gestion – La technologie de gestion, science humaine ?*, Paris : Economica.
- HERMEL P., 1988, *Le management participatif. Sens, réalités et actions*, Paris : Les Editions d'Organisation, 253 p.
- JANVIER R., 2009, *Conduire l'amélioration de la qualité en action sociale*, Paris : Dunod, 200 p.
- JAEGER M., 2005, *Diriger un établissement ou un service en action sociale ou médico-sociale*, Paris : Dunod, 1248 p.
- JOING JL., 1998, *Maîtriser la démarche qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Rennes : Editions ENSP, 139 p.
- LEVY-LEBOYER C., SPERANDIO JC., 1987, *Traité de psychologie du travail*, Paris : PUF, 832 p.
- LEWIN K., 1951, *Field theory in social science*, New York : Harper, 346 p.
- LEVY A., *Psychologie sociale, textes fondamentaux anglais et américains*, Paris : Dunod, 262 p.
- MINTZBERG H., ROMELAER P., 1999, *Grandeur et décadence de la planification stratégique*, Paris : Dunod, 456 p.
- MIRAMON JM., 2001, *Manager le changement dans l'action sociale*, Rennes : Editions ENSP, 105 p.
- MIRAMON JM., 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Rennes : Presses de l'EHESP, 150 p.
- MIRAMON JM., COUET D., PATURET JB., 2005, *Le métier de directeur – Techniques et fictions*, Rennes : Editions ENSP, 270 p.
- ROCHET C., 1992, *Manager vos associations*, Paris : Calmann-Levy, 289 p.
- SAVIGNAT P., 2009, *Evaluer les établissements et les services sociaux et médico-sociaux. Des savoir-faire à reconnaître*, Paris : Dunod, 370 p.
- SCOTT CD., JAFFE DT., 1992, *Maîtriser les changements dans l'entreprise*, Laval : Agence d'Arc.
- ULRICH H., 1989, *Pensée globale et management : résoudre les problèmes complexes*, Paris : Editions d'Organisation.

Articles :

- ALTER N., 2002, « Diriger, conduire le changement », *Informations sociales*, n° 101 Innover ensemble.
- AMADO G., CAHN R., 1964, « Evaluation du travail d'un centre de psychiatrie infantile (Vitry-sur-Seine) », *Sauvegarde de l'enfance*, n°1/2.

- BERAUD C., décembre 1996, « La France à la recherche d'un système de soins », *Futuribles*.
- BOUDET B., PAUL S., FRETIGNE AL. et al., 2006, « Dossier : L'évaluation implique un changement de culture des parties prenantes », *Union sociale*, n° 202, pp. 19-28.
- DE CONINCK F., 2002, « Des raisons de résister au changement », *Informations sociales*, n° 101 Diriger, conduire le changement, pp. 106-113.
- INZE MS., 2009, « L'évaluation des pratiques dans le management de la qualité », *Géroskopie Magazine*, n°40, août-septembre 2009.
- KEDOCHIM J., 2002, « Le meilleur changement est celui qui ne se voit pas – Du changement comme outil de la permanence », *Informations sociales*, n° 101 Diriger, conduire le changement, pp. 86-97.
- LESPEZ V., « Evaluation, mode d'emploi », *Géroskopie Magazine*, n°40, août-septembre 2009.
- MISPELBLOM BEYER F., EL GAIED M., mars 2004, « La dimension humaine dans les démarches qualité à l'hôpital », *Direction(s)*, n° 6.
- MISRAMI R., décembre 1997, « Fonder une éthique de l'homme », *Cultures en mouvement*, n° 6.
- PAVE F., 2002, « Qu'est-ce que le management ? Approche théorique d'un art », *Informations sociales*, n° 101 Diriger, conduire le changement, pp. 4-11.
- PERTIN P., 28 février 2002, *Lien social*, n° 611.
- SALEH SD., HOSEK J., 1976, « Job involvement : Concepts and measurements », *Academy of Management Journal*, vol. n° 19, pp. 213-224
- SAVIGNAT P., 25 février 2005, « Evaluation dans les institutions sociales et médico-sociales : de quelques questions de méthode », *Actualités sociales hebdomadaires*, n° 2396.
- VENTELOU D., 1998, « Garantir des rapports délibérés avec les usagers », *Le Nouveau Mascaret*, CREAHI, n° 54.
- WARE JE., DAVIES A., STEWART AL., 1978, « The Measurement and meaning of patient satisfaction », *Health Medical Care Service Revue*.

