

Guide méthodologique  
pour les établissements et services  
sociaux ou médico-sociaux

**D**émarche qualité,  
évaluation interne  
et recours à un prestataire

# Préface

La direction générale de l'action sociale contribue depuis plusieurs années à la promotion de l'amélioration de la qualité du service rendu dans le champ médico-social.

On peut citer à cet égard la refonte des conditions techniques de fonctionnement des établissements et services accueillant des enfants handicapés ou inadaptés (annexes XXIV), la publication de guides de bonnes pratiques, notamment en matière de repérage des risques de maltraitance, le cahier des charges lié à la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, le référentiel "ANGELIQUE" d'amélioration de la qualité pour ces mêmes établissements...

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, par le dispositif qu'elle instaure sur l'évaluation de la qualité des prestations délivrées par les établissements et services sociaux et médico-sociaux, a confirmé l'importance donnée à cet objectif d'amélioration de service rendu à l'utilisateur.

Certains gestionnaires d'établissements souhaiteront se faire accompagner par un intervenant dans leur démarche qualité, préalable essentiel à la réalisation de l'évaluation tant interne qu'externe. L'absence de règles sur l'opportunité d'un tel accompagnement et l'attractivité

commerciale de ce nouveau marché mettent en évidence l'intérêt de développer une réflexion sur les principes d'un recours opportun à un prestataire.

Pour répondre à une préoccupation assez largement partagée, il a semblé important d'apporter un appui aux établissements sociaux et médico-sociaux qui se trouvent fréquemment interpellés par des prestataires prêts à fournir "clé en main" une évaluation interne, un projet d'établissement ou de service, leur permettant de satisfaire aux obligations réglementaires.

Cette préoccupation est également partagée par les services de l'État et ceux des conseils généraux qui sont parfois sollicités pour financer ce type d'intervention.

A cette fin, la DGAS a mis en place un groupe de travail technique constitué de représentants des services de l'État, de directeurs d'établissements, de prestataires du secteur marchand et non marchand, et d'experts. Les travaux ont porté sur les bonnes pratiques du recours au prestataire, et permis de formaliser les résultats de la réflexion conduite, sous la forme du présent guide.

Ce document ne constitue ni une publication scientifique ni un texte réglementaire, mais correspond à un outil d'aide à la décision la plus adaptée aux besoins de l'établissement à un moment donné.



## Préface (suite)

Ce guide vise à satisfaire quatre objectifs :

- > faciliter l'accès aux concepts de l'évaluation et à la méthodologie de la démarche d'amélioration continue de la qualité ;
- > sensibiliser les professionnels sur leur indispensable implication dans la mise en œuvre de la démarche qualité ;
- > permettre au responsable d'établissement de formaliser ses attentes vis-à-vis de la démarche qualité et de l'évaluation interne et d'affiner sa capacité de négociation avec un éventuel prestataire ;

- > positionner le consultant comme une aide à la décision du directeur et non comme un délégué du management.

Je formule le vœu que le présent guide réponde aux attentes de ses lecteurs, dans le souci toujours présent, d'apporter à l'usager du secteur social et médico-social des réponses pertinentes, adaptées à ses besoins et à ses attentes.



**Jean Jacques TREGOAT**  
Directeur général de l'action sociale

# Sommaire

## 4

### Remerciements

## 5

### Introduction

- le développement de la démarche d'amélioration continue de la qualité
- la loi 2002.2
- présentation des objectifs et avertissement

## 9

### Pour s'engager dans une démarche d'amélioration de la qualité

- "Évaluation et démarche qualité" ou "démarche qualité et évaluation" ?
- Démarche qualité et politique d'établissement
- Situer l'évaluation de la qualité dans le champ social et médico-social.

- Mise en œuvre de la démarche d'amélioration continue de la qualité
- Les préalables pour une démarche d'amélioration continue de la qualité

## 17

### Comment s'organiser avec ou sans prestataire ?

#### Une démarche d'amélioration continue de la qualité en 7 étapes

- Informer les acteurs
- Se former à la démarche qualité
- S'approprier un référentiel existant ou en élaborer un
- S'évaluer en interne
- Déterminer les axes d'améliorations
- Planifier et mettre en œuvre l'amélioration continue de la qualité
- Recourir à l'évaluation externe

## 31

### Etablir un cahier des charges pour se faire accompagner par un prestataire.

- Préciser le contexte
- Décrire la problématique
- Préciser la nature de la prestation attendue
- Interroger sur les modalités de gestion du projet
- Demander un descriptif détaillé de la mission
- Préciser les coûts-les consultants-les références

## 34

### Définitions et concepts

## 37

### Bibliographie

# Remerciements

Nous remercions pour le partage de leur expérience, leur disponibilité

> **Les participants au groupe de travail** qui ont réalisé ce document :

- Jean Yves BARREYRE, Directeur CEDIAS - Délégué régional ANCREAI Ile-de-France
- Gérard BARRY, Patrick SORIA Consultants ABAQ Conseil (Lyon)
- Agnès BERTRAND, Responsable Gérontéval au CNEH (Centre National d'Expertise Hospitalière) Paris
- Michel CABRIT, directeur du CCAS de Clermont Ferrand
- Philippe EBRARD, directeur I.E.M. Association des Paralysés de France à Talence
- Marie ERBAULT, chef de projet à la direction de l'évaluation de l'ANAES
- Bruno JOUASSIN, directeur général du cabinet ALKAÏD MANAGEMENT
- Michel LAFORCADE, directeur de la DDASS de Dordogne
- Françoise LE BOT, inspecteur principal des affaires sanitaires et sociales DDASS 56
- Pierre LOUIS, directeur de la maison de retraite Home Marie Curie (33)
- Laurentia PALAZZO, directeur qualité et communication ACPPA (Accueil et Confort Pour Personnes Agées)
- Patrick ROTHKEGEL, directeur général de l'ADAPEI 64

sous la coordination de Danièle NICOLAS-DONZ, chef de projet qualité et Fabienne DUBUISSON, conseillère technique à la DGAS

> **Les membres du comité de lecture**

- Jean François BAUDURET conseiller technique auprès du directeur général de l'action sociale

- Virginie BLANCHOT, ingénieur conseil, consultante indépendante en démarche qualité
- Joël CLEMENT, directeur d'hôpital, professeur à l'ENSP
- Marcel JAEGER, directeur de l'IRTS de Montrouge et co-auteur de l'ouvrage "Rénover l'action sociale et médico-sociale. L'histoire d'une refondation" Editions Dunod 2002
- Gérard MATHERN, directeur du centre médical de rééducation de la Croix Rouge de Saint Chamond (42)
- Jean Marie MIRAMON, professeur associé, consultant- formateur, ancien responsable du CAFDES à l' ENSP, auteur de l'ouvrage "manager le changement dans l'action sociale"
- Frederik MISPELBLOM BEYER, professeur de sociologie à l'université d'Evry, chercheur au centre Pierre Naville, auteur de l'ouvrage "au-delà de la qualité, démarches qualité, conditions de travail et politiques du bonheur", Editions Syros 1999
- Alain MURCIER, qualiticien, directeur d'EHPAD
- Jean Marie PALACH, inspecteur général des affaires sociales et chef de la mission MARTHE
- Claudine PARAYRE, chef de projet sur l'évaluation des bonnes pratiques à la DGAS
- Charley REMY, directeur des établissements pour personnes âgées et personnes adultes handicapées de l' AFEJI COUDEKERQUE-BRANCHE (59)
- Michel THIERRY, inspecteur général des affaires sociales

# Introduction

La mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et d'évaluation des prestations dans le champ médico-social et social résulte de la rencontre de plusieurs histoires.

Le développement des démarches qualité dans le secteur industriel, puis dans les services, et enfin dans le monde sanitaire, les recherches relatives à l'évaluation des politiques publiques, et enfin le développement du droit des usagers ont contribué à l'émergence de cette préoccupation.

> **Les démarches qualité ont émergé dans le secteur industriel** au début du XX<sup>e</sup> siècle.

Vers 1900, les entreprises industrielles se développent, le système de production passe de l'artisanat à l'industrie. La production augmente vite, mais les produits sont de qualité inférieure à celle des produits artisanaux. Tant que la demande est supérieure à l'offre, les produits sont vendus quel que soit leur niveau de qualité, mais lorsque l'offre de production devient supérieure à la demande, l'entreprise s'organise pour vendre et met en place des contrôles de qualité des produits.

L'Association Française de Normalisation (AFNOR) est créée en 1926. En 1947 l'International Standardization Organization (ISO) regroupant un réseau d'instituts de normalisation de 147 pays, assure la coordination internationale de la production de normes techniques.

La démarche qualité progresse dans l'industrie aux États Unis au cours de la seconde guerre mondiale, puis en Europe dans les années 70. Les entreprises s'orientent vers l'assurance qualité, puis vers l'amélioration continue de la qualité, et enfin le Total Quality Management émerge dans les années 90.

Les normes ISO 9000 traitent du management de la qualité.

