

Université Jean Moulin – Lyon 3

Faculté de Droit
Ecole Doctorale de Droit

Institut de Formation et de
Recherche sur les Organisations
Sanitaires et Sociales

Le statut de l'auto-évaluation dans la démarche de changement

L'accréditation hospitalière

Thèse de Doctorat ès Sciences de Gestion

Présentée et soutenue publiquement

par

Véronique BAPTISTE

le 31 mars 2003

Jury

M. Mohamed BAYAD

Professeur à l'Institut National Polytechnique
de Lorraine

M. Jean-Pierre CLAVERANNE

Professeur à l'université Jean Moulin Lyon 3
Directeur de recherche

M. Robert DESCARGUES

Professeur à l'université Toulouse 3

M. Georges KEPENEKIAN

Chirurgien des hôpitaux

M. Jean-Michel LARRASQUET

Professeur à l'université Toulouse 3

Rapporteur

M. Roland PEREZ

Professeur à l'université Montpellier 1

Rapporteur

L'Université Jean Moulin Lyon 3 n'entend accorder aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

Remerciements

Je tiens à remercier :

- Le Professeur Jean-Pierre CLAVERANNE, directeur de cette recherche, pour sa rigueur, sa patience, son soutien et son accompagnement sans faille,
- Messieurs les Professeurs Mohamed BAYAD, Robert DESCARGUES, Georges KEPENEKIAN, Jean-Michel LARRASQUET et Roland PEREZ qui me font l'honneur de constituer mon jury.

Je tiens également à remercier l'ensemble des acteurs du système hospitalier qui m'ont permis, chacun à leur mesure, de m'immerger dans la réalité et la complexité des établissements de soins et du champ de la santé, et notamment :

- les directeurs d'établissement qui ont bien voulu m'ouvrir leur porte,
- les personnels de ces établissements avec qui j'ai pu échanger et travailler tout au long de cette recherche,
- les responsables d'accréditation et les experts-visiteurs qui ont accepté de me rencontrer et d'enrichir mon travail,
- les étudiants de formation continue de l'IFROSS, dont les travaux et les critiques ont été une source d'inspiration et de réflexion.

Je tiens aussi à remercier l'ensemble des enseignants et des chercheurs du GRAPHOS, qui ont contribué par leurs réflexions et leurs analyses critiques à l'avancement de cette recherche, et en particulier Didier VINOT pour son soutien, son investissement, sa rigueur et l'ensemble de ses remarques qui ont permis l'enrichissement de ce travail, et Christophe PASCAL pour son aide finale.

Je tiens également à remercier

- le cabinet SYNDEX pour m'avoir offert des conditions de travail propices à l'achèvement de cette thèse,
- la documentation centrale des Hospices Civils de Lyon, et plus particulièrement Mmes Françoise VAUTENIN et Florence BOURIOT, pour leur disponibilité et leur compétence.

Ma reconnaissance va à Stéphan BLANCHARD, Marie-thérèse BAPTISTE, Hélène THOMAS et Delphine ROSET pour leurs relectures.

Enfin, je tiens à remercier mon père pour nos échanges, ainsi que ma famille et l'ensemble de mes proches pour leurs encouragements et leur soutien sans faille tout au long des années nécessaires à l'aboutissement de cette recherche.

Liste des abréviations utilisées

ACHS : Australian Council on Healthcare Standards
ACS : American College of Surgeons
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ASH : Agent de Service Hospitalier
CAQ : Comité Accréditation / Qualité
CCAES : Conseil Canadien d'Agrément des Etablissements de Santé
CCAHS : Conseil Canadien d'Agrément des Hôpitaux
CCASS : Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé
CCM : Comité Consultatif Médical
CE : Comité d'Entreprise / Comité d'Etablissement
CEP : Clinical Evaluation Programme
CHRS : Centre Hospitalier Régional Spécialisé
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHSCT : Commission Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CME : Commission Médicale d'Etablissement
COM : Contrat d'Objectifs et de Moyens
COPIL : Comité de Pilotage
CSSI : Commission du Service de Soins Infirmiers
DAQ : Direction de l'Accréditation et de la Qualité / Directrice de l'Accréditation et de la Qualité
DDE : Direction Départementale de l'Equipeement
DIM : Département d'Information Médicale
DIP : Droits et Information du Patient (*chapitre du manuel ANAES*)
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DPA : Dossier du Patient (*chapitre du manuel ANAES*)
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DUP : Dossier Unique Patient
EFQM : European Foundation for Quality Management
EHPA : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées dépendantes

ETP : Equivalent Temps Plein

GFL : Gestion des Fonctions Logistiques (*chapitre du manuel ANAES*)

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

GRH : Gestion des Ressources Humaines (*chapitre du manuel ANAES*)

GSI : Gestion du Système d'Information (*chapitre du manuel ANAES*)

HAD : Hospitalisation A Domicile

IADE : Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat

IBODE : Infirmier(e) de Bloc Opératoire Diplômé(e) d'Etat

IDE : Infirmier(e) Diplômé d'Etat

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IRM : Imagerie à Résonance Magnétique

ISA (point ISA) : Indice Synthétique d'Activité (*Estimation du coût de production moyen d'un groupe homogène de malade utilisée dans le cadre du PMSI*)

ISO : International Standards Organization

JCAH : Joint Commission on Accreditation of Hospitals

JCAHO : Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

MARTHE : Mission d'Appui de la Réforme de la Tarification d'Hébergement en Etablissement

MEA : Management de l'Etablissement et des secteurs d'Activité (*chapitre du manuel ANAES*)

Médecin DIM : Médecin Directeur de l'Information Médicale

MIRE : Mesures Implantées pour le Renouveau de l'Evaluation

NHS : National Health Services

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

OD : Organisation Development (*développement organisationnel*)

OPC : Organisation de la Prise en Charge des patients (*chapitre du manuel ANAES*)

OQN : Objectif Quantifié National

PAQ : Plan d'Amélioration Qualité

PIB : Produit Intérieur Brut

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (*recueil statistique de l'activité médicale des hôpitaux français*)

PSPH : (établissement) Participant au Service Public Hospitalier

QPR : gestion de la Qualité et Prévention des Risques (*chapitre du manuel ANAES*)

SPI : Surveillance, Prévention et contrôle du risque Infectieux (*chapitre du manuel ANAES*)

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TO : Taux d'Occupation

VST : Vigilances sanitaires et Sécurité Transfusionnelle (*chapitre du manuel ANAES*)

Introduction générale

*Le jour où la table sera au grenier,
et moi à la cave, disait George Sand,
il y aura du changement ici.*

A. MAUROIS, *Lélia*, VIII, I, p. 420.

1 INTRODUCTION

Le système sanitaire français est caractérisé par une offre abondante et des dérives des dépenses de santé. Confronté à de nombreuses difficultés (cloisonnement des activités, hiérarchie trop lourde, trente-cinq heures, démotivation des personnels, problèmes de circulation de l'information, fonctions de production non optimales) et à différents challenges, il doit s'adapter. Changer l'organisation des établissements de santé semble être devenu une nécessité. Ainsi, les pouvoirs publics ont engagé au cours des années soixante-dix, quatre-vingts et quatre-vingt-dix un certain nombre de réformes, sans réussir à modifier véritablement la situation, l'inertie du système ayant permis de retarder les mutations.

L'enjeu pour les établissements de soins consiste aujourd'hui à mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue : le défi est de trouver un moyen de fédérer les acteurs autour des projets de changement, c'est-à-dire de les motiver pour y prendre part, de les fédérer au cours de leur mise en place et de les convaincre de continuer cette dynamique de manière continue.

Notre thèse part de quelques constats préliminaires :

Premier constat

Depuis quarante ans, le champ de la santé est en mutation¹. Les réformes succèdent aux réformes, de nouveaux enjeux apparaissent, les obligations que les établissements de soins doivent remplir sont sans cesse multipliées, l'environnement est de plus en plus concurrentiel et les ressources limitées. Les établissements doivent donc repenser leur organisation et leur fonctionnement et chercher à être davantage proactifs en basant leurs interrogations sur les attentes sociales.

Cette situation met en évidence un besoin de changement au sein des établissements de santé, afin de leur permettre d'améliorer leurs réactions et donc de sortir d'une certaine forme de routine.

Deuxième constat

L'hôpital² doit désormais "mieux soigner", "mieux dépenser", "mieux discerner"³, sous contrainte d'une demande illimitée et de ressources limitées, même si elles augmentent plus que l'inflation. L'hôpital est entré en gestion. Dans un environnement turbulent, il est obligé de s'adapter. Une des clés de cette adaptation se trouve dans l'évaluation et le diagnostic. Pour mieux décider, il doit accepter de réaliser un diagnostic "sans fard"⁴ de son activité, de son organisation et de ses pratiques. L'évaluation est un des outils permettant de comprendre le fonctionnement actuel des organisations et des pratiques qui y règnent⁵. Du fait de la complexité

¹ CLAVERANNE, J.P., LARDY, C., (coord.), *La Santé demain - Vers un système de soins sans murs*, Economica, Paris, 1999, 298 p.

² Le terme hôpital reflète l'ensemble des structures sanitaires de court séjour dans notre travail : tout au long de cette thèse, nous l'emploierons indifféremment pour les établissements publics, privés, privés PSPH ou mutualistes. L'hôpital est ici employé dans le sens de "lieu de soins".

³ MERLIERE, Y., KIEFFER, R., *Le contrôle de gestion à l'hôpital - principes clés et outils nouveaux*, ed. Masson, Paris 1997, préface.

⁴ CLEMENT, J. M., *Essai sur l'hôpital*, ed. Berger Levrault, août 1994, p. 43.

⁵ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ, Service évaluation économique, Service évaluation en secteur libéral, Service évaluation en établissements de santé, "Principes d'évaluation des réseaux de santé", ANAES, Paris, août 1999, 140 p.

émergente, elle est devenue une nécessité dans le secteur sanitaire, afin de tenter une adaptabilité constante.

Troisième constat

Aujourd'hui encore, les concepts d'évaluation et les pratiques évaluatives sont nettement insuffisants au sein de notre système de santé : des évaluations médicales, de la satisfaction des patients ou de la qualité des services ont été mises en place, mais l'évaluation de la gestion et de l'organisation fait toujours cruellement défaut à l'hôpital et l'on remarque une absence d'évaluation globale des établissements de soins. Il semble nécessaire de rétablir un système d'évaluation qui permette d'analyser l'organisation et les pratiques selon une finalité systémique mais aussi qui conduise à des décisions partagées par les acteurs afin que le changement puisse être accepté.

Quatrième constat

Faire changer l'hôpital par le biais de l'évaluation et de l'auto-évaluation est un paradoxe. En effet, ces deux concepts s'interpellent : supposer que l'évaluation puisse apporter le changement implique que les acteurs aient déjà changé pour accepter cette évaluation.

C'est dans ce cadre que le concept d'accréditation a été formalisé par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée. Définie comme "*une procédure externe à un établissement de santé, dont le but est d'obtenir une appréciation indépendante de la qualité de cet établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités de cet établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement*", l'accréditation s'inscrit en France comme une procédure imposée, à terme, d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins apportés aux patients, mais aussi comme un support d'une recherche d'efficience des hôpitaux dans leur réponse aux besoins de santé de la population. Elle concerne de ce fait l'ensemble des établissements de santé français, s'inscrivant, du fait de son caractère légal et obligatoire, comme un élément nouveau de leur contexte.

L'hôpital est dit "opaque", mais cette opacité est relative : les acteurs connaissent généralement les problèmes et les dysfonctionnements des établissements dans lesquels ils travaillent. Faire bouger l'hôpital implique donc de les faire participer à l'évaluation. Cette démarche débute ainsi par une phase d'auto-évaluation menée par l'hôpital et ses acteurs, suivie d'une visite sur le site réalisée par des experts de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, dont le but est de vérifier et de confirmer les résultats et les propositions d'amélioration élaborées par les acteurs.

Notre intérêt porte précisément sur l'auto-évaluation. Selon le manuel d'accréditation de l'ANAES, cette étape doit permettre à l'établissement de santé de réaliser son diagnostic qualité, dans le but de définir puis de mettre en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité⁶. Ce diagnostic constitue un état des lieux portant sur l'ensemble des activités de l'établissement de santé, participant directement et indirectement à la prise en charge du patient. Il est réalisé par des équipes pluridisciplinaires d'auto-évaluation, constituées des personnels de l'établissement, qui vont analyser l'organisation et leurs pratiques. Ainsi, d'un point de vue gestionnaire, l'auto-évaluation apparaît idéalement comme un "outil puissant d'amélioration des

⁶ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, Direction de l'accréditation, *Préparer et conduire votre démarche d'accréditation – Un guide pratique*, ANAES, Paris, juin 1999, 111 p.

performances ”⁷ dont l’hôpital doit se saisir afin de s’améliorer de façon continue. L'idée poursuivie par l'ANAES est donc que cette auto-évaluation va occasionner du changement dans les structures de santé.

L'auto-évaluation apparaît comme un concept ambigu, mais aussi comme un outil novateur et plein d'enjeux, où l’hôpital est à la fois “ sujet actif et objet de l’évaluation ”⁸. La base de la démarche repose sur une identification claire des problèmes et des dysfonctionnements de l'établissement, c'est-à-dire des écarts observés entre les résultats et les objectifs fixés, afin de tenter d'y remédier. Elle s'apparente alors à un "diagnostic transversal"⁹, dont l'objectif est de dégager des pistes d'amélioration.

Le changement recherché prend alors place dans cet écart entre une situation initiale et une situation visée, sachant que les améliorations mises en œuvre doivent tenir compte de l'environnement, des diverses attentes et des capacités de chaque structure.

Notre thèse consiste donc en une réflexion sur le concept d'auto-évaluation en lien avec celui de changement, afin de les mettre en perspective, de montrer leur articulation et de déterminer les limites de leur complémentarité.

Avant de présenter la méthodologie que nous avons retenue, nous souhaitons introduire quelques notions préalables sur les facteurs motivant le changement à l'hôpital ainsi que sur l'insuffisance d'évaluation organisationnelle, afin de justifier nos choix.

⁷ CONTI, T., *L'autodiagnostic de l'entreprise. L'auto-évaluation : un moyen efficace pour atteindre l'excellence*, ed. JVDS, 1998, 319 p.

⁸ Ibid.

⁹ Ibid.

2 DE LA NECESSITE DU CHANGEMENT A L'HOPITAL...

L'hôpital est classiquement défini en tant que bureaucratie professionnelle suivant la définition de H. Mintzberg¹⁰. Ce modèle de configuration structurelle met en évidence une organisation dominée par les professionnels - essentiellement les médecins -, un mouvement de spécialisation des services, et une administration hospitalière en situation d'asymétrie d'information par rapport aux professionnels qu'elle doit coordonner. Désormais, l'hôpital doit changer pour remédier à ses dysfonctionnements et s'adapter au contexte.

2.1 L'HOPITAL : UNE ORGANISATION COMPLEXE

Les missions de l'hôpital ont évolué et se sont complexifiées avec le temps suivant l'évolution de la société et des technologies. D'un lieu où l'on "soulageait la misère et ses différents maux", l'hôpital est devenu le lieu où l'on "soigne tous les malades et où on les guérit le plus souvent"¹¹. Ainsi, historiquement, c'était un lieu d'asile pour les indigents ; progressivement il est devenu un lieu de prise en charge technicisée et donc un établissement producteur de soins, dès lors soumis aux exigences de la production : qualité, innovation, mobilité, évaluation. Cette transformation de la production hospitalière concerne autant la production médicale que la production non médicale¹², c'est-à-dire soignante, administrative, logistique et technique. Dans ce contexte, la prise en charge apparaît comme un "*process* de production" où la discipline de tous les intervenants apparaît comme le garant du succès de l'ensemble et dont la qualité doit être évaluée.¹³

2.1.1 Une organisation soumise à des contraintes

L'organisation hospitalière est confrontée à diverses contraintes :

- **La prolifération des réglementations** (circulaires, décrets, textes d'application), trop nombreuses et parfois incohérentes pour ne pas dire contradictoires¹⁴. Face à cette prolifération des règles, l'oral prime sur l'écrit et les us et coutumes deviennent la "loi" au sein de l'établissement.
- **Une contrainte temporelle** : cette notion temporelle conditionne la prise en charge et peut être responsable de certains problèmes de coordination dans l'organisation. En effet, les perceptions temporelles varient entre les différents acteurs et les rythmes sont différents entre les services et les plateaux techniques. Pourtant, le délai est aujourd'hui un élément de détermination de la qualité des prises en charge.

¹⁰ MINTZBERG, H., *Structure et dynamique des organisations*, Economica, 1982, 434 p.

¹¹ CLEMENT, J.M., *Essai sur l'hôpital*, op. cit., p.9.

¹² Ibid.

¹³ Ibid, pp.22-23.

¹⁴ C'est ainsi que Christophe Pascal dans sa thèse parle d'une "bureaucratie qui surfe sur le droit" car ces règles paralysent le système, les acteurs jouant des différents référentiels en fonction de leurs stratégies individuelles ou collectives au mépris des principes et des règles élémentaires fondamentales du droit, in PASCAL, C., *Gérer les processus à l'hôpital. Une réponse à la difficulté de faire ensemble*, Thèse de Doctorat ès Sciences de Gestion, Université Lyon III, 24 janvier 2000, pp. 48-59.

- **Une sur-spécialisation** : l'organisation de l'hôpital est centrée sur les services - qui s'érigent en "entités quasi-indépendantes"¹⁵ -, et les savoirs médicaux, et n'est guère structurée en fonction des parcours des patients. Ainsi, l'hôpital reste cloisonné aussi bien dans son organisation et dans son fonctionnement que dans ses métiers, ce qui nuit à une prise en charge globale. Désormais, les acteurs doivent parvenir à considérer l'établissement comme un système organisé vers une prise en charge optimale des patients et non comme une juxtaposition de services.
- **Des logiques professionnelles** : l'hôpital est le lieu de rencontre de nombreuses logiques professionnelles. Une multiplicité d'acteurs intervient directement ou indirectement autour du malade – médecins, infirmières, aides-soignantes, agents hospitaliers, administratifs, personnels techniques et de service, agents des services des plateaux techniques, psychologues, agents des cuisines, blanchisseurs, et nous en oublions. Chacun a reçu une formation différente et poursuit des perspectives d'évolution qui lui sont propres. Le problème est de fédérer ces acteurs autour d'une prise en charge coordonnée, alors que leurs logiques s'affrontent la plupart du temps.

Aujourd'hui, aucune catégorie socio-professionnelle ne peut incarner à elle seule l'hôpital et sa complexité, la "fonction d'assemblage des compétences" devenant chaque jour plus "capitale".¹⁶ Les modes de coordination fondés sur l'ajustement mutuel, la primauté de la culture orale et l'absence de supports écrits renforcent, en outre, l'aspect complexe de l'organisation.

2.1.2 Une production de service spécifique

La production hospitalière est spécifique et confrontée à la complexité de la prise en charge. L'hôpital est un lieu de "production de prestations de services"¹⁷, au sein duquel le processus principal de production est le processus de prise en charge. Toute activité de soin est singulière dans la relation mais elle est articulée dans une organisation collective, faite de "la juxtaposition et de la coordination entre différentes compétences, et des contingences logistiques qui s'imposent aux personnels soignants"¹⁸. Il apparaît clairement que la prise en charge ne se limite pas à un acte médical, mais inclut une diversité d'acteurs ayant un rôle à jouer tout au long de la trajectoire du patient. Chacun des intervenants fait selon sa logique professionnelle ce qu'il estime être le mieux. La coordination s'inscrit donc comme le facteur de risque, où des efforts sont ou doivent être faits pour sortir de l'ajustement mutuel, c'est-à-dire en organisant les activités autour d'objectifs de soins à long terme et non autour de l'acte médical seulement. Une modélisation des processus de prise en charge devrait permettre de décrire les activités standards qui peuvent être planifiées et de formaliser les modes d'action des acteurs, donc de dégager du temps pour les aléas de toute nature qui peuvent se présenter. Néanmoins, la diversité et la complexité de la prise en charge rendent sa modélisation difficile, d'autant plus qu'elle est loin d'être unidimensionnelle.

L'hôpital est donc par essence une organisation complexe au sens d'Edgar Morin¹⁹ : il doit être considéré comme une totalité non réductible à la somme de ses différentes composantes. Les

¹⁵ TONNEAU, D., "Organisation, logiques professionnelles et instrument de gestion", IXèmes entretiens Jacques Cartier, Colloque l'hôpital de demain, Montréal, 2 octobre 1996, p. 9

¹⁶ VIGNEAU, Y., "L'hôpital neuronal", *Décision Santé*, n° 112, avril 1997, p. 27.

¹⁷ MINVIELLE, E., *Gérer la singularité à grande échelle*, thèse de doctorat ès sciences de gestion, Paris, Ecole Polytechnique, avril 1996, p. 40 ; VINOT, D., *Le projet d'établissement à l'hôpital – de la formalisation du concept à son instrumentalisation*, thèse de doctorat ès sciences de gestion, Université Jean Moulin Lyon III, 19 janvier 1999, pp. 216-217.

¹⁸ TONNEAU, D., "Organisation, logiques professionnelles et instrument de gestion", op. cit., p. 5.

¹⁹ MORIN, E., *Introduction à la pensée complexe*, ESF éditeur, 1990, 158 p.

différentes parties de l'hôpital forment un tout et ne peuvent être observées séparément dans la mesure où ces variables entretiennent des relations complexes. Cette complexité n'est pas neutre, ni pour la prise en charge, ni pour la qualité mise en œuvre, ni pour l'évaluation de ce qui se fait. Elle démontre en outre l'absurdité d'une seule évaluation individuelle au cours de la prise en charge : chaque acteur est dépendant des autres. De ce fait des mécanismes d'évaluation collective apparaissent comme une nécessité. La participation de tous devient alors une forme d'intervention responsable de la part des acteurs sur l'organisation et les conditions de travail.

2.2 UNE ORGANISATION SOUMISE A DE FORTES TURBULENCES

Face aux exigences tutélaires et aux missions multiples²⁰ qu'il doit satisfaire, l'hôpital est non seulement complexe, mais il souffre de dysfonctionnements. Désormais, pour survivre dans un environnement de plus en plus concurrentiel et un contexte de limitation des ressources, les hôpitaux doivent repenser leur fonctionnement et donc imaginer les scénarios du futur afin d'y adapter des stratégies appropriées.

Les sources majeures de dysfonctionnements résident à la fois dans certains principes d'organisation structurelle, dans la résistance au changement due à certaines mentalités et parfois à l'insuffisance d'outils techniques adaptés. En outre, l'hôpital s'insère dans un système de santé global, où les concepts d'évaluation sont souvent globalement insuffisants.

2.2.1 Des turbulences liées aux dysfonctionnements d'origine organisationnelle

Au sein des établissements, la division du travail à l'hôpital entre fonctions, services, professions est aujourd'hui d'une très grande complexité. De nombreuses personnes et services concourent à la qualité de la prise en charge d'un patient et aucune méthode simple ne permet de gérer une telle interdépendance. Il est nécessaire désormais de mener une réflexion organisationnelle adaptée et de contrôler l'organisation.

Ensuite, il existe une dualité de financement dans les deux secteurs, public et privé et les règles de financement ne sont pas totalement harmonisées selon la nature des structures existantes. Or, ces systèmes de financement, aussi bien celui du public²¹ que celui du privé²², ne sont guère incitatifs à des procédures d'évaluation qualitative. Les différentes formes de financement ont toutes privilégié le quantitatif sur le qualitatif préjugant que l'évaluation de la qualité relevait de la seule démarche individuelle du praticien et des différents acteurs et non d'une obligation objective du système lui-même.

D'autre part, le contrôle qualitatif est encore insuffisant à l'hôpital. Le monde hospitalier souffre de l'absence d'une politique de contrôle cohérente, globale et planifiée ainsi que de l'absence ou de l'insuffisance des indicateurs permettant ce contrôle. Un rapport de l'IGAS²³ en fait d'ailleurs état, constatant que le contrôle hospitalier n'est pas formalisé. Le grand nombre des acteurs (Etat, Sécurité Sociale, élus locaux, gestionnaires, professionnels et leurs organisations représentatives)

²⁰ Soins, enseignement et recherche, urgence médicale et sociale, ...

²¹ Financement par un budget global, couplé d'un taux directeur.

²² Recours à la nomenclature et au paiement à l'acte.

²³ DESTAIS, N., VINCENT, G., "Renforcement des fonctions d'inspection de premier degré dans le domaine sanitaire et social", Inspection générale des Affaires Sociales, rapport n° 97088, septembre 1997, 111 p.

est source de complexité dans les diverses formes de relations, génère parfois des luttes de pouvoir et rend difficile le contrôle de l'activité et donc l'évaluation qualitative.

Ainsi, les contrôles menés dans les établissements de santé le sont de manière occasionnelle et ne concernent guère l'établissement sous tous ses aspects, mais focalisent davantage sur une partie de l'activité ou sur des thèmes spécifiques comme l'hygiène ou le droit des malades. Des programmes de contrôles pluriannuels systématiques, centrés sur une approche globale et exhaustive de l'établissement, font à l'évidence défaut.

Enfin, les contrôles et les appréciations ont jusqu'à présent surtout porté sur des éléments de référence quantitative, donc axés davantage sur la production que sur la qualité de la production. Mais, de ce fait, à production égale, on n'a pas d'informations suffisamment pertinentes pour savoir si celle-ci est de qualité égale. La démarche qualité est restée dépendante du principe selon lequel chacun s'auto-évaluait et reposait donc sur une démarche individuelle plutôt que sur un système collectif par référence à des standards préétablis et reconnus, même si des évolutions récentes (conférences de consensus médicales, références médicales opposables) ont cherché à y remédier.

2.2.2 Des turbulences liées aux comportements et mentalités

Au delà des organisations, le facteur humain relevant des comportements et des mentalités des acteurs a souvent conduit à des dysfonctionnements qui ont empêché l'aboutissement de certaines tentatives de réformes et d'évolutions.

Pendant longtemps, la tradition médicale a privilégié certaines attitudes conservatrices et souvent un corporatisme exprimé par la volonté de conserver le secret sur les activités réellement pratiquées. Les moyens d'approcher des formes d'évaluation collective ont été longtemps exclus de l'enseignement dispensé aux futurs médecins. La résistance au changement et un certain goût de refuser le secret partagé ont conforté l'opacité générale du système.

Mais par-delà le corps médical, c'est l'ensemble du personnel qui redoute la notion d'évaluation, celle-ci étant associée dans notre culture au contrôle et à la sanction.

2.2.3 Des turbulences liées à l'insuffisance des moyens de la connaissance et à leur traitement

Une des caractéristiques de l'hôpital est son opacité, qui repose sur l'absence de système d'information capable de rendre compte de la consommation des ressources et de la qualité des soins. L'activité hospitalière est qualifiée de "boîte noire", d'autant plus que les indicateurs mis en place, tels que la nomenclature des actes, le nombre d'entrées, le nombre de journées, la durée moyenne de séjour (DMS) ou le taux d'occupation (TO), reflètent assez mal la nature qualitative du fonctionnement et des pratiques médico-soignantes. Cette défaillance de la nature des indicateurs pour approcher l'activité et l'absence de fiabilité des indicateurs utilisés posent donc de réels problèmes.

Il y a aujourd'hui un déficit évident dans la définition des outils, malgré le développement progressif et réel des pratiques d'information médicale dans les hôpitaux. Les outils de gestion développés ces dernières années, tels que le PMSI²⁴, nous semblent insuffisants pour trouver des

²⁴ Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) est un outil mis en place dans les années 1990 pour tenter de classer les pathologies prises en charge et les coûts qui y sont associés. Le PMSI est un outil éclairant sur la production hospitalière en termes d'activité médicale, selon un axe quantitatif. Néanmoins, cet outil permet de connaître les ressources consommées, mais ne permet pas de porter un jugement sur la pertinence de cette

réponses aux dysfonctionnements observés au sein des structures, car ils sont bien souvent réducteurs face à la complexité du système hospitalier et ne s'intéressent pas suffisamment à l'organisation même de l'hôpital. En outre, bien souvent quantitatifs, ils font l'impasse sur l'aspect qualitatif, donnée pourtant essentielle. De ce fait, l'hôpital est cloisonné et les problèmes organisationnels n'y ont jamais été identifiés clairement ; les outils de gestion en place "font l'impasse sur l'organisation à l'intérieur de l'hôpital", c'est-à-dire qu'ils cherchent à contrôler les résultats ou les ressources des établissements mais sans chercher à connaître les causes profondes des dysfonctionnements²⁵.

