

# L'Évaluation et la Démarche Qualité *face au défi de la complexité*

**E**n matière d'évaluation et de démarche qualité, les professionnels du champ social et médico-social sont désormais dans la position du maçon au pied du mur à construire : après plusieurs années de discussion, la loi s'impose. Depuis le 2 janvier 2002 chaque établissement sait qu'il doit s'inscrire dans une double démarche.

- une évaluation interne, réalisée tous les cinq ans et utilisant des référentiels de bonnes pratiques,
- une évaluation externe réalisée tous les sept ans par un organisme indépendant.

Cette nouvelle loi, comme tant d'autres, ne doit être ni sacralisée, ni diabolisée. Elle constitue simplement - et ce n'est pas rien - un bon stimulus à l'évolution des pratiques professionnelles car l'évaluation et l'esprit critique ne sont pas naturels dans un établissement : comme dans toute bureaucratie - au sens de Max Weber - la tendance y est davantage à la chronicisation et au souci de sa propre reproduction.

Nous verrons successivement :

- les principaux enjeux de l'évaluation,
- la reconquête du sens de la mission,
- l'évaluation : une méthode.

**Michel Laforcade**  
**Directeur adjoint de la DRASS d'Aquitaine**

*Coauteur, avec Philippe Ducalet de « Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales », Seli Arslan, 2ème édition, 2004.*

## I - LES PRINCIPAUX ENJEUX DE L'ÉVALUATION

### 1.1 L'enjeu idéologique

La question de l'évaluation ne peut être neutre idéologiquement. Elle est au contraire chargée d'idéologie et lourde de sens. Elle met en jeu des valeurs, encore faut-il savoir lesquelles. Le meilleur synonyme de la qualité c'est le bien. Ce qui explique que cette démarche que l'on croit parfois consensuelle est le plus souvent conflictuelle car le bien pour les uns n'est pas le bien pour les autres.

**“Il s'agit d'explorer de façon critique les moyens mis en œuvre par les professionnels”**

Il n'est d'ailleurs pas neutre que cette question du bien à construire par la qualité émerge aujourd'hui. On a connu une époque où l'action sanitaire et sociale était du côté du bien par essence, par postulat. Une forme d'auto-légitimation s'est longtemps manifestée dans le secteur sanitaire et social. Comme vient de le rappeler François DUBET le travail sur autrui s'est longtemps fondé sur des valeurs universelles et a véhiculé une dimension sacrée qui donnait aux professionnels une légitimité de fait. La sémantique elle-même était assez révélatrice de cette proximité avec le bien : on parlait de bienfaisance, de bienveillance, de bénévolat.

Cette légitimité proche du sacré a aujourd'hui en partie disparu. Ce n'est pas le hasard si aujourd'hui le bien doit être construit, doit être prouvé et démontré. Les professionnels sont conviés à réinterroger le sens de leur mission, de leur pratique, à accepter la nécessité de rendre compte de l'utilisation de l'argent public et à accepter une remise en cause si nécessaire. Vouloir le bonheur de l'autre ce n'est pas forcément l'obtenir : la démarche qualité se propose d'explorer de façon critique les moyens mis en œuvre par les professionnels.

### 1.2 L'enjeu technique

Il ne s'agit pas de succomber à l'une de ces dérives si souvent observées dans la démarche qualité consistant à privilégier une forme de gadgétisation technique faite d'analyses et de ratios et qui évacue l'éthique, la politique et la personne.

Pour autant un minimum d'outils, de techniques et de méthodes sont indispensables. En se rappelant bien évidemment que la production de soins ou de relations sociales ne peut être évaluée selon les méthodes de l'industrie.

### 1.3 Un enjeu économique

La démarche qualité est d'abord un enjeu économique pour le monde des consultants : un nouveau marché s'ouvre à eux et cette situation n'est pas neutre.

L'enjeu économique est aussi présent dans les relations entre les financeurs et les établissements. Il n'est pas à exclure que l'évaluation et les aspects financiers se

recourent en partie soit pour faire apparaître une insuffisance de moyens comme obstacle à la qualité soit au contraire pour faire apparaître que les prestations sont de piètre qualité eu égard aux moyens utilisés.