Reuves et périodiques consultés dans leur intégralité :

- Les Cahiers de l'Actif, juillet-octobre 2005, *La méthodologie et les outils de l'évaluation interne au service de la qualité*, n° 350 à 353.
- Revue de l'infirmière, février 2003, *La réforme des EHPAD*, n°88.
- Revue hospitalière de France, septembre-octobre 2002, *Radiographie d'une réforme : la loi du 2 janvier 2002*, n° 488.

Rapports :

- ANESM, mars 2008, « Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du CASF », Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
- ANESM, décembre 2008, « Les attentes de la personne et le projet personnalisé », Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
- ANESM, décembre 2008, « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance », Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
- ANESM, avril 2009, « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du CASF », Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
- CNESMS, 1996, Petit guide de l'évaluation des politiques publiques, La Documentation française.
- CNESMS, septembre 2006, L'évaluation interne : Guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- Direction générale de l'action sociale, Note d'information DGAS/5B n° 2004/96 du 3 mars 2004 relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux.
- Direction générale de l'action sociale, *Guide méthodologique : Démarche qualité – Evaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire*, 2004.

Thèses et mémoires :

- BOURGUIGNON E., 2009, *Stratégie et conduite du changement : de la nécessité d'une démarche globale et humaine d'accompagnement*, Mémoire de l'EHESP (D3S).

Conférences :

- DRONIOU C., juillet 1995, Séminaire de formation des directeurs CAFDES, Rennes : ENSP.

Sites internet :

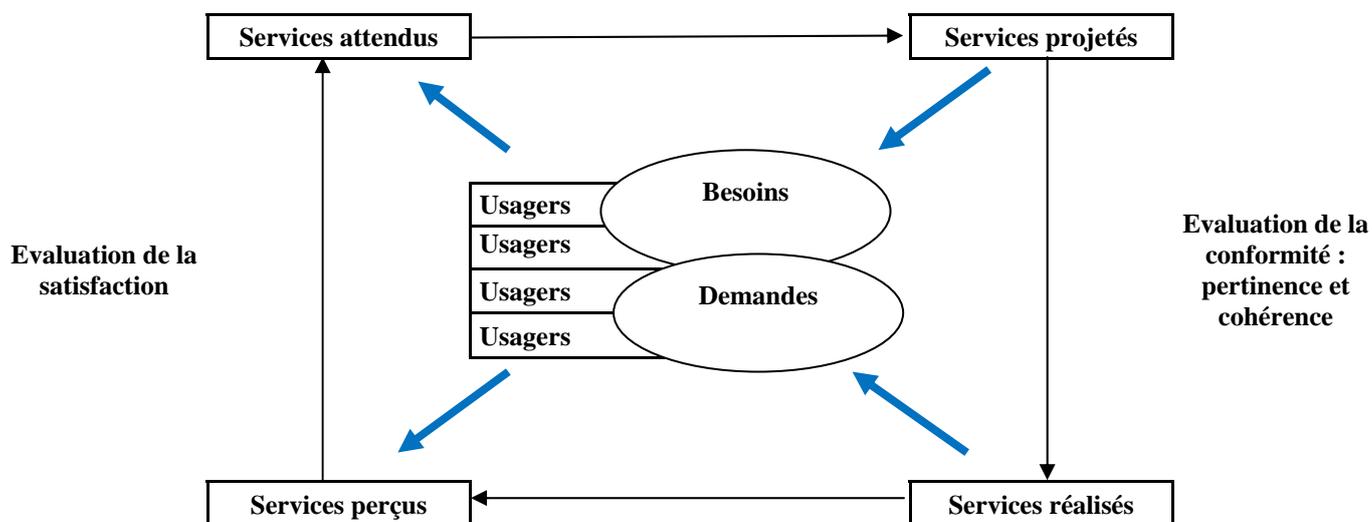
- ANESM : questions/réponses Publications visité le 12 février 2010, http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip0142.html?page=faq&id_rubrique=64
- ANESM : questions-réponses Evaluation interne visité le 12 février 2010, http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip2ebf.html?page=faq&id_rubrique=54

