

Évaluer quoi ? Pour quoi faire et au bénéfice de qui ?

Analyse des enjeux de l'évaluation de la qualité en action sociale et médico-sociale

Depuis 1995 et l'accréditation hospitalière qui a inauguré de fait cette préoccupation dans des secteurs à but largement non lucratif (soit 25 ans déjà !), la qualité n'est certes plus un terme tabou mais n'a pas pour autant intégré véritablement le fonctionnement quotidien des ESSMS. Peu à peu remplacée par la bientraitance, réduite à des cycles administratifs et à un contrôle qui ne dit (toujours) pas son nom, la qualité a perdu une part de sa vocation et la démarche s'est bien souvent engluée dans un pur formalisme. Pour cette raison, elle a fréquemment fini par démobiliser les personnels et ne s'inscrit que trop rarement de manière continue dans les pratiques professionnelles quotidiennes ou le management des organisations. Les chargés qualité, quant à eux, sont parfois devenus de simples gestionnaires de statistiques, de rapports et de fiches d'événements indésirables...

Cette débâcle et la perversion du concept ne sont pas le fruit du hasard, mais ont résulté tout autant d'un évitement de la question et de ses véritables enjeux, d'une confusion conceptuelle et d'une absence de méthode, que d'un enchaînement d'errances et de renoncements manifestes de la part de la puissance publique.

La préoccupation actuelle est bien de savoir comment relancer une authentique démarche d'évaluation qualitative – mais à quelles fins ? – et de remobiliser les professionnels sur un processus qui ne doit pas représenter pour autant une surcharge de travail administratif (et un surcoût), mais un facteur de progrès pour les bénéficiaires, pour leur entreprise et pour eux-mêmes. Dans un souci de clarté, il nous apparaît indispensable aujourd'hui de bien distinguer une démarche qualité volontaire et une évaluation administrative en vue du renouvellement d'une autorisation (habilitation).

Jean-René Loubat

Docteur en sciences humaines, psychosociologue, consultant libéral auprès des institutions sanitaires, sociales et médico-sociales en ressources humaines et ingénierie sociale, auteur de nombreux ouvrages et président d'honneur du think tank Parcours & Innovations.

I - DE LA CONFUSION ENTRE DÉMARCHE QUALITÉ ET HABILITATION ADMINISTRATIVE

La loi du 2 janvier 2002 exhortait les « établissements et services en action sociale et médico-sociale à procéder – puis à faire procéder – à l'évaluation de la qualité de leurs activités et des prestations qu'ils délivrent »¹, ouvrant ainsi un des plus vastes chantiers de ces secteurs. Le texte laissait cependant les opérateurs sur leur faim quant aux attentes réelles exprimées par le législateur... le caractère aussi laconique que sibyllin du paragraphe étant inversement proportionnel à l'importance du sujet.

Par-delà l'intention affichée, la confusion conceptuelle entretenue par divers textes d'orientation, la polyphonie administrative, l'absence de méthodologie claire, l'instabilité des instances, la valse des échéances, puis la longueur et l'éclectisme des « recommandations de bonnes pratiques », l'ambiguïté des procédures, ont altéré l'enthousiasme pour une véritable démarche qualité. Notons toutefois que le texte de loi (2002-2) ne mentionne pas une seule fois le terme de « démarche qualité ». Et pour cause, une démarche qualité est une méthodologie volontaire afin d'améliorer les produits et processus d'un opérateur dans sa relation avec ses clients, ce qui n'est pas du ressort de l'arsenal législatif, ce dernier, en revanche, peut exiger le respect de normes définies et les contrôles afférents.

Cette distinction entre *démarche qualité* et *normalisation* s'avère fondamentale et est rappelée dans tous les manuels de qualité².

Car les questions essentielles se situent bien là : que cherche-t-on exactement à évaluer ? Qui mène cette recherche et au bénéfice réel de qui ?

- La *qualité des prestations* délivrées aux bénéficiaires des ESSMS, nous dit la loi 2002-2, mais celles-ci n'étaient aucunement définies au moment de la parution du texte de loi, elles viennent seulement de l'être par le groupe de travail SERAFIN-PH...
- La *performance des organisations* du point de vue de leurs financeurs, mais sur la base de quels indicateurs, puisqu'il n'existe pas actuellement de corrélation clairement établie entre ressources octroyées et résultats définis ?
- La notion de *résultat* n'est qu'une préoccupation très récente.

Les expressions d'*évaluation interne* et d'*évaluation externe* (qui se sont imposées dans le langage courant, en omettant de dire même ce qu'elles évaluent...) n'ont-elles pas gommé le sens initial d'une véritable démarche qualité ?