L'ensemble des dysfonctionnements sus-mentionnés met en exergue le manque d'évaluation dont souffrent les établissements de soins. Ces derniers cherchent certes à offrir des soins et des prises en charge de qualité, mais ils ne mettent que trop rarement en place des outils et des mécanismes incitatifs à l'améliorer sans cesse. Pourtant, le contexte et ses évolutions supposent des adaptations constantes de l'hôpital.

2.3 UNE ORGANISATION SOUMISE A UNE NOUVELLE DONNE

L'objectif des établissements de soins est avant tout de prendre en charge et de soigner les patients, mais le contexte évolue rapidement : les médecins et les gestionnaires des organisations de santé se trouvent alors confrontés à un paradoxe, celui de fournir des soins appropriés, ordonnés, de qualité et efficaces tout en innovant afin de s'attaquer aux nouveaux problèmes qui émergent²⁶. C'est ainsi que, tout au long du siècle qui vient de s'écouler, la médecine et les systèmes de santé ont subi de profonds changements²⁷. Mais, même si les institutions sanitaires n'ont cessé de se transformer depuis des générations pour tenter de s'adapter ou tout au moins de se transformer face aux exigences du moment et des impératifs de l'environnement, notre système de santé présente une réelle difficulté à "s'adapter suffisamment vite aux besoins auxquels il doit répondre"²⁸.

Il est désormais vital de parvenir à penser une politique de l'hôpital qui associe à la fois logique médicale et "responsabilité économique et financière"²⁹ et permettrait de ne pas figer les structures, afin qu'elles ne deviennent pas inappropriées et inadaptées aux besoins de la population et aux évolutions environnementales ; l'idée est de réorganiser l'hôpital de manière à l'adapter parfaitement à ses missions et à ses objectifs. Les agences régionales de l'hospitalisation qui se sont mises en place suite à l'ordonnance de 1996 peuvent jouer un rôle primordial du fait de leur rôle de coordination et d'impulsion des changements nécessaires.

consommation puisque aucun lien n'est établi entre les prises en charge et les ressources utilisées. Aucun critère qualitatif n'est additionné à ceux quantitatifs.

²⁵ PASCAL, C., *Gérer les processus à l'hôpital. Une réponse à la difficulté de faire ensemble*, op. cit., p. 5.

²⁶ PEIRCE, J. C., "The Paradox of Physicians and Administrators in Health Care Organizations", *Health Care Management Review*, vol. 25, number 1, winter 2000, p. 7.

²⁷ Ibid, p. 8.

²⁸ SOUBIE, R., Préface, in FOURNIER, V., *L'hôpital sens dessus dessous*, ed. Michalon, Paris, 1996, p.12.

²⁹ Ibid, p.12.

2.3.1 La donne économique et budgétaire

L'hôpital coûte cher. En 2001, les comptes font état d'une dépense courante de santé³⁰ qui a atteint 148 milliards d'euros, soit en moyenne 2 437 euros par habitant. Le montant de la consommation de soins et biens médicaux s'élève à 128 milliards d'euros, soit 8.7 % dans le Produit Intérieur Brut (PIB) en 2001. Le secteur hospitalier, avec 57 milliards d'euros, représente 44,9 % de cette consommation.³¹

Du fait de l'importance qu'occupe la santé dans la préoccupation des ménages, il est normal que le système de santé suscite de nombreuses questions et analyses. Mais, plus que le niveau, c'est la dynamique des dépenses de santé qui est à remettre en cause. La tendance à l'augmentation de la consommation de soins paraît "inéluçtable", même si elle ne doit pas être jugée négativement car elle est "corrélée avec l'évolution de notre richesse"³². Pour J. F. Mattéi, elle impose une réduction des gaspillages et un engagement dans une démarche conduisant à une meilleure responsabilisation des acteurs, la promotion de l'excellence de l'offre de soins et le développement de la prévention³³.

La maîtrise des dépenses hospitalières devient un enjeu puisqu'elles représentent près de la moitié des dépenses de santé :

Tableau 1 : Part des soins hospitaliers dans la consommation de soins et de biens médicaux³⁴

	Valeur (en Md€)	
	1996 ³⁵	2001
Soins hospitaliers & en sections médicalisées	53,02	57,3
Consommation de soins et biens médicaux	106,85	127,8
Part des soins hospitaliers & en sections médicalisées dans la consommation de soins et biens médicaux	49,62 %	44,9 %

Face à ceci, diverses solutions ont été mises en place, mais dont le succès est resté limité :

- une régulation de la demande par une variation à la hausse de la part du financement des soins qui revient aux patients (augmentation des tickets modérateurs, du forfait journalier d'hospitalisation, restrictions des dispositifs d'exonération),
- une régulation de l'offre de soins par des mesures budgétaires (budget global, taux directeur, OQN, ...) et la mise en place d'outils de régulation de l'offre (carte sanitaire, SROS, PMSI, contrats d'objectifs et de moyens, projet d'établissement, ...).

Certains de ces outils "ont donné incontestablement des résultats, mais les effets sont inégaux, généralement peu durables et surtout partiels"³⁶.

³⁰ La dépense courante de santé est la somme des dépenses engagées par les financeurs de l'ensemble du système de santé (Sécurité sociale, État, collectivités locales, organismes de protection complémentaire – Mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance –, ménages).

³¹ FENINA, A., "Les comptes de la santé en 2001", *Etudes et Résultats*, n° 187, septembre 2002, DREES, Paris, 4 p.

³² MATTEI, J.-F., Discours devant la Commission des comptes de la santé, communiqué de presse, 5 septembre 2002, 3 p.

³³ Ibid.

³⁴ Comptes de la santé, DREES.

³⁵ Nous présentons les données de 1996 car nous cherchons à recadrer le contexte dans lequel l'accréditation a été instaurée.

³⁶ LETOURMY, A., "Les formes économiques de la régulation des dépenses de santé en France : le gaspillage négocié", *Revue Française d'Administration Publique*, n° 76, oct.-déc. 1995, p. 564.

L'hôpital public ou privé fait désormais face à la rigueur budgétaire. Cette contrainte budgétaire rend la question de la répartition des ressources, et donc de leur utilisation, essentielle, tout comme celle de la rentabilité des hôpitaux. Toutes ces questions posent en fait le problème du sens de l'action menée et qu'il s'agit de redéfinir. Une évaluation de l'organisation en place semble donc un préalable à toute action dans ce contexte de rigueur budgétaire.

Aujourd'hui, l'ensemble des établissements de soins se trouve confronté à un contexte évolutif et à de nouvelles exigences. Face à tous ces changements, les établissements hospitaliers doivent anticiper la mise en place de nouvelles solutions et évoluer de manière permanente s'ils veulent pouvoir répondre. L'évaluation apparaît alors comme un outil susceptible de connaître ces nouvelles demandes et la capacité des établissements à mettre en place des réponses appropriées.

2.3.2 La donne contextuelle

Les principales évolutions de l'environnement ayant un impact sur les organisations de santé sont les suivantes :

Les besoins de santé des patients, qui évoluent sans cesse. L'hôpital doit constamment adapter ses missions à ces demandes (nouvelles pathologies, vieillissement de la population, allongement de la durée de vie, nouvelles demandes liées aux "schémas culturels du moment"³⁷). Les demandes deviennent de plus en plus précises, spécifiques et personnalisées, ce qui modifie les perspectives d'organisation.

L'évaluation apparaît comme un moyen de connaître les exigences et de s'assurer si les établissements y répondent, pour dans le cas contraire définir les marges de manœuvre dont ils disposent pour le faire.

Une montée concurrentielle au sein du système de santé :

Le système de santé est entré dans un contexte de compétition non seulement internationale, mais également nationale. On assiste à un phénomène de montée de la concurrence entre les hôpitaux français : le patient n'est plus captif puisqu'il a désormais le choix entre les différentes structures dans lesquelles il peut se faire soigner. Chaque établissement est un des agents du système : il n'a pas l'exclusivité des activités qu'il assure. La concurrence s'exprime donc par des établissements voisins, de statuts identiques ou différents, de tailles identiques ou différentes, mais aussi par les alternatives à l'hospitalisation en termes de médecine de ville, de structures ambulatoires ou de structures d'hospitalisation à domicile (HAD). La concurrence est hétérogène, même si toutes les activités ne sont pas soumises à la même intensité concurrentielle. Dans ce "jeu", diverses variables se trouvent renforcées comme le coût, la qualité, les délais, l'efficacité ou l'efficience. Dans le cadre d'une concurrence "encadrée"³⁸, la qualité apparaît alors comme une variable clé, d'autant plus que l'offre dépasse la demande. Les patients veulent désormais être informés sur des éléments "concrets" de la prise en charge et de son organisation pour faire leur choix. On assiste donc désormais à une véritable compétition ayant pour enjeu la qualité : l'évaluation est nécessaire pour faire progresser les établissements dans ce domaine, mais aussi pour informer les patients du niveau de qualité atteint.

³⁷ FOURNIER, V., *L'hôpital sens dessus dessous*, op. cit., pp. 64-65.

³⁸ SANDIER, S., (synthèse de l'intervention de -), "France : concurrence et financement dans le secteur de la santé", *Hospitalisation Nouvelle*, n° 254, juillet 1995, p. 13

Les évolutions technologiques :

La technologie connaît une évolution rapide et constante. Les progrès de la médecine nécessitent que l'hôpital évolue sans cesse pour s'y adapter, à la fois en termes scientifiques et techniques. Mais le développement d'une activité ne doit pas se faire au détriment d'une ou de plusieurs autres et nécessite donc d'être évaluée en fonction de critères explicites. Il est essentiel de s'assurer en effet que les dépenses induites pour l'achat et le fonctionnement de tout matériel innovant seront couvertes et rentabilisées. Il faut également vérifier que cette technologie qui modifie les activités existantes est génératrice de gains de santé et en évaluer les bénéfices.

Ces évolutions sont complétées par des exigences récentes, venant des financeurs, des usagers ou de l'Etat, auxquelles les établissements se doivent de répondre.

2.3.3 Les exigences émergentes

Par delà les évolutions contextuelles, de nouvelles exigences s'imposent aux établissements de soins.

De nouvelles exigences des organismes payeurs :

Le contexte actuel est celui de rareté des ressources. Les établissements de soins doivent donc être organisés de manière à offrir la meilleure qualité possible au moindre coût "social". La sécurité sociale, les mutuelles, les compagnies d'assurance sont les organismes qui financent les établissements et les soins. En tant que tels, ils désirent s'informer sur les destinataires des moyens financiers ainsi que sur l'utilisation qui en est faite. L'évaluation apparaît dès lors comme un des moyens les plus efficaces pour les renseigner sur les structures, leur fonctionnement, leur organisation et leurs résultats.

La qualité est devenue une exigence essentielle incontournable :

Afin de rester compétitifs, les hôpitaux doivent tenter de satisfaire au mieux les exigences des patients et des financeurs, notamment en offrant une prise en charge de qualité optimale, aux meilleurs coûts et dans les délais les plus brefs. En outre, le domaine de la santé se voit de plus en plus impliqué dans une "démarche de gestion et management de et par la qualité"³⁹, en raison du coût de la non-qualité qui est particulièrement élevé⁴⁰. Cet aspect est particulièrement important dans le contexte de limitation des dépenses et de restrictions budgétaires.

La notion de qualité n'est pas nouvelle dans le domaine hospitalier, mais seule une *réelle démarche qualité* permet d'obtenir une qualité "partagée", la qualité ne pouvant plus être considérée comme unidimensionnelle aujourd'hui : ses dimensions sont en effet médicales, soignantes, organisationnelles, économiques, financières et sociales. La réponse ne peut donc être que collective et s'articule autour du "faire ensemble", même si ce "faire ensemble" est de plus en plus vécu comme difficile à réaliser par les praticiens et les soignants⁴¹.

³⁹ BIGNOLAS, G., FORT, F., HAFID, B., "Vers une exigence de la qualité pour les établissements de soins : Approche conceptuelle des risques liés à la problématique du projet accréditation", *Gestions Hospitalières*, n° 396, mai 2000, p. 357.

⁴⁰ La non-qualité correspond à "tout ce qui doit être fait ou refait en raison d'un dysfonctionnement antérieur du système", in BARBIN, B., BOISSIER RAMBAUD, C., CHAMPION DAVILLER, M-N., FESSLER, J-M., NEBESAROVA, J., *Hôpitaux, cliniques : De l'accréditation à la qualité*, ed. Lamarre, mars 1997, p. 8.
Le coût caché de la non-qualité correspond aux coûts engagés pour assurer la régulation des dysfonctionnements générés par cette non-qualité. La réalité des dysfonctionnements se traduit par exemple par le coût des infections nosocomiales, des réhospitalisations ou l'allongement de la durée des hospitalisations et le développement du contentieux.

⁴¹ CLAVERANNE, J.P., "Organisation et qualité", document support de l'allocution à l'hôpital neuro-cardio, 21 octobre 1999.

Le consumérisme est une exigence sociale nouvelle :

Le patient s'est émancipé : de sujet passif, il est devenu acteur de sa prise en charge⁴², ce qui engendre de nouveaux comportements et de nouvelles attentes. Ces aspects se traduisent par le nomadisme médical, l'absence d'attachement à un médecin ou à un hôpital et une demande accrue d'informations susceptibles d'éclairer ses choix. Le consumérisme médical se développe sous différentes formes :

- le développement des associations de malades,
- la publication d'articles présentant un classement des établissements de soins dans les magazines,
- une intensification des actions en contentieux dans le domaine médical.

La loi Kouchner du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, renforce d'ailleurs ce phénomène : en effet, elle propose entre autres un dispositif sans précédent de réparation des risques sanitaires, qui inclut un droit à l'indemnisation des accidents médicaux non fautifs et rénove le droit de la responsabilité médicale. Evaluer l'organisation et les processus mis en place apparaît donc dans ce contexte nécessaire.

Le respect des droits du patient est une exigence légale :

Historiquement, l'hôpital n'est pas un lieu de droits, mais un lieu de coutumes. Néanmoins, la fin du millénaire a vu se constituer un véritable droit du patient. En effet, les besoins des patients sont au centre de la problématique posée à l'hôpital. Leurs droits ont été réaffirmés, notamment par le biais de la charte du patient hospitalisé et le titre I de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996.

L'évaluation de l'organisation et de son fonctionnement doit alors permettre de garantir la mise en place et le respect de procédures permettant de s'assurer de l'attention portée à ces droits.

Les établissements de soins doivent s'améliorer pour remédier aux dysfonctionnements et évoluer pour s'adapter aux exigences nouvelles et aux modifications contextuelles. Dans cette optique, l'organisation et le fonctionnement des structures de soins ne peuvent plus se garder de toute évaluation.

Mais, dans cet univers opaque et cloisonné, les chances d'une promotion du changement apparaissent faibles, d'autant plus que les individus en présence ont tendance à éviter au maximum toute forme de contrôle interne ou externe. L'éclatement des savoirs et la diversité des pratiques qui résultent des nombreux métiers en présence - soignants, techniques, médicaux ou administratifs – favorise le secret et la méconnaissance des activités des autres acteurs en présence. Fonctionnant pendant longtemps comme une organisation fermée, l'hôpital perçoit l'environnement davantage comme une contrainte, il reste centré sur lui-même et les acteurs adoptent une attitude plus réactive que pro-active. Pourtant, depuis plusieurs années, le législateur tente d'inscrire les établissements de santé dans une attitude d'organisation ouverte où la connaissance des évolutions devient un catalyseur permettant aux membres de l'organisation d'anticiper. L'évaluation n'est plus alors une simple sanction interne de conformité ou de contrôle, elle devient un outil d'adéquation des services offerts.

⁴² "Today's medical consumers have much more knowledge and access to information about the value and quality of their health care alternatives.", in FORD, R. C., FOTTLER, M. D., "Creating Customer-Focused Health Care Organizations", *Health Care Management Review*, volume 25, number 4, 2000, p. 21.

3 ... A LA NECESSITE D'UNE EVALUATION GLOBALE ET PARTICIPATIVE SOUS CONTRAINTE

L'évaluation est devenue une nécessité, du fait des changements introduits ou exigés dans les organisations. Ces dernières sont à la fois plus complexes et performantes, mais restent confrontées à des dysfonctionnements permanents. De plus, les organisations se situent désormais dans un environnement instable et contraint fortement. L'évaluation permet non seulement de mesurer les résultats, les conséquences et les effets des actions entreprises mais également de s'assurer que les choix ont été judicieux et adaptés à la situation face à l'objectif visé. A l'hôpital, elle constitue selon nous le "moyen privilégié pour promouvoir les adaptations qui s'imposent"⁴³, mais ce concept génère inquiétude et appréhension dans le monde hospitalier. Pourtant, c'est un phénomène ancien, même au sein des établissements, puisque les médecins ont toujours pratiqué une forme d'évaluation par le choix de telle ou telle thérapeutique.

3.1 LE RETARD FRANÇAIS DANS LE DEVELOPPEMENT DE L'EVALUATION EN SANTE

La France accuse un retard net dans la pratique de l'évaluation au sein des établissements de santé. En effet, l'évaluation des soins est une pratique nettement développée à l'étranger, notamment dans les pays anglo-saxons, comme le montrent les programmes d'accréditation et d'agrément mis en place, les mécanismes d'éducation continue ou même la surveillance et les enquêtes relatives aux infections ou aux décès. Les démarches d'évaluation des soins y ont souvent été favorisées par des obligations légales, mais surtout parce qu'elles sont vécues, par les professionnels, comme valorisantes ou enrichissantes.

La France a dû attendre le début des années soixante-dix pour voir apparaître des travaux sur le thème de l'évaluation en santé et le début des années quatre-vingt-dix pour que les concepts de l'évaluation appliquée à la santé soient introduits dans le dispositif législatif et réglementaire.

Le rapport Papiernick en 1985 et le rapport Armogathe en 1987 sont précurseurs, voire innovants, sur les thèmes de l'évaluation médicale et de la qualité des soins hospitaliers.

L'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM) est créée en 1990. Chargée de promouvoir l'évaluation des pratiques professionnelles dans le champ sanitaire par la production de méthodes et standards de bonnes pratiques, elle formalise définitivement l'évaluation en santé en France. L'ANDEM élabore l'état des connaissances sur les stratégies médicales, diagnostiques et thérapeutiques et travaille en même temps sur l'évaluation des pratiques professionnelles.

Néanmoins, cette agence conserve un rôle essentiellement consultatif, et les méthodes d'évaluation mises en place restent calquées sur les pratiques médicales et les pratiques de soins, délaissant l'évaluation systémique, c'est-à-dire des entités dans leur globalité. La méthode privilégiée reste l'audit clinique dont on perçoit clairement la finalité médicale et non organisationnelle. Ainsi, un pan complet de l'évaluation – pas des moindres – reste absent et fait toujours cruellement défaut.

⁴³ HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, *La Santé en France*, La Documentation Française, Paris, septembre 1996, p. 207.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) la remplace d'ailleurs en 1997.

3.2 UN DEFAUT D'EVALUATION GLOBALE

L'évaluation est un outil au service des acteurs de l'hôpital devant les aider dans leurs décisions et un moyen de négociation avec les tutelles dans le contexte de rigueur budgétaire. Nous pouvons regrouper les raisons d'évaluer en trois grandes catégories :

- Des raisons médicales : en effet, il est désormais devenu nécessaire mais non suffisant de se donner les moyens d'apprécier le ou les résultat(s) des actions de soins.
- Des raisons économiques : en ces temps de rigueur budgétaire accrue, les gestionnaires recherchent tous les outils susceptibles de les aider dans leurs choix d'allocation des ressources, afin que ces décisions soient les meilleures et les plus adaptées.
- Des raisons sociales : l'opinion publique est désormais informée et avertie et ses exigences ne cessent de s'accroître.

A. Donabedian⁴⁴ a défini trois domaines d'évaluation :

- *L'évaluation des structures.* Ce domaine concerne toutes les structures d'hospitalisation, les moyens mis en œuvre, les personnels, les processus de fonctionnement, le système d'information.
- *L'évaluation des procédures de soins.* Elle repose essentiellement sur l'évaluation des stratégies médicales qu'elles soient préventives, diagnostiques ou thérapeutiques, et en regarde les implications économiques et éthiques.
- *L'évaluation des résultats des soins* (mortalité, morbidité, évaluation par le patient) : tout ceci concerne l'amélioration de l'état de santé. Elle relève d'une analyse entre la pratique observée et la théorie, ainsi que sur le développement d'indicateurs de résultats.

Ainsi, on trouve aujourd'hui à l'hôpital des *évaluations médicales*⁴⁵ (essais thérapeutiques, études de type coût/bénéfice, coût/efficacité, coût/utilité, essais randomisés, audits professionnels, etc.) et des *évaluations de la satisfaction des patients* (questionnaires de sortie, questionnaires d'enquêtes périodiques spécifiques, recueil et analyse des plaintes).

Les référentiels sont extrêmement divers en santé : élaborés par des sociétés savantes (recommandations pour la pratique clinique), des conférences de consensus, des services (protocoles, procédures opératoires), ils concernent la pratique médicale et paramédicale. Mais d'autres référentiels font encore trop défaut : ceux qui cherchent à améliorer une organisation ou une prise en charge. Or, comme nous l'avons évoqué précédemment, la prise en charge se réfère à un processus faisant intervenir différents services et différentes personnes et l'hôpital est un lieu dans lequel s'ajustent, se coordonnent et coopèrent de nombreux acteurs.

L'évaluation de la gestion et de l'organisation fait cruellement défaut à l'hôpital. Il n'existe pas jusqu'en 1996 d'évaluation globale portant sur le fonctionnement de ces "organisations

⁴⁴ DONABEDIAN, A., *Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. 1 : The definition of quality and approaches to its assessment.*, Ann. Arbor, Health Administration Press edition, 1980.

⁴⁵ GIRAUD, A., *La nouvelle évaluation médicale : pour une méthode de la pratique clinique*, Médica éditions, 2000, 212 p.

complexes aux finalités multiples"⁴⁶. C'est ainsi que l'on note une absence d'évaluation globale de l'hôpital dans son ensemble qui suppose une analyse :

- des ressources humaines, matérielles, immatérielles et de leur utilisation ;
- des activités de soins ;
- des activités administratives.

Ces analyses ne doivent pas être menées au niveau du service, mais bien au niveau de l'entité, de manière à pouvoir tenir compte des interfaces entre les différents services et même, si possible, des relations entre l'hôpital et les autres intervenants du système de soins.

L'évaluation à l'hôpital est restée trop longtemps parcellaire : axée sur des pratiques, des stratégies ou une forme de satisfaction, elle s'est insuffisamment intéressée à la globalité de la prise en charge au sein d'une organisation complexe. L'évaluation des systèmes en termes de processus reliés aux résultats apparaît comme inévitable à la fin du XX^{ème} siècle. L'Etat intervient en effet dans les années quatre-ving-dix afin de consolider et de renforcer les acquis en termes d'évaluation de la qualité des soins et progressivement inciter les établissements à s'engager dans une forme d'évaluation organisationnelle et globale : c'est la naissance de l'accréditation en France.

3.3 L'EVALUATION DES ETABLISSEMENTS DE SOINS : UNE OBLIGATION DESORMAIS LEGALE

⇒ **La loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 marque un premier pas vers une régulation qualitative des hôpitaux.**

Elle inaugure la période institutionnelle en faisant de l'évaluation un de ses axes majeurs. En effet, elle l'introduit dans le système sanitaire français par plusieurs dispositions⁴⁷ :

- Elle la rend obligatoire pour tous les établissements d'hospitalisation.
- Elle y subordonne les autorisations et renouvellement d'équipements lourds.
- Elle crée deux structures spécialisées : le Collège National des Experts et les Commissions Régionales d'Evaluation Médicale des Etablissements.
- Elle conforte le statut juridique de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM).

Cette loi fait obligation aux établissements publics et privés de développer une politique d'évaluation des pratiques et d'analyse de leur activité⁴⁸. Cette tentative pour développer une approche systématique de l'évaluation de la qualité des soins à l'hôpital a un double objectif : dispenser aux malades des soins de qualité et contribuer à la maîtrise des coûts et à la planification des soins.

Avec la création de l'ANDEM, la mise en place des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire, dont les principes ont des visées qualitatives en hiérarchisant des priorités régionales de soins⁴⁹, et la mise en place de projets d'établissements pour les structures publiques de soins,

⁴⁶ DERVAUX, B., éditorial, *Le Courrier de l'Evaluation en Santé*, n° 19, novembre 2000, p. 1

⁴⁷ LE MAUFF, P., "Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé", conférence des directeurs généraux de CHU, 19 août 1996, 30 p.

⁴⁸ Code de la Santé Publique, Art. L. 710-3. et L. 710-4.

⁴⁹ GUIGAZ, M., "Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire", ISEOR, 1995, pp. 35-56, citée par VINOT, D., "De la "valeur médicale" à la "valeur organisationnelle" : l'hôpital français face à une nouvelle régulation", Journées des IAE, 28-29 avril 1998.

les obligeant à mener une réflexion sur leur offre dans le cadre régional, cette loi institue un principe selon lequel on peut "rendre compte" de la qualité en matière de santé et chercher à en apprécier la valeur qualitative et économique.

Néanmoins, force est de constater quelques années plus tard que les hôpitaux sont loin d'avoir réalisé tous les objectifs fixés par la loi hospitalière du 31 juillet 1991 et que le développement de la notion d'évaluation est encore resté modeste.

⇒ **Les ordonnances du 24 avril 1996 marquent la continuité de la loi de 1991.**

La réforme de l'hospitalisation publique et privée prévue par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 a pour but de mieux organiser l'ensemble du dispositif de prise en charge hospitalière et donc d'assurer l'accès de tous les malades à des soins dont la qualité et la sécurité doivent être préservées et améliorées. A cette fin, le triple souci de responsabilisation, de qualité des soins et de la meilleure insertion de l'hôpital dans son environnement constituent le fil directeur de cette réforme.⁵⁰

Il y transparaît que l'évaluation médicale seule ne suffit plus et qu'il faut désormais s'intéresser au soin dans son acceptation la plus large. L'organisation hospitalière y est conçue en tant que réponse à des prises en charge complexes mais aussi comme structurante de la filière de soins : cette ordonnance s'inscrit donc dans la notion de trajectoires, de processus de prise en charge et vient ainsi compléter la loi de 1991 qui, en cherchant à mettre en place un outil construisant et affichant les finalités partagées des acteurs de l'institution, avait formalisé le projet d'établissement, somme des projets médicaux, sociaux, infirmiers, informatiques, ...

La culture de l'évaluation des pratiques collectives et de la maîtrise des dépenses par la qualité devient avec l'ordonnance de 1996 une "exigence de survie"⁵¹. Dans son titre II, elle décide la création d'une Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé et institue une démarche novatrice en France : l'accréditation, alors décrite comme "*une procédure externe à un établissement de santé, dont le but est d'obtenir une appréciation indépendante de la qualité de cet établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités de cet établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement*". Cette accréditation marque le passage des indicateurs médico-économiques évaluateurs des pratiques de soins à une démarche d'analyse de l'établissement dans son ensemble : le "fait" organisationnel est reconnu et par là même l'idée selon laquelle il est possible d'améliorer la qualité des soins en touchant à la seule organisation⁵².

⁵⁰ BORDELOUP, J., "Les agences régionales de l'hospitalisation : clarification ou nouvelles ambiguïtés", *Droit Social*, n° 9/10, septembre-octobre 1996, p. 878.

⁵¹ VIGNEAU, Y., "L'hôpital neuronal", op. cit., p. 27.

⁵² VINOT, D., "De la "valeur médicale" à la "valeur organisationnelle" : l'hôpital français face à une nouvelle régulation", op. cit.

