

# Collaboration et vigilance

JE T'AIME...



Développement de la qualité

.....

*Si les débats autour du développement de la qualité sont souvent vifs, la question n'est pas neuve dans le domaine des soins. Les auteurs rappellent ici brièvement les racines de ce concept ainsi que ses traits essentiels, et proposent une grille de lecture éclairant les différences de vue en la matière. Ils présentent enfin les positions prises par quelques fédérations, dont celle des maisons médicales, quant aux relations entre le secteur non-marchand et l'État dans le domaine de la qualité.*

.....

Le souci de développer la qualité dans le champ médical n'est pas neuf<sup>1</sup> : de tous temps, les médecins ont essayé de faire du mieux qu'ils pouvaient avec les moyens disponibles (connaissances, argent, temps,...). En 1933, certains jetaient un regard nouveau sur les pratiques, définissant la qualité des soins médicaux sur base de critères tels que la coopération entre patients et soignants, la coordination entre échelons et avec d'autres intervenants du champ social, le lien avec des connaissances scientifiques actualisées, la globalité, l'intégration de la prévention<sup>2</sup>. Plus tard, Donabedian<sup>3</sup> spécifiait trois dimensions à considérer : les structures (les données, les ressources), les processus (les pratiques, les manières de faire) et les résultats (l'aboutissement des problèmes de santé, lui-même influencé par les structures et les processus). Il précisait que chacune de ces dimensions touche à deux aspects différents, le technique et le relationnel, comme l'illustre le tableau ci-dessous<sup>4</sup>.

	ASPECTS TECHNIQUES	ASPECTS RELATIONNELS
<b>STRUCTURES</b>	Logiciel du dossier santé	Choix d'un collaborateur
<b>PROCESSUS</b>	Organisation des gardes	Répartition des tâches pénibles
<b>RÉSULTATS</b>	Taux de surinfection après des interventions de petite chirurgie	Satisfaction des patients diabétiques

Donabedian soulignait aussi le caractère cyclique de l'assurance de qualité, bouclant sans cesse ce qui devrait être avec ce qui est réellement, en passant par un stade d'évaluation et de changement<sup>5</sup>.

Depuis lors, ces réflexions ont été revisitées par de nombreux chercheurs et praticiens ; elles ont aussi été fondatrices dans le mouvement des maisons médicales.

Beaucoup de débats autour de la qualité touchent aux critères qui permettent de la définir. Ceux-ci ne sont pas uniquement de nature scientifique ou technique, car on ne peut faire l'impasse, dans le domaine psychomédico-social et dans le secteur non marchand, sur le sens, les valeurs, le projet de société qui sous-tendent les pratiques – d'où la diversité des positions.

**Michel Roland,**  
médecin généraliste et  
**Marianne Prévost,**  
sociologue,  
membre du service  
Espace promotion  
santé-qualité de  
la Fédération des  
maisons médicales.

1. Michel Roland, Des outils conceptuels et méthodologiques pour la médecine générale, Thèse en vue de l'obtention du titre de docteur en sciences de la santé publique, Université libre de Bruxelles, mars 2006.
2. Lee Jones, The Fundamentals of good Medical Care, 1933.
3. Donabedian A, Evaluating the quality of medical care, *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966 ;44 :166-203.
4. Roland M, Prévost M, Jamouille M., « L'assurance de qualité en médecine de famille », *Arch Public Health* 2001 ; 59 : 1-28.

**Mots clés :** assurance de qualité, critères, efficacité, évaluation, maisons médicales, offre de soins, organisation des soins, politique de santé, qualité des soins, soins de santé, système de santé.

5. Donabedian A., *The quality of care : how can i be assessed ?*, JAMA 1988 ; 260 :1743-8.

6. Christophe Dejours, *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel, Critique des fondements de l'évaluation*, Ed INRA, Sciences en questions, 2003.

7. Dominique Dupagne, *La revanche du rameur*, Ed Michel Lafon, 2012.

8. Christophe Dejours, *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel, Critique des fondements de l'évaluation*, Ed INRA, Sciences en questions, 2003.

D'autres débats portent sur les dimensions considérées : trop souvent, l'attention se focalise sur l'une ou l'autre d'entre elles, ce qui entraîne des dérives et des absurdités. Ainsi, par exemple, une focalisation excessive sur la dimension « structure » aboutit à ce que certains projets de coopération avec les pays moins avancés se préoccupent plus du matériel en soi que de la façon de le faire fonctionner, ou de ce à quoi il va servir. Une focalisation sur la dimension « processus » entraîne la standardisation de procédures normalisantes négligeant le fait que, sur le terrain, le travailleur doit constamment s'adapter à des situations imprévisibles – le « vrai travail », selon Christophe Dejours<sup>6</sup>. C'est d'ailleurs justement toute l'ingéniosité dont font preuve les travailleurs lorsqu'ils inventent des « trucs et ficelles » aptes à faire fonctionner le système au-delà, voire à l'encontre, du prescrit – et lorsqu'ils effectuent des « tâches immatérielles », ces « tâches qui requièrent une mobilisation subjective dans des registres invisibles parce que relationnels, voire intersubjectifs ».