Le déport vers le néologisme de *bientraitance*, l'évanouissement des prestations et de leur processus de délivrance comme premiers objets de la démarche qualité, procédaient-ils de la seule naïveté méthodologique ou bien de processus de déplacement intentionnels et opportuns ?

¹ Loi 2002-2, Chapitre 1, section 5.

² La qualité désigne la discipline concernant l'ensemble des approches de la qualité.

Bref, la dérive d'une démarche qualité (démarche, encore une fois, qui s'avère nécessairement volontaire) et de ses objectifs n'a-t-elle pas préparé le terrain à un contrôle administratif qui n'osait dire son nom ? Pourtant, la puissance publique dispose de bien d'autres indicateurs afin d'effectuer un contrôle purement administratif et comptable des ESSMS. Alors, quel est aujourd'hui l'intérêt de ces cycles qui coûtent beaucoup d'argent, au moment où l'on demande à ces mêmes ESSMS d'optimiser leurs ressources ? D'autant que l'on peut s'interroger sur l'exploitation de ces tonnes de rapports, de leurs synthèses et de leurs résumés, compte tenu de l'absence de canevas commun et de réel cadre méthodologique de référence. Car, disons-le clairement, le décret 2007-975 est un borbier fait d'ostensibles copier-coller³.

Avec diplomatie, mais non sans courage et lucidité, J.-F. Bauduret convient d'un certain nombre d'erreurs :

« À la réflexion et avec le recul, il apparaît que la procédure d'accréditation des organismes extérieurs habilités à pratiquer les évaluations externes se révèle être une procédure lourde et difficile à gérer pour l'ANESM, dont le plan de charge se voit très sensiblement alourdi par la conduite de cette procédure. [...] Pour une fois, ce n'est pas si fréquent, le mécanisme de certification des établissements de santé par des experts visiteurs est un dispositif qui a fait ses preuves et c'est probablement cette option-là qui aurait pu être opportunément transposée dans le champ social et médico-social⁴. »

Revenons rapidement sur quelques étapes de cette dérive : le Comité national de l'évaluation sociale et médico-sociale (CNESMS) mis en place à la suite de la loi du 2 janvier 2002, outre que son sigle s'avérait imprononçable (était-ce un mauvais présage ?), a été incapable d'être réactif et de pondre plus de trois malheureuses notes en trois ans ! Le gouvernement de l'époque n'a pas voulu créer une agence dotée de réels moyens, comme le souhaitait la députée Roselyne Bachelot, et a engendré cette insignifiante instance. On n'a pu qu'être surpris par l'impression de tâtonnement et d'improvisation produite par ce comité qui s'est d'abord mis en quête (trois ans après la loi 2002-2 !) de son propre rôle – preuve qu'il n'était pas clairement défini – puis de ce qu'était la qualité, comme si celle-ci n'était pas déjà bien identifiée depuis des lustres.

La Direction générale des affaires sociales de l'époque accoucha pour sa part d'une note tout à fait intéressante⁵ et présentant une approche bien différente de celle du CNESMS, parce que s'inscrivant effectivement dans une méthodologie de démarche qualité qu'elle cite d'ailleurs explicitement : on lui doit d'avoir notamment insisté sur l'aspect volontariste d'une démarche qualité, sur la nécessaire participation des

³ En effet, le décret 2007-975 et son annexe laissent de nombreuses zones d'ombre, paraissent tour à tour confus, cumulatifs, redondants et peu réalistes (notamment sur les champs d'investigation). Par exemple, le chapitre IV de l'annexe parle « d'observation qui s'appuie sur une analyse des pratiques collectives définies comme l'ensemble des façons de faire, de dire et d'agir des professionnels ». Rien que cela !

⁴ Bauduret, J.-F., *Institutions sociales et médico-sociales : de l'esprit des lois à la transformation des pratiques*, Dunod, 2013.

⁵ Note de la DGAS de février 2004 concernant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité.

personnels, sur une démarche d'amélioration continue de la qualité, sur la mesure des écarts, etc.

« La recherche de la qualité ne s'impose pas ; il ne peut y avoir d'injonction de qualité qui soit efficace. L'obligation législative impose une évaluation mais ne peut contraindre à la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.

[...] Une démarche d'amélioration continue de la qualité fiable et durable exige la participation réelle des professionnels. »

Autant d'éléments-clés d'une démarche qualité qui sont demeurés sans suite, voire qui ont été contredits... Chacun était alors en droit de se poser la question suivante : quel est le véritable pilote de l'entreprise qualité du côté de la puissance publique ?