3.4 PROBLEMATIQUE

La nécessité d'une évaluation globale, voire systémique, s'inscrit donc comme une obligation dès les années 1996. Néanmoins deux types de problèmes se posent :

⇒ La résistance des professionnels

L'évaluation a souvent été présentée comme "une obligation ou pour le moins une contrainte"⁵³. C'est un mot qui fait peur⁵⁴. Plusieurs facteurs peuvent expliquer la résistance rencontrée chez les professionnels :

- *Des facteurs culturels*, car l'évaluation est encore trop souvent perçue comme un contrôle administratif et assimilée à des sanctions. De plus, la culture hospitalière est restée axée sur la performance individuelle et s'appuie sur un certain nombre de "coutumes" qui font force de loi dans les établissements.
- *Des facteurs sociologiques*, car elle symbolise pour certains une perte de pouvoir ou d'autonomie et une remise en cause des comportements. Le pouvoir est en fait partagé entre trois groupes professionnels à l'hôpital - l'administration, le corps médical et les personnels paramédicaux dans une certaine mesure – qui suivent chacun leur logique et leurs intérêts, non toujours convergents et les conflits d'intérêts ne sont pas rares.
- *Des facteurs méthodologiques*, car le produit hospitalier est complexe et une évaluation globale se heurte à la dichotomie gestionnaire/médical.

⇒ La complexité d'une évaluation globale

Une évaluation globale est une pratique difficile : elle exige de réunir et de confronter des points de vue, des savoirs-faire divers et multiples, des intérêts divergents et convergents, le tout sur fonds de données et d'informations insuffisantes.

Pour être globale, l'évaluation doit donc être multifacettes si elle veut être pertinente et exhaustive. Elle doit prendre en compte et articuler les différents champs (soins, fonctions hôtelières, administratives, techniques, logistiques, urgences, accueil, plateau technique), les différentes activités, l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital, la vision et les pratiques des différents personnels agissant au sein de la structure (médicaux, paramédicaux, techniques, logistiques, soignants, administratifs) et le point de vue des patients.

Mais cette exigence fait elle-même émerger de nouveaux défis et problèmes à résoudre. L'hôpital n'est plus seul (s'il l'a jamais été), il s'inscrit dans un système de soins et se situe dans un univers de complémentarité et de concurrence en interne comme en externe. Les concepts clés sont désormais réseau, filière, coopération, collaboration avec l'ambulatoire, l'hospitalisation à domicile (HAD), la prévention, les soins de suite et de réadaptation (SSR). Inscrite dans un réseau de soins, l'évaluation d'un établissement doit donc désormais se faire en prenant en compte les intersections avec les autres structures ainsi que les éléments d'information externes (en amont et en aval) au passage d'un patient dans l'entité juridique hospitalière.

⁵³ BECHU, T., "Evaluer. Pourquoi (ou pour quoi) ? Par Qui ? Le rôle des professionnels", *Hospitalisation Nouvelle*, n° 230, juillet 1995, p. 33.

⁵⁴ BREACK, P., "Maîtriser ou obérer son avenir. Les enjeux de l'évaluation", *Hospitalisation Nouvelle*, n° 230, juillet 1995, p. 44.

Depuis trente ans, l'hôpital est mis en accusation et depuis trente ans les réformes énoncées dans l'introduction se succèdent au rythme d'une tous les cinq ans. Les mots d'ordre succèdent aux mots d'ordre. Après avoir cru dans l'hôpital-entreprise ou dans les contrats d'objectifs et de moyens ou dans la comptabilité analytique, les pouvoirs publics énoncent aujourd'hui leur "nouveau credo" autour de l'évaluation en général et autour du changement : les mots d'ordre sont désormais "il faut changer, il faut évaluer", fruits d'une nouvelle incantation dont les leviers d'action et les outils ne sont ni définis, ni maîtrisés.

La problématique de cette thèse est liée en creux à la pratique de l'accréditation : conduire le changement à et dans l'hôpital par le biais de l'accréditation en général et de l'auto-évaluation en particulier. Or l'accréditation souffre d'un biais important, faute de ne pas avoir défini ce qu'est l'auto-évaluation ni précisé sur quel type de changement attendu cette auto-évaluation est construite.

Notre problématique consiste donc à déconstruire dans un premier temps auto-évaluation et changement, à les mettre en perspective afin d'en montrer la récursivité et de soumettre cette analyse au travail réalisé sur le terrain.

Notre thèse a souffert des décalages temporels. Le temps de l'accréditation n'est pas celui du chercheur.

L'accréditation, mise en place par le législateur en 1996, a démarré dans les établissements en 2000. D'où la difficulté de conjuguer terrain et théorie durant les trois premières années de thèse.

4 LA METHODOLOGIE

Le choix de réaliser notre recherche au sein du laboratoire GRAPHOS - UMR CNRS 5823 (Groupe de Recherches Appliquées aux Pratiques Hospitalières et aux Organisations de Santé) résulte de notre conception de la recherche en sciences de gestion. En effet, une approche par les terrains nous semble fondamentale car elle permet de s'immerger dans le milieu étudié, afin d'en comprendre l'organisation, le fonctionnement, la culture, les logiques et les rouages. Ainsi, même s'il ne faut pas confondre le travail d'acteur et le travail de chercheur, on ne peut pas réellement "rentre" dans l'organisation hospitalière si on n'est pas acteur de cette organisation⁵⁵. Au cours de nos premières années de thèse, nous avons donc participé à différents travaux de recherche qui nous ont permis de connaître en préalable le monde hospitalier.

Notre cadre épistémologique reprend celui présenté par A. David, dont nous retenons les points essentiels⁵⁶ :

- Prendre en compte la complexité de la réalité sociale. Cette complexité sociale ne peut s'appréhender sans une immersion dans les organisations. Cette complexité ne peut s'étudier de manière externe.
- Prendre en compte le fait que l'on travaille sur des représentations multiples de la réalité sociale. Chaque acteur a sa propre représentation de la réalité sociale et chacune de ces

⁵⁵ TEIL, A., *Défi de la performance et vision partagée des acteurs. Application à la gestion hospitalière*, thèse de doctorat ès Sciences de Gestion, Université Jean Moulin Lyon III, 4 janvier 2002, p. 18

⁵⁶ DAVID, A., cité par TEIL, A., op. cit., pp. 18-19.

représentations a une certaine légitimité du fait de son existence même. Par conséquent, chacune doit être questionnée le plus finement possible.

- Prendre en compte l'interaction entre le chercheur et les professionnels dans le processus de recherche.
- Prendre en compte le fait que les sciences de gestion sont au service des organisations. Les sciences de gestion doivent par conséquent répondre aux besoins des organisations. Pour nous, *recherche* et *action* sont deux facettes indissociables et d'égale importance.

Nous présentons ici notre activité, les fondements de notre recherche ainsi que les différents instruments de collecte des informations sur le terrain.

4.1 DES EXPERIENCES VARIEES

Notre activité au sein du laboratoire GRAPHOS associée à notre expérience au cabinet d'expertise comptable SYNDEX s'est répartie en quatre axes principaux : des activités de recherche-action, des activités de diagnostic, de conseil et d'assistance dans des établissements sanitaires, de l'enseignement et une capitalisation des connaissances.

Des activités recherche-action

Les missions conduites au sein du laboratoire GRAPHOS ont été de deux ordres :

- Des *diagnostics opérationnels et stratégiques* : ce type de mission vise à établir un état des lieux sur un établissement, un réseau ou un service et à formuler un avis sous forme de préconisations, mais sans que les intervenants ne s'engagent dans la mise en œuvre des préconisations⁵⁷. Ces interventions visent à dégager des points d'appui et des leviers d'action pour les gestionnaires : elles permettent de pénétrer à l'intérieur de l'organisation hospitalière et d'en décortiquer les rouages. Elles émanent de différentes sources : des tutelles, notamment les ARH, qui souhaitent comprendre, en tant que financeur, pourquoi un hôpital semble souffrir d'une sur ou d'une sous-activité, pourquoi un hôpital est plus cher que la moyenne, ..., du ministère qui cherche à évaluer l'organisation des établissements ou des services dans le cadre d'un changement programmé à l'échelle nationale, ou de la direction des établissements publics et privés désireux de se soumettre à une évaluation. C'est dans ce cadre que nous avons mené une étude, à la demande du ministère, concernant l'organisation des services dans la perspective de la réduction du temps de travail au CHRS de l'Esprit.
- Des *missions d'accompagnement et d'appui méthodologique*, notamment dans le cadre de l'élaboration de projets d'établissements. La rédaction et le suivi de projet d'établissement vise à définir avec les acteurs un futur désiré et les moyens d'y parvenir. Le projet à réaliser est celui de l'établissement et de son personnel et non pas celui des intervenants, la démarche repose sur un diagnostic approfondi des forces et des faiblesses de l'établissement établi de façon participative au moyen de groupes de travail transversaux et pluridisciplinaires. Ces missions nous ont permis de multiplier les rencontres avec les diverses catégories socioprofessionnelles et de nous familiariser avec leurs cultures et leurs pratiques respectives.

⁵⁷ PASCAL, C., op. cit., p. 23.

Nous avons également mené des activités de recherche à proprement parler :

- *une mise en situation d'auto-évaluation* : nous avons réalisé une auto-évaluation des infections nosocomiales au bloc opératoire de l'hôpital du cœur et de la tête. Dans ce cadre de recherche, nous nous sommes placée en tant qu'animatrice des différents groupes de travail sur le thème des infections nosocomiales. Notre rôle était d'animer la réflexion sur la base d'un questionnaire prédéfini.
- *des entretiens*, dont l'objectif était de recueillir les perceptions et les points de vue des acteurs sur le thème de l'auto-évaluation et de ses conséquences en termes de changement.

Des activités de conseil

En mars 2000, nous avons intégré un cabinet d'expertise comptable et de conseil. Notre statut de consultante spécialisée dans les établissements sanitaires et sociaux au sein du cabinet SYNDEX nous a permis de pénétrer dans l'univers et le quotidien d'une dizaine d'établissements. Nous y réalisons des études et audits d'établissements, dans le cadre des missions légales d'assistance au élus du Comité d'Entreprise, prévues par les articles L. 434-6 du Code du Travail : ces missions prennent la forme d'analyse des comptes annuels, des comptes prévisionnels, de droits d'alerte lorsqu'une situation est jugée préoccupante par les membres du Comité d'Entreprise, et de missions sur licenciement afin d'assister les élus dans la négociation du plan social et d'assurer l'amélioration des conditions de sortie.

Au cours de ces missions, nos études portent sur des analyses comptables et financières en lien avec l'environnement, l'activité et la politique d'emploi et de rémunération. Nous sommes donc amenée à évaluer et critiquer⁵⁸ les évolutions constatées dans ces différents domaines, les uns en lien avec les autres, d'en déterminer les causes et de proposer des axes d'amélioration.

L'enseignement

L'IFROSS (Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales et leurs réseaux) est un institut de formation continue s'adressant à des professionnels de santé, dans le cadre duquel nous sommes intervenue afin de dispenser des formations sur les thèmes de l'accréditation, de l'auto-évaluation et du changement. Cet exercice de formation continue a été une source d'enseignements importants, car il nous donnait l'occasion de confronter nos développements théoriques et pratiques à un public de cadres soignants, de sages-femmes, de kinésithérapeutes, de directeurs d'établissements de soins et médicaux-sociaux, de médecins et de médecins inspecteurs de la caisse régionale d'assurance-maladie. Les remarques, critiques et questions de ce public expérimenté et acteurs du réseau de soins ont constitué à leur manière une forme de test concernant la validité et la pertinence de nos travaux.

La capitalisation des connaissances

Afin de compléter nos réflexions, nous avons fait une revue des littératures à la fois gestionnaire, scientifique et professionnelle sur nos thèmes de recherche et avons rédigé des articles et participé à des colloques afin de confronter nos points de vue avec ceux des chercheurs en sciences de gestion et sciences sociales.

Ces quatre activités ont contribué à notre apprentissage et ont toutes contribué à leur niveau à la production de notre analyse présentée dans ce travail. Chaque échange avec des acteurs du système de santé, chaque discussion avec des chercheurs en sciences de gestion, chaque analyse de document, chaque participation à des réunions de professionnels, chaque réflexion énoncée par les étudiants de formation continue ont participé à notre compréhension de la complexité du

⁵⁸ Le terme "critiquer" s'entend ici comme un examen raisonné et justifié permettant de porter une appréciation qui peut être positive ou négative et non en tant que jugement défavorable.

monde social que constitue l'organisation hospitalière. "L'étude du monde social n'est pas celle du monde naturel. La compréhension du monde naturel demande elle-même des cadres de signification, mais le monde social, en outre, se constitue lui-même comme ayant une signification. Il est donc nécessaire d'entrer dans le cadre de signification des acteurs et de les reconstituer dans des schémas conceptuels de cadres de signification technique, que les acteurs vont aussi partiellement s'approprier. Connaissance savante et connaissance ordinaire ne sont sans doute pas identiques, mais elles ne sont séparées et elles ne peuvent pas l'être"⁵⁹.

4.2 FONDEMENTS EPISTEMOLOGIQUES

4.2.1 Une approche constructiviste

Le continuum des positions épistémologiques en sciences de gestion est bordé par deux pôles : le positivisme et le constructivisme.

Le *paradigme positiviste* part du postulat que les lois existent, même si elles ne sont pas toutes découvertes et que le monde est externe à l'individu. Le positivisme est fondé sur l'extériorité du chercheur par rapport à l'objet observé. Dans cette situation, le chercheur souhaite avoir une position de neutralité et ne pas pénétrer dans le jeu des acteurs⁶⁰.

Selon le *paradigme constructiviste*, il n'existe pas une réalité qu'il serait possible d'appréhender, même de manière imparfaite, mais des réalités multiples, qui sont le produit de constructions mentales individuelles ou collectives et qui sont susceptibles d'évoluer au cours du temps⁶¹. Le constructivisme repose sur l'idée de subjectivité de la connaissance. Dans ce cas, il s'agit d'entrer dans le jeu des acteurs pour mieux l'observer et s'imposer d'en sortir pour mieux le critiquer⁶². Dans ce cas, les conditions et les processus sociaux d'émergence de la réalité sont essentiels, c'est-à-dire que la réalité est appréhendée différemment en fonction des observateurs qui la décrivent, et la connaissance relève d'une construction continue ("un mode de progression scientifique fondé sur un processus continu, fait de tâtonnements, de bifurcations et d'allers-retours, et non sur une accumulation linéaire et séquentielle de connaissances additionnelles"⁶³).

Dans l'approche constructiviste, le monde est donc considéré comme un construit social et comme le produit des intuitions et du "feeling" déterminés par les individus : la recherche se traduit alors à travers l'action et les interventions des acteurs par le biais de leurs processus cognitifs⁶⁴.

La recherche en gestion n'est plus un objet, mais un projet⁶⁵ et l'apprentissage issu des situations réelles sur le terrain doit permettre de développer une contribution originale à la connaissance.

⁵⁹ ROJOT, J., "La théorie de la structuration", *Revue de gestion des ressources humaines*, n° 26-27, mai-juin 1998, pp. 5-35, cité par TEIL, A., op. cit., p. 21.

⁶⁰ PATUREL, R., SAVALL, H., "Recherche en management stratégique ou management stratégique de la recherche en stratégie", Proposition de communication, Colloque de l'AIMS, Ecole Centrale de Paris, mai 1999, p. 11.

⁶¹ BEN AISSA, H., "Quelle méthodologie de recherche appropriée pour une construction de la recherche en gestion ?", XI^{ème} Conférence Internationale de Management Stratégique, juin 2001, Québec, p. 13.

⁶² PATUREL, R., SAVALL, H., op. cit., p. 11.

⁶³ CHARREIRE, S., HUAULT, I., "Cohérence épistémologique et recherche en management stratégique", XI^{ème} Conférence Internationale de Management Stratégique, juin 2001, Québec, p. 4.

⁶⁴ BEN AISSA, H., op. cit., p. 10.

⁶⁵ LE MOIGNE, J.L., *Les épistémologies constructivistes*, Que sais-je, PUF, Paris, 1995, 127 p.

Ce projet est de représenter de manière intelligible les interventions des acteurs au sein des organisations ou, plus précisément, "d'identifier les processus cognitifs de conception par lesquels sont élaborés des stratégies d'actions organisationnelles possibles et par lesquels ces systèmes se finalisent, s'auto-représentent et mémorisent leurs actions et leurs projets dans des substrats qu'ils perçoivent complexes"⁶⁶.

Les épistémologies constructivistes permettent de dépasser l'approche traditionnelle des problèmes dans les organisations et favorisent la prise en compte de la complexité des situations⁶⁷.

Notre travail se situe dans cette approche et s'est appuyé sur un système de va-et-vient entre le terrain et la théorie, de manière à enrichir les apports. Notre recherche s'inscrit donc dans une dialectique permanente entre théorie et pratique.

Cependant, afin de dépasser le débat positivisme/constructivisme, nous pouvons admettre en fait que la réalité existe, mais qu'elle est construite de deux manières :

- construite dans nos esprits, parce que nous en avons des représentations,
- construite parce que, en sciences de gestion, les différents acteurs – y compris les chercheurs – la construisent ou aident à la construire.⁶⁸

Dans cette optique, la réalité est intermédiaire, c'est-à-dire qu'une partie est considérée comme la cible du projet d'action, le reste peut être considéré comme "donné"⁶⁹. La réalité est alors un processus de construction et de transformation permanent.

4.2.2 La structuration des savoirs

Pour répondre à ses objectifs, le chercheur se trouve classiquement confronté à deux méthodes possibles :

- La méthode hypothético-déductive, reposant sur la vérification, le raisonnement démonstratif et mobilisant à cette fin des études quantitatives. Basée sur des prémisses, elle doit conduire à des théories réputées rationnelles.
- La méthode inductive, fondée sur l'observation libre et sans préjugé des faits, reposant sur une logique de la découverte et mobilisant à cet effet des méthodes de nature essentiellement qualitative. Elle doit conduire à des théories qualifiées d'empirique.

Selon A. David, il faut "*dépasser l'opposition classique entre démarche inductive et démarche hypothético-déductive et considérer une boucle récursive abduction/déduction/induction*"⁷⁰, sachant que cette boucle n'a pas besoin d'être parcourue intégralement par chaque chercheur.

⁶⁶ LE MOIGNE, J. L., "Epistémologies constructivistes et sciences de l'organisation", in MARTINET, A.C., (Coord.), *Epistémologie et Sciences de Gestion*, Paris, Economica, 1990, p. 130.

⁶⁷ AVENIER, M.-J., "Une conception de l'action stratégique en milieu complexe : la stratégie tâtonnante", in AVENIER, M.-J., (coord.), *La stratégie "chemin faisant"*, Economica, Paris, 1997, p. 7-35., cité par SCHMITT, C., *La dynamique de la valeur : contribution à la création de valeur en PME par la notion de désordre*, Thèse en Génie des Systèmes Industriels, Institut National Polytechnique de Lorraine, 10 décembre 1999, p. 19.

⁶⁸ DAVID, A., "Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion", Actes de la VIIIème Conférence Internationale de l'AIMS, Ecole Centrale de Paris, mai 1999, p. 15.

⁶⁹ Ibid, p. 15.

⁷⁰ Ibid, p. 1.

La déduction permet de générer des conséquences, l'induction d'établir des règles générales et l'abduction de construire des hypothèses : chacune contribue à sa manière à la construction de la connaissance. Leur articulation se formalise comme suit⁷¹ :

- Une hypothèse explicative est construite par abduction pour rendre compte de données posant problème.
- Les conséquences possibles de cette hypothèse sont explorées par déduction.
- L'induction permet une mise à jour.
- Si ces règles sont infirmées, il faut reformuler par abduction de nouvelles hypothèses explicatives. Le cycle recommence.

Le chercheur travaille sans cesse selon un raisonnement récursif abduction/déduction/induction⁷², reliant les faits observés à des théories intermédiaires ou plus générales.

*"L'abduction est la seule forme de raisonnement qui puisse générer des idées nouvelles, la seule qui soit, en ce sens, synthétique"*⁷³. C'est un processus d'interprétation. Selon Koenig, le rôle de l'abduction dans les recherches qualitatives en sciences de gestion est le suivant : *"L'abduction est l'opération qui, n'appartenant pas à la logique, permet d'échapper à la perception chaotique que l'on a du monde réel par un essai de conjecture sur les relations qu'entretiennent effectivement les choses [...]".* L'abduction consiste à tirer de l'observation des conjectures qu'il convient ensuite de tester et de discuter"⁷⁴. L'abduction permet donc de générer des hypothèses qu'il faut ensuite valider. C'est cette démarche abductive qui est adoptée dans notre travail de recherche.

Dans le cadre d'une recherche abductive, "le chercheur procède par association, par lien de parenté entre les données"⁷⁵. Le raisonnement n'est pas une démonstration et les propositions présentées dans la thèse ne sont pas certaines : elles doivent être considérées comme inférences de possibles, non démonstratives⁷⁶.

4.2.3 Un contexte de recherche action...

Les missions réalisées dans le cadre du laboratoire GRAPHOS couplées à notre activité de conseil nous place dans une posture de recherche action, dans la mesure où nous sommes intervenues sur divers terrains. Le chercheur ne cherche plus seulement à observer, mais à agir sur cette réalité et "cette réalité agit en retour sur la dynamique de la recherche"⁷⁷.

Notre travail peut s'apparenter à première vue à un cadre de recherche-action, au sens de Lewin⁷⁸ puisque c'est un processus interactif, qui corréle pratique et théorie. La formalisation de notre recherche est issue d'une démarche interactive entre questionnements, connaissances établies sur la base de la littérature et confrontations avec des expériences de terrain. La production de la connaissance s'est faite dans l'interaction avec le terrain : dans ce type de recherche, "il est difficile d'établir au début du processus et avant d'aller sur le terrain une revue de littérature

⁷¹ Ibid., p. 5.

⁷² Ibid.

⁷³ PEIRCE, cité par DAVID, A., "Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion", op. cit., p. 5.

⁷⁴ KOENIG, "Production de la connaissance et constitution des pratiques organisationnelles", Revue de l'AGRH, n° 9, novembre 1993, cité par DAVID, A., op. cit., p. 7.

⁷⁵ THIETART, R. A., et coll., *Méthodes de recherche en management*, Dunod, Paris, 1999, p. 61.

⁷⁶ HUSSER, J., *Le pilotage du changement par l'encadrement intermédiaire : le cas de l'accréditation à l'hôpital*, Thèse pour le Doctorat ès sciences de gestion, Université Montesquieu-Bordeaux IV, 12 décembre 2002, p. 170.

⁷⁷ GIRIN, J., "L'analyse empirique des situations de gestion", in MARTINET, A-C., op. cit., pp. 141-182.

⁷⁸ LEWIN, K., *Field Theory in social science*, Harper and Row, 1951.

entièrement pertinente, les théories existantes étant sans cesse revisitées grâce aux matériaux empiriques."⁷⁹

Le terrain constitue de ce fait un lieu d'émergence de la connaissance pratique et de la théorie. Les théories permettent d'interpréter ce qui s'y passe tandis que le terrain contribue à l'élaboration de nouvelles théories, de niveaux divers (des faits mis en forme aux théories plus générales).

A. David propose le cadre suivant pour les recherches en gestion :

Tableau 2 : Un cadre intégrateur pour quatre démarches de recherche en gestion⁸⁰

		Objectif	
		Construction mentale de la réalité	Construction concrète de la réalité
Démarche	<i>Partir de l'observation des faits</i>	Observation, participante ou non participante. Elaborer un modèle de fonctionnement du système étudié.	Recherche action, étude clinique. Aider à transformer le système à partir de sa propre réflexion sur lui-même.
	<i>Partir d'un projet de transformation ou d'une situation idéalisée</i>	Conception de modèles de gestion. Elaborer des outils de gestion potentiels, des modèles possibles de fonctionnement.	Recherche – intervention. Aider à transformer le système à partir d'un projet concret de transformation plus ou moins complètement défini.

La recherche-action suppose une intervention directe du chercheur dans la construction concrète de la réalité. Ce dernier part de la situation présente et des représentations que les acteurs en ont pour les aider, sans autres outils que des dispositifs relationnels – groupe de travail, entretiens – à construire et à piloter un processus de transformation.

La recherche action part dans l'idée de préparer un groupe au changement, ce qui signifie que le chercheur contextualise le changement à l'avance. Les transformations concrètes dans la gestion de l'organisation ne sont formalisées qu'ensuite, dans une phase dans laquelle le chercheur n'intervient pas directement pour ne pas perturber les objectifs pratiques de l'organisation.⁸¹

4.2.4 ... Mais une méthodologie d'études de cas

Le postulat de la recherche-action est extrêmement séduisant pour les sciences de gestion si l'on se réfère à l'argumentation de Barbier : "*Pas de recherche sans action, pas d'action sans recherche... dans l'action, le chercheur passe et repasse son regard sur l'objet, c'est-à-dire sur ce qui va vers la fin d'un processus accomplissant une action de changement permanent. Le chercheur en recherche-action est l'aiguilleur des processus. Il les achemine à bon port en les repérant et, parfois, en les modélisant*"⁸². La recherche action apparaît de ce fait adaptée aux

⁷⁹ DAVID, A., "La recherche intervention, un cadre général pour les sciences de gestion ?", IX^{ème} Conférence Internationale de Management Stratégique, Montpellier, mai 2000, p. 13.

⁸⁰ DAVID, A., "Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion", op. cit., p. 17.

⁸¹ DAVID, A., "La recherche intervention, un cadre général pour les sciences de gestion ?", op. cit., p. 16.

⁸² BARBIER, R., *La recherche action*, 1996, Economica, Paris, p. 83, cité par HUSSER, J., op. cit., p. 173.

problématiques concernant le changement organisationnel. Néanmoins, notre travail ne s'inscrit pas dans ce cadre. Il ne s'agit pas de comprendre le changement en le provoquant, en le guidant ou en le pilotant, mais seulement d'observer des situations de gestion. Notre recherche offre une réflexion commune finalisée pour le savoir et l'action et permet la rencontre d'un objectif pratique et d'un objectif de recherche, mais elle a pour seul objectif de comprendre la gestion du changement induit par l'auto-évaluation.

Les méthodes qualitatives cherchent à "faire sens" plutôt qu'à "donner la preuve"⁸³. Leur mise en œuvre consiste avant tout à vouloir comprendre le pourquoi et le comment des événements dans des situations concrètes.

La démarche qualitative permet de faire ressortir des thèmes et des modèles émergents au fur et à mesure que les interviews avancent. Les entretiens sont ainsi "*l'occasion pour le chercheur d'explorer en profondeur afin de découvrir de nouveaux indices, de mettre à jour de nouvelles dimensions d'un problème et d'obtenir des récits et explications vivants, précis et complets, fondés sur l'expérience personnelle.*"⁸⁴

Une approche qualitative ne cherche pas à identifier une vérité rationnelle et objective, mais plutôt à construire, interpréter et percevoir, par le biais d'un mélange de perceptions de gens différents. On ne se situe pas dans la déduction, mais bien dans l'abduction, c'est-à-dire dans l'idée de percevoir les réalités, de les interpréter et donc de construire des hypothèses.

F. Wacheux a identifié différentes méthodes de recherche qualitative⁸⁵. Notre choix s'est porté sur les études de cas, dont l'objectif et la question de recherche ont pour objet l'exploration, la compréhension et la génération d'hypothèses sur le pourquoi et le comment. Les études de cas s'inspirent d'une doctrine clinique appuyée sur le prétendu refus de toute théorie et sur la conviction que la simple accumulation de faits apportera une explication satisfaisante des situations réelles. Pour comprendre le réel, il faut constamment s'y rapporter.

La définition même de l'étude de cas donnée par Yin implique une démarche contextuelle : il s'agit d'"*une enquête empirique qui examine un phénomène contemporain au sein de son contexte réel lorsque les frontières entre phénomène et contexte ne sont pas clairement évidentes et pour laquelle de multiples sources de données sont utilisées*"⁸⁶. Il s'agit d'une stratégie d'accès au réel à part entière.

Le recours à l'étude de cas s'explique ici par le caractère récent et complexe de l'auto-évaluation. Notre objectif de recherche vise dans ce cadre à former des conjectures relatives aux conséquences en termes de changement de ce concept émergent et à en rechercher le comment et le pourquoi. Or, Yin définit l'étude de cas comme une méthodologie de recherche utilisée pour des travaux s'intéressant au "Comment" et au "Pourquoi" d'événements contemporains sans que le chercheur ait spécialement un contrôle sur ces mêmes événements⁸⁷. Notre problématique justifie de ce fait le recours aux études de cas.

⁸³ LACOSTE, C., *Coopération interhospitalière et modernisation de l'offre de soins – Entre concepts et réalité*, Thèse de doctorat es Sciences de Gestion, Université Jean Moulin Lyon III, 7 décembre 1999, p. 20.

