

UNIVERSITE TOULOUSE-LE MIRAIL
DIPLÔME D'ETAT D'INGENIERIE SOCIAL
Promotion DEIS 3- 2010-2013

MEMOIRE DE RECHERCHE

La démarche qualité

Enjeu de management

Au service de la cohérence des organisations et de l'expérience
professionnelle des acteurs

Toulouse - février 2014

Présenté par :

Annie Tassy

Directeurs de Recherche :

Jenny Antoine

Zohra Guerraoui

REMERCIEMENTS

Ma première attention emprunte de gratitude se porte vers Christine, ma compagne de vie, qui par sa présence et son intérêt pour la sociologie m'a accompagnée, soutenue, encouragée, dérangée et supportée tout au long de ce parcours de formation et en particulier tout au long de la production de ce mémoire.

Ma deuxième attention se tourne avec beaucoup de respect vers Jenny Antoine et Zohra Guerraoui, qui ont formé un duo de qualité dans la guidance, la complémentarité, la complicité au service de nos avancements, par la rigueur et le soutien, la recherche de conseils personnalisés et les encouragements.

Ma troisième attention va ensuite chaleureusement vers Bertrand, Marlène et Sandra, avec lesquels j'ai partagé les rencontres régulières, sur le chemin de l'élaboration d'un travail de recherche, entre déconstruction et reconstruction.

Puis je tiens à remercier Madame Peraldi, directrice du FAM qui a osé faire confiance et ouvrir sa structure à ce travail de recherche, à Madame De Lorenzo pour son accueil et son soutien dans l'organisation de l'enquête sur son service et tous les professionnels pour leur confiance et leur participation directe ou indirecte.

Enfin, je souhaite remercier Monsieur Dieudé, directeur d'EHPAD pour les précieux instants d'échanges partagés tout au long de l'année sur l'avancée de ce travail.

Pour finir, je dédie ce travail à Madame Borrelly, enseignante et passeuse, à la mémoire d'une rencontre qui a changé le cours de l'histoire.

« Qui n'a pas rêvé, (...), d'un monde qui au lieu de commencer avec la parole, débiterait avec les intentions ? »

R. Char¹

¹ René Char, « Lettera amorosa », Poésie/Gallimard, p 30

SOMMAIRE

| | |
|---------------------|------|
| INTRODUCTION | p. 6 |
|---------------------|------|

PREMIERE PARTIE : LA PHASE EXPLORATOIRE, CHEMINEMENT VERS LA QUESTION DE RECHERCHE

| | |
|--|-------|
| A- NOTRE RAPPORT A L'OBJET DE RECHERCHE | p. 11 |
|--|-------|

- 1) Intérêt spontané p. 11
- 2) Expérience de terrain (constat, question, problème) p. 11

| | |
|---|-------|
| B- LES CONTEXTES D'EMERGENCE DE LA QUALITE | p. 12 |
|---|-------|

- 1) Genèse de la Qualité p. 13
- 2) Contexte politique et économique p. 14
- 3) Contexte juridique p. 16
- 4) L'évolution des enjeux

| | |
|---|-------|
| C- LE SECTEUR SOCIAL ET MEDICO- SOCIAL | p. 18 |
|---|-------|

- 1) Son avènement dans l'histoire des institutions sanitaires et sociales p. 18
- 2) Focale sur sa législation p. 22
- 3) Contours et spécificités d'aujourd'hui p. 25
- 4) Son évaluation p. 28
- 5) Conclusion p. 31

| | |
|--|-------|
| D- LES ENTRETIENS EXPLORATOIRES | p. 32 |
|--|-------|

- 1) Contenu des entretiens exploratoires p. 32

| | |
|--------------------|-------|
| 2) Notre réflexion | p. 37 |
|--------------------|-------|

E- CONSTRUCTION DE LA QUESTION DE RECHERCHE p. 38

| | |
|--|-------|
| 1) Renoncement de l'axe émergent, concernant les différentes structurations de la démarche qualité dans les établissements | p. 38 |
| 2) Deux mouvements, deux logiques de temporalité différente | p. 38 |

DEUXIEME PARTIE : THEORISATION AU SERVICE DE LA PROBLEMATIQUE

A-THEORISATION p. 42

| | |
|--|-------|
| 1) La pensée complexe : une aide à l'approche théorique | p. 42 |
| 2) Conceptualisation de la démarche qualité | p. 42 |
| 3) L'acteur et l'organisation, deux approches complémentaires : Stratégique et systémique | p. 48 |
| 4) L'articulation entre l'acteur et l'organisation : La sociologie de expérience | p. 52 |

B-LA PROBLEMATIQUE P. 54

| | |
|------------------------------------|-------|
| 1) Rappel de la question de départ | p. 55 |
| 2) Argumentation | p. 55 |
| 3) Hypothèse générale | p. 59 |
| 4) Hypothèses opérationnelles | p. 59 |

TROISIEME PARTIE : METHODOLOGIE : DU RECUEIL AU TRAITEMENT DES DONNEES

A- DEMARCHE METHODOLOGIQUE p. 63

| | |
|---|-------|
| 1) Protocole de recherche | p. 63 |
| a) Choix d'orientation du point de vue de l'analyse | p. 63 |
| b) Construction de la grille d'analyse | p. 64 |
| c) Entretien des professionnels d'un foyer d'accueil médicalisé | p. 65 |

| | |
|--|-------|
| B- TRAITEMENT ET PRESENTATION DES RESULTATS | p. 72 |
| 1) Tableau 1 : la prise de distance et son commentaire | p. 74 |
| 2) Tableau 2 : le collectif et son commentaire | p. 78 |
| 3) Tableau 3 : l'individuel et son commentaire | p. 81 |
| 4) Tableau 4 : la gestion de la tension et son commentaire | p. 84 |
| 5) Résultats | p. 87 |

QUATRIEME PARTIE : ANALYSE

| | |
|---|-------|
| A- ANALYSE DES INFORMATIONS | p. 92 |
| 1) Reprenons les résultats et regardons de plus près les deux groupes d'acteurs | p. 94 |
| 2) Essayons de comprendre les expériences professionnelles des acteurs autour de l'EI (évaluation interne) à partir des rapports professionnels et des logiques de situations | p. 96 |
| 3) Remonter de l'expérience vers les logiques de système organisationnel de l'EI | p.102 |
| B- DISCUSSION DES RESULTATS | p.106 |
| C- LIMITES ET PROLONGEMENTS DE LA RECHERCHE | p.111 |
| CONCLUSION | p.113 |
| LISTES DE SIGLES UTILISEES | p.116 |
| BIBLIOGRAPHIE | p.117 |
| ANNEXES | p.1 |

INTRODUCTION

Notre processus de recherche est illustré par la thématique de la démarche qualité. Ce thème s'est imposé comme figure principale, d'une part par sa proximité étant professionnelle para médical du secteur médico-social et ayant exercée la fonction de référent qualité, et d'autre part par le changement culturel qu'elle engendre. En effet, depuis la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, **la démarche qualité par l'intermédiaire de l'évaluation interne et externe est devenue un sujet légalement incontournable pour les organisations du secteur social et médico-social.** Cette évolution juridique émergeant dans un contexte de rénovation des politiques publiques et de régulation économique, révolutionne le secteur. **Il est soumis directement à l'influence du nouveau public management (NPM),** avec pour conséquence la nécessité de devenir responsable et acteur de son développement, de se soumettre à des procédures de concertation et de partenariats, de piloter une démarche d'évaluation et de qualité et de mettre l'utilisateur au cœur du dispositif avec le respect de ces droits et l'expression de la satisfaction du service rendu. **Ainsi, le secteur médico-social entre dans un double enjeu : un enjeu économique et concurrentiel, et un enjeu déontologique et éthique** venant contrarier les pratiques par des logiques opposées entre autonomie et contrôle, amélioration et économie, réflexion et normalisation, collectif et individuel. **Ces nouvelles logiques d'organisation et d'exercice, accélèrent les pratiques et mettent en tension les actes professionnels.** Ce constat nous a amené à nous questionner sur la façon dont l'acteur articule dans son expérience professionnelle les différentes logiques en œuvre dans la démarche qualité. A-t-il la possibilité d'assimiler, d'intégrer et de s'approprier le changement en maintenant du sens et de la cohésion dans son expérience professionnelle ? Ce qui nous a paru intéressant, c'est de **partir du vécu des acteurs par l'intermédiaire de leurs expériences de la démarche qualité, pour vérifier la cohérence des expériences professionnelles et ensuite par un retour au système, vérifier la cohérence de l'organisation.**

Ces constats et ce questionnement se retrouvent dans le déroulement de notre étude qui se structure en quatre parties. La première partie, phase exploratoire, nous apporte une vision d'ensemble et précise les contours spécifiques ainsi que les enjeux de la démarche qualité à partir de notre expérience, du contexte de son émergence, du secteur médico-social et des entretiens exploratoires, tout en cheminant vers la question de recherche. La deuxième

partie aborde par **la pensée complexe** (E. Morin) **la conceptualisation de la démarche qualité** (P. Ducalet, M. Laforcade), de l'acteur et de l'organisation par **l'approche stratégique et systémique** (M. Foudriat), et de l'articulation entre l'acteur et l'organisation **par la sociologie de l'expérience** (F. Dubet). Elle construit la problématique, vers la formulation de l'hypothèse principale et des hypothèses opérationnelles. La troisième partie aborde la méthodologie à partir de la méthode hypothético-déductive partant du **concept de l'expérience sociale comme modèle d'interprétation de l'expérience professionnelle de la démarche qualité des acteurs**. Elle aborde le protocole de recherche, le recueil de données par récit professionnel ciblé, le traitement des données et les résultats. La quatrième partie concerne l'analyse des résultats de la compréhension des expériences de « l'évaluation interne » à partir des rapports professionnels et des logiques de situations vers les logiques de système organisationnel.

L'ensemble est accompagné par un état d'esprit apprivoisant le doute, au fur et à mesure de son avancée, avec la caractéristique de la remise en question entre déconstruction et construction.

PREMIERE PARTIE :

LA PHASE EXPLORATOIRE, CHEMINEMENT VERS LA
QUESTION DE RECHERCHE

PLAN

| | |
|--|-------|
| A- NOTRE RAPPORT A L'OBJET DE RECHERCHE | p. 11 |
| 1) Intérêt spontané | p. 11 |
| 2) Expérience de terrain (constat, question, problème) | p. 12 |
| B- LES CONTEXTES D'EMERGENCE DE LA QUALITE | p. 12 |
| 1) Genèse de la Qualité | p. 13 |
| a) Le secteur industriel | p. 13 |
| b) Le secteur sanitaire et celui des services | p. 13 |
| 2) Contexte politique et économique | p. 14 |
| a) La fin de la place centrale de l'état | p. 14 |
| b) Deux mouvements en tension | p. 14 |
| c) L'idéologie « du capital humain » | p. 15 |
| 3) Contexte juridique | p. 16 |
| a) Les politiques publiques | p. 16 |
| b) La loi n°2002.2 du 2 janvier 2002 | p. 16 |
| 4) L'évolution des enjeux | p. 18 |
| C- LE SECTEUR SOCIAL ET MEDICO- SOCIAL | p. 18 |
| 1) Son avènement dans l'histoire des institutions sanitaires et sociales | p. 18 |
| a) Le temps de la charité, la foi chrétienne | p. 18 |
| b) Le temps de l'assistance : le droit d'être malade | p. 19 |
| c) Le temps de la solidarité | p. 20 |
| 2) Focale sur sa législation | p. 22 |
| a) Le droit positif régissant le secteur social et médico-social | p. 22 |
| b) La loi 2002.2 du 2 janvier 2002, un retournement culturel | p. 23 |

| | |
|---|-------|
| 3) Contours et spécificités d'aujourd'hui | p. 25 |
| a) L'agence régionale de la santé (ARS) | p. 25 |
| b) La démarche qualité et l'influence du « new public management » | p. 26 |
| c) Les enjeux institutionnels | p. 27 |
| d) Les logiques managériales à l'œuvre | p. 27 |
| 4) Son évaluation | p. 28 |
| a) Un impératif encadré par la législation | p. 28 |
| b) L'évaluation : processus de connaissance | p. 29 |
| c) L'évaluation cohabite t-elle avec valeurs et subjectivité ? | p. 30 |
| 5) Conclusion | p. 31 |
| D- LES ENTRETIENS EXPLORATOIRES | p. 32 |
| 1) Contenu des entretiens exploratoires | p. 32 |
| a) Découverte | p. 32 |
| b) Thèmes mis en évidence | p. 36 |
| 2) Notre réflexion | p. 37 |
| E- CONSTRUCTION DE LA QUESTION DE RECHERCHE | p. 38 |
| 1) Renoncement de l'axe émergeant, concernant les différentes structurations de la démarche qualité dans les établissements | p. 38 |
| 2) Deux mouvements, deux logiques de temporalité différentes | p. 38 |

A- NOTRE RAPPORT A L'OBJET DE RECHERCHE

1) Intérêt spontané

Autour de la mise en œuvre de la démarche qualité dans les établissements du secteur médico-social, thème de notre recherche, nous avons formulé la première question d'intérêt de la manière suivante :

« La démarche qualité est-elle vécue par les professionnels de terrain comme un contrôle, une ressource ou un ajustement ? »

Cette formulation spontanée nous rapproche de notre expérience de terrain en tant que référent qualité dans le cadre d'un Foyer d'Accueil Médicalisé.

2) Expérience de terrain (constat, question, problème)

Nous avons le souvenir de notre motivation à accepter cette fonction, malgré l'injonction législative de la loi (n° 2002.2 du 2 janvier 2002) de réaliser une évaluation interne et externe, laissant imaginer une notion de contrôle et malgré la contrainte de rigueur de la gestion protocolaire et documentaire que cette démarche impose. **Notre motivation et notre engagement se sont appuyés sur notre perception à concevoir la démarche qualité comme une opportunité à faire valoir les pratiques du secteur médico-social**, par l'intermédiaire de l'évaluation et de la démarche participative sur laquelle elle s'appuie. Une occasion de saisir un espace d'expression, où la parole est donnée aux professionnels et aux usagers. Prenant la suite d'un confrère, nous nous sommes rendue très vite compte que **la démarche qualité s'était inscrite dans notre établissement comme une démarche parallèle**, ne permettant pas l'appropriation de cette dernière par les professionnels dans leurs pratiques, et se manifestant par un manque de communication entre le « comité direction »² et le « comité qualité »³. Ce constat nous a questionnée sur les stratégies de méthodologie et de pilotage à mettre en place pour se rapprocher d'une réelle démarche participative impliquant l'ensemble des professionnels sur toute l'échelle de l'organigramme. En effet il semblait important de trouver une forme de coopération respectant les fonctions hiérarchiques, et permettant de réintroduire du lien

² Comité direction : groupe réunissant le directeur, les chefs de service et le référent qualité

³ Comité qualité : groupe réunissant le référent qualité, des professionnels référents et des usagers référents ponctuellement

entre les cadres et les professionnels de terrain afin que des cadres managers, directeurs et chefs de service s'impliquent dans la démarche qualité, au delà d'une obligation administrative et législative à remplir. **Pour nous, la démarche qualité doit s'inscrire dans une démarche de recherche, de sens et de cohésion, en lien avec le projet institutionnel dont les cadres sont les garants.** Tout au long de nos choix de pilotage, nous nous sommes confrontées, à plusieurs problèmes essentiels :

- La séparation entre la démarche qualité et le projet d'établissement, se manifestant par une rupture de communication entre les cadres et les professionnels de terrain.
- La difficulté de créer un lien transversal respectant les statuts et le pouvoir décisionnel pour favoriser la co construction de la démarche qualité.
- La difficulté de laisser la place au temps nécessaire à l'assimilation et au processus d'appropriation.
- La pluralité des différentes formes de réaction des professionnels à la mise en œuvre de la démarche qualité, telles que la résistance, l'opportunité, la créativité.

Aujourd'hui, la démarche de recherche nous invite à initier notre objet de recherche par une phase exploratoire de déconstruction et de distanciation nécessaire à l'élaboration de la question de départ. Cette phase a été alimentée par des lectures contextuelles, thématiques, théoriques et par les entretiens exploratoires auprès de quatre chefs de service dans quatre établissements du secteur médico-social de Marseille et sa région (Un d'un Service d'Education Spécialisé et de Soins à Domicile, SESSAD ; un d'un Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile, SAAD ; deux d'Instituts Médico-Educatif, IME)

B- LES CONTEXTES D'EMERGENCE DE LA QUALITE

La démarche d'amélioration continue de la qualité provient de la rencontre de plusieurs dimensions émergentes dans le temps : la genèse par le développement des démarches qualité dans différents secteurs (industriel, services et sanitaire), l'influence politique et économique et les évolutions juridiques concernant principalement les recherches relatives à l'évaluation des politiques publiques et la loi n°2002.2 du janvier 2002 avec le développement du droit des usagers et de l'évaluation des prestations, montrant l'évolution des enjeux.

1) Genèse de la qualité ⁴

a) Le secteur industriel

Les démarches qualité émergent dans le secteur industriel au début du XX^{ème} siècle, lorsque le système de production passe de l'artisanat à l'industrie, et lorsque l'offre de production devient supérieure à la demande. L'entreprise s'organise et met en place des contrôles de qualité des produits. L'Association Française de Normalisation (AFNOR) est créée en 1926. L'International Standardisation Organisation (ISO), regroupant un réseau d'instituts de normalisation de 147 pays, voit le jour en 1947. **La démarche qualité progresse en Europe dans les années 1970 où les entreprises s'orientent vers l'assurance qualité et l'amélioration continue de la qualité, jusqu'à la prise en compte dans les années 1990 de la qualité du management.**

b) Le secteur sanitaire et celui des services

Dans les années **1990, la réforme hospitalière instaure la mise en place de l'évaluation médicale dans le secteur sanitaire** qui s'est concrétisée par la création de l'Agence Nationale de l'Evaluation Médicale (ANDEM). **Les ordonnances d'avril 1996 renforcent 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'Evaluation en Santé (ANAES). L'article L710-5 du code de la santé publique stipule :

« Afin d'assurer l'amélioration 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 1999, la réforme de la tarification dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes introduit dans les textes une formalisation systématique de démarches d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité. La réforme se recentre aussi sur le résident et sa famille, dans le respect des choix de la personne, de la nature du cadre de vie, du professionnalisme des intervenants et de l'organisation institutionnelle.

⁴ Genèse de la qualité réalisée à partir du guide méthodologique « Démarche qualité - Evaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire » DGAS/mars 2004, p 6,7.

2) Le contexte politique et économique

Le contexte sociétal d'aujourd'hui est caractérisé par trois grands phénomènes à prendre en compte : **la fin de la place centrale de l'Etat, l'expression de deux mouvements de fond (démocratie et économie) s'inscrivant en tension et l'apparition d'une idéologie valorisant le « capital humain »**⁵ dans la révision générale des politiques publiques (RGPP)

a) La fin de la place centrale de l'Etat

Notre société d'aujourd'hui impliquée dans l'Europe, traversée par l'économie mondiale et la révolution de nouvelles techniques d'information et de communication, est devenue une société post industrielle, moderne et polyarchique, où le pouvoir s'est décentralisé ou déconcentré. Les restructurations territoriales des services de l'Etat et la construction européenne ont transformé les orientations et l'organisation des collectivités territoriales de l'Etat. La figure de l'état nation a perdu de sa centralité. L'unité sociétale stable, engagée, laisse place à une société instable. L'insécurité économique et sociale domine, modifiant les représentations d'une institution forte, par une institution flottante. Dans ce contexte, émergent de **nouvelles régulations économiques, sociales et professionnelles, sous la forme « d'une institution de marché »**. Cette nouvelle forme d'institution représentant la modernité, désacralise au passage les métiers du secteur de l'éducation nationale, de la santé, du social et du médico-social qui étaient essentiellement fondés sur la transmission et l'accompagnement de l'humain.

b) Deux mouvements en tension

Nous sommes donc au cœur d'une société dont les structures se transforment de l'intérieur entraînant une révolution fonctionnelle, symbolique, et culturelle. Plusieurs auteurs sont d'accord pour observer deux mouvements de fond paradoxaux, s'inscrivant en tension (Chauvière, 2003), (Lascombes, Le Galès, 2007, 2009) :

⁵ Notion du « capital humain », inventé par l'économiste américain T.W.Schultz dans les années 50, popularisé par S.Becker et M.Friedmann, Ecole de Chicago dans les années 80.

- **un mouvement de démocratisation** mettant l'accent sur la participation des individus et des groupes à l'action publique et renforçant les droits d'accès à l'information des citoyens.
- **un mouvement déplaçant les frontières de l'action publique, introduisant des logiques économiques de marchandisation du social** dans lesquelles, sont introduits des instruments techniques de rationalisation des comportements (anticipation, prévisibilité, efficience).

c) L'idéologie du « capital humain »

La révision générale des politiques publiques (RGPP) lancée en 2007, est une réforme de l'ensemble de l'état et de la fonction publique introduisant une volonté réformatrice et réflexive. Cette réforme liée à la LOLF (loi organique relative aux lois de finances de 2001) consiste à favoriser le passage d'une culture de moyens à une culture de résultats. Elle introduit le développement d'une culture client, la gestion des ressources humaines, la gestion des dépenses de façon plus efficace, une conception rationnelle et gestionnaire, avec comme **support l'évaluation de la qualité des services rendus, des performances et de l'efficacité**. Les nouvelles politiques publiques et sociales s'accompagnent d'un mouvement néo libéral inspiré par « la théorie du capital humain ». Cette théorie souligne que chaque individu est en lui même un capital qu'il peut valoriser dans toutes les dimensions de son existence et se présente comme une méthode scientifique de l'humain (Gaulejac, mars 2001). V. De Gaulejac précise que **cette idéologie dominante prônant le facteur humain comme ressource, s'inscrit dans une nouvelle gouvernance, « le New Public Management » (NPM)⁶** qui tend à s'appliquer à l'ensemble des organisations et s'étendre à l'ensemble de la société. Cette nouvelle gestion publique a pour but de « moderniser » les administrations et les institutions en appliquant les principes suivants : introduire une exigence productive dans les services publics en développant une culture client (tout est service), une culture de la participation (démocratie participative), une culture de la performance (répondre au nouveaux besoins), une culture de résultats (crédibilité, lisibilité), une culture entrepreneuriale (démarche de prospection, aller chercher l'information, responsabilisation) et une culture évaluative (efficacité,

⁶ Voir Annexe I

rationalisation, normalisation). M. Chauvière dans son article « *la loi de rénovation sociale restituée à son contexte* », résume cette nouvelle gestion publique de la façon suivante : « *Une sorte de retour sur investissement, le tout habillé de démocratie et de citoyenneté...* » (Chauvière, 2003 : p 16). Dans cet article, il présente la concrétisation de l'action de la nouvelle gestion publique par l'utilisation d'instruments de pilotage, tels que : la communication politique, l'inclusion, l'intégration locale, les réseaux, la transversalité, la coopération, le partenariat, les contrats d'objectifs et de moyens, l'ingénierie de dispositifs, les projets de service, la notion de clients et citoyens pour les usagers et leur droit opposable, etc.... **Les outils utilisés sont proches de l'entreprise et s'éloignent des valeurs classiques d'égalité, de continuité, d'adaptabilité laissant place à des principes plutôt utilitaristes et productivistes**, pouvant amener l'humain à se dépasser pour faire preuve de son utilité sociale.

3) Contexte juridique

a) Les politiques publiques

Parallèlement se développe, dès 1988, le dispositif d'évaluation des politiques publiques. 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 relatifs aux lois de finances (LOLF) du 1^{er} août 2001. Ce dispositif législatif intègre la définition des objectifs et l'évaluation des résultats et des performances des politiques publiques. **L'application du principe consistant à apprécier l'efficacité d'une politique, en comparant ses résultats aux objectifs et aux moyens mis en œuvre, se généralise dans tous les domaines de l'action publique.**

b) La loi n° 2002.2 du 2 janvier 2002

◆Le droit des usagers

Depuis la loi n° 2002.2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale visant à permettre une meilleure prise en compte de l'utilisateur, de ses besoins et de ses attentes, et la loi du 4 mars 2002, renforçant les droits des patients à l'hôpital, la

promotion du droit des usagers se développe. Elle se manifeste par une plus grande reconnaissance de leur capacité à exprimer leurs besoins, leurs demandes, leurs attentes et leur appréciation du service rendu.

Les services du secteur social et médico-social dépendent de l'Agence Régionale de la Santé (ARS), service déconcentré de l'état. L'objectif de l'ARS est d'améliorer la qualité et l'efficience de ces services. **Les établissements et services doivent être en conformité avec les outils de la loi n°2002.2 du 2 janvier 2002⁷** (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) et doivent rédiger un projet d'établissement. Cette mise en conformité contribue 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 qualité des prestations.

◆L'évaluation des activités et des prestations

Les textes prévoient l'obligation d'une évaluation dans tous les établissements et services médico-sociaux.

Cette obligation législative revêt deux modalités distinctes :

- **Une évaluation interne**, destinée à évaluer les activités et les prestations délivrées, 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 le dit conseil.

La création de l'ANESM en 2007 (Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux) aide à la mise en place des évaluations internes et externes dans les établissements. Elle publie des Recommandations de Bonnes Pratiques. Elle valide des cabinets conseils pour accompagner, former les équipes et labéliser les évaluateurs.

⁷ Voir Annexe II

4) L'évolution des enjeux

Le contexte d'émergence de la qualité fait apparaître l'évolution de différents enjeux :

- **L'enjeu économique et concurrentiel** dans le secteur marchand avec la normalisation et la labellisation des produits.

- **L'enjeu juridique et déontologique** dans le secteur sanitaire avec la notion de qualité des soins et de sécurité maintenant l'enjeu économique et concurrentiel avec l'accréditation.

- **L'enjeu politique de transformation fonctionnelle, symbolique et culturelle** mettant en tension la démocratie et la rationalisation économique.

- **L'enjeu déontologique et éthique** dans le secteur médico-social avec l'apparition de la démarche qualité continue, introduisant l'évaluation continue et la focale sur l'utilisateur (le respect de la personne et de ses choix) couplé d'un enjeu économique et concurrentiel restant en arrière fond avec le maintien des agréments et du financement.

La qualité se construit au cœur d'un système où se croisent nos représentations sociales et culturelles, l'état de nos connaissances et de nos technologies. Il semble donc important de comprendre comment le secteur social et médico-social s'est construit dans l'histoire des représentations sociales et culturelles.