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) succéda au CNESMS de par la volonté du ministre Philippe Bas et la loi du 21 décembre 2006, afin de reprendre les choses en mains de manière plus claire et plus concrète (un conseil conseille, une agence agit...). Cependant, elle allait entériner grosso modo les grandes orientations du CNESMS, en recherchant toutefois une plus grande cohérence d'ensemble à des préoccupations qui ressemblaient à un patchwork. Se revendiquant d'une « approche systémique », présentée effectivement dans des préliminaires et des schémas, elle ne devait cependant jamais la traduire dans ses recommandations, qui ne s'inscrivent pas dans la logique d'un système d'action mais constituent une liste hétéroclite de thématiques par préoccupations ou types d'ESSMS. Interrogé par nos soins sur cette contradiction, lors d'un colloque, l'un de ses responsables devait déclarer de manière laconique : « Nous répondons à des commandes » (*sic*).

Incontestablement, l'ANESM a beaucoup produit. Ses recommandations logorrhéiques constituent un corpus de centaines et de centaines de pages... donc largement illisibles pour les professionnels de l'action sociale et médico-sociale⁶. Au demeurant, ces productions sont de bonne facture, réfléchies et bien écrites, mais ressemblent davantage à de studieux mémoires, des textes d'orientation, qu'à des recommandations opérationnelles. Les esprits critiques diront qu'elles comportent beaucoup de bonnes intentions et d'exhortations mais aucune méthode proprement dite... L'Agence a-t-elle jugé que ce n'était pas de son ressort (mais de celui des opérateurs) et que son rôle était plutôt de fournir des préconisations, des *guidelines* comme disent les Anglo-saxons, jouant de fait un rôle de comité des sages ?

Là encore, le même J.-F. Bauduret reconnaît ces difficultés quand il confesse :

« les administrations centrales sont plus habituées à fixer des règles et produire des normes qu'à accompagner des processus au moyen de guides méthodologiques souples, intégrant la complexité

⁶ Nous procédons depuis de nombreuses années à des sondages lors de nos interventions auprès des professionnels : le résultat est sans appel, plus de 95% des professionnels interrogés n'ont jamais lu une seule recommandation de l'ANESM ! Seuls les cadres lisent les plus importantes. Certains personnels déclarent ne pas connaître le rôle exact de l'ANESM...

et explorant les divers sentiers pouvant être empruntés [...], lesdites administrations ont indéniablement devant elles de larges marges de progression⁷... »

La principale vocation de l'ANESM a été en fait de déplacer la question de la qualité des prestations (contenue dans la loi 2002-2) vers le concept de *bienveillance* – pour laquelle elle produisit une « recommandation-cadre » en 2008 qui ressemblait une fois encore davantage à un mémoire universitaire qu'à une recommandation d'ordre professionnel.

« L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux a pour objet de développer une culture de la bienveillance. [...] Il faut agir pour que ceux qui usent, dans la plupart des cas malgré eux, des prestations des établissements et services, en soient des bénéficiaires⁸. »

Certes, il était temps de s'intéresser à cette question, mais était-il indispensable de créer ce concept, version laïque de la *bienfaisance*, tandis qu'une démarche qualité totale suppose nécessairement que l'on prenne en considération les relations avec les destinataires de prestations et que l'on respecte leurs droits comme pour tout citoyen, même si le premier objet d'un contrat de prestations est la délivrance effective desdites prestations ?

L'enjeu et l'objectif de la qualité ont fini par disparaître derrière la forme et le calendrier administratifs des évaluations successives.

Je l'ai exprimé dans un de mes articles⁹ puis l'un de mes ouvrages¹⁰.

« L'objet de la qualité se détourne alors des prestations délivrées pour se recentrer sur le seul respect des droits de la personne, sur l'environnement ou sur des valeurs plus générales. Le risque est alors d'établir un catalogue de bonnes intentions et de procédures institutionnelles dissociées de leur vocation essentielle : le service rendu à la personne, de **faire primer la conformité administrative sur l'effet des actions au profit des bénéficiaires**. »

Plus récemment, l'ANESM s'est dissoute dans la Haute autorité de santé (HAS), qui va une nouvelle fois reprendre l'héritage précédant pour le relooker. L'article 75 de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé de 2019 consacre quelques lignes au secteur médico-social, en déclarant de la manière la plus laconique (mais le secteur médico-social compte-t-il vraiment dans le vaste territoire de la santé ?) que « les organismes qui procèdent à ces évaluations sont habilités par la HAS [...] Une procédure de contraction avec la HAS est introduite ».

Quant à la procédure développée par la HAS, la véritable nouveauté porte sur le fait que « les évaluations externes seront essentiellement basées sur le résident, le bénéficiaire et l'utilisateur ».

⁷ Bauduret, J.-F., *op. cit.*

⁸ Préliminaires de la recommandation.

⁹ J.-R. Loubat, « Évaluer la qualité des prestations de service ou le point aveugle des établissements sociaux et médico-sociaux » in Les Cahiers de l'Actif, n° 350/351, 352/353, 2005.