⁸⁴ BURGESS (1982), cité par BERNOUX, P., *La sociologie des entreprises*, Paris, Le Seuil, 1995.

⁸⁵ WACHEUX, F., *Processus organisationnels et jeux d'acteurs à l'œuvre dans les alliances entre firmes, étude explorative dans le BTP*, Thèse en sciences de gestion, Lille, 1993, p. 90.

⁸⁶ YIN, R., *Case Study Research Design en Methods*, Sage Publications, Thousand oaks, 1994, 170 p., cité par HUSSER, J., op. cit. p. 189.

⁸⁷ YIN, R., *Case Study Research Design en Methods*, Sage Publications, Thousand oaks, 1990, 159 p., cité par HUSSER, J., op. cit. p. 191.

Enfin, pour Wacheux, l'étude de cas "*est appropriée lorsque la question de recherche commence par pourquoi... ou comment (processus, enchaînement des évènements dans le temps). Elle permet de suivre ou de reconstruire des évènements dans le temps (la chronologie), d'évaluer les causalités locales... et de formuler une explication (puis de la tester auprès des acteurs)*"⁸⁸.

Nous présenterons ainsi dans notre deuxième partie le cas de six établissements hospitaliers.

4.3 LE MODE DE COLLECTE DES DONNEES

Notre matériau de recherche s'est constitué à partir de différents niveaux de données. Durant nos années de recherche, les interventions menées dans le cadre de nos deux expériences, universitaire et professionnelle, nous ont conduit à analyser une vingtaine d'établissements de court et de moyen séjour de tout statut.

⁸⁸ WACHEUX, F., *Méthodes qualitatives et Recherches en Gestion*, Economica, Paris, 1996, 290 p.

Établissement	Activité	Statut	Année	Type d'intervention
Activités de recherche				
Centre Raoul Follereau	CS	PSPH	1997	Description et analyse des processus de prise en charge du cancer du sein.
CHU des Préalpes	CS	Public	1997	Évaluation de la communication ville-hôpital et évaluation du projet télé-médecine.
Fondation du Plateau	MS	PSPH	1997-1998	Projet d'établissement.
Clinique du Lac	CS	PSPH	1998	Projet d'établissement.
Hôpital de la Colline	MS	PSPH	1999	Projet d'établissement.
Hôpital de la Tête et du Cœur (CHU des Gaules)	CS	Public	1999-2000	Auto-évaluation de la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire.
CHRS de l'Esprit	CS	PSPH	2000	Étude concernant l'organisation des services dans la perspective de la réduction du temps de travail.
Centre médical et chirurgical de réadaptation des Hauteurs	MS	PSPH	2002	Expérience d'auto-évaluation.
Activités de conseil				
Clinique du Prébleu	MS	Privé	2000, 2001, 2002	Mission sur comptes annuels : analyse de secteur, d'activité, sociale, comptable et financière.
Polyclinique des Vignobles	CS	Privé	2000, 2001, 2002	Mission sur comptes annuels : analyse de secteur, d'activité, sociale, comptable et financière.
Hôpital Saint Paul – Saint Vincent	CS	PSPH	2000, 2001, 2002	Mission sur comptes annuels : analyse de secteur, d'activité, sociale, comptable et financière.
Centre psychiatrique du Centre-Est	MS	PSPH	2000	Mission sur comptes annuels : analyse de secteur, d'activité, sociale, comptable et financière. Mission sur comptes prévisionnels.
Centre médical du Sommet	MS	PSPH	2001	Mission sur comptes annuels : analyse de secteur, d'activité, sociale, comptable et financière.
Clinique René Bertrand	CS	PSPH	2000, 2001	Mission sur comptes annuels : analyse de secteur, d'activité, sociale, comptable et financière.
Clinique mutualiste Stéphane	CS	PSPH	2000, 2001	Mission sur budgets de l'établissement : analyse d'activité, budgétaire, comptable et financière.
Polyclinique du Vaccin	CS	Privé	2002	Mission sur comptes annuels : analyse de secteur, d'activité, sociale, comptable et financière.

CS : court séjour

MS : moyen séjour

PSPH : Privé participant au service public hospitalier

Privé : privé à but lucratif

L'ensemble de ces missions nous a permis de collecter un important matériau de recherche de première main, sous la forme de comptes-rendus de réunions, d'entretiens individuels et collectifs couvrant l'ensemble des catégories socio-professionnelles présentes à l'hôpital, de questionnaires, de notes d'observation, de documents administratifs, de rapports d'audits, de projets, de contrats d'objectifs et de moyens, de courriers budgétaires, de documents internes relatifs à l'activité, au bilan social, à la rémunération, à la comptabilité, aux budgets et à la structure financière.

Ces données ne sont pas exploitées explicitement dans notre travail de thèse, mais ce matériau nous a permis d'acquérir une connaissance aussi exacte que possible des établissements de santé, de leur organisation, de leur fonctionnement, de leurs pratiques et de leur culture.

De façon plus précise et détaillée, le support direct de notre travail repose sur :

- Une participation à l'auto-évaluation d'un établissement, au cours de laquelle nous avons assisté à quinze réunions de groupes de travail et quatre réunions du comité de pilotage. Cette expérience nous a permis d'observer le comportement, les réactions et les discours des acteurs au cours du processus d'auto-évaluation et de collecter les documents produits, sous la forme d'un rapport d'auto-évaluation puis de plans d'actions.
- Une participation au projet d'établissement d'un établissement, au cours duquel nous avons administré des questionnaires auprès des patients et participé aux réunions du comité de pilotage. Nous avons également interrogé le médecin interniste, le directeur et la responsable qualité, tous trois ayant eu la charge du pilotage de l'expérimentation canadienne d'accréditation dans l'établissement, afin de recueillir le récit, le point de vue, mais aussi les résultats de cette auto-évaluation et de la visite.
- Des entretiens. Ils ont été de trois ordres :
 - Des entretiens de groupes d'acteurs dans le cadre d'une mise en situation d'auto-évaluation sur le thème des infections nosocomiales au bloc opératoire d'un hôpital. Nous avons mené neuf entretiens collectifs (par groupe de quatre, réunissant des aides-soignants, des infirmières, des IBODE, des IADE, des IDE de réveil, des médecins, des anesthésistes, les cadres), complétés par des entretiens individuels auprès du directeur de l'hôpital, de la directrice qualité, de la conseillère qualité, du pharmacien, du médecin hygiéniste et de l'infirmière hygiéniste, soit un total de quinze entretiens auprès de quarante deux personnes. Les résultats ne retranscrivent pas ces données, mais elles ont influencé notre analyse et nos réflexions concernant les réactions des acteurs face au référentiel et concernant le processus d'auto-évaluation, explicités dans la deuxième partie de notre travail.
 - Des entretiens individuels auprès d'experts-visiteurs, au nombre de trois, afin de recueillir leurs points de vue et leur analyse concernant l'auto-évaluation, son rapport et la visite.
 - Des entretiens individuels auprès de huit responsables d'accréditation, afin de recueillir leur vécu, leurs points de vue, leurs impressions et leurs discours concernant l'auto-évaluation et le changement.Ils ont été retranscrits dans leur intégralité, puis regroupés et analysés afin d'en dégager les convergences et les divergences.

Les résultats sont présentés dans la deuxième partie de notre travail. Dans ce cadre, nous avons privilégié les allers et retours entre théories et observations empiriques.

4.4 PLAN DE LA THESE

Notre thèse comporte deux parties. La première, intitulée "L'évaluation et le changement entre anatomie et physiologie", s'efforce de déterminer la place de l'auto-évaluation dans les théories de l'évaluation (chapitre I) et les théories du changement comme référents évaluatifs implicites (chapitre II), afin de montrer la réflexivité qui existe entre évaluation et changement et d'y inscrire le rôle de l'auto-évaluation. La deuxième partie intitulée "Cliniques évaluatives : du contexte à leurs mises en œuvre" contextualise l'auto-évaluation dans les établissements de soins (chapitre I), avant de présenter et d'analyser sa mise en œuvre à l'hôpital (chapitre II) et d'ébaucher quelques pistes de réflexion concernant l'application des changements déterminés par cette démarche (chapitre III).

Première partie

L'évaluation et le changement entre anatomie et physiologie

Chapitre I – La place de l'auto-évaluation dans les théories de l'évaluation

Chapitre II – Les référents évaluatifs implicites : les théories du changement

Deuxième partie

Cliniques évaluatives : du contexte à leurs mises en œuvre

Chapitre I – L'auto-évaluation au cœur de l'accréditation

Chapitre II – L'auto-évaluation en action

Chapitre III – L'auto-évaluation et le discours sur le changement en action

Première partie L'évaluation et le changement entre anatomie et physiologie

*(...) besoin de rigueur, horreur du vague et de cette apparente clarté
dont se contentent presque tous les hommes, et,
conséquence de ce besoin de rigueur, besoin de remettre
en question le langage et d'exiger des mots un contenu précis.*

A. MAUROIS, *Études littéraires*, t. I, Valéry, III, p. 21.

L'évaluation et le changement sont au cœur du débat de tous les systèmes de soins. Evaluation des soins et des pratiques face aux avancées de la médecine, changement dans les modes de faire face aux difficultés de faire ensemble dénoncées par les patients malgré l'autosatisfaction déclarée de nombreux acteurs de soins. Au cœur du débat, l'évaluation et le changement sont en réalité des mots valises, des auberges espagnoles où chacun y met ce qu'il a envie d'y mettre. Si l'on veut faire autrement, il est nécessaire d'évaluer ce que l'on fait. De même, avant d'évaluer, force est de se donner un référent. Evaluation et changement ne peuvent se penser qu'ensemble.

L'objet de cette première partie est de montrer que l'évaluation et le changement sont liés de façon réflexive en ce que tout changement implique une évaluation et que toute évaluation implique un changement dans les modes de pensée, d'observation et de décision.

Nous avons privilégié dans la présentation de notre thèse une approche didactique concept/pratique que d'aucuns pourront contester, la réalité se moquant des séparations théorie/pratique. Le travail que nous avons conduit pendant ces longues années nous a sans cesse renvoyé de l'un à l'autre. Cependant, l'absence de réflexion théorique des acteurs nous ont incité à ce parti pris méthodologique. Enfin, l'écriture d'une histoire "en train de se faire et de s'écrire" nous a contraint à séparer les deux parties.

La première partie s'articule donc autour des concepts relatifs au changement et à l'évaluation. Penser un concept en gestion consiste à le penser de façon statique, anatomique, comme nous allons le faire pour l'évaluation et pour le changement. Néanmoins, ces aspects pris isolément sont insuffisants : il est également nécessaire de les penser en physiologie, c'est-à-dire en termes de relation les réunissant. Tout ceci nous permettra de déboucher sur un modèle dans la conclusion de notre première partie.

Le premier chapitre vise ainsi à déterminer la complexité et la diversité du concept d'évaluation, pour ensuite le définir et le modéliser. Cette analyse permettra d'y inscrire l'auto-évaluation dans un deuxième temps et de conclure sur le rôle joué par l'évaluation et l'auto-évaluation dans les mécanismes de changement.

Le deuxième chapitre a pour objet de recenser les différents concepts liés au changement et de mettre en évidence les modes opératoires qui en découlent dans lesquels s'inscrit ou peut s'inscrire l'action. Il s'intéresse également aux jeux des acteurs face au changement. Ces développements nous permettront de conclure sur les liens entre changement et évaluation.

En conclusion, nous déterminerons la dialogie entre évaluation et changement, afin de déterminer en quoi l'évaluation peut engendrer ou freiner le changement, puis mettre en évidence les enjeux de l'auto-évaluation en termes de changement.

Chapitre 1

La place de l'auto-évaluation dans les théories de l'évaluation

Du tiers exclus au levier de l'action collective

*Un médecin psychanalyste expérimenté peut évaluer
de plus près les chances d'une psychanalyse,
telles qu'elles résultent non seulement du diagnostic,
mais des possibilités et des limitations du consultant,
de ses conditions de vie, de ses perspectives d'avenir,
de sa capacité de communication.*

Daniel LAGACHE, la Psychanalyse, p. 85.

L'objectif de ce chapitre est de montrer la complexité et la diversité que le concept d'évaluation recouvre, de le modéliser et de définir le(s) concept(s) d'évaluation, afin de pouvoir y inscrire dans un deuxième temps l'auto-évaluation.

Nous ne pouvons pas parler d'évaluation sans disposer au préalable d'un cadre théorique pour penser la spécificité des changements qu'elle peut induire. Il nous a donc semblé nécessaire, dans une première section, de nous interroger sur les concepts d'évaluation afin d'en déterminer les fondements théoriques et de définir ce concept à la fois dans sa forme et dans son fond en insistant sur :

- la multidimensionnalité de l'évaluation et la polysémie du concept,
- la diversité des finalités et donc la variété des objectifs qui peuvent être poursuivis,
- la diversité des formes existantes,
- l'importance du contexte,
- la diversité des contenus,
- la variété des outils disponibles à une fin d'évaluation,
- le rôle clé des acteurs qu'ils soient évalués, évaluateurs, ou les deux.

Cette analyse nous permettra d'établir un modèle de l'évaluation en termes de confrontation entre un référé et un référent, puis de déterminer les obstacles et les limites d'une telle démarche.

Dans une deuxième section, nous étudierons le concept d'auto-évaluation en tant que forme émergente d'évaluation. L'auto-évaluation est loin d'être conceptualisée : nous chercherons d'abord à en donner une définition et à en préciser les objectifs, avant de l'inscrire dans le concept et le modèle d'évaluation.

Cette formalisation du concept nous permettra d'étudier dans un deuxième temps sa mise en pratique et de réfléchir à ses enjeux et à ses limites.

L'ensemble des analyses menées dans ce premier chapitre permettra de déterminer le rôle joué par l'évaluation dans le changement et de conclure sur l'apport d'une nouvelle forme, plus participative, dans les mécanismes d'acceptation du changement.

Section 1

L'évaluation en gestion : du concept à l'ingénierie

Il ne faut donc pas dire seulement que dans le monde moderne l'échelle des valeurs a été bouleversée. Il faut dire qu'elle a été anéantie, puisque l'appareil de mesure et d'échange et d'évaluation a envahi toute la valeur qu'il devait servir à mesurer, échanger, évaluer.

Ch. PÉGUY, *la République...*, p. 351.

«L'intelligence n'est pas créatrice de valeurs, elle ne fait que reconnaître les valeurs existantes, lesquelles sont biologiques en leur fond» (EISLER)... Comme, d'une part, il y a (...) une grande ressemblance entre les hommes dans leur détermination des valeurs, c'est-à-dire dans leur réactions morales, sociales, esthétiques, religieuses, etc. Comme, d'autre part, il y a des différences d'organisation entre les individus, il en résulte des variations individuelles dans l'estimation des valeurs.

Th. RIBOT, *la Logique des sentiments*, p. 38-39.

L'anticipation et les conduites qu'elle induit sont un des faits majeurs de notre temps⁸⁹. En effet, les projets, les prévisions, la planification, la prospective ou la stratégie s'appuient tous sur l'*anticipation*.

L'évaluation s'inscrit dans ce cadre car elle doit normalement déboucher sur un projet, c'est-à-dire sur une adéquation entre les visées et les stratégies mises en œuvre.

Devenue "objet d'innovation"⁹⁰, l'évaluation est un concept à la mode, aux réalités multiples, diverses et variées et dont les contours restent flous. Pourtant, l'évaluation est une activité ancrée dans nos pratiques, et que l'on peut qualifier de "vieille comme le monde" dans la mesure où beaucoup de nos décisions s'appuient sur une évaluation implicite ou explicite. En outre, elle est banale et inhérente aux processus d'apprentissage.

Quel que soit le métier que l'on exerce, quel que soit le type d'organisation, quel que soit le champ d'activité concerné, l'on est toujours amené à évaluer, que ce soit pour rendre des comptes, prouver son efficacité ou s'améliorer. Nul ne peut donc y échapper. La question qui se pose alors repose sur *comment* la mettre en œuvre de manière rigoureuse et pertinente. Il faut désormais éviter de mettre en place des procédures approximatives, des dispositifs dont on ne comprend ni le sens ni la portée, des outils qu'on ne maîtrise pas suffisamment, des démarches inadaptées au contexte et à l'environnement. A chaque situation correspond un outil adapté, pertinent au regard des objectifs poursuivis, de la nature des acteurs et du public concerné.

Nous ne pouvons pas parler d'évaluation sans disposer au préalable d'un cadre théorique. Il nous a donc semblé nécessaire de nous interroger sur les concepts d'évaluation.

Avant de définir l'évaluation et sa mise en place, il nous a semblé important de rappeler ses évolutions historiques et son approche multidimensionnelle.

Dans un deuxième temps, nous chercherons à définir le concept et ses objectifs, pour ensuite déterminer les différents facteurs de sa mise en œuvre.

Enfin, nous exposerons le modèle retenu de l'évaluation, avant de conclure sur les limites du concept.

1 L'EVALUATION ENTRE THEORIES ET PRATIQUES

D. Mc Gregor écrivait que tout acte managérial repose sur des suppositions, des généralisations et des hypothèses, c'est-à-dire sur une théorie. La théorie et la pratique sont inséparables⁹¹, la théorie fournissant une base solide à l'action⁹².

L'évaluation a toujours été une "pièce maîtresse dans le jeu des pouvoirs entre acteurs"⁹³. Pourtant, les gestionnaires ont fait l'impasse sur une théorie générale de l'évaluation : la théorie gestionnaire de l'évaluation est une théorie financière. Notre thèse porte sur l'évaluation organisationnelle en tant que levier de changement, c'est pourquoi nous avons volontairement

⁸⁹ CLAVERANNE, J.P., "Conduite stratégique de l'organisation et gestion du changement", Systed' 94 pré-conférence "A la recherche du temps perdu" – "Evaluation et promotion de la qualité dans les systèmes de soins pour les personnes âgées", Lausanne, Institut Suisse de la Santé Publique, 28 avril 1994, p. 3.

⁹⁰ DELORME, C., *L'évaluation en questions*, ESF ed., Paris, 2^{ème} édition, 1988, p. 12.

⁹¹ Mc GREGOR, D., *The Human side of enterprise*, McGraw-Hill, 1960, p. 6.

⁹² MINNER, J. B., *Theories of Organizational Behavior*, Holt, Rinehart and Winston, 1980.

⁹³ CHEVALLIER, C., *Des mesures en travail social*, mémoire de DESS politiques sociales, Lyon, 10 oct. 1985, p. 11.

laissé de côté l'aspect financier dans nos développements. L'absence de travaux sur la théorie de l'évaluation organisationnelle en gestion nous a obligée à faire référence à d'autres sciences telles que les sciences sociales. Ces dernières ont élaboré de nombreux discours sur le thème, mais rencontrent parfois des faiblesses dans la pratique. A l'inverse, la pratique de l'évaluation organisationnelle est fortement développée en gestion, mais elle a donné lieu à peu de discours et donc encore moins de théorie.

1.1 L'APPROCHE HISTORIQUE

Les méthodes d'évaluation ont été expérimentées avec divers degrés de succès dans plusieurs secteurs d'activités et à différents niveaux. Mais c'est dans le domaine de l'éducation que s'est révélé en premier lieu et avec acuité le besoin d'évaluer les programmes. Les chercheurs et praticiens tels que Alkin, Guba et Lincoln, Hamond, Patton, Stake, Stufflebeam, Tyler et d'autres ont donc effectué leurs travaux dans ce domaine. C'est en raison de l'importance des recherches menées sur le sujet dans le domaine éducatif que nous y ferons largement référence, en essayant d'appliquer les méthodes et les critiques aux organisations quelles que soient leurs domaines d'activités.

Avant de se pencher sur le concept, ses principes et son contenu, nous allons le considérer d'un point de vue "historique". En effet, il existe différents courants de l'évaluation qui se situent sur un axe chronologique.

1.1.1 Les quatre dimensions historiques de l'évaluation

Guba et Lincoln⁹⁴ identifient quatre stades dans l'histoire de l'évaluation.

- **Le premier stade est centré sur la mesure.**

L'évaluateur est alors essentiellement un technicien qui doit savoir construire et utiliser les instruments permettant de mesurer les phénomènes à l'étude.

Les définitions de la mesure reflètent toute l'ambiguïté du terme dans son rapport à l'évaluation, tantôt désignée comme l'évaluation même et tantôt annoncée comme son préalable. En effet, la mesure est définie dans le dictionnaire Larousse comme "l'évaluation d'une grandeur faite d'après son rapport avec une grandeur de même espèce, prise comme unité et comme terme de comparaison" et tout de suite après comme "l'étalon servant à cette évaluation". Mesurer signifie en fait assigner un nombre à un événement ou à un objet, selon une règle établie et respectée. La mesure est ainsi "une opération de description quantitative de la réalité"⁹⁵.

Néanmoins, même si certains pensaient à cette époque qu'une fois l'unité définie, on devait toujours obtenir la même mesure du même phénomène ou objet, ils oubliaient son manque de fiabilité de par la subjectivité introduite par l'évaluateur. En effet, "mesurer ne peut se faire qu'en simplifiant, même si les calculs restent complexes, ils ne doivent pas faire illusion sur l'objet"⁹⁶. Même la mesure implique une part d'interprétation, socialement conditionnée, comme l'illustre une note ou l'échelle de la douleur mise en place dans les hôpitaux. Un traitement quantitatif ne change en rien le problème : "la recherche de quantification entraîne à privilégier la mesure du

⁹⁴ GUBA, E.G., LINCOLN, Y.S., *Fourth Generation Evaluation*, Newbury Park, Sage, 1990.

⁹⁵ HADJI, C., *L'évaluation démystifiée*, ESF éditeur, Paris, 2^{ème} édition, 1999, p. 24.

⁹⁶ QUERENET, J., "Evaluation et expérimentation ou comment tirer valeur de l'expérience ?", p. 131, in DELORME, C. (dir.), *L'évaluation en questions*, ESF ed., Paris, 2^{ème} édition, 1988, pp. 129-147.

produit final, du résultat, de la conclusion"⁹⁷. En outre, la mesure présente l'inconvénient d'être fermée à tout ce qui n'est pas directement ou essentiellement mesurable.

- **Au cours du deuxième stade, il s'agissait d'identifier et de décrire comment des programmes permettaient d'atteindre leurs résultats.**

Cette évaluation, apparue durant les années vingt et trente recherche la congruence entre la performance et les objectifs. Cette démarche n'accorde de l'importance qu'aux résultats finaux.

- **Un troisième stade est centré sur le jugement.**

J. M. Barbier⁹⁸ et Ch. Hadji⁹⁹ s'inscrivent tout à fait dans ce mouvement, puisque l'évaluation doit permettre selon eux d'aboutir à la production d'un jugement de valeur. Selon J. M. Barbier, s'appuyant sur des propos de L. Pelletier¹⁰⁰, le *jugement de valeur constitue la marque de l'évaluation*.¹⁰¹ Quant à Ch. Hadji, il estime que cette "construction" se traduit dans, et par, un *jugement*¹⁰², qui peut prendre des formes variées, quantitatives (notation) ou qualitatives (appréciation).

Seulement, tout jugement de valeur est par définition ambivalent dans la mesure où "les points de vue se déplacent" et où "les échelles changent"¹⁰³. De plus, cette définition de l'évaluation centrée la démarche sur une appréciation portée par un évaluateur sur des actions. L'évalué se contentait d'être "sujet" de la démarche et non acteur.

- **Dans le quatrième stade, l'évaluation est conçue comme un processus de négociation entre les acteurs concernés par l'intervention à évaluer.**

Ce stade est encore en émergence aujourd'hui. Chaque acteur, dans toute situation, a intérêt à développer une prise d'informations sur sa propre réalité. L'évaluation devient alors une des conditions pour évoluer et maintenir avec justesse des échanges entre les différents partenaires d'une action. "Elle doit se placer et se comprendre au sein d'une relation spécifique, dont elle est un langage qui établit, entre l'évaluateur et l'évalué, un mode de communication qui soit clair aux yeux de l'un et de l'autre"¹⁰⁴. Ainsi, l'évaluation apparaît comme un objet de concertation dans le sens où elle facilite les échanges en même temps qu'un instrument de crédibilité susceptible d'obtenir l'adhésion de ceux sans qui un projet peut échouer. L'évaluation est alors "une interaction, un échange, une négociation entre un évaluateur et un évalué, sur un objet particulier et dans un environnement social donné"¹⁰⁵. L'acte s'inscrit donc bien dans un processus général de communication et de négociation.

1.1.2 Les relations entre ces dimensions

Le développement des pratiques d'évaluation semble être à mettre en liaison avec l'apparition de changements dans les modes d'organisation du travail. Plus récemment, les mouvements de décentralisation des responsabilités et des décisions (travail autonome, enrichissement des tâches, cercles de qualité, direction par autocontrôle, ...) ont vu se développer à tous niveaux,

⁹⁷ Ibid, p. 132

⁹⁸ BARBIER, J.-M., *L'évaluation en formation*, Presses Universitaires de France, Paris, 4^{ème} édition, 2000, 309 p.

⁹⁹ HADJI, C., *L'évaluation, règles du jeu. Des intentions aux outils.*, ESF éditeur, Paris, 1989, 191 p.

¹⁰⁰ "Ce qui différencie donc fondamentalement l'évaluation de la mesure, c'est le jugement de valeur", in PELLETIER, L., "La notion d'évaluation", *Education permanente*, n° 9, 1971, p. 10.

¹⁰¹ BARBIER, J. M., *L'évaluation en formation*, op. cit., p. 80.

¹⁰² HADJI, C., *L'évaluation, règles du jeu. Des intentions aux outils.*, op. cit., p. 28.

¹⁰³ AUGÉ, M., "Ambivalence et ambiguïté", *Traverses*, n° 47, nov. 1989, p. 21.

¹⁰⁴ DELORME, C., *L'évaluation en questions*, op. cit., p. 13.

¹⁰⁵ WEISS, J. (dir.), *L'évaluation : problème de communication*, Cousset, Fribourg, De Val, 1991.

individuels et collectifs, des pratiques et attitudes d'évaluation, qui apparaissent alors comme des moments indispensables de la gestion.

Les quatre stades identifiés par Guba et Lincoln ont évolué en fonction de la perception de la nature et du sens de l'activité d'évaluation au cours du temps par les différents auteurs et évaluateurs. Le passage d'un stade à un autre s'est fait par le développement des concepts et l'accumulation des connaissances. On remarque cependant que chaque stade a contribué à un enrichissement du concept d'évaluation : le passage à un nouveau stade ne signifie pas l'abandon complet du précédent mais une addition d'éléments permettant de rendre la démarche plus pertinente à la fois face aux évolutions et aux nouvelles connaissances acquises. Aujourd'hui, l'évaluation s'inscrit certes dans un processus de négociation entre les acteurs concernés par l'intervention à évaluer, mais elle implique souvent également une forme de mesure et de jugement.

1.2 L'APPROCHE MULTIDIMENSIONNELLE

Pour rendre compte de l'évaluation – ou *des évaluations* -, il est nécessaire de considérer les critères suivants¹⁰⁶ :

- Les *cibles* de l'évaluation : selon qu'il s'agisse d'acteurs, de dispositifs, d'organisations, de systèmes, les évaluations ne prendront pas la même forme.
- Le *moment* de l'évaluation : ex-ante, ex-post, concomitante ou périodique.
- La *finalité* de l'évaluation menée – contrôle de conformité, prise de décisions tournées vers l'avenir, analyse de résultats intermédiaires, etc. – influence également la forme que prendra une évaluation.
- Les *commanditaires* et les *publics* visés : évaluation interne ou évaluation externe ?
- Le *spectre* de l'évaluation : quelle que soit sa cible ou sa position par rapport au processus de décision, elle s'efforce de répondre à des questions dont les principales concernent la qualité de l'action, à quoi elle sert ou si elle est bien gérée.