Liste des annexes

- Annexe n° 1 :** Le cycle de la qualité et les priorités de la démarche qualité.
- Annexe n° 2 :** Mieux comprendre et dépasser le phénomène de résistance au changement
- Annexe n° 3 :** Méthode employée pour l'élaboration des enquêtes de satisfaction

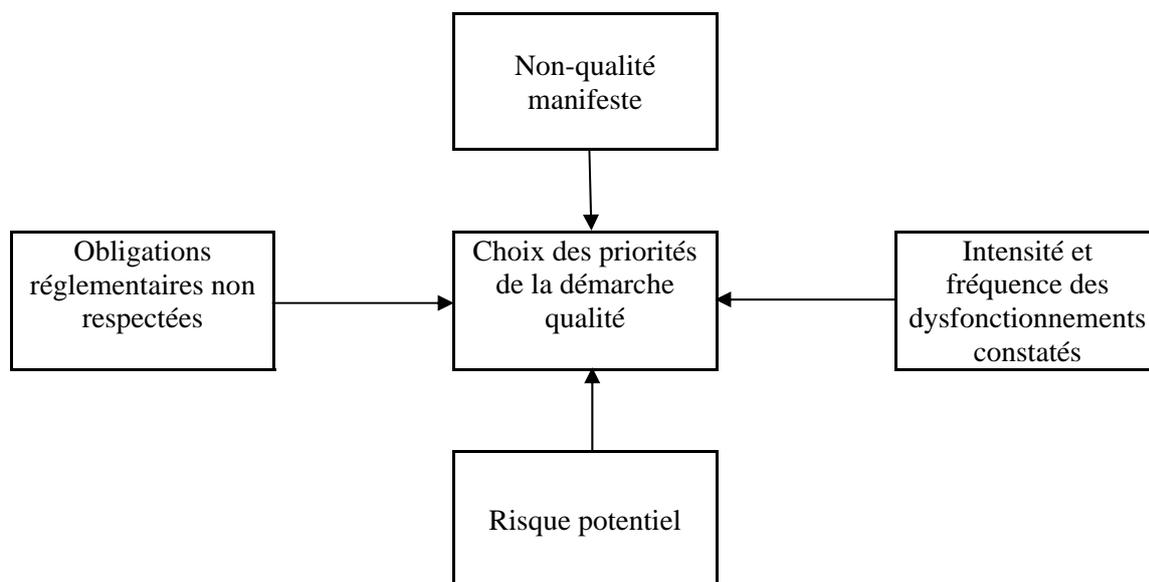
Annexe n° 1

Le cycle de la qualité et les priorités de la démarche qualité



Le cycle de la qualité

DUCALET P., LAFORCADE M., 2008, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, pp. 149.



Les priorités de la démarche qualité

DUCALET P., LAFORCADE M., 2008, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, pp. 131.

Annexe n° 2

Mieux comprendre et dépasser le phénomène de résistance au changement

Comprendre le phénomène de réticence et de résistance au changement est un pré-requis essentiel et incontournable pour un directeur voulant mettre en place une démarche d'amélioration continue de la qualité dans l' (ou les) établissement(s) dont il assure la gestion quotidienne.

Cette analyse s'impose à lui, d'une part, pour lui permettre de faire connaître et accepter la démarche par l'ensemble des intervenants de l'institution, en particulier les professionnels et pour anticiper leurs appréhensions et donc leurs résistances, et, d'autre part, parce que la démarche qualité elle-même doit constamment s'adapter à son environnement, c'est-à-dire à la fois aux changements décidés en interne (nouvelles exigences et nouvelles logiques à mettre en œuvre) et en externe (contraintes politiques, économiques, ...). En effet, toute démarche qualité qui se veut pérenne s'inscrit nécessairement dans un cycle de changement continu.