¹⁰ J.-R. Loubat, *La démarche qualité*, 2e éd., Dunod, 2015.

La HAS envisage, comme cela se fait dans le secteur sanitaire avec le patient traceur, de mettre en place des "bénéficiaires traceurs" dans tous les types de structures afin de s'assurer de la réalité des prises en charge conformément aux RBPP. »

Par ailleurs, il existera un référentiel commun et des référentiels spécifiques par type de prise en charge et deux évaluateurs externes par mission. Notons que les habilitations des évaluateurs externes ne concerneront plus que des structures et non des individus.

Enfin, « l'évaluation interne sera supprimée au profit d'une auto-évaluation régulière basée sur le référentiel qui permettra le déploiement d'une démarche d'amélioration continue de la qualité. » Mais à part le changement d'appellation (plus conforme à la terminologie de la qualité), quelle sera la différence ?

Cependant, la HAS perpétue le paradoxe hypocrite qui veut que l'évaluation soit indispensable au renouvellement de l'autorisation de fonctionnement (« Cette évaluation sera obligatoire, quelles que soient les certifications dont disposent déjà les structures ») – caractère indispensable contenu dans le terme même d'« habilitation » – et le déni explicite d'assumer un rôle de contrôle.

« Nous ne sommes pas des "contrôleurs" et ne voulons surtout pas être des "inspecteurs". Notre bienveillance a priori garantira une vision partagée de votre rapport d'évaluation externe, de sa synthèse, et de son abrégé. » (*dixit* la HAS).

Nous nageons en plein dans le monde de Oui-oui...

II - LE POIDS D'UNE CULTURE CONSERVATRICE ET D'UNE ÉCONOMIE ADMINISTRÉE

S'il a été aussi difficile de mettre en œuvre de manière simple une authentique évaluation de la qualité des prestations, n'est-ce pas parce qu'elle remettait tant de choses en cause, qu'elle ouvrait tant de « boîtes noires », qu'elle risquait sans cesse le dévoiement ?

Car au-delà d'un pseudo-consensus de surface, la qualité dérange !

En premier lieu, elle s'inscrivait dans un contexte culturel qui n'était pas préparé à l'intégrer, elle y soulevait des enjeux d'importance et de toutes natures (politique, idéologique, financière, commerciale, concurrentielle, corporatiste, etc.), en second lieu, les intentions de la puissance publique n'étaient pas non plus clairement affirmées et homogènes... et elles ne le sont toujours pas. Le déplacement vers la *bienveillance* n'exprimait-il pas cette volonté sempiternelle de refuser la société civile ordinaire et de produire de la sémantique spécifique en prise sur une culture historique ?

On aurait pu vraisemblablement s'épargner bien des tracas si l'on s'était davantage inspiré de ceux qui possèdent une réelle expérience en la matière, qu'il s'agisse du secteur entrepreneurial ou de celui de la santé, comme le reconnaît *a posteriori* J.-F. Bauduret.

Vouloir toujours faire différent, cultiver sa singularité, feindre de découvrir et de vouloir redéfinir les concepts, les techniques et la méthodologie d'une démarche déjà parfaitement balisée et pratiquée depuis plusieurs décennies dans le monde des organisations, telle est probablement la raison pour laquelle l'injonction de la loi n'a pas été appliquée, ni dans l'esprit ni dans les délais édictés... Tout cela ne s'appelle-t-il pas « réinventer le fil à couper le beurre » ?

Les difficultés patentes de mise en œuvre d'une démarche qualité au sein des secteurs social et médico-social tiennent donc à de multiples aspects : une lourdeur administrative, des errements politiques, la concurrence de multiples intérêts, des enjeux contradictoires, un difficile consensus idéologique et culturel de la part des acteurs concernés, et pour finir une confusion des genres dont ces secteurs ont tant de mal à s'extraire, celle du professionnalisme, d'une part, et de leurs vieux démons idéologiques d'autre part, comme leur défiance congénitale à l'égard de tout ce qui vient de l'extérieur et notamment de la société civile et du monde de l'entreprise.

Ces obstacles tiennent également à un autre aspect pourtant fondamental mais rarement évoqué.

En effet, la démarche qualité est née dans un univers de relations directes entre producteurs (ou prestataires) et clients. Elle s'avère donc plus difficilement transposable dans un univers « d'économie administrée », dans lequel les relations sont pour le moins tripartites (bénéficiaires, opérateurs, commanditaires-payeurs), faussant ainsi le rapport de l'offre et de la demande.

Notons que l'ANESM était un GIP (groupement d'intérêt public) qui comprenait des organismes gestionnaires des ESSMS, **lesquels contribuaient à son financement pour 0,06 % (!)**, l'État contribuant pour 53,08 % et la CNSA pour 46,84 %...

