

Un projet audacieux

DEQ à Bruxelles, point de vue des décideurs

JE T'AIME...



Développement de la qualité

.....
Harmoniser, soutenir, dialoguer, supprimer le « jeu du bâton et de la carotte » : les responsables politiques n'avaient que de bonnes intentions en promulguant ce nouveau décret. Ils explicitent ici leur projet et leurs surprises face aux réactions du terrain.
.....

Comment est venue l'idée d'un nouveau décret pour le secteur ambulatoire à Bruxelles ?

L'idée d'un nouveau décret pour les services ambulatoires de santé à Bruxelles circulait déjà depuis longtemps (à l'Administration, au Cabinet, au Gouvernement), puisqu'il avait même été annoncé lors des législatures précédentes. Dès 2004, - date à laquelle le ministre Cerexhe reçoit la charge de la santé, tant le Cabinet que l'Administration percevaient la nécessité de faire plus de liens entre le social et la santé. En effet, il était évident qu'au niveau des missions, le secteur de la santé et celui de l'aide aux personnes recevaient le même type de public, rencontraient beaucoup de questions similaires – par exemple l'accueil des publics vulnérables. Par ailleurs, certaines associations recevaient des agréments multiples pour lesquels les règles administratives différaient.

C'est à partir de ce constat qu'est venue l'idée de faire un seul décret pour tous les services de la santé et du social. L'objectif était clair, il est défini ainsi dans l'exposé des motifs (2007)¹ : « Créer davantage de transversalité au sein des secteurs ambulatoires dans le domaine de l'action sociale, de la famille d'une part, de la santé d'autre part... alors que l'histoire politique a toujours séparé ces deux domaines d'intervention. » Mais aussi : « Il est primordial de rappeler que la spécificité de chacun des secteurs est maintenue, dès lors que celle-ci fait la richesse du monde associatif concerné par le projet de décret. ».

Dans un premier temps, il s'agissait donc de regrouper, d'harmoniser diverses législations. Il y avait alors 12 décrets différents pour ces secteurs relativement proches, qui recouvrent 150 services (+ les organismes coordinateurs). Cela occasionnait des dépenses d'énergie inutiles, qu'il aurait été beaucoup plus intéressant de consacrer à une meilleure lecture des réalités de terrain.

C'est dans un deuxième temps que nous avons réfléchi à la mise en place d'une « démarche qualité », par l'intermédiaire d'un collègue,

*Entretien de
Dominique Maun
et Martine Staquet,
respectivement
conseillère à la
cellule Cocof et
collaboratrice à la
cellule Cocof-Cocom.*

*Propos recueillis par
Marianne Prévost,
sociologue, chargée
de projet au service
Espace Promotion
Santé-Qualité de
la Fédération des
maisons médicales.*

*Texte revu et corrigé
par les auteurs.*

*1. Tous les passages
en italique sont
extraits de l'exposé
des motifs.*

Mots clés : assurance de qualité, critères, efficacité, évaluation, organisation des soins, politique de santé, qualité des soins, service intégré de soins à domicile.

compétent en matière d'agrément des hôpitaux ; c'est lui qui a éveillé notre intérêt sur ce qui existait en matière d'assurance de qualité dans le domaine de la santé.

Comme l'indique l'exposé des motifs, ce projet était issu de plusieurs constats faits à la fois par l'administration et par les secteurs concernés :

- « des pratiques intéressantes en matière d'auto-évaluation et d'analyse de l'environnement du projet existent dans les secteurs, dans les associations. Or celles-ci ne sont probablement pas suffisamment partagées ;
- *au niveau de l'administration, des agents ont mis en place des méthodes d'échange de pratiques ou d'accompagnement qui méritent d'être généralisées » ;*
- « l'inquiétude liée à la pérennité éventuelle d'agréments ne facilite pas toujours la transmission transparente quant aux potentiels méconnus des secteurs et aux améliorations qui peuvent y être apportées ;
- *le contrôle au sens strict du respect des normes constitue un premier outil permettant de valider une bonne utilisation des ressources. La 'démarche qualité' permet aujourd'hui d'améliorer les services rendus par l'utilisation des ressources d'auto-évaluation et de justification émanant des associations, (ressources) insuffisamment exploitées jusqu'ici ».*

Qu'entendiez-vous exactement par « démarche qualité » ?