Ainsi, avant même de penser la participation et l'implication directe des professionnels, le directeur doit nécessairement avoir compris le phénomène de réticence au changement¹⁶⁸ et fait l'apprentissage de la gestion des résistances.

Bien qu'une obligation réglementaire soit à l'origine de la mise en œuvre d'une démarche qualité en EHPAD, cette contrainte extérieure ne suffira pas, à elle seule, à opérer un changement véritable et pérenne de l'état d'esprit des professionnels et de leurs pratiques professionnelles. En effet, l'ensemble des acteurs aura toujours la possibilité de bloquer la démarche et de s'y opposer ; il s'agira alors d'un phénomène de résistance au changement.

Ce mécanisme particulier se définit comme « l'attitude individuelle ou collective, consciente ou inconsciente, qui se manifeste dès lors que l'idée d'une transformation est évoquée. Elle représente donc une attitude négative adoptée par les employés lorsque des modifications sont introduites dans le cycle normal de travail »¹⁶⁹.

Une première réaction commune et habituelle d'un certain nombre d'acteurs et, en particulier de décideurs des ESSMS et des EPS, consiste à considérer le phénomène de résistance au changement de manière négative¹⁷⁰. Bien souvent, la résistance des acteurs peut s'expliquer par le fait que ces derniers ne comprennent pas (toutes) les raisons et (tous) les enjeux de la démarche. En effet, la démarche qui leur est proposée entraîne un certain nombre de modifications qui vont obliger les professionnels à expérimenter de nouvelles pratiques professionnelles, de nouvelles organisations,... autrement dit, de nouveaux modes de travail jusqu'alors inconnus ou tout le moins incertains vis-à-vis des pratiques actuelles. De fait, il va leur falloir progressivement s'adapter à un nouveau contexte, à de nouvelles pratiques, à de nouvelles responsabilités

¹⁶⁸ Cf. notamment partie 2.4.1.

¹⁶⁹ DOLAN SL., LAMOUREUX G., GOSSELIN G., GOSSELIN E., 1996, *Psychologie du travail et des organisations*, Montréal : Gaëtan Morin, pp. 486.

¹⁷⁰ Du fait que le phénomène soit négativement connoté, il n'est pas anodin que de nombreux manuels de management y consacrent une ou plusieurs parties.

et donc aussi abandonner un certain nombre d'habitudes et de comportements jusqu'alors communément admis et quotidiennement partagés. E. MORIN explique que « l'inconnu et l'incertitude qu'engendre le changement suscitent des craintes, des peurs et des appréhensions qui semblent être le fait d'un sentiment de perte associé à l'abandon de ce qui était acquis et satisfaisant »¹⁷¹. CD. SCOTT et DT. JAFFE¹⁷² apportent des précisions quant à l'objet de ces craintes : la perte de sécurité, la perte de pouvoir, la perte d'utilité, de compétences, de relations sociales et la perte de territoire.

Autrement dit, la mise en place d'une nouvelle démarche (en l'espèce en matière de qualité) constitue un changement important qui induit une perturbation des régulations en place ; c'est en cela que la démarche peut être source d'anxiété et de rupture pour les acteurs concernés. Ainsi, par leur réticence voire leur résistance, ces derniers témoignent de leur crainte des risques encourus du fait de la modification de leur équilibre habituel.

Les manifestations de résistance sont diverses : elles peuvent être individuelles (elles sont le fait d'un seul individu) ou collectives (elles sont le fait d'un groupe), actives (l'individu ou le groupe résiste par le biais d'actions concrètes) ou passives (l'individu ou le groupe résiste par son inattention ou son désintérêt). Quoi qu'il en soit et quelle que soit la forme de résistance en présence, il est indispensable que le manager agisse de manière à dépasser toute résistance dans la mesure où celle-ci sous-tend souvent une certaine démotivation des acteurs. Or, nous l'avons vu, la motivation et l'implication des acteurs dans la démarche est un gage indispensable de réussite de cette dernière.