#### **1.4 Un enjeu en terme d'image**

Les effets de mode semblent s'être renversés ces derniers temps. Autant le secteur a pendant longtemps résisté à la démarche évaluative, autant aujourd'hui il apparaît très « tendance » de s'y lancer. Chacun peut imaginer se distinguer en mettant en avant l'évaluation bien évidemment positive de ses prestations. Une forme d'attitude ou de pensée conforme peut ainsi apparaître.

#### **1.5 Un enjeu managérial**

L'évaluation et la qualité supposent une implication forte de la direction, une bonne connaissance de la culture de l'institution. Elles sont directement liées au projet ainsi qu'à l'appropriation des référentiels par l'ensemble des professionnels.

#### **1.6 Un enjeu culturel**

Très longtemps une part importante des professionnels a résisté à l'évaluation et à la démarche qualité, mettant en avant la singularité du secteur social et médico-social. Rappelons-nous que la résistance au changement n'est pas une pathologie et que cette forme de résistance à l'évaluation était aussi un message qu'il convenait d'écouter. Les gens qui ont longtemps résisté détenaient une part de vérité, ils mettaient clairement en avant ce qu'ils souhaitaient préserver, à savoir la singularité du secteur social et médico-social.

Cette singularité existe et elle explique que le secteur social et médico-social ne s'évaluera jamais comme d'autres types d'activités notamment l'activité industrielle. La prestation de service sanitaire et social a plusieurs spécificités dont il faudra évidemment tenir compte dans une démarche d'évaluation.

La première de ces spécificités tient au fait que la relation est une interaction. Sans la participation de l'utilisateur, du patient ou du malade, le service n'existe pas il n'est que potentiel, latent. La caractéristique de la relation de soins ou de la relation d'aides est que l'essentiel de sa qualité dépend de l'investissement de celui auquel elle s'adresse ce qui est bien sûr tout à fait atypique par rapport à bien d'autres prestations.

La deuxième spécificité tient au fait que la prestation va se réaliser et se consommer dans le même temps relationnel. En même temps elle va disparaître au moment même où elle est produite même si bien évidemment ses résultats se feront sentir à beaucoup plus long terme. Cette prestation ne se stocke pas à la différence des principales prestations notamment dans le secteur industriel : son évaluation en sera donc bien plus difficile puisque nous ne disposons pas du temps de l'analyse.

La troisième spécificité tient au fait que cette relation s'analyse presque à chaque fois comme un événement à part entière avec une très forte dose d'imprévisibilité et d'inattendu. Donc la maîtrise a priori de la relation n'est qu'illusoire. Il faudra tordre le cou à une idée souvent brillante selon laquelle la réalité pourrait se réduire à ce que l'on en écrit. Ecrire ce que je fais et faire ce que j'écris sera donc la plupart du temps un précepte inutile pour le champ social et médico-social alors que trop de démarches qualité s'inspirant du secteur industriel continuent à penser que ce conseil est utile. La plupart du temps dans la relation sanitaire et sociale il se passe précisément ce que l'on n'attendait pas et donc ce que bien sûr on n'avait jamais décrit au préalable en procédures.

La quatrième spécificité tient au fait que la prestation se réalise non seulement en présence de l'utilisateur mais le plus souvent sur l'utilisateur : elle relève très souvent du champ de l'intime elle peut donc être intrusive et touche toujours à la condition profonde de l'être humain avec tous les risques inhérents à ce constat.

**“De quoi faut-il se souvenir quotidiennement afin de mener une action de qualité ?”**

### 1.7 Un enjeu de fidélité

Nous n'inventons pas l'aspiration à la qualité : des milliers de professionnels depuis des décennies ont souhaité faire de la qualité et très souvent y sont arrivés. Une innovation dans ce domaine ne résulte donc pas d'une quelconque modernité mais davantage de l'approfondissement du passé. Il s'agit plus modestement de creuser le sillon ouvert par d'autres et de constater que ce que nous croyons être nouveau se résume le plus souvent à ce que nous avons oublié. Il s'agit donc de s'interroger sur les défaillances de notre mémoire : comment est-il possible d'oublier la qualité ? Comment la société et l'utilisateur peuvent-ils tolérer cette amnésie ?