Certains principes fondamentaux sont rappelés par E. Morin et doivent s'appliquer à toute évaluation :

- Le *principe de la multidimensionnalité*, selon lequel "aucune situation ne saurait être réduite à une seule dimension, information, description, théorie"¹⁰⁷. En effet, les organisations sont complexes en ce sens qu'elles sont constituées de dimensions multiples et variées. Ainsi, afin d'élaborer un projet en adéquation avec la réalité, un des réflexes premiers de l'évaluation consiste à penser en termes de dimensions multiples et d'interactions.
- Le *principe dialogique* qui correspond à "l'association complexe d'instances nécessaires ensemble à l'existence, au fonctionnement et au développement d'un phénomène organisé"¹⁰⁸. Les organisations sont complexes non seulement au travers de leurs nombreuses dimensions, mais également à la fois dans leurs relations internes et externes. Ainsi, il ne suffit pas au cours d'une évaluation de mettre en évidence les dimensions en jeu, il faut également pouvoir saisir les relations existantes entre elles.

¹⁰⁶ LAREDO, P., VINCK, D., "Evaluer : médiation et préparation des actions futures", in VINCK, D., (ed.), *Gestion de la Recherche. Nouveaux problèmes, nouveaux outils*, De Boeck, Bruxelles, pp. 163-183.

¹⁰⁷ Morin, E., *La méthode*, 5 tomes, Paris, Le Seuil, 1977-2001.

¹⁰⁸ Ibid.

Les perceptions d'une même réalité sont très différentes selon les personnes, d'autant plus quand cette réalité est multidimensionnelle ou mal définie. Ainsi, les représentations des dispositifs d'évaluation sont très diverses selon les personnes évaluées et il n'existe pas un modèle unique d'évaluation.

Ces éléments illustrent la diversité des formes possibles d'évaluation. Nous pouvons donc parler d'**évaluations** et non d'**évaluation**, en raison de la variété de formes que peut prendre une telle démarche.

De ce fait, l'évaluation peut être :

❖ *Implicite, spontanée ou instituée*

Cette distinction relative aux différentes formes de manifestation de l'évaluation se base sur le degré d'explicitation et d'instrumentation du résultat que nous appellerons "*jugement d'évaluation*". Trois cas de figures peuvent se présenter.

Le cas le plus fréquent est celui de *l'évaluation implicite*, où "le jugement de valeur ne s'explique qu'à travers ses effets"¹⁰⁹ et ne donne lieu à aucune forme d'observation proprement dite. L'ensemble des personnes, dans n'importe quelle action, se livre sans cesse à ce type d'évaluation dans la mesure où chaque individu s'interroge toujours consciemment ou inconsciemment sur la valeur de ce qu'il est en train de faire.

L'évaluation spontanée, quant à elle, se formule, mais ne repose sur aucune instrumentation spécifique, demeurant plus subjective et bien souvent informelle. "Le jugement de valeur ne s'explique qu'à travers son énoncé, sa formulation"¹¹⁰. Ce cas est fréquent : combien de personnes donnent spontanément leur avis sur une activité, une organisation ou un individu sans préciser leurs critères d'appréciation.

Enfin, *l'évaluation instituée* repose sur la mise en œuvre d'une instrumentation explicite et spécifique, une méthodologie et des outils étant utilisés afin de produire les informations sur lesquelles se fondent le résultat. "Le jugement de valeur s'explique entièrement dans sa production comme résultat d'un processus social spécifique dont les principales étapes sont susceptibles d'observation"¹¹¹ ; cet acte "délibéré et socialement organisé" aboutit à la production de jugement de valeur. Les résultats obtenus sont souvent explicités pour pouvoir être utilisés.

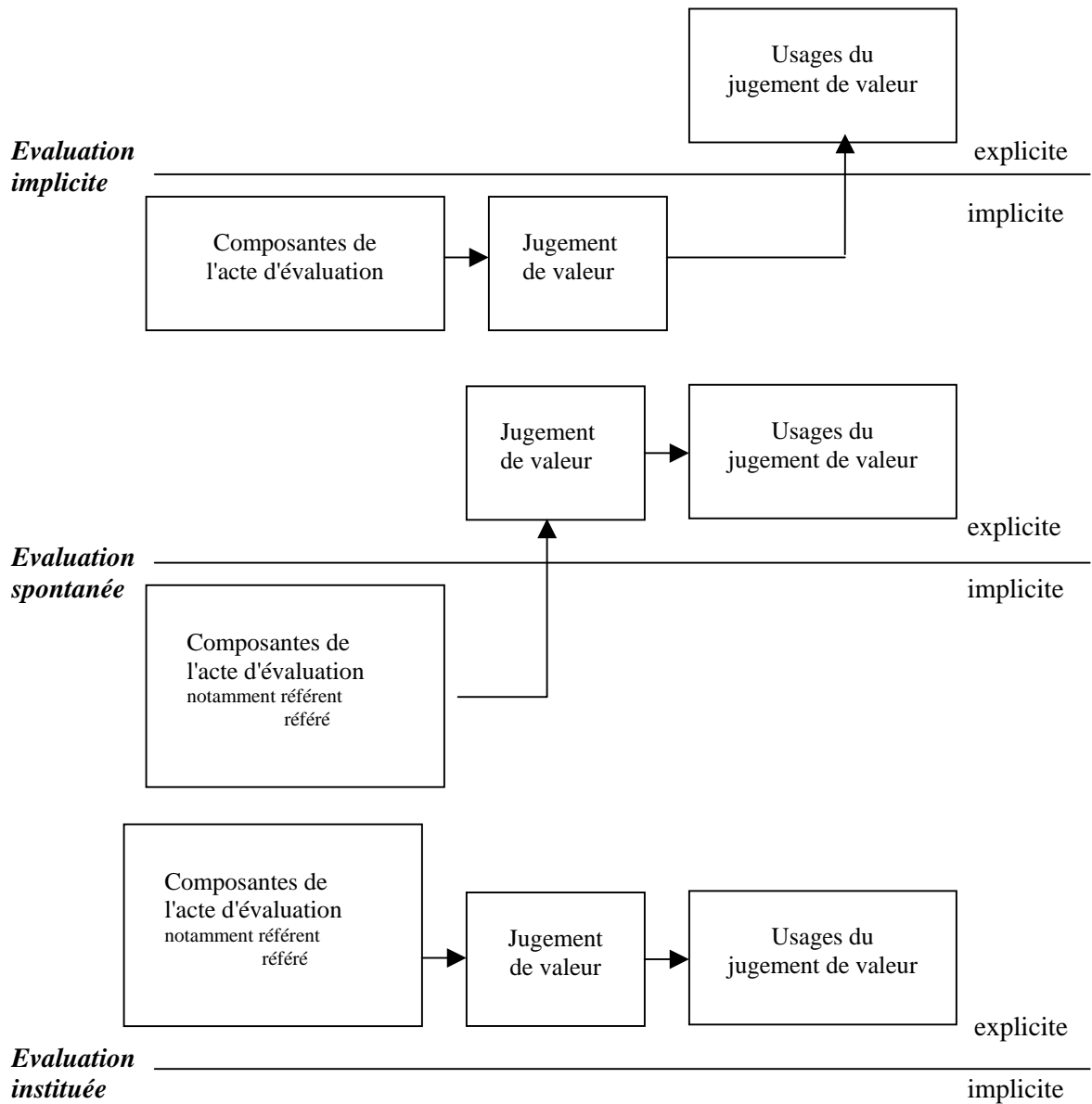
Ces trois formes de manifestation de l'évaluation peuvent être représentées comme ci-après :

¹⁰⁹ BARBIER, J.-M., *L'évaluation en formation*, op. cit., p. 32.

¹¹⁰ Ibid, p. 33.

¹¹¹ Ibid, p 34.

Figure 1 : Formes de manifestation de l'évaluation¹¹²



C'est à ce dernier type d'évaluation que nous allons nous intéresser dans ce travail.

¹¹² Ibid., p. 35.

❖ *A référence normative ou à référence critériée*

L'évaluation normative est souvent perçue comme "une évaluation qui imposerait, de fait, des normes (de comportement) qui, dans leur dimension sociale, seraient éminemment contestables"¹¹³. Jugée rigide et inadaptée, elle impose des normes qu'il faut respecter. Néanmoins, comme Charles Hadji le rappelle, "l'opposition n'est pas entre une évaluation asservie et asservissante par la présence de normes, et une évaluation libérée et libératrice du fait de l'absence de normes. La norme n'est en soi ni asservissante ni libératrice."¹¹⁴ En quelques sortes, toute évaluation en impose.

La question qui se pose est alors de savoir ce qu'est une norme. Définie comme une règle, un principe de conduite, elle prend un sens différent que l'on se situe dans une dimension sociale, où elle correspond à un modèle de comportement valorisé au sein d'un groupe, ou dans un champ statistique où elle correspond au comportement le plus courant.

Une évaluation est dite *normative* lorsqu'elle aboutit à un classement, c'est-à-dire quand son ambition est de situer les individus ou les organisations les uns par rapport aux autres.

Elle s'oppose alors à l'évaluation critériée, qui "apprécie un comportement en le situant par rapport à une cible"¹¹⁵, le critère correspondant alors à un objectif à atteindre. Il s'agit de situer l'individu ou l'organisation par rapport à un but et donc par rapport à lui ou elle-même dans le temps si l'évaluation s'inscrit dans une optique de progrès.

Les deux formes ne s'excluent pas : il est en effet possible de prendre en compte l'écart aux autres avant de prendre en compte un écart face à des objectifs clairement définis et inversement, toute évaluation critériée pouvant déboucher sur une évaluation normative. En outre, toute évaluation normative est en partie critériée car pour situer des individus ou des organisations les uns par rapport aux autres, on compare leurs performances pour lesquelles il faut bien se référer à des critères de contenu.

❖ *Prédictive, sommative ou formative*

Nous nous contenterons de rappeler les temps de ces trois types d'évaluation sans trop nous y attarder car nous y reviendrons plus loin.

L'évaluation prédictive ou pronostique précède l'action.

L'évaluation sommative se situe après l'action et, plutôt globale, a pour fonction de vérifier les résultats d'une action.

L'évaluation formative, enfin, se situe au cœur de l'action. Sa fonction principale est de contribuer à une bonne régulation de l'action évaluée, elle doit donc prélever les informations utiles à la régulation du processus. Néanmoins, "la seule place par rapport à l'action ne suffit pas. Car toute évaluation, même au cœur de l'action, a une dimension sommative". Ainsi, la "formativité" d'une évaluation sera établie sur la base de ce au service de quoi elle est mise.¹¹⁶

Enfin, comme le propose E. Morin, il convient d'osciller entre deux pôles : *l'explication* (recherche des causes des phénomènes) et la *compréhension* (approche d'une compréhension

¹¹³ HADJI, C., *L'évaluation démystifiée*, op. cit., p. 14.

¹¹⁴ Ibid, p. 15..

¹¹⁵ Ibid, p. 15.

¹¹⁶ Ibid, p. 17.

complexe des choses)¹¹⁷. L'ambivalence de l'évaluation se révèle en plus de la complexité dans laquelle elle se situe et de son aspect multidimensionnel : cette ambivalence est elle-même complexe puisqu'elle s'inscrit non seulement dans une approche compréhensive – explicative, mais également en termes de passé-présent et sujet-objet.

L'évaluation est d'autant plus complexe que les sujets traités couvrent des champs variés, que les méthodes mises en œuvre originales et diverses reposent sur les avancées récentes de la recherche, que les auscultations plurielles ne vont pas sans poser de problème lorsque l'on veut en dresser un bilan¹¹⁸. L'évaluation a pris diverses formes et s'est en quelque sorte "professionnalisée" pour s'adapter à chaque métier et caractéristique des différents champs ; elle est ainsi devenue interdisciplinaire, avec des méthodes diverses. L'ensemble des approches développées dans chaque secteur contribue à enrichir les pratiques d'évaluation en les adaptant au secteur.

Néanmoins, malgré cette approche multidimensionnelle, l'évaluation s'adresse à des organisations qui sont elles-mêmes très complexes et couvrant des dimensions multiples, avec des pratiques professionnelles variées et qui s'insèrent dans des systèmes plus importants. Face à cette complexité, les approches évaluatives paraissent encore très limitées, voire partielles. Au cœur de cette diversité, nous avons donc tenté d'approcher l'opérationnalisation du concept.

2 L'ÉVALUATION ENTRE MÉTHODE ET MÉTHODES

L'évaluation connaît une vague croissante depuis quelques dizaines d'années. Ses pratiques et méthodes ont beaucoup évolué et du fait de son "jeune âge", elle continue de véhiculer un certain nombre de problèmes et de points à éclaircir.

J.-M. Barbier démarre, à ce sujet, son ouvrage sur l'évaluation en formation par un triple constat¹¹⁹ :

- une *confusion entre le niveau des discours et le niveau des pratiques*, comme l'indique l'existence d'un fossé profond entre la richesse des discours sur l'évaluation et la pauvreté relative des pratiques en sciences sociales et inversement en gestion,
- une *confusion entre les objets que l'évaluation peut se donner*, comme si l'on ne savait jamais très bien ce que l'on évalue exactement,
- une *confusion entre les fonctions de l'évaluation*, structurées en deux pôles : un pôle négatif organisé autour des notions de répression, de sélection, de sanction, de contrôle, et un pôle positif organisé autour des notions de progrès, de changement, d'adaptation, de rationalisation, le problème étant alors de minimiser le premier type de fonction et de maximiser le second.

C'est ainsi qu'il semble nécessaire de préciser les bases épistémologiques et méthodologiques qui fondent l'évaluation.

¹¹⁷ MORIN, E., *La connaissance de la connaissance*, ed. seuil, 1986, cité par MARMUSE, C., "Le diagnostic stratégique : une démarche de création de sens", Proposition de communication à la VIII^e conférence Internationale de Management Stratégique, Paris, mai 1999, 20 p.

¹¹⁸ CLAVERANNE, J.-P., Préface, in DURU, G., (coord.), *Analyses et évaluations en économie de la santé*, Ed. Hermès, Paris, 1994, p. 7.

¹¹⁹ BARBIER, J.-M., *L'évaluation en formation*, op. cit., pp. 9-10.

2.1 L'ACTE EVALUATIF

Les définitions de l'évaluation sont très nombreuses : Patton¹²⁰ en décrit 132 types avant de remarquer par la suite que dans chaque famille décrite par Gephart¹²¹ – qui a proposé de regrouper les définitions de l'évaluation en six familles selon la nature de l'évaluation – le contenu des définitions est variable. Il regroupe alors les différents contenus en six catégories¹²², aboutissant à une grille qui, malgré qu'elle définisse déjà trente-six types de définitions de l'évaluation, ne permet de classer qu'un peu plus de cinquante pour cent des travaux d'évaluation publiés.

Malgré cette diversité, il convient d'essayer d'explicitier ce dont nous parlons et tenter de dresser une frontière entre ce qu'est l'évaluation et ce qu'elle n'est pas. Nous allons donc tenter de définir l'évaluation, pour ensuite en déterminer les objectifs.

2.1.1 Définitions de l'évaluation : la polysémie du concept

Étymologiquement, évaluer vient de *valere* en latin¹²³, terme qui signifiait "être bien portant", "être fort" au XI^{ème} siècle et de *valoir*, terme apparu au XV^{ème} siècle dans l'expression "se faire valoir". Le mot "valable" est également une des racines du terme "évaluer" : apparu au XIII^{ème} siècle, cet adjectif qualifiait alors "ce qui est dans les normes requises pour être accepté légitimement".

Le terme "évaluer" est apparu quant à lui au XIV^{ème} siècle, date à laquelle il évoque l'action de déterminer une quantité par le calcul sans recourir à la mesure directe, cette définition s'approchant de celle actuellement donnée par le petit Robert qui définit le verbe évaluer comme le fait de "porter un jugement sur la valeur, le prix de... (...) Fixer approximativement". Ces définitions se rapprochent de l'idée d'estimation ou d'appréciation, ce qui implique alors que l'évaluation recouvre les procédures de quantification approximative appliquées à des phénomènes difficiles à cerner. On note un paradoxe entre la notion de "détermination d'une quantité par le calcul" qui suppose une mesure exacte et celle d'approximation quantitative qui peut même supposer l'introduction d'éléments qualitatifs.¹²⁴

Les termes synonymes ou équivalents souvent associés sont : apprécier, auditer, calculer, chiffrer, considérer comme, contrôler, estimer, jauger, juger, vérifier, représenter, mesurer, situer, déterminer, démontrant ainsi la richesse du concept et la nécessité de le préciser. Aujourd'hui, de nombreuses définitions de l'évaluation existent, démontrant la polysémie du concept.

¹²⁰ PATTON, M. Q., *Creative Evaluation*, Beverly Hills, Sage, 1981.

¹²¹ GEPHART, W. J., "Watercolor painting", in SMITH, N. L., (ed.), *Metaphors for Evaluation*, Beverly Hills, Sage, 1981, pp. 247-272.

¹²² PATTON, M. Q., *Practical Evaluation*, Beverly Hills, Sage, 1982.

¹²³ Dictionnaire étymologique.

¹²⁴ CHEVALLIER, C., op. cit., p. 33.

Tableau 3 : Quelques définitions de l'évaluation

A.P. Contandriopoulos, F. Champagne, J.L. Denis et R. Pineault¹²⁵ définissent l'évaluation comme telle : "Evaluer consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention ou n'importe laquelle de ses composantes dans le but d'aider à la prise de décision. Ce jugement peut résulter de l'application de critères et de normes (évaluation administrative) ou s'élaborer à partir d'une démarche scientifique (recherche évaluative).

Par intervention, nous entendons l'ensemble des moyens (physiques, humains, financiers, symboliques) organisés dans un contexte spécifique, à un moment donné, pour produire des biens ou des services dans le but de modifier une situation problématique". Ce jugement de valeur n'est pas sans finalité ; il doit être utile à l'action en permettant de prendre la / les décision(s) la / les plus appropriée(s) au regard des résultats de cette évaluation.

Pour T. Conti, l'évaluation vise à "identifier de façon systématique et suivant une périodicité définie, les faiblesses pouvant faire obstacle à la croissance compétitive de l'entreprise, afin de planifier dans le cadre des objectifs de performance, les objectifs d'adaptation des capacités et des compétences défaillantes"¹²⁶.

Le conseil scientifique de l'évaluation des politiques publiques définit quant à lui l'évaluation comme "un processus de connaissance au service de la décision et de l'action, qui vise à en améliorer l'efficacité, et à en clarifier les finalités", la recherche de l'efficacité passant par une analyse des modes d'organisation et d'utilisation des ressources tandis que la réflexion sur la finalité s'efforce de préciser tout ce qu'elles peuvent avoir de flou, d'implicite, voire de contradictoire.¹²⁷

Pour J.M. Barbier, "l'évaluation se manifeste [donc], socialement et historiquement, comme un ensemble d'*actes*, de *pratiques*, aux formes certes variées mais aboutissant tous à la production de jugement de valeur"¹²⁸.

K. J. Euske définit l'évaluation comme "un processus utilisé pour analyser la relation entre les effets réels et les effets désirés" et propose, en s'appuyant sur la classification de Stufflebeam (1971), trois acceptations possibles du terme, qui ne sont pas sans rappeler les dimensions historiques identifiées par Guba et Lincoln :

- L'évaluation est assimilée à une *mesure de résultat* : le résultat de l'action évaluée est caractérisée par un certain nombre d'attributs auxquels sont rattachés des indicateurs de mesure. Chaque indicateur permet de situer l'action par rapport à une norme. L'action est évaluée en fonction de l'ensemble des indicateurs de mesure représentant les attributs. Néanmoins, cet aspect de l'évaluation a des limites car seul l'attribut du résultat est mesuré, occultant le processus de production de ce résultat ; il existe en outre un risque de confondre l'attribut et l'indicateur de mesure.
- L'évaluation peut également correspondre à la *comparaison d'un objectif et d'une performance réelle*, ce qui suppose cependant une définition claire des objectifs et des performances, ce qui n'est pas toujours aisé. D'autre part, le contexte bien souvent évolutif n'est pas pris en compte.
- L'évaluation consiste à *porter un jugement* sur une action ou un programme, un projet. Elle intègre alors des critères à la fois quantitatifs et qualitatifs, mais peut manquer d'objectivité.¹²⁹

Il existe donc multiples définitions de l'évaluation, cette notion restant floue.

Enfin, V. Malleret¹³⁰ rappelle deux caractéristiques essentielles de l'évaluation :

- L'évaluation est un processus ou tout au moins le résultat d'un processus.
- Elle suppose une comparaison entre une situation réelle et un référentiel.

¹²⁵ CONTANDRIOPOULOS, A-P., CHAMPAGNE, F., DENIS, J-L., PINEAULT, R., "L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes", p. 17, in LEBRUN, T., SAILLY, JC, AMOURETTI, M., *L'évaluation en matière de santé : des concepts à la pratique*, CRESGE, Lille, 1991, pp. 13-32.

¹²⁶ CONTI, T., *L'autodiagnostic de l'entreprise. L'auto-évaluation : un moyen efficace pour atteindre l'excellence*, op. cit., p. 11.

¹²⁷ CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'EVALUATION, Dossier, Paris, 1990, non paginé.

¹²⁸ BARBIER, J.-M., *L'évaluation en formation*, op. cit., p. 63.

¹²⁹ EUSKE, K.J., *Management Control : Planning, Control, Measurement and Evaluation*, Reading, Mass., Addison-Wesley, 1984, cité par MALLERET, V., "Les évaluations de situations complexes : des processus à maîtriser", in COLLINS, L., (dir.), *Questions de contrôle*, Gestion PUF, Paris, 1999, pp. 149-172.

¹³⁰ MALLERET, V., 1999, in COLLINS, L., (dir), op. cit., p. 154.

Notre définition emprunte aux différents auteurs, mais se rapproche de celle énoncée par Stufflebeam¹³¹ : "prendre de l'information en vue de prendre des décisions".

Selon nous, *l'évaluation est un processus de prise d'informations, basé sur la confrontation d'une lecture de la réalité avec un idéal souhaité, qui doit permettre de prendre des décisions et donc d'améliorer l'action.* Cette démarche implique la participation et la négociation de l'ensemble des acteurs concernés.

2.1.2 Ce que n'est pas l'évaluation

Certains auteurs, comme A. Bourguignon, rapprochent *évaluation* et *contrôle*, définissant l'évaluation comme "un processus par lequel une personne dûment mandatée porte, à l'aide d'une technologie appropriée, un jugement suivi d'effets sur la réalisation de ses objectifs organisationnels"¹³².

Cette définition s'appuie sur l'idée développée par Reynaud, selon laquelle l'existence de la règle sociale – contenant à la fois des règles bureaucratiques mais également implicites – est la condition d'une *action collective*¹³³. Un groupe est constitué d'une multiplicité d'intérêts individuels, mais il doit instituer une régulation commune s'il veut être capable d'action collective : ces règles s'entretiennent ensuite d'elles-mêmes à partir du moment où elles coïncident en partie avec les intérêts individuels. Ainsi, dans un groupe cohabitent une régulation formelle – de contrôle – et une régulation autonome, c'est-à-dire informelle. Elles peuvent s'opposer et la négociation peut permettre de réduire cet antagonisme.

Le processus évaluatif peut alors être décrit comme un *dispositif de régulation*, puisqu'il permet de contrôler l'action collective¹³⁴ :

- Il existe dans les organisations "une règle selon laquelle le comportement individuel doit être dirigé vers la réalisation des objectifs organisationnels", et qui structure l'action collective dans le sens du projet. Les salariés échangent en effet une rémunération contre une force de travail qui est dirigée vers la réalisation des buts de l'organisation. Cette règle est "opérationnalisée par l'existence de référentiels qui communiquent les attentes de l'organisation".
- Cette règle n'a de réalité que parce que "son action est contrôlée", pourquoi pas par une évaluation.
- Les procédures de planification sont alors des "espaces de négociation où les régulations de contrôle et autonomes sont en concurrence, où les objectifs locaux s'opposent aux objectifs centraux".
- Cette règle est stable parce qu'elle est utilisée par les acteurs pour leurs stratégies personnelles (revenu, position sociale, image de soi, etc.).

Dans cette définition, la distinction entre évaluation et contrôle est difficile à percevoir.

¹³¹ STUFFLEBEAM, D., *L'évaluation en éducation et la prise de décision*, Ottawa, Editions NHP, 464 p.

¹³² BOURGUIGNON, A., "L'évaluation de la performance : un instrument de gestion éclaté", Papier de recherche ESSEC n°98042, novembre 1998, p. 2.

¹³³ REYNAUD, J.-D., *Les règles du jeu – L'action collective et la régulation sociale*, Paris, Armand Colin, 1989.

¹³⁴ BOURGUIGNON, A., "L'évaluation de la performance : un instrument de gestion éclaté", op. cit., pp. 8-9.

L'examen de la littérature consacrée à l'évaluation fait ressortir trois termes qui apparaissent comme constitutifs de sa nature :

- *Contrôler* ou *vérifier* la présence d'indicateurs obligatoires ou attendus ; cette activité relève selon nous davantage du contrôle.
- *Situer* une activité, une organisation, des procédures par rapport à d'autres similaires, référentes ou par rapport à des indicateurs préalablement déterminés : cette opération est selon nous de l'ordre de l'audit.
- *Juger* l'activité observée par rapport à l'activité attendue ou visée, de la valeur d'une procédure ou d'un protocole, d'un processus, des compétences d'individus, etc. Ce terme est selon nous constitutif de la nature de l'évaluation.

La conjugaison de ces trois termes indique la complexité de toute évaluation en ce qu'elle illustre les fonctions plurielles qu'elle couvre, les multiples domaines où elle intervient, la nécessaire distanciation qu'elle implique par rapport à l'activité évaluée en même temps que sa connaissance précise, le rapport permanent entre ce qui est visé et ce qui est observé¹³⁵. Pourtant, il nous semble important de différencier les trois concepts.

Le mot **contrôle** est, en premier lieu, "un terme d'administration et de comptabilité" et on y rattache les idées de "copie conforme, de vérification pour le compte d'un autre (à la limite pour soi-même), ou de rendre des comptes"¹³⁶. Originellement, contrôler, c'est "avérer" : toute opération de contrôle cherche donc à s'assurer une conformité aux normes, comme on le constate en comptabilité où les règles d'écritures et d'enregistrement doivent être respectées ou dans le cas de certains contrôles qualité, où l'on vérifie la conformité des pratiques à des normes établies et écrites.

Ainsi, un certain nombre de points caractérise le contrôle¹³⁷ et le distingue de l'évaluation :

- Le contrôle est normatif : il implique le respect de règles considérées comme "bonnes".
- Cette normativité est avant tout logique, et prend un caractère moral : le contrôle est plus analytique que synthétique et cherche donc à isoler des dimensions pour les mesurer. Ainsi, la relation entre le contrôle et les mécanismes de prise de décisions se font sur un modèle du déterminisme linéaire.
- Dans la pratique traditionnelle, le contrôle est dévolu à la hiérarchie, c'est-à-dire que c'est une des fonctions du commandement et du pouvoir, notamment dans les théories émises par Taylor ou par Fayol.
- Il découle des caractéristiques précédentes un caractère sanctionnant du contrôle.
- Ce type de contrôle est hors le temps : associé à une "vérité" considérée comme durable (les normes sont établies pour un certain temps), le temps n'est pas une dimension prise en considération dans le contrôle, ou alors à une échelle très large. Il y a bien sûr "un avant et un après", puisque c'est le présent qui est analysé au regard des normes, mais ce contrôle reste toujours a priori ou a posteriori.
- Dans la mesure où le contrôle est normatif, hiérarchique, répressif, sanctionnant, il est nécessairement politique et conservateur. Il a pour visée le maintien des institutions, organisations ou pratiques en place à travers une reproduction fidèle, en même temps qu'il participe à la victoire de l'ordre sur le désordre et sur l'incertitude.

Il existe ainsi un rapport direct entre la détention d'un pouvoir réel et l'initiative d'un contrôle de même qu'entre le contenu de ces opérations de contrôle et la nature exacte des actions que le destinataire du contrôle est susceptible d'impulser¹³⁸.

¹³⁵ CLAVERANNE, J. P., "Conduite stratégique de l'organisation et gestion du changement", op. cit., p. 85.

¹³⁶ ARDOINO, J., "Au filigrane d'un discours : la question du contrôle et de l'évaluation", in MORIN, M., *L'imaginaire dans l'éducation permanente*, Gauthier-Villars, 1976, p. I-XXXIX.

¹³⁷ Nous reprenons ici les caractéristiques décrites par ARDOINO, J., *ibid*.