Pour cela, il est absolument nécessaire que le manager évite de vouloir dépasser les résistances par la stigmatisation des professionnels "résistants" sans chercher à comprendre les raisons de leur blocage ; il lui appartient alors de se faire expliquer, par les intéressés, les motifs de leur opposition. C'est d'ailleurs précisément la raison pour laquelle il lui est indispensable de connaître les mécanismes, à la fois individuels et collectifs, de résistance au changement.

A. RIPON¹⁷³ distingue trois types de résistances au changement que tout gestionnaire doit avoir en tête. Tout d'abord, celle liée aux habitudes qui repose sur l'interrogation plus ou moins tacite du « pourquoi faire autrement ? ». En réponse à cette résistance, il s'agit pour le directeur de conduire à expérimenter le changement en impliquant concrètement les professionnels. Ensuite, celle liée aux doutes pour laquelle les professionnels expriment leur peur de l'inconnu et leur crainte de la remise en cause. Pour cette forme de résistance, le directeur doit favoriser les modes de dialogues directs permettant d'explicitier et de clarifier les tenants et les aboutissants de la démarche dès son démarrage et de confirmer la place de chacun, sa fonction, ses missions et son rôle. Enfin, celle liée aux normes sociales – la plus dominante – qui repose sur la question de

¹⁷¹ MORIN E., 1996, *Psychologies au travail*, Montréal : Gaëtan Morin, pp. 216 in BOURGUIGNON E., *op. cit.*, pp. 35.

¹⁷² SCOTT CD., JAFFE DT., 1992, *Maîtriser les changements dans l'entreprise*, Laval : Agence d'Arc.

¹⁷³ RIPON A., 1987, « Satisfaction et implication dans le travail » in C. LEVY-LEBOYER, *Traité de psychologie du travail*, PUF.

savoir « que font les autres ? ». C'est ici que les occasions de décloisonnement et d'ouverture, notamment par le biais des groupes de travail transversaux, seront utiles.

K. LEWIN¹⁷⁴ qui a introduit le concept de résistance au changement, définit une situation initiale, « l'état d'équilibre », résultante, à un moment donné, de forces opposées en direction mais égales en grandeur, au sein de laquelle des marges de manœuvre sont, dans une certaine limite, possibles sans provoquer de déséquilibre majeur. Si, par contre, les forces opposées augmentent de part et d'autre de la ligne d'équilibre, un état de tension se crée et l'on observe immédiatement des attitudes de résistance au changement. E. MORIN, dans la même lignée, définit les résistances comme « des forces qui s'opposent à la réorganisation des conduites et à l'acquisition des nouvelles compétences »¹⁷⁵.

La relation au changement est différente pour un individu et pour un groupe. Quoi qu'il en soit, la problématique de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité des activités et des prestations bouleverse l'organisation du travail toute entière des établissements et services médico-sociaux.

L'individu qui subit le changement est confronté à une sorte d'appréhension et d'anxiété liées à la peur des modifications à venir du système en place. Il va alors, de façon rationnelle et logique, analyser le changement induit par la démarche en termes d'avantages (apports) et d'inconvénients (pertes) au regard de sa situation de travail actuelle et de ses intérêts propres.

Les situations de travail recouvrent onze dimensions¹⁷⁶, chacune d'entre elle étant susceptible d'être impactée par le changement en cours. Consciemment ou non, l'individu qui cherchera à évaluer les avantages à tirer de la démarche mise en place va effectuer une sorte de bilan pour chacune de ces dimensions : collègues, position hiérarchique, autonomie, position de pouvoir, coopération, tâches à accomplir, contrôle, outils de travail, outils d'évaluation, repères socioprofessionnels, valeurs. De fait, on comprend que certaines modifications induites par les changements entraînés par la nouvelle démarche peuvent être perçus comme de véritables bouleversements selon les dimensions concernées. Ainsi, plusieurs étapes sont nécessaires pour surmonter la rupture que constitue la mise en place de la démarche. Dans un premier temps, le pilote du projet ne doit pas négliger les phases d'apprentissage, de compréhension et de "test" de la nouvelle démarche même si elles peuvent nécessiter un peu de temps. En effet, elles sont indispensables à la bonne intégration des changements induits par les agents et, de fait, à l'adaptation de chaque acteur ; il est évident que la pérennité de la démarche en dépendra.