Enfin, comme il est difficile d'apprécier toutes les facettes des résultats, ceux-ci ne sont le plus souvent appréhendés qu'à travers des aspects quantitatifs. Cela amène à négliger le qualitatif, - évident noyau de la qualité – au risque d'être contre-productif, comme le souligne Dominique Dupagne dans sa critique de l'intéressement financier proposé, en France, aux médecins qui atteignent des objectifs chiffrés : « *Les médecins soumis à cette rémunération se concentrent sur les objectifs rémunérés, y compris chez les patients où leur mise en œuvre est inadaptée. Cette énergie est détournée des soins qui ne sont associés à aucun objectif chiffré* »<sup>7</sup>. Christophe Dejours ajoute qu' « *Il arrive même souvent que les tâches qui impliquent le plus d'efforts soient celles dont les résultats matériels sont les moins flatteurs. Ainsi à l'Agence nationale pour emploi ANPE, l'agent qui reçoit les cas sociaux les plus difficiles passe beaucoup plus de temps avec l'usager que celui qui réussit à se garder les dossiers des techniciens et des cadres bien intégrés socialement. Si l'on compare le nombre de dossiers traités ou le volume des prestations fournies, c'est celui qui travaille le plus qui a les résultats les plus médiocres* »<sup>8</sup>.



En fait, les critères, les indicateurs, les dimensions ont chacun leurs limites, et il convient de les examiner en complémentarité. Les méthodes de développement de la qualité sont des outils qui permettent de se guider dans la complexité, mais pas de la réduire en la découpant en petits morceaux non reliés.

D'autres débats portent sur l'évaluation. Cet axe est inhérent au développement de la qualité : il faut bien savoir où l'on est avant de déterminer où l'on veut aller, et ensuite, si l'on y est arrivé, mais ce n'est qu'une étape. Or, ces deux niveaux sont parfois confondus ; dès lors, certains débats surgissant autour du développement de la qualité concernent en fait l'évaluation. En outre, ce dernier terme a différents sens : il caractérise autant l'acte de juger (pour déterminer quels élèves ont réussi, par exemple) que celui, plus neutre, de mesurer (par exemple, le temps nécessaire pour arriver à destination). Enfin, l'évaluation peut se faire dans un but de développement ou de contrôle,



et la limite est souvent ténue, particulièrement lorsque des relations de pouvoir sont en jeu – ce qui est souvent le cas, même à l'intérieur d'une équipe soudée. On comprend l'importance et la difficulté de s'entendre sur les mots autant que sur les places respectives et les enjeux.

Dans ce dossier, nous avons surtout abordé les tensions existant entre acteurs de terrain et du politique dans les démarches relatives à la qualité. La manière dont chacun considère sa place et celle de l'autre est aussi liée à sa manière de définir le rôle de l'État et celui des professionnels exerçant une mission de service au public.

Lors des débats sur le décret sur l'ambulatoire social-santé à Bruxelles, quelques fédérations, dont la Fédération des maisons médicales<sup>9</sup>, ont défini leur position face à l'implication des pouvoirs publics dans les démarches qualité. La portée de cette position dépasse le contexte précis à l'occasion duquel elle a été exprimée. Elle rejoint bien la manière dont certains acteurs – notamment les maisons médicales – envisagent leurs relations avec les pouvoirs publics : collaboration et vigilance. Nous reprenons ici, en guise de conclusion, quelques axes de cette position<sup>10</sup>.

« *Le mouvement vers la qualité dans le secteur non-marchand, public ou associatif n'est pas neuf : il apparaît, dès les années 70, dans la foulée d'une désinstitutionnalisation qui prend des formes diverses selon les secteurs. Un peu partout, on cherche à redéfinir les pratiques, on questionne hiérarchies, mandarinats et modes de gestion ; on considère les usagers comme des acteurs participants, et non plus seulement comme des « bénéficiaires à prendre en charge ». Certains vont jusqu'à parler d'une « révolution culturelle » ; et la recherche de qualité, dans un contexte de questionnement et de créativité, implique l'évaluation régulière des services offerts et de la manière de les produire ».*

Après cette mise en perspective, trois axes de base sont définis :

- Se démarquer du secteur marchand : « dans le secteur non marchand, il ne s'agit pas de mieux vendre mais de trouver du sens. Il ne

« Quand je parle de complexité, je me réfère au sens latin élémentaire du mot 'complexus', « ce qui est tissé ensemble ». Les constituants sont différents, mais il faut voir comme dans une tapisserie la figure d'ensemble. Le vrai problème (de réforme de pensée) c'est que nous avons trop bien appris à séparer. Il vaut mieux apprendre à relier ».