À nos yeux, c'est assez bien défini dans l'exposé des motifs : « Cette démarche est avant tout un outil de travail pour les secteurs concernés mais permettra aussi aux pouvoirs publics de constater les difficultés récurrentes rencontrées par les secteurs dans la réalisation de leurs missions et les pistes de solutions activées ».

Cet esprit est confirmé dans le décret lui-même, qui indique que « *les rapports sectoriels et intersectoriels seront régulièrement établis par l'administration et présentés au Conseil consultatif. Ils permettront une analyse*

transversale des différents projets. Ces rapports préserveront l'anonymat des associations, l'enjeu étant d'identifier les dynamiques communes à plusieurs associations d'un même secteur ou de secteurs différents ».

Il s'agit donc bien de mieux comprendre les problèmes du terrain ; il faut se rendre compte que les réalités ne sont pas toujours perceptibles à partir des rapports d'activité – les inspectrices vont sur le terrain, mais ce n'est pas le cas pour d'autres départements de l'administration, et il leur est parfois difficile de « sentir » ce qui se passe, ce qui se fait.

Nous voulions sortir d'une logique sectorielle, nous rêvions même de mettre en débat des processus d'évaluation intersectorielle plus larges, dépassant l'ambulatoire ! Car ce ne sont pas seulement les opérateurs des services santé qui « font » la santé, il faut tenir compte des déterminants et de ceux qui travaillent en lien avec eux - le logement, l'éducation, le travail... Mais il n'y avait pas beaucoup de moyens supplémentaires ! Et il y avait déjà beaucoup de travail pour mettre en place la fusion des décrets ; fusion dont l'utilité, il faut bien dire, n'était pas perçue de la même façon par tous les interlocuteurs.

Certains secteurs ont déploré un manque de concertation autour de ce décret, qu'en pensez-vous ?

Nous n'avons pas ce sentiment. L'idée d'un nouveau décret était notamment issue de constats de terrain ; nous y pensions depuis 2006, et dès 2007 il y a eu tout un travail préalable. Nous nous sommes inspirés du rapport issu des assises de l'ambulatoire. Nous avons éclairci les concepts, les outils, avec des experts en qualité, nous avons constitué un groupe informel avec des experts du terrain... Un premier texte a été présenté au Conseil consultatif fin 2007 sous forme de note d'intention.

Nous avons été très étonnés des réactions négatives... Le terme utilisé (« démarche qualité ») a été d'emblée connoté très



négativement, en lien avec le secteur marchand. Aux yeux de certains, ce terme semblait privilégier des méthodes quantitatives ; or, ce n'était pas ce que nous voulions.

Donc, à partir de ce premier texte, trois groupes de travail se sont constitués au Conseil consultatif : le premier a analysé la partie « harmonisation » des procédures administratives, le deuxième a travaillé sur l'agrément des réseaux et le troisième sur la partie « démarche qualité ». Nous voulions que les arrêtés soient votés au sein de la même législature : parce qu'un décret, c'est bien, mais c'est dans les arrêtés d'application que son esprit est confirmé ou détourné. Nous savions que la distinction entre inspection et évaluation, entre contrôle et auto-évaluation, pouvait être diluée si elle n'était pas cadenassée dans les arrêtés d'application.

Il est vrai que nous étions un peu pressés de faire passer le décret avec ses arrêtés. Les délais étaient très courts avant les élections, trop sans doute... Cela a probablement provoqué, chez les acteurs de terrain, le sentiment d'être mis sous pression, générant des malentendus...

C'est au niveau du débat parlementaire concernant le décret que la démarche qualité est devenue « démarche d'évaluation qualitative ».

Les controverses qui ont animé le terrain ont aussi largement fait état d'une crainte, voire d'une suspicion, que (auto)-évaluation et contrôle soient confondus...