C- LE SECTEUR SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL

1) Son avènement dans l'histoire des institutions sanitaires et sociales ⁸

Cette histoire se déroule en trois grandes périodes : le temps de la charité, le temps de l'assistance et le temps de la solidarité.

a) Le temps de la charité, la foi chrétienne

Au Moyen Age, face au fléau de la peste, du choléra, de la variole, la politique de santé s'exprime en terme de recensement, de mesure d'isolement avec des règlements

⁸ Synthèse réalisée à partir du premier chapitre p.13 à 78 du livre de P Ducalet, M Laforcade, 2004.

municipaux et des mesures d'hygiène. Cette politique de santé est assistée par une police en charge de son exécution. Dans ce contexte de grande foi chrétienne, la maladie est une épreuve divine, une malédiction et une rédemption de l'âme. Les institutions hospitalières sont en majorité des communautés et confréries religieuses qui trouvent leurs ressources économiques dans la générosité des plus riches. **A cette époque, il n'existe pas de distinction entre le sanitaire et le social.** Le changement de perspective naît avec le chirurgien Ambroise Paré (1509-1590) et sa nouvelle approche de la médecine fondée sur l'observation et l'approche anatomo-clinique.

b) Le temps de l'assistance : le droit d'être malade

Dans cette grande période de 1544 à 1930, **la différenciation entre la maladie physique et psychique, la vieillesse, la pauvreté, l'infirmité et les troubles sensoriels s'opère. L'hôpital devient étatique** et s'organise légalement et administrativement. Les droits à l'assistance s'affirment comme devoir sociétal. **La loi poursuit son devoir d'assistanat** auprès des personnes étant dans l'impossibilité de travailler en s'intéressant à l'hébergement et aux ressources minimales. Les accidents du travail et les maladies professionnelles sont reconnus. La médecine anatomique et clinique, initié par Ambroise Paré aboutit à la multiplicité des spécialités médicales séparant le corps et l'esprit, les maladies aiguës et les maladies chroniques, la dynamique médicale et la dynamique sociale. Les handicapés sensoriels sont reconnus comme pouvant accéder à une éducation et l'aliénation mentale est considérée comme une maladie. Les découvertes de Louis Pasteur révolutionnent la médecine.

Nous retiendrons de cette période les dates suivantes :

1789 : Révolution : **Droit à l'assistance** avec la notion d'égalité des hommes et le devoir de la société à leur porter secours.

1792 : Décret du 18 août : **les institutions hospitalières deviennent une affaire d'état.**

1793 : Décret du 19 mars précise « *que tout homme a droit à sa subsistance, par le travail s'il est valide, par les secours gratuits s'il est hors d'état de travailler* » et **la loi nationalise les hôpitaux** et les rattache aux communes. La tutelle des préfets sur les institutions hospitalières est confirmée.

1851 : La réforme hospitalière du 7 août 1851 énonce trois principes fondamentaux : **l'obligation de recevoir tous les malades indigents** sans condition de domicile, **la réglementation du recrutement des médecins et l'harmonisation de l'organisation administrative hospitalière.**

c) Le temps de la solidarité

Dans cette période d'après guerre et contemporaine, **la naissance de la sécurité sociale** passe d'une logique d'assistantat à une logique de solidarité citoyenne. La médecine se spécialise toujours et oriente son observation et sa recherche autour des multiples facteurs des maladies avec une lecture systémique. La conception de la santé prend une dimension écologique, biologique, psychologique et sociale. L'élaboration de la réponse sanitaire et sociale passe d'une logique de placement indifférencié à une logique de prestation de service individualisée, modifiant les attentes des usagers citoyens et consommateurs. Ces différentes lois énumérées entre 1945 et 2005 établissent la séparation du sanitaire et du social et **c'est la loi n°75-535 du 30 juin 1975 qui a consacré la scission entre le sanitaire et le social.** Elle a organisé pour la première fois l'offre sociale et médico-sociale comme un ensemble homogène et autonome. L'introduction du « médico-social » permet aux établissements sociaux de proposer des prestations de soins. Puis, face à l'extension du secteur et à ses nombreuses mutations, **cette législation deviendra obsolète jusqu'à l'obtention d'un consensus autour de la loi n° 2002.2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale.** Entre 1982 et 1986 avec la décentralisation, la politique sociale devient territoriale et contractualisée. Puis avec l'ordonnance du 24 avril 1996 (réforme de l'hospitalisation), les établissements de santé peuvent créer et gérer des établissements ou services sociaux et médico-sociaux. Le clivage entre le sanitaire et le social est officiellement effacé et les partenaires du publics et associatifs souhaitent réaffirmer l'identité du secteur social et médico-social.

Nous retiendrons de cette période les dates suivantes :

1945 : Création de la Sécurité Sociale. Elle donne lieu à des indemnités journalières en contrepartie d'une cotisation solidaire restaurant le sentiment d'appartenance citoyenne. Elle étend l'assurance maladie au plus grand nombre. Le prix de journée devient la ressource essentielle de l'hôpital. La sécurité sociale devient un élément fondamental des

politiques de santé. Elle définit les risques et développe un principe de catégorisation des maladies.

1957 : La loi du 23 novembre contient les principes généraux de la réinsertion professionnelle des personnes handicapées et **introduit le concept de handicap** avec la création du conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social et la réglementation du « travail protégé ».

1975 :

- La loi 75-534, dite « loi sociale » du **30 juin 1975 énonce une volonté d'insertion des enfants et adultes handicapés dans le milieu ordinaire, avec une obligation de solidarité nationale**. Elle leur garantit des droits, accorde des prestations spécifiques, définit et organise les moyens à leur insertion professionnelle et sociale avec l'aide de deux instances de coordination : la CDES (commissions départementales d'éducation spéciale) et la COTOREP (commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel).

- La loi 75-535 du même 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, identifie leurs équipements et définit leurs modalités de création et de fonctionnement.

1999 : la loi du 27 juillet instaure **la couverture maladie universelle**. La santé devient un droit objectif et vise à garantir à tous les citoyens un même accès à des soins de qualité.

2002 : la loi du **2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale**.

2005 : la loi du 18 janvier (loi dite Borloo) de programmation pour la cohésion sociale accorde « une priorité absolue au retour à l'activité, meilleur rempart contre l'implosion sociale et clé de la dignité individuelle ».

2005 : la loi du **26 juillet relative au développement des services à la personne**, et portant vise la création d'emplois à domicile dans le secteur des services à la personne.

Suite à cette construction historique du secteur social et médico-social, nous allons mettre la focale sur la législation du secteur social et médico-social, pour en préciser les contours et les spécificités.

2) Focale sur sa législation

a) Le droit positif régissant le secteur social et médico-social

- **La loi n° 75-534 du 30 juin 1975** : Elle est dédiée aux personnes handicapées et fait de l'action auprès de cette population une obligation nationale (prévention, soins, éducation, formation, emploi, garantie des ressources, intégration sociale, accès aux sports et loisirs afin de protéger les usagers tout en préservant l'autonomie des structures).
- **La loi n° 75-535 du 30 juin 1975** : Elle concerne de multiples populations (personnes handicapées, personnes âgées, personnes en situation de précarité et d'exclusion). Elle prévoit d'associer les usagers et leurs familles au fonctionnement des établissements.
- **La refonte des annexes XXIV en 1989** : Pluridisciplinarité et cohérence pour les enfants handicapés, à partir d'un projet pédagogique, éducatif, thérapeutique, et rééducatif individualisé procédant d'une évaluation pluridisciplinaire, révisable annuellement et faisant l'objet d'un suivi attentif. La famille est une partenaire incontournable qu'il s'agit d'associer dès l'annonce du handicap et par la suite dans l'élaboration du projet individualisé. Elle est informée et consultée pour toute modifications du projet et son adhésion est recherchée. La prise en charge devra être cohérente. La cohérence s'affirme comme un critère d'évaluation de la qualité pour tout établissement ou service.
- **L'arrêté du 26 Avril 1999** : Premiers référentiels qualité en établissement pour personnes âgées. Les politiques publiques ont le souci de rationalisation des dépenses mais aussi du « bien vieillir » notamment en institution. L'arrêté définit un cahier des charges à la convention tripartite conclue entre l'établissement d'hébergement, l'Etat et le Conseil général. Le texte énonce des recommandations dont l'objectif est de garantir la qualité des prises en charges des personnes âgées dépendantes auprès de quatre champs complémentaires : la qualité de vie des résidents, la qualité des relations avec les familles et les amis des résidents, la qualité des personnels en exercice dans l'établissement (compétences et qualification), la qualité de l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique. De plus dans un souci de coordination et de cohérence, la nécessité d'évaluation des actions de soins sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur référent.
- **La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale** : territorialisation de l'action sociale, affirmation de la place de l'utilisateur et évaluation de la qualité des activités.

- **La loi du 11 février 2005** pour l'égalité des droits et des chances, la participation à la citoyenneté de personnes handicapées. Cette loi réactualise la loi n°75-534.

Ce récapitulatif législatif entre les deux grandes lois du secteur social et médico-social : la loi du 30 juin 1975 fondatrice du secteur social et médico-social et la loi du 2 janvier 2002 rénovant le secteur social et médico-social, évoque de nombreuses évolutions et mutations du secteur. En effet la loi « sociale » n°75-535 a été confrontée à de nombreux bouleversements législatifs et sociétaux. D'un point de vue législatif, **la loi sociale a été remise en cause par la réforme de l'hospitalisation (1996) permettant à l'hôpital la gestion du médico-social**, par l'instauration d'enveloppes financières à caractère limitatif (1998 et 1999), et par la refonte du Code de la famille et de l'aide sociale, intitulé Code de l'action sociale et des familles (1999-2000). D'autre part le contexte socio économique s'est lui aussi transformé avec la crise économique, avec l'apparition de nouveaux pauvres. En parallèle s'opère une généralisation de nouveaux modes de vie avec l'urbanisation, la consommation et l'individualisme. Ces transformations ont des conséquences sur le travail social qui s'oriente sur de nouveaux terrains (politique de la ville, développement social, ..) et de nouvelles méthodes (le travail en réseau, l'insertion⁹,...)

« *On assiste à un mouvement de spécialisation sous l'effet de la diversification des missions du travail social (...)* »¹⁰. C'est ainsi que depuis 1995, le besoin de rénovation du secteur se fait sentir avec un avant projet de loi fixant les principales orientations de la réforme qui se finalisera sept ans plus tard avec la loi n° 2002.2 du 2 janvier 2002 . **Ainsi l'application de la loi du 2 janvier 2002, traduit l'évolution et les mutations du secteur social et médico-social.**

b) La loi n°2002.2 du 2 janvier 2002, un retournement culturel

Cette transformation se déroule par un processus de modernisation, proposant quatre grandes orientations et l'évolution des rapports avec l'utilisateur.

⁹ Insertion : intervention sociale locale et contractualisée en fonction d'un projet précis. Cf. R.Castel, « Du travail social à la gestion sociale du non-travail », in : esprit, n°241, mars-avril 1998, p 39-40

¹⁰ J.N.Chopart, 2000, p19

◆Le processus de modernisation et la prise en compte des interactions des acteurs

La loi 2002.2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale est inscrite dans le processus de modernité des politiques publiques. D'après Lascoumes et Le Galès « *les politiques publiques sont une action collective qui participe à la création d'un ordre social et politique, à la direction de la société, à la régulation de ses tensions, à l'intégration des groupes, à la résolution des conflits* » (2007, p 5), et dont le modèle d'application est en mutation. En effet, les auteurs expliquent que dans les processus de modernisation, les échelles d'actions spatiales se sont modifiées (Union Européenne, région, département, territoire, ville), les sources d'influence se sont multipliées (régions transfrontalières, intégration de l'Europe, organismes internationaux) et le processus de mondialisation impose le capitalisme. **Les politiques publiques se transforment ainsi en action publique.** Elles prennent en compte l'ensemble des jeux collectifs, les actions des acteurs, leurs interactions et le sens qu'ils leur donnent ainsi que les institutions, les normes, les procédures qui gouvernent l'ensemble de ces interactions et des représentations collectives. Elles s'appliquent ainsi d'une part sur l'espace d'action des acteurs en charge de la mise en œuvre et sur les destinataires, en prenant en compte les formes et les effets de l'action de l'Etat et d'autre part, sur les contenants qui opèrent la mise en cohérence des initiatives de terrain et maintiennent les cadres des appropriations.

◆Les quatre grandes orientations

La loi n° 2002.2 du 2 janvier 2002 fixe quatre grandes orientations. La caractéristique première de la loi est de reconnaître davantage de structures comme acteurs du secteur (lieu de vie, service d'aide à domicile, ..) et d'élargir les interventions sociales et médico-sociales à l'accueil de jour, l'accueil familial et l'accueil séquentiel. La réforme permet aussi l'innovation en permettant l'expérimentation de nouveaux projets. Elle représente également une opportunité de professionnalisation développant la formation initiale et continue. Cette caractéristique d'élargir le champ d'application du secteur est une première orientation. La deuxième concerne les procédures de pilotage et l'engagement dans une démarche d'évaluation des prestations dont dépend l'autorisation d'un établissement ou d'un service de fonctionner. La troisième met en place **des** procédures formalisées de concertation et de partenariats (conventions, contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens, groupements de coopération sociale ou médico-sociale,..). La quatrième **renforce le droit des personnes prises en charge en passant par une logique de prestations de services et en imposant dans chaque structure un**

certain nombre d'outils : projet d'établissement, livret d'accueil, règlement de fonctionnement, charte des droits et libertés, contrat de séjour, personnalité qualifiée, conseil de la vie sociale.

◆L'évolution des rapports avec l'utilisateur

C'est dans ce contexte d'influence et autour de ces quatre orientations que la loi n°2002.2 du 2 janvier 2002 propose aux professionnels du secteur **une évolution des rapports avec l'utilisateur en le faisant partenaire et acteur de son projet de prise en charge**. La loi valorise la notion de contrat entre l'utilisateur et l'institution, la notion de projet pour prendre en compte les besoins et les demandes de la personne qui sont de nos jours complexes et fluctuants et propose de l'évaluer au niveau des activités et des prestations en s'appuyant sur la satisfaction de l'utilisateur.

La légitimation de l'utilisateur comme citoyen à part entière avec des droits et des devoirs est **un retournement culturel important**. Cependant la notion d'utilisateur est à considérer avec prudence dans le sens où elle invite la personne à être dans une relation de service correspondant à ses besoins individuels. Dans cette lecture là, l'utilisateur devient client et s'éloigne du citoyen. Le risque est de perdre de vue la notion d'individu sujet, et la conscience collective.

« La négation de l'individu en tant que sujet rend toute tentative d'une approche groupale impossible, car seul l'individu est important qu'il soit professionnel ou usager » (Abry, 2009 : p 170). La frontière entre le client solvable et le droit de l'utilisateur est fragile et devrait ouvrir un nouvel espace déontologique et éthique pour tout le secteur social et médico-social.

3) Contours et spécificités aujourd'hui

Le secteur social et médico-social se caractérise par la mise en place de l'Agence Régionale de la Santé pour sa gestion et son contrôle, de la démarche qualité influencée par « le New Public Management » entraînant des enjeux et la mise en place de logiques managériales venant déstabiliser les pratiques.

a) L'agence régionale de la santé (ARS) et l'idéologie sanitaire

Le secteur social et médico-social est géré et contrôlé par l'ARS comme le secteur ambulatoire et hospitalier. L'ARS est confiée à deux grandes missions :

- Le pilotage de la politique de santé publique régionale avec la prévention, la promotion et l'éducation à la santé, la veille, la sécurité sanitaire.
- La régulation de l'offre de santé en région afin de répondre aux besoins, garantir l'efficacité du système de santé avec une dimension territoriale pour une meilleure répartition de l'offre de soins sur le territoire.

Le projet social est donc inscrit dans un parcours de soin et de santé. **Nous pouvons alors percevoir le risque de projeter sur le secteur social et médico-social, l'idéologie sanitaire.** En effet l'idéologie sanitaire est caractérisée par le risque zéro ¹¹, compatible avec une logique rationnelle, procédurale et uniformisée alors que le secteur social et médico-social est fondé sur les rapports humains, sur l'approche singulière de la personne accompagnée, laissant une place à l'incertitude et l'imprévisibilité.

b) La démarche qualité et l'influence du « New Public Management »

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 impose l'évaluation des activités et des prestations, et la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité dans tous les services et les établissements du secteur social et médico-social. **Cette action devient un sujet incontournable pour le secteur car elle met en jeu les autorisations de fonctionner et l'attribution des fonds alloués.** La mise en œuvre de la démarche qualité n'échappe pas à l'influence du « NPM » et aux contradictions et paradoxes (V. De Gaulejac, 2011) que celui-ci génère dans l'application. Le « NPM » :

- Préconise l'autonomie, la prise de risque, l'innovation et en même temps, soumet les acteurs à l'obligation de contrôles programmés, à l'application de procédures et de normes de gestion strictes.
- Cherche à améliorer les prestations de service tout en voulant effectuer des économies de moyens sachant que la réduction des effectifs est un principe de la bonne gestion des ressources humaines.

¹¹ Jean-Michel Abry, 2009

- Propose une volonté réflexive tout en développant une approche technocratique et normalisatrice.
- Englobe les besoins et les attentes collectives dans un but de **dynamique** d'équipe et neutralise la spécificité des besoins singuliers propre à un individu.

c) Les enjeux institutionnels

La démarche qualité prise dans l'influence de ce nouveau management impose donc des enjeux importants aux institutions :

- **enjeu économique** pour le maintien de l'autorisation de fonctionner et l'attribution des financements.
- **enjeu idéologique** en questionnant le sens des missions et des pratiques.
- **enjeu culturel** autour de l'identité et des valeurs où la liberté est mise à l'épreuve avec les notions d'autonomie, de protection et de contrôle.
- **enjeu technique** concernant les outils, la méthodologie et le management.

Les acteurs du secteur social et médico-social, sur l'ensemble de l'échelle de l'organigramme, bouleversés dans la culture de leurs pratiques et pris dans le filet de ces enjeux paradoxaux, doivent gérer les tensions que cela génère dans l'acte professionnel. En effet, comment faire lien entre des principes utilitaristes et productivistes du « NPM » où l'acteur doit faire preuve de son utilité sociale, et les valeurs républicaines et culturelles telles que la liberté d'être, d'agir et de choisir, l'égalité des droits et des chances, et l'entraide fraternelle ?

d) Les logiques managériales à l'œuvre

D'après une enquête qualitative au sein d'un service de l'action sociale, N. Amadio¹² constate que les logiques managériales autour des notions d'individualisation, de contractualisation, de responsabilisation et de standardisation, accélèrent les pratiques et bousculent l'autonomie des professionnels. L'autonomie est une particularité acquise dans le secteur social et médico-social, confirmée par les nombreuses recherches sur les spécificités du travail social qui ont longtemps « *conduit à renforcer une représentation de sens commun qui fait du travail social une sorte de monde à part ayant ses propres règles*

¹² N. Amadio, journées internationales de sociologie du travail, 2009-gree.univ-nancy2.fr)

et normes de fonctionnement » (Chopart, 1996 : 25-26). Aujourd'hui, les professionnels n'échappent plus aux logiques gestionnaires et procédurales auxquelles ils sont confrontés dans leur pratique. Ils rentrent dans un rapport d'évaluation des capacités des usagers, de contractualisation venant réguler le rapport individu société, et/ou l'utilisateur devient responsable de la réussite de son projet. Ces logiques entrent en contradiction avec les représentations que les professionnels se font de leur travail, le sens qu'ils donnent à leurs pratiques professionnelles (Monceau, 2006) et le mode d'organisation au regard duquel ils les exercent. Pour Amadio, ces logiques apparaissent comme des outils d'organisation sociale (cité par Diet, 2003) utiles à l'institution de « l'idéologie managériale » (Gaulejac, 2005). Elles empêchent le travail d'organisation des professionnels et « *le travail sur autrui* »¹³ (Dubet, 2002 : 306). En effet ce dernier ne constitue pas une simple prise de rôle mais nécessite un véritable travail de recomposition, de recherches des cohérences et de mise en sens. La force « *du programme institutionnel* »¹⁴ (Dubet, 2002 : 24) semble s'épuiser et l'intensification croissante de la charge de travail sur le plan organisationnel ne permet plus aux travailleurs sociaux de répondre aux contradictions, paradoxes et tensions inhérents au « travail sur autrui ».

L'étude de N. Amadio enrichit des travaux des auteurs cités **confirme l'apparition de tensions entre les logiques managériales et « le travail sur autrui » cher aux professionnels du secteur social et médico-social, déclenchant une perte de cohésion et de sens.**

Le temps de la gestion rationnelle, prévisionnelle prendrait-t-il le temps du travail avec l'incertain, le fragile et le singulier ?

4) Son évaluation

- a) Un impératif encadré par la législation

L'évaluation est le point d'entrée de la démarche qualité, par le biais d'une auto évaluation. Elle permet aux établissements et services de déterminer les moyens financiers et humains de leur action ainsi que la qualité de leurs prestations et d'en

¹³ « *Le travail sur autrui se présente comme une activité critique et comme une activité éthique de définition continue des autres et de soi, tout en étant de plus en plus fortement prise dans la vie et les réseaux d'organisation complexes* »

¹⁴ *Le programme institutionnel : « peut être défini comme le processus social qui transforme des valeurs et des principes en action et en subjectivité par le biais d'un travail professionnel spécifique et organisé »*

favoriser une adaptabilité continuelle. Cette démarche est inévitable, sachant que tous les 7 ans, l'évaluation externe remet en jeu le maintien des agréments et des accréditations. Ce regard étatique sur l'application concrète de l'argent public répondrait-il à l'enjeu des missions de l'Etat de reconquérir un pouvoir et une légitimité contestée ? En effet, dans les années 1980, l'Etat était représenté comme un frein à l'innovation, et ses orientations issues de la loi du 30 juin 1975 sur l'intégration sociale n'ont pas eu, dans les deux décennies suivantes, d'aboutissement concret. C'est ainsi que le décret du 22 janvier 1990 inscrit l'évaluation au répertoire des missions de l'administration. Aujourd'hui l'évaluation est au centre de cette phase transitoire de la construction européenne, qui transforme les représentations du rôle et du fonctionnement de l'Etat et de ses services. « *Le désir d'Etat s'est mué en désir de société, avec un renforcement des valeurs attribuées à la société civile* » (Chauvière, 2003 : p15). Dans ce contexte, l'évaluation est-elle donc pour l'Etat une façon de reprendre sa place, par un renforcement de sa présence et par l'affirmation de son pouvoir ? Implicitement, le secteur médico-social, n'échappe pas à la voie de l'évaluation fondée « *sur une évaluation de l'efficacité des actions entreprises et sur la capacité à atteindre des objectifs définis* » (Rossignol, 2000). Cependant B. Bouquet, M. Jaeger, I. Sainsaulieu, avec la participation de R. Janvier, J.P. Hardy, J. Haeringer, V. Meyer, J. De Bony, et C. Dejours (Paris, 2007) débattent sur le processus de connaissance et sur l'apport des valeurs et de la subjectivité en lien avec l'évaluation.

b) l'évaluation processus de connaissance :

« *L'évaluation est un processus de construction de connaissance et un champ de savoirs et de méthodes scientifiques* ». « *Dans le secteur social et médico-social, elle se situe au carrefour des logiques de recherche, des problématiques d'évaluation des politiques publiques et de l'investigation des modèles de l'intervention sociale.* » (Bouquet¹⁵, Jaeger¹⁶, Sainsaulieu¹⁷, 2007, p.1, p.4). **Elle relève d'un ensemble de dispositifs et de règles procédurales qui permettent d'analyser le champ des pratiques dans un système de double évaluation**, d'une part en interne d'un service ou

¹⁵ Professeur titulaire de la chaire de travail social au CNAM

¹⁶ Directeur général de l'institut régional du travail social, Montrouge-Neuillys/Marne

¹⁷ Chargé de recherche au laboratoire interdisciplinaire pour la sociologie économique (LISE-CNAM)

établissement et d'autre part en externe par le recours d'un spécialiste. Pour R. Janvier¹⁸, l'évaluation peut être le vecteur d'une véritable dynamique d'évolution pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux, et représenter une opportunité pour légitimer l'action sociale et médico-sociale. De même J.P. Hardy¹⁹, défend l'idée d'une évaluation comme un mode de régulation démocratique et sociale avec la visée de « l'utilisateur citoyen » pour arriver au « meilleur coût » et non au « moindre coût ». Pour J. Haeringer²⁰, dans le secteur associatif l'enjeu social de l'évaluation est le développement des pratiques démocratiques. **Ces perceptions positives demandent à ne pas réduire l'évaluation à un contrôle, une volonté de maîtrise, un registre prescriptif, une normativité. Elle demande au contraire un processus arrimé à une conception éthique du travail social.**

c) L'évaluation cohabite-t-elle avec valeurs et subjectivité ?

L'évaluation du service rendu à l'utilisateur demande un travail réel et la nécessité de prendre en considération l'effort subjectif de tout travail. V. Meyer²¹ s'intéresse à la valeur et au sens de la production d'information à visée évaluative. J. De Bony²² présente l'outil d'évaluation en phase avec les représentations collectives de ceux qui l'ont élaboré (origine américaine). Son exportation en France ne va pas de soi. Pour elle, l'évaluation n'est pas un outil de gestion universel mais demande, au préalable, une culture consensuelle. B. Bouquet rappelle que l'évaluation est une question technique et une question de politique institutionnelle et publique, mais aussi une question symbolique, de sens et de valeurs. Elle analyse les tensions entre normes évaluatives et éthique professionnelle. Pour C. Dejours²³, on ne peut mesurer objectivement le travail puisque l'intelligence est fondamentalement subjective, affective et corporelle. Les acteurs sont nouvellement unis aux politiques publiques par l'action publique ce qui les oblige à mettre l'accent sur le processus de construction ou d'élaboration de la décision. **Le cheminement de construction et d'élaboration devient alors plus important que les résultats.**

¹⁸ Directeur général de la sauvegarde de l'enfance à l'adulte en Ile et Vilaine, il siège au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-social

¹⁹ Chef de bureau de la réglementation budgétaire et comptable à la DGAS

²⁰ Maître de conférence à Sciences Po formation et chargé de recherche au laboratoire interdisciplinaire pour la sociologie économique (LISE-CNAM)

²¹ Professeur en sciences de l'information et de la communication à l'université de Metz

²² Chargée de recherche au laboratoire interdisciplinaire pour la sociologie économique (LISE-CNAM)

²³ Professeur titulaire de la chaire « Psychanalyse, santé, travail » au CNAM

Le devenir de l'évaluation dépendrait-il de la conception que les acteurs lui donnent ? Soit devenir un outil technique de contrôle administratif, soit devenir un outil d'émancipation des établissements et services, face à la contrainte des procédures et à la conformité des réglementations ?

Il est important de rappeler que l'évaluation permet une décentration par rapport à la pratique, la capitalisation d'acquis et l'exploration de nouvelles voies.

5) Conclusion

Nous retrouvons dans le secteur social et médico-social, l'expression des deux mouvements sociétaux forts, s'inscrivant dans les politiques et l'action publique. Il s'agit d'une part de la démocratisation avec la participation citoyenne, le droit d'accès à l'information et à la réflexion et d'autre part la logique économique développant une culture client de résultat et de performance.