Face au contrôle tel que nous venons de le décrire, l'évaluation, malgré la polysémie qui la caractérise et donc la difficulté à la définir comme nous avons vu ci-avant, "cherche à déterminer (précisément ou approximativement) la valeur, et lorsqu'il s'agit d'apprécier une qualité, c'est par une estimation, c'est-à-dire par une autre méthode que par la mesure directe."¹³⁹

L'évaluation apparaît ainsi moins précise que le contrôle, mais plus ouverte au changement et à toute évolution. Elle se distingue du normatif et d'un côté moral : en effet, elle ne cherche pas à vérifier la stricte application de règles considérées comme juste, mais à déterminer une valeur plus ou moins proche de la réalité et donc des qualités par rapport à des objectifs attendus. Son but n'est pas de sanctionner mais de comprendre des dysfonctionnements ou d'aider les organisations à évoluer, ce qui s'oppose également au côté conservateur du contrôle, réalisé uniquement par des experts et qui ne fait donc jamais appel à la participation des différents acteurs engagés, ni à la confrontation d'opinions et de valeurs. Enfin, le temps est une donnée importante au cours de l'évaluation, comme nous le verrons ci-après. L'approche favorisée par l'évaluation est une approche synthétique, voire interprétative, afin de tenter de comprendre l'individu, l'organisation, l'institution, ou tout autre objet de l'évaluation dans sa globalité.

De même, l'évaluation se distingue de **l'audit**. Même si le terme d'audit se trouve confronté à un nombre varié et confus de définitions, on peut retenir que sa définition initiale comprenait l'examen de l'exactitude des comptes, de l'application des règlements et des procédures et de la mise en œuvre des objectifs. L'OCDE en donne la définition suivante : "l'audit est une fonction qui consiste à déterminer et vérifier si – et dans quelle mesure – les textes, directives et manuels, les procédures et circuits de l'organisation sont conformes aux normes et critères déterminés à l'avance"¹⁴⁰. Dans ces définitions, l'audit apparaît comme une "mesure des écarts"¹⁴¹.

Par la suite, l'audit est passé du domaine strict des comptes à celui du social et du fonctionnement des organisations. J. Humble en donne la définition suivante : "Examen systématique des forces et faiblesses pour définir un plan d'amélioration auquel on fait participer les partenaires."¹⁴²

Certains, enfin, la caractérisent comme une démarche "d'écoute" introduisant une stratégie de changement.

En fait, le terme d'audit possède deux origines¹⁴³ :

- Une origine anglo-saxonne dans laquelle auditer, c'est vérifier.
- Une origine latine dans laquelle auditer, c'est entendre, écouter, accepter et accorder une audience.

Ces deux notions permettent en fait de caractériser la notion d'audit telle que nous la percevons.

M. Bernard propose la définition suivante : "l'audit est une procédure construite et négociée visant, à un moment donné, un examen systématique d'une situation définie et articulée à son contexte en vue de l'identifier, de la caractériser, de la vérifier et de la signifier, et d'engager l'émergence d'orientations et de scénarios ouverts"¹⁴⁴. Cinq démarches s'y rattachent alors : la conformité (prescrit-prévu / réalisé), l'efficacité (objectifs / résultats), l'efficience

¹³⁸ BARBIER, J.-M., *L'évaluation en formation*, op. cit., p. 29.

¹³⁹ ARDOINO, J., "Au filigrane d'un discours : la question du contrôle et de l'évaluation", op. cit.

¹⁴⁰ OCDE, *Méthodes et procédures d'évaluation de l'aide*, 1986, p. 70.

¹⁴¹ BERNARD, M., "L'audit de la formation : de la conception à la pratique", *Education permanente*, n° 91, 1987, pp. 9-20, in BONNIOL, J.-J., VIAL, M., *Les modèles de l'évaluation*, De Boeck Université, 2000.

¹⁴² HUMBLE, J., *L'audit social au service d'un management de survie*, Dalloz, 1975.

¹⁴³ BERNARD, M., "L'audit de la formation : de la conception à la pratique", in BONNIOL, J. J., VIAL, M., op. cit.

¹⁴⁴ Ibid

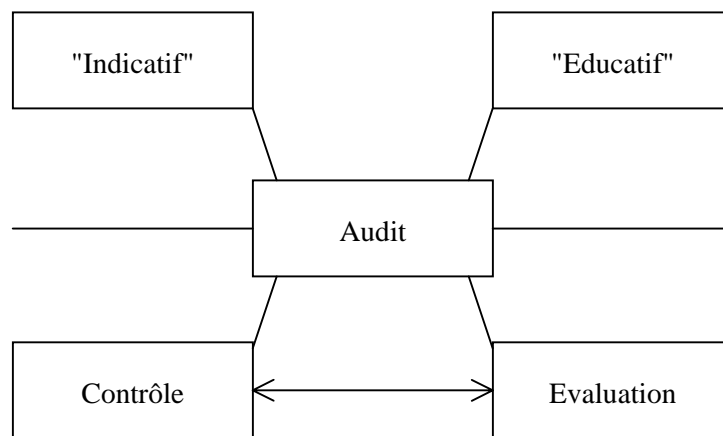
(ressources / résultats), la pertinence (par rapport au projet) et la cohérence (par rapport au contexte).

Dès lors, l'audit se situe dans une position intermédiaire entre le contrôle (l'indicatif) et l'évaluation (l'éducatif) puisqu'il vise, par une démarche rigoureuse et exigeante, à vérifier et donc à contrôler, tout en questionnant les écarts et les référents concernés. Il cherche en même temps à "faire surgir du sens", même si cette perspective reste inachevée.¹⁴⁵ Par sa contribution, l'audit, procédure construite et négociée, doit constituer une aide à la décision.

L'audit et l'évaluation renvoient ainsi à deux logiques et perspectives différentes, même si la fin de l'audit est une évaluation.

Le schéma ci-après présente la place de l'audit entre évaluation et contrôle.

Figure 2 : La double face d'une démarche d'audit¹⁴⁶



Précisons enfin que l'évaluation se distingue également :

- De l'*inspection* : elle ne se limite pas à porter un jugement sur des hommes, des services, des organisations, des actions, etc. mais cherche à étudier une réalité par rapport à un idéal et à décider d'actions à mettre en œuvre pour progresser.
- De la *mesure* : J. Plante définit la mesure comme un procédé qui permet d'attribuer une quantité ou un poids à un phénomène, un objet ou une situation quelconque, cette quantification devant s'effectuer de façon rigoureuse et selon des règles d'attribution définies à l'avance, tandis qu'il considère l'évaluation comme faisant suite à la mesure, étant un jugement de valeur porté sur un phénomène, un objet ou une situation à partir d'informations en vue d'une décision. Ce sont alors deux réalités distinctes mais "germaines" : la mesure apparaît comme une activité neutre et "amoral" qui se doit d'être valide et stable, tandis que l'évaluation est sensible à divers aléas politiques, économiques, sociaux ou autres¹⁴⁷.

¹⁴⁵ Ibid

¹⁴⁶ Schéma inspiré de BERNARD, M., "L'audit de la formation : de la conception à la pratique", in BONNIOL, J.-J., VIAL, M., op. cit.

¹⁴⁷ PLANTE, J., *Outils, pratiques et institutions pour évaluer les politiques publiques*, La Documentation Française, 1991.

En fait, l'évaluation intègre certes des actions de mesure, mais elle est dans la conception actuelle plus subjective, davantage qualitative et bien souvent plus complète : une phase de mesure des résultats se poursuit par une phase d'appréciation de ce résultat.

2.1.3 Ce qu'est l'évaluation

Face aux définitions et aux dimensions énoncées ci-avant, et au regard de la multidimensionnalité de l'évaluation, trois "faits" peuvent être établis, confirmant une analyse de Charles Hadji¹⁴⁸ :

- L'évaluation est autre chose qu'une pure et simple mesure scientifique, elle est bien plus.
- C'est un acte de confrontation, de mise en rapport,
- qui devient ainsi le fruit de "négociations".

Ces affirmations ne doivent pas être interprétées comme le rejet de toute mesure et objectivité quantitative, ni comme le refus d'émettre un jugement. Néanmoins, même si une démarche d'évaluation peut selon nous inclure ces éléments, elle ne s'y limite pas.

Les définitions de l'évaluation recouvrent des champs variés, parmi lesquels on trouve la pédagogie, l'économie, le management public, les ressources humaines, la recherche, la santé, la gestion. Quoiqu'il en soit, ces différents domaines montrent tous une volonté de confrontation aux faits et à la réalité qui doit garantir une évolution, voire une amélioration en ce qui concerne des actions, des personnels ou une organisation. L'évaluation s'inscrit dans un espace de décision et donc d'incertitude.

A cette fin, elle se caractérise par :

- L'existence d'un référentiel, qui a trait au domaine étudié.
- Une démarche composée d'étapes successives à respecter.
- La collecte de données et d'informations précises par le biais de techniques et d'instruments reconnus.

Afin de mettre en place une évaluation pertinente par rapport aux différents intérêts présents au sein d'une organisation, il nous semble primordial de sortir du schéma selon lequel un système général mobilise tous les acteurs dans un sens prévisible et reconnaître l'unicité et le caractère sélectif de la perception humaine. *"D'une façon générale, l'éclatement des dispositifs d'évaluation perçus témoigne de l'irréductible liberté de l'acteur, qui est d'abord celle de percevoir "sa" réalité – perception qui construit en partie son comportement. Ceci incite à aborder avec beaucoup de prudence la question faussement simple de l'influence des instruments de gestion sur le comportement individuel."*¹⁴⁹

2.1.4 Les objectifs de l'évaluation

Les buts d'une évaluation sont nombreux : ils peuvent être officiels, officieux, explicites, implicites, consensuels ou conflictuels. La question du *sens de l'évaluation*, rapportée à son cadre d'utilisation et à l'esprit qui la motive, est essentielle pour la différencier clairement d'un acte de contrôle, pour comprendre la signification des actes posés et entrevoir les intérêts qu'elle présente. Cela peut également permettre de choisir des formes d'évaluation appropriées.

¹⁴⁸ HADJI, C., *L'évaluation démystifiée*, op. cit., p. 10.

¹⁴⁹ BOURGUIGNON, A., "L'évaluation de la performance : un instrument de gestion éclaté", op. cit., p. 31.

❖ *Une contribution à l'avancement des connaissances*

Dans sa définition, Stufflebeam associe clairement l'évaluation à une prise d'informations¹⁵⁰, qui doit fournir à l'évaluateur des "indices"¹⁵¹ sur lesquels il se basera pour prendre une décision. Ainsi, au cours d'une évaluation, tout évaluateur opère une "lecture" de son objet¹⁵²; le recueil d'informations doit permettre à ceux qui évaluent mais aussi à ceux qui sont évalués de mieux connaître l'objet évalué. Elle offre donc aux organisations le moyen de comprendre ce qu'elles font, pourquoi elles le font, si elles le font bien, à quoi cela sert, la perspective dans laquelle elles le font, etc. L'évaluation est donc un outil de lecture d'une réalité perçue.

❖ *Un outil d'aide à la prise de décision*

Globalement, l'acte évaluatif contribue au pilotage de l'action collective en assistant la décision d'une façon générale ou en contribuant plus spécifiquement à éclairer les décisions¹⁵³. L'évaluation permet en effet de "mesurer les conséquences des stratégies décidées ou subies, des choix passés, elle fixe des cadres objectifs ou objectivés pour tenter d'anticiper dans le futur les décisions actuelles mais elle permet aussi à chacun des acteurs tout au long du processus mis en œuvre de mieux se situer"¹⁵⁴.

L'évaluation permet de rendre compte d'une réalité organisationnelle de plus en plus complexe, d'appréhender l'adéquation entre cette réalité, la stratégie et l'environnement et éventuellement de proposer des modifications des instruments retenus. Facteur de transparence, elle oblige l'organisation à préciser ses objectifs qualitatifs et quantitatifs et à se recentrer sur les processus mis en œuvre.

C'est un *outil d'aide à la décision*, qui analyse la convergence entre des objectifs attendus et leur réalisation, et permet une prise d'informations utiles dans le cadre d'un choix entre plusieurs décisions possibles. L'idée est de maîtriser le présent afin de pouvoir agir sur le futur, en s'inscrivant dans un processus de changement.

❖ *Un outil de négociation*

Comme évoqué dans les dimensions historiques, l'évaluation est aujourd'hui un "acte de communication"¹⁵⁵, s'inscrivant dans une dynamique de négociation. C'est le moyen d'une prise de conscience collective des problèmes ou dysfonctionnements. Elle englobe dans certaines formes tous les acteurs participant à l'action considérée et non seulement les décideurs et participe de ce fait à une forme d'apprentissage : en effet, "l'évaluation est liée à une approche plus pragmatique", permettant le passage de rapports d'autorité entre les différents acteurs participant à l'évaluation à des rapports de partenariat¹⁵⁶.

L'évaluation est également, dans certaines formes participatives, un élément de changement dans la mesure où elle modifie les rapports et les relations entre les acteurs, ainsi que les relations des acteurs à leur environnement et de par là les actions qu'ils mènent.

¹⁵⁰ STUFFLEBEAM, *L'évaluation en éducation et la prise de décision*, op. cit..

¹⁵¹ HADJI, C., *L'évaluation démystifiée*, op. cit., p. 39.

¹⁵² Ibid., p. 38.

¹⁵³ BOURGUIGNON, A., "L'évaluation de la performance : un instrument de gestion éclaté", op. cit., p. 5.

¹⁵⁴ CLAVERANNE, J. P., "L'évaluation : nature et formalisation d'un concept mou", *Les cahiers lyonnais de recherche en gestion*, numéro 15, avril 1994, p. 235.

¹⁵⁵ HADJI, C., *L'évaluation démystifiée*, op. cit., p. 37.

¹⁵⁶ CLAVERANNE, J. P., "L'évaluation : nature et formalisation d'un concept mou", op. cit., p. 235.

❖ *Un outil de régulation*

L'évaluation devient un outil de régulation du fait de son rôle dans :

- la planification (décisions d'objectifs résultant d'une évaluation du contexte)¹⁵⁷,
- la structuration (évaluation des contraintes ressources qui donne lieu à une décision en termes d'affectation des moyens),
- la mise en application (évaluation du processus),
- la révision (évaluation du résultat).

Enfin, les pratiques d'évaluation supposent ou appellent "l'explicitation de stratégies ou de projets"¹⁵⁸.

Les objectifs de l'évaluation sont à distinguer des objectifs de l'objet étudié qu'il s'agisse d'une action, d'une organisation, d'une politique ou de tout autre objet, même si l'évaluation se base sur les objectifs assignés à l'action ou à l'organisation. Un préalable à l'évaluation est donc de définir les objectifs de cet objet : dans le cadre d'une organisation, cela consiste à adopter une vision stratégique de l'organisation a priori, puis dans le cadre de l'évaluation, cette vision sera "comparée a posteriori avec les réalisations effectives"¹⁵⁹.

L'évaluation n'a nul besoin de dispositifs lourds, mais un soin particulier doit être porté à la fois à la définition du mandat, au choix de la méthodologie et des outils.

2.2 LA PRATIQUE EVALUATIVE

Nous allons maintenant nous intéresser aux structures et procédures de l'évaluation. Nous avons évoqué ci-avant la diversité des formes possibles de l'évaluation ; il s'agit désormais de considérer les différents critères qui vont influencer le choix d'une forme plutôt que d'une autre.

Au préalable, nous tenons à rappeler qu'au vu des éléments développés, l'évaluation est un véritable outil de gestion. Insérée dans le processus de décision, elle doit être, quelle que soit la forme choisie :

- *utilisable* aussi bien dans la forme, dans les résultats produits et au regard du calendrier de prise de décisions,
- *pertinente*, c'est-à-dire établie en fonction des questions que se posent les protagonistes. Construire le questionnement d'une évaluation est une étape cruciale,
- *robuste* pour résister aux critiques diverses et nombreuses,
- *crédible* donc rigoureuse et définie de façon pertinente.

A la fin de chaque évaluation il s'agit d'évaluer la démarche et son contenu en vue d'une nouvelle mise en œuvre.

Plusieurs facteurs doivent être considérés quand une évaluation est définie : le contexte, le moment, la forme, le contenu et les outils choisis.

¹⁵⁷ On constate également l'effet inverse, c'est-à-dire que l'évaluation est parfois considérée comme le prolongement naturel du processus de planification dont elle constitue alors l'étape finale.

¹⁵⁸ BARBIER, J.-M., *L'évaluation en formation*, op. cit., p. 55.

¹⁵⁹ PAULUS, O., "Musées publics et musées privés : les objectifs, l'évaluation", *Revue Française de Gestion*, n° 117, janv.-fév. 1998, p. 43.

2.2.1 Le contexte de l'évaluation

C. Bachman souligne que toute évaluation s'inscrit dans une logique qui demande à être décryptée puisqu'il estime qu'en devenant plus technique, "l'évaluation est devenue moins innocente". Le contexte actuel voit se resserrer les contraintes financières et se poursuivre, sous des formes diverses, la mise en cause des formes de gestion bureaucratisée ; il importe donc de "resituer l'évaluation dans le contexte qui la commande et l'infléchit"¹⁶⁰. Mais l'évaluation devient-elle réellement plus technique ? En effet, selon nous, l'évaluation recouvre selon les domaines et les expériences des pratiques fort diverses. On s'éloigne de plus en plus des évaluations reposant sur des mesures chiffrées pour intégrer davantage de données qualitatives, les outils d'évaluation purement quantitatifs apparaissant comme inappropriés.

Il n'empêche que le contexte est un élément important de toute évaluation puisqu'il détermine en partie les objectifs et n'est jamais neutre dans et sur les aspects évalués.

Quel que soit l'objet évalué, dans une recherche d'exactitude et de pertinence, il est nécessaire de prendre en compte et d'intégrer les éléments contextuels, même conjoncturels, qui font de chaque cas ou action quelque chose de spécifique.

2.2.2 Les temps de l'évaluation

Notre appréhension du monde – et cette remarque vaut pour toute chose que l'on cherche à évaluer – est soumise à une grande vitesse de changement, qui revêt deux aspects complémentaires : les choses ont beaucoup changé et elles continuent de se modifier sans cesse sous nos yeux¹⁶¹. Ainsi, la notion temporelle prend une importance essentielle dans le processus d'évaluation : le premier des deux aspects du changement permettrait de saisir assez facilement le monde, puisqu'il s'agirait de prendre conscience de cette évolution et de construire de nouvelles grilles d'évaluation appropriées au "nouveau monde observé". La perception de cette nouvelle réalité ne serait qu'une question de temps. Néanmoins, le second phénomène – changement perpétuel et continu – empêche à l'expérience de se répéter sous la même forme ce qui fait que les modèles doivent sans cesse évoluer.

L'évaluation introduit une dimension temporelle à deux niveaux : d'abord dans la décision (le projet d'évaluation détermine généralement un laps de temps pour réaliser la démarche et décider des changements à mettre en place) et dans le moment choisi de cette évaluation face aux objectifs visés :

- **Avant**

Une évaluation initiale offre la possibilité de construire une représentation de la situation et de l'action.

Quand l'évaluation a lieu avant le démarrage de l'action, elle vise à faire face à une situation nouvelle ; qualifiée d'*ex-ante* ou d'*analyse stratégique*, elle doit permettre de définir une stratégie en fonction des résultats du diagnostic.

- **Pendant**

Une évaluation progressive permet de maintenir un cadre et de transformer l'événement en information, afin d'ajuster les actions en cours. Deux formes d'évaluation se situent dans ce schéma temporel : les évaluations *concomitantes* qui assurent un suivi permanent des actions

¹⁶⁰ BACHMAN, C., "De la vertu à la nécessité", *Informations sociales*, numéro spécial : "évaluation du travail social, où en est-on ?", juin 1982, p. 80.

¹⁶¹ MANZINI, E., "Un monde qui semble", *Traverses*, n° 47, nov. 1989, p. 132.

conduites en interne et les évaluations *périodiques* reproduisent ce suivi, sans être continu, à intervalles de temps réguliers.

- **Après**

Lorsque l'évaluation a lieu à la fin d'une action, elle doit permettre d'en apprécier les résultats et est qualifiée d'*ex-post*.

La finalité de la démarche oppose donc les approches *rétro-actives* centrées sur des vérifications de régularité ou de conformité par rapport à des objectifs et donc implicitement de réussite (évaluations sommatives) à celles *pro-actives* - davantage tournées vers l'avenir que vers le passé - qui sont centrées sur le déroulement des actions et les résultats intermédiaires obtenus (évaluations formatives).¹⁶²

Notons qu'une dimension décisive est celle de la continuité dans le temps : l'évaluation a en effet d'autant plus de portée que l'on dispose de points de référence pour mesurer des changements et des écarts, points qui ne seront obtenus qu'au fur et à mesure de la continuation des pratiques d'évaluation.¹⁶³

2.2.3 Les formes de l'évaluation

L'évaluation des organisations prend différentes formes selon les besoins de la structure : on peut évaluer une situation sous la forme d'un diagnostic¹⁶⁴, regarder l'adéquation entre les objectifs et l'organisation et le fonctionnement mis en place pour y répondre, ou évaluer un programme ou une action a posteriori afin de définir si la politique suivie était adaptée ou doit être revue.

Même si ces formes d'évaluation semblent indépendantes à première vue, elles s'articulent en fait dans la continuité, dans la mesure où une action est cyclique.

L'évaluation peut prendre différentes formes associées à différentes fonctions, selon les objectifs recherchés :

- Une évaluation diagnostique¹⁶⁵ se veut une représentation fidèle de la réalité.
- Une évaluation pronostique sert à éclairer une décision d'orientation, avant un cycle d'action, c'est-à-dire qu'elle contribue à l'ajustement de l'activité.
- Une évaluation formative s'effectue au cours de l'action et vise à l'amélioration de l'objet de l'évaluation.
- Une évaluation sommative a lieu à la fin d'une intervention et s'appuie sur les résultats.

La différence entre ces quatre dimensions pose le problème de l'opérationnalisation de ces fonctions.

Les différentes évaluations sont à rapprocher des trois grands temps de l'évaluation¹⁶⁶ : initiale (avant), progressive et simultanée (pendant) et terminale (après), mais elles ne sont pas toujours linéaires.

¹⁶² LAREDO, P., VINCK, D., op. cit.

¹⁶³ TROSA, S., in CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'EVALUATION, Dossier, Paris, 1990, non paginé.

¹⁶⁴ Le diagnostic portera sur la demande, l'offre, le contexte, l'environnement les acteurs concernés, les problèmes, les conflits, les points forts, les points faibles, etc. Il s'agit en fait d'un état des lieux.

¹⁶⁵ Le terme d'évaluation diagnostique est cependant moins usité, certains auteurs comme Charles Hadji rappelant que toute évaluation peut être diagnostique, in HADJI, C., *L'évaluation démystifiée*, op. cit., p. 16.

¹⁶⁶ QUERENET, J., "Evaluation et expérimentation ou comment tirer valeur de l'expérience ?", p. 134, in DELORME, C. (dir.), *L'évaluation en questions*, ESF ed., Paris, 2^{ème} édition, 1988, pp. 129-147.

❖ *Les évaluations initiales*

Les évaluations initiales permettent de construire une représentation de la situation et de l'action, en établissant les manques qu'il va falloir combler. Les évaluations ont alors des fonctions diagnostiques et/ou pronostiques et permettent d'orienter les propositions de manière la plus adaptée possible.

L'évaluation diagnostique peut se définir par une prise d'indices et d'informations réalisée au cours de trois activités principales : une analyse de la situation, une formulation du vécu de la situation et une transformation des données en problème à résoudre. Cette évaluation initiale permet donc de dégager des hypothèses d'action, établies sur la base de données problématisées qui permettent de dépasser le simple constat tout en limitant les propositions de solutions trop rapidement formulées.¹⁶⁷ Elle représente un état à un moment donné et tente de l'établir dans toute sa complexité.

L'évaluation pronostique doit donner suite au diagnostic, c'est-à-dire qu'elle repose sur une pensée prévisionnelle. Ainsi, cette évaluation doit permettre, "par des opérations adaptées, de projeter dans le temps et dans l'espace la réalisation d'une série d'actions orientées sur la réalisation des problèmes repérés et donc d'en prévoir les étapes et les effets"¹⁶⁸. Le(s) problème(s) à résoudre sera (seront) choisi(s) selon des critères de faisabilité et de pertinence et en fonction des objectifs énoncés. Pour que la fonction pronostique soit assurée, l'évaluateur doit également apprécier, projeter et répartir les moyens et les ressources disponibles pour l'action à mettre en œuvre.

❖ *L'évaluation progressive*

L'évaluation progressive permet de transformer l'événement en information. Sa mise en œuvre exige une *adaptation continue* puisque l'évaluation se fait tout au long du processus évalué afin de constater les effets de l'action et de réajuster cette dernière au besoin. Cette évaluation a une double fonction de *régulation de l'action* et de *production d'informations*, permettant ainsi des réajustements successifs et s'inscrivant alors dans une logique de changement et d'adaptation au cours de l'action.

Dans sa fonction de régulation, l'évaluation cherche à faciliter le déroulement de cette évaluation et à donner les moyens de transformer des indices en informations utiles pour améliorer et ajuster l'action. Elle va donc chercher à faciliter l'expression des problèmes rencontrés et permettre aux acteurs de relier le plus clairement possible ce qu'ils perçoivent et vivent de l'action aux objectifs principaux de l'évaluation¹⁶⁹. Dans sa fonction de production, elle va structurer l'information obtenue.

L'évaluation formative est progressive dans la mesure où elle s'effectue au cours de l'action, affirmant le principe selon lequel l'évaluation doit devenir l'auxiliaire d'apprentissages. Elle offre une image d'aide à l'amélioration des programmes, projets, actions ou politiques. La régulation, interne à l'apprentissage, modifie l'activité des acteurs qui sont alors à même de réajuster leurs actes par les différentes informations reçues. Avant d'être formative, elle doit donc être informative pour que les personnes concernées prennent conscience des points forts et des points faibles de leur organisation ou de leur action et pour les éclairer dans la poursuite du processus. Par delà l'information, elle doit avoir un effet correctif dans le sens où les individus doivent

¹⁶⁷ Ibid., pp. 135-136.

¹⁶⁸ Ibid., p. 136.

¹⁶⁹ Ibid., p. 141.

modifier si besoin leur action, leurs façons de faire et leurs pratiques supposant alors souplesse et volonté d'adaptation.

Ce qui définit une évaluation formative se trouvent être les intentions, c'est-à-dire le sens du projet dans le cadre duquel elle s'inscrit. C'est cet aspect d'évolution en fonction d'un diagnostic et au cours de l'action et la volonté de progrès et donc d'aide aux acteurs qui installe l'évaluation dans un cadre formatif. Ce type d'évaluation s'inscrit donc dans un processus continu puisqu'il est au cœur de l'action : l'articulation entre la prise d'informations et la remédiation est meilleure, les acteurs ayant la possibilité de rectifier les modalités de l'action en cours.

Par contre, ce concept "peine à l'opérationnalisation"¹⁷⁰ car il bouleverse l'organisation classique des organisations en amenant l'évaluateur à faire de nouveaux choix méthodologiques, afin d'impliquer les acteurs, et à s'inscrire dans une logique systémique où tout élément de ce système est changeant. L'évaluation formative devient un moment et un élément déterminant de l'action, puisqu'elle contribue à son évolution et s'inscrit dans la continuité de l'action au lieu d'être une opération extérieure.

Mais, pour Charles HADJI, cette notion "constitue un modèle idéal" et correspond à une "utopie porteuse"¹⁷¹.

L'évaluation formative est intéressante de part l'occasion qu'elle offre aux acteurs de développer des pratiques d'auto-évaluation et montre comment une organisation peut jouer sa carte du changement et de l'amélioration en impliquant les acteurs et en animant leur interaction avec des objets de savoir et d'apprentissage.

❖ *L'évaluation terminale*

L'évaluation terminale, enfin, permet de valoriser en communiquant à l'extérieur et en reconstruisant. En outre, elle informe sur l'aboutissement d'une action ou d'un projet et ses effets à la fois négatifs et positifs. Elle a donc une fonction de vérification - permettant de mettre en évidence les écarts entre les objectifs de départ et ce qui a été atteint en identifiant et resituant les effets produits – et une fonction de communication relative aux résultats et aux points de vue sur l'action.

L'évaluation sommative est bien une évaluation finale. Elle permet de s'assurer de l'atteinte ou non d'une performance et révèle l'efficacité du dispositif évalué. Récapitulative, elle dresse le bilan de la progression et de l'amélioration à la fin de l'action. En un sens, elle est également diagnostique si une nouvelle action est entreprise.