Edgar Morin, « La stratégie de reliance pour l'intelligence de la complexité », in *Revue internationale de systémique*, vol 9, N° 2, 1995.

s'agit pas de créer toujours plus de besoins artificiels, mais de faire place au désir, d'accompagner des sujets en souffrance et en difficulté psycho-sociale. Il ne s'agit pas de transformer l'humain en « ressource » soumise au marché mais de rendre à l'humain une place niée par le marché » ;

- Mettre en avant la question des valeurs : « *Centrale dans nos projets, elle ne peut que l'être aussi dans les démarches qualité : les valeurs, les finalités, guident l'élaboration des démarches, la définition d'objectifs, de critères et d'indicateurs d'évaluation. Dès lors, les démarches qualité peuvent soutenir le renforcement et l'évolution des pratiques dans le secteur non marchand en fonction de ses propres références » ;*
- Construire des rapports constructifs avec l'Etat : « *Ces rapports n'ont cessé d'évoluer au gré des transformations de la société. Depuis une trentaine d'années, et en tous cas jusqu'à ces derniers mois, le rôle de l'Etat est contesté manière particulièrement forte par le modèle néolibéral. Les logiques de marchandisation tentent de déborder sur l'organisation des services traditionnellement*

9. La Fédération des plannings et des centres d'action sociale globale ainsi que la Fédération des associations sociales et de santé.

10. Publiée intégralement dans le dossier Santé conjugulée n°47, janvier 2009, sous le titre « Argumentaire pour une démarche de qualité ».

*garantis par les dispositifs non marchands. Dans ce contexte, nous estimons fondamental de nourrir et de renforcer le partenariat entre le secteur associatif et l'Etat. La démarche-qualité, appliquée à certaines conditions prévues dans le texte du décret, peut être une des portes d'entrée de ce renforcement. ».*

Il s'agit ensuite de soutenir une double fonction pour les démarches qualité :

- *« une fonction interne : définir et affirmer nos propres critères de qualité, c'est-à-dire, en fin de compte, avoir davantage prise sur le sens de notre travail ;*
- *une fonction externe : affirmer la place centrale de l'associatif non-marchand, et construire un référentiel de qualité en concertation avec les pouvoirs publics ».*

Les démarches qualité apparaissent aussi comme l'opportunité de poursuivre d'autres objectifs, que ces acteurs considèrent comme faisant partie de leur travail et de leur engagement :

- *« formuler des recommandations sectorielles et/ou intersectorielles ;*
- *améliorer nos capacités de faire écho aux problématiques sociales et sanitaires rencontrées par les bénéficiaires, les utilisateurs ;*
- *influer sur les stratégies mises en œuvre par les pouvoirs publics et sur les priorités fixées par ceux-ci en début de législature ».*

Cette volonté de collaborer avec les pouvoirs publics en gardant une position critique s'accompagne d'une vigilance bien affirmée :

*« Nous estimons, avec d'autres acteurs de l'ambulatoire, qu'une vigilance s'impose pour éviter des dérives : ce processus comporte certains risques. Signalons qu'une note d'orientation rédigée par l'administration indique que la réforme devra éviter les écueils suivants : bureaucratisation excessive, surdéveloppement de la réflexion du projet qualité au détriment de la réalisation de ses objectifs. Il s'agira également de trouver les moyens pour que la mise en place des projets qualité soit prise au sérieux tout en veillant à ne pas en faire un objet de contrôle qui en briderait la dynamique. La transparence et la publicité semblent être des outils intéressants à cet égard.*

*Plusieurs conditions de base nous semblent indispensables à réunir pour se prémunir d'un certain nombre de dérives :*

- *aucune imposition de la part de l'administration, de thèmes, de critères, d'indicateurs ; si rien dans le projet de décret n'indique une telle volonté d'imposition, il s'agit d'être attentif à ce que cette ouverture soit maintenue, à ce que les conventions qualité soient effectivement menées dans un réel dialogue ;*
- *aucun impact des démarches de qualité sur l'emploi. Les réactions vivement exprimées sur le terrain à ce sujet étaient légitimes et utiles ; elles ont abouti à une convention collective de travail, laquelle a récemment été approuvée par toutes les parties concernées. Cette convention constitue une garantie pour les travailleurs ;*
- *pas d'ingérence des démarches de qualité dans la relation sociale et thérapeutique individuelle ce qui se passe entre le professionnel et l'utilisateur appartient à l'intime et ne peut en aucun cas admettre l'intrusion d'un regard externe ».* ●