Dans le cadre d'une économie administrée, les intérêts et les logiques des acteurs sont nécessairement plus complexes, ainsi que les attentes réciproques : chacun se faisant une idée différente de la qualité, sans que celle-ci ne fasse l'objet d'une négociation claire. La qualité se situe au cœur de la relation prestataire-client, elle en constitue une **variable d'ajustement**, indissociable, d'ailleurs, de celle de prix (car la qualité est une valeur relative). Or, pour les raisons que nous venons d'évoquer, tout cela ne peut fonctionner de manière orthodoxe dans les secteurs qui nous intéressent.

En effet, ceux qui bénéficient des services ne sont pas ceux qui les commanditent, pas ceux qui les évaluent, pas ceux qui les payent, voire jusqu'à peu, pas ceux qui les choisissaient...

Cependant, même si elle a été détournée dans le cadre d'un champ d'activité administré et quasiment « sous tutelle »,

la démarche qualité reprendra nécessairement toute sa signification au fur et à mesure que les personnes en situation de handicap deviendront progressivement des « clients » de fait, par leur propre solvabilisation et non des usagers passifs, et que des organisations représentatives occuperont le terrain civil sur le modèle des mouvements de consommateurs.

D'autant que l'on voit mal comment – tant pour des raisons techniques qu'économiques – la puissance publique pourrait pérenniser ce très lourd cycle

d'évaluations internes et externes¹¹ et exploiter cette noria de rapports sans aucune méthodologie commune.

Donc, je le rappelle, l'enjeu et le mobile de la qualité ont fini par disparaître derrière la forme et le calendrier administratifs des évaluations successives, menacées elles-mêmes de devenir des routines préoccupant de manière cyclique l'employeur et ses cadres, ou bien de se bureaucratiser dans des procédures finissant dans un classeur soigneusement rangé, que l'on rouvre lors des évaluations...

Se pose alors la question des réels bénéficiaires de l'évaluation qualitative.

III - LA DÉMARCHE QUALITÉ N'A DE SENS QU'EN TANT QUE FACTEUR DE PROGRÈS¹²

Demeurons toutefois constructifs : ce qui est important dans cette affaire est l'avancée intellectuelle, professionnelle et humaine qui a été produite sur le terrain par la réflexion qualitative, même s'il a fallu une loi pour l'impulser et si les mises en application ont dérivé. Que le terme de *qualité*, il n'y a pas si longtemps diabolisé, ait intégré le paysage des ESSMS témoigne d'une évolution des mentalités dont on ne peut que se réjouir.

Au travers de nos interventions de terrain, nous avons vu des structures et leurs professionnels, faire ce qu'ils n'avaient souvent jamais fait auparavant : passer au crible leurs pratiques professionnelles, les investiguer et les comparer, déboucher sur des procédures partagées, mettre en place des consultations exhaustives des attentes de leurs bénéficiaires, questionner fondamentalement leurs relations avec ceux-ci, ainsi que leurs fonctions, revoir leur mode de négociation des projets, s'intéresser à des pans entiers du fonctionnement de leurs organisations. Quelques-uns ont mis en place des groupes de progrès visant à améliorer la sécurité et la qualité de vie des personnes accueillies, etc.

Mais la tension est fréquemment vite retombée faute de visibilité de l'intérêt quotidien d'une telle démarche et de la difficulté d'intégrer ces réflexions dans les pratiques et emplois du temps quotidiens.

La véritable validation d'une démarche qualité est réalisée de fait par le client...

Rappelons qu'une démarche d'amélioration continue de la qualité (ACQ) porte sur les niveaux fondamentaux suivants.

- Le **produit** (désignant ici les prestations proposées par l'ESSMS) qui fonde son existence même (sa valeur ajoutée).
- La **relation client**, désignant les modalités qui caractérisent les relations que cet opérateur entretient avec les bénéficiaires de ses prestations.

¹¹ Notons que la loi HPST en avait rajouté une couche en portant le nombre d'évaluations externes à deux en dix ans...

¹² Ce que développe avec force conviction Jean-Louis Deshaies dans ses diverses publications en matière de démarche de progrès, notamment *Réussir l'amélioration continue de la qualité en action sociale*, Dunod, 2006.

- Le **processus**, désignant l'ensemble des modes d'organisation et d'utilisation des ressources humaines et matérielles qui permettent de mettre le produit à disposition de ses destinataires.

Ses effets doivent être perceptibles (et donc évaluables) en matière :

- d'adéquation des prestations délivrées aux attentes et besoins de leurs destinataires ;
- d'amélioration des conditions d'accueil et de vie des personnes bénéficiaires (dans le sens des recommandations de l'ANESM) ;
- d'amélioration de l'organisation et de ses divers processus (dans le sens des préconisations de l'ANAP) afin d'améliorer l'efficacité des ressources engagées ;
- d'amélioration des pratiques professionnelles des personnels et de leurs conditions d'opérationnalité ;
- d'actualisation du projet de l'opérateur en l'inscrivant au plus près des attentes environnementales et partenariales.