Le rattachement ou l'appartenance à un groupe va fortement influencer la manière dont les individus vont se comporter face aux changements introduits. Au regard des théories développées par la sociologie des organisations, on peut même affirmer que la résistance

¹⁷⁴ LEWIN K., 1951, *Field theory in social science*, New York : Harper.

¹⁷⁵ MORIN E., *op. cit.*, pp. 205.

¹⁷⁶ BAILLY A., 2007 *Comportements humains et management*, 2^{ème} édition, Paris : Pearson Education, pp. 289.

au changement tient davantage à des facteurs collectifs et affectifs qu'à des facteurs individuels et rationnels. En effet, l'appartenance à un groupe (qui peut être quasi "institutionnelle" dans certains établissements) contraint souvent un individu isolé à ne pas trop s'éloigner des normes du groupe sans risquer de ne plus être reconnu par ses pairs et donc d'être exclu du groupe. Autrement dit, et aussi paradoxal que cela puisse paraître, il ressort de cette analyse qu'il serait plus aisé de faire changer des individus constitués en groupe(s) qu'un individu seul. Effectivement, un pilote qui parviendrait à constituer un groupe de travail au sein duquel se trouveraient des personnes intéressées par la démarche (des personnes ressources) aurait certainement plus de chances de voir sa démarche acceptée par l'ensemble du groupe puisque les personnes ressources seraient susceptibles de faire adhérer l'ensemble du groupe. Avec ces alliés, le but pour le directeur est de faire clairement ressortir les avantages à tirer de la démarche engagée de manière à ce que l'ensemble du groupe accepte, au moins, de tester la nouvelle démarche.

Après avoir pris connaissance et conscience des réticences et résistances que peut engendrer la démarche qualité telle qu'elle va être engagée, le directeur d'établissement doit être en mesure de les contourner, voire de les dépasser.

Pour cela, il lui est essentiel de s'appuyer sur la motivation des professionnels voire de chercher à la susciter si elle n'est pas suffisamment développée ou manifeste. C'est à partir de la motivation des équipes que pourra être obtenue leur implication durable dans la démarche.

S. DOLAN et Al.¹⁷⁷ définissent la motivation comme « l'ensemble des forces incitant l'individu à s'engager dans un comportement donné. Il s'agit donc d'un concept qui se rapporte tant aux facteurs internes (cognitifs) qu'externes (environnementaux) qui invitent un individu à adopter une conduite particulière ». SD. SALEH et J. HOSEK, quant à eux, définissent l'implication comme « la mesure avec laquelle une personne s'identifie à son travail, participe activement à sa réalisation et considère sa performance comme importante pour évaluer sa propre valeur »¹⁷⁸.

Entre deux institutions, fonctionnant sur la base d'organisations semblables, comme on peut le constater au sein des EHPAD du CHR, le facteur humain est souvent prédominant et fait que l'une sera plus efficiente que l'autre. Pour que l'ensemble des professionnels donne, de façon individuelle ou collective, le meilleur de lui-même, il faut, d'une part, que les agents soient bien formés et informés sur les enjeux de la démarche (afin qu'ils puissent en comprendre les enjeux et donner sens aux actions qu'ils vont être amenés à accomplir au quotidien) et, d'autre part, qu'ils s'impliquent pleinement dans leur mission.

Les facteurs de motivation d'une équipe sont multiples et il est essentiel de les connaître :

- *la rémunération* : or, la démarche qualité se traduit rarement par une revalorisation salariale ou indemnitaire du personnel concerné ; toutefois, la motivation est un phénomène complexe qui ne se réduit pas aux seules considérations financières.