Une partie de la réponse réside dans le fait que la démarche qualité n'a pas de raison d'être naturellement générée par le système social et médico-social. Elle reste le plus souvent fondée sur la volonté d'éthique professionnelle de ceux qui veulent bien s'y soumettre. C'est un de ces paradoxes, c'est aussi ce qui en fait le prix : l'utilisateur à la différence du client de l'entreprise n'a pas un statut lui permettant d'imposer la qualité. Le secteur social et médico-social est d'abord convié à une reconquête du sens et à un travail de mémoire : de quoi faut-il se souvenir quotidiennement pour qu'il soit possible de mener une action de qualité ?

---

## II - LA RECONQUÊTE DU SENS DE LA MISSION

---

### 2.1 La redécouverte des textes fondateurs

Nous vivons dans un pays de droits écrits avec les pesanteurs mais aussi les vertus que cela suppose. Quel que soit son domaine d'intervention, chaque professionnel doit avoir en tête qu'il existe forcément un, deux peut être trois textes fondateurs qui le concernent directement et qui sont de vrais filons pour une démarche qualité. Quelques exemples :

- dans le domaine de la santé mentale, la circulaire du 14 mars 1990 pose les axes fondateurs d'une démarche qualité,
- développement de l'accès aux soins pour tous (notamment pour les plus démunis),
- respect du droit des patients et de leur famille,
- mise à disposition d'une gamme diversifiée de services (l'urgence, continuité des soins, prestations au domicile),
- efforts en direction des publics prioritaires (enfants, adolescents, personnes âgées),
- protocole d'évaluation indispensable pour tous projets nouveaux,
- politique de réseau.

Dans le domaine de l'enfance handicapée et inadaptée les textes d'octobre 1989 couramment appelés annexe XXIV sont aussi d'excellents outils pour initier une démarche qualité. On y évoque la place de la famille, l'intégration notamment scolaire, la nécessité d'un projet individualisé et révisable qui contient à la fois la dimension pédagogique, éducative et thérapeutique.

La circulaire 60AS de 1978 sur les centres d'aide par le travail est un outil de première importance qui 25 ans plus tard est toujours aussi pertinent. On y évoque le nécessaire équilibre entre activité de production et activité sociale au sein d'un CAT : il convient à la fois d'exclure le CAT garderie et le CAT exclusivement lié à la productivité. Le social et l'économique ne doivent pas s'envisager en opposition mais sous forme dialectique : le CAT doit être bien évidemment soumis à une certaine productivité mais les bénéficiaires doivent servir à des activités sociales. L'objectif des CAT est clairement identifié : il s'agit de promouvoir l'insertion sociale et professionnelle chaque fois qu'elle est possible. Il faut promouvoir les activités de soutien et prévenir les effets de filière : le CAT apparaissant comme la suite évidente de l'IME, de l'IMP et éventuellement comme une étape vers l'établissement pour personnes handicapées vieillissantes. Enfin cette circulaire nous invite en filigrane à ne pas concevoir le CAT selon un modèle unique, celui de l'institution exclusivement dédiée à l'accueil intra-muros. Il existe bien d'autres formes possibles de CAT qui facilitent l'intégration sociale et professionnelle : CAT hors les murs, activités de sous-traitance au sein des entreprises elles-mêmes...

Enfin les textes du 26 avril 1999 dans le secteur des établissements pour personnes âgées dépendantes sont une invitation claire et précise à des référentiels de qualité.

Les textes fondateurs d'une démarche qualité existent donc, mais un texte aussi nécessaire qu'il soit n'est jamais suffisant. Contrairement à une conception politicienne assez répandue, le droit n'est pas une discipline dont la simple connaissance épuise les propriétés. La question est celle de l'appropriation des textes fondateurs par les professionnels eux-mêmes. On rêve dans les institutions sociales et médico-sociales du modèle cistercien avec son lieu de réflexion (la salle capitulaire) ou le garant du projet initial (le père abbé) vient régulièrement soumettre à la discussion de tous un passage de la règle fondatrice.