Une démarche qualité, quand elle en est véritablement une, déclenche nécessairement un foisonnement d'idées qui révolutionne positivement le climat et les relations professionnelles au sein d'une organisation.

Il s'agit là de la réelle valeur ajoutée de la démarche qualité : la mobilisation des forces vives et la sollicitation de toutes les volontés et compétences des acteurs au service d'une entreprise commune.

Tel est l'esprit de la démarche qualité (*kaizen*¹³) mise en œuvre par les japonais. Une telle démarche se situe aux antipodes d'une formalisation administrative et technocratique...

Rappelons encore cette nue vérité : la véritable validation d'une démarche qualité est réalisée de fait par le client, avant toute espèce de certification ou d'accréditation.

Ces labellisations représentent un avantage publicitaire, disons un présupposé favorable (sur un marché ouvert), ou sanctionnent une habilitation (dans le cas d'un marché administré).

L'ANESM avait complètement squeezé les prestations et l'utilité sociale des ESSMS¹⁴, c'est-à-dire leur raison d'être, or cette dernière ne peut s'établir que sur la base d'une capacité des opérateurs à produire des « effets estimables et intéressants » en premier lieu, et avant tout pour leurs bénéficiaires (concernant leurs projets de vie et leurs parcours), et en second lieu pour la société.

¹³ Le terme japonais **kaizen** (改善) provient de la fusion de *kai* et *zen* qui expriment les idées de *changement* et de *mieux*. Le *kaizen* est donc un processus d'amélioration continue ou « démarche de progrès » impliquant des actions concrètes, faciles à mettre en œuvre et peu coûteuses. Il est avant tout un état d'esprit nécessitant l'implication de tous les acteurs.

¹⁴ Mais elle n'est pas la seule, la plupart des référentiels qualité qui ont été produits par le secteur ont également contourné cette question...

Le sens et l'efficacité d'une démarche qualité se trouve donc conditionnés par la clarification des missions et des services à rendre à des bénéficiaires et suspendus à une méthodologie d'évaluation. Il s'agit là d'un des principaux points d'achoppement des démarches qualité au sein des secteurs social et médico-social :

comment peut-on qualifier un service indéterminé ou défini en-dehors d'un accord entre les parties en jeu ?

C'est la raison pour laquelle il fallait naturellement contractualiser la relation prestataires/bénéficiaires avant de poser toute exigence de qualité, ce qu'a fait la loi 2002-2. Mais il fallait ensuite définir les prestations souhaitables eu égard aux attentes et besoins des populations bénéficiaires : ce sur quoi a travaillé le groupe SERAFIN-PH¹⁵ dont nous allons reparler plus loin.

En référence à la théorie des ensembles, nous pouvons représenter sur le schéma qui suit une *zone d'intersection* entre deux ensembles différenciés :

- d'une part, celui des consommateurs réunis par leurs attentes mais de fait segmenté en de nombreux sous-ensembles car leurs attentes ne se recouvrent pas exactement ;
- d'autre part, celui de l'opérateur dont les acteurs sont a priori réunis par des objectifs communs. Cet ensemble est naturellement lui aussi segmenté (de manière officieuse) car ses acteurs possèdent eux-mêmes des intérêts réels qui ne se superposent pas rigoureusement.

Avec SERAFIN-PH, nous pourrons savoir ce que l'on cherche à qualifier : l'adéquation des réponses à des attentes.

Nous avons évoqué que la démarche qualité constituait une variable d'ajustement de l'offre et de la demande. Cet ajustement n'est cependant jamais total – il représente un idéal asymptotique – et peut être représenté par une zone d'intersection entre deux partenaires (prestataires/destinataires). Ces zones d'intersections sont plus ou moins importantes et déterminent donc la *pertinence* de l'opérateur, comme nous pouvons le voir sur les figures 1 et 2 ci-après¹⁶.

¹⁵ SERAFIN-PH acronyme de Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées.

¹⁶ Figures extraites de Loubat, J.-R., *La démarche qualité en action sociale et médico-sociale*, 2^e éd., Dunod, 2015.