> **Dans le secteur sanitaire** la réforme hospitalière de 1990 a instauré la mise en place de l'évaluation médicale, qui s'est notamment concrétisée par la création de l'Agence Nationale de l'Evaluation Médicale (ANDEM). Les ordonnances d'avril 1996 ont renforcé le dispositif en créant une obligation d'accréditation pour l'ensemble des établissements de santé, et en créant l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

L'article L710-5 du code de la santé publique stipule "Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation".

> En avril 1999, les textes mettant en place **la réforme de la tarification dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes** ont introduit une formalisation systématique de démarches d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité. Elles sont précisées pour chaque institution dans la convention tripartite conclue entre l'établissement, l'autorité compétente pour l'assurance maladie et le conseil général du département. Le cahier des charges, détaillé dans l'arrêté du 26 avril 1999, constitue la référence de base. Il est centré sur le résident et sa famille. La qualité y est fonction, dans le respect des choix de la personne, de la nature du cadre de vie, du professionnalisme des intervenants et de l'organisation institutionnelle.

> Parallèlement se développe **le dispositif d'évaluation des politiques publiques**.

Dès 1988, les directives européennes rendent obligatoire l'évaluation des politiques ; le décret n°90-92 du 22 janvier 1990 organise un dispositif d'évaluation avec la création

d'un comité interministériel d'évaluation, d'un conseil scientifique et des financements appropriés. Ce dispositif est rénové en 1998, et se trouve complété par les objectifs assignés à la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) du 1<sup>er</sup> août 2001. Ce dispositif législatif qui encadre le budget de l'État, intègre la définition des objectifs, et l'évaluation des résultats et des performances des politiques publiques.

L'application du principe qui consiste à apprécier l'efficacité d'une politique en comparant ses résultats aux objectifs assignés et aux moyens mis en œuvre, se généralise dans tous les domaines de l'action publique.

> Enfin, **la promotion du droit des usagers** se développe au cours des dernières années et se manifeste par une plus grande reconnaissance de leur capacité à exprimer leurs besoins, leurs attentes et leur appréciation du service rendu. Le recueil de la satisfaction du patient est rendu obligatoire dans les établissements de santé. La loi du 4 mars 2002 renforce les droits des patients à l'hôpital.

**La loi n° 2002.2 du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale a créé une palette de dispositifs visant tous à permettre une meilleure prise en compte de l'utilisateur, de ses besoins et de ses attentes.

Parmi ces outils, le livret d'accueil, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement, le conseil de la vie sociale, la charte des droits et libertés de la personne accueillie contribuent avec le projet d'établissement à la définition d'un fonctionnement de qualité pour un établissement ou un service.

Le projet d'établissement doit définir les objectifs d'évaluation des activités et de la qualité des prestations.

En outre ce texte prévoit l'obligation d'une évaluation dans tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Cette obligation législative revêt deux modalités distinctes :

- une évaluation interne destinée à évaluer leur activité et la qualité des prestations délivrées, notamment sur la base de recommandations de bonnes pratiques, validées par le conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, et dont les résultats doivent être communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation ;
- une évaluation externe pratiquée tous les sept ans par des organismes habilités, sur avis de ce conseil national, selon la méthodologie également validée par ledit conseil.

## Pour les 30 000 structures concernées par ces nouvelles dispositions législatives, se pose la question du recours éventuel à un prestataire.

Le présent document a pour ambition d'éclairer les décisions dans ce domaine. Les conseils qui vont suivre sont proposés avec beaucoup de précautions. L'évaluation relève principalement du questionnement éthique. Dès qu'une méthode est proposée, elle court le risque de dégénérer en "recette", en application de procédures dont le sens a été perdu. Une institution qui solliciterait un prestataire pour obtenir dans l'urgence une méthode prête à l'emploi, sans avoir creusé la question du sens, confondrait la fin et les moyens.

Pourtant, à condition de demeurer dans un rôle d'aide, d'apport méthodologique, de transfert de compétence et non dans une logique de substitution, le prestataire externe peut s'avérer utile, voire indispensable à certains moments.

Ce guide présente une des approches possibles de la démarche qualité qui permet aux établissements de répondre notamment aux obligations légales. Il s'intéresse à l'un de ses aspects : la pertinence du recours éventuel à un prestataire. Il n'a pas pour but de normaliser cette démarche ni de limiter la liberté du décideur. Il s'agit tout au contraire de conforter le décideur dans sa liberté de choix en lui fournissant une liste -non exhaustive- des questions à se poser avant de décider d'un éventuel recours à un prestataire externe. Il est en particulier proposé une aide à l'élaboration d'un cahier des charges, document dont on connaît l'importance -et parfois aussi la faiblesse- chaque fois qu'un établissement souhaite un apport extérieur de qualité.

En toutes hypothèses, la liberté et la responsabilité du décideur restent entières. S'il choisit de recourir à une aide extérieure, son implication reste essentielle et aucune décision ne pourra être déléguée au prestataire.





# S'engager dans une démarche d'amélioration de la qualité

Démarche qualité et évaluation sont deux notions étroitement liées mais qui ne sont pas équivalentes, la première revêtant un caractère continu, la seconde présentant des caractéristiques plus ponctuelles et rythmées dans le temps.

En effet :

- la démarche qualité correspond à un processus d'amélioration continue de la qualité des prestations fournies. Il s'agit d'une démarche volontariste et collective, sur une longue durée, engagée par un établissement ou un service afin de conforter ses points forts et réduire progressivement ses points faibles.
- l'évaluation, qu'elle soit interne ou externe, a pour finalité de mesurer à intervalles réguliers grâce à un référentiel, le niveau d'atteinte des objectifs que l'établissement s'est fixé dans le cadre de sa démarche qualité. Le constat des écarts conduit le plus souvent à des actions correctives, infléchissant le processus engagé.

## “Evaluation et démarche qualité” ou “démarche qualité et évaluation” ?

On trouvera ici une approche des concepts généraux<sup>1</sup>, incluant le vocabulaire usité dans les normes ISO, tel que “client- fournisseur”, se traduisant le plus souvent dans le secteur social et médico-social par “usager- organisme”.

**L'évaluation et la démarche qualité sont deux notions étroitement liées :**

> l'objectif de l'évaluation est de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs que l'on s'est

fixé, au travers du référentiel. Le constat des écarts entre la pratique et le référentiel conduit le plus souvent à des actions correctives. Leur mise en œuvre de façon pérenne s'inscrit dans une démarche qualité ;

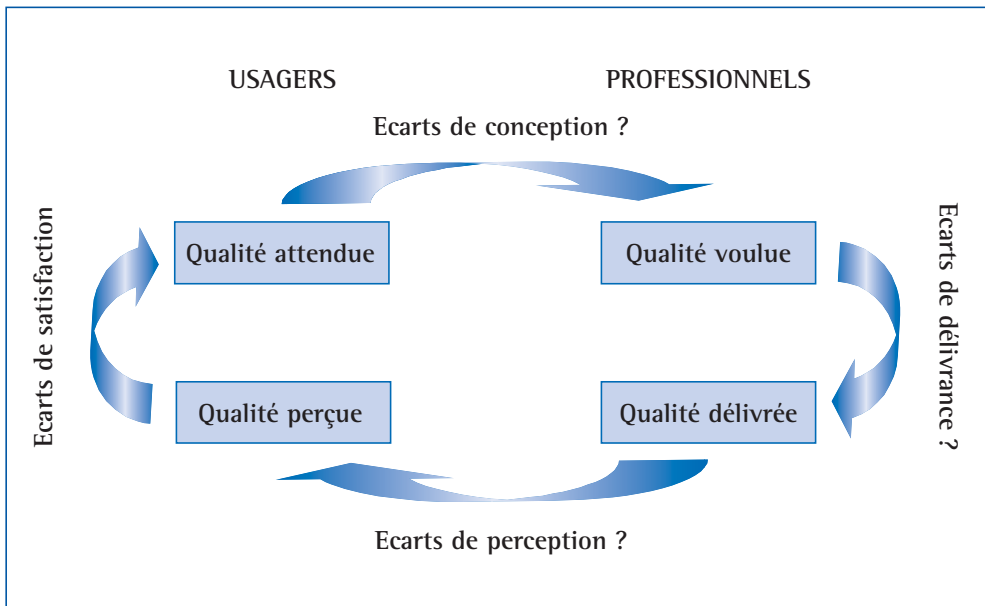
> la mise en œuvre d'une démarche qualité nécessite des mesures. Celles-ci peuvent intervenir à des moments différents.

Une mesure peut être réalisée au moment du démarrage de la démarche, elle permet ainsi de réaliser un diagnostic initial et de définir des priorités pour engager la démarche. Elle peut intervenir au cours de la démarche et permet ensuite d'objectiver les améliorations.

<sup>1</sup> Voir le chapitre “définitions et concept”

Quatre dimensions de la qualité ont été définies : la qualité attendue par le “client” se construit autour de ses besoins et de son expérience antérieure ; la qualité perçue est celle qu’expérimente le “client”, elle dépend de la qualité attendue et de la qualité effectivement délivrée ; la qualité voulue est définie par les “fournisseurs” eux-mêmes et

le législateur ; la qualité délivrée est celle de la prestation fournie. Entre ces 4 dimensions des écarts existent, **la démarche qualité vise à réduire ces écarts**, afin d’obtenir le meilleur niveau de satisfaction des différentes parties prenantes. **L’évaluation permet de mesurer des écarts**, elle prend des formes différentes suivant l’écart que l’on désire mesurer.