**“La démarche qualité suppose au premier chef une volonté de rompre le cycle de la répétition et du mimétisme”**

### 2.2 Se concentrer sur les choix stratégiques

Marx dans le « Capital » rappelait la distinction fondatrice entre l'abeille et l'architecte. L'abeille a une supériorité sur l'architecte c'est qu'elle réalise une cellule de cire sous la forme d'un dodécaèdre parfait que jamais un architecte ne saura atteindre sans quelques outils appropriés. Mais la supériorité éternelle de l'architecte sur l'abeille vient du fait qu'il est capable de savoir pourquoi il réalise des cellules de cire et surtout de savoir quand il pourrait éventuellement réaliser autre chose. La démarche qualité consiste donc à examiner avant d'agir toutes les pratiques alternatives possibles : quels sont tous les champs du possible avant de se lancer dans une action ? Cela suppose de la part des professionnels en général et du manager de l'institution au premier chef une volonté de rompre le cycle de la répétition et du mimétisme, ce que BAUDRILLARD appelait l'enfer du même : cette forme de fonctionnalisme pragmatique qui cantonne l'action dans une tautologie mécanique, chacun répétant globalement ce qu'il a toujours fait et ce qu'il a toujours vu faire. L'important est donc de s'intéresser à ce que l'on ne fait pas et ce que l'on pourrait voire devrait faire. La démarche qualité consiste donc davantage à s'interroger sur ces espaces de liberté, de choix, de responsabilités, plutôt qu'à se réfugier éternellement dans un discours sous contrainte focalisant l'attention sur les zones où précisément on ne dispose pas de marges de manœuvre et évoquant en particulier les difficultés financières. Face à la responsabilité de ces choix qui peut être considérée comme angoissante, le professionnel et en particulier le manager peut tenter d'échapper à cette liberté par la mauvaise foi qui consiste à la nier.

### 2.3 Ré-interroger les évidences

Quelques évidences assez largement partagées servent trop souvent de postulat à l'action sociale et médico-sociale, c'est l'illusion bien connue que « la clé se trouve toujours sous la lumière du réverbère ». Il s'agit donc d'interroger ces paradigmes, cette orthodoxie en place et en particulier de mesurer la force, la souveraineté des idéologies ainsi que les sacrifices qu'elles exigent de nous, même si c'est apparemment de manière consentante. La démarche qualité nous invite d'abord à distinguer clairement ce qui relève de la théorie et de l'idéologie. La théorie re-

lève d'un système ouvert, elle est par principe biodégradable, elle invite au débat et elle pose comme postulat sa propre disparition où en tout cas sa propre évolution liée au débat et au fait que d'autres théories ont pu lui être proposées. L'idéologie à l'inverse relève de la foi et du religieux elle ne suppose pas la discussion : or trop souvent dans le secteur social et médico-social ce qui est présenté comme une théorie professionnelle relève de l'idéologie sans que toutefois les principaux acteurs en aient pleinement conscience.

Prenons quelques exemples. Commençons d'abord par ce sacro-saint principe de la libre adhésion en vertu duquel l'intervention d'un professionnel ne serait possible que s'il y a adhésion libre de la part de l'utilisateur concerné. Bien évidemment ce principe contient sa part de vérité : il ne s'agit pas de faire de l'injonction thérapeutique ou de l'injonction sociale contre la volonté de l'intéressé, il ne s'agit pas davantage de remettre en cause une évidence selon laquelle la participation de l'utilisateur à partir du moment où elle est consentie est un gage de la qualité de la prestation. Il s'agit tout simplement de remettre en cause ce principe là dans ce qu'il peut avoir d'assez pervers à l'égard des usagers notamment parce qu'il semble frappé du sceau du bon sens et de l'évidence et parce qu'il ruisselle de bons sentiments. C'est quand même une conception relativement idéologique de ce principe là qui amène à constater que des centaines de milliers de personnes ne croisent jamais les professionnels du champ social sanitaire et médico-social alors que leurs besoins sont immenses. La démarche qualité consistera par exemple à ré-interroger ce principe-là et à voir comment les professionnels et les structures peuvent aller au devant des usagers et ne pas se contenter de les attendre, dans le but d'essayer d'obtenir de leur part une demande et une libre adhésion.

La question de la prévention relève elle aussi largement d'une rhétorique et d'un discours idéologiques. Le discours est presque toujours favorable à la prévention et bien des professionnels prétendent en faire tous les jours, la réalité est davantage celle d'une pratique presque exclusivement axée sur le curatif.

Évoquons enfin ces théories comportementalistes qui font l'objet très souvent d'agressions idéologiques de la part des professionnels. Il ne s'agit pas de remettre en cause les effets pervers du comportementalisme proposé comme étant la seule réponse au besoin de certains usagers. Il s'agit simplement de reconnaître que toute pratique éducative voire même toute pratique sociale comporte une dose de comportementalisme et que ceci n'est peut être pas scandaleux dans une pratique professionnelle. Ces quelques exemples nous montrent à quel point le danger est présent lorsqu'une seule théorie prétend apporter une réponse unique à l'ensemble des difficultés de l'utilisateur.