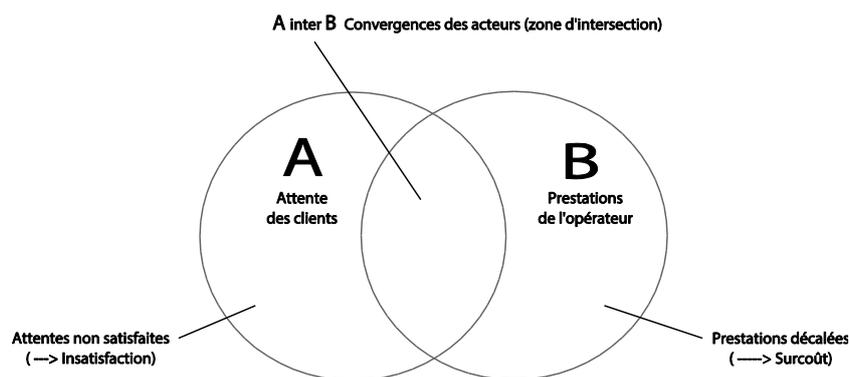


Figure 1. Ajustement de l'offre et de la demande

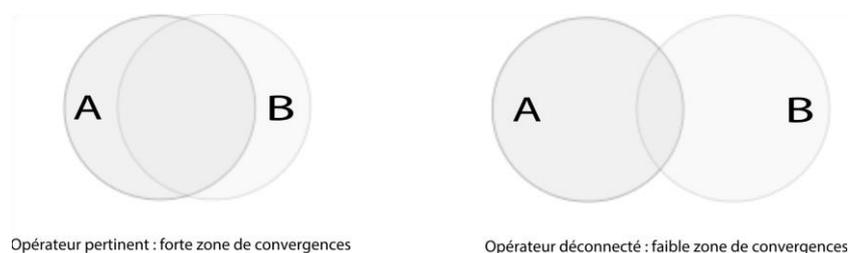


Figure 2. Variabilité de la pertinence des opérateurs

IV - LE PUISSANT LEVIER SERAFIN-PH

Le rapport de L. Vachey (IGF) et A. Jeannet (IGAS)¹⁷ visait deux objectifs : l'adaptation de l'offre aux besoins des personnes d'une part, les voies et moyens pour entreprendre une réforme du financement du secteur d'autre part. Il mit parfaitement en évidence les principaux obstacles existants au sein des secteurs qui nous intéressent en matière de positionnement, à savoir :

- - que les modes de catégorisation des ESSMS constituent des obstacles à la continuité des prises en charge ;
- - qu'il n'existe pas de lien objectivé entre le niveau de financement d'un ESSMS et le degré d'autonomie des personnes accueillies ;

¹⁷ Jeannet, A., Vachey, L., Établissements et services pour personnes handicapées : offres et besoins, modalités de financement, 2012.

- - que la programmation des créations de places n'est pas dictée, du côté des financeurs, par une objectivation des besoins sur un territoire donné ;
- - que les sources de connaissance des situations de handicap et de leurs évolutions sont insuffisantes ;
- - qu'il n'existe pas d'outils d'évaluation des situations de handicap traduites en besoins d'accompagnement en ESSMS.

Nous comprenons aisément pourquoi, à partir de là, une véritable démarche qualité, en tant que variable d'ajustement de l'offre et de la demande, ne pouvait pas s'appliquer et a déporté alors l'objet de ses préoccupations. En quelque sorte, la puissance publique a mis la charrue avant les bœufs : la démarche qualité devait suivre et non précéder la rationalisation du positionnement des ESSMS. Cette rationalisation n'est pas encore massivement réalisée, elle en est seulement à ses débuts. C'était précisément l'objet du groupe de travail SERAFIN-PH animé par le D^r A. Deveau que de clarifier la relation entre les besoins des bénéficiaires et les réponses apportées en vue d'une meilleure adéquation entre les modes de financement et les parcours des personnes.

Il ne saurait y avoir de maîtrise de la qualité sans cohérence méthodologique.

Avec SERAFIN-PH, les besoins et prestations sont enfin mis face-à-face et l'on peut alors raisonner selon une logique d'écarts (c'est-à-dire d'ajustement de l'offre et de la demande). Outre que l'on pourra savoir à terme ce que la puissance publique finance véritablement (non plus des *places* ou des moyennes statistiques), mais des réponses précises à des besoins précis, nous pourrons également savoir ce que l'on cherche à qualifier : l'adéquation des réponses à des attentes au meilleur coût.

V - PERTINENCE ET EFFICIENCE, LES CLÉS D'UNE DÉMARCHE QUALITÉ

Le principal enjeu actuel des secteurs qui nous intéressent est le suivant.

Comment introduire une cohérence lisible entre, d'une part, les attentes des bénéficiaires de services sociaux et médico-sociaux et les prestations délivrées par les opérateurs (qui vont s'inscrire dans des nomenclatures de besoins et de prestations) et, d'autre part, l'avancée des projets de vie et des parcours des bénéficiaires et l'utilisation optimale des ressources allouées, autrement dit entre *pertinence* et *efficience* ?