Ces deux mouvements se retrouvent au cœur des pratiques, alimentant les jeux collectifs et les interactions des acteurs. L'application du « New Public Management » sollicite la responsabilité individuelle des acteurs, leur autonomie et en même temps fixe des contrats d'objectifs et de moyens. La RGPP confie la gestion et le contrôle du secteur social et médico-social à l'ARS, ainsi l'idéologie sanitaire « du risque zéro », côtoie l'idéologie sociale « de l'approche singulière imprévisible ». De plus, la loi n° 2002.2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale est une réelle révolution culturelle, légiférant le rapport à l'utilisateur. Il devient partenaire et acteur de son projet (utilisateur citoyen) et bénéficiaire d'un service pour répondre à ses besoins individuels (utilisateur client). Elle intègre l'évaluation obligatoire des pratiques avec un objectif d'amélioration des prestations mais aussi de régulation de l'argent public. Nous retrouvons ainsi, la mise en œuvre de logiques managériales influencées par le « N.P.M » entre la démarche participative et l'individualisation, l'approche personnalisée et la standardisation, la responsabilité et la contractualisation, la réflexivité et le contrôle des actions. Ces logiques bousculent l'autonomie des acteurs dans leur organisation de travail et déséquilibrent le temps consacré au « travail sur autrui ». L'augmentation d'un temps de gestion administrative et prévisionnelle prend sur le temps de la réflexion nécessaire à la recherche de sens et de cohésion. Pour finir, l'évaluation, outil principal de la démarche qualité dans le secteur s'organise en évaluation interne des pratiques et en évaluation

externe. Ainsi l'auto-évaluation définie comme un processus de connaissances, de valeurs, de sens, de subjectivité, de légitimation des pratiques, s'inscrit dans une régulation démocratique tandis que l'évaluation externe, définie comme un processus de vérification de l'efficacité des actions et de la gestion des moyens, s'inscrit dans une régulation de contrôle programmé. **L'existence de ces deux mouvements modifie le rapport au travail et génère des tensions.**

Après avoir présenté la situation de notre objet de recherche par un rappel d'expérience de terrain, une exploration des contextes d'émergence de la qualité et une meilleure connaissance du secteur social et médico-social, l'approche du terrain sera abordée par le biais d'entretiens exploratoires pour compléter les données.

D- LES ENTRETIENS EXPLORATOIRES

Nous avons choisi de réaliser quatre entretiens exploratoires, auprès de chefs de service du secteur médico-social pour leur position intermédiaire (entre la direction et les professionnels de terrain) et leur implication directe ou indirecte dans la démarche qualité au niveau de la réflexion, de la communication et de l'organisation. Nous avons évoqué des questions ouvertes à partir d'un point de vue systémique (économique, politique, socioculturel et technologique) afin de pouvoir recueillir les contextes d'influence sur la mise en œuvre de la démarche qualité dans l'organisation et de voir les effets sur les missions, les actions et les pratiques. Trois entretiens ont été enregistrés sur dictaphone et transcrits dans leur intégralité, et un entretien a été transcrit à partir d'une prise de notes. Ces entretiens exploratoires ont permis de découvrir des champs inexploités, de mettre en évidence des thèmes et de poursuivre la réflexion.

1) Contenu des entretiens exploratoires

a) Découvertes

Nous sommes surpris d'entendre majoritairement un discours utilisant **un langage codé, se laissant happer par le devoir de répondre à une obligation de normalisation, d'amélioration de service et de justification des dépenses.**

◆Pour eux la qualité, c'est :

- « *l'idée de marge de progression d'un service rendu* », « *l'amélioration des prestations que l'on rend* », « *la mise en évidence du service pour lequel l'argent public est alloué* », « *la justification de l'argent public* »
- « *un respect des normes* »
- « *une évaluation des besoins personnalisés* », « *une remise en question* », « *une reconnaissance* »

Seul le chef de service psychiatre se pose la question du comment :

- « *la qualité c'est la manière dont on va répondre à notre mission, d'autonomisation, d'intégration, d'adéquation des moyens avec les besoins* »

Ce constat pourrait laisser entrevoir que la démarche qualité est vécue majoritairement, par ces cadres intermédiaires, comme une injonction externe et que les organisations ne l'intègrent pas encore comme une démarche commune, réflexive et partagée par l'ensemble des protagonistes.

◆Appréhension de la démarche qualité et de la perspective de l'évaluation :

La majorité l'appréhende comme un processus rationnel marqué par des étapes obligatoires (référentiel, évaluation interne, évaluation externe) avec la construction d'outils (référentiel, réécriture des projets de service, fiches de postes, prises en compte des recommandations). L'ensemble s'effectue dans l'urgence et devient contraignant dans l'application par manque de temps et par difficulté organisationnelle. Le processus participatif et réflexif n'est pas nommé, ni réfléchi. Il est vécu comme une contrainte, constaté comme un écart de perception ou de langage, une résistance, une non-appropriation par les équipes dans leur pratique, sauf pour un chef de service qui le présente comme une force de proposition.

Les constats qui se posent sont les suivants :

- « *il existe un problème entre le formalisme et le vécu qui s'inscrit dans un mouvement, une dynamique et un cheminement* »
- « *existence d'une pression, par des changements rapides : pathologies (entre déficience intellectuelle et psychose), mouvement de personnel, politiques publiques* »
- « *Il existe une contrainte de temps entre tenir la pression et prendre le temps* »

Pour tous les interviewés, **l'appréhension de la démarche est associée à l'aspect temporel, qui parle d'accélération, de changements rapides, de mouvement, de cheminement, de dosage.** Cette dimension temporelle devient une contrainte (travail dans l'urgence, pas le temps de réflexion, d'assimilation).

La démarche qualité met en évidence des changements rapides d'ordres sociétaux, contextuels, et culturels qui viennent déstabiliser, déstructurer, désorganiser l'organisation et les équipes. **L'accélération des pratiques bouscule le rythme d'assimilation,** voire le néglige, sachant que la démarche qualité s'inscrit elle-même dans un processus de changement continu.

◆Méthodes et outils utilisés

Chaque établissement **met en place une structuration différente de la démarche qualité.** Nous sommes surpris de la diversité des différentes formes de pilotage de la démarche qualité (soit embauche d'un qualicien en CDI, soit appui d'intervenant extérieur ponctuel, soit mise en place d'un référent qualité en interne, soit pilotage par équipe de cadre, soit pilotage par un comité qualité intégrant des salariés).

En ce qui concerne les outils et la méthode, le référentiel, support de l'évaluation est créé par chaque association, et la méthode participative est unanime (injonction de la loi), reste à savoir comment est-elle appliquée ?

Un seul chef de service parle de pédagogie d'accompagnement des équipes pour la transmission, l'appropriation, la dynamique.

◆Liens avec la démarche qualité et cadre de référence associative

La majorité fait un **lien avec le questionnement des valeurs, des missions, et l'éthique associative.** Ils évoquent la remise en cause de fondamentaux associatifs, de certaines méthodes de travail, le décalage entre les membres du Conseil d'Administration et les dirigeants des structures, le manque de lien associatif entre les différentes structures, la difficulté du travail collectif, l'adaptation au niveau de l'évolution des pathologies. Le secteur du handicap psychique est confronté à un débat concernant l'utilité de la démarche clinique psychanalytique alors remise en cause. Un des interviewés est en cohésion avec les principes de l'association qui soutiennent la démarche qualité.

- « *Aujourd'hui, une de nos grandes difficultés, c'est le décalage dans les grandes évolutions de nos missions, des normes, des politiques publiques et une association de*

parents qui est restée la même depuis son origine, ce qui peut donner un peu l'idée du vieillissement de notre employeur »

- *« on avance sur des progrès en terme de compétences techniques, de méthodologies scientifiques mais sur la question de ce qui fait collectif, appartenance à, se mutualiser, être solidaire des uns et des autres, y compris en équipe, cela est plus complexe, plus difficile, plus en souffrance, à l'image de notre société actuelle »*

- *« la nomenclature que l'on utilise n'est pas la même que celle qui est maintenant imposée, le terme psychose est refusé et donc il s'agit d'évaluer les besoins des enfants et en plus il nous faut porter le fait que la psychanalyse n'est plus recommandée pour le traitement de la psychose et de l'autisme, là nous sommes en difficulté »*

- *« l'évolution de la population en passant de la déficience intellectuelle à l'autisme et la psychose, génère d'autres façons de travailler et la remise en cause de méthode comme nos ateliers de méthode Romain²⁴, mais aussi de l'insertion, avant elles se faisaient dans le secteur traditionnel, maintenant dans le secteur protégé »*

Ces liens donnent à percevoir un changement culturel important remettant en cause certaines valeurs, demandant des renoncements ou des confrontations, des capacités d'adaptation, donc des ressources importantes. Ils mettent en évidence la difficulté à mettre en œuvre le travail collectif, l'articulation entre les générations, les institutions d'une même association, alors que cette ressource devient un besoin.

◆ Enjeux dans la mise en œuvre de la démarche qualité

Pour deux interviewés, l'enjeu est de rester porteur d'un projet qui fédère un collectif et respecte les convictions associatives. Pour un autre, l'enjeu se situe au niveau de la façon d'accompagner les équipes et pour le dernier, l'enjeu se situe au niveau de la concurrence avec d'autres associations plus importantes.

²⁴ Méthode créée par S. Romain (1900-1975). Elle se pratique en groupe et propose par différents exercices, à chacun de se structurer et d'élargir ses relations aux situations, aux autres et lui-même, selon une démarche qui lui est propre.

b) Thèmes mis en évidence :

◆le changement

Le changement s'exprime à deux niveaux, d'une part d'origine sociétale, contextuelle et culturelle venant bouleverser le champ des pratiques (valeurs, mission, organisation) et d'autre part, par le changement continu engagé dans le processus de la démarche qualité. Ces changements déstabilisent en profondeur l'organisation institutionnelle et le travail en lui même demande la mobilisation de nombreuses ressources individuelles et collectives.

◆La structuration de la démarche qualité

Il existe diverses formes de structuration de la démarche qualité selon les établissements et diverses formes de pilotage interne et externe avec la participation d'experts.

◆L'évaluation

Elle semble à ce jour employée comme un outil utilitariste et normatif afin de répondre à l'injonction de la loi et à l'évaluation externe. Cependant les contraintes soulèvent des questions éthiques et l'entretien fait évoluer la perception de l'évaluation, comme un levier potentiel pour répondre à l'enjeu de rester porteur d'un projet qui fédère et respecter les convictions associatives.

◆Le temps

La démarche qualité introduit le questionnement du temps, de l'accélération des pratiques, du travail en urgence engendrant de la pression, négligeant la démarche participative et réflexive.

◆Le collectif

Le collectif est en même temps un besoin en tant que ressource et une souffrance. Il reste difficile à mettre en œuvre, aux niveaux des valeurs (coopération, solidarité) au niveau des liens, de l'articulation entre les générations, les structures, les rôles.

◆La contradiction

La démarche qualité met en parallèle des logiques contradictoires entre le formalisme et le mouvement, entre l'individuel et le collectif. Ces logiques sont vécues comme

contradictoires mais peuvent-elles exister en parallèle ? Le paradoxe n'est-il pas de vouloir les relier ?

De ces entretiens exploratoires nous mettons évidence **deux axes principaux** :

- **l'existence de structurations différentes de la démarche qualité dans les établissements.**
- **le vécu de la démarche qualité comme une contrainte : d'organisation, de gestion du temps, de remise en cause d'une identité culturelle.**

Le premier axe questionne sur l'impact de ces différences dans la mise en œuvre de la démarche qualité, tandis que le deuxième axe met en évidence les problèmes suivants :

- La pression du temps, entre le processus individuel et collectif d'assimilation, de transformation, d'adaptation et le processus rationnel avec des échéances.

- la mise à mal du collectif par l'impact de la gestion administrative rationnelle prenant du temps sur la réflexion individuelle ou partagée, sur l'alimentation, l'articulation et le maintien des liens associatifs comme appartenance et comme ressources entre les générations et les services.

- la remise en cause de valeurs fondatrices associatives par des changements de paradigmes ou d'évolution des pathologies.

2) Notre réflexion

La démarche qualité dans le secteur médico-social est une action publique issue des politiques publiques. Cette action est inscrite dans le contexte de mutation du modèle sociétal, dans le changement contextuel de la « RGPP » et sous l'influence du « NPM ». Elle n'échappe pas aux deux mouvements de fond de cette mutation traversée par la démocratisation et l'économie. Elle est un processus de changement continu et imposé, rythmé par l'auto-évaluation et l'évaluation externe. Ce processus déstabilise l'organisation et « les jeux d'acteurs ». A partir de l'expérience de terrain et des entretiens exploratoires, la notion de temps semble une dimension révélatrice de ce double phénomène, induisant une contrainte et des tensions importantes. En effet deux processus temporels se côtoient : un lent, nécessaire à l'assimilation de la nouveauté et l'appropriation de celle-ci par l'ensemble des acteurs et un rapide, nécessaire à la bonne

gestion rationnelle de l'organisation, imposant des objectifs et des limites d'action. Le processus temporel rapide prend le dessus sur le premier et cette accélération se fait ressentir dans les pratiques. Elle laisse moins de place à la réflexivité, au travail du lien associatif dans le besoin d'appartenance, ou transversal dans le travail de co-construction de la mise en place de la démarche qualité. Ce constat amène à poser les questions suivantes : **Comment les professionnels gèrent ces tensions dans leur pratique ? Quelles sont les ressources individuelles et collectives sur lesquelles ils s'appuient ? Comment les professionnels continuent à construire du sens et de la cohésion dans leur expérience professionnelle ?**

E- CONSTRUCTION DE LA QUESTION DE RECHERCHE

1) Renoncement de l'axe émergent, concernant les différentes structurations de la démarche dans les établissements.

Nous avons eu envie de regarder ce thème en comparant plusieurs organisations fonctionnant avec une structuration différente et d'en observer les effets sur la mise en œuvre de la démarche qualité. L'idée de cet axe a été abandonnée dans le cadre du mémoire, car cette étude demandait de trouver trois formes de structuration différentes et de comparer deux institutions de même structuration, ce qui d'un point de vue méthodologique est difficilement réalisable au vu du temps qui nous est imparti ?

2) Deux mouvements, deux logiques de temporalité différentes.

La découverte progressive dans la phase exploratoire, de l'infiltration d'un double mouvement démocratique et économique, dans la mise en œuvre de la démarche qualité, s'impose à nous. Ces deux logiques à temporalité différentes créent des tensions, déstabilisent, contraignent les pratiques et rendent difficile l'appropriation de la démarche qualité par les acteurs. La logique démocratique, responsabilisant l'acteur en l'impliquant dans une démarche participative et continue de la qualité des prestations et des pratiques, s'appuie sur un cheminement, c'est à dire un processus temporel. La logique économique, rendant compte de l'argent public par une gestion rationnelle, procédurale et normative s'appuie sur une action de programmation, de prévision et d'efficacité par l'intermédiaire d'objectifs et de moyens.

Ces logiques à temporalités différentes s'invitent dans la construction de l'expérience professionnelle des acteurs sachant que leur rapport au travail est modifié par le retournement culturel engendré par la loi n° 2002.22 du 2 janvier 2002, changeant le rapport à l'utilisateur. **Ainsi ce changement culturel et ce changement continu viennent modifier l'organisation du travail individuel, collectif et les jeux des acteurs.** Le problème reste à savoir si les professionnels assimilent, intègrent et s'approprient ces changements tout en maintenant du sens et de la cohésion dans leur expérience professionnelle.

La question de départ peut donc s'énoncer de la manière suivante :

Comment l'acteur articule-t-il, dans son expérience professionnelle, les différentes logiques en œuvre dans la démarche qualité ?

DEUXIEME PARTIE :

THEORISATION AU SERVICE DE LA PROBLEMATIQUE

PLAN

| | |
|--|-------|
| A-THEORISATION | p. 42 |
| 1) La pensée complexe : une aide à l'approche théorique | p. 42 |
| 2) La démarche qualité : une ambition collective partagée | p. 42 |
| a) Le concept qualité | p. 42 |
| b) Notion de processus | p. 44 |
| c) Spécificité de l'activité sanitaire, sociale et médico-sociale | P. 46 |
| 3) L'acteur au cœur de l'organisation, deux approches complémentaires : stratégique et systémique | p. 48 |
| a) L'analyse stratégique | p. 48 |
| b) L'analyse systémique | p. 50 |
| 4) L'articulation entre l'acteur et l'organisation : la sociologie de l'expérience | p. 52 |
| B- LA PROBLEMATIQUE | p. 54 |
| 1) Rappel de la question de départ | p. 55 |
| 2) Argumentation | p. 55 |
| 3) Hypothèse principale, proposition de réponse à la question | p. 59 |
| 4) Elaboration des hypothèses opérationnelles | p. 59 |

A- THEORISATION

1) La pensée complexe : une aide à l'approche théorique

Nous choisissons « *la pensée complexe* »²⁵ au sens d'E. Morin, pour construire une perspective théorique autour de l'objet de recherche, reflétant davantage une ouverture, un état d'esprit pour dérouler le fil de ce mémoire. En effet la démarche qualité dans le secteur médico-social, émerge dans un contexte sociétal en mutation avec l'apparition de différents enjeux d'ordre idéologique, spatio-temporel, socioculturel, politique, économique, technologique et éthique. Ces différents enjeux provenant d'influences externes aux organisations ajoutent de « *la complexité* »²⁶ à ce thème de recherche. L'acteur représentant le professionnel, et l'utilisateur sont au cœur de cette complexité influençant l'organisation interne des institutions et des structures de services. Nous allons donc prendre en considération la réalité de cette complexité en conceptualisant la démarche qualité et en nous appuyant sur des orientations théoriques comme la sociologie des organisations et la sociologie de l'expérience. Notre choix théorique se pose sur l'analyse systémique et stratégique ainsi que sur le concept de l'expérience sociale prenant en compte les logiques d'action d'intégration, de stratégies et de subjectivité de l'acteur. **Pour E. Morin, la complexité aspire à la connaissance multidimensionnelle et comporte la reconnaissance d'un principe d'incomplétude et d'incertitude.**

2) La démarche qualité ²⁷ : une ambition collective partagée

a) Le concept qualité

C'est un concept ancien qui n'a jamais cessé de se développer. Au temps de la pratique artisanale la qualité correspondait à une recherche d'utilité, d'efficacité, d'esthétique et de fiabilité, puis avec l'apparition des manufactures, elle évolue vers la maîtrise de l'identique

²⁵ « *La pensée complexe est de s'exercer à une pensée capable de traiter, de dialoguer, de négocier avec le réel. Elle intègre le plus possible, les modes simplifiant, de penser mais refuse les conséquences réductrices d'une simplification.* » (E. Morin, 2005)

²⁶ « *Est complexe ce qui ne peut se résumer en un maître mot, ce qui ne peut se ramener à une loi, ce qui ne peut se réduire à une idée simple* »

²⁷ A partir du livre « *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* » P. Ducalet, M. Laforcade, 2008.

et la conformité des modèles. L'aire de l'industrialisation accentue cette avancée en travaillant sur la conformité des processus de production des produits et services aux besoins, attentes et désirs du client. Aujourd'hui la qualité se rapproche d'un idéal autour d'un enjeu de société. Elle cherche à inspirer confiance en développant une valeur distinctive. Elle devient un compromis social au sein de l'organisation avec une notion de mise en mouvement engendrant une dynamique.

« La qualité est l'aptitude d'une organisation (association, établissements, service, dispositif etc.) à répondre aux besoins exprimés, implicites et potentiels de l'utilisateur, de sa famille et des acteurs avec lesquels elle entre en coopération, en vue de maintenir ou d'améliorer sa santé, son autonomie sociale et sa dignité d'être humain. » (Ducalet, Laforcade, 2008 p 129)

La qualité comporte plusieurs dimensions : **l'efficacité (aptitude à atteindre les résultats attendus), l'efficience (aptitude à produire au moindre coût), la sécurité, l'acceptation des interventions, l'accessibilité des prestations dans toutes ses dimensions (géographique, économique, sociale et culturelle).**

♦La qualité, un état d'esprit

La qualité cherche à trouver le sens des missions sociales en réinterrogeant les évidences et en mesurant l'adéquation des missions aux besoins de l'utilisateur. Elle prend en compte la mesure des contraintes de l'environnement en intégrant la complexité des interventions sanitaires et sociales, afin de retrouver de la cohérence interne et externe. Elle cherche à permettre à l'utilisateur de rester « sujet » en bénéficiant des services tout en exprimant ses besoins et ses droits. **Pour cela, elle s'engage dans une démarche de réflexion éthique à la recherche de l'écoute singulière des besoins des personnes.**

♦La qualité, une démarche méthodologique

La qualité est une démarche rationnelle qui cherche à atteindre un but. La démarche qualité médico-sociale et sociale combine à la fois une intention concernant une finalité d'accompagnement de l'humain et porte une attention vigilante aux chemins pour atteindre les finalités. Elle se déroule à partir de la démarche évaluative avec d'une part l'auto-

évaluation de l'organisation et de son fonctionnement comme mode de dialogue avec le réel, et d'autre part, l'évaluation de la satisfaction des usagers. **L'évaluation consiste « à porter un jugement sur une intervention, dans un but d'aide à la décision »** (Ducalet, Laforcade, 2008 p 127)

L'évaluation se déroule en quatre phases :

- Description quantitative et qualitative à partir de mesures et de recueil d'information sur une situation observée.
- Analyse à partir de « ce qui aurait dû se passer » qui s'appuie sur un référentiel²⁸ (Construction de normes, de standards, de critères, d'indicateurs).
- Interprétation qui implique la comparaison de deux situations celle qui était souhaitée et celle qui est observée.
- Constat qui découle sur des propositions concrètes d'amélioration.

L'évaluation ouvre sur une démarche d'amélioration des points faibles et des dysfonctionnements avec des propositions concrètes qui seront elle même évaluées en cours d'application afin d'être réajustées ou modifiées. **Ainsi la démarche qualité s'inscrit dans un cercle vertueux et procède d'une pratique d'amélioration continue des processus en terme de cohérence et de cohésion.**

b) Notion de processus

◆ Définitions

Dans le livre de P. Ducalet et M. Laforcade, plusieurs auteurs ont participé à donner une définition de la notion de processus qui vise à décrire l'activité d'un établissement ou d'un service. En voici quelques unes :

Y.F. Livian, décrit l'activité « *En terme de combinaison de mode opératoire (et non de structure) et selon une logique de finalité* » (Livian, 1998).

²⁸ « Le référentiel est un document décrivant la pratique optimale par la référence à l'état actuel des connaissances. Dans la mesure du possible, il doit être mesurable, objectif et réalisable » (Ducalet, Laforcade, 2008, p 128)

P. Lorino, décrit le processus comme « *Un ensemble d'activités transversales reliées entre elles par des flux d'informations, qui se combinent pour produire un produit ou un service* » (Lorino, 1993).

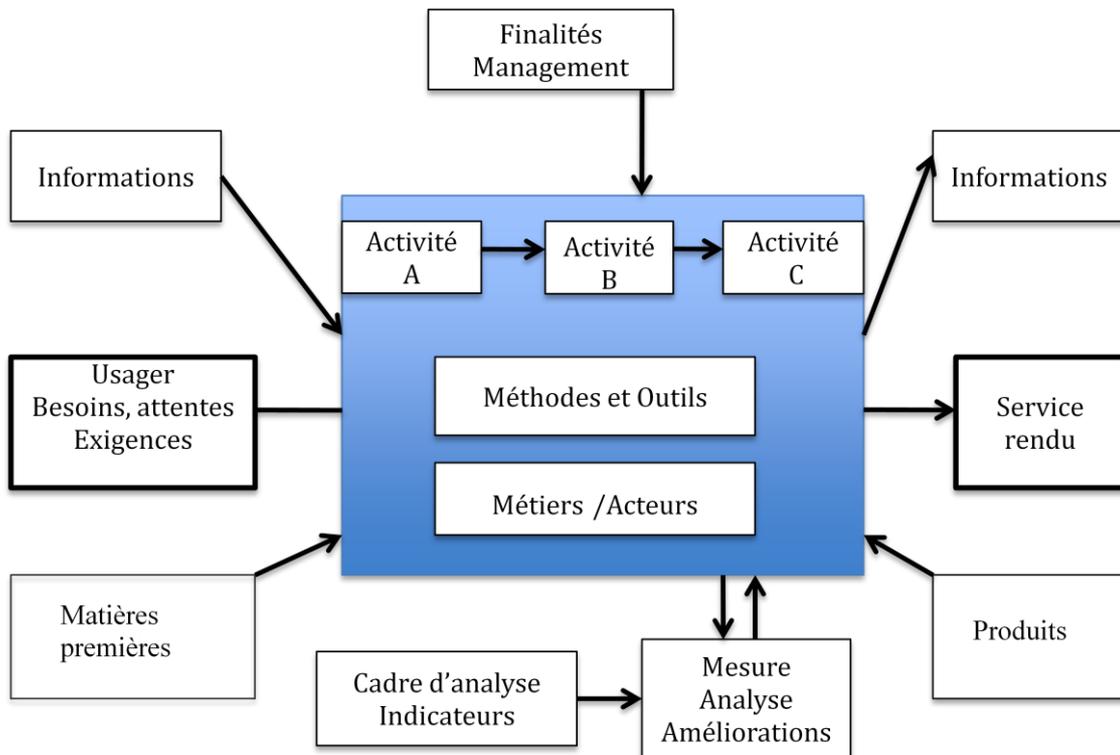
P. Candau et C. Mayeur, proposent la définition suivante « *Un processus est non seulement une chaîne de traitement d'activités, avec des interfaces entre les postes et départements, pouvant être mesurés, mais également une chaîne de responsabilité impliquant des actions et des compétences divers, il y a une finalité client, des objectifs à atteindre et des fonctions à réaliser* » (Candau et Mayeur, 1993).

Enfin, la Fondation Européenne pour le management par la qualité (FEMQ) définit un processus « *Comme une succession d'étapes qui ajoutent de la valeur à des produits, services sortants, réalisés à partir de produits, services entrants. Dans toute entreprise, il y aura un réseau de processus qui, tous, doivent être gérés et améliorés. Parmi ceux-ci, certains seront d'une importance cruciale pour le succès de l'activité. Enfin ces processus qui doivent être identifiés nécessitent une attention particulière, traversant souvent les frontières des départements et des fonctions.* » (Fondation Européenne pour le management par la qualité, 1995)

Dans la démarche qualité, **l'analyse des processus, plus ou moins complexes, complémentaires et interdépendants, permet d'identifier des dynamismes transversaux, afin d'aboutir à une valeur ajoutée attendue et perçue par l'utilisateur et sa famille.** Cette logique transversale se centre sur les bénéficiaires des prestations considérés comme des personnes singulières.