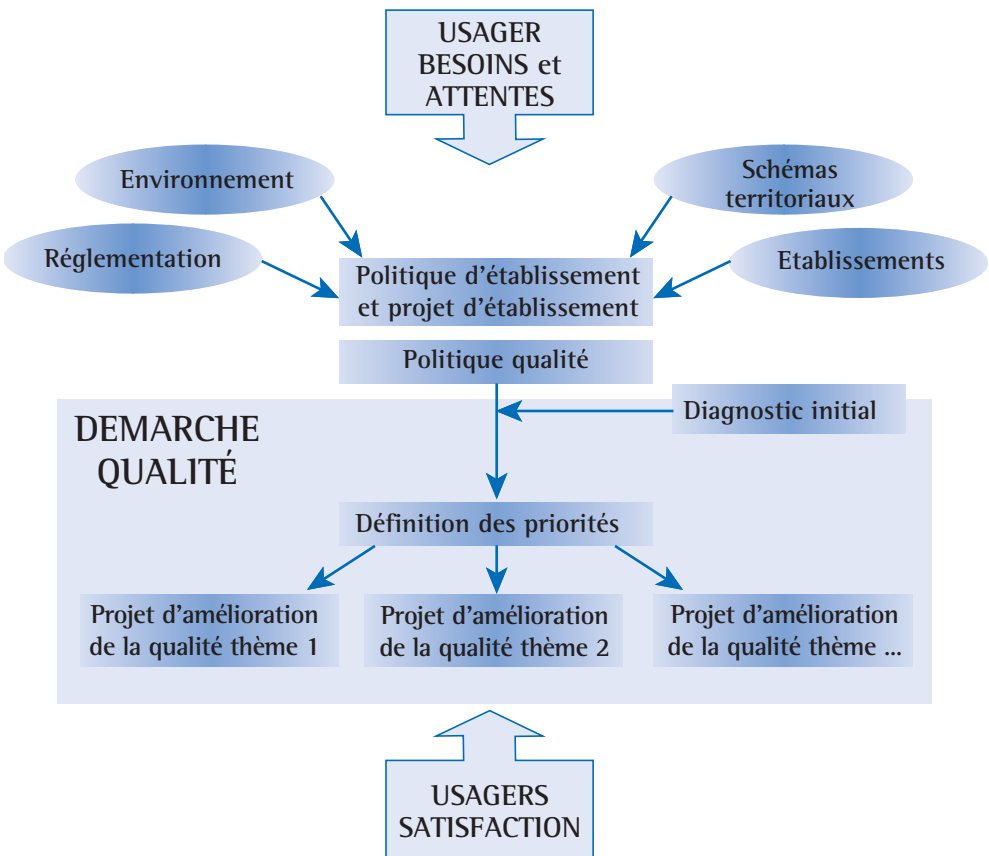


## Démarche qualité et politique d'établissement

La politique qualité se définit comme "les orientations et intentions générales d'un organisme relatives à la qualité, telles qu'elles sont formulées par la direction"<sup>2</sup>. La démarche qualité est déterminée par la politique qualité de l'établissement. C'est une "façon d'agir" en qualité. On y trouve la notion de participation comme principe élémentaire.

Les éléments de cette démarche sont :

- > s'interroger sur les besoins des usagers, les pratiques, l'organisation ou les résultats ;
- > chercher à analyser les situations, les points forts, les points faibles, conforter les acquis et comprendre les dysfonctionnements ;
- > mettre en œuvre des dispositions pour améliorer la qualité ;
- > s'assurer que ces dispositions sont efficaces.



<sup>2</sup> Voir le chapitre "définitions et concept"

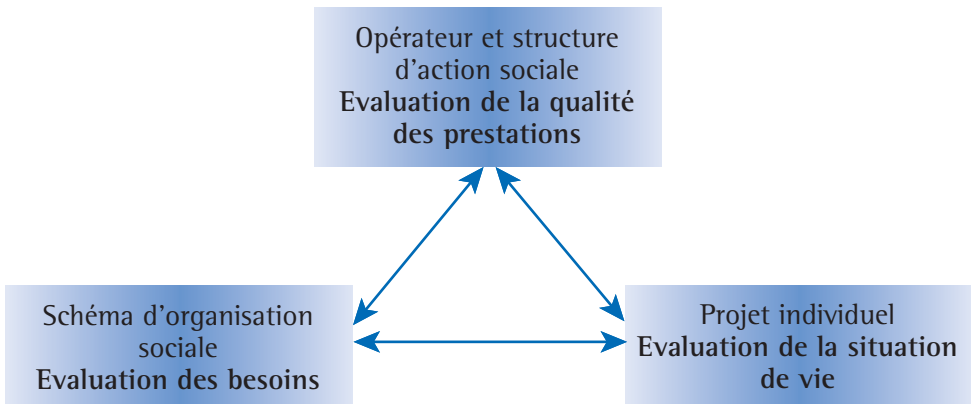
## Situer l'évaluation de la qualité dans le champ social et médico-social.

L'évaluation de la qualité des activités ou des prestations se place au niveau de l'intervention sociale organisée en structures (l'établissement, le service ou le dispositif).

Cette évaluation s'articule avec deux autres dimensions,

- celle de l'évaluation des situations de vie, dans le cadre du projet individuel
- et celle de l'évaluation des besoins dans le cadre des schémas d'organisation sociale

comme l'illustre le schéma suivant :



Les trois modes d'évaluation sont cohérents entre eux. Le projet d'une structure, comme le processus d'amélioration de la qualité de ses prestations, tient compte de l'évaluation des besoins et des orientations des schémas d'organisation sociale ; les registres d'intervention (pédagogique, thérapeutique, éducatif et social) de la structure tiennent compte du mode

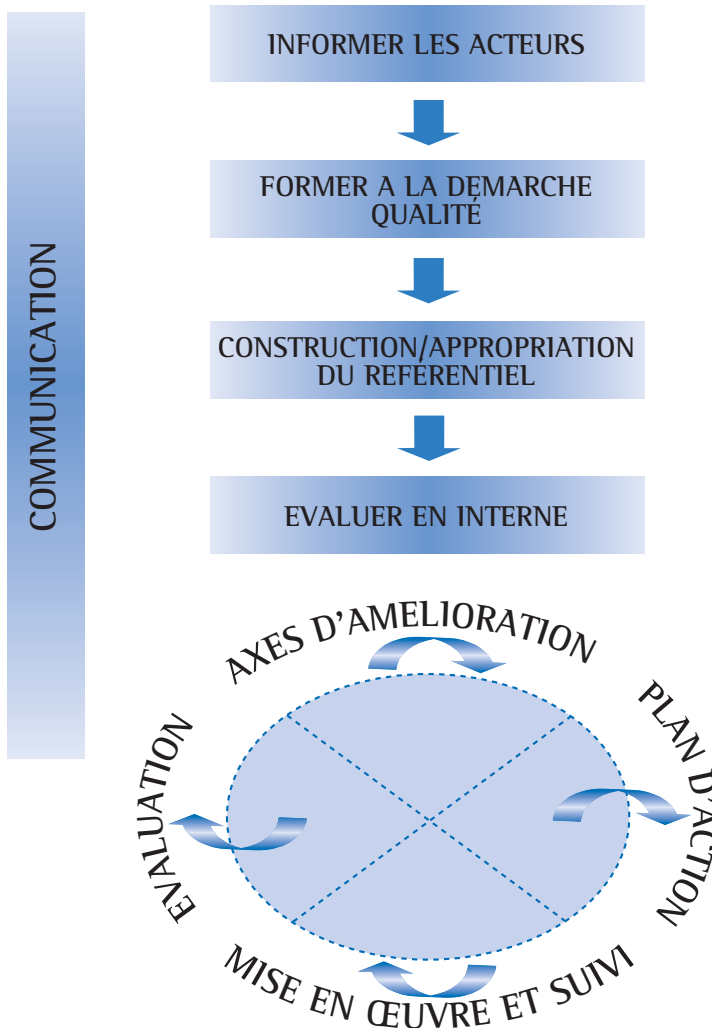
d'évaluation des situations de vie (dans leurs multiples dimensions et en fonction des environnements) et des projets individuels qui les accompagnent.

Ces projets individuels peuvent promouvoir une diversification des réponses institutionnelles apportées par les structures d'action sociale et impacter le contenu des schémas comme la définition des priorités.

## Mise en œuvre de la démarche d'amélioration continue de la qualité

La démarche qualité est une démarche participative qui nécessite l'implication

de nombreux acteurs. Lors de sa mise en œuvre, les éléments de la démarche, présentés précédemment, sont déclinés en étapes. Le suivi de ces étapes permet de structurer la démarche et d'obtenir des résultats significatifs.