On l'aura compris, ces questions interpellent la cohérence méthodologique globale au sein des dispositifs d'action sociale et médico-sociale, alors que le changement de paradigme (le parcours) et de logique de tarification bousculera nécessairement l'articulation des processus et leur lisibilité. En effet, dans la nouvelle donne, ce sont le projet de vie et le parcours du bénéficiaire qui dicteront, via un plan d'accompagnement

personnalisé, des actions entraînant en cascade la mobilisation de ressources humaines et matérielles, déterminant ainsi des coûts dans une plus grande transparence.

Cela invite concrètement à pratiquer une « réingénierie méthodologique » qui consiste à remettre à plat l'ensemble des outils d'évaluation, de passation d'informations et de comptes-rendus utilisés par les acteurs et à les repenser entièrement dans leur forme et leur articulation entre eux.

Nous comprenons que tout est question de nomenclature, catégorie et classement, comme dans toute tentative d'organisation, et qu'une organisation collective ne peut bien fonctionner que si précisément elle partage une nomenclature commune. L'équipe SERAFIN-PH et le Groupe technique national (GTN) ont eu l'intelligence de partir des références internationales de l'OMS et de la CIF¹⁸, et de rechercher une « GEVA-compatibilité », il est indispensable que cette volonté de recentrage, de transversalité, de cohérence et de simplification se poursuive au sein même des organisations sociales et médico-sociales. Il s'agit là du véritable challenge à venir pour les opérateurs et leurs professionnels.

Toute l'ambiguïté du positionnement de l'administration publique a été de confondre :

- - une *démarche qualité* (le processus volontaire d'un prestataire pour être plus fort sur un marché en améliorant le rapport qualité/coût de ses produits et prestations) ;
- - un *contrôle administratif* portant sur le respect d'un certain nombre de normes et d'exigences ;
- - une *évaluation de la performance* dans un souci de sélection des opérateurs via une certification, une accréditation ou une habilitation (c'est-à-dire, soyons clairs : un droit d'exercer).

Enfin, nous pouvons nous inquiéter du développement exponentiel de ce que j'appelle une « économie parasitaire » qui se développe sur la base d'une création incessante de normes législatives ou administratives au détriment de toute opérationnalité. Cette économie parasitaire grève d'autant les ressources allouées à des secteurs qui vivent de la solidarité, c'est-à-dire de la répartition des prélèvements. Nous avons vu l'effet désastreux de cette poussée de technostructures dans le secteur sanitaire (et notamment son impact dans la crise dite du covid-19). Quand un personnel soignant est amené à passer autant de temps en « bonnes » procédures, en travail administratif qu'en actes de soin, il y a des questions à se poser.

Mais ce constat vaut désormais dans tous les secteurs d'activité : la surcharge administrative est le cancer de nos organisations et de nos sociétés modernes.

La question économique essentielle demeure la suivante : que devient un euro investi ? Quelle part se traduit en production utile pour son objectif et ses destinataires définis et quelle part se dissipe

¹⁸ CIF : Classification internationale du fonctionnement, de la santé et du handicap.

inutilement ? À méditer¹⁹. Toute démarche qualité qui s'écarte de cette préoccupation fondamentale – c'est-à-dire d'un souci opérationnel – est appelée à devenir une inutile et coûteuse routine administrative.

Bibliographie

Bauduret J.-F., *Institutions sociales et médico-sociales : de l'esprit des lois à la transformation des pratiques*, Paris, Dunod, 2013.

Deshaies J.-L., *Réussir l'amélioration continue de la qualité en action sociale*, Paris, Dunod, 2006.

DGAS, note concernant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité, février 2004.

Jeannet A., Vachey, L., *Établissements et services pour personnes handicapées : offres et besoins, modalités de financement*, rapport, 2012.

Loubat J.-R., *La démarche qualité*, 2^e éd., Paris, Dunod, 2015.

Loubat J.-R., « La Démarche qualité : à la recherche de l'objet perdu » in *ASH* n° 2616, 2009.

Loubat J.-R., « Errances et expériences de la démarche qualité dans les ESSMS » in *Les Cahiers de l'Actif*, n° 398-401, 2009.

Loubat J.-R., « Les enjeux de l'évaluation dans le champ médico-social » in *Gestions hospitalières*, n° 454, 2006.

¹⁹ C'est l'objet d'un ouvrage de J.-R. Loubat à paraître début octobre 2020 aux éditions Dunod.

Loubat J.-R., « Évaluer la qualité des prestations de service ou le point aveugle des établissements sociaux et médico-sociaux » in *Les Cahiers de l'Actif*, n° 350-353, 2005.

Piveteau D., *Droit à un parcours sans rupture pour les personnes en situation de handicap*, rapport 2014.