« *La qualité se bâtit sur la capacité de toute organisation de repérer quels sont les processus à forte valeur ajoutée pour l'utilisateur, à ne pas en oublier les finalités et à produire, à partir de l'expérience et d'une lecture événementielle, un processus de progrès continu* » (Ducalet, laforcade, 2008, p 140)

Schéma n°1 : Formalisation d'un processus (Ducalet, Laforcade, 2008, figures 3.4, p 140)



Les processus de mise en œuvre de la démarche qualité dans le secteur sanitaire, médico-social et social peuvent être analysés avec ce cadre théorique tout en prenant en compte la particularité de ce secteur.

c) Spécificité de l'activité sanitaire, médico-sociale et sociale

L'activité sanitaire, médico-sociale et sociale offre des prestations de services à partir d'une approche relationnelle singulière et complexe, que les ergonomes nomment « *relation de service* »²⁹. Cette relation est donc une interaction entre un professionnel et

²⁹ Définition donnée par A. Agatlocléous, chargé de mission auprès de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) : « Un acte immatériel, non stockable, comme acte visant une transformation d'état. Il se fait en faveur de quelqu'un et les effets qu'il aura sur celui-ci sont incertains. La qualité de service est toujours une qualité espérée, anticipée. La réalisation de la prestation est le résultat d'un compromis entre plusieurs visions ».

un usager, qui ensemble vont s'engager dans une construction sociale, nécessitant une dimension temporelle et spatiale. Le temps de la relation de service est « *un événement* »³⁰ qui demande au professionnel et à l'utilisateur une adaptation, et/ou un ajustement continu à la situation. Pour P. Zarifian l'événement échappe à la norme, il est singulier, imprévisible, discriminant, immanent à la situation et demande à être pris en considération par un temps de réflexion pour penser et agir son action. Il précise que l'événement mobilise la subjectivité du professionnel et nécessite de sa part, pour pouvoir faire face, un ancrage dans un système de valeurs. La relation de service contient donc toujours un risque d'imprévisibilité et d'inattendu et donc ne peut pas être complètement maîtrisée. Pour les ergonomes, seule l'activité est révélatrice de la réalité du travail. A.M. Gallet³¹ précise que la prestation de service peut aussi se faire « *en présence* » et « *sur* » l'utilisateur, impliquant la dimension de l'intime. Cette précision rajoute la nécessité d'une réflexion et d'un comportement éthique de la part des professionnels de la relation de service. En résumé la spécificité du travail du secteur social et médico-social est l'implication des professionnels en tant que sujet dans leur activité. Cette implication demande en permanence des ajustements, pour répondre au plus proche à la demande singulière de l'utilisateur.

« *Travailler auprès d'un usager, c'est l'entendre tel qu'il vient et non pas tel qu'il est prévu* ». (Ducalet, Laforcade, 2008, P.145 : citation faite par P. Zarifian)

La relation de service doit donc être comprise et prise en compte dans le management de la démarche qualité car les protocoles et les modes opératoires ne sont pas suffisants pour mettre en évidence les dimensions de sa spécificité. En effet la démarche qualité demande de structurer un système d'action et de conduire une action collective et humaine, vers la réalisation d'objectifs. Elle nécessite donc des compétences de management prenant en compte les hommes et les femmes appliquant et créant la qualité. Elle invite les dirigeants à une logique de pilotage stratégique de l'organisation et des ressources humaines en s'engageant dans une posture réflexive et éthique afin de rester porteuse de sens. Le choix de la perspective « *stratégique et systémique* »³² est adapté pour permettre une compréhension plus réaliste du comportement individuel et collectif dans les organisations.

³⁰ Concept décrit par le sociologue P. Zarifian dans son livre « le travail et l'événement », l'Harmattan, 1995

³¹ A.M. Gallet, chargé de mission ANACT, « la place du malade dans la prestation de soin », 1997

³² M. Crozier, E. Friedberg, l'acteur et le système, 1977

3) L'acteur au cœur de l'organisation, deux approches complémentaires : stratégique et systémique

Dans cette approche l'organisation est conçue comme un construit humain destiné à remplir un ensemble de fonctions sociales. Elle montre, en fonction des conditions organisationnelles, comment les acteurs répondent en adaptant des conduites qui leur sont favorables. Elle note l'importance des attitudes, des systèmes culturels et des systèmes d'action. Elle s'appuie sur un double raisonnement complémentaire et indissociable, d'une part à partir de l'acteur avec l'analyse stratégique et d'autre part à partir de l'organisation avec l'analyse systémique.

Dans son livre le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux, M. Foudriat nous présente ce modèle de la façon suivante : « *Les membres de l'organisation sont considérés comme des acteurs dotés d'une liberté relative qui agissent stratégiquement en fonction de leurs ressources dans un contexte défini à la fois par des contraintes et des opportunités. Les acteurs sont interdépendants et l'organisation réelle est le produit des arrangements construits par eux au travers des relations concrètes qu'ils nouent entre eux à propos du travail et de tous les problèmes qu'ils rencontrent pour sa réalisation, y compris les questions de changement.* » (Froudriat, 2011)

a) L'analyse stratégique

Elle s'appuie sur les postulats suivants :

- **Le concept d'acteur**³³: les membres de l'organisation interprètent un rôle en respectant les règles formelles tout en étant partiellement libre, conservant ainsi une marge de manœuvre pour jouer avec ces règles (ce concept est indissociable de celui du jeu, de la stratégie)
- **La dimension contextuelle de la rationalité des acteurs** : l'organisation est un contexte d'actions qui fixe les relations de travail partant du jeu de pouvoir des acteurs. La position de l'acteur dans l'organisation lui donne des ressources, des

³³ Concept fondamental de l'approche Crozierienne

contraintes et des opportunités. Les acteurs agissent par rapport à des intérêts spécifiques et personnels, liés aux caractéristiques du contexte professionnel.

- **La rationalité limitée** : l'individu fonde son action sur des critères de satisfaction et opte pour le meilleur choix pour lui. Le discours de l'acteur est subjectif, stratégique et orienté pour la défense de ses choix.
- **Les comportements des acteurs** sont la résultante d'une dimension stratégique pour renoncer le moins possible à leurs intérêts. L'acteur raisonne par rapport aux représentations qu'il a sur le contexte, sur les marges de manœuvre possible, sur les conséquences de ses actes, et sur les intérêts qu'il peut en retirer.
- **La liberté relative des acteurs** : les acteurs ne sont jamais totalement contraints par les règles formelles. Ils conservent toujours un comportement en partie imprévisible. Ils usent donc de cette liberté relative pour échapper à l'emprise de l'organisation et pour conserver ou augmenter leur autonomie dans le travail. Une organisation réelle est le terrain d'affrontement des relations de pouvoir entre différents acteurs ayant des intérêts personnels distincts.
- **Le pouvoir, dimension structurante des interactions entre acteurs** : les règles formelles de l'organisation définissent les interdépendances des différents acteurs. Cependant des zones de floue organisationnel ou « zones d'incertitude » rendent possibles des jeux relationnels de pouvoir, afin de maîtriser les différentes zones d'incertitude qu'ils ont découvertes. Le pouvoir structure les contextes d'action ainsi la différenciation, la structuration et la coordination des activités doivent être considérées comme un construit humain qualifié par Crozier comme « le système d'action concret ».
- **La règle de jeu et sa force inertielle** : lorsque le contexte ne change pas, les jeux entre acteurs se répètent, se reproduisent. Chaque acteur adopterait ses comportements en fonction d'une règle non écrite, contingente au système d'action qu'il aurait intériorisée. Cette règle du jeu est un compromis où chacun des acteurs concernés trouve une solution acceptable pour lui. Elle établit une sorte d'équilibre dans leurs échanges. A chaque changement, les acteurs cherchent à revenir à l'équilibre par une reproduction des jeux entre acteurs.
- **Le déficit de rationalité, caractéristique irréductible des organisations** : l'existence de zones d'incertitude sera toujours présente. Elle favorise la réinterprétation des règles par les acteurs, et apporte des contradictions qui ne sont pas toujours cohérentes.

- **La multiplicité des rationalités** : la pluralité des actions est le résultat de la pluralité des points de vue des acteurs que le contexte d'action a contribué à construire.

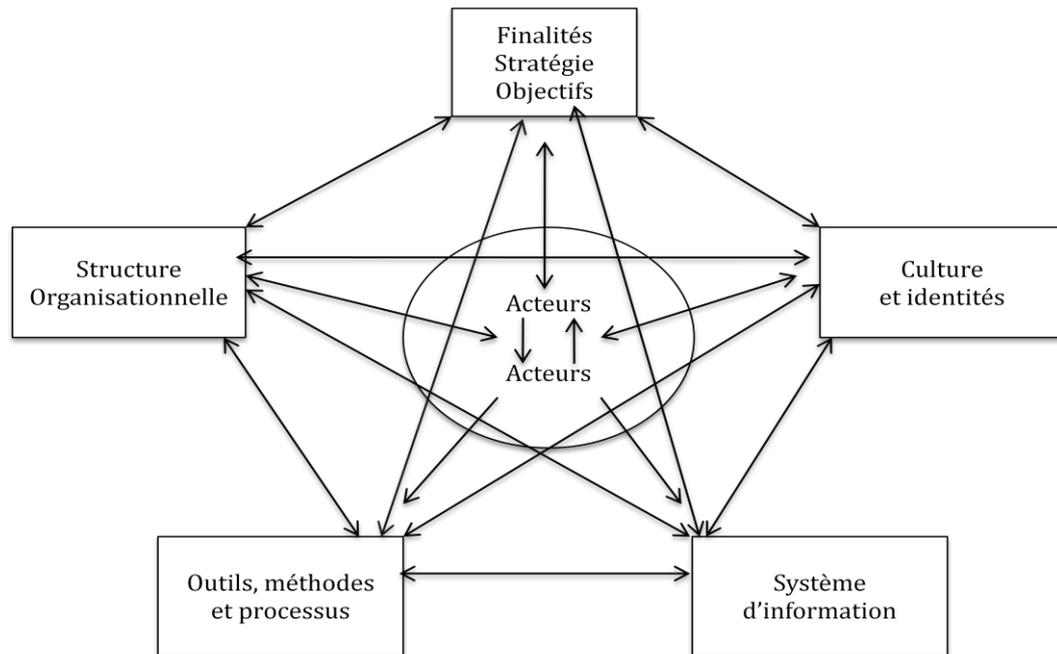
b) L'analyse systémique

Elle s'appuie sur la notion de système :

- **le système est un ensemble symbolique**, une construction abstraite permettant d'étudier la réalité et de comprendre comment fonctionne un établissement en interne, au niveau des négociations, des transactions, des conflits entre les divers acteurs, et en externe dans ses rapports avec l'environnement. Un établissement est un système et en même temps un sous-système d'un ensemble plus vaste, le système sanitaire, médico-social et social.
- **Un système est un ensemble d'éléments qui restent reliés entre eux** malgré les chocs de l'environnement : il demande à repérer les ensembles dans lesquels les éléments sont en relation dans un espace donné, les interrelations et leur logique d'interaction, les éléments de l'environnement qui viennent impacter l'établissement ou le service (l'idéologie dominante, l'économie, le juridique, le progrès scientifique et technologique, les valeurs socioculturelles du secteur sanitaire, médico-social et social, la législation et ses réglementations)

L'analyse systémique aide à percevoir qu'à l'intérieur d'un système on peut individualiser des sous-systèmes en fonction des objectifs, des populations ou des pathologies. **Tout système est soumis à du mouvement. A chaque fois qu'un élément bouge, tout le système bouge.** Ce phénomène demande au système de se réajuster, de retrouver un équilibre. Le système n'est donc jamais stable, il est doit répondre à des demandes par des décisions, ces décisions elles-mêmes vont engendrer d'autres types de demandes qui elles-mêmes provoqueront d'autres décisions. **L'analyse systémique permet de comprendre que l'ouverture comme la fermeture des frontières sont indispensables à l'établissement et que l'organisation est un système social.** L'important est de comprendre le fonctionnement de l'ensemble en mettant l'accent sur les interrelations.

Schéma n°2 : L'organisation comme système social (P.Ducalet, M.Laforcade, 2008, figure 4.2, p162)



- *le sous-système de la stratégie et des objectifs* traduit les finalités de la structure et explicite la constitution d'un rapport de finalité du système organisationnel dans son ensemble. Il donne le cap, fixe des orientations, des objectifs à atteindre, énonce une ambition collective.
- *Le sous-système culturel* représente l'ensemble des « évidences partagées »³⁴ par l'organisation, qui permet aux acteurs de penser leurs actions, et qui participe à la construction de l'identité de l'organisation.
- *Le sous-système d'information* figure les canaux d'information et les dynamiques de communication interne et externe, formels ou informels, qui irriguent, tel un système circulatoire, l'organisation et lui permettent d'apprendre, de réagir et d'échanger.
- *Le sous-système des outils, méthodes et processus* de production des services comprend les outils, les techniques cliniques et de gestion, les méthodes et les procédures d'interventions. Ils sont inducteurs de schèmes cognitifs et créent, plus

³⁴ E. Delavallé, « pour ne plus gérer sans la culture », Revue Française de Gestion n°110, sept-oct, 1996, p5.

ou moins explicitement, des modèles d'actions auxquels se réfèrent les professionnels.

- **Le sous-système structurel** vise à l'intégration des processus, à la rationalité de l'organisation et des différents facteurs qui participent à la production des services. Il est attributif de statuts, de fonctions et de rôles. Il établit des délégations et définit des responsabilités. Pour optimiser en permanence les ressources, pour répondre aux exigences d'efficacité, il tente de coordonner et de rendre compatible entre elles les actions et les décisions. Penser la structure organisationnelle, c'est penser en permanence un processus dialogique de différenciation et d'intégration. De ce sous-système naît donc la réalité du cadre de travail des personnels et la prédétermination des compétences nécessaires à chaque emploi.
- **Le sous-système des acteurs** est composé des hommes pris individuellement ou collectivement (groupes d'affinités, groupes d'influences, instances sociales, etc...), dotés de personnalité et d'aspirations différentes, voire antagonistes, dont il convient de rechercher l'implication, de promouvoir l'initiative, de coordonner les actions et de rechercher la coopération dans le cadre d'un projet fédérateur : le projet d'établissement. Ce dernier sous système est placé au centre du modèle ; il rend ainsi compte de la place centrale qu'il occupe et de sa capacité d'influencer et d'être influencé à son tour par l'ensemble des autres sous-systèmes.

Ces six sous systèmes sont interdépendants, se corrigent les uns les autres, et tout changement s'articule sur ces six dimensions.

L'analyse systémique et stratégique permet de comprendre l'ensemble des cohérences et des finalités hiérarchisées qui s'imposent à l'acteur. Il reste à savoir comment l'acteur intègre cet ensemble dans son expérience professionnelle.

4) L'articulation entre l'acteur et l'organisation : la sociologie de l'expérience

La sociologie de l'expérience (Dubet, 1994) est consacrée aux théories de l'action et aux différentes articulations qui forment l'expérience sociale. L'auteur décrit de nouvelles formes d'action construites à partir de l'individualisation et de la subjectivation de l'acteur, face à la diversification des logiques d'action sociale s'imposant à lui. Dans le contexte de

mutation sociale des années 1990, dans lequel s'opère une rupture entre le système et l'acteur, l'idée clé de l'auteur est de proposer une alternative en construisant un objet théorique à partir de la notion d'expérience sociale. Avec cette notion, il cherche à articuler la sociologie classique qui vise à socialiser l'acteur par l'intériorisation du système, avec la sociologie de l'acteur qui prône le principe d'une action autonome et subjectivement libre. Pour François Dubet, la sociologie de l'expérience met en évidence trois caractères essentiels : l'hétérogénéité (diversité des principes culturels et sociaux), l'aliénation (les rapports de domination sociale peuvent déposséder les acteurs de la maîtrise de leur expérience sociale), et la distance subjective (critique et réflexive de l'acteur face aux différentes logiques d'action avec lesquelles il construit son expérience sociale). **Le concept d'expérience sociale combine trois logiques d'action : la logique d'intégration (appartenance), la logique de la stratégie (conception des intérêts) et la logique de la subjectivation (sujet critique).** L'acteur entre dans une dynamique pour articuler les logiques de l'intégration et de la stratégie par l'intermédiaire de sa logique subjective (subjectivité et réflexivité). La subjectivité personnelle parle de la manière dont l'acteur éprouve les situations qu'il vit et la réflexivité parle de la façon de construire le monde à partir de l'entendement et de la raison. L'action intégrative correspond à un système d'intégration par le biais de la socialisation. L'action stratégique est insérée dans un système d'interdépendance par le biais du « jeu ». La subjectivation dépend d'un système d'action historique par l'intermédiaire d'une tension « dialectique », d'une critique ou d'un conflit. L'auteur précise que l'unité des significations de la vie sociale ne peut exister que dans le travail des acteurs eux mêmes, par lequel ils construisent leur expérience. Ce travail devient un des objets de la sociologie : l'expérience humaine se construit à partir de tensions, de conflits liées à la séparation des différentes sphères de l'activité, et demande la construction d'un sujet social distancié par rapport aux rôles et aux intérêts, aspirant à la capacité de maîtriser sa propre vie. L'autonomie est posée comme un enjeu social contre ce qui la menace et ce qui la rend possible. Elle nécessite l'engagement de l'acteur.

- ♦ L'hypothèse centrale de l'ouvrage est que l'acteur devient sujet quant il s'oppose à la domination, quant il oppose son individualité au système.

- ♦ La sociologie de l'expérience sociale relève de la famille des sociologies compréhensives en étudiant les représentations, les émotions, les conduites et les manières dont les acteurs en rendent compte. C'est aussi une sociologie analytique visant à interpréter les conduites et les discours en les décomposant et en recomposant l'expérience sociale selon un système cohérent.

♦La méthode donne une place à la subjectivité de l'individu et repose sur un principe d'explication et d'objectivation de l'échange ou d'un débat au cours duquel l'acteur développe les dimensions de son expérience sociale et les croisent avec les interprétations du sociologue. Les arguments échangés empruntent à tous les registres de l'action, à la recherche du sens d'une action et d'une expérience d'une part par la compréhension du point de vue de l'acteur et d'autre part par l'interprétation du sociologue dans le cadre d'un modèle de l'organisation de la société et des rapports sociaux.

L'intérêt que nous trouvons à la théorie de l'expérience est l'articulation des différentes logiques souvent contradictoires qui influencent les actions humaines. **Avec le concept de l'expérience sociale, l'homme est au cœur de l'action sociale située dans le contexte environnemental et sociétal, avec sa singularité, sa subjectivité, sa responsabilité, son pouvoir d'agir dans la relation avec l'autre.** L'homme est confronté à des logiques qui ne lui appartiennent pas, mais qui font partie de son champ d'appartenance et d'action. Cela lui demande de se positionner, de se confronter, de se construire, de chercher du sens, de la cohésion dans son rapport au monde. **L'expérience sociale laisse place au libre arbitre de l'homme, à sa capacité de choix, à sa liberté même limitée de participer à la construction du monde dans lequel il vit et valorise la réflexivité.** Ce concept semble encore d'actualité. Il propose une façon de sortir de la dualité entre le déterminisme et l'individualisme qui sont encore à l'œuvre aujourd'hui, alors que la complexité n'a cessé de croître avec la postmodernité et la mondialisation. Il permet de regarder comment l'acteur, à partir de différentes logiques d'action, de la confrontation et de la réflexivité partagée maintient du sens et de la cohésion dans l'expérience. **L'expérience sociale valorise la notion de tension nécessaire à la construction individuelle et collective.** Elle parle sûrement de la co-construction nécessaire à l'élaboration collective. Elle autorise une notion de progression, de changement et d'évolution et entretient une lueur d'espérance.

B- LA PROBLEMATIQUE

L'approche théorique dans le chapitre précédent développe la conceptualisation :

- de la démarche qualité (Ducalet, Laforcade, 2008)

- de l'analyse systémique et stratégique (Foudriat, 2011, à partir de l'approche Crozierienne)
- de l'expérience sociale (Dubet, 1994)

Nous allons pouvoir ainsi établir des liens entre ces concepts et la question de départ afin de pouvoir y répondre.

1) Rappel de la question de départ

Avant de développer cette partie, nous vous rappelons donc la question de départ :

Comment l'acteur articule-t-il, dans son expérience professionnelle, les différentes logiques en œuvre dans la démarche qualité ?

2) Argumentation

En premier lieu, nous partons du concept de la démarche qualité, thème principal de cette recherche. Pour P. Ducalet et M. Laforcade, la démarche qualité amène à rechercher une valeur distinctive pour inspirer confiance en développant une aptitude de l'organisation à répondre aux besoins singuliers des usagers dans le respect de la personne et en trouvant un compromis prenant en compte les différentes interactions. Elle se déroule selon un processus temporel et s'intéresse au chemin pour atteindre la finalité attendue. Elle s'inscrit dans un cycle d'ajustement et de changement continu, car l'organisation et son fonctionnement bougent par des mouvements externes et internes. Elle touche donc et l'organisation et le fonctionnement de l'établissement au niveau de toutes les activités, et concerne tous les acteurs de l'organisation sur toute l'échelle de l'organigramme. C'est une méthode mais surtout un état d'esprit, réinterrogeant l'évidence, intégrant la complexité pour plus de cohérence et prenant en compte la spécificité de la relation de service dans une démarche réflexive et éthique. Pour être réalisée, cette démarche nécessite une ambition partagée par l'ensemble des acteurs. La démarche qualité remplit donc une fonction sociale et s'intègre à partir de ses objectifs stratégiques à la finalité de la structure. Elle infiltre donc toute l'organisation et le fonctionnement.

Ceci nous amène en deuxième lieu à penser l'organisation en tant que système et sous-système avec l'apport de l'analyse systémique et stratégique de l'approche Crozierienne, développée par M.Foudriat. L'organisation est aussi un sous-système d'un système plus grand, celui du secteur sanitaire, social et médico-social. Ces systèmes sont en interrelations les uns des autres et laissent vivre des zones d'incertitudes non maîtrisables où les acteurs avec des rationalités variées, développent des stratégies selon leurs propres intérêts. Ces ensembles entre le collectif et l'individu fonctionnent avec des règles implicites, à la recherche d'un équilibre pour remplir une fonction sociale à partir d'arrangements construits. Nous avons vu que la démarche qualité s'appuie sur une ambition collective et pose ses objectifs à la finalité de la structure. Les objectifs stratégiques de la démarche qualité sont donc en lien avec tous les sous-systèmes du système social de l'organisation : la structure organisationnelle, la culture et l'identité, la méthodologie et les processus de production de services, l'information et les canaux de communication. Chaque sous-système peut donc être reconsidéré à chaque objectif stratégique posé par la démarche qualité. Les acteurs, eux, d'après M. Crozier et F. Erhard (1977) sont au centre de ce système complexe avec une certaine autonomie et/ou constitués en groupes d'affinités, et/ou en groupe d'influence. La mise en œuvre de la démarche qualité, inductrice de changements organisationnels, sollicite donc la coopération des acteurs entre eux, dans leur exercice professionnel et, de ce fait, l'application d'un management adapté, actif et évolutif. De même, nous pouvons mettre en évidence que l'exercice professionnel et l'application de la démarche qualité s'inscrivent dans un processus temporel, et participe à la construction de l'expérience professionnelle de chaque acteur à partir des situations rencontrées et dépassées.

Ce qui nous rapproche en troisième lieu du concept « de l'expérience sociale » (Dubet,1994). Nous choisissons d'appliquer le concept « d'expérience sociale » à l'expérience professionnelle pour éclairer la question, sachant que cette transposition est cohérente avec ce concept. En effet, l'espace de l'entreprise est un lieu social et l'activité professionnelle est une forme de poursuite du processus de socialisation par le biais d'un rôle et d'un statut. Pour F. Dubet, l'expérience sociale combine trois logiques d'action : la logique de l'intégration (contraintes et appartenance), la logique de la stratégie (la conception des intérêts) et la logique de la subjectivation (l'existence d'un sujet critique et réflexif). Les professionnels dans leurs pratiques sont confrontés aux mêmes principes, d'articulation de ces trois logiques d'action : la logique de l'intégration (le respect des lois,

des règles et appartenance à une organisation associative ou institutionnelle avec la réalisation d'une mission commune), la logique de la stratégie (conception des intérêts professionnels) et la logique de la subjectivation (le professionnel reste un sujet critique et réflexif). F. Dubet, pose le postulat qu'il existe une tension entre la logique d'intégration (le collectif) et la logique de la stratégie (l'individu) et que c'est la logique de la subjectivation qui permet à l'individu socialisé de construire son expérience sociale en gérant cette tension. Cette logique de subjectivation permet à l'individu par une prise de recul, de développer sa réflexivité et son sens critique et de trouver une forme d'action qui lui est propre, donnant du sens et de la cohérence à son expérience sociale.

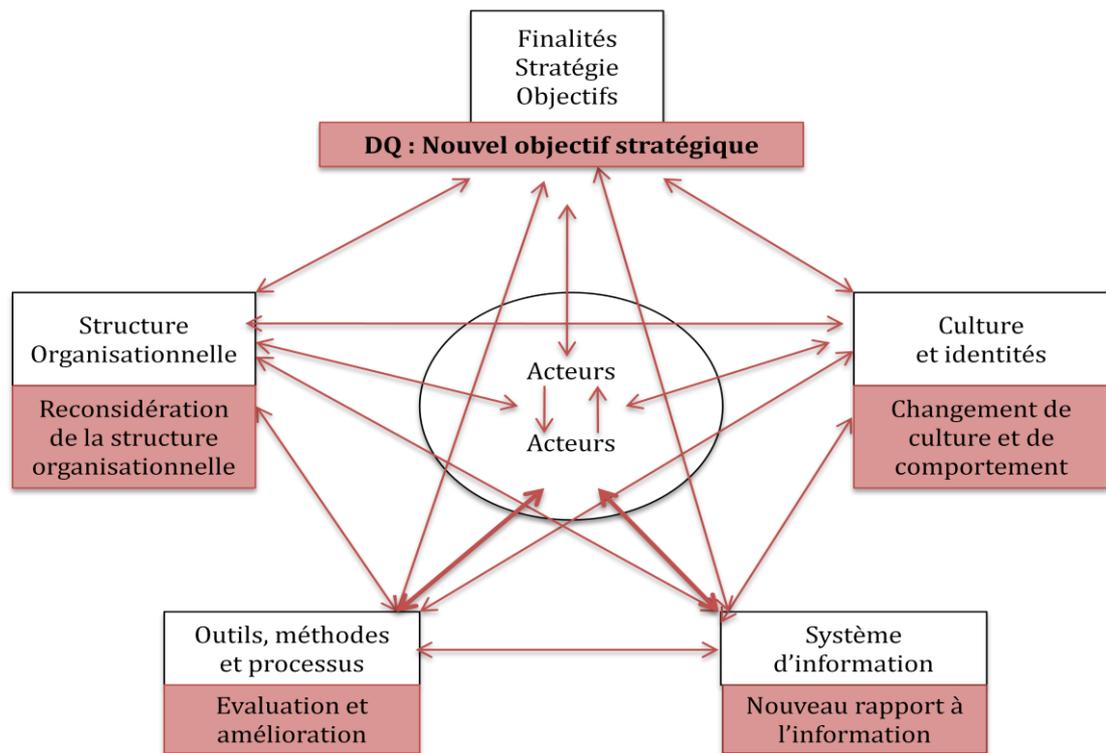
Ainsi l'expérience professionnelle des acteurs de la démarche qualité se construit à partir de la gestion de la tension existant entre deux logiques. D'une part la logique de l'intégration ramenée à la logique d'action de la démarche qualité, sachant que la démarche qualité est une obligation légale et concerne l'ensemble d'une organisation donc le collectif. D'autre part la logique de la stratégie ramenée à la logique d'action de l'acteur, sachant que l'acteur est avant tout stratégique et agit en fonction de ses propres intérêts à la recherche d'une satisfaction personnelle et individuelle. Cette gestion s'effectue par la logique de la subjectivation qui permet aux professionnels de prendre du recul avec leurs rôles et leurs intérêts et d'exercer par la réflexion, un sens critique.