La structure peut faire appel à un prestataire pour certaines de ces étapes. Elle doit identifier clairement le besoin d'accompagnement<sup>3</sup>, afin de définir la nature de la prestation et les modalités de l'intervention.

## Les préalables pour une démarche d'amélioration continue de la qualité

Les procédures d'évaluation interne et externe consacrées par la loi du 02/01/2002 ont pour objectif d'orienter les structures sociales et médico-sociales vers un processus d'amélioration continue de la qualité. Au-delà de l'aspect législatif et réglementaire de l'évaluation, ce processus devrait être considéré comme bénéfique au fonctionnement de la structure et conduire à une entrée volontaire dans une démarche qui dépasse le strict respect de la réglementation.

### Affirmer un choix politique des décideurs

La démarche d'amélioration continue de la qualité engage les gestionnaires et les instances dirigeantes à porter un regard plus précis sur les pratiques et les exigences explicites ou implicites auxquelles doivent répondre leurs structures. Ce lien avec le projet politique d'ensemble constitue une nécessité.

### Prendre appui sur le projet d'établissement ou de service

Préalablement il convient de préciser les objectifs à atteindre pour s'engager dans la démarche qualité. Celle-ci ne peut pas être l'acte fondateur d'un projet d'établissement.

Elle doit s'appuyer sur les missions et prestations définies dans le projet d'établissement, réactualisé périodiquement, qui au terme de la loi doit définir les objectifs quant à l'évaluation de l'activité et la qualité des prestations. Ainsi, elle sera en phase et en lien étroit avec la pratique des équipes.

Cette étape garantit une efficacité plus grande, et permet en outre un gain de temps. Le responsable de la structure doit être aidé, soutenu et accompagné dans la réflexion, tout en s'appropriant la démarche afin de garder la maîtrise du projet, à concurrence de la délégation de pouvoir qu'il a reçue des décideurs. Ces derniers doivent valider les objectifs à atteindre.

### Créer les instances de mise en œuvre de la démarche

L'entrée dans une démarche d'amélioration de la qualité demande du temps et met en jeu des mécanismes complexes notamment dans un secteur où tous les acteurs ne sont pas familiarisés à cette approche. Le comité de pilotage adapté à la taille de la structure, son organisation ou ses choix de management permet une supervision de la démarche, sa mise en œuvre, assure la cohérence du dispositif et la participation de l'ensemble des acteurs y compris les usagers et leurs représentants.

Le décideur nommera un responsable de la démarche qualité, légitime et formé, reconnu pour ses capacités à animer, fédérer, impulser cette démarche.

Un temps spécifique sera dégagé pour les acteurs de la démarche.

<sup>3</sup> Voir chapitre "cahier des charges"

## Définir la problématique

Plus les objectifs sont clairs, plus la démarche d'amélioration de la qualité sera effective.

Pour initier la démarche, l'établissement devrait rédiger un document détaillé sur ses attentes en précisant le contexte de départ. Les réponses à apporter ne seront envisagées qu'ultérieurement. Ainsi, il est possible de définir la problématique d'ensemble.

## Prévoir un plan de communication

Associer les professionnels et les usagers suppose une communication claire sur les enjeux de cette démarche (répondre aux exigences réglementaires, consolider et harmoniser les bonnes pratiques, améliorer le service rendu, dynamiser et valoriser les professionnels, etc...).

Cette communication sur les enjeux débutera en amont de l'entrée dans la démarche d'amélioration de la qualité contribuant ainsi à lever des résistances qui pourraient émerger. Elle sera organisée à destination de l'ensemble des acteurs en interne, mais également à destination des partenaires externes.

Un support de communication dédié à la démarche, associé à un plan de communication facilitera une pédagogie à l'intention du plus grand nombre.

La communication s'intégrera dans le fonctionnement normal de la structure, en s'appuyant sur la direction, les instances représentatives du personnel et le conseil de la vie sociale.

## Quelques mises en garde

- > La démarche d'amélioration de la qualité ne doit pas être pensée simplement comme un outil de régulation de dysfonctionnements, même si elle permet de les révéler.
- > Elle ne doit être considérée ni comme un engagement purement formel ni comme un instrument de pouvoir.
- > Elle doit favoriser l'émergence d'un processus continu d'amélioration de la qualité. Être vigilant à la progressivité de la démarche permet de ne pas déstabiliser les points forts existants.
- > Le responsable de la structure doit résolument accepter d'être interrogé sur les modes de fonctionnement et de management, en considérant le processus mis en route comme un outil de réflexion et de veille permanente. Pour les directions dont le management repose sur ces principes participatifs, la démarche qualité est un outil support du management.
- > La réussite de la démarche nécessite des moyens humains et financiers.





# Comment s'organiser avec ou sans prestataire ?

Un projet d'établissement élaboré en s'appuyant sur les valeurs de l'établissement au travers d'une démarche participative, aborde nécessairement la qualité, sa démarche et ses enjeux.

Il est proposé d'aborder cette question à partir de la dimension technique de la démarche.

Chaque fiche technique représente une étape clé de la démarche d'amélioration continue de la qualité. Y sont indiqués les acteurs concernés, les modalités de mise en œuvre et le contenu

En synthèse, sont précisés des aspects sur lesquels un prestataire peut apporter un accompagnement.

Dans tous les cas, il s'agit de permettre le choix approprié selon les besoins et les moyens de la structure, et ce en toute connaissance de cause.

## Informer

Cette première étape représente le lancement de la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Elle va permettre de fixer le cadre, de dater le début de la démarche.

- > donner aux acteurs les moyens de se mobiliser.

Elle pourra s'appuyer sur une co-animation réalisée soit avec un collaborateur identifié comme responsable de la démarche qualité, soit avec un prestataire.

### Les acteurs

**La direction** de l'organisme doit s'impliquer directement dans la réalisation de cette étape pour :

- > affirmer son engagement ;
- > informer sur les moyens humains et financiers que la structure est prête à consacrer à ce projet ;

**L'ensemble des acteurs** doit bénéficier de l'information :

- > les professionnels ;
- > les administrateurs ;
- > les usagers.

Il est souhaitable qu'une information soit adressée également aux partenaires, financeurs, autorités de contrôle, et adaptée en fonction du mode de relations entretenu avec ces différents interlocuteurs.

## Le contenu

L'information sera adaptée au public auquel elle s'adresse ; elle portera sur :

- > les objectifs de la démarche ;
- > le contexte législatif ;
- > la nécessaire implication de tous les acteurs ;
- > une présentation des différents temps d'une démarche qualité ;
- > les enjeux, le calendrier de la démarche ;
- > la méthodologie retenue ;
- > les résultats attendus.

## Les modalités

Les modalités de cette étape d'information sont à organiser en fonction des choix stratégiques de la direction.

- > L'information est réalisée auprès de l'ensemble du personnel et auprès des instances délibératives et consultatives (conseil d'administration, conseil de la vie sociale, comités techniques paritaires,...) ;
- > Elle peut être diffusée à l'occasion de rencontres spécifiques pour "marquer" l'engagement de l'organisme ;
- > Le lieu d'information doit se trouver au plus près des acteurs ;
- > Les groupes pluri-professionnels enrichiront les échanges.

Cette information initiale sera prolongée par des actions de communication régulières tout au long de la démarche qualité.

Ces actions pourront faire l'objet d'un plan de communication qui s'appuiera sur les moyens internes de la structure, voire des moyens spécifiques consacrés à la démarche qualité.

**L'intervention  
d'un prestataire pourra  
porter sur :**

L'organisation  
du dispositif d'information

La définition des moyens  
à mettre en œuvre en fonction  
des objectifs et des choix  
stratégiques de la direction

La production des supports  
d'intervention

La co-animation des réunions  
d'information, spécifiquement sur  
les aspects méthodologiques

**Le prestataire  
ne se substituera jamais  
au décideur**

# Formation à la démarche qualité

La démarche qualité est une démarche de changement qui s'appuie sur une démarche de management. Sa mise en œuvre dans un organisme nécessite l'implication de l'ensemble des acteurs. La formation permet aux acteurs de connaître les enjeux de la démarche, de s'appuyer sur un langage et des concepts connus et compris par tous et favorise ainsi leur implication.

Selon le niveau de culture des équipes et leur niveau d'appréhension des théories, le choix peut se faire entre des modules conséquents ou de simples sensibilisations.

## Les acteurs

- > Le responsable de la démarche qualité et éventuellement le ou les animateurs qualité, relais au sein d'entités diverses (surtout en cas d'organisation "multisites" ou dans les grands organismes) ;
- > les décideurs et cadres de l'organisme ;
- > le personnel.

## Le contenu

- > Le responsable de la démarche qualité  
Réfèrent de l'organisme en matière de qualité, il est la personne ressource. Son rôle est multiple, il peut apporter une aide à toutes les étapes de la démarche en fonction des besoins de la structure et des compétences qu'il a acquises. Son apport minimum est d'accompagner les projets. Il doit avoir une connaissance des concepts, méthodes et outils de la qualité,

afin de pouvoir animer les groupes de travail et les aider à atteindre les objectifs fixés.