En fait, il nous semble intéressant de mettre en œuvre le principe de complexité au cours d'une évaluation et donc de ne pas s'inspirer que d'un seul modèle : par exemple, l'évaluation formative et celle sommative apparaissent comme complémentaires, tout comme l'évaluation diagnostique peut être une procédure d'activation d'une évaluation formative. Tout modèle reste "une image appauvrie de la réalité ignorée que l'on étudie, et ne suffit pas à penser la richesse du réel"¹⁷². Aucune approche n'est meilleure que les autres : tout dépend de paramètres, notamment de ce que l'on cherche à évaluer, des conditions et du contexte, du moment et des objectifs recherchés.

¹⁷⁰ DELORME, C., *L'évaluation en questions*, op. cit., p. 27.

¹⁷¹ HADJI, C., *L'évaluation démythifiée*, op. cit., p. 13.

¹⁷² LANDELLE, J. J., "L'évaluation, une pratique scientifique", p. 64, in DELORME, C., (dir.), *L'évaluation en questions*, op. cit., pp. 57-66.

2.2.4 Le contenu de l'évaluation

L'évaluation porte sur divers objets ou sujets, allant des individus, aux systèmes, en passant par des organisations, des actions, des techniques, des pratiques, des fonctionnements d'une activité, des relations ou des processus.

En ce qui nous concerne, nous nous intéressons à l'évaluation des organisations. "*Le tout est d'une certaine façon inclus (engrammé) dans la partie qui est incluse dans le tout*"¹⁷³ : les aspects d'une organisation sont inter-reliés et il nous semble plus pertinent de considérer la combinaison des différents composants dans le fonctionnement d'un micro- ou macro-système et donc d'évaluer de manière globale plutôt que parcellaire.

Toute évaluation implique la prise en compte de trois éléments :

- **L'identification des contraintes et des variables de situation.** Un aspect important à ne pas négliger concerne l'environnement, souvent perçu comme contraignant, turbulent et pourtant en quelques sortes maîtrisable. En effet, l'évaluation doit permettre de déboucher sur un projet qui s'inscrit dans une volonté de réponse à une conjoncture précise, faite de contraintes et d'opportunités. Certaines d'entre elles sont incontournables, mais d'autres peuvent être "maîtrisées" ou "surmontées" tout au moins provisoirement. Le projet établi sur la base de l'évaluation ne s'inscrit plus en tant que réaction à des dysfonctionnements, mais bien dans le sens d'une action à réaliser en fonction d'un but. Ainsi, il s'agit de s'inscrire dans le cadre d'une évaluation proactive et non seulement réactive, en s'appuyant sur un diagnostic des forces et des faiblesses.
Autre aspect, une organisation recouvre des niveaux individuels et des niveaux collectifs, c'est-à-dire qu'elle est traversée par des dimensions à la fois collectives et individuelles, internes et externes. On se retrouve au sein d'une logique d'interaction et l'évaluation doit permettre à chacun des acteurs ou groupes d'acteurs de réaliser un projet personnel à l'intérieur du projet global.
- **La détermination des buts vers lesquels se polarise l'action :** on ne peut pas évaluer une organisation et son fonctionnement sans s'inquiéter au préalable de savoir vers quoi ils tendent. En effet, les objectifs doivent être en adéquation avec les missions, ressources et activités de l'organisation. Un des dangers est de se tromper de but. Ces objectifs comprennent à la fois des besoins, des souhaits et des valeurs.
- **La mise en œuvre des stratégies d'action, afin de déterminer les moyens dont on dispose pour changer les choses.** Il s'agit entre autres d'inventorier les moyens susceptibles d'être mobilisés et de vérifier l'adéquation des coûts induits aux possibilités financières de l'organisation.

2.2.5 Les outils de l'évaluation

L'évaluation est une étape de confrontation aux faits et à la réalité qui doit garantir une évolution, voire une amélioration. Aussi, il lui est adjoint des outils permettant sa mise en pratique. Les organisations doivent être capables aujourd'hui de porter une appréciation, d'évaluer des situations qui deviennent de plus en plus complexes et qualitatives. A cette fin, de nombreux outils et méthodes, destinés à faciliter l'évaluation et la prise de décision ont été développés.

¹⁷³ CLAVERANNE, J. P., "Conduite stratégique de l'organisation et gestion du changement", op. cit., p. 17

Conçus pour faire face à des évaluations complexes, il ne s'agit pas de confondre l'objet réel et sa représentation. "Bien que cet objet ne soit descriptible qu'à travers un certain nombre d'indicateurs, ceux-ci ne peuvent jamais rendre compte de toute la complexité et la richesse de l'expérience directe de l'objet"¹⁷⁴, c'est là une des limites de l'évaluation. Il ne s'agit pas d'essayer d'enfermer la complexité dans un chiffre, un indicateur, ou une référence, au risque de déformer la réalité. C'est le cas par exemple lorsque le taux de mortalité est utilisé pour rendre compte de la santé d'une population. "Ce n'est en fait que l'utilisation de multiples indicateurs qui nous permet une approximation valide de la réalité. Le choix des indicateurs à combiner dépend bien évidemment de notre capacité à les observer et de la définition que l'on a du phénomène à étudier"¹⁷⁵.

Notons qu'il est rare qu'un même outil conçu pour une évaluation d'un objet précis soit utilisable sans modification pour un autre objet.

2.2.5.1 Les indicateurs

Un indicateur, littéralement "qui indique, qui sert d'indication", est "un indice, un signe, qui permet d'inférer qu'un objectif est atteint ou en voie de l'être"¹⁷⁶ ; il est de l'ordre du référé, c'est-à-dire de la représentation de la réalité.

Les indicateurs sont avant tout le fruit d'une définition : il faut donc bien savoir ce qu'ils recouvrent. La question des indicateurs renvoie d'ailleurs à celle de la définition des objectifs : un indicateur sera d'autant plus "valide" que le(s) problème(s) ou le(s) dysfonctionnement(s) à l'origine de l'objectif qu'on cherche à évaluer auront été définis avec précision¹⁷⁷. L'utilisation rationnelle d'un indicateur dépend donc d'un "examen critique de sa définition et de la réalité à laquelle il se réfère", car il doit correspondre avec le besoin d'information que requiert la décision. "Les choix d'indicateurs devraient donc toujours être justifiés sur la base des méthodes utilisées pour les calculer"¹⁷⁸.

Chacun des indicateurs pris isolément ne renvoie qu'à une description partielle de l'objet et doit être associé à d'autres indicateurs pour rendre compte de manière plus complète du phénomène observé. L'intérêt est de multiplier ces indicateurs pour s'approcher au mieux de la réalité car "aucun d'entre eux, considéré isolément, n'apporte d'information sur la contribution des activités de l'entreprise à l'objectif [de création de valeur pour les actionnaires]"¹⁷⁹. De plus, sa valeur dépend du contexte, du croisement avec d'autres indicateurs et de la signification qui lui est donnée par ceux qui vont l'interpréter.

En effet, les décisions générées par les indicateurs ne doivent pas être fermées, uniquement centrées sur ces données. Elles doivent prendre en compte des éléments tels que l'environnement organisationnel, institutionnel, économique, le contexte interne. Un indicateur n'est jamais déconnecté.

¹⁷⁴ POTVIN, L., "La magie des chiffres" (éditorial), *Ruptures*, vol 2., n°2, p. 137.

¹⁷⁵ Ibid., p. 137.

¹⁷⁶ DEJEAN, J., BOURASSIN, V., MORTREUX, K., "Culture de l'évaluation et fascination pour les indicateurs", *Politiques et Management Public*, vol. 16, n° 2, juin 1998, p. 165.

¹⁷⁷ HRONEC, S. M., *Vital Signs : des indicateurs – coût, qualité, délai – pour optimiser la performance de l'entreprise*, Paris, Editions d'organisation, 1995, p. 171.

¹⁷⁸ POTVIN, L., op. cit., p. 137.

¹⁷⁹ PONSSARD, J.-P., ZARLOWSKI, P., "Des outils satisfaisants pour l'évaluation interne des activités de l'entreprise", *Revue Française de Gestion*, n° 122, janvier-février 1999, pp. 92-93.

Les indicateurs, en tant que données décrivant une situation et permettant de l'apprécier, peuvent être quantitatifs ou qualitatifs. Les indicateurs *quantitatifs* (un nombre de visiteurs dans le cadre d'un musée, un nombre d'interventions pratiquées et de KC enregistrés dans le cas du bloc opératoire d'une clinique, des parts de marché, un taux de croissance, des quantités vendues par exemple) sont plus facilement disponibles et plus facilement comparables car objectifs et moins discutables, mais ils restent bien souvent un chiffre qui n'a de sens que par rapport à une référence. Tout dépend de la référence utilisée. De même, la valeur donnée par l'indicateur dépend des éléments constitutifs et doit être calculée de la même manière (donc inclure les mêmes éléments) pour avoir du sens.

Le *qualitatif* suppose des enquêtes diverses (enquêtes de satisfaction auprès du personnel ou des patients d'un hôpital par exemple). Il est plus difficilement déchiffrable qu'un chiffre, mais apporte une richesse et une profondeur à l'évaluation que les chiffres n'ont pas. Ces indicateurs sont souvent subjectifs, car ils reposent sur des perceptions.

Ainsi, les indicateurs doivent posséder différentes qualités¹⁸⁰ :

- Ils doivent fournir une information significative pour le public visé, c'est-à-dire qu'ils doivent répondre le mieux possible aux principales préoccupations des intéressés.
- Ils doivent être compréhensibles, c'est-à-dire que le lecteur doit comprendre ce qu'un indicateur dit et ce qu'il ne dit pas.
- Dans le cadre d'une évaluation périodique ou concomitante, ils doivent être uniformes pour que l'on puisse comparer les résultats, se rendre compte des tendances et évaluer l'évolution au cours du temps.

Enfin, l'information apportée par les indicateurs doit être "suffisamment sincère et non-biaisée"¹⁸¹ si on la veut utile.

Les indicateurs sont souvent confrontés à des critères.

2.2.5.2 Les critères

Le critère est "le principe permettant de porter un jugement, permettant de distinguer, de séparer, dans les résultats établis à partir des indicateurs, ceux que l'on considérera comme bons et ceux que l'on jugera mauvais"¹⁸². Les critères sont donc de l'ordre du référent, c'est-à-dire de ce par rapport à quoi on se réfère pour porter un jugement de valeur.

Il existe des critères quantitatifs et des critères qualitatifs, dont le sens est différent : le quantitatif permet avant tout de mesurer des résultats, tandis que le qualitatif permet de prendre en compte davantage le subjectif et d'insister davantage sur les causes que sur les effets. Une étude portant sur l'évaluation de la performance a mis en évidence que les acteurs évalués se sentaient toujours plus reconnus lorsqu'ils l'étaient en tant que personne, à travers des critères qualitatifs (des qualités, des capacités) que lorsqu'ils l'étaient en tant que "producteur", à travers des critères quantitatifs de résultat¹⁸³.

Une action, une organisation ou une personne est évaluée sur un nombre fini de critères et "d'une certaine façon, les critères sont tous "concurrents" pour fonder l'évaluation" face à un même

¹⁸⁰ TREMBLAY, D., CORMIER, D., "Le modèle comptable traditionnel permet-il une évaluation pertinente de la performance des organismes sans but lucratif ?", Document de travail, oct. 1996, pp. 22-23.

¹⁸¹ PONSSARD, J.-P., ZARLOWSKI, P., "Des outils satisfaisants pour l'évaluation interne des activités de l'entreprise", op. cit., p. 97.

¹⁸² DEJEAN, J., BOURASSIN, V., MORTREUX, K., "Culture de l'évaluation et fascination pour les indicateurs", op. cit., p. 167.

¹⁸³ BOURGUIGNON, A., "L'évaluation de la performance : un instrument de gestion éclaté", op. cit., p.29.

objet : la perception agit comme un filtre sélectif et génère une diversité de représentations des critères d'évaluation, aussi bien en termes de nombre, de variété et de poids alloué à chacun.¹⁸⁴ Les critères s'inscrivent dans un référentiel.

2.2.5.3 Le référentiel

Le développement récent de l'évaluation a engendré la production de nombreux référentiels, définis comme "un ensemble d'éléments formant un système de référence"¹⁸⁵. En effet, "depuis une dizaine d'années la littérature scientifique abonde en référentiels divers"¹⁸⁶. Etant donné le nombre exponentiel de référentiels établis et publiés, ils sont de qualité et d'application variables.

2.2.5.4 Les règles

Une règle est soit un principe moral, une loi qui doit diriger notre conduite, soit une prescription qui émane d'un usage ou d'une autorité. La culture se définit d'ailleurs par le système de règles existant pour le groupe, ces règles provenant d'une part de la direction de l'établissement (les régulations de contrôle), d'autre part des personnels qui les ont construites (les régulations autonomes). La culture est donc issue de trois éléments constitutifs : les règles édictées par la direction, les interactions entre les individus qui cherchent à atteindre leurs objectifs propres, et les multiples influences de l'environnement.

Les règles participent alors indirectement à l'évaluation : elles en constituent une base puisqu'elles sont à l'origine des objectifs institutionnels et individuels sur lesquels vont se fonder les objectifs de l'évaluation et le référentiel.

2.2.5.5 La norme

La norme renvoie au "normatif" qui se distingue du "positif"¹⁸⁷ : elle fait référence à des exigences de comportement inhérentes aux expériences, aux habitudes, ou ayant trait à ce qui est considéré comme vrai, beau ou juste. Il n'existe pas de sociétés humaines sans normes. Tout le champ des activités sociales y apparaît de longue date "normé"¹⁸⁸.

Les **normes** sont définies dans l'European Norm 45020 (Organisation Internationale de Normalisation) comme un : "*document établi par consensus et approuvé par un organisme reconnu, qui fournit, pour des usages communs et répétés, des règles, des lignes directrices ou des caractéristiques, pour des activités ou leurs résultats, garantissant un niveau d'ordre optimal dans un contexte donné.*"¹⁸⁹

¹⁸⁴ Ibid, pp.12 et 17.

¹⁸⁵ Dictionnaire Larousse.

¹⁸⁶ LOIRAT, P., "Référentiels et éthique", p. 5, in DREYFUSS, D., LEMAIRE, F., OUDIN, H. D., RAMEIX, S., *Recommandations, références médicales, accréditation : les enjeux éthiques*, Journées d'éthique médicale Maurice Rapin, Médecine-Sciences Flammarion, oct 2000, pp. 5-10.

¹⁸⁷ TERRE, F., "Que devient la norme par rapport à la loi ?", p. 21, in DREYFUSS, D., LEMAIRE, F., OUDIN, H. D., RAMEIX, S., op. cit., pp. 21-26,

¹⁸⁸ De la norme technique dans l'industrie à la norme scolaire qui commence par l'orthographe, orthopédie de la langue, et se transmettait naguère par les écoles dites "normales".

¹⁸⁹ BARBIN, B., BOISSIER RAMBAUD, C., CHAMPION DAVILLER, M.-N., FESSLER, J.-M., NEBESAROVA, J., *Hôpitaux, cliniques : De l'accréditation à la qualité*, Lamarre, mars 1997, p 7-8.

La normalisation est souvent considérée comme une "contrainte de gestion"¹⁹⁰ avec un caractère structurant, même si la norme apparaît comme "l'expression et l'instrument d'un pouvoir de mise en ordre"¹⁹¹. Elle reste de ce fait davantage associée à l'idée de contrôle. Plus précisément, la normalisation oscille dans les discours entre "l'enthousiasme", car c'est un levier de la qualité, et la "dénonciation", car elle représente un carcan administratif et juridique pour l'entreprise¹⁹².

De ce fait, on a souvent opposé normalisation et innovation car l'aspect d'organisation de l'existant associé à la norme semble contraire à l'aspect créatif nécessaire pour l'innovation. Néanmoins, il ne faut pas oublier que les normes évoluent et que la normalisation "moderne" fixe seulement des objectifs à atteindre, laissant ainsi les entreprises choisir le moyen de les atteindre¹⁹³. De plus, tout modèle d'évaluation peut comprendre des normes fixant un but à atteindre dans son référent.

2.2.6 Les acteurs et leurs discours

Le rôle joué par les différentes catégories d'acteurs est différent selon la forme d'évaluation.

2.2.6.1 L'évaluateur

Plutôt que de parler d'un évaluateur, il faut parler *des évaluateurs* en distinguant ceux d'origine interne et ceux d'origine externe :

- **L'évaluateur interne** est à la fois acteur de l'organisation, régulateur et impulsor de l'écriture d'un projet. La justification de son intervention relève bien souvent de causes endogènes, puisqu'il est mandaté par exemple par la direction, la commission médicale d'établissement ou les instances représentatives du personnel, qui attendent qu'il prenne en compte leurs motifs d'évaluation. "Ce qui en fait un évaluateur interne, c'est à la fois l'origine du mandataire et la destination de l'évaluation"¹⁹⁴.
- **L'évaluateur externe** n'est pas un acteur de l'organisation, mais sera appelé à valider ou invalider tout ou partie d'un projet ou d'une façon de faire. La justification de son intervention relève de causes exogènes à l'établissement (lois, règlements, tutelles, demandes et attentes des clients ou usagers, ...) et, dans le cadre des établissements de soins, de sa place dans le processus de planification. L'évaluateur externe intervient ex-post dans la plupart des situations, c'est-à-dire à la fin de la mise en place d'un projet ou à une étape d'approbation. Il intervient aussi dans les phases de réalisation.

Un troisième type d'évaluateur doit être inscrit : c'est **l'acteur-évaluateur**. En effet, les récents développements de l'évaluation cherchent de plus en plus à faire participer les personnes concernées. On se rapproche d'un processus d'auto-évaluation.

Par le positionnement adopté, les points de vue diffèrent quant à un objet évalué. En effet, l'évaluateur n'est jamais neutre dans le sens où il possède son propre système de représentations et n'intervient pas seulement en fin de parcours pour édicter un jugement.

¹⁹⁰ PENAN, H., Introduction, dossier "Gérer par les normes", *Revue Française de Gestion*, n° 106, novembre-décembre 1995, p. 76

¹⁹¹ LECOURT, D., "Réflexions sur la norme", in DREYFUSS, D., LEMAIRE, F., OUDIN, H. D., RAMEIX, S., op. cit., pp. 1-4.

¹⁹² MIGNOT, H., PENAN, H., "Le référentiel normatif", *Revue Française de Gestion*, n° 106, novembre-décembre 1995, p. 77.

¹⁹³ Ibid., p. 78

¹⁹⁴ CLAVERANNE, J. P., "Conduite stratégique de l'organisation et gestion du changement", op. cit., p. 97.

Lincoln (1986) a identifié quatre générations d'évaluateurs en lien avec les quatre dimensions historiques de l'évaluation évoquées au début de cette section. Chacune de ces générations se veut une réponse à la génération précédente, tout en assumant les tâches et les responsabilités qui la caractérisent :

1. le technicien,
2. le planificateur,
3. l'évaluateur-juge,
4. l'animateur-conseil.

Le dernier type d'évaluateur n'est plus conçu comme un spécialiste qui influence le comportement du preneur de décision, ni comme celui qui aura à juger dans une conjoncture donnée, mais comme celui qui doit agir dans le respect des besoins du milieu dans lequel il travaille à titre de conseiller ou d'aviséur afin d'assurer la conduite d'une évaluation ; il devient expert-conseil. Les décisions prises le sont par ceux qui sont concernés directement¹⁹⁵.

Quoiqu'il en soit, tout évaluateur émet des énoncés évaluatifs qui ont des répercussions dans la manière de faire ou d'agir et qui orientent l'écriture de tout projet.

2.2.6.2 L'évalué

Dans les premières dimensions de l'évaluation, les acteurs participaient peu, voire pas, au processus d'évaluation. La dimension cognitive des dispositifs d'évaluation a été mise en évidence dans le cadre du paradigme constructiviste. Lorsque l'on se penche sur l'évaluation de la performance, beaucoup de recherches tiennent l'évaluateur comme l'agent cognitif central du processus, l'évalué n'étant presque jamais tenu pour un sujet cognitif. Pourtant, si l'on veut comprendre comment l'évaluation influence le comportement, il est indispensable de s'intéresser aux représentations de l'évalué¹⁹⁶. Il n'est donc guère possible de concevoir l'évaluation sans échange et sans intégrer les diverses représentations.

En effet, la différence entre deux approches stratégiques peut reposer sur une évaluation différente, résultant de la manière dont chacun s'est représenté ou a interprété une situation qui finalement se modifie sans cesse. La mise en perspective de chaque acteur sera différente car chacun a une histoire différente qui éclaire son point de vue. Aucune certitude ne peut exister sur ce qu'il conviendrait de retenir comme vision prospective. Chaque réalité est vue au travers des lunettes des protagonistes.

L'implication des acteurs dans la démarche et ses conséquences en termes de décision offre la possibilité de développer une véritable *culture de l'évaluation*. On ne peut parler du développement d'une culture de l'évaluation, en termes de traditions, techniques, coutumes, usages, habitudes, que si l'ensemble des acteurs, y compris ceux de "la base", se préoccupent d'apprécier les effets de ce qu'ils font et si, par conséquence, l'évaluation leur sert dans leur activité propre¹⁹⁷. De plus, l'évaluation d'une action ou d'une stratégie donne l'occasion aux personnes concernées de se prendre en charge et d'effectuer au besoin les corrections qui s'imposent et qui semblent utiles.

Aujourd'hui, l'évaluation tend à intégrer au maximum l'évalué dans la démarche, ce qui suppose l'expression de la pluralité des points de vue des acteurs concernés et la confrontation de ces

¹⁹⁵ PLANTE, J., op. cit.

¹⁹⁶ BOURGUIGNON, A., "L'évaluation de la performance : un instrument de gestion éclaté", op. cit., p. 3.

¹⁹⁷ DEJEAN, J., BOURASSIN, V., MORTREUX, K., "Culture de l'évaluation et fascination pour les indicateurs", op. cit., p. 174.

discours aux résultats de leur action. Elle permet d'éclairer les pratiques et fait partie d'un processus d'apprentissage par lequel les acteurs portent un regard nouveau à la fois sur les pratiques mais aussi sur les systèmes dont ils font partie. L'évaluation, en définissant les responsabilités de chacun, se révèle également être un outil de mobilisation individuelle et collective des acteurs, qui participent alors à un effort de réflexion.

En résumé, deux formes d'évaluation en fonction de l'implication des acteurs se dressent à nous :

- Une évaluation dans laquelle le rôle essentiel est assuré par le ou les responsables de l'évaluation, les acteurs directement concernés par l'objet (action ou organisation) n'exerçant pas en tant que tel un pouvoir direct sur la démarche. Signalons que les évaluateurs peuvent être internes ou externes.
- Une évaluation au sein de laquelle les acteurs concernés ont un rôle privilégié et se retrouvent à la fois sujets mais aussi acteurs de cette démarche.

Au delà des questions "qui évalue ?" et "qui est évalué ?" se posent également celles de "pour qui ?" et "au nom de qui ?" évalue-t-on, l'évaluation étant un révélateur des phénomènes et des rapports de pouvoir. Néanmoins, nous sommes entrés dans le quatrième stade de l'évaluation, qui s'apparente à un processus de négociation entre les acteurs. La coopération évaluateur - évalué, désormais nécessaire puisqu'il y a une notion d'échanges, remet en question les modes de relation de pouvoir. On entre désormais dans une relation de forme contractuelle qui s'oriente davantage vers la confiance et la complémentarité que dans les précédents modèles. En contrepartie, l'ensemble des acteurs doit acquérir des compétences en évaluation.

2.2.7 L'évaluation au service de la construction du sens

Aujourd'hui, concernant l'évaluation, plusieurs défis sont posés¹⁹⁸ :

- le défi de la synthèse face à l'émiettement des savoirs spécialisés,
- le défi des rapports complexes qui se nouent entre le sujet et l'objet de la connaissance,
- le défi du déterminisme : comment intégrer le désordre et le hasard dans la connaissance du réel ?,
- le défi de l'émergence des formes organisées (auto-organisation),
- le défi de l'articulation entre les diverses dimensions (physique, biologique, anthropologique et sociale) constitutives de la réalité humaine.

Face à ces défis, l'évaluation cherche à dessiner une représentation d'une situation, laquelle prend alors un sens par rapport à une vision générale de l'organisation et de son environnement.

L'évaluation se situe selon nous dans une démarche de "construction de sens"¹⁹⁹ bien plus que comme une simple méthode d'observation du réel et de déduction, dans la mesure où c'est un processus intégré à la prise de décision. L'action se mêle à la construction d'une interprétation ou d'une représentation, elles-mêmes à la base de la décision. "*L'évaluation se pose en termes de signification et de signification. Elle implique un questionnement sur le sens.*"²⁰⁰

Ce processus résulte de la conjonction de visions multiples au sein d'une organisation et permet d'en révéler les choix implicites. La vision de l'organisation, commune et collective, voire

¹⁹⁸ BONNIOL, J.-J., VIAL, M., *Les modèles de l'évaluation*, De Boeck Université, Bruxelles, 2^{ème} édition, 2000, pp. 347-348.

¹⁹⁹ WEICK, K.E., *Sensemaking in Organizations*, Sage publications, 1995, cité par MARMUSE, C., "Le diagnostic stratégique : une démarche de création de sens", Proposition de communication à la VIII^e conférence Internationale de Management Stratégique, Paris, mai 1999, 20 p.

²⁰⁰ ARDOINO, J., BERGER, G., "L'évaluation au pouvoir", *Pour*, n°107, Privat, juillet-août 1986.

conflictuelle, se construit alors "chemin faisant"²⁰¹. Chaque évaluateur sera influencé par une perspective historique ainsi que par des visions et conceptions personnelles, sachant qu'il est difficile, voire impossible, pour tout un chacun de remettre en question sa propre vision du monde et de l'organisation. Or, c'est selon les visions des évaluateurs et des évalués que le sens se construira.

En effet, dans la pratique, les problèmes ne se présentent pas d'eux-mêmes au professionnel comme des données. Pour transformer une situation problématique en problème, un professionnel doit effectuer un certain travail : "il doit donner du sens à une situation incertaine, qui, initialement, n'a pas de sens"²⁰². Suite à une évaluation, il n'y a en fait jamais de "bonne solution" a priori, il y a des solutions apportées par les acteurs qui projettent leur vision du monde, leurs intentions et leurs craintes. Le sens donné aux choses est par la suite difficile à remettre en question, sauf si l'on change celui qui en est l'auteur.

Il existe donc de multiples facettes de la réalité perçue par les acteurs : l'évaluateur doit être capable de déterminer le ou les problèmes qu'il s'avèrera pertinent de résoudre, ce qui signifie qu'"il faut apprendre à résoudre le problème qui consiste à poser le problème"²⁰³.

Dans cette démarche, les signes prennent une importance considérable puisque tout dépend de la manière dont un acteur leur attribue un sens. Les signes "entretiennent avec les choses et les idées des rapports plus ou moins proches ou lointains, abstraits ou concrets"²⁰⁴.

En fait, la perception d'une situation dépend non seulement du stimulus mais également du "vécu personnel et social de l'individu"²⁰⁵, comprenant les attentes, la culture, les expériences passées et les représentations sociales. La perception opère comme un *filtre* qui transforme les données du monde extérieur. Pour l'approche réaliste, percevoir n'est rien d'autre que de capter des informations du monde réel, ce qui signifie que nos sens sont considérés "comme un réceptacle vide sur lequel viennent se déposer les informations venues du monde extérieur" : de nombreux philosophes ont apporté des objections à cette thèse, arguant que le sujet n'a accès qu'à ses propres perceptions et donc que rien ne permet d'affirmer que le réel est conforme à ses impressions. Selon Kant, le réel existe sans doute, mais ne nous est pas directement accessible tel qu'il est "en soi", c'est-à-dire que nous ne pouvons le percevoir qu'à travers nos catégories mentales. Les philosophes du subjectivisme estiment ainsi que nos perceptions peuvent nous tromper car elles peuvent "déformer le réel", sans oublier que nos sens sont limités et ne nous donnent accès qu'à une partie du réel.²⁰⁶

La réalité regroupe en fait un flux immense d'informations, qu'il faut filtrer, c'est-à-dire sélectionner en fonction d'un but ou d'une intention. C'est le rôle de notre perception, chaque regard ou pensée contenant sa part d'interprétation subjective. Nous ne voyons pas "la réalité telle qu'elle est, nous la construisons"²⁰⁷. Le constructivisme considère que des processus cognitifs modifient les données de l'environnement en leur donnant un sens spécifique²⁰⁸ : il n'y a pas correspondance entre connaissance et réalité. Watzlawick et l'école de Palo Alto s'inscrivent dans ce courant : selon eux, nous construisons le monde alors que nous pensons le percevoir et ce que nous appelons réalité est une interprétation, construite par et à travers la

²⁰¹ MARMUSE, C., "Le diagnostic stratégique : une démarche de création de sens", op. cit., p. 3.