Ce concept ainsi « transposé » permet de répondre à la question de départ en prenant en compte tout les éléments clés conceptualisés qu'elle contient, c'est à dire : l'acteur, l'expérience professionnelle, les logiques d'action et la démarche qualité.

Nous pouvons donc ainsi construire le modèle d'analyse en posant l'hypothèse principale à partir des principes théoriques suivant :

- **La démarche qualité s'impose à l'organisation, intègre tous les sous-systèmes, et induit du changement par l'intermédiaire d'un construit humain.** (*Réf Schéma n° 3 ci dessous : Adaptation de la figure 4.2, p162, Ducalet, Laforcade , 2008*)

La démarche qualité inductrice de changement organisationnel majeur



- le professionnel est « un acteur »³⁵ et « un sujet critique et réflexif »³⁶
- l'unité des significations de la vie professionnelle n'existe que dans le travail des acteurs eux-mêmes, avec lequel en tant que sujet, ils construisent une expérience.
- « L'expérience professionnelle »³⁷ se construit à partir de tensions, de conflits entre la sphère de l'activité collective et la sphère de l'activité individuelle. Elle demande la construction d'un sujet professionnel distancié par rapport à ses rôles et à ses intérêts, aspirant à la capacité de conserver son autonomie.

³⁵ « Acteurs » au sens de Crozier : « les membres de l'organisation interprètent un rôle en respectant les règles formelles tout en étant partiellement libre, conservant une marge de manœuvre pour jouer avec ces règles (ce concept est indissociable de celui du jeu, de la stratégie) »

³⁶ « Le sujet critique et réflexif » au sens de Dubet : parle de la subjectivité personnelle, manière dont le professionnel éprouve les situations qu'il vit et de sa façon de construire le monde à partir de l'entendement et de la raison.

³⁷ « Expérience professionnelle » transposition du concept de l'expérience sociale de Dubet

3) Hypothèse Principale, proposition de réponse à la question

Cette proposition hypothétique est construite à partir du concept de « l'expérience sociale » de F. DUBET, « transposé » à l'expérience professionnelle en lien avec la démarche qualité.

- La logique de la subjectivation permet à l'acteur/sujet de construire une expérience professionnelle cohérente en gérant la tension entre la logique intégrative induite par la démarche qualité et la logique stratégique induite par la recherche de satisfaction de ses propres intérêts

4) Elaboration des hypothèses opérationnelles

Pour élaborer les hypothèses opérationnelles, nous allons nous appuyer sur la conceptualisation des trois logiques d'action en œuvre dans le concept de « l'expérience sociale » de F. Dubet, transposé à l'expérience professionnelle en lien avec la démarche qualité.

- La logique de la subjectivation : Elle s'inscrit dans des rapports professionnels. Elle renvoie à la notion de sujet permettant une distance par rapport à la démarche qualité, développant l'esprit critique et réflexif, ainsi que la capacité du sujet à s'identifier à une dimension culturelle de la créativité humaine, sans se réduire à ses rôles et ses intérêts.

- La logique de l'intégration : Elle renvoie à la dimension collective par la notion d'appartenance professionnelle sectorielle, associative, institutionnelle et culturelle (évaluation et qualité), ainsi qu'à la socialisation par la pratique professionnelle (statut, fonction, rôle, compétences spécifiques en lien avec les recommandations des bonnes pratiques).

- La logique de la stratégie : elle renvoie à la dimension individuelle par l'intermédiaire de la conception des intérêts professionnels, de la recherche de satisfaction, à travers les relations d'interdépendance et les jeux d'acteurs activés dans la mise en œuvre de la démarche qualité.

Ces trois logiques permettent de décliner trois hypothèses opérationnelles

♦ La logique de la subjectivation articulée avec la logique de l'intégration

- La prise de distance permet à l'acteur de transformer la dimension contraignante, imposée de la démarche qualité en une dimension collective partagée.

♦ La logique de la subjectivation articulée avec la logique de la stratégie

- La prise de distance permet à l'acteur de se positionner dans l'organisation et le fonctionnement de la démarche qualité et de saisir les opportunités et les ressources venant nourrir ses propres intérêts professionnels.

♦ La logique de la subjectivation articulée avec la logique d'intégration et la logique de la stratégie

- La prise de distance permet à l'acteur de gérer la tension entre la dimension collective et la dimension individuelle.

TROISIEME PARTIE :

METHODOLOGIE DU RECUEIL AU TRAITEMENT DES
DONNEES

PLAN

| | |
|---|-------|
| A- DEMARCHE METHODOLOGIQUE | p. 63 |
| 1) Protocole de recherche | p. 63 |
| a) Choix d'orientation du point de vue de l'analyse | p. 63 |
| b) Construction de la grille d'analyse | p.64 |
| c) Entretien de professionnels d'un foyer d'accueil médicalisé | p. 65 |
| ♦Le champ de l'analyse : terrain et temps de recueil de données | p. 65 |
| ♦Population | p. 67 |
| ♦La technique de recueil de données | p. 69 |
| ♦Question pour l'entretien en matière de récit professionnel | p. 70 |
| ♦Le mode d'exploitation | p. 71 |
| ♦Rappel des hypothèses opérationnelles | p. 72 |
| B- TRAITEMENT ET PRESENTATION DES RESULTATS | p. 72 |
| 1) Tableau 1 : la prise de distance et son commentaire | p. 74 |
| 2) Tableau 2 : le collectif et son commentaire | p. 78 |
| 3) Tableau 3 : l'individuel et son commentaire | p. 81 |
| 4) Tableau 4 : la gestion de la tension et son commentaire | p. 84 |
| 5) Résultats | p. 87 |
| ♦Vérification hypothèses opérationnelles | p. 87 |
| ♦Retour à l'hypothèse générale | p. 88 |

A-DEMARCHE METHODOLOGIQUE

La méthode utilisée dans la construction de cette recherche part du choix d'un concept comme modèle d'interprétation du phénomène étudié. Ce modèle d'analyse génère par un travail logique, des hypothèses, des concepts, des indicateurs qu'il faudra confronter à des données observables, rechercher dans le réel sachant que l'esprit de recherche se caractérise par la remise en question perpétuelle des acquis provisoires de la connaissance.

1) Protocole de recherche

a) Choix d'orientation du point de vue de l'analyse

Nous choisissons donc d'orienter le regard sur l'élaboration de l'expérience professionnelle de l'acteur/sujet, engagé dans sa pratique individuelle et collective au cœur d'un système organisationnel et fonctionnel, ayant mis en œuvre une démarche continue d'amélioration de la qualité.

Nous souhaitons :

- regarder comment les professionnels appréhendent la démarche qualité depuis sa mise en place, à partir des logiques d'action en œuvre dans leur expérience professionnelle (l'intégration, la stratégie et la subjectivation).

- vérifier si la subjectivation, c'est-à-dire la prise de distance permet de gérer l'action collective, l'action individuelle et la tension pouvant émerger entre l'action collective et individuelle, en œuvre dans la démarche qualité.

Nous savons que les rapports de domination au travail peuvent déposséder les acteurs de la maîtrise de leur expérience professionnelle, et que les rapports paradoxaux et contradictoires peuvent déclencher un conflit de valeurs et aboutir à un processus « de précarité subjective »³⁸ (Linhart, 2008).

Ce point de vue nous amène à choisir comme repère d'analyse le concept de l'expérience sociale « transposé » à l'expérience professionnelle s'appliquant dans une organisation intégrant une démarche qualité, regardée comme un système social et un construit social, où le professionnel, acteur et sujet, est au cœur du système.

³⁸ « Décalage entre le savoir d'expérience accumulé par les professionnels et leur difficulté à faire reconnaître l'efficacité de leurs pratiques auprès de leurs décideurs et financeurs. La précarité subjective résulte aussi d'une forme de rétrécissement du sens de leur travail et d'amenuisement des possibilités critique à son égard »

b) Construction de la grille d'analyse

Grille d'analyse de L'expérience professionnelle de la démarche qualité

| La prise de distance (par rapport à ses rôles et ses intérêts) | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| *Esprit critique | .Donner un avis sur la DQ .Découverte .interprétation | *Réflexivité | Réflexion en lien avec la DQ .Analyse d'une situation ou une action en lien avec la DQ .Projection et proposition en lien avec la DQ | *Engagement vers modèles culturel | .Ethique .Fraternité .créativité |
| Le collectif (contraintes et appartenance) | | L'individuel (stratégie d'action) | | Gestion de la tension (le collectif et l'individuel) | |
| *Connaissances générales (Contraintes) | .Loi 2002 et ses outils .Evaluation interne et externe .ANESM et RBPP | *Position | .statut .Place dans l'organisation .Place dans la DQ | *nouvelles formes d'action prenant en compte le rapport à l'institution et le rapport à soi | .Communication, partage, échange .Entraide, Solidarité .Créativité sociale |
| *Connaissances institutionnelles (contraintes) | .Structuration de l'évaluation interne .Projet associatif, institutionnel et de service .Référentiels, orientations des axes d'amélioration, objectifs | *Concurrences | .Rivalité/Prestige .Reconnaissance .Satisfaction | | |
| *Participation (Appartenance) | .Groupe de pilotage .Groupe de travail à thème .Evaluation interne | *Ressources | .Compétences .Expérience de la DQ .Capacités mises en œuvre dans la DQ | | |
| *Application (Appartenance) | .Procédures .Projet personnalisé .RBPP | *Pouvoir | .Influence .Opportunité .Transmission | | |
| *Intériorisation des valeurs (Appartenance) | .Besoin/droit de l'utilisateur .Ouverture sur l'extérieur .Efficiente/efficacité/sécurité | | | | |

L'analyse de la construction de l'expérience professionnelle des acteurs d'un établissement ayant mis en place la démarche qualité, donnera à voir les différentes formes d'appréhension et ou d'appropriation de la démarche continue de progrès. A partir de ces constats, regard micro, nous ouvrirons un regard macro sur le système qualité, sa structuration, son pilotage, pour mettre en lumière les différentes dimensions et les éléments du système qui déterminent par un lien de causalité les logiques d'action de l'expérience professionnelle repérées dans les entretiens.

Ces résultats permettront de formuler, si besoin des réflexions sur la conduite et la stratégie de mise en œuvre de la démarche qualité dans une organisation.

c) Entretien des professionnels d'un foyer d'accueil médicalisé

◆Le champ de l'analyse : terrain et temps de recueil des données sur site

Le recueil de données s'est effectué dans un foyer d'accueil médicalisé (FAM)³⁹ du secteur médico-social, situé dans le département des Bouches du Rhône, géré par une Association Régionale. Ce FAM accueille 24 résidants en situation de handicap mental à partir de 50 ans. Handicap et vieillissement caractérisent la population accueillie et l'accompagnement par le soin à la personne. L'ouverture du FAM a eu lieu le 28 octobre 2008 et la mise en place de l'évaluation interne en septembre 2009. Cette durée de 4 ans est suffisante pour observer l'élaboration de l'expérience professionnelle de la démarche qualité des acteurs.

La recherche du terrain n'a pas été simple. Nous avons rencontré une première grande Association nationale implantée dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les négociations se sont déroulées au siège régional avec le directeur régional et le directeur offre de service pour ensuite se poursuivre par échange de mail avec deux directeurs d'établissement et de service à Gap. L'un d'eux, intéressé par la démarche a proposé un rendez vous sur site. Nous nous sommes donc déplacée à Gap pour une rencontre avec ce directeur. La négociation était bien avancée avec un avis favorable de sa part. Il ne lui manquait plus qu'à entretenir ses cadres intermédiaires pour la mise en place et il devait rappeler la semaine suivante pour confirmer l'organisation. Deux semaines plus tard, toujours sans réponse, nous décidons de prendre des nouvelles par mail. Nous recevons par retour un

³⁹ Voir Annexe III

avis défavorable de sa part venant de l'impossibilité pour ces chefs de service de nous accueillir dans la période actuelle. Cette démarche de contact et de négociation a duré de mi avril à début juin. Déconcertée par cette réponse que nous pensions acquise et déstabilisée par l'avancée du temps remettant en question la programmation que nous avons faite pour le recueil de données fin juin et début juillet, nous avons questionné la manière de présenter le sujet de la démarche. Nous nous sommes rendue compte en effet que le thème prenait trop de place dans le discours et engendrait de la méfiance et de la résistance chez les interlocuteurs. Pour remédier à cet effet, nous avons recentré l'intention sur la méthodologie en rappelant que l'essentiel, c'est la méthode de recherche et non le contenu. C'est avec cette prise de recul que nous avons sollicité une autre association en adressant un courrier à la directrice d'un site comprenant plusieurs établissements. **Nous avons entamé une nouvelle négociation parcourue de belles résistances, qui a fini par aboutir pour une approche du terrain début septembre. Nous pensons que la nouvelle posture a permis de désamorcer l'inquiétude du thème et de dépasser les résistances mises en avant.**

Le recueil de données s'est déroulé la première quinzaine de septembre sur le FAM (Foyer d'accueil médicalisé). La directrice a proposé un premier contact sur le site, avec la présence du chef de service, la dernière semaine d'août, afin de préparer la présentation de la démarche à l'équipe du FAM. Dans cette première rencontre, nous fûmes surprise de l'annonce de la directrice, qui précise qu'ici, **l'établissement ne parle pas de démarche qualité mais d'évaluation interne pour éviter la confusion avec la démarche qualité de l'ESAT**, introduisant les normes ISO. Elle évoque encore l'hésitation d'accepter cette démarche et elle souhaiterait que nous réexpliquons les intentions de recherche. Nous n'accédons pas à cette demande et lui proposons de préciser son hésitation. Déconcertée par la question, le silence s'installe puis elle exprime les peurs concernant le terme « qualité » qui se rapproche des normes, des protocoles, des nomenclatures et qui demande du temps. Elle partage l'inquiétude de stimuler les professionnels encore et encore sur ce sujet. Elle trouve qu'ils sont beaucoup sollicités et que cela prend beaucoup de temps. Elle donne les raisons de sa préférence pour la démarche d'évaluation interne qui apporte de la réflexion sur les pratiques, sur le projet de service et sur les bonnes pratiques. En parlant, elle prend conscience du manque de disponibilité et de proximité sur le terrain, liés à une surcharge de contraintes administratives et évoque la solitude des cadres. **Suite à cet échange, elle partage au chef de service qu'elle essaiera d'être un peu plus présente sur le groupe et donne le**

feu vert pour l'intervention en déléguant au cadre intermédiaire l'organisation et l'accompagnement de la démarche et en lui demandant de la tenir informée.

La deuxième étape fut l'enjeu de la présentation de la démarche de recherche à l'équipe du FAM afin de lui donner envie d'être volontaire à la participation. Cette action s'est passée en réunion de service avec une partie des professionnels présents, les autres étant encore en congés ou absents. **Nous avons utilisé un écrit⁴⁰ que nous avons pu laisser à la consultation pour les personnes absentes**, dans lequel nous avons pris soin de présenter le statut d'étudiante avec l'appui d'éléments du parcours professionnel et de l'état d'esprit, ainsi que les valeurs qui soutiennent cette démarche. Puis nous avons déroulé globalement la méthode de recherche en sciences humaines et insisté sur le cadre déontologique. Nous avons enfin sollicité leur participation comme étant un besoin pour pouvoir réaliser l'étape du recueil de données, indispensable à l'étude, en précisant le thème, le type d'entretien et les règles de confidentialités. Nous avons terminé par un engagement à revenir partager les résultats de l'analyse et un remerciement par avance à ceux qui voudront bien participer à ce travail en laissant un planning d'entretien avec une répartition par service et fonction.⁴¹

Quelques questions ont été posées sur la formation du DEIS et la fonction qu'elle permettait d'accomplir ainsi que sur la méthode de recherche. Nous avons réalisé après coup que nous aurions pu les faire parler sur la représentation qu'ils ont de l'enquête, de la recherche, et de la situation d'enquête comme le préconise Bourdieu.⁴² Cela aurait pu donner des indications sur l'état de résistance, d'adhésion ou de neutralité.

L'information semble être bien passée puisque après cette intervention, sept premières personnes se sont proposées pour les entretiens. Le recueil de données s'est réalisé avec 15 entretiens au total.

◆La population

Le choix de la population était orienté sur un échantillon représentatif des acteurs de chaque secteur de l'organisation : administratif, logistique, éducatif, soin, cadre et non-cadre avec la proposition suivante :

⁴⁰ Voir Annexe IV

⁴¹ Présentation de la démarche de recherche à l'équipe du FAM, le 27/08/2013 : pièce jointe n° I

⁴² Pierre Bourdieu, « la misère du monde », chapitre comprendre p 1389-1447, Seuil, 1993, Points.

| SOUHAIT DE LA REPARTITION DES ENTRETIENS PAR SERVICE ET FONCTION | |
|---|--|
| Encadrement | 2 (directeur, directeur adjoint, chef de service) |
| Service Administratif | 2 (secrétaire, comptable) |
| Service logistique | 2 (lingerie, entretien, technique) |
| Service éducatif | 6 (AMP, Aide Soignant, Moniteur Educateur, Educateur spécialisé) |
| Service médical et para médical | 4 (médecin, psychologue, infirmière, orthophoniste, psychomotricien ou kinésithérapeute) |

En raison de situations non maîtrisée par l'établissement, le service logistique n'a pas pu être pris en compte pour les raisons suivantes : le poste de lingère est en cours de recrutement, l'homme d'entretien est en arrêt de travail. La cuisine et le ménage sont pris en charge par un organisme extérieur. Pour des raisons de non-disponibilité, l'accès au service administratif du site n'a pas été possible.

Donc 2 secteurs sur 5, le secteur logistique et administratif ne sont pas représentés dans l'étude réalisée.

La population réelle de l'étude est représentée par 3 secteurs et 9 fonctions sur 15

| POPULATION REELLE DE L'ETUDE | |
|--|---|
| Encadrement | 1 directeur adjoint 2 chefs de service |
| Service éducatif | 3 Aides Médico-Pédagogique 3 Aides Soignants 2 Moniteurs Educateurs 1 Educateur spécialisé |
| Service médical et para médical | 1 psychologue 1 infirmière 1 kinésithérapeute |

♦ La technique de recueil de données

Pour explorer l'expérience professionnelle, **nous avons choisi la technique du « récit de vie » (Bertaux, 2010), transposé « au récit professionnel » sous forme « d'entretien centré » (Quivy, Campenhoudt, 2006), c'est à dire ciblé sur la question de l'évaluation interne comme « expérience précise »** avec une aide à l'exploration du thème par une liste de points abordés selon le déroulement du récit.

La méthode du récit permet d'observer l'action dans la durée, à partir de cours d'action partant de situations précises et mises en œuvre par des acteurs sujets. Ces cours d'action répondent à des motivations, des raisons d'agir des professionnels et s'inscrivent dans un contexte, qui sera dans cette recherche le contexte professionnel du secteur médico-social. Il s'agit ici d'étudier un segment de la réalité professionnelle historique à partir de la mise en place de l'évaluation interne dans la structure. La technique du récit s'intéresse à comment cela fonctionne et se transforme en mettant l'accent sur les configurations de rapports professionnels, les logiques de situations que cette réalité engendre (logique d'action intégrative et logique d'action stratégique), les mécanismes générateurs de nouvelles pratiques, les logiques d'action récurrentes, les processus qui caractérisent la démarche qualité et qui la font vivre.

Si les acteurs de l'organisation sont libres de leurs actes⁴³, ce qu'ils désirent et veulent, influence leurs pratiques et les cours d'action.

L'adaptation du récit de vie au récit professionnel de l'acteur/sujet depuis la mise en place de l'évaluation interne dans l'organisation, permet de décrire, sous forme narrative, un fragment de l'expérience vécue. L'orientation sera donnée vers la description de situations et de pratiques « en situation ». Cette technique d'entretien, aide le professionnel à élaborer par lui même, à faire le point sur la question ciblée de l'évaluation interne, à bénéficier d'un temps pour l'expression individuelle spécifique à travers la rencontre. Comme peut l'exprimer un professionnel du FAM « *C'est intéressant en tous cas, car ça permet d'amener la réflexion autour de cette question là, ça réorganise l'esprit, je trouve* ». Cette méthode d'observation révèle peu à peu les structures et les dynamiques du contexte. Elle permet donc de partir du local, et à partir de là, chercher à remonter en généralité.

⁴³ Pour cela vérifier les conditions matérielles et sociales et les rapports de pouvoir définissant leur situation.

◆Question pour l'entrée en matière du récit professionnel

Il est paru important de partir d'une question ouverte et large qui s'est formulée de la manière suivante :

« Quelle expérience de l'évaluation interne avez vous dans l'exercice de votre fonction professionnelle et de votre rôle au sein de l'établissement depuis sa mise en place (année) ou depuis votre arrivée dans l'établissement (année) ? »

Cette question de départ est toujours la même pour chaque entretien. Elle a été retravaillée après le premier entretien car il semblait important de préciser à l'interviewé ce que nous entendions par expérience professionnelle de l'évaluation interne, afin qu'il puisse dérouler son récit de façon plus complète sur la question et que nous puissions revenir sur des points sans que l'interviewé ne soit surpris.

Pour cela, nous avons précisé la question en nous appuyant sur la grille d'analyse, pour retrouver les trois dimensions du concept de départ (l'intégration, la stratégie et la subjectivation). Ce qui a donné le complément de questionnement suivant :

« Quelle connaissance en avez vous ? Quelle pratique ? Quelle application dans votre fonction ?

Quelle représentation ? Quelle influence sur votre pratique ?

Quel vécu professionnel en avez vous ? Avez-vous avez perçu, pour vous, une évolution entre le début et aujourd'hui ? »

Cette question s'accompagne d'un guide d'entretien avec des points permettant d'aller chercher par exploration du récit des données nécessaires pour l'étape d'analyse.

Au cours des entretiens, nous avons pris conscience que, par la connaissance du sujet, nous confirmions souvent les dires. Pour éviter cet écueil, nous avons renforcé l'utilisation de la reformulation qui permet vraiment d'établir une distance avec nous-mêmes et le thème et qui facilite la neutralité en évitant les prises de position. Cette technique permet à l'interviewé de se sentir écouté et compris pour aller vers plus de confiance et de liberté d'expression.

Nous avons choisi d'essayer de conserver le vouvoiement, difficile d'utilisation dans le secteur. Ce choix était basé sur l'importance de respecter la relation unilatérale de l'entretien car « c'est l'enquêteur qui engage le jeu et institue la règle » nous rappelle

Bourdieu (1993). **Le « vous », associé au prénom, permet de maintenir de l'intimité tout en respectant la personne dans une juste distance.**

Nous avons été confronté aussi au manque d'expérience, de connaissances, et d'implication où nous avons été obligé d'adapter l'entretien et son déroulement vers un entretien d'avantage semi-directif et soutenant afin d'éviter « la violence symbolique » (Bourdieu, 1993) et de permettre à la personne de pouvoir s'exprimer et de prendre en compte sa parole. Le risque étant de mettre la personne dans la culpabilité de ne pas savoir. Pour cela nous avons orienté l'entretien sur le vécu et les pratiques et non sur la connaissance.

◆Le mode d'exploitation

Les entretiens intégralement retranscrits (15 en l'occurrence) sont exploités selon l'ordre de leur déroulement.

| Identification des entretiens | Fonction et Statut | Temps de présence au FAM depuis la date de La mise en œuvre de l'EI (09/2009) |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| E1 | AMP Aide médico psychologique (CDI) | 4 ans dont un congé maternité |
| E2 | Moniteur éducateur (CDI) | 4 ans dont un congé maternité et parental |
| E3 | Kinésithérapeute (CDI) | 4 ans |
| E4 | Chef de service remplaçant (CDI) | 4 ans |
| E5 | Infirmière (CDI) | 1 an |
| E6 | AMP (CDI) | 4 ans |
| E7 | Psychologue (CDI) | 4 ans |
| E8 | AS Aide soignante (CDI) | 2 ans et demi |
| E9 | AMP (CDI) | 4 ans |
| E10 | Educateur spécialisé (CDI) | 4 ans |
| E11 | Chef de service (CDI) | 4ans |
| E12 | Directeur Adjoint (CDI) | 8 mois |
| E13 | AS (CDI) | 2 ans |
| E14 | AS (CDD) | 1 an |
| E15 | Moniteur éducateur (CDI) | 4 ans |

Avant d'aborder le traitement de l'information, il semble important de rappeler les hypothèses opérationnelle pour comprendre la construction de la grille d'analyse de l'expérience professionnelle de l'évaluation interne à partir leurs logiques, prenant en compte

les logiques d'action de la prise de distance, celle de l'intégration collective, celle de la stratégie individuelle et celle de la gestion de la tension entre le collectif et l'individuel.

♦ Rappel des hypothèses opérationnelles

| La prise de distance | | |
|--|---|--|
| par rapport aux rôles et aux intérêts, par l'esprit critique, la réflexivité et l'engagement vers de modèles culturels | | |
| Permet | | |
| La transformation de la contrainte en une dimension collective partagée, l'appartenance | Le positionnement dans l'organisation et le fonctionnement de la DQ, et de saisir les opportunités et les ressources venant nourrir les intérêts professionnels | La gestion de la tension entre la dimension collective et individuelle en créant une nouvelle forme d'action prenant en compte le rapport à soi et à l'institution |

B- TRAITEMENT ET PRESENTATION DES RESULTATS

Pour procéder à cette étape délicate rassemblant une quantité d'informations, nous avons effectué :

- La répartition des éléments du discours des expériences professionnelles dans chaque dimension (la prise de distance, le collectif, l'individuel, et la gestion de la tension entre le collectif et l'individuel), en fonction des indicateurs et des critères.