### > L'encadrement

L'objectif de cette formation est de faire partager aux responsables de l'institution un langage commun. Il est nécessaire, même s'ils n'ont pas à conduire de projets eux-mêmes, qu'ils aient une bonne compréhension des démarches qualité, des enjeux et des changements attendus. Ces dernières sont des démarches de management, qui peuvent déstabiliser les membres de l'encadrement. La formation doit leur permettre de comprendre leur rôle et de trouver leur place dans la démarche.

### > Les équipes (les professionnels)

Les professionnels devraient bénéficier au minimum d'une formation de sensibilisation afin de partager un langage commun, de comprendre les enjeux de la démarche qualité et les changements attendus. Il est important qu'ils comprennent leur rôle dans la démarche car ils auront à mettre en œuvre les changements.

Une formation plus approfondie portant sur les méthodes et/ou les outils de la démarche, peut être envisagée pour les professionnels qui auront directement à les utiliser. Par exemple, les personnes qui auront à conduire les projets sur le terrain (chef de projet, référent qualité) peuvent avoir besoin d'une formation aux méthodes qualité ou aux outils d'animation de groupe.

## Les modalités

- > Le responsable de la démarche qualité  
Il faut définir les besoins en fonction du niveau initial de la personne, de la structure et de ses attentes. Les choix peuvent être très différents :
  - formation universitaire ou de grandes écoles ; ce sont des formations généralistes

qui donnent une vue d'ensemble des démarches qualité et forment à la "réflexion stratégique". Elles peuvent durer 6 mois, voire 1 an, en temps partiel ou complet

- formations thématiques : il en existe de nombreuses ; elles permettent de se former aux concepts, à des méthodes ou des outils de la qualité ou de gestion des risques. Elles peuvent être réalisées en inter entreprises ou en intra ;

- formation- action en accompagnant la démarche avec l'aide d'un prestataire extérieur.

Le choix entre ces différents types de formation dépend des besoins de la personne et des objectifs de la structure. Il est nécessaire que le responsable de la démarche qualité ait des compétences certaines pour conduire la démarche, car il est la référence en matière de qualité et les professionnels ont besoin de ce soutien.

> La formation de l'encadrement

L'encadrement peut être formé par le responsable de la démarche qualité, ou par un organisme extérieur. Il paraît souhaitable que cette étape se déroule avant toute élaboration d'un cahier des charges en vue de recourir à un prestataire.

La durée de la formation est variable en fonction des objectifs, elle varie d'une demi-journée à trois jours.

Une formation d'une demi-journée apportera une sensibilisation, qui peut se révéler insuffisante pour comprendre les enjeux de la démarche, le rôle de l'encadrement et son positionnement.

Une formation de trois jours permet aux personnes formées de mieux maîtriser les théories relatives à la qualité. En contrepartie, elle peut déstabiliser certains par un apport théorique qui peut paraître éloigné de la réalité.

Dans tous les cas, la formation permettra à l'encadrement de comprendre la place de chacun dans la démarche.

Il est recommandé de conduire, en comité restreint, une séance préalable avec l'encadrement afin d'identifier les freins et de les lever, au moins partiellement. On ne devra pas aller plus en avant tant que des doutes persistent, risquant de compromettre la démarche.

### **L'intervention d'un prestataire pourra porter sur :**

La définition des besoins  
de formation

L'élaboration du plan de formation  
et de sensibilisation

Tout ou partie de la formation  
ou de la sensibilisation

**L'intervention du prestataire  
peut être évolutive pour  
développer une plus grande  
autonomie en matière  
de formation, notamment  
du responsable de  
la démarche qualité**

# S'approprier un référentiel existant ou en élaborer un

On ne peut imaginer d'évaluation sans référence à un standard auquel se comparer. Cette étape indispensable est destinée à rendre la démarche dynamique et à lui donner du sens. Elle est l'occasion de s'accorder sur le vocabulaire : en effet les référentiels sont autant susceptibles de devenir de simples outils de mesure (construction de normes) que de constituer une langue partagée, un outil de communication entre des acteurs appartenant à des groupes d'intérêt, des métiers très divers (usagers, parents, administrateurs, professionnels, autorités de contrôle et de financement). Le référentiel permet d'objectiver les services fondamentaux qui vont satisfaire besoins et demandes des usagers (sans négliger partenaires et personnel) et de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour y répondre.

Plusieurs variantes sont possibles en fonction des souhaits de chaque établissement ou service : on peut imaginer un référentiel unique pour tous les établissements d'une même entité ; on peut aussi envisager un référentiel choisi ou élaboré par chaque structure.

## Les acteurs

- > Les acteurs sont tous concernés à des degrés divers :

La méthode retenue gagnera à réunir représentants des usagers, professionnels, administrateurs, directeur, représentants du réseau ou de l'environnement de la structure et éventuellement le prestataire.

1. dans l'hypothèse du choix puis de l'appropriation d'un référentiel existant, parmi tous les professionnels concernés, un rôle prépondérant est donné

au responsable de la structure, au référent qualité et au comité de pilotage.

2. dans l'hypothèse de la construction d'un référentiel, une première phase de propositions peut émaner des groupes de travail incluant des représentants de tous les professionnels concernés, avec un accompagnement méthodologique si nécessaire.

## Le contenu

> Le contenu du référentiel est directement lié aux objectifs recherchés et au sens de la démarche ; dans une étape préalable il s'agit donc de :

- définir et clarifier les engagements, les objectifs et les moyens de l'institution, centrer les questions sur les besoins et attentes des usagers et sur les réponses apportées par la structure, en référence au projet d'établissement ;
- définir les objectifs recherchés par l'évaluation (ex : mesure d'une dynamique, évaluation des procédures, des organisations ou des pratiques professionnelles, ou des résultats...) ;
- définir la méthode d'évaluation (ex : évaluation interne ou évaluation externe) et son calendrier.

Dans l'hypothèse de la construction d'un référentiel, il convient de :

- définir les conditions voire les exigences nécessaires à la réalisation des services à rendre aux personnes et en préciser l'effectivité ;
- retenir des référentiels prioritaires, liés par exemple à la fréquence des dysfonctionnements ou à leur gravité. A terme l'objectif est de tenir compte de l'ensemble des activités de l'établissement ;
- choisir des indicateurs<sup>1</sup> simples, mesurables et reproductibles selon la même cotation, dans tout l'établissement afin de permettre des comparaisons dans le temps et dans l'espace.

<sup>1</sup> Voir le chapitre "définitions et concepts"

## Les modalités

- > Les modalités sont variables selon que la structure a choisi un référentiel existant ou a décidé d'en construire un.

En toute hypothèse, il convient :

- de respecter les phases de recherche et d'analyse, puis d'adaptation et de rédaction, de tests et d'observation, enfin de validation ;
- de rechercher la participation active des différentes catégories d'acteurs et tout spécialement des usagers et des professionnels ;
- de donner toute sa part à l'expérience et à l'action en l'organisant et en la modélisant même partiellement ;
- d'amener chaque professionnel à contribuer à la production de référentiels en se posant quelques questions simples : quels sont les acquis notamment scientifiques, les connaissances théoriques et les guides de bonnes pratiques disponibles dans le champ professionnel concerné ? Comment sont-ils utilisés ? Quelles connaissances ont été produites à partir de l'action ? Quelles pratiques sont en partie modélisables sous forme de référentiels de qualité ?
- de décider du lieu le plus adapté pour choisir ou construire le référentiel : l'établissement, l'association, un organisme représentatif du champ professionnel, un partenariat régional, national ?

1 - Dans l'hypothèse du choix puis de l'appropriation d'un référentiel existant, il s'agit :

- de rechercher, inventorier puis analyser les référentiels disponibles ;
- de faire un choix à l'issue de cette analyse comparative à partir de critères sélectionnés : simplicité, adaptabilité, exhaustivité, pertinence par rapport au champ professionnel... ;
- de rechercher l'adhésion du plus grand nombre de professionnels concernés, à l'outil sélectionné.

2 - Dans l'hypothèse de la construction d'un référentiel, il convient de :

- mesurer que ce choix constitue une démarche structurante mais nécessite un grand investissement en temps ;
- constituer un groupe de travail représentatif ;
- procéder à une recherche et une analyse des textes normatifs ou réglementaires, de la littérature professionnelle, des expériences menées à l'étranger ou dans d'autres établissements ;
- rechercher le plus large consensus professionnel possible ;
- construire un document de référence contenant des critères validés ;
- tester l'outil et l'adapter en fonction des résultats du test.

### L'intervention d'un prestataire pourra porter sur :

La participation à la constitution et à l'accompagnement méthodologique des groupes de travail

L'aide à la mobilisation des professionnels

L'aide au recensement et à l'analyse des référentiels existants et de la littérature professionnelle

L'aide à la distinction entre besoins, demandes et offre de services

L'aide à la hiérarchisation des priorités

L'homogénéisation des différentes parties du référentiel

L'accompagnement de la phase de test et de l'intégration de ses résultats

# Evaluer en interne

L'évaluation interne est une évaluation conduite par la structure elle-même. Elle peut prendre plusieurs formes : audit interne conduit par une personne de l'organisme mais externe au site audité ou auto évaluation par les professionnels du site évalué. Il s'agit dans tous les cas d'une évaluation où les auditeurs sont internes à l'organisme. L'évaluation interne est une étape fondamentale de la démarche d'amélioration continue de la qualité car il n'y a pas de démarche qualité sans mesure.