La mise à jour de ces paradigmes est indispensable. Ces cadres de pensée aux allures d'évidence obligée agissent sur nous sans que nous en ayons conscience et fonctionnent « par prétéritection » dans le moindre de nos actes et de nos engage-

ments. La démarche qualité commence par cette aptitude à élucider l'ordre caché des choses. Les progrès à attendre viennent d'abord d'un changement de regard. Il s'agit de critiquer les instruments avec lesquels on pense la réalité. Nous mesurons cependant combien cette indispensable remise en cause de la doxa et des idées convenues du moment peut s'avérer momentanément déstabilisatrice dans un établissement. Il y a aussi de la jouissance à être ensemble et à penser comme tout le monde. L'idée reçue est ce qui nous permet parfois d'avoir l'illusion de penser voire d'arrêter le temps en pensant avoir définitivement raison. L'idée reçue maintient l'illusion de penser alors que pourtant elle est tout sauf de la pensée.

Mais attention ! La qualité peut aussi devenir une idéologie, il faut qu'elle reste une théorie.

*“Nous sommes lucides  
pour séparer mais  
myopes pour relier”*

*E. MORIN*

## 2.4 Accepter la complexité et donc être simple

L'action sanitaire et sociale oscille en permanence entre deux tropismes : privilégier le particulier (l'organe malade, l'urgence sociale) ou la prise en charge globale. Le poète HOLDERLIN estimait qu'il n'y avait au monde qu'un seul litige : est-ce le tout ou le particulier qui prédomine ? L'action sanitaire et sociale vit un peu sur le modèle de la séparation permanente. Nous avons séparé à peu près tout ce qui pouvait l'être : le sanitaire du social, le préventif du curatif et du palliatif, les soins somatiques des soins psychologiques, l'insertion par l'économique de l'insertion par le logement de l'insertion par la santé, de l'insertion par la formation. Edgar MORIN nous explique combien nos pratiques et nos connaissances se sont fondées sur la victoire de DESCARTES au détriment de PASCAL. PASCAL dans « Les pensées » affirmait : « Je tiens pour impossible de connaître les parties sans connaître le tout, de même que de connaître le tout sans connaître les parties ». Ce qui peut être entendu comme une superbe définition des pratiques professionnelles dans le champ social et médico-social. À l'inverse dans le monde occidental et semble-t-il exclusivement dans ce monde là, c'est la logique cartésienne qui l'a emporté : devant un problème apparemment compliqué séparons le en autant de sous questions que possible c'est ainsi que nous arriverons à le résoudre. Comme le rappelle Edgar MORIN « nous sommes lucides pour séparer mais myopes pour relier ».

La démarche qualité se doit donc de relever le défi de la complexité c'est à dire de contextualiser l'action d'un professionnel et plus globalement celle d'un établissement. Il s'agit aussi de relier tout ce qui a été séparé, de travailler dans des projets en réseaux. Tenir compte de la complexité est une invitation permanente à souhaiter la qualité par l'interdisciplinarité. Pour les prochaines années, la vraie valeur ajoutée des prestations sanitaires et sociales ne devrait pas tourner autour de créations, de services ou d'établissements spécifiques mais plutôt autour de la mise en réseau et de la mise en cohérence.

## 2.5 Retrouver l'utilisateur

La démarche qualité doit partir d'un constat qui ensuite induira une politique : le statut de l'utilisateur globalement et sauf cas particulier est d'une inégale faiblesse dans le secteur sanitaire et social. Les raisons en sont multiples : faiblesse dans notre pays de la tradition consumériste et en particulier peu d'habitude des utilisateurs à se regrouper, relation asymétrique avec les professionnels (l'utilisateur par définition est toujours celui qui souffre, qui est exclu, qui est dépendant face à un professionnel

**“Les acteurs locaux sont en général peu regardants à l'égard de la prestation des établissements, déjà suffisamment satisfaits qu'ils existent”**

en situation de supériorité), les acteurs locaux sont en général peu regardants à l'égard de la prestation des établissements déjà suffisamment satisfaits (qu'il s'agisse des parents ou des élus) que les établissements existent.