- Le rassemblement de ces informations sur 4 tableaux (la prise de distance, le collectif, l'individuel et la gestion de la tension). Chacun des tableaux reprend les indicateurs et leurs critères et montre la présence ou la non présence des critères dans le discours de chaque acteur. Ce traitement permet d'une part d'avoir une vision analytique de chaque dimension par acteur, d'autre part de confronter le tableau de la prise de distance avec les trois autres tableaux : le collectif, l'individuel et la gestion de la tension. Cette action permet de vérifier les hypothèses opérationnelles et l'hypothèse générale de l'expérience professionnelle des acteurs du FAM et prépare ainsi la phase d'analyse. Chaque tableau est

commenté par un constat chiffré et illustré par des extraits de discours professionnel des acteurs.

Etape analytique de chaque dimension :

- Tableau 1 : la prise de distance (par rapport aux rôles et aux intérêts) et son commentaire
- Tableau 2 : le collectif (contraintes et appartenance) et son commentaire
- Tableau 3 : l'individuel (stratégies d'action) et son commentaire
- Tableau 4 : la gestion de la tension (entre le collectif et l'individuel) et son commentaire

1-LA PRISE DE DISTANCE (par rapport aux rôles et aux intérêts)

| | Esprit critique | | | Réflexivité | | | Engagement vers modèles culturels | | |
|-----|-----------------|------------|----------------|-------------|---------|-------------|-----------------------------------|------------|------------|
| | Avis sur EI | Découverte | Interprétation | Réflexion | Analyse | Proposition | Ethique | Fraternité | Créativité |
| E1 | | | | | | | | | |
| E2 | | | | | | | | | |
| E3 | | | | | | | | | |
| E4 | | | | | | | | | |
| E5 | | | | | | | | | |
| E6 | | | | | | | | | |
| E7 | | | | | | | | | |
| E8 | | | | | | | | | |
| E9 | | | | | | | | | |
| E10 | | | | | | | | | |
| E11 | | | | | | | | | |
| E12 | | | | | | | | | |
| E13 | | | | | | | | | |
| E14 | | | | | | | | | |
| E15 | | | | | | | | | |

LEGENDE

Présent dans le discours

Non présent dans le discours

La prise de distance par rapport aux rôles et aux intérêts

La prise de distance se trouve dans le discours des quinze acteurs par la présence au minimum d'un indicateur, celui de l'esprit critique. 8 acteurs sur 15 présentent l'ensemble des indicateurs de la prise de distance.

Esprit critique :

♦ Les 15 acteurs présentent de l'esprit critique en donnant un avis sur l'EI

♦ Pour 10 acteurs (E1, E3, E4, E6, E7, E9, E11, E12, E15), l'esprit critique se caractérise par **de l'avis sur l'EI et de la découverte**, comme par exemple pour :

E3 « *La procédure d'évaluation, c'est normal, c'est une nécessité pour nous faire avancer. Cela fait bouger les choses* », « *La procédure est extrêmement longue, lourde au final mais peut être intéressante parce qu'elle fait plus participer les salariés* »

♦ Pour 1 acteur, en donnant **un avis et une interprétation sur l'EI**, il s'agit de :

E14 : « *Cela fait vraiment la société capitaliste... l'argent, comme le travail à la chaîne dans les années 30, c'est la société qui veut ça* », « *C'est un contrôle, c'est évaluer le professionnel, les compétences, l'intelligence, le sens de l'adaptation, avec une note et une notion de bien ou pas bien récompensée par une prime.* »

♦ Pour 2 acteurs (E2, E10) en donnant **un avis, une interprétation sur l'EI et par de la découverte**, comme par exemple pour :

E10 « *Il faut bien se mettre en adéquation avec la loi et tout mettre en œuvre pour que la personne accueillie est un accompagnement de qualité* », « *C'est-à-dire que les gens aiment bien avoir un confort de vie professionnelle et l'obligation de modifier vient les perturber dans ce confort-là* », « *Au début, on se sent obligé et forcé de rentrer dans cette démarche, mais en tant qu'acteur, qu'est-ce qu'on en fait sur le terrain ?* »

Réflexivité :

10 acteurs sur 15 présentent de la réflexivité sur l'EI (E1, E2, E3, E4, E6, E7, E8, E10, E11, E12)

♦ Pour 5 acteurs, elle est composée **de réflexions concernant l'EI** (E1, E3, E6, E7, E8), comme par exemple pour :

E8 « Pour éviter de dévier de la bienveillance , ça peut nous amener à réfléchir et à revoir notre comportement »

◆ Pour 1 acteur, elle est composée de **réflexion et de proposition** sur l'EI, il s'agit de :

E10 « J'ai plus le sentiment que les équipes qui ne participent pas au comité de pilotage n'ont pas assez d'informations parce que dans ce groupe il y a forcément un retour de l'évaluation, il communique et réfléchit autour de cette question là », « Il faudrait sûrement prendre un temps supplémentaire en réunion pour faire le bilan de cette évaluation et d'en faire la lecture avec les équipes »

◆ Pour 4 acteurs (E2, E4, E11, E12), elle est composée de **réflexion, d'analyse et de proposition** sur l'EI comme par exemple pour :

E12 « Si on ne se pose pas pour réfléchir sur quel est le sens de notre action sur un FAM, comment peut-on améliorer les conditions d'accueil, les conditions de travail ? », « La question du processus d'évaluation est aussi un levier pour travailler sur ce point de la motivation des salariés », « L'objectif c'est d'emmener tout le monde dans une démarche d'amélioration. »

Engagement vers modèles culturels :

9 acteurs sur 15 (E1, E2, E3, E4, E7, E10, E11, E12, E14), présentent une forme d'engagement vers des modèles culturels dans leur discours sur l'EI

◆ 2 acteurs (E3, E14) ont de **l'engagement éthique** comme par exemple pour :

E3 « Je trouve que c'est normal que ce soient les familles qui défendent les droits de leurs enfants handicapés, c'est rassurant parce que l'on sait que c'est pas seulement pour l'argent qu'elle existe cette association. »

◆ 1 acteur a de **l'engagement fraternel**, il s'agit de :

E1 « Je suis contente de faire ce métier dans ce milieu du handicap et de pouvoir aider des personnes qui en ont besoin, c'est l'essentiel. »

◆ 2 acteurs (E11, E12) ont de **l'engagement éthique et fraternel** comme par exemple pour :

E11 « Je suis favorable à la démarche d'amélioration continue qui vise le bien être de la personne », « Ce qui est dommageable c'est que tout les professionnels n'y soient pas associés, comme la secrétaire, l'homme d'entretien. Pour moi il faut que tout le monde y soit associé autrement on aura toujours un décalage. »

◆ 4 acteurs (E2, E4, E7, E10) ont de **l'engagement éthique, fraternel et créatif** comme par exemple pour :

E7 « *Le travail en partenariat a permis un engagement citoyen à partir d'une activité citoyenne auprès des personnes déficientes intellectuelles* », « *L'EI, ça permet de travailler en commun et d'enrichir les pratiques professionnelles, de renforcer le travail en équipes pluridisciplinaires, on a tous à apprendre de l'autre* », « *Il y a des idées qui fusent, ça marche, ça marche pas* »

| | 2-LE COLLECTIF (contraintes et appartenance) | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|-------|------------|--|---------|---------------------|----------------------|--------------|----|--------------------|--------------|------|------------------------------------|----------------------|--------------------|
| | Connaissances Générales | | | Connaissances Institutionnelles | | | Participation | | | Application | | | Intériorisation des Valeurs | | |
| | Loi 2002 | EI EE | ANESM RBPP | Structurat° EI | Projets | Référent° objectifs | Groupe Pilotage | Groupe thème | EI | Procédur° | Projet Perso | RBPP | Besoins Droits | Ouverture Extérieure | Effcience Sécurité |
| E1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| E2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| E3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| E4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| E5 | | | | | | | | | | | | | | | |
| E6 | | | | | | | | | | | | | | | |
| E7 | | | | | | | | | | | | | | | |
| E8 | | | | | | | | | | | | | | | |
| E9 | | | | | | | | | | | | | | | |
| E10 | | | | | | | | | | | | | | | |
| E11 | | | | | | | | | | | | | | | |
| E12 | | | | | | | | | | | | | | | |
| E13 | | | | | | | | | | | | | | | |
| E14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| E15 | | | | | | | | | | | | | | | |

Légende

Présent dans le discours

Non présent dans le discours

Le collectif (contraintes et appartenance)

13 acteurs présentent au moins 2 indicateurs concernant la dimension collective de l'EI et 2 acteurs (E8/E9) n'en présentent aucun. 1 acteur (E10) présente l'ensemble des 5 indicateurs du collectif dans son discours de l'expérience professionnelle de l'EI

Connaissances générales :

7 acteurs (E2, E4, E6, E7, E10, E11, E12) ont de **la connaissance générale** sur la loi de 2002, l'évaluation interne et externe dont 3 acteurs (E4, E10, E11) sur l'ANESM comme par exemple :

E11 « *Ce que publie l'ANESM, c'est un puits de richesse sur les thèmes que l'on aborde* »

Connaissances institutionnelles :

11 acteurs (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E10, E11, E12, E14) ont **de la connaissance institutionnelle** soit 7 acteurs (E2, E3, E4, E7, E10, E11, E12) sur **la structuration** de l'EI, 8 acteurs (E3, E4, E6, E7, E10, E11, E12, E14) sur les **projets associatifs ou d'établissement**, et 9 acteurs (E1, E2, E4, E5, E6, E7, E10, E11, E12) sur **le référentiel ou les orientations des actions.**

Participation :

10 acteurs participent à **une instance de travail sur l'évaluation interne** : 6 acteurs (E4, E6, E7, E10, E11, E12) au **groupe de pilotage**, 5 acteurs (E3, E5, E6, E7, E10) au **groupe à thème**, 10 acteurs (E1, E4, E6, E7, E10, E11, E12, E13, E14, E15) au réunion de service de **l'évaluation interne.**

Application :

8 acteurs (E1, E3, E4, E7, E10, E11, E13, E15) appliquent **l'EI dans leur pratique**, 3 acteurs (E1, E3, E7) appliquent **les procédures** par exemple comme :

E3 « *Là maintenant il y a un protocole de distribution. C'est obligatoire, les personnes peuvent s'en référer, les choses sont cadrées, tout le monde ne doit pas les données, et les gens doivent parapher* »

7 acteurs (E1, E4, E7, E10, E11, E13, E15) parlent de **l'élaboration du projet personnalisé** comme par exemple :

E15 « *Après on suit, le projet c'est quand même le maintien des acquis donc voilà votre travail c'est ça, d'essayer de maintenir des acquis, qui se dégradent un peu mais la priorité de votre travail c'est ça*»

2 acteurs (E1, E11) **évoquent les RBPP** dans leur pratique

Intériorisation des valeurs :

5 acteurs (E1, E2, E6, E10, E12) ont intériorisé **des valeurs de l'EI** autour **du besoin et du droit de l'utilisateur**, comme par exemple :

E2 « *Je n'ai pas attendu l'association la Chrysalide pour appliquer l'entraide, le maintien des acquis, le droit de l'utilisateur, le respect de l'intimité de la personne, le travail avec la famille* »

1 acteur évoque **l'ouverture sur l'extérieur**, il s'agit de :

E1 « *De pratiquer des activités ouvertes sur le monde extérieur* »

Et 1 acteur évoque **les valeurs institutionnelles**, il s'agit de

E12 « *Choisir les critères qui nous paraissent les plus importants en terme de bien-être, en terme de motivation et en terme de faisabilité*»

| 3-L'INDIVIDUEL (stratégies d'action) | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|----------|---------------------|-----------------|-------------------|-----------|------------|-------------|--------------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|
| | Position | | | Concurrence | | | Ressources | | | Pouvoir | | |
| | Statut | Place dans l'organ° | Place dans L'EI | Rivalité Prestige | Reconnai° | Satisfact° | Compétences | Expérience De l'EI | Capacités dans l'EI | Influence | opportunité | Transmission |
| E1 | | | | | | | | | | | | |
| E2 | | | | | | | | | | | | |
| E3 | | | | | | | | | | | | |
| E4 | | | | | | | | | | | | |
| E5 | | | | | | | | | | | | |
| E6 | | | | | | | | | | | | |
| E7 | | | | | | | | | | | | |
| E8 | | | | | | | | | | | | |
| E9 | | | | | | | | | | | | |
| E10 | | | | | | | | | | | | |
| E11 | | | | | | | | | | | | |
| E12 | | | | | | | | | | | | |
| E13 | | | | | | | | | | | | |
| E14 | | | | | | | | | | | | |
| E15 | | | | | | | | | | | | |

LEGEND

Présent dans le discours

Non présent dans le discours

15 acteurs présentent au moins un indicateur de la dimension individuelle : tous les acteurs présentent des ressources soit par les compétences, soit par l'expérience de l'EI, soit par leurs capacités mises en œuvre dans l'EI. 6 acteurs présentent l'ensemble des indicateurs de la dimension individuelle dans leur discours de l'expérience de l'EI.

Position :

14 acteurs (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E10, E11, E12, E13, E15) évoquent **leur statut** sauf E8, 12 acteurs (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E10, E11, E12, E13, E15) parlent de **leur place dans l'organisation** par leur fonction et 8 acteurs (E2, E3, E4, E6, E7, E10, E11, E12) parlent de **leur place dans l'EI** soit dans le groupe de pilotage, soit par le biais de groupe à thème, soit par le biais de l'EI dans le cadre des réunions de service.

Concurrence :

♦10 acteurs (E2, E3, E4, E5, E7, E8, E12, E13, E14, E15) évoquent dans le discours **de la concurrence sous forme de rivalité ou de prestige** comme par exemple **pour la rivalité** : E5 « *Il y a beaucoup de choses que je ne sais pas parce que je ne suis pas bien intégrée dans le fonctionnement. Le glissement de fonction, je ne valide pas du tout* » et **pour le prestige** : E3 « *J'arrive mieux à faire respecter une certaine rigueur, des horaires, les résidents doivent avoir des séances en priorité* »

♦5 acteurs (E3, E5, E9, E12, E14) parlent **d'un besoin de reconnaissance** comme par exemple :

E14 « *L'aide soignante, elle a sa place dans un FAM parce qu'on tient compte de la santé, qu'on a été formé pour ça* »

♦3 acteurs (E3, E5, E9) évoquent **de la satisfaction** vis à vis d'eux même dans leur pratique comme par exemple :

E9 « *Ce n'est pas pour m'envoyer des fleurs, à chaque fois que l'on a besoin de moi, je suis toujours là* »

Ressources :

♦12 acteurs (E1, E2, E3, E4, E5, E8, E9, E10, E12, E13, E14, E15) parlent **de leurs compétences** comme par exemple :

E13 « *J'essaye de garder l'autonomie des résidents le plus possible, qu'il garde la capacité de faire leur toilette tout seul si possible, et qu'ils soient propres sur eux, qu'ils soient beaux* »

♦5 acteurs (E2, E7, E10, E11, E12) parlent de **leur expérience de la démarche qualité** comme par exemple :

E11 : « *Avant j'ai connu les tout début de l'évaluation interne où cela s'appelait démarche qualité, tout le monde était investit de cette démarche et on savait tous où on allait* »

♦6 acteurs (E2, E3, E4, E5, E6, E10) parlent **de la mise en œuvre de leur capacité** dans l'EI comme par exemple :

E2 « *Maintenant je me sers de l'évaluation interne pour avancer dans mon travail et pour avancer avec les autres* »

Pouvoir :

♦6 acteurs (E3, E4, E5, E6, E11, E12) parlent **de leur influence** par l'intermédiaire de l'EI comme par exemple :

E4 « *C'est quand même le chef de service qui au quotidien doit faire le lien et instaurer une dynamique. C'est quelque chose dont je parle à toutes les réunions* »

♦5 acteurs (E2, E3, E6, E7, E10) évoquent avoir saisis **des opportunités** par l'EI comme par exemple :

E6 « *Je suis AMP et je prépare ma VAE d'éducateur, ce sont des éléments qui m'intéressent de plus en plus* »

♦5 acteurs (E2, E3, E4, E10) estiment être **dans la transmission** par l'EI comme par exemple :

E10 « *Je suis le seul éducateur donc coordinateur et vu que je connais un peu ces éléments là, c'est quelque chose que je peux véhiculer* »

| 4-GESTION DE LA TENSION ENTRE LE COLLECTIF ET L'INDIVIDUEL | | | |
|--|-----------------------|---------------------|--------------------|
| Nouvelle forme d'action prenant en compte le rapport à l'institution et le rapport à soi | | | |
| | Communication/Echange | Solidarité/Entraide | Créativité sociale |
| E1 | | | |
| E2 | | | |
| E3 | | | |
| E4 | | | |
| E5 | | | |
| E6 | | | |
| E7 | | | |
| E8 | | | |
| E9 | | | |
| E10 | | | |
| E11 | | | |
| E12 | | | |
| E13 | | | |
| E14 | | | |
| E15 | | | |

Légende

Présent dans le discours

Non présent dans le discours

11 acteurs présentent une ou plusieurs formes d'action prenant en compte le rapport à l'institution et le rapport à soi. Dont 4 acteurs (E2, E4, E7, E12) avec l'ensemble des formes d'action, 4 acteurs (E3, E6, E10, E11) avec deux formes d'action et 3 acteurs (E1, E9, E14) avec une forme d'action.

Communication/Echange :

7 acteurs (E2, E3, E4, E6, E7, E10, E12) présentent une forme d'action autour **de la communication et de l'échange** dans le discours de leur expérience de l'EI comme par exemple :

E3 « *La communication pour collaborer c'est quand même bien* »

E6 « *L'important c'est de partager des regards différents, comme je disais aussi avec d'autres qualifications* »

E4 :« *Moi ce que j'essaie de travailler c'est bien les liens, C'est quand même le chef de service qui au quotidien doit quand même faire surtout le lien et impulser cette dynamique, c'est toujours expliquer, pourquoi est-ce que je mets cet outil en place* »

Solidarité/Entraide :

10 acteurs (E1, E2, E3, E4, E7, E9, E10, E11, E12, E14) présentent une forme d'action autour **de la solidarité et de l'entraide** dans le discours de leur expérience de l'EI comme par exemple :

E7 « *C'est ce qui fait la richesse que l'on soit des individus, que l'on s'apporte des choses les un, les autres. On a tous à apprendre de l'autre* »

E2 « *J'ai une collègue qui faisait partie d'un groupe de travail qui m'a demandé un coup de main pour faire le projet individuel des résidents et je l'ai aidée à reformuler des phrases* »

E14 « *On est complémentaires. Moi je trouve que c'est une bonne chose* »

Créativité sociale :

6 acteurs (E2, E4, E6, E7, E11, E12) présentent une forme d'action autour **de la créativité sociale** dans le discours de leur expérience de l'EI comme par exemple :

E6 « *L'idée de partage des idées, de pouvoir se remettre en question, pouvoir avancer, pouvoir voir les points forts et les points faibles que l'on a* »

E4 « *Mettre des mots qui soient adaptés, faire que le projet personnalisé peut être lu par le résident, comment le résident peut s'en saisir, comment on s'empare de l'outil, on ne laisse pas quelqu'un penser pour nous, c'est plutôt ça* »

E12 « *L'évaluation est l'un des leviers de ce travail de mobilisation des équipes et de recherche de sens* »

5) Résultats

Après cette étape analytique des récits, nous pouvons vérifier la validité des hypothèses opérationnelles en les soumettant à l'épreuve de la réalité des discours, et en confrontant la prise de distance avec le collectif, l'individuel et la gestion de la tension, et la validité de l'hypothèse principale.

♦Vérification hypothèses opérationnelles

A partir de l'expérience professionnelle des 15 acteurs du FAM

| EXPERIENCES | LA PRISE DE DISTANCE | LE COLLECTIF | L'INDIVIDUEL | GESTION DE LA TENSION | COMMENTAIRE |
|-------------|----------------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------|
| E1 | 3d | 3d | 2d | 1d | Validées |
| E2 | 3d | 3d | 4d | 3d | Validées |
| E3 | 3d | 3d | 4d | 2d | Validées |
| E4 | 3d | 4d | 4d | 3d | Validées |
| E5 | 1d | 2d | 4d | | Validées partiellement |
| E6 | 2d | 4d | 3d | 2d | Validées |
| E7 | 3d | 4d | 4d | 3d | Validées |
| E8 | 2d | | 3d | | Validées partiellement |
| E9 | 1d | | 3d | 1d | Validées partiellement |
| E10 | 3d | 5d | 3d | 2d | Validées |
| E11 | 3d | 4d | 3d | 2d | Validées |
| E12 | 3d | 4d | 4d | 3d | Validées |
| E13 | 1d | 2d | 3d | | Validées partiellement |
| E14 | 2d | 3d | 3d | 1d | Validée |
| E15 | 1d | 2d | 3d | | Validée partiellement |

10 expériences professionnelles valident les hypothèses opérationnelles

5 expériences professionnelles valident partiellement les hypothèses opérationnelles

♦ Retour à l'hypothèse générale

Ces résultats amènent à valider partiellement l'hypothèse principale qui propose que « **La logique de la subjectivation permet à l'acteur sujet de construire une expérience professionnelle cohérente en gérant la tension entre la logique intégrative induite par la démarche qualité et la logique stratégique induite par la recherche de satisfaction de ses propres intérêts** ».

En effet, 10 expériences valident l'hypothèse principale en présentant de la subjectivation et une action concernant la gestion de la tension entre la logique intégrative et la logique stratégique, par contre 4 expériences présentent de la subjectivation mais ne présentent pas d'action de gestion de la tension entre la logique intégrative et la logique stratégique. Sur les quatre expériences, 3 présentent de l'action intégrative et de l'action stratégique et une ne présente pas d'action intégrative.

Une expérience sur les quinze présente de la subjectivation, de l'action de gestion de la tension entre la logique intégrative et la logique stratégique mais ne présente pas d'action intégrative.

Ces résultats confirment que la subjectivation n'est pas une composante suffisante pour que l'acteur construise une expérience professionnelle cohérente de la démarche qualité.

QUATRIEME PARTIE :
ANALYSE

PLAN

| | |
|--|-------|
| A-ANALYSE DES INFORMATIONS | p. 92 |
| 1) Reprenons les résultats et regardons de plus près les 2 groupes d'acteurs | p. 94 |
| a) le groupe des acteurs validant les hypothèses opérationnelles | p. 94 |
| b) le groupe des acteurs validant partiellement les hypothèses opérationnelles | p. 96 |
| 2) Essayons de comprendre les expériences professionnelles des acteurs autour de l'EI à partir des rapports professionnels et des logiques de situations | p. 96 |
| a) le groupe de acteurs validant les hypothèses opérationnelles | p. 97 |
| ♦Les acteurs participant au groupe de pilotage et à thème | p. 97 |
| ♦Les acteurs participant uniquement à l'EI dans le cadre des réunions de service | p. 98 |
| ♦Mise en évidence des mécanismes générateurs de nouvelles pratiques | p. 99 |
| ♦Mise en évidence des logiques d'actions récurrentes | p. 99 |
| b) le groupe des acteurs validant partiellement les hypothèses opérationnelles | p.100 |
| ♦Les 3 acteurs ne validant pas la gestion de la tension | p.100 |
| ♦L'acteur ne validant pas le collectif | p.101 |
| ♦L'acteur ne validant pas le collectif et la gestion de la tension | p.101 |
| ♦Mise en évidence des mécanismes générateurs de nouvelles pratiques | p.102 |
| ♦Mise en évidence des logiques d'actions récurrentes | p.102 |
| 3) Remonter de l'expérience vers les logiques de système organisationnel de l'EI | p.102 |
| a) l'organisation vue comme un système social | p.102 |
| ♦Le sous-système des finalités, stratégie et objectifs | p.103 |
| ♦Le sous-système culturel : ensemble des évidences partagées | p.103 |

| | |
|---|--------|
| ♦Le sous-système d'information | p.103 |
| ♦Le sous-système outils, méthodes et processus | p.103 |
| ♦Le sous-système structurel de l'EI | p.104 |
| ♦Le sous-système des acteurs | p.104 |
| b) Mise en évidence des logiques du système organisationnel | p.105 |
| B- DISCUSSION DES RESULTATS | p.106 |
| C- LIMITES ET PROLONGEMENTS DE LA RECHERCHE | p.111 |
| 1) Limites | p.111 |
| 2) Prolongements | p. 112 |
| CONCLUSION | p.113 |

A- L'ANALYSE DES INFORMATIONS

Pour commencer ce chapitre, il semble important de rappeler les informations découvertes au cours du recueil de données, afin de les prendre en compte dans l'analyse des résultats, les éléments suivants :

- Le FAM se situe sur un site, réunissant plusieurs établissements : ESAT, Foyer d'hébergement et Foyer de vie. Au sein de ce site le terme de démarche qualité est réservé à l'ESAT et fait référence à des normes bien précises. Pour les autres structures, seul le terme évaluation interne est prononcé.
- La démarche qualité est pilotée par l'équipe des cadres (Directeurs Adjoint et Chef de service) sous le vocable d'évaluation interne. L'évaluation interne s'appuie sur un référentiel associatif.
- Il existe trois instances de mise en œuvre de la démarche qualité dite évaluation interne : le groupe de pilotage du site représenté par le directeur adjoint, les chefs de services et des représentants des professionnels de chaque établissements, les groupes de travail à thème mise en place sur chaque établissement, et l'évaluation des pratiques effectué sur le temps des réunions de service avec l'ensemble des équipes de terrain.
- Les acteurs de l'organisation ayant participé aux entretiens se limitent au service encadrement, médical et éducatif.
- Le temps de présence des acteurs dans l'institution n'est pas le même et cette variable a une influence sur la durée de l'expérience professionnelle de l'évaluation interne.
(10 acteurs sont présents depuis la mise en œuvre de l'évaluation interne en septembre 2009 avec 4 ans d'expérience à la date du recueil de données, 2 sont en contrat depuis 2 ans et 3 sont en contrat depuis plus ou moins 1 ans)

Avant d'aborder l'étape compréhensive des expériences professionnelles de l'EI, des acteurs du FAM, nous proposons de faire une première analyse sur la situation en lien avec le premier élément ci dessus : **La nomination de la démarche qualité par « évaluation interne »** au sein du FAM.