## Les acteurs

Tous les professionnels de la structure à des degrés différents

- > Le responsable de la structure initiateur de la démarche qualité alloue des moyens pour mener à bien la démarche d'amélioration de la qualité.
- > Le comité de pilotage, garant de la démarche qualité, prend des décisions validées par les décideurs, en terme d'orientations, de priorisation des actions à conduire, d'attribution des moyens alloués.
- > Le responsable de la démarche qualité, en charge du déroulement de l'évaluation, est garant de la méthode utilisée.
- > Les professionnels évalués dans leur activité sont impliqués, que ce soit dans le cadre d'une auto évaluation ou d'un audit, pour que l'évaluation reflète la réalité.
- > Les auditeurs dans les structures qui ont fait ce choix.

## Le contenu

- > L'évaluation interne est faite à partir d'un référentiel<sup>1</sup>. Soit la structure s'est appropriée un référentiel existant conforme à ses objectifs en terme de démarche qualité, soit elle en a élaboré un<sup>2</sup>.
- > Cette évaluation permet de mesurer le degré de conformité de la structure, de ses pratiques, de son organisation au regard des critères du référentiel. Elle met en évidence les points forts et les points à améliorer de la structure.

## Les modalités

### Déroulement de l'évaluation

- > L'évaluation est réalisée avec un référentiel connu des professionnels, qu'ils se sont approprié.
- > Les modalités pratiques de l'évaluation sont définies précisément :
  - méthode de recueil de données (dossier, type de documents, observation directe, entretien, questionnaire) ;
  - nombre d'évaluation à remplir ; une seule observation est nécessaire pour une évaluation de l'organisation ; pour une évaluation de pratiques, il faut déterminer un nombre minimum d'observations ;
  - méthode d'évaluation (auto évaluation, audit).
- > L'évaluation est engagée après l'information préalable des professionnels sur les objectifs, les modalités pratiques et les suites qui y seront données.

<sup>1</sup> Voir le chapitre "définitions et concept "

<sup>2</sup> Voir fiche "s'approprier un référentiel existant ou en élaborer un"



- > Les professionnels sont formés à la méthode d'évaluation (auto évaluation ou audit) et le formateur s'assure que les critères sont bien compris de la même façon par tous les évaluateurs.
- > Lors de l'évaluation, chaque critère est documenté et explicité si besoin. Les réponses "non applicable" ou "sans objet" doivent faire l'objet, le plus souvent possible, d'un commentaire détaillé.
- > Les réponses sont analysées et les causes des écarts recherchées.
- > Les résultats sont présentés à tous les professionnels impliqués dans le démarche.
- > Des axes d'amélioration sont proposés.
- > Un rapport d'évaluation présente l'ensemble de la démarche : méthode d'évaluation, référentiel, modalités pratiques, acteurs de la démarche, synthèse des résultats, analyse des écarts, axes d'amélioration proposés. Il doit être précis car il assure la traçabilité de la démarche.

## Calendrier :

L'évaluation interne peut être réalisée au début de la mise en œuvre de la démarche d'amélioration continue de la qualité ; elle sert dans ce cas de diagnostic initial et permet de définir des priorités d'action.

L'évaluation interne peut être un outil de mesure itératif, permettant d'objectiver les améliorations.

Le rythme est à définir en fonction des besoins de la structure et de ce que l'on souhaite évaluer. L'évaluation interne peut concerner toute la structure ou seulement un service, l'ensemble des activités ou se focaliser sur une activité stratégique pour la structure, dans la mise en œuvre de la démarche qualité.

## L'intervention d'un prestataire pourra porter sur :

La formation des évaluateurs (audit interne ou auto évaluation) ou l'accompagnement du référent qualité pour cette formation

L'accompagnement à la réalisation de l'évaluation interne

Une aide à l'analyse des résultats et à la recherche de l'origine des écarts

Une aide pour la restitution des résultats aux professionnels et la détermination des axes d'amélioration

Une aide à la rédaction du rapport

# Déterminer les axes d'amélioration

Cette étape vise notamment, à partir du rapport d'évaluation, à sélectionner, organiser et hiérarchiser les améliorations de la qualité envisagées, afin de les traduire en plan d'action. La structure doit rechercher l'optimisation de ses moyens, en se recentrant sur ses missions et leurs raisons d'être, en hiérarchisant ses actions. Il s'agit de cerner le possible et de ne pas rester sur le souhaitable.

Toutes les améliorations souhaitables ne sauraient être effectuées simultanément. La capacité de l'établissement à se mobiliser pour entreprendre ce plan d'action, dépend d'une modification d'organisation, d'un coût, de temps à y consacrer. Il y a donc un impératif à donner la priorité à certaines actions et à en différer d'autres, au moins temporairement.

## Les acteurs

Le directeur doit dégager les axes prioritaires d'amélioration de la qualité. Le responsable de la démarche qualité et le comité de pilotage sont consultés. Après cette consultation, le directeur arrête les axes prioritaires.

## Le contenu

Les critères de choix pour déterminer les priorités, à partir de l'analyse du rapport d'évaluation sont les suivants :

- > L'importance (nombre, fréquence gravité) des écarts relevés lors de l'évaluation,
- > Le résultat des enquêtes de satisfaction, et l'analyse des réclamations ou fiches de dysfonctionnement,
- > La prise en compte du projet d'établissement,
- > La politique qualité de l'établissement
- > La capacité de l'établissement à mettre en œuvre et financer ses objectifs

## Les modalités

Le choix doit :

- > être réaliste ;
- > être hiérarchisé : commencer par des actions faciles réalisables dans des délais courts et visualisables par les professionnels et les usagers; se servir de ces premiers changements pour aller au delà, et créer une dynamique à partir de ces premiers résultats pour générer une motivation forte ;
- > permettre l'adhésion du personnel ;
- > utiliser un support écrit précisant la politique qualité de la structure à rédiger dans les trois mois suivant la rédaction du rapport d'évaluation.

>>>

## L'intervention d'un prestataire pourra porter sur :

L'aide à l'analyse du rapport  
d'évaluation au regard des enjeux  
de l'établissement

La définition des critères quant  
au choix et à la hiérarchisation  
des axes d'amélioration

L'apport et l'animation d'une  
méthodologie adaptée pour analyser  
les causes des écarts, identifier  
les axes de travail et les hiérarchiser,  
en évitant toute culpabilisation  
de certains professionnels

Aider à la communication interne  
du plan d'actions

La recherche de leviers favorisant  
l'adhésion du personnel et  
le changement

L'ensemble de l'encadrement,  
qu'il participe ou non au comité  
de pilotage, doit être impliqué  
dans la conception et la mise  
en œuvre des plans d'action

# Planifier et mettre en œuvre l'amélioration continue de la qualité

Le plan d'action est la pièce maîtresse de la démarche tant du point de vue de la communication et de la mobilisation que de la gestion. Il décompose le projet en fiches-action et en tâches. Il doit intégrer précisément les ressources nécessaires et leur planification, ainsi que les outils de pilotage.

Sa mise en œuvre rend opérationnel et fonctionnel le nouveau système de management de la qualité. Elle permet aux différents professionnels d'acquiescer une vision plus globale de l'action collective de la structure pour mener à bien ses missions et d'y intégrer davantage d'éléments de gestion et d'organisation.

## Les acteurs

- > Le responsable de la structure et le comité de pilotage pour l'approbation du plan d'action et son suivi.
- > Le responsable de la démarche qualité pour la coordination, la mise en œuvre, l'accompagnement, le suivi.
- > Les groupes de travail inventorient, analysent, proposent les actions.

## Le contenu

Le plan d'action doit être :

- > précis : sur des objectifs mesurables et des actions détaillées ;

- > concis : ne sont pris en compte que les points stratégiques de la démarche ;
- > quantifié (en ressources nécessaires) ;
- > mesurable : des indicateurs d'évaluation et de suivi des actions sont mis en place.

## Les modalités

- > Le responsable de structure définit les objectifs stratégiques par thèmes.
- > Le comité de pilotage construit un plan détaillé (objectifs, actions, ressources, contraintes, échéances).
- > Le responsable de structure valide le plan du point de vue du contenu (objectifs, actions) et des moyens à engager.
- > Le responsable de structure en collaboration avec le comité de pilotage et le responsable de la démarche qualité informe l'ensemble du personnel des différents aspects du plan d'actions.
- > Le conseil de la vie sociale est informé sur le contenu des actions, les résultats attendus, les conditions de mise en œuvre.
- > Un suivi régulier de la bonne mise en œuvre du plan d'action est organisé.
- > Les travaux pouvant s'appuyer sur des groupes de travail, sont approuvés et validés.
- > Les productions sont présentées et accompagnées auprès de l'ensemble des acteurs.