La démarche qualité a donc tout à gagner d'une construction volontariste par laquelle un établissement obtient une amélioration du statut individuel et collectif de l'utilisateur.

On nous parle souvent - trop souvent peut-être - d'un utilisateur au centre du dispositif. Demandons-nous si le discours managérial sur l'utilisateur ne fonctionne pas de temps en temps comme le rêve Freudien : il serait l'image fantasmée de la réalité. De même que l'on n'a jamais autant parlé de développement durable alors que le court terme l'emporte partout, de même que l'on n'a jamais autant parlé de gestion prévisionnelle des emplois alors que des millions d'emplois sont supprimés, on peut se demander si le discours sur l'utilisateur n'a pour objectif de dire parfois ce que voudraient entendre ceux qui souffrent d'une réalité inverse.

Fort heureusement bien des expériences de démarche qualité liée à une amélioration concrète du statut de l'utilisateur montrent que la situation peut s'améliorer de manière très significative. Retrouver l'utilisateur c'est par exemple dans un établissement mettre en place un code éthique des professionnels à l'égard des utilisateurs ou chaque catégorie, chaque professionnel indique clairement ce que peut être un comportement éthique concret dans chacun de ses actes professionnels. C'est encore mettre en place les modalités facilitant l'expression des plaintes des utilisateurs et leur traitement. C'est aussi bien évidemment traiter la violence institutionnelle sous toutes ces formes, la violence physique, la violence morale, financière, médicalemente, la violence par action, la violence par négligence. C'est enfin mettre en place de vraies enquêtes de satisfaction auprès des utilisateurs, de leurs familles et de leurs représentants légaux. La volonté est donc de faire en sorte que l'utilisateur soit l'alpha et l'oméga de toute politique d'évaluation et de mise en place de la qualité. La seule justification de ladite politique est bien une amélioration de la situation de l'utilisateur. Il s'agit donc qu'il devienne une sorte de statut de commandeur, de référence secrètement autoritaire au cœur des pratiques de chacun et qui sert d'étalon à l'ensemble des productions sanitaires et sociales.

### III – L'ÉVALUATION : UNE MÉTHODE

Même si nous avons souvent rappelé qu'il fallait éviter toute fascination pour les outils qui sont parfois un leurre, n'hésitons pas à constater qu'une méthode est indispensable pour évaluer et entreprendre une démarche qualité.

Il s'agit d'abord de distinguer l'évaluation et la démarche qualité elle-même, la première étant un des moyens d'atteindre la seconde. Il y a entre évaluation et démarche qualité un ordre logique et chronologique.

**“L'utilisation de référentiels permet d'objectiver et de dépasser la phase incantatoire”**

L'évaluation se distingue par quatre étapes successives :

- La première étape est une étape descriptive. C'est le moment où l'on décrit dans un établissement, dans un service ou dans une politique ce qui s'est passé. Cela suppose bien évidemment d'avoir mis en place au préalable un système d'information permettant de recueillir l'ensemble des données, des informations que l'on a considérées comme pertinentes et qui dans une étape ultérieure seront évaluées.
- La deuxième étape est l'étape analytique, celle où l'on décrit ce qui aurait dû se passer, elle suppose la construction de standards, de normes, de référentiels sur laquelle nous reviendrons plus tard.
- La troisième étape est dite interprétative c'est celle où l'on va mesurer et interpréter la différence entre la première étape et la seconde, la différence entre ce qui s'est passé et ce qui aurait dû se passer.
- La quatrième étape est celle d'aide à la décision. Afin de diminuer la distance entre ce que l'on fait et ce que l'on devrait faire, une démarche qualité se met en place. Elle sera elle-même évaluée et l'on retrouve donc cette vis sans fin de l'évaluation et de la démarche qualité.

Une des étapes les plus structurantes de l'évaluation est donc bien sûr celle de la construction des référentiels. L'utilisation de ces référentiels est indispensable. Elle permet de sortir de l'indicible, d'objectiver et de dépasser la phase incantatoire, elle permet aussi d'essayer de sortir autant que possible de la subjectivité de tel ou tel, le responsable ou le directeur par exemple qui s'arrogerait le droit d'évaluer à l'aune de ses propres références, la plupart du temps non écrites ou simplement intuitives.