En effet cette situation de nomination est venue nous déranger dans l'étude, nous interpeller et nous interroger au regard de la conceptualisation de la démarche qualité, sur

la confusion qu'elle pouvait apporter, et sur les effets qu'elle pouvait avoir sur l'organisation de la mise en œuvre de la démarche qualité. Si nous reprenons le concept de démarche qualité dans le cadre des organisations sociales et médico-sociales, où la relation de service et « le travail sur autrui » est une spécificité, il englobe à lui seul plusieurs dimensions : une aptitude organisationnelle, un état d'esprit herméneutique, réflexif et éthique, une méthodologie à partir d'une démarche évaluative. La démarche évaluative s'appuie sur un processus se déroulant à partir d'une description de la réalité, une analyse mesurant des écarts par rapport aux attentes, une interprétation des résultats, et un constat. Elle permet à partir d'un jugement, une aide à la décision. L'évaluation interne est une démarche d'auto-évaluation qui suit le même processus, pour entrer dans la démarche d'amélioration de la qualité. Elle permet de faire des choix stratégiques et d'orienter des axes de travail pour la réalisation d'actions concrètes qui seront elle même évaluées. **L'évaluation interne reste donc un outil méthodologique de la démarche qualité. Nous pouvons souligner que la confusion de terme, risque de réduire une démarche qualité à une méthode, en délaissant la notion d'aptitude de l'organisation et d'état d'esprit, c'est-à-dire d'intention porter sur les pratiques.** Elle risque d'influencer la représentation des acteurs vers la notion de jugement sur l'intervention et de favoriser la construction d'un système de résistance. Alors que la démarche qualité encourage la réalisation d'actions concrètes produites à partir de l'expérience des acteurs en situation d'interactions dans une relation de service avec des usagers sujets. Cette confusion peut limiter, voir inhiber, les acteurs dans leurs actions et dans leurs responsabilités professionnelles, par peur du jugement, alors que l'expérience de la relation de service et du travail sur autrui, par la singularité et l'imprévisibilité des situations, demande d'être ancré dans un système de valeurs rassurant et dans un contexte d'actions structuré par l'aptitude organisationnelle.

Après cette entrée en matière mettant en lumière le risque de la nomination « évaluation interne » pour parler de démarche qualité, nous allons pouvoir aborder l'étape compréhensive des expériences professionnelles de l'évaluation interne des acteurs du FAM, en lien avec les résultats de la validation des hypothèses opérationnelles et générale

Pour comprendre les résultats, nous nous appuyons sur le concept de l'expérience professionnelle de l'EI. Elle se construit à partir de tensions entre la sphère de l'activité collective où la contrainte de la loi impose des obligations, et la sphère de l'activité

individuelle où chaque acteur cherche à satisfaire ses intérêts. **L'expérience professionnelle permet de construire un acteur sujet professionnel distancié par rapport à ses rôles et ses intérêts aspirant à la capacité de conserver son autonomie dans une nouvelle forme d'action prenant en compte le rapport à l'institution et le rapport à soi.**

Cette explication rejoint l'hypothèse principale qui suppose que :

« La logique de subjectivation permet à l'acteur sujet de construire une expérience professionnelle cohérente en gérant la tension entre la logique intégrative induite par la démarche qualité et la logique stratégique induite par la recherche de satisfaction de ses propres intérêts »

Si nous reprenons les résultats :

♦ **10 des acteurs du FAM vivent une expérience cohérente de l'EI et conservent une autonomie d'action en prenant en compte le rapport à l'institution et le rapport à soi.**

♦ **5 des acteurs du FAM construisent une expérience professionnelle de l'EI avec un déséquilibre entre le rapport à l'institution et le rapport à soi :**

- 3 ne présentent pas de gestion de la tension entre la sphère collective et la sphère individuelle.
- 1 présente uniquement la sphère individuelle sans prendre en compte la dimension collective de l'EI.
- 1 présente uniquement la sphère individuelle sans prendre en compte la dimension collective de l'EI et sans présence de gestion de la tension entre les deux.

1) Reprenons les résultats et regardons de plus près les 2 groupes d'acteurs :

a) Le groupe d'acteurs validant les hypothèses opérationnelles

Il est constitué de 10 acteurs (E1/E2/E3/E4/E6/ E7/E10/E11/E12/E14) :

- de 3 acteurs du service encadrement (représenté par les fonctions de directeur adjoint et de chef de service) font partie du groupe de pilotage, ont 4 ans d'expérience de l'EI au FAM (sauf le directeur adjoint qui a pris ses fonctions sur le site que depuis 8 mois.)

Il est important de rappeler que la structuration de l' EI au niveau du site dans lequel se trouve le FAM, l'association gestionnaire s'est positionnée pour que les cadres (directeur adjoint et chef de service) pilotent l'EI.

- de 2 acteurs du service médical (représenté par les fonctions de (kinésithérapeute et de psychologue) dont un faisant partie du groupe de pilotage et un autre d'un groupe à thème, les deux ayant une expérience de l'EI au FAM de 4 ans.
- de 5 acteurs du service éducatif représenté par toutes les fonctions (1 éducateur spécialisé, 1 moniteur éducateur, 2 AMP, et 1 AS), dont 2 font partie du groupe de pilotage, et ont participé à un groupe à thème, ayant tous une expérience de l'EI au FAM de 4 ans sauf l'AS étant en remplacement depuis 8 mois.

Nous constatons donc dans ce groupe qu'une forte majorité (7 sur 10) participe activement au groupe de pilotage et aux groupes à thème, et qu'une forte majorité (8 sur 10) a une durée de 4 ans de l'expérience de l'évaluation interne au FAM (8/10).

- Focale sur les **acteurs participant au groupe de pilotage et/ou au groupe à thème**

7 acteurs participent au groupe de pilotage et/ou à thème (/E3/E4/E6/E7/E10/E11/E12) et 6 d'entre eux ont une durée de 4 ans d'expérience de l'EI. Le septième est en poste depuis 8 mois. Pour lui la durée du temps de l'expérience est compensée d'une part par son statut et sa fonction (directeur adjoint) lui donnant accès à la connaissance générale et d'autre part par son expérience antérieure de la construction du référentiel associatif support de l'évaluation interne.

Ce groupe est composé des 3 acteurs du service encadrement (E4/E11/E12), de 2 acteurs de service médical (E7/E3), et de 2 acteurs du service éducatif (E10, éducateur spécialisé) et (E6, AMP en préparation d'une validation des acquis par l'expérience)

Pour ce groupe la durée du temps de l'expérience et la participation aux instances de mises en œuvre de l'EI sont des variables pertinentes pour permettre de vivre une expérience cohérente de l'EI et conserver une autonomie d'action prenant en compte le rapport à l'institution et le rapport à soi.

Nous pouvons constater aussi que les fonctions représentées sont majoritairement égales ou supérieures au niveau 3 et qu'un acteur prépare une VAE pour passer du niveau 5 au niveau 3 (E6)

b) Le groupe d'acteurs validant partiellement les hypothèses opérationnelles

Il est constitué de 5 acteurs (E5/E8/E9/E13/E15) :

- 1 acteur du service médical (représenté par la fonction d'infirmière) ayant participé à l'élaboration d'une procédure de façon isolée, il s'agit de :

E5 « *C'est un travail que j'ai fait de façon isolée sur les foyers , un peu avec la Kiné, un petit peu avec l'avis des équipes , j'en ai parlé avec mes deux autres collègues »E5*

Et ayant une expérience de l'EI au FAM de seulement 1 an.

- 4 acteurs du service éducatif (représenté par les fonctions de moniteur éducateur, AMP, AS), ne participant ni au groupe de pilotage, ni au groupe à thème. Seulement deux d'entre eux évoquent leur participation à l'EI en réunion de service soit d'une façon faible, soit avec une représentation douteuse de la sincérité de cette instance. Sur les 4, deux ont une expérience de 4 ans de l'évaluation interne et deux de 2 ans.

E13 « *J'ai participé juste à une réunion avec un questionnaire »*

E15 « *Oui mais j'ai l'impression que ce n'est que du pipeau, que de toute façon la décision est déjà prise en amont »*

Pour ce groupe où l'expérience professionnelle de l' EI est construite avec un déséquilibre entre le rapport à l'institution et le rapport à soi, la variable de la durée du temps de l'expérience est majoritairement plus courte, et la variable de la participation est absente ou isolée du groupe, ou de faible fréquence, ou emprunt de doute.

Nous pouvons remarquer que les fonctions représentées sont majoritairement inférieures au niveau 3.

2) Essayons de comprendre les expériences professionnelles des acteurs autour de l'EI à partir des rapports professionnels et des logiques de situations

Les rapports professionnels peuvent se regarder à partir du positionnement dans l'organisation du FAM et de l'EI et les logiques de situation à partir de la prise de distance, l'action intégrative et collective, l'action stratégique et individuelle, la gestion de la tension.

a) Le groupe d'acteurs validant les hypothèses opérationnelles

♦ **Les acteurs participant au groupe de pilotage et à thème :**

- **Les acteurs de l'encadrement (E4/E11/E12) :**

Ce groupe d'acteurs est engagé dans l'EI par le statut, la fonction et le rôle. Ils sont responsables du pilotage de l'EI. Leur position développe la prise de distance par la réflexivité (réflexion, analyse, projection) et les engagements culturels (éthique, fraternel et créatif). Leur position facilite l'accès à la connaissance et la recherche d'une dimension collective partagée par le pilotage des instances d'évaluation, de réflexion et d'élaboration dans la durée. La contrainte de l'EI vient nourrir leurs intérêts individuels par l'utilisation de leur pouvoir d'influence et de transmission. La gestion de la tension entre le collectif et l'individuel se traduit par l'entretien d'une autonomie d'action à la recherche de lien, de sens et de réappropriation prenant en compte le rapport à l'institution et le rapport à soi.

- **Les acteurs du service médical (E3/E7)**

Les acteurs du secteur médical sont positionnés dans l'organisation de l'établissement par la spécificité de leur fonction, leur procurant une autonomie dans leur pratique et un prestige par leurs compétences techniques et spécialisées. Ils ont saisi l'opportunité de se positionner dans l'EI par le biais de leur participation au groupe de pilotage et aux groupes à thème. Ils développent de la prise de distance par rapport aux rôles et aux intérêts par la découverte, la réflexion et l'engagement éthique et culturel. De plus ils enrichissent leurs connaissances générales sur le contexte de l'EI et leurs connaissances institutionnelles au service de l'appartenance collective et appliquent les outils dans leur pratique. Ils saisissent les opportunités qui mettent en valeur leurs capacités de mises en œuvre (comme l'accompagnement des projets personnalisés pour l'un et la traçabilité pour l'autre), et qui viennent nourrir leurs intérêts individuels (comme poursuivre le travail sur les recommandations de l'ANESM à l'extérieur de FAM pour l'un ou se former et devenir professionnel ressource par la formation, sur un thème de prévention, pour l'autre). La gestion de la tension se manifeste pour l'un par le développement de l'échange pluridisciplinaire pour sa complémentarité et sa richesse d'idée et pour l'autre par le développement de la communication pour mieux comprendre et respecter le travail de chacun.

- Les acteurs du service éducatif (E6/E10)

Les 2 acteurs du service éducatif sont positionnés dans l'organisation, l'un par son statut lui procurant une fonction de coordinateur et l'autre par une démarche de validation des acquis. Ils ont saisi l'opportunité de participer au groupe de pilotage et au groupe à thème. L'un d'entre eux est représentant au conseil de la vie sociale. Ils développent la prise de distance par rapport aux rôles et aux intérêts, par de l'esprit critique avec de la découverte, de la réflexion et de l'engagement éthique, fraternel et /ou créatif. L'un d'entre eux peut se projeter par des propositions d'amélioration concernant la transmission et la communication. Ils enrichissent leurs connaissances générales et institutionnelles et appliquent les outils dans leur pratique surtout par le biais du projet personnalisé et par le biais des valeurs (comme le droit et le besoin de l'utilisateur). Ils cultivent leur appartenance par leur participation active à toutes les instances de l'EI. Ils nourrissent leurs intérêts individuels. L'un d'entre eux s'appuie sur son expérience antérieure de la démarche qualité qui lui a permis d'acquérir des connaissances et des compétences lui donnant de l'influence dans sa fonction de coordinateur par la transmission. L'autre utilise son influence aussi par la transmission en utilisant l'outil de communication comme les comptes-rendus. Les deux saisissent l'opportunité des instances de l'EI pour nourrir leur projet d'évolution professionnelle, soit d'évoluer vers la fonction d'éducateur par la formation, soit d'évoluer vers la fonction de chef de service par promotion interne. La gestion de la tension entre le collectif et l'individuel se concrétise pour l'un par un engagement dans le travail d'équipe et par la communication, la traçabilité et la remise en question, pour l'autre par une pratique au plus proche des besoins de l'utilisateur avec l'adaptation des outils.

♦ Les acteurs participant uniquement à l'EI dans le cadre des réunions de service (E1/E2/E14)

- Ces trois acteurs sont issus du service éducatif (AS, AMP et moniteur éducateur). Ils se positionnent dans l'EI par leur participation en réunion de service. La prise de distance par rapport aux rôles et aux intérêts s'exprime par de l'esprit critique avec la conscience de la contrainte de l'EI pouvant être vécue à la fois comme contrôle et en même temps comme support d'aide à la remise en question professionnelle. Deux d'entre eux évoquent le décalage pouvant exister entre les bonnes intentions et la réalité de terrain et abordent de la réflexion sur le manque de communication et de transmission de

l'information. Un d'entre eux fait aussi preuve d'analyse en comparant les représentations sur l'EI et la démarche qualité, en évoquant pour l'EI une représentation intrusive et pour la démarche qualité une représentation positive et évolutive. Les 3 sont soutenus par de l'engagement éthique, et ou fraternel et ou créatif. Ils cultivent l'action collective par une connaissance institutionnelle, par leur participation à l'EI dans le cadre des réunions de service (deux évoquent leur absence prolongée) et par l'application des outils ou des valeurs dans leur pratique. Un d'entre eux a de la connaissance générale en lien avec son expérience antérieure de la démarche qualité. Ils valorisent tous leur fonction par leurs compétences et trouvent leur place par une recherche de complémentarité. Deux d'entre eux utilisent l'EI pour évoluer dans leur travail et dans leurs rapports aux autres. Un d'entre eux aide volontairement les acteurs engagés dans les groupes de travail à thème et cherche à faire du lien avec un désir de progression professionnelle. Pour les trois, la gestion de la tension entre le collectif et l'individuel s'effectue par l'entraide et la solidarité, en soutenant les droits des personnes en situation de handicap et par la relation d'aide. Pour l'un d'entre eux, elle se complète par l'échange en équipe et par l'adaptation des moyens pour répondre aux besoins des usagers.

◆**Mise en évidence des mécanismes générateurs de nouvelles pratiques**

- Les expériences antérieures de la démarche qualité ou de l'EI permettant de s'engager avec de la connaissance acquise.
- La participation au groupe de pilotage et au groupe à thème. Ce sont des instances qui permettent l'acquisition de connaissances avec de la réflexion partagée, de l'apprentissage du travail collectif, de l'élaboration et de la concrétisation soit par programmation, soit par réalisation.
- La durée de l'expérience, qui permet l'intégration des connaissances et l'appropriation des outils.

◆**Mise en évidence des logiques d'actions récurrentes**

- Le maintien de l'autonomie d'action.
- Le pouvoir d'influence dans la mise en œuvre et la transmission.
- La découverte de la complémentarité dans le travail d'équipe.
- La communication et la traçabilité.

- L'évolution professionnelle soit dans sa propre pratique à travers une remise en question, soit par changement de statut par opportunité de carrière ou par la voie de la formation (VAE).

b) Le groupe d'acteurs validant partiellement les hypothèses opérationnelles:

♦ **Les trois acteurs ne validant pas la gestion de la tension (E5/E13/E15)**

- **Pour (E5) infirmière** : Le positionnement dans l'organisation se fait par la spécialité de la fonction technique et par un rôle de coordination (participation aux instances de l'EI uniquement sur les réunions de service et partiellement pour la partie médicale). La prise de distance est juste appuyée par un avis sur l'EI concernant la clarté de la validation et par de la réflexion, qui met en corrélation la loi et les idées, avec un discours porté par un engagement créatif non distancié du rôle et des intérêts individuels. La connaissance générale et institutionnelle est faible et la participation s'est trouvée isolée du groupe par une reprise de procédure en lien avec la spécialité de la fonction. L'application des outils de l'EI n'apparaît dans la pratique, que par rapport aux besoins individuels de la fonction. L'action stratégique et individuelle est développée par des compétences et des capacités de mises en œuvre techniques et de traçabilité avec comme enjeu de faire valoir et respecter les spécificités de sa fonction par les équipes éducatives, qui donnent du pouvoir d'influence. Elle se traduit par de la satisfaction d'être en lien avec l'ensemble de l'équipe. L'EI passe après cet enjeu de prise de place et de pouvoir. L'expression d'une difficulté à travailler dans un environnement flou, que l'acteur compense par une organisation carrée du travail montre une tension entre le collectif et l'individuel.

- **Pour E13 (AS)** : Le positionnement dans l'organisation se fait par un nouveau statut qui est passé de CDD à CDI avec le souhait d'évoluer vers une profession paramédicale. Pas de positionnement dans l'EI après une expérience de deux ans. La prise de distance par rapport aux rôles et aux intérêts s'exprime juste par un avis critique sur l'EI trouvant normal d'évaluer les pratiques pour faire évoluer et avancer les choses. La participation à l'EI ne s'est produite qu'une seule fois. L'action stratégique et individuelle s'appuie sur les compétences et l'enrichissement de la découverte du secteur médico-social ainsi que sur la recherche de sa place dans la spécificité de la fonction en concurrence avec d'autres. La tension entre le collectif et l'individuel s'exprime par le souhait d'investissement en lien avec le changement de statut.

- Pour E15 (moniteur éducateur) : Le positionnement se fait par la fonction exercée sans le diplôme (moniteur éducateur), après abandon d'une VAE. La place dans le FAM est vécue comme un hasard et l'expression d'un souhait de changement est récurrente. L'avis exprimé sur l'EI est douteux et sans conviction réaliste. Il s'accompagne de l'expression d'une absence de relations professionnelles chaleureuses, avec d'une absence de simplicité. La connaissance générale n'est pas là, la connaissance institutionnelle est faible. La participation à l'EI en réunion de service est sans grande conviction. Le projet personnalisé est appliqué dans la pratique. L'action stratégique et individuelle s'appuie sur le besoin de changement, de mobilité, et sur les compétences artistiques et de jardinerie pour mettre en place des activités. Une tension entre le collectif et l'individuel s'exprime par un manque de communication entre les services, d'humanité, de relations authentiques, compensé par un besoin de changement.

♦ l'acteur ne validant pas le collectif (E9)

Le positionnement dans l'organisation se fait par la chance d'avoir un travail. La prise de distance n'existe que par un avis sur l'EI qui est vécu comme trop réflexif mais qui quand même permet la découverte du travail en équipe. La connaissance générale n'est pas là, la connaissance institutionnelle et la participation sont faibles, se limitant à l'EI. La découverte se réalise par l'application des groupes d'expression des usagers. L'action stratégique et individuelle s'appuie sur la compétence de l'accompagnement du résident au quotidien au plus proche de ses besoins et par l'appropriation de l'autre dans le travail en équipe. L'absence de collectif annule la tension avec l'individuel qui lui se manifeste par de l'entraide et de la conviction d'être là pour le résident, pour lui apporter son aide et satisfaire ses besoins.

♦ L'acteur ne validant pas le collectif et la gestion de la tension (E8)

Le positionnement dans l'organisation se fait par la chance d'avoir une place en tant qu'aide soignante dans cette structure, considérée comme une ouverture professionnelle. Pas encore de positionnement dans l'EI après 2 ans et demi mais souhaite faire partie du groupe de pilotage. La prise de distance s'exprime par un avis sur l'EI non distancié du rôle, autour des bénéfiques de l'amélioration de l'accompagnement pour les résidents. La connaissance générale n'est pas là, la connaissance institutionnelle présente

beaucoup d'inconnus. La participation est juste une participation en réunion de service de l'EI avec le référentiel. Pas d'application des outils et procédures dans la pratique. L'action stratégique et individuelle s'appuie sur l'opportunité de la participation au groupe de pilotage et au projet de soin pour l'année à venir avec l'espérance d'apprendre et d'acquérir des connaissances. Elle s'appuie aussi sur la découverte de nouvelles compétences en cherchant une place avec la spécificité de la fonction dans la complémentarité d'une équipe. La tension s'exprime dans la projection de positionnement et d'engagement dans l'EI pour apprendre et acquérir des connaissances.

◆**Mise en évidence des mécanismes non générateurs de nouvelles pratiques**

- Absence de participation ou faible participation aux instances de l'EI.
- Absence de connaissances générales et faible connaissance institutionnelle.
- Discours et pratique non distancié du rôle ou des intérêts.
- Le statut CDD, ne permet pas l'investissement.
- Le doute sur les intentions de l'EI.

◆**Mise en évidence des logiques d'actions récurrentes**

- Mise en place d'une organisation carrée et rigide par l'absence de connaissances.
- Demande de changement pour relancer la motivation au travail.
- Investissement sur les usagers pour donner du sens au travail.
- Projection dans la participation aux différentes instances de l'EI pour prendre sa place dans le collectif et acquérir des connaissances.

3) Remonter de l'expérience vers les logiques de système organisationnel de L'EI

a) L'organisation est vue comme un système social⁴⁴ à travers la façon dont les acteurs au centre du système, la synthétisent tant au plan individuel que collectif.

⁴⁴ Voir schéma n°2 (P.Ducalet, M.Laforcade), p

◆Le sous-système des finalités, stratégie et objectifs

Le cap et les orientations sont donnés par le pôle direction avec l'énonciation d'une participation des équipes à l'amélioration des prestations par un travail de réflexion sur le sens de l'action agissant sur les conditions d'accueil des usagers, les conditions de travail des professionnels et sur la motivation des salariés par le biais de la formation initiale, continue ou par la validation des acquis de l'expérience. Pour les cadres de l'organisation, l'EI apporte un changement de culture passant de l'expression orale à l'expression écrite, pouvant être l'occasion d'une professionnalisation pour les acteurs du secteur social et médico-social à travers l'élaboration de leur pratique et la transmission de la spécificité de leur travail, par la production écrite.

◆Le sous-système culturel : ensemble des évidences partagées

Les critères culturels associatifs permettant de prioriser les actions sont la bienveillance⁴⁵, la motivation des salariés et la faisabilité. Ils deviennent des évidences partagées, non intériorisées, par les membres du groupe de pilotage mais pas par l'ensemble des salariés. Seule la bienveillance infiltre les pratiques par le biais du besoin et du droit de l'utilisateur comme valeur intériorisée.

Pour les acteurs, l'EI est reliée au contrôle, à la contrainte économique, à la remise en question, à la participation des salariés et des usagers, à l'enrichissement par le développement d'idées et de créativité, au développement de l'éthique par la prise en compte des droits et des besoins des usagers.

◆Le sous-système d'information :

Les acteurs ne participant pas au groupe de pilotage et aux groupes à thème n'acquièrent pas de connaissances générales et institutionnelles de l'EI dans le champ du contexte, de la législation, de son contenu et de sa structuration dans l'organisation.

⁴⁵ Voir Annexe V

◆Le sous-système outil, méthode et processus

Les outils appliqués sont les outils de la loi n°2002.2 du 2 janvier 2002 : projet associatif, projet d'établissement, livret d'accueil travaillé sous forme audio-visuelle à partir d'un travail en partenariat avec l'école d'ingénieur, le règlement de fonctionnement, la charte des droits et libertés, le contrat de séjour, la personnalité qualifiée, le projet personnalisé, le conseil de la vie sociale. La méthode est une méthode dite participative avec la réalisation de l'EI des pratiques par les salariés du secteur éducatif et du secteur médical, par la mise en place d'un comité de pilotage et de groupes de travail à thème pour finaliser des documents ou des procédures de travail.

◆le sous-système structurel de l'EI

Le processus essentiel qui caractérise la démarche qualité est l'évaluation interne. Elle se réalise une fois par an. Elle se pratique à partir des indicateurs du référentiel associatif pour lesquels les différents professionnels sont concernés et se déroule sur de 2 ou 3 réunions de service. Les résultats retournent à l'équipe de direction qui regarde les écarts d'une année sur l'autre et qui essaie de comprendre ces écarts en priorisant des objectifs et des stratégies. L'équipe de direction fait ensuite un retour au comité de pilotage constitué par le directeur adjoint, les cadres, et des référents provenant des services éducatifs ou de soins des établissements de l'ensemble du site. Les informations redescendent par l'intermédiaire des chefs de service et des référents sur les équipes. Le comité de pilotage met en place des actions correctrices prioritaires pour permettre d'améliorer l'organisation et le fonctionnement des établissements pour le bénéfice des personnes accompagnées, à partir des critères « de bientraitance, de motivation des salariés et de faisabilité ». Ces actions sont organisées par petits groupes de travail avec la désignation d'un pilote de groupe et ciblées en fonction des structures du site. L'appellation « évaluation interne » vient questionner certains acteurs par rapport au terme démarche qualité qui évoque pour eux davantage un processus inscrit dans une démarche d'amélioration continue. D'ailleurs certains acteurs n'évoquent pas, dans leur discours, cette notion de progression dans le temps ni la notion de réajustement continu des outils, des protocoles, des actions en lien avec l'évolution des pratiques.

◆Le sous-système des acteurs

Certains acteurs participent au groupe de pilotage et ou à thème et d'autre seulement à l'EI dans le cadre de la réunion de service. Les acteurs participant au groupe à thème ou à l'EI dans le cadre des réunions de service trouvent que le déroulement du processus est lourd, long avec un vécu d'inachèvement des travaux. Cela s'explique d'une part par le fait que le pilotage soit effectué par les cadres de l'organisation (directeur adjoint et chefs de service) et que dans le discours des cadres apparaisse un ensemble de perturbations extérieures venant bousculer l'organisation entre autre sur les deux dernières années (changement de directeur adjoint, un cadre en formation absent une semaine par mois ne participant plus au groupe de pilotage, la construction et la restauration des locaux ou de certains services comme la cuisine du site). Ces aléas viennent perturber la régularité des travaux et la rigueur de la démarche.

b) Mise en évidence des logiques du système organisationnel

- La transmission de la connaissance passe par la participation aux groupes de pilotage et à thème.

- Le sens de l'action de l'EI par l'ensemble des cadres agit sur les conditions d'accueil de l'utilisateur, sur les conditions de travail des professionnels et sur la motivation des salariés en donnant une place à la professionnalisation.

- Le rapport à l'institution par le biais de la contrainte de l'EI et le rapport à soi par le biais de la remise en question de l'enrichissement et le développement de l'éthique sont pris en compte.

- Le choix de la dénomination « EI » influence la perception des acteurs et ne leur permet pas de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité en lien avec la réalité de leur pratique.

- Le pilotage de l'EI par l'équipe des cadres est soumis à l'épreuve des aléas extérieurs à l'organisation qui agissent en perturbant la régularité et la rigueur de la démarche d'EI.

- La communication et la transmission ne sont pas efficaces entre les instances des groupes (pilotage et à thème) et les acteurs ne participant pas.

- Les valeurs institutionnelles partagées ou à partager sont la bienveillance de l'utilisateur, la motivation des salariés et la faisabilité. Les valeurs reviennent peu dans le

discours des acteurs et n'expriment pas l'intention donnée au sens de l'action surtout concernant la motivation du salarié et la faisabilité pour permettre une ambition collective partagée.