## L'intervention d'un prestataire pourra porter sur :

La méthodologie du plan d'action

Des conseils opérationnels de  
rédaction d'un plan d'action

Des éléments de pilotage, de suivi  
et d'évaluation d'un plan d'action

Les temps d'information et  
d'accompagnement des groupes de  
travail sur la mise en forme des  
documents (respect des objectifs,  
pertinence, intérêt, lisibilité...)

L'accompagnement du comité  
de pilotage sur les opérations  
de pilotage

L'accompagnement du responsable  
de la démarche qualité sur  
la traçabilité, la gestion  
documentaire, le système qualité

L'accompagnement du responsable  
de structure dans l'exploitation  
des indicateurs de suivi  
du plan d'action.

# Recourir à l'évaluation externe

Cette étape répond à l'obligation législative prévue à l'article L 312.8 de la loi 2002.2 du 2 janvier 2002. Elle sera réalisée tous les sept ans ou dans les deux ans qui précèdent un renouvellement d'autorisation.

Elle va ponctuer la démarche d'amélioration continue, et peut également être perçue comme une légitimation de cette démarche sur le plan méthodologique.

## Les acteurs

La direction de l'établissement ou du service est responsable de la réalisation de cette étape :

- > Elle choisit l'organisme habilité qu'elle chargera de réaliser l'évaluation externe ;
- > Elle planifie l'évaluation en fonction des contraintes internes et des échéances réglementaires et législatives ;
- > Elle inscrit au budget les crédits nécessaires au financement de l'évaluation externe.

L'ensemble des acteurs peut être sollicité pour cette évaluation :

- > les professionnels ;
- > les administrateurs ;
- > les usagers.

## Le contenu

Le contenu de l'évaluation externe sera déterminé à partir d'une méthodologie validée par le conseil national de l'évaluation.

Elle portera sur les éléments figurants sur les supports réglementaires en vigueur, tel que le cahier des charges de la réforme de la tarification des EHPAD de l'arrêté du 26 avril 1999. Les rubriques suivantes peuvent être envisagées :

- > la méthodologie de l'évaluation interne ;
- > la transparence du cadre institutionnel et les facteurs de bonne gouvernance ;
- > l'efficacité de la gestion ;
- > la prise en charge de l'usager ;
- > la gestion de la qualité.

## Les modalités

Les modalités de l'évaluation externe seront définies nationalement. Elles devraient comprendre une visite de l'établissement, la consultation de documents mis à disposition et des entretiens avec les professionnels, les usagers, les instances voire les partenaires de la structure.

Indépendamment de l'obligation législative, des structures peuvent souhaiter ponctuer leur démarche d'amélioration continue de la qualité par des audits externes réalisés par des professionnels en exercice, extérieurs à l'établissement. C'est notamment le cas des certifications de services.

Cette initiative permet de valider les acquis de la démarche, de conforter les résultats de l'évaluation interne et de conserver le dynamisme de la démarche.

Le prestataire ne pourra  
réaliser l'évaluation externe  
au sens de la loi :

Pour des garanties déontologiques,  
suite à l'accompagnement  
à la démarche qualité,  
il est déconseillé de faire appel  
au même prestataire pour  
la réalisation de l'évaluation  
externe au sens  
de la loi 2002.2

Le prestataire peut aider  
la structure à préparer  
son évaluation externe

Le prestataire  
qui a accompagné la démarche  
peut en revanche aider  
la structure à se constituer  
un réseau "d'auditeurs qualité"  
constitué de professionnels  
formés qui pratiquent  
des "audits croisés" entre  
structures d'un même  
organisme gestionnaire voire  
d'organismes différents

# Etablir un cahier des charges pour se faire accompagner par un prestataire

## Préciser le contexte

La mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité est un acte volontaire qui a pour objectif de faire progresser le niveau des prestations rendues et la satisfaction des usagers, et de répondre aux exigences de la loi du 2 janvier 2002.

Par rapport à la maîtrise du processus d'évaluation, l'établissement se situe à l'un des stades ci-dessous :

- > la décision est prise de mettre en place ce dispositif, sans stratégie définie, ni éléments de méthode.
- > la politique qualité de l'organisme est formalisée, mais la mise en œuvre est difficile à réaliser en interne.
- > la politique qualité est formalisée et la mise en œuvre avancée, mais les résultats doivent être évalués.

En fonction du stade auquel il se situe, de sa taille, de son organisation, de son management et de sa capacité à gérer une démarche de type "projet" complexe, l'établissement peut décider de faire appel à un partenaire externe, **pour tout ou partie** de la démarche.

Il doit donc définir le plus précisément possible, la nature de la prestation de conseil et/ou de formation souhaitée.

L'intérêt est ici d'être le plus clair possible sur la situation réelle de l'établissement en terme de management de la qualité. Les écrits doivent être le plus précis et concis possible.

## Décrire la problématique

Il faut décrire ce que l'on souhaite faire ou obtenir en matière de management par la qualité ou d'évaluation.

L'établissement ou l'organisme gestionnaire a décidé de mettre en place une démarche qualité afin de :

- > favoriser une meilleure prise en charge des personnes accueillies ;
- > sensibiliser le personnel aux différents outils à mettre en place ;
- > constituer un dossier d'évaluation et un plan d'action à présenter aux organismes en charge de l'autorisation, dans le cadre de la loi 2002.2 du 2 janvier 2002.

Les objectifs ci-dessus illustrent le caractère polymorphe d'une politique qualité. Le choix d'un ou plusieurs d'entre eux aura une incidence sur la méthode retenue.



## Préciser la nature de la prestation attendue

C'est en fonction de l'état d'avancement des réflexions de l'organisme, en faisant référence aux fiches du guide pour déterminer les besoins, que la nature de la demande est formalisée pour être présentée aux candidats prestataires.

Dans le cadre d'une organisation qui regroupe plusieurs structures, un projet global peut être défini tenant compte des particularités de chaque entité. Ces dernières peuvent également préciser la nature de leurs besoins.

A ce stade, il est souhaitable de faire clairement apparaître ce qui doit relever de l'accompagnement (conseil), de la formation (voir fiche n° 2 "Formation à la démarche qualité"). Cette distinction est nécessaire du fait de son incidence en terme de prise en charge financière (TVA ou non, plan annuel de formation ou non, etc.).

**En toute hypothèse, la démarche qualité est avant tout un mode de management et ne saurait se limiter à une action de formation.**

L'architecture de la commande doit être précisée :

- > simple accompagnement (limites à préciser) ?
- > aide à l'élaboration de documents (lesquels, avec quel degré d'élaboration) ?
- > autre ?

## Interroger sur les modalités de gestion du projet

Le recours à un prestataire ne doit pas faire oublier que la structure sera toujours largement sollicitée. Le prestataire se doit de fournir :

- > la méthodologie utilisée ;
- > le plan d'action de sa mission ;
- > le détail de ses interventions (en journées) ;
- > la nature et le volume envisagés notamment de temps de réunions pour l'équipe de la structure projet ;
- > les étapes et les évaluations prévues ;
- > Le planning détaillé phase par phase, calibré en journées. Il est souhaitable que chaque phase soit traitée en module, chacun pouvant faire l'objet d'une commande distincte. Pour la cohérence d'ensemble de la mission, le découpage en modules ne doit pas être trop fin.

Le prestataire peut, pour certaines étapes méthodologiques, proposer plusieurs options possibles. Le choix des décideurs de la structure s'opérera au plus proche de leurs besoins.

Il convient de préciser les modalités :

- > du pilotage de la mission, entre le consultant et la Direction ou le Comité de Direction, le Comité de Pilotage ;
- > de la validation des différentes étapes ;
- > des conditions générales de vente.

## **Demander un descriptif détaillé de la mission**

Le prestataire devra fournir un descriptif détaillé de sa mission :

- > les objectifs de chaque phase ;
- > le rôle respectif des consultants et des personnels impliqués ;
- > les résultats attendus pour chaque phase ;
- > la ventilation des journées de prestations (conseil ou formation) et les publics concernés.

Les modules structurants de la démarche sont :

- > le diagnostic préalable du contexte de l'établissement ;
- > les formations ;
- > le choix du référentiel ;
- > l'accompagnement à la mise en œuvre du plan d'action ;
- > l'auto-évaluation ou évaluation interne en matière de qualité de prestation par rapport au référentiel retenu ;
- > la réalisation des fiches actions.

## **Préciser le coût de la prestation, les consultants et les références**

- > Un tableau détaillé par journées en séparant ce qui relève de la formation (éventuellement non soumis à TVA) de ce qui relève de l'accompagnement (soumis à TVA) sera élaborer. Les frais de déplacements doivent être précisés à part.
- > Dans l'offre du prestataire doivent être annexés les curriculum vitae résumés (Diplômes, Coursus, Missions déjà conduites par lui et par le cabinet) de chaque consultant et intervenant en charge de la prestation dans l'organisme.
- > Les références des candidats prestataires dans le milieu médico-social, précisant la nature de l'établissement et le type de prestation réalisé seront demandées. Il pourra être utile de recueillir le témoignage de clients antérieurs avant de formaliser un choix de prestataire.

# Définitions et concepts

## Accréditation des établissements de santé

Définie par les ordonnances du 24 avril 1996, l'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à assurer la sécurité, la qualité des soins et de la prise en charge du patient et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements de santé.