La participation de tous est indispensable à la construction de ces référentiels, peu importe d'ailleurs que l'on parte de rien ou que l'on s'approprie des référentiels utilisés dans d'autres établissements ou dans d'autres associations : il s'agira tout simplement dans cette dernière hypothèse d'être capable de les analyser, de les préciser, de les amender, de les bonifier. Cette co-construction totale ou partielle des référentiels est la meilleure garantie à la fois de leur pertinence (ce sont les

professionnels eux-mêmes qui sont le plus à même d'évaluer ce qui est une action de qualité) et de leur application future. Face à un problème aussi complexe que la définition de la qualité mieux vaut multiplier les points de vue, donner la parole à ceux qui depuis des années œuvrent pour la qualité même s'ils ne l'ont pas explicitement formalisée.

Comment choisir les référentiels ? En travaillant d'abord sur quelques domaines prioritaires : quels sont les dysfonctionnements les plus fréquents ? Quelle est la gravité potentielle des dysfonctionnements pour l'utilisateur ? Peut-être peut-on commencer par travailler sur ce qui est le plus parlant : la non qualité. Il convient certainement de commencer par les domaines les plus simples, les plus concrets qui seront à même d'apporter des résultats rapidement et donc de vaincre les résistances.

**“Le droit doit être connu, appliqué et dépassé”**

Ce référentiel doit être reproductible selon la même cotation dans tout l'établissement et mesurable, il doit permettre des comparaisons dans le temps et l'espace. Il peut s'inspirer de plusieurs sources : le respect des textes, les enquêtes auprès des usagers, l'étude de la littérature sur les guides de bonnes pratiques lorsqu'ils existent, les expériences menées dans d'autres établissements.

---

## CONCLUSION

---

La démarche qualité et plus globalement la loi du 2 janvier 2002 créent un contexte opportun qui nous donne l'occasion de retrouver le sens et d'injecter une dose de changement dans les pratiques professionnelles tout en s'appuyant sur une histoire et une mémoire particulièrement fortes dans le secteur social et médico-social.

Cette nouvelle loi nous invite d'ailleurs à une réflexion plus globale sur notre représentation du droit. Le droit peut avoir trois caractéristiques qui sont intimement liées : il doit être connu, appliqué et dépassé. Aucune de ces caractéristiques ne doit être abolie au risque de faire perdre à la loi l'ensemble de ses vertus. Le droit doit d'abord être connu : il existe dans le secteur social et médico-social un certain déficit de culture juridique, peut être parce qu'il a été parfois de bon ton de considérer que le droit était une discipline conservatrice et qu'il venait en opposition avec l'efficacité des pratiques professionnelles. Le droit doit ensuite être appliqué : il ne suffit pas de le connaître pour le respecter. On a parfois observé ici ou là des comportements de contrebandier à l'égard du droit. L'application du droit est pourtant une première étape non négociable vers l'application de la qualité : commençons d'abord par respecter la règle en matière de prévention de l'incendie, des intoxications alimentaires, ou de la légionellose. La démarche qualité commence aussi par cela. Mais le droit doit être aussi dépassé. Il ne s'agit surtout pas là d'une invitation à la non application du droit. Il s'agit au contraire de réintroduire la dimension éthique et en particulier la question du sujet libre face à ses propres prati-

ques professionnelles. L'application simple et brutale du droit, aussi indispensable soit-elle ne sera jamais suffisante. Il s'agit aussi de se poser chacun à titre individuel, singulier et en situation concrète la question de sa responsabilité éthique. Dans la journée d'un professionnel ce questionnement éthique est omniprésent : dois-je faire ou ne pas faire, dois-je entendre la demande de l'utilisateur ou passer outre, dois-je répondre à la lettre aux injonctions de mon supérieur ou dois-je discuter, que dois-je faire face à un comportement d'un professionnel qui me semble maltraitant ou tout au moins déplacé ?

Enfin l'évaluation et la démarche qualité doivent rester tranquillement scandaleuses. Si elles devaient s'assagir dans des procédures standardisées il lui manquerait l'essentiel : la qualité suppose un goût pour le doute et l'inachevé. Comme le disait CAMUS :

*« Je me méfie autant de ceux qui ne cherchent pas la vérité que de ceux qui la trouvent ».*

La qualité nous invite à retrouver les vertus de l'insolence notamment et surtout vis à vis de soi-même.