Au regard de l'analyse, la subjectivation ou la prise de distance par rapport aux rôles et aux intérêts est une logique d'action qui demande un contexte favorable à la transmission de la connaissance, à l'esprit critique, réflexif, éthique, solidaire et créatif, pour son développement. Ainsi et seulement, l'hypothèse principale pourra se confirmer et l'acteur sera en capacité de construire une expérience professionnelle cohérente.

B) DISCUSSION DES RESULTATS

« Les faits sociaux peuvent être atteints par le biais des acteurs et de leur expériences »
(Dubet, 1994, p 110)

Le choix de notre question de départ a privilégié ce principe, en s'intéressant d'abord à l'acteur et son expérience avant de remonter au système organisationnel. Elle s'énonçait de la façon suivante :

« Comment l'acteur articule-t-il dans son expérience professionnelle, les différentes logiques en œuvre dans la démarche qualité ? »

Et nous proposons comme réponse l'hypothèse suivante :

« La logique de la subjectivation permet à l'acteur/sujet de construire une expérience professionnelle cohérente en gérant la tension entre la logique intégrative induite par la démarche qualité et la logique stratégique induite par la recherche de satisfaction des ses propres intérêts ».

L'hypothèse soumise à l'épreuve de la réalité a permis d'une part d'obtenir des résultats concernant l'expérience professionnelle de l' EI des acteurs et d'autre part de mettre en évidence les logiques du système organisationnel.

En ce qui concerne les expériences des acteurs, nous pouvons dire au regard des résultats de l'étude que 10 des acteurs construisent une expérience équilibrée entre le rapport à l'institution et le rapport à soi et que 5 des acteurs construisent une expérience déséquilibrée entre le rapport à l'institution et le rapport à soi. L'analyse des résultats nous

montre que la subjectivation, c'est-à-dire **la prise de distance par rapport aux rôles et aux intérêts, se développe par la connaissance, la confrontation à l'autre et la participation active**. De son côté, la **connaissance s'acquiert par le couple « formation et expérience »**. Cela nous amène à penser que la démarche qualité, s'inscrivant dans une dynamique de changement et de bouleversement culturel, nécessite pour l'ensemble des acteurs l'acquisition de nouveaux apprentissages, comme par exemple de passer de la culture orale à la culture écrite. Ce passage nécessite d'identifier et d'élaborer des modèles d'action, tout en étant capable de les réajuster dans l'expérience et l'événement de la situation, afin de les améliorer. **La démarche qualité serait-elle un enjeu pédagogique devant s'adapter à l'ensemble des acteurs de l'organisation à partir de leur fonction et de leur rôle afin de leur permettre de développer de nouvelles compétences en lien avec un contexte sociétal et législatif donné ?** L'apprentissage nécessite aussi d'acquérir la capacité de travailler en groupe dans une dimension transversale et inter-disciplinaire, par exemple par l'intermédiaire des instances d'évaluation interne, s'inscrivant dans une démarche participative. **La démarche qualité serait-elle un enjeu pédagogique de l'apprentissage du travail collectif au service de l'organisation et de sa mission ?** La mission d'une organisation du secteur social et médico-social est de développer de l'aptitude à répondre aux besoins des usagers, des familles et des acteurs. Les structures ne peuvent donc que s'engager dans un processus de valeur ajoutée pour satisfaire les nouveaux usagers/clients et rester conforme par rapport à la loi n°2002.2 du 2 janvier 2002. Le seul choix, ou le seul ajustement créateur, reste la façon d'appréhender la démarche d'amélioration de la qualité. C. Peroz⁴⁶ (2011, p153), propose une pensée positive et une dynamique optimiste :

« L'engagement dans la démarche qualité représente avant tout une opportunité de s'approprier de nouveaux savoir-faire, de nouvelles méthodes, qui s'intègrent dans la philosophie de l'action en vue de bien traiter ».

L'engagement dans la démarche qualité pour reprendre le terme de C. Peroz est un acte qui implique directement le management des établissements. Quant à l'appropriation de nouveaux savoir-faire, elle nécessite de la transmission et de l'expérience. **Un des enjeux du management pour l'amélioration de la qualité des services humains, ne serait-il pas d'oser l'engagement éthique et pédagogique à viser projective pour aboutir à une**

⁴⁶ C. Peroz, ancien directeur d'établissement médico-social et aujourd'hui consultant dans la mise en œuvre de la démarche qualité et d'évaluation

action collective ? Cette idée est appuyée par J.R. Loubat⁴⁷ lorsqu'il exprime dans son article « Le management ou l'art de faire réussir les entreprises humaines » (Empan 2006/1 n°61) que les établissements ne peuvent plus se contenter de vivre leur fonctionnement sans le penser et le projeter.

Cette ouverture sur le management nous permet d'aborder le deuxième volet des résultats de l'étude sur les logiques du système organisationnel mises en évidence à partir des récits des acteurs du FAM.

Le management de l'EI du FAM fait déjà l'objet d'un projet pensé en mettant l'accent sur l'intérêt de l'utilisateur mais aussi sur la motivation des salariés par une orientation facilitant la formation et la professionnalisation. Ce modèle de management de l'EI est confirmé par J.R. Loubat, dans son article « manager les compétences, le défi de la décennie » :

« La perspective d'évolution professionnelle est l'un des principaux facteurs de motivation pour l'acteur ».

Dans cet article, J.R. Loubat insiste sur le développement des compétences des acteurs :

« Le management des compétences et empowerment s'inscrivent résolument dans la philosophie d'une véritable démarche qualité, c'est-à-dire d'une recherche d'amélioration continue des services rendus aux bénéficiaires ».

Nous pouvons retrouver l'axe de la compétence dans le cadre des instances de mise en œuvre de « l'EI » du FAM, par l'intermédiaire du groupe de pilotage et ses groupes à thèmes développent les capacités, les habilitations et la responsabilité des acteurs participants. De son côté l'évaluation des pratiques dans le cadre des réunions de service favorise la remise en question, la réflexion et l'engagement éthique. Quant à « L'empowerment », concept signifiant l'accroissement du pouvoir agir de chaque professionnel au sein d'une organisation, il est partiellement appliqué dans le management du FAM, d'une part par un manque de transmission des connaissances et de la culture institutionnelle aux acteurs ne participant pas aux groupes de pilotage et ou à thème, et d'autre part par l'absence de certains acteurs des services administratif et logistique. **Cette faiblesse ne facilite pas la dynamique des interactions asymétriques, et déséquilibre le système organisationnel d'un point de vue systémique.**

⁴⁷ J.R. Loubat est psychosociologue consultant, et docteur en Sciences Humaines

Si nous reprenons un peu la théorie développée dans cette recherche, le pilotage stratégique demande une posture réflexive, éthique, et porteuse de sens. Il nous semble que les critères culturels associatifs choisis pour orienter les finalités d'action dans le but de l'amélioration de l'organisation et du fonctionnement du FAM, sont amenés dans le discours des cadres sans différenciation entre les stratégies managériales (la motivation des salariés) et les stratégies d'action sur les conditions d'accueil de l'utilisateur (la faisabilité et la bienveillance).

Dans l'approche systémique, l'organisation est le produit des arrangements construits par les acteurs à travers les relations de travail. Cette non-différenciation peut amener du flou dans la structuration des contextes d'actions, entre le management des ressources humaines pour le critère de la motivation des salariés, les moyens et les conditions de l'action pour celui de la faisabilité, et l'apport culturel pour celui de la bienveillance. **Ce constat parlerait-il d'une confusion entre les critères aidant le choix d'une orientation d'action et les valeurs soutenant le sens de l'action ? Expliquerait-il la faible présence des valeurs dans le discours des acteurs du FAM ?** La RBPP de la bienveillance⁴⁸ publiée par l'ANESM est un levier pour développer la culture institutionnelle et les valeurs qui la soutiennent afin de soutenir le sens de la mission. La bienveillance est plus qu'un critère, elle est d'après la définition que donne l'ANESM dans la recommandation : « *Une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'utilisateur dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins, (...) Une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives (...) Elle se caractérise par une recherche permanente d'individualisation et de personnalisation de la prestation...* ».

A partir de cette ébauche de définition, la bienveillance soutient une démarche continue d'amélioration de la qualité par une démarche continue d'adaptation à une situation donnée.

Elle soutient un cheminement réflexif, éthique par une culture partagée rappelant la notion d'ambition collective partagée soutenue par (P.Ducalet et M.Laforcade). Cette réflexion à partir de la bienveillance nous conduit directement à la question de la nomination et vient ouvrir le débat sur : **comment nommer ce processus temporel d'amélioration continue de la qualité prenant en compte l'aptitude, la pensée et l'action ?**

⁴⁸ Synthèse de la recommandations de bonnes pratiques professionnelles : La bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre, Anesm, janvier 2012, (mis en annexe II)

Ces dénominations font encore débat au niveau de l'UNIOPSS (Union Nationale Interfédérale des organismes privés sanitaires et sociaux). Elle s'appuie sur la réflexion de Jacques Ardoino⁴⁹ entre évaluation et démarche qualité. Jacques Ardoino situe en opposition la démarche qualité, qui risque de se conduire à partir d'une normalisation des services comme celle d'origine industrielle qui s'adresse aux choses, et l'évaluation qui s'adresse au monde de l'existence donc de l'humain. Pour lui l'évaluation est multi-référentielle, articule le subjectif, l'intersubjectif et l'objectif, et appartient au monde du vivant et de l'hétérogénéité. Le conseil technique de l'évaluation de son côté s'accorde à trouver l'évaluation interne indispensable dans la conduite du processus et confirme qu'elle n'est pas un contrôle. Pour l'UNIOPSS, la voie de la recherche d'un compromis qui intègre la qualité est à trouver. Pour eux poser le débat en terme de qualité permet de poser les conditions de l'exercice en termes de moyens. Il propose de favoriser « une démarche de qualité » et non « une démarche qualité » par la réflexion collective avec un souci éthique permanent, relié aux sens des valeurs qu'ils mettent en œuvre. Le débat reste donc à poursuivre.

En ce qui nous concerne, « **la démarche de qualité** » proposé par l'UNIOPSS, avec l'évaluation interne comme support indispensable à la conduite de son processus prenant en compte l'existence humaine et l'incertitude dont parle J.Ardoino, nous semble être un bon compromis. Elle rejoint le concept de la démarche qualité développé par P. Ducalet et M. lafourcade, où **l'évaluation interne reste un outil méthodologique**, s'appuyant sur une démarche évaluative à partir de la description de la réalité par l'intermédiaire d'un jugement pouvant être subjectif, inter subjectif et objectif comme le précise J.Ardoino, et **facilitant la prise de décision collective**. Le concept de la démarche qualité englobe aussi d'une part la notion **d'aptitude de l'organisation** à répondre aux besoins des usagers, de la famille et des acteurs avec l'objectif de maintenir leur santé, leur autonomie sociale et leur dignité ; et d'autre part **la notion d'état d'esprit** porté par la culture et les valeurs, permettant de **devancer d'une intention, l'engagement dans l'action**. La démarche de qualité s'appuie sur **l'expérience professionnelle des acteurs** en situation d'interactions imprévisibles, en lien avec la singularité de l'utilisateur considéré comme sujet, ayant des droits et des devoirs.

⁴⁹ Jacques ARDIONO professeur en science de l'éducation à l'université Paris VIII, article Cairn, vie sociale et traitements/43-52

A l'issue des résultats d'analyse de l'étude, nous ajouterions, à la **démarche de qualité**, proposée par l'UNIOOSS, rassemblant la réflexion collective et l'engagement éthique en lien avec les valeurs, **une nouvelle fonction et compétence : la transmission de la connaissance et de la culture**. Cet acte de transmission nous paraît indispensable pour favoriser la prise de distance des différents acteurs et de leur permettre, par la gestion de la tension entre le collectif et l'individuel, entre la contrainte et les opportunités qu'offre la démarche qualité, de vivre une expérience professionnelle cohérente au service de l'organisation et de sa mission.

Nous finirons cette discussion par une question d'ouverture :

La démarche qualité serait-elle un vecteur de transmission de la connaissance des savoirs et de la culture ? Permettrait-elle la réunification des acteurs dans leur singularité par la dynamique des interactions asymétriques, au service d'une mission commune ?

C) LIMITES ET PROLONGEMENTS DE LA RECHERCHE

1) Limites

♦La connaissance de l'objet de recherche et l'expérience favorise la projection et l'anticipation sur l'analyse. Cette réalité nous a demandé de mettre à distance de façon continue l'expérience et d'être en extrême vigilance tout le long de la démarche. Elle confirme bien que la neutralité du sujet est facilitant dans la démarche de recherche.

♦La rencontre avec tous les acteurs des différents services du FAM n'a pas été possible et cette situation ne permet pas de mesurer l'ambition collective partagée de la démarche qualité ainsi que la dynamique systémique de l'organisation.

♦L'utilisation du récit professionnel est une limite pour les expériences professionnelles < 2ans, où le manque d'expérience, de connaissances, d'implication met en difficulté l'acteur.

♦L'étude a été effectuée à un moment précis avec les aléas de l'instant : fin des vacances d'été, absence de programmation des futurs rencontres concernant les instances

de l'EI et période faisant suite à une année perturbée par le départ du directeur et l'arrivée d'un nouveau directeur adjoint. Elle donnerait d'autres résultats dans un autre contexte.

2) Prolongement

♦ Les résultats concernant la durée de l'expérience pour cinq acteurs allant de 1 an à 2 ans mériteraient une reprise de l'étude avec les mêmes acteurs deux ans plus tard afin de mesurer si le temps a une influence sur l'expérience professionnelle de l'EI.

♦ L'étude est localisée sur une structure du secteur médico-sociale. Il serait intéressant de faire une extension de l'étude sur d'autres organisations ayant la même structuration de la démarche qualité, afin de vérifier si le résultat de l'hypothèse de cette étude se confirme.

♦ L'étude s'est focalisée sur les acteurs professionnels de l'organisation de la démarche qualité. Cette étude pourrait être enrichie par une étude complémentaire prenant en compte l'expérience de la démarche qualité des usagers, car la démarche qualité est avant tout une valeur ajoutée perçue par l'utilisateur et sa famille et doit s'inscrire selon Didier Giroud⁵⁰ (2012, p 31) : « *Dans une volonté permanente de s'assurer du bien être et des progrès des usagers accompagnés et pris en charge* ».

♦ Proposer un module de formation et d'accompagnement aux administrateurs associatifs et directeurs d'établissement permettant l'intégration de l'évaluation interne dans la démarche de qualité.

⁵⁰ Didier Giroud est consultant intervenant dans le secteur social et médico-social.

CONCLUSION

Ce travail de recherche confirme la nécessité de l'engagement managérial dans le pilotage de la démarche qualité, par la transmission des connaissances, de la culture institutionnelle et par la mise en œuvre d'une démarche participative. Celle-ci doit s'étendre à l'ensemble des acteurs de l'organisation, tout en respectant un processus temporel d'appropriation. Ces formes d'engagement sont garantes de l'émergence de nouvelles actions, de pensées et de l'accroissement du pouvoir agir des acteurs. Notre choix méthodologique d'enquête par l'intermédiaire de récits professionnels ciblés, privilégie le témoignage pour nous rapprocher de l'expérience vécue de la mise en œuvre de la démarche qualité des acteurs, qui de ce point de vue sont considérés comme sujets. Le témoignage favorise la prise en compte de la singularité humaine, l'initiative individuelle, la différenciation, tout en permettant par l'intermédiaire du récit de remonter au système organisationnel. L'analyse des données de notre recherche met en lumière d'une part que la subjectivation, c'est-à-dire la prise de distance, permet à l'acteur/sujet de construire une expérience professionnelle équilibrée et cohérente de la démarche qualité, entre le rapport à l'institution et le rapport à soi ; et d'autre part que la prise de distance s'acquiert par la connaissance et l'expérience. Nous découvrons que la réflexion collective et l'engagement éthique ne sont pas suffisants pour réunifier des acteurs dans leur singularité au service d'une mission commune. La mise en œuvre de la démarche de qualité pour reprendre la proposition de l'UNIOPSS, doit faire acte de transmission des connaissances et de la culture sur l'ensemble des systèmes de l'organisation. Ainsi peut se développer une dynamique des interactions asymétriques et une ambition collective partagée, au service de la cohérence de l'organisation et de l'expérience professionnelle des acteurs, et par conséquent au service des usagers/clients, par la bonification des actes et des actions.

Cette recherche en tant que démarche méthodologique est transposable à d'autres phénomènes mettant en jeu l'acteur au cœur d'un système, ou l'individu au cœur du collectif. De plus l'analyse des récits, par l'intermédiaire du concept de l'expérience sociale, ouvre des perspectives intéressantes sur la voie de la connaissance concernant les articulations entre le collectif et l'individuel, entre l'appartenance et les stratégies individuelles, entre la démocratie et l'économie, entre le temps d'une gestion rationnelle et le temps de l'assimilation. Le point d'articulation entre les phénomènes différents et

coexistants, est mis en tension. Il peut devenir source d'ajustement créateur, dans un environnement porteur d'une culture et d'une connaissance partagées et ancrées dans un système de valeurs clarifiées. Ainsi le changement devient porteur d'espérance pour l'homme social construisant sa place dans un collectif et dans une société en devenir.

Le chemin scientifique et méthodique de la démarche de recherche a été pour nous un chemin de structuration professionnelle par un apprentissage entre déconstruction et reconstruction, vers la compréhension des phénomènes sociaux. Il nous invite à nous impliquer dans une perspective de cadre développeur, en osant des propositions sur le management de la démarche qualité à partir de notre expérience, du champ contextuel et des résultats de l'étude. Pour nous, la démarche qualité propose de faire de la contrainte un ajustement créateur et de prendre en compte deux temporalités différentes : celle de la finalité, mobilisant les acteurs dans une dynamique d'amélioration, balisée par des évaluations externe et celle du processus d'appropriation des acteurs, nécessitant le déroulement d'un cycle d'intégration et d'assimilation de la nouveauté. Cette réalité nécessite pour le management d'articuler ces deux temporalités par un va et vient entre le rappel de l'objectif et l'accompagnement du chemin de l'expérience des acteurs. Le pilotage d'une démarche de qualité devrait s'effectuer par l'intermédiaire d'un cadre qualité associatif, non hiérarchique, garant de sa mise en œuvre dans plusieurs organisations, développant une posture ferme et souple, entre rigueur et soutien, réactivité et ralentissement. Cette position distanciée de la gestion organisationnelle permettrait de travailler les interactions entre les acteurs autant sur un axe transversal que vertical dans une recherche collective d'ambition partagée, avec une volonté de permettre la transmission des connaissances et de la culture. Elle permettrait à la fois une action de proximité de terrain valorisant l'expertise des différents acteurs et les expériences de terrain, une action d'animation d'un comité pilotage, de groupes de travail, et une action de gestion des informations, de planification et de communication entre les différents systèmes, respectant les fonctions d'autorité. Comme la démarche de recherche, la démarche qualité est un chemin rigoureux et aventureux où chaque étape, chaque acteur à sa place doit être respecté, pour permettre le déroulement d'un processus continu et vertueux à travers une construction collective.

Le chemin de la pensée complexe vers la simplification, n'est-il pas la voie de la transmission ?

Nous terminerons ce travail par la poursuite d'un paragraphe sur l'expérience et les compétences acquises au cours de la conduite de cette démarche de recherche, transférable dans le champ professionnel. Les acquisitions sont les suivantes :

- la prise en compte de la relativité devant tout objet ou toute question sociale. Elle propose de choisir le positionnement d'un regard à partir d'un paradigme conceptuel sur un point de vue, dans un instant donné, dans un contexte donné, en tenant compte des enjeux, des contraintes et des ressources, pour l'éclairer.

- face à la complexité de chaque question ou de chaque objet social, prendre le temps de la problématisation par l'observation, l'exploration, la construction, la déconstruction, l'articulation, la mise en relation, avec tous les éléments en présence, dans une recherche de sens.

- prendre le risque, la responsabilité, l'engagement d'une proposition de réponse cohérente, claire, et concrètement vérifiable par un dispositif d'enquêtes.

- piloter le dispositif d'enquêtes en travaillant les formes d'informations et de communications facilitant la recherche d'adhésion et d'implication des acteurs

- produire, un résultat, une analyse, une réflexion et des ouvertures prospectives

- la transmission de la connaissance en questionnant les évidences, les croyances et les représentations

Et pour finir

- l'importance de laisser le temps au processus d'appropriation des acteurs en tenant, soutenant et garantissant le franchissement des étapes jusqu'au changement

LISTE DE SIGLES UTILISEES

| | |
|---------|---|
| AFNOR | Association Française de Normalisation |
| AMP | Aide Médico Psychologique |
| ANAES | Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé |
| ANDEM | Agence Nationale de l'Evaluation Médicale |
| ANESM | Agence National de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux |
| ARS | Agence Régionale de la Santé |
| AS | Aide Soignante |
| CDES | Commissions Départementales d'Education Spécialisée |
| CDD | Contrat à Durée Déterminée |
| CDI | Contrat à Durée Indéterminée |
| COTOREP | Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel |
| DQ | Démarche Qualité |
| EE | Evaluation Externe |
| EI | Evaluation Interne |
| ESAT | Etablissement et Service d'Aide par le Travail |
| FAM | Foyer d'Accueil Médicalisé |
| FEMQ | Fondation Européenne par le Management par la Qualité |
| ISO | International Standardisation Organisation |
| LOLF | Loi Organique relative aux Loi de Finance de 2001 |
| NGP | Nouvelle Gestion Public |
| NPM | New Public Management |
| PE | Projet d'Etablissement |
| PP | Projet Personnalisé |
| RBPP | Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnelles |
| RGPP | Révision Générale des Politiques Publiques |
| UNIOPSS | Union Nationale Interfédérale des organismes privés sanitaires et sociaux |
| VAE | Validation des Acquis de l'Expérience |

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages Méthodologiques

- AMBLARD Henri, BERNOUX Philippe, HERREROS Gilles, LIVIAN Yves-Frédéric, « *Les nouvelles approches sociologiques des organisations* », Seuil, 1996 et 2005 pour le chapitre 5.
- BOURDIEU Pierre, « *La misère du monde* », Seuil, 1993.
- FOUURIAT Michel, « *Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux* ». Rennes: Presses de L'EHESP, 2011.
- QUIVY Raymond, VAN CAMPENHOUDT Luc, « *Manuel de recherche en sciences sociales* », Dunod, 2006, Paris.

Ouvrages Théoriques

- DUBET François, « *Sociologie de l'expérience* », Seuil, 1994, Paris.
- DUBET François, « *Le déclin de l'institution* », Seuil, 2002, Paris.
- CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard, « *L'acteur et le système* », Seuil, 1977.
- MORIN Edgar, « *Introduction à la pensée complexe* ». Seuil, 2005.
- GROSSETTI Michel, « *Sociologie de l'imprévisible, dynamiques de l'activité et des formes sociales* », PUF, 2004, Paris.
- LAFORCADE Michel, DUCALET Philippe, « *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* », Seli Arslan, 2004, Paris.

Ouvrages Divers

- BOUQUET Brigitte, JAEGER marcel, SAINSAULIEU Ivan, « *Les défis de l'évaluation en action sociale et médico-sociale* », Dunod, 2007, Paris.
- BEAUDURET Jean François, JAEGER Marcel, « *Rénover l'action sociale et médico-social. Histoire d'une refondation* », Dunod, coll.Action sociale, 2002.
- CHOPART Jean Noël, « *Les mutations du travail social, dynamique d'un champ professionnel* », Dunod, Coll. Action sociale, 2000.

- DE GAULEJAC Vincent, « *La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social* », Seuil, 2005, Paris.
- DE GAULEJAC Vincent, « *Travail, les raisons de la colère* », Seuil, 2011, Paris.
- GIROUD Didier, « *Le diagnostic de la qualité* », Seli Arslan, 2012.
- LASCOUMES Pierre, LE GALES Patrick, « *Sociologie de l'action publique* », Armand Colin, 2007, 2009, Paris.
- LINHART Danièle, « *Pourquoi travaillons-nous ? Une approche sociologique de la subjectivité au travail*, Erès, 2008, Ramonville Saint-Agne.
- PEROZ Christian, « *La démarche qualité, vecteur de la bienveillance dans le secteur social et médico-social* », Ed. Seli Arslan, 2011, Paris.

Articles

- LAFORCADE Michel, “*L'évaluation et la Démarche Qualité face au défi de la complexité.*” Les cahiers de l'Actif-N° 330/331.
- CHAUVIERE Michel, « *La loi de rénovation sociale restituée à son contexte* » Les cahiers de l'Actif-N°330/331, nov.-déc.2003 p17-18.
- AMADIO Nicolas, « *Le travail social de secteur à l'épreuve des logiques managériales* » Journées internationales de sociologie du travail (JIST), 2009.
- ABRY Jean Michel, « *Le social et le médico-social à l'épreuve de sa déshumanisation* », Connexions, 2009/1 n°91, p.163-174.
- BIED Marjorie et METZGER Jean Luc, « *Comment les logiques de rationalisation du secteur médico-social peuvent-elles soutenir les pratiques collectives des professionnels ?* », Management et Avenir, 2011/7 n°47, p.165-183.
- CHOPART Jean Noël, « *Le travail social face aux mutations économiques* », Recherches et Prévisions, 1996, n°44, p 23-36.
- DIET Emmanuel, « *L'homme procédural. De la perversion sociale à la dé-subjectivation aliénante* », Connexion, 2003, 79, 11-28.
- LOUBAT Jean René, « *Le management ou l'art de faire réussir les entreprises humaines* », Empan, 2006/1 (n°61)
- LADSOUS Jacques, « *Oui à l'évaluation, non à la démarche qualité...* », Vie sociale et traitements, Cairn, p 43-52.
- MONCEAU Gilles, « *Troublantes individualisation des pratiques éducatives* », La lettre de l'enfance et de l'adolescence, 2006, 66, p 23-30.

Guides et lois

- « *Les fondements de l'évaluation interne* », les cahiers de l'Actif-N°366/367. Source internet. <http://www.actif-online.com/fichiers/articles/art-boukelal-366-367.pdf>.
- Loi no 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Texte paru au JORF/LD page OO124. Journal Officiel du numéro 2 du 3 janvier 2002, 2002.
- « *Démarche qualité-Evaluation interne dans un établissement ou service médico-social et recours à un prestataire- Guide méthodologique* », DGAS, mars 2004. Source internet. http://www.social-santé.gouv.fr/IMG/pdf/g_métho.pdf
- « *L'évaluation interne. Guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux* », CNESMS, 2006. Source internet : <http://www.ansm.santé.gouv.fr/IMG/pdf/guideevaluationinternecnesms-2-2.pdf>.
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur « *La mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles* », Anesm, 2008. Source internet : <http://www.ansm.santé.gouv.fr/IMG/pdf/mise-en-oeuvre-évaluation-interne-2pdf>.
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur « *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles* », Anesm, 2009. Source internet : <http://www.ansm.sant.gouv.fr/IMG/pdf/mise-en-oeuvre-evaluation-interne-2.pdf>.