## Amélioration continue

Partie du management de la qualité axée sur la satisfaction des exigences pour la qualité (L'amélioration participative des processus de Didier Noyé INSEP Consulting)  
"L'amélioration continue des performances l'institution est un objectif permanent. Les problèmes sont une source de progrès collectifs et non pas l'occasion d'une chasse au coupable. C'est une logique de progrès pas à pas pour éliminer les faiblesses et s'adapter à un contexte en perpétuelle évolution".

"Partie du management de la qualité axée sur l'accroissement de la capacité à satisfaire aux exigences pour la qualité. L'adjectif "continu" est utilisé pour indiquer que l'amélioration est régulière. L'organisme recherche activement des opportunités d'amélioration et les concrétise".

Glossaire de la qualité ANAES

## Assurance Qualité

"Partie du management qualité visant à donner confiance en ce que les exigences pour la qualité seront satisfaites"  
norme ISO 9000

Principes d'actions : il s'agit en fonction des objectifs de "prévoir" comment l'on va faire

(procédures), de "faire" l'action engagée conformément à ce qui est prévu et de "prouver" que l'on fait réellement l'action comme cela est prévu, et que l'on atteint les résultats.

## Attentes

Nous pouvons distinguer trois grands types d'attentes des usagers :

- > les attentes explicites : ce sont les plus simples à recueillir car l'utilisateur exprime clairement ce qu'il souhaite ;
- > les attentes implicites : l'utilisateur ne les exprime pas parce- qu'il considère que cela va de soi ;
- > les besoins latents : l'utilisateur n'a pas forcément conscience de cette forme d'attente c'est pourquoi il ne les formule pas. Une grande proximité avec l'utilisateur est nécessaire pour faire émerger les besoins latents.

La notion d'attente et de besoin dans le secteur médico-social est particulièrement complexe et relative ; néanmoins c'est bien en visant l'intérêt (besoins et attentes) de chaque usager à tous les stades de son projet individualisé d'accompagnement que se trouve la finalité de la démarche qualité.

Le but de la démarche consiste dans ce domaine, à expliciter auprès des usagers les réponses apportées par la structure aux différentes attentes, principalement les attentes implicites et latentes. Il s'agit donc d'un travail de clarification et de transparence.

## Audit qualité

"Processus méthodique, indépendant et documenté permettant d'obtenir des preuves d'audit et de les évaluer de manière objective pour déterminer dans quelle mesure les critères d'audit sont satisfaisants".  
norme ISO 9000 version 2000

## Auto – évaluation

Il s'agit d'une méthode permettant à une équipe de réaliser elle-même une évaluation par rapport à un référentiel déterminé. Elle n'est en aucun cas un contrôle ou une surveillance, mais constitue une évaluation effectuée par les professionnels pour des professionnels dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité. Elle est déclenchée par le responsable de la structure qui doit informer l'ensemble du personnel, en précisant les objectifs. (Evaluer, pour quoi faire ? FNG)

## Certification

La certification permet à une entreprise d'attester qu'elle applique des dispositions conformes aux exigences d'un texte réglementaire :

- > elle est capable de satisfaire les exigences de ses clients ;
- > son organisation garantit la répétabilité de la réponse faite au client ;
- > elle a pris des dispositions pour améliorer ses performances.

La certification est attribuée par un organisme accrédité et indépendant.

## Diagnostic

Le diagnostic est une action d'investigation menée par une personne (ou un groupe de personnes) sur tout ou partie d'une organisation et à la demande d'une autorité concernée.

- > Un diagnostic est un outil d'analyse permettant d'avoir une photographie à un instant donné d'une situation qualité de l'entreprise.
- > Il peut porter sur tout ou partie des activités de l'entreprise (institution). Mais on peut parfois, en fonction des besoins, le cibler par un processus donné, une prestation de service donnée.

> Il s'agit de recenser tous les dysfonctionnements qui ont lieu sur le domaine observé et d'établir la liste des points forts de ce même domaine.

## Exigences

“Besoin ou attente formulé, habituellement implicite ou imposé”. norme ISO 9000

## Evaluation

Mesure visant à apprécier de façon la plus objective possible, les faits et à les comparer aux attentes au moyen d'un référentiel préétabli et partagé par les personnes évaluées.

Elle peut-être réalisée par les acteurs eux-mêmes (auto - évaluation) ou par un tiers extérieur, tels que pairs ou organismes (évaluation externe).

## Management de la qualité

“Activités coordonnées permettant d'orienter et de contrôler un organisme en matière de qualité”. norme ISO 9000

Le management de la qualité inclut généralement l'établissement d'une politique qualité et d'objectifs qualité, la planification de la qualité, la maîtrise de la qualité, l'assurance de la qualité et l'amélioration de la qualité.

## Politique qualité

Orientations et objectifs généraux d'un organisme concernant la qualité, tels qu'ils sont exprimés formellement par la direction au plus haut niveau. La politique qualité est généralement cohérente avec la politique générale de l'organisme et fournit un cadre pour fixer des objectifs qualité.

## Planification de la qualité

“Activités qui déterminent les objectifs et les exigences pour la qualité, ainsi que les exigences pour la mise en œuvre d’éléments du système qualité”. Norme ISO 8402

## Qualité

“Aptitude d’ensemble des caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences” norme ISO 9000

On entend par exigence un besoin ou une attente, exprimé ou implicite

La qualité est une synthèse entre les besoins des usagers - clients tels qu’ils les expriment par eux-mêmes ou par leurs représentants, ceux que les professionnels estiment prioritaires, ceux que le droit impose et enfin ceux que l’environnement recommande.

## Référentiel

Ensemble des références sur lesquelles il convient de s’appuyer pour permettre une activité d’évaluation objective. Ce référentiel doit s’appuyer sur l’état des connaissances et “de l’art” et être validé par une autorité compétente. Il comporte des critères quantifiés.

“Document ou ensemble de documents énonçant des exigences de qualité relatives à une pratique professionnelle ou à un mode de fonctionnement. Ces exigences ou caractéristiques sont souvent appelées critères”. Glossaire de la qualité ANAES

## Système qualité

“Ensemble de l’organisation, des procédures, des processus et des moyens nécessaires pour mettre en œuvre le management de la qualité”. Norme ISO 8402

## Traçabilité

Aptitude à retrouver l’historique, l’utilisation ou la localisation d’une entité au moyen d’identifications enregistrées.

## Usager

Destinataire du produit (entité, organisation, produit, service), processus aval.

Le bénéficiaire peut-être interne ou externe. L’usager ou personne accompagnée (personne handicapée adulte, enfant, personne âgée dépendante...) est le bénéficiaire des prestations ou bénéficiaire principal ; mais il faut également citer les familles ou tuteurs, partenaires incontournables (particulièrement lorsqu’il s’agit d’un enfant, d’une personne démente, atteinte de déficience intellectuelle ou polyhandicapée), les autorités de contrôle et de financement.

## Usager, satisfaction de

Perception de l’usager sur le niveau de satisfaction de ses exigences.

# Bibliographie

“Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées” Jean-Jacques AMYOT et Annie MOLLIER – DUNOD 2002

“Démarches qualité des établissements de santé : principes de recours à un prestataire” ANAES Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, juin 2001

“Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé” ANAES Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, juillet 2000

“L'évaluation dans le domaine éducatif et social : une méthode ou un référentiel ?” Jean Yves BARREYRE La nouvelle revue de l'AIS, n° 20, 4<sup>e</sup> trimestre 2002

“Rénover l'action sociale et médico-sociale. L'histoire d'une refondation” Marcel JAEGER, Jean François BAUDURET – Editions Seli Arslan 2002

“Évaluation et qualité en action sociale et médico-sociale” François CHARLEUX et Daniel GUAQUERE – ESF éditeur 2003

“Maîtriser la démarche qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux” Jean Luc JOING – ESF éditeur 1998

“La qualité, le bourgeois gentilhomme et l'inspecteur” Michel LAFORCADE – IASS la revue, n°37, octobre 2002

“Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales” Philippe DUCALET, Michel LAFORCADE – Edition Seli Arslan, 2002

“Elaborer son projet d'établissement social et médico-social” Jean-René LOUBAT – DUNOD 1997

“Guide de la réforme des établissements pour personnes âgées, convention tripartites et démarche qualité” Pierre LOUIS – Edition Seli Arslan, août 2002

“Manager le changement dans l'action sociale” Jean Marie MIRAMON – ENSP 2001

“Au-delà de la qualité, démarches qualité, conditions de travail et politiques du bonheur”, Frederik MISPEBLOM BEYER – Editions Syros 1999

“La visite de conventionnement des EHPAD” - Guide à l'usage des partenaires conventionnels - sous la direction de Patrice ROUSSEL – Edition ENSP 2004



Ministère  
de l'emploi, du travail  
et de la cohésion sociale

Ministère de la santé  
et de la protection sociale

Ministère de la famille  
et de l'enfance

[www.social.gouv.fr](http://www.social.gouv.fr)  
Direction générale de l'action sociale