Et pourtant ce n'était vraiment pas notre état d'esprit, puisque nous étions particulièrement sensibilisés à la différence entre évaluation et contrôle. L'évaluation doit avoir du sens pour les acteurs : c'est un échange entre pairs sur base de critères qui leur sont propres, sans jugement de valeurs. Cette conception ne peut pas aller vers la sanction, ce qui est le cas du contrôle.

Personnellement, précise Mme Maun, avant mon arrivée au cabinet en 2004, j'avais une

expérience d'inspectrice dans le domaine social et de la santé. J'avais aussi suivi des études à la Faculté ouverte de politique économique et sociale - UCL (FOPES), et mon travail de fin d'études portait sur le lien existant, dans le secteur du handicap, entre inspection et évaluation. Avec mes collègues, nous avons déjà constaté qu'une institution peut ne pas respecter les normes, tout en faisant un travail répondant aux demandes de la population - et inversement. Donc, bien sûr, les normes définissent un minimum nécessaire pour un travail de qualité, mais ce n'est pas suffisant.



Nous voulions ajouter une dimension, au-delà de l'inspection qui reste une intervention indispensable des pouvoirs publics. Et justement, pour qu'il n'y ait pas de confusion, nous avons créé un département spécifique à l'administration - la cellule d'accompagnement à la démarche d'évaluation qualitative (CADEQ) - chargé de suivre les DEQ, d'accompagner les services qui le souhaitaient, sans obligation pour ceux-ci. Il s'agit donc bien d'un processus d'auto-évaluation. Il faut aussi souligner qu'il n'y a pas d'obligation de résultats, que les services fixent eux-mêmes leurs indicateurs, qu'ils ont pu choisir leur thème de travail - à partir d'une liste construite sur base des propositions de tous les secteurs...

Démarche d'évaluation qualitative et contrôle sont donc bien, structurellement et dans les procédures, séparés. Mais cette distinction est peut-être difficile à percevoir, sur le terrain. Le rôle de la CADEQ n'a pas toujours été bien compris, il a fallu recadrer à certains moments. Quoiqu'il en soit, il ne faut pas oublier que le Conseil consultatif est tout de même un lieu où tous les acteurs sont présents, et c'est le premier lieu où la CADEQ présente son travail, qui peut donc être discuté avant d'être diffusé.

La mise en place d'une DEQ comporte tout de même un aspect normatif, puisqu'elle conditionne l'agrément ?

Oui, il s'agit d'une norme d'agrément, présentant un objectif de moyens et non de résultats : le processus doit exister, et l'institution doit pouvoir en démontrer l'existence. C'est la seule exigence.

Mais revenons aux controverses. Elles étaient un peu surprenantes, puisqu'il n'y avait obligation ni de thème, ni de résultat. La réaction virulente des syndicats était de ce fait particulièrement inattendue. La démarche d'évaluation qualitative me semblait beaucoup plus légère que certaines demandes existantes dans d'autres niveaux de pouvoir, ouverte aux perspectives des acteurs

eux-mêmes, qui pourraient y trouver une source d'enrichissement. En tout cas, c'est également l'objectif !

En termes de répartition des rôles dans le service, l'exposé des motifs indique que les acteurs de ce qui est alors nommé « démarche qualité » sont les membres du personnel (participation requise), les membres du conseil d'administration (implication), les partenaires (associés), les bénéficiaires (consultés). Cet exposé des motifs précise aussi que « *la mise en œuvre de la démarche qualité devant notamment permettre l'amélioration des conditions de travail des professionnels, elle doit bien évidemment se faire sans préjudice des prérogatives des organisations représentantes des travailleurs. (...) En cas de conflit lors de l'élaboration, la conclusion ou la mise en œuvre de la démarche qualité, les mécanismes légaux de concertation sociale seront bien évidemment activés. Les modalités d'implication des travailleurs sont déterminées, au sein de chaque service ambulatoire ou organisme, en concertation avec les organisations syndicales* ».