¹⁷⁷ DOLAN S. et Al., *op. cit.*, pp.86.

¹⁷⁸ SALEH SD., HOSEK J., 1976, « Job involvement: Concepts and measurements », *Academy of Management Journal*, Vol. 19, pp. 213-224.

- *la considération*¹⁷⁹: reste une valeur sûre des relations humaines ; la démarche qualité fournit une occasion de redécouvrir les vertus de gestes simples, c'est le moment propice pour que les collaborateurs, individuellement ou collectivement, expriment ce qu'ils ont à dire sur leur travail, ses points forts, ses faiblesses, ses évolutions possibles ; c'est l'occasion pour l'établissement de restituer une appréciation, en retour, sur tout le travail effectué, de dire ce qu'il en fait, comment il l'évalue, à quoi il sert. La recherche de la qualité doit permettre de créer les conditions de l'implication dans le travail ; la conscience et la reconnaissance de l'identité de sa tâche, de sa valeur, de son caractère irremplaçable dans la chaîne institutionnelle, l'identification du résultat de ces efforts peuvent donner du sens au travail de chacun et accroître la responsabilisation de tous.
- *la fierté d'appartenance* : est un puissant facteur de motivation. L'occasion est bonne de valoriser l'image d'une structure par ses succès récents ainsi que par les qualités qu'elle se propose d'acquérir. Le secteur médico-social, plus que d'autres, est porteur de valeurs qui dépassent l'institution d'appartenance et qui pousse les professionnels à accroître leur efficacité ; à ce titre, la démarche qualité est une occasion exceptionnelle de s'appuyer sur ces valeurs et de leur donner un contenu identifiable : principes humanistes, idées d'œuvrer dans l'intérêt des plus fragiles, conception ambitieuse du service public, etc.

¹⁷⁹ La considération peut être définie comme l'attention portée à l'autre, à sa personne et à son travail.

Annexe n° 3

Méthode employée pour l'élaboration des enquêtes de satisfaction

Concernant l'élaboration des questionnaires de satisfaction à destination des résidents, des familles et des professionnels du Pôle, celle-ci s'est faite avec la participation d'un ingénieur qualité de la Direction des usagers, de la communication et de la qualité et d'une cadre de santé ayant un diplôme universitaire de qualité en santé.

Dans la mesure du possible et du faisable, les 8 dimensions selon lesquelles est mesurable la satisfaction des usagers¹⁸⁰ ont été prises en compte : les relations humaines, la qualité technique, l'accessibilité, l'efficacité et la continuité des soins et des services, l'environnement physique, la disponibilité des ressources et des professionnels, les aspects économiques, la commodité de l'accès aux soins et aux services.

Les enquêtes réalisées, outils quantitatifs donnant une valeur mesurable de la satisfaction, ont donc abordé les thèmes suivants :

- l'accueil, l'accessibilité à l'établissement ;
- les soins, traitements, prestations de services ;
- la gestion et le recueil du consentement ;
- l'information et la participation aux soins et à la vie de l'établissement ;
- les conditions matérielles de prise en charge : hôtellerie, restauration,... ;
- l'animation ;
- la satisfaction globale.

En ce qui concerne l'enquête menée auprès des résidents, ce sont des élèves infirmiers qui ont interrogés les personnes âgées les plus dépendantes. Ils ont, pour cela, été formés à la conduite d'entretiens et il leur a été demandé de présenter la démarche dans les mêmes termes à l'ensemble des résidents.

Pour les familles et les professionnels un courrier accompagnait le questionnaire et leur présentait la démarche et les attentes.

La communication autour de la démarche a été très poussée au niveau des professionnels pour encourager leur participation. Les cadres ont été les relais auprès des équipes au même titre que les représentants du personnel. En effet, les organisations syndicales ont été sollicitées ; elles ont validé les questionnaires élaborés après avoir demandé à ce que certaines questions soient précisées ou ajoutées au questionnaire.

¹⁸⁰ WARE JE., DAVIES A., STEWART AL., 1978, « The Measurement and meaning of patient satisfaction », *Health Medical Care Service Revue*.