Les débats étaient donc déroutants. Nous souhaitions proposer aux acteurs un outil qui fasse sens, qui ajoute du sens à leur travail, qui les aide aussi à le rendre plus visible. Et, au départ, ce n'est pas vraiment évident pour une administration, de donner un agrément à durée indéterminée... Cela peut être perçu comme une manière, un peu risquée, de supprimer le « jeu du bâton et de la carotte » qui a quand même quelque chose de rassurant ; il a fallu convaincre !

En réalité, le « bâton » a plutôt une vertu symbolique... Il n'est pas facile de fermer un centre : il faut une très bonne raison. Il faut vraiment qu'une institution dysfonctionne solidement pour qu'on lui enlève son agrément ; c'est une question grave sur laquelle on ne peut pas juger de manière légère. Signalons au passage que dans le passé nous avons retiré deux agréments, mais il s'agissait plutôt de « mort spontanée », d'institutions qui « craquaient » de l'intérieur et que nous avons acté.



**D'autres axes de travail ont été réalisés ou sont en cours : une DEQ transversale, une étude de programmation...
Quels sont les liens ?**

La DEQ transversale, qui en fait est la DEQ du Conseil Bruxellois de Coordination Sociopolitique (CBCS), agréé en tant qu'organisme de concertation intersectorielle, consiste à travailler sur une question touchant tous les secteurs. Le choix s'est porté sur l'accessibilité et son lien avec la pénibilité du travail, sous l'impulsion des syndicats. Ce travail, qui va continuer, a été réalisé avec un financement de la Cocof, par des chercheurs situés au CBCS et encadrés par un comité d'accompagnement incluant les fédérations patronales et les organisations syndicales. L'étude sur la programmation des services quant à elle est réalisée, suite à un appel d'offre du Collège de la Cocof, par un promoteur qui est l'école de santé publique de l'ULB. Elle a choisi de s'adjoindre un des chercheurs ayant travaillé sur la démarche transversale. Il devrait donc y avoir tout naturellement des liens entre ces études.

En fait, il y a un triptyque, trois axes de travail sur l'ambulatoire à Bruxelles :

- les démarches d'évaluation qualitative (au niveau des services et de leurs fédérations, et au niveau transversal) ;
- la recherche relative à la programmation des agréments, prévue, selon l'exposé des motifs, « *en fonction de critères sociologiques, géographiques, épidémiologiques, socio-économiques et aussi de l'analyse des besoins de la population bruxelloise et de l'offre existante* » ;
- la réflexion sur des changements éventuels d'organisation de la première ligne à Bruxelles. Il n'y a encore rien de concret, mais des idées à préciser : faut-il envisager une sorte de centre de santé global ? Mais pas une « grande maison » : il faut tenir compte de l'associatif, de ce qui existe déjà, et il serait intéressant de travailler avec le secteur social.

Ces trois axes sont bien sûr imbriqués mais ils sont travaillés en parallèle ; ils ne sont pas pilotés de la même façon, afin de garder un recul critique.

Comment évaluez-vous aujourd'hui la mise en place des démarches d'évaluation qualitative ?

Nous voulions soutenir un rapprochement entre les secteurs et nous avons l'impression que c'est réussi : ils ont plus qu'avant le sentiment d'appartenir à un même secteur ambulatoire. Auparavant, les acteurs se parlaient peu ; maintenant, le dialogue sur le terrain n'est plus une exception.

Les équipes sont de moins en moins réticentes. Elles ont souvent construit leur projet autour d'une question qui les intéressait déjà avant l'imposition du processus et étaient déjà au travail, c'est positif. Les degrés d'avancement des projets sont variables : ceux qui abordent une nouvelle question en sont logiquement à une étude de la situation, nécessaire préalable au changement éventuel.

Cette manière de se questionner n'est pas familière à certains acteurs, c'est pour cela que nous avons proposé l'accompagnement de la CADEQ. Nous avons aussi envisagé de soutenir des formations à la démarche qualité ; sachant que le choix des formations repose sur les services eux-mêmes, il doit être avalisé par l'équipe et par les syndicats. ●