²⁰² WEICK, K.E., *Sensemaking in Organisations*, Sage publications, 1995, cité par MARMUSE, C., op. cit., p. 4.

²⁰³ LE MOIGNE, J. L., *La modélisation des systèmes complexes*, Dunod, 1990, cité par MARMUSE, C., op. cit. p. 12.

²⁰⁴ Anonyme, "Du signe au sens", *Sciences Humaines*, n°83, mai 1998, p. 19

²⁰⁵ LECOMTE, J., "Comment nous percevons le monde", *Sciences Humaines*, n°49, avril 1995, p. 16.

²⁰⁶ WEINBERG, A., "Philosophie de la perception", *Sciences Humaines*, n°49, avril 1995, pp. 18-19.

²⁰⁷ LECOMTE, J., "La construction de la réalité", *Sciences Humaines*, n°71, avril 1997, p. 20.

²⁰⁸ Ibid., p. 21.

communication. "Le constructivisme n'invente pas ou n'explique pas une réalité indépendante de nous. Il montre au contraire qu'il n'y a ni intérieur, ni extérieur, ni objet, ni sujet, ou plutôt que la distinction radicale entre sujet et objet – à l'origine de la construction d'innombrables "réalités" – n'existe pas, que l'interprétation du monde en fonction de paires de concepts opposés n'est qu'une invention du sujet, et que le paradoxe débouche sur l'*autonomie*".²⁰⁹

Déjà, quelques années auparavant, P. Watzlawick montrait dans un ouvrage intitulé "La réalité de la réalité" que notre idée conventionnelle de la réalité était une illusion que nous passons une partie substantielle de notre vie à étayer et que de toutes les illusions, la plus périlleuse consistait à penser qu'il n'existait qu'une réalité. "*En fait ce qui existe, ce ne sont que différentes versions de celle-ci dont certaines peuvent être contradictoires, et qui sont toutes des effets de la communication, non le reflet de vérités objectives et éternelles*".²¹⁰

En résumé, le sens peut être défini comme "une disposition intérieure (une disposition "orientée") qui s'exprime par un regard particulier sur le monde, par une certaine vision des choses"²¹¹. Il se révèle donc par des manières différentes de concevoir, d'échanger ou d'évaluer, étant donné qu'à chaque sens sont attachés des comportements, des attitudes et des représentations différents.

L'évaluation est donc une démarche de construction de sens qui implique l'existence d'un "donneur de sens"²¹², toute démarche d'évaluation étant fondée sur la demande d'une ou d'un groupe de personnes qui ont leurs propres motifs. Cette démarche n'est pas dissociée de l'environnement dans lequel les acteurs et la situation s'insèrent, tandis que le passé et l'historique de chacun tendra à capturer la réalité que l'on peut connaître, puisque cette construction de sens se fait à la lumière de ce qui s'est déjà produit. Ainsi, toute évaluation est influencée à la fois par la position et le regard de celui qui évalue, ainsi que par l'organisation et l'environnement auquel il appartient. "Le sens change avec les modifications de projets et d'objectifs"²¹³ : cette construction de sens est toujours "en cours", influencée par des changements continus.

Cette recherche de sens ne doit pas être interprétée comme la recherche d'une réalité "vraie" : on n'est en effet jamais en position de garantir qu'une vision des choses est vraie. Le sens se crée, c'est-à-dire qu'il émerge à partir des représentations plausibles de la réalité. On est donc loin d'un caractère exact.

*"Au contraire, la démarche de construction de sens justifie qu'une organisation puisse être concernée par des visions diverses qui ne sont pas exclusives les unes des autres, mais qui toutes participent à la construction d'une représentation originale et collective des situations. Vouloir unifier ces visions de la réalité est un projet sans doute illusoire, ne serait-ce que parce que la variété (au sens de Ashby) est aussi une indication de la richesse d'une organisation laquelle permet le contrôle d'un environnement complexe et multiforme"*²¹⁴.

L'évaluation doit offrir une connaissance des points forts et des dysfonctionnements d'une organisation, afin de rechercher ce qu'il faut modifier pour améliorer l'organisation et le

²⁰⁹ WATZLAWICK, P., (dir.), *L'invention de la réalité. Contributions au constructivisme*, Ed. du Seuil, 1988, p. 354.

²¹⁰ WATZLAWICK, P., *La réalité de la réalité. Confusion, désinformation, communication*, Ed. du Seuil, 1978, p. 7.

²¹¹ COLLECTIF DE RECHERCHE SUR L'IMMATERIEL, "Gestion de l'immatériel : fondements d'une méthodologie générale d'évaluation et de contrôle", papier de préparation au congrès de l'IAAER, mars 1997, p. 2.

²¹² MARMUSE, C., op. cit., p. 5

²¹³ Ibid.

²¹⁴ Ibid., p. 18.

fonctionnement global de l'établissement en question. Elle s'apparente ainsi à un outil de changement en vue d'une amélioration. Dans cette perspective, l'erreur n'apparaît pas comme une faute à réprimer, mais comme une source d'informations à la fois, pour les acteurs, les directions et les évaluateurs. Cette démarche doit permettre aux acteurs de connaître et de comprendre les erreurs, afin de ne plus les commettre et de progresser dans le fonctionnement. Néanmoins, l'évaluation n'a de sens que par rapport à la décision. C'est dans ce "processus de construction de sens" que se situe le cœur du processus d'évolution qui mobilise action et apprentissage²¹⁵. Dans cette approche de l'évaluation, les acteurs directement concernés sont les seuls en mesure de donner un sens, une signification au lien qui existe entre l'objet évalué et une réalité vécue.

Après avoir défini le concept d'évaluation, ses objectifs et les différents facteurs de sa mise en œuvre, il convient de s'intéresser à sa formalisation donc d'en déterminer un modèle.

3 LES FORMALISATIONS DE LA DEMARCHE EVALUATIVE

L'évaluation comporte différentes phases, variables selon la méthodologie choisie, mais dont les préalables doivent nécessairement :

- déterminer les *origines* du projet d'évaluation (qui en est l'initiateur et qui a été associé à son élaboration ?),
- indiquer *l'objet* et le *champ* de l'évaluation (et éventuellement ses limites),
- préciser les *finalités*,
- exposer les *motifs* de l'évaluation,
- expliciter les *dispositifs* d'évaluation (l'organisation générale, les intervenants et leurs rôles respectifs, les chargés d'évaluation, la personne chargée de la coordination, ...),
- définir la *méthode* choisie (et le type d'informations qui sera collecté),
- préciser le ou les *temps* de l'évaluation et les *modes de diffusion* des résultats ("toute stratégie d'évaluation, sous peine de ne déboucher sur rien d'efficace, doit s'accompagner d'une stratégie de diffusion et d'application des résultats obtenus"²¹⁶, ce qui induit le principe de récursivité).

La méthode et la forme d'évaluation mises en place sont donc clairement conditionnées non seulement par la finalité de l'évaluation, mais également par le moment, les acteurs, le contexte ou l'objet de l'évaluation. Les choix méthodologiques doivent être rigoureux et pertinents et s'adosser sur les missions de l'organisation, du service ou de l'action, car ce sont ces dernières qui conditionnent les normes ou systèmes de valeurs sur lesquels tout le processus s'appuie. "Evaluation et finalisation" sont intimement liées²¹⁷, ce qui suppose une définition rigoureuse des objectifs et de la mission de l'organisation, car c'est sur cette base que les critères devant fonder l'évaluation vont être explicités.

En outre, les limites temporelles et spatiales devront être fixées, afin de parier sur un périmètre d'études pertinent pour la préparation de la décision.

²¹⁵ FRANCHISTEGUY, I., LARRASQUET, J.M., "Apprentissage individuel, apprentissage organisationnel : une "mécanique" complexe", ALCCA (Agents Logiciels Coopération Apprentissage et Activité humaine), Biarritz, septembre 2000, p. 10.

²¹⁶ STEUDLER, F., "L'évaluation : mode ou raison", *Journal d'Economie Médicale*, 1991, T9, n° 6-7, p. 281.

²¹⁷ MALLERET, V., in COLLINS, L., *Questions de contrôle*, op. cit., p. 159.

Enfin, dans la complexité ambiante, l'évaluation doit renoncer à une "représentation simplificatrice de la réalité"²¹⁸, qui n'a plus vraiment de sens étant donné le degré de simplification.

L'évaluation présente un caractère récursif : l'objectif de l'évaluation mise en œuvre influe sur le type d'outils choisis et sur la durée de cette évaluation, de même que le type d'outils influe sur le résultat ou que l'objet de l'évaluation influe sur le type d'outils.

L'évaluation n'a de sens que si elle est tournée vers l'action et donc si elle est un préalable à l'action ou une rétroaction. Elle comporte toujours un stade descriptif (quantitatif, qualitatif), une partie analytique (pourquoi?, comment?) et une partie interprétative avec des conclusions basées sur l'état des connaissances et prenant également en compte l'opinion de personnes concernées qui permet de déboucher sur des propositions concrètes d'amélioration en vue d'aide à la décision.

L'évaluation doit donc permettre d'apprécier la réalité des faits, de la comparer à ce qui était prévu ou souhaité, et de déterminer ce qui est souhaitable et les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir.

Face à ses objectifs, l'évaluation peut prendre diverses formes. Elle a évolué dans sa conception et se situe dans une approche de construction de sens. Ainsi, le modèle de confrontation d'un référé à un référent nous apparaît adapté pour modéliser le processus évaluatif, qu'il soit diagnostic, pronostic, formatif ou sommatif.

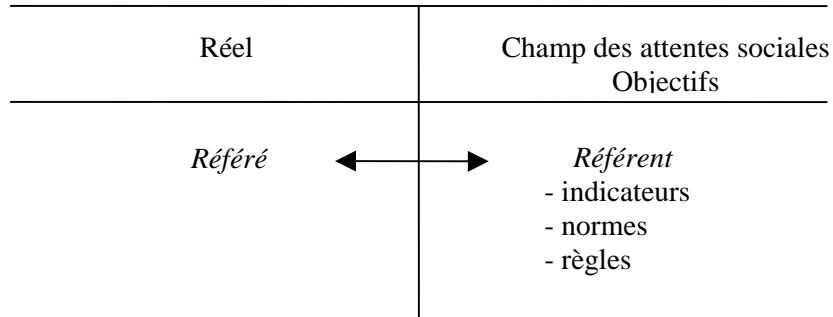
3.1 LA CONFRONTATION ENTRE REFERE ET REFERENT : UN MODELE SOURCE

Notre recherche vise à définir une méthode qui soit utile, c'est-à-dire qui permette aux acteurs de prendre les décisions les plus pertinentes et réalisables. Or, un problème d'évaluation est avant tout un problème de mise en perspective, "de comparaison d'un ensemble d'objets, dans la perspective de les hiérarchiser par rapport à un point de vue donné, qui est celui de l'entité pour laquelle est faite cette évaluation"²¹⁹.

Nous nous appuyons sur l'existence d'un réel et d'un champ des attentes sociales constitué par l'ensemble des aspirations.

²¹⁸ Ibid., p. 171.

²¹⁹ DURU, G., *le point de vue d'un économètre*, revue du pharmacien hospitalier, 1992, cité par CLAVERANNE, J. P., "Conduite stratégique de l'organisation et gestion du changement", op. cit., p. 89.



Le référent est donc "l'ensemble des normes, principes ou critères qui constituent la grille de lecture de l'objet à évaluer" et le référé "ce qui sera retenu de cet objet à travers la lecture". L'évaluation est alors une lecture d'un réel observable à partir d'une grille de lecture prédéterminée et qui a pour objet de rechercher dans cette réalité les traces ou les signes qui attestent des invariants attendus et considérés comme consubstantiels²²⁰.

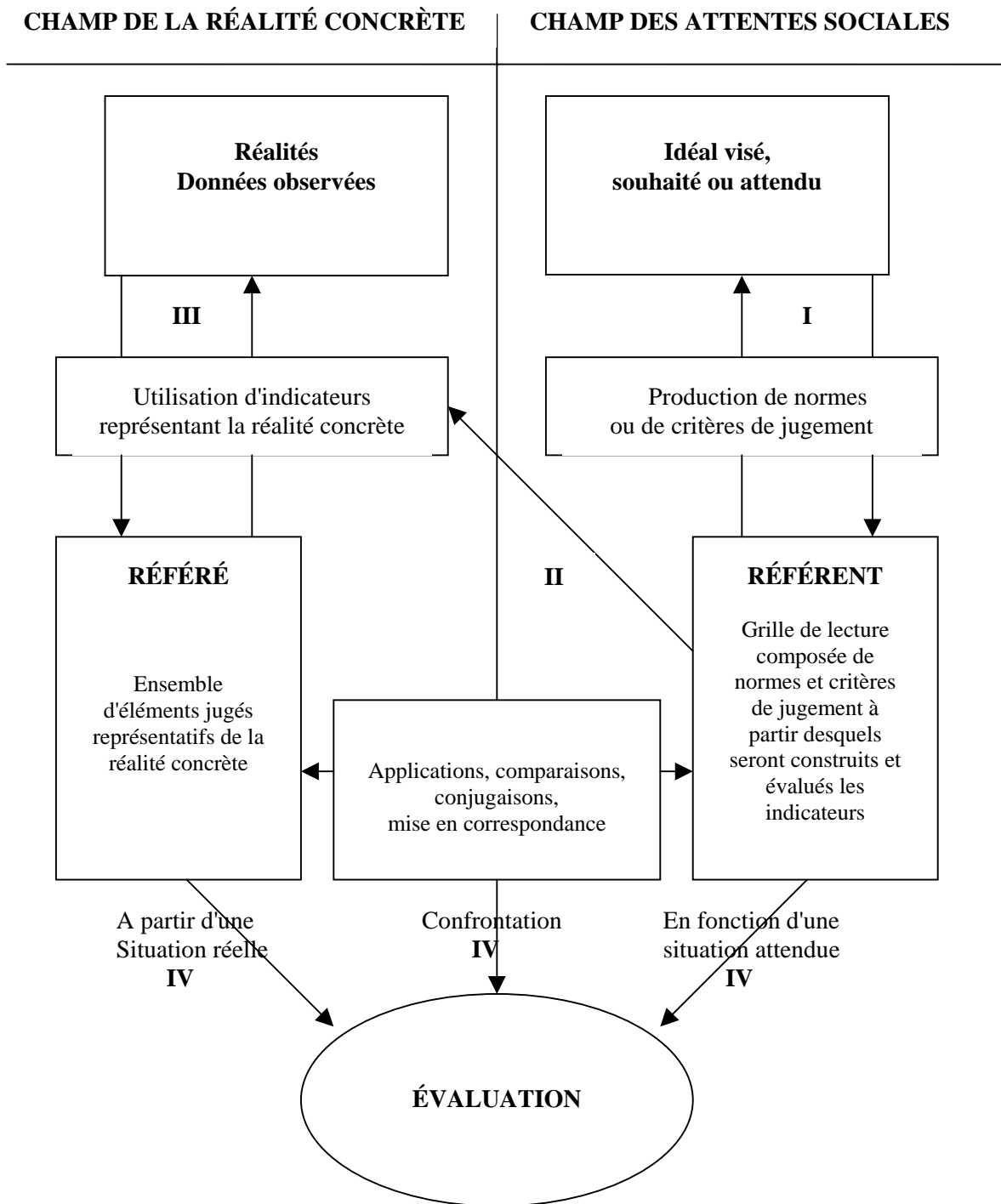
L'évaluation est donc la résultante d'une confrontation entre les données à évaluer – *la réalité concrète* – et les données émises comme représentant l'idéal à atteindre – *les attentes sociales*-. Cette évaluation se fait en plusieurs temps :

- La production de normes, critères de jugement et/ou indicateurs qui vont permettre de définir l'idéal visé ou à atteindre et de représenter la réalité ; ces normes et objectifs idéaux constituent alors une grille de lecture que l'on appelle le référent.
- La conjugaison de la réalité et du référent ; la réalité concrète est alors traduite sur la base des indicateurs élaborés dans le référent énoncé. Le référé est ainsi constitué : c'est une représentation du réel.
- Enfin, la confrontation référent – référé débouche sur l'évaluation, et va tenter de comparer la réalité et un réel normé, ce qui est visé et ce qui existe et les moyens nécessaires (attendus) et ceux mis en œuvre.

Tout ceci peut être représenté par le graphique suivant :

²²⁰ CLAVERANNE, J. P., "L'évaluation : nature et formalisation d'un concept mou", op. cit., p.241.

Figure 3 : La triple articulation dans l'opération d'évaluation²²¹



²²¹ Source : CLAVERANNE, J. P, "L'évaluation : nature et formalisation d'un concept mou", op. cit., p. 242

L'évaluation s'apparente à une confrontation entre deux séries de données, qui sont mises en rapport :

- des données qui sont de l'ordre du fait et qui concernent l'objet réel à examiner ;
- des données qui sont de l'ordre d'un idéal et qui concernent des attentes, des intentions ou des projets s'appliquant au même objet²²².

Dans ce modèle, l'évaluation est donc une mise en perspective entre :

- ce qui était attendu et ce qui existe réellement,
- les moyens attendus et les moyens mis en œuvre réellement,
- une performance réelle et celle visée,
- une réalité et un modèle idéal,
- la réalité et un réel normé.

Le processus d'évaluation se caractérise alors par :

- une articulation entre le référent et le substrat qui lui a donné naissance et sur lequel il agit et réagit et qui débouche sur la production de normes ou de critères d'appréciation,
- une confrontation entre la réalité et le référent à partir des indicateurs issus du référent pour mettre en place une représentation du réel dénommée référé,
- une mise en perspective du référent et du référé débouchant sur l'évaluation²²³.

L'évaluation est basée sur une construction de sens. Elle se fait au moment de la mise en évidence des écarts, c'est-à-dire du rapprochement entre réalité et idéal. L'objectif est d'améliorer le réel grâce aux idées des participants à l'évaluation. Elle débouche donc sur des décisions, grâce à une négociation avec les acteurs.

Cette forme d'évaluation permet de se donner les moyens d'apprécier dans quelle mesure la perception des effets réels est conforme aux objectifs fixés, mais ce modèle nous offre également la possibilité de faire le lien entre la réalité et notre capacité perceptive. En effet, nos modèles mentaux produisent une impression de vérité et une idée de réalité : ce qui se présente à nous est, et a toujours été, une "réalité simulée", c'est-à-dire "une réalité construite dans notre esprit à partir de l'interaction entre des stimulations extérieures et une sédimentation culturelle antérieure"²²⁴. Le problème n'est pas de dénoncer la non-réalité des choses et du modèle d'évaluation, mais plutôt d'adapter nos critères à la situation évaluée de manière à inclure les perpétuelles évolutions. Il serait intéressant également de réfléchir à la manière de développer une culture d'évaluation, c'est-à-dire une culture capable de choisir dans la multitude d'images possibles du réel celles les plus représentatives de la réalité.

3.2 LES ETAPES DE L'EVALUATION

L'évaluation permet la confrontation entre un référé et un référent. Il ressort trois étapes dans ce processus :

- L'élaboration du référent.
- La représentation du réel sur la base des indicateurs du référent : le référé.
- La confrontation entre les deux, débouchant sur une mise en évidence des écarts.

²²² HADJI, C., *L'évaluation, règles du jeu. Des intentions aux outils*, op. cit., p. 25.

²²³ CLAVERANNE, "Conduite stratégique de l'organisation et gestion du changement", op. cit., p. 95.

²²⁴ MANZINI, "Un monde qui semble", op. cit., p. 128.

3.2.1 Le rôle déterminant du référent dans l'évaluation

Un élément constitutif de toute démarche d'évaluation est l'existence d'un but ou d'un objectif que l'on cherche à atteindre. Le référent est lié aux objectifs poursuivis : "nous sommes dans l'ordre de la volonté, des valeurs, du choix"²²⁵. Le référent est l'ensemble des normes ou critères qui serviront de grille de lecture de l'objet à évaluer : c'est un modèle idéal articulant les intentions jugées significatives à partir d'un ou d'une pluralité de projets²²⁶. Il est la base de l'évaluation, dans la mesure où il représente le champ des attentes sociales : il définit la grille de lecture du réel et fixe les objectifs qui lui seront opposés ; c'est sur cette base que les écarts seront déterminés.

Bien sûr, il existe deux niveaux d'objectifs : les objectifs de l'action ou de l'objet évalué et ceux de l'évaluation elle-même. La détermination des objectifs rencontre quelques problèmes quel que soit le niveau de ces objectifs :

- Ils peuvent être implicites ou explicites, exprimés ou tus, ce qui ne facilite pas toujours leur identification et leur explicitation.
- Le niveau de généralité des objectifs est variable selon les objets et niveaux d'évaluation, mais se réfère souvent à des objectifs plus globaux (exemple : une action au sein d'une organisation a des finalités qui dépendent de celles poursuivies par l'organisation).
- Ces objectifs, enfin, sont un élément constitutif des rapports de pouvoir.

Outre les objectifs en fonction desquels on va évaluer, le référent doit être défini de telle sorte qu'il puisse être mis en relation avec le référé, donc permettre une comparaison avec les éléments factuels recueillis. Ce processus de spécification des critères, qui sont établis sur la base des objectifs, des contraintes de fait (ce que l'on veut effectivement mesurer) et des résultats (sous une forme quantitative et/ou qualitative) attendus, est donc essentiel au bon déroulement de toute évaluation.

Le référent est constitué d'un ensemble de références théoriques qui doivent être regroupées sous une approche systémique comme le suggèrent E. Auziol et M. Sodini²²⁷. Cette approche permet d'éviter un certain nombre d'écueils car elle se démarque du réductionnisme, où les acteurs ont tendance à décomposer le "tout" en ses parties pour l'évaluer, et d'un certain globalisme qui ne tient compte que du "tout" sans aborder le problème des parties. En effet, la systémique établit que "les éléments doivent être définis à la fois à partir de leurs caractères originaux, de leurs inter-relations, de l'organisation à laquelle ils participent et du tout auquel ils s'intègrent"²²⁸. Cette approche permet de prendre en compte aussi bien l'organisation interne que les relations avec l'environnement, au temps, aux évaluateurs,... dans le processus de construction du référent. Le système est bien composé d'une multitude d'éléments interreliés, c'est-à-dire que la modification d'un des éléments se répercute sur les autres, qui se trouvent alors à leur tour modifiés par ce changement.

Ce développement montre le rôle essentiel joué par le référent, donc par les indicateurs retenus servant de base à l'évaluation du réel observé. Cette grille de lecture n'est pas neutre dans la mesure où elle est fonction du système de valeurs de celui qui l'a construite. L'évaluateur se retrouve alors entre le prescripteur qui précise comment devrait être l'objet évalué et l'observateur qui dit comment est l'objet dans la réalité.

²²⁵ GIRARD, M., "Contrôler, évaluer, analyser les institutions d'enseignement", *Prospectives*, n°1, 1977, p. 12.

²²⁶ HADJI, C., *L'évaluation, règles du jeu. Des intentions aux outils*, op. cit., pp. 25-26.

²²⁷ AUZIOL, E., SODINI, M., "Approche méthodologique de l'évaluation d'un centre de prévention – Analyse de situation et démarche d'évaluation appliquées à l'Espace de Prévention des Cancers de Val d'Aurelle", mémoire en vue de l'obtention du DEA "Société, communication, nouveaux médias", oct. 1988, p.9.

²²⁸ ROSNAY (de), J., *Le macroscope*, Le seuil, 1975, 346 p.

Nous avons vu ci-dessus que l'évaluation est associée à des phénomènes de pouvoir, qui se traduisent dans ce modèle par la détention du référent, puisque celui qui le détient l'a bien souvent déterminé notamment en fonction des objectifs qui lui semblent prioritaires. D'autre part, cette même personne (ou groupe de personnes) a davantage de chances de pouvoir agir en utilisant ces résultats.

3.2.2 Le référé ou la représentation conventionnelle du réel

❖ *Qu'est-ce que le référé ?*

On se situe dans le réel, mais on le lit au travers d'une grille de lecture. On croit parler du réel, mais en fait on ne parle que de sa représentation. Le référé est ce qui sera retenu de l'objet évalué à travers une lecture par un référent, il est constitué de l'ensemble des observables jugés représentatifs de l'objet "lu"²²⁹.

Ce sont en fait les données de faits qui constituent les informations concrètes à partir desquelles l'évaluation est réalisée. En effet, il n'est guère possible d'évaluer sans réaliser au préalable un recueil de données, constitué de faits issus de la réalité : ce référé appartient à l'ordre "des représentations sur les faits". Afin d'être pertinentes au cours du processus, ces informations doivent cependant pouvoir faire l'objet d'une mise en relation avec des éléments de forme et de contenu semblables mais de statut différent : elles n'existent donc pas "à l'état naturel" et sont le produit d'un "processus de constitution plus ou moins long, plus ou moins explicite, plus ou moins observable".²³⁰

Nous n'avons jamais prise sur la réalité et il s'agit donc de définir des caractères permettant de l'appréhender, afin de construire une représentation de cette réalité qui prendra la forme d'indicateurs. Ces processus de production de connaissances soulèvent différents problèmes, en termes :

- *de degré et de moment d'explicitation de ce processus* : une construction d'indicateurs prendra plus de temps mais offrira un caractère plus proche de la réalité évaluée grâce à des instruments "faits sur mesure" que si l'on utilise des indicateurs existants, certes immédiats mais ne permettant pas d'enrichir l'information,
- *de nature des indicateurs*, qui introduisent un schéma de lecture du réel forcément réducteur puisqu'il n'est pas possible d'appréhender la réalité dans sa totalité,
- *de conditions de détermination de ces indicateurs* : il semble exister une liaison assez forte entre le processus de détermination des indicateurs de la réalité à identifier et le processus de détermination des objectifs pris en compte pour l'évaluer.²³¹

Ces indicateurs ont deux caractères : la représentativité de la réalité à évaluer - on trouve aussi les termes de pertinence et d'adéquation – et leur capacité à produire de l'information sur cette réalité c'est-à-dire qu'ils doivent être accessibles, tangibles, repérables.

Les instruments de ce processus peuvent prendre la forme d'un recueil de données existantes (bilans, rapports, ...), d'observations in situ, de questionnements auprès des acteurs (questionnaires, entretiens, groupes de travail) ou d'expérimentations et de situations de mises à l'épreuve.

²²⁹ HADJI, C., *L'évaluation, règles du jeu. Des intentions aux outils*, op. cit., pp. 25-26.

²³⁰ Ibid, pp. 65-66.

²³¹ BARBIER, *L'évaluation en formation*, op. cit. pp. 67-69.

Une première interaction entre évaluateur(s) et évalué(s) se fait au cours du processus de recueil de l'information, pouvant générer des attitudes et des stratégies variées en fonction des conditions de détermination des objectifs et des conséquences attendues de l'évaluation.

Signalons que l'opération de mesure, en sa qualité de processus descriptif, est parfois considérée comme "un simple préalable de l'évaluation" faisant partie des opérations de constitution du référé, l'opposant alors à un acte "complet" d'évaluation qui fait intervenir "autre chose que des faits".²³² C'est entre autres l'avis de L. Pelletier pour qui "mesurer n'est pas évaluer"²³³ considérant son action comme plus limitée en une forme de traitement de l'information qui facilite les comparaisons et applications.

❖ Pourquoi un référé ?

On ne peut jamais concevoir la complexité du réel. R. Jolivet définit le réel comme "l'ensemble des choses actuellement existantes, considérées dans leur être et leur caractère objectif"²³⁴. Le réel est "ce qui est véritablement", ce qui signifie que d'un point de vue logique, il s'oppose au "possible" aussi bien qu'au "nécessaire". Du point de vue de notre perception du monde, le réel s'oppose à "l'apparent".²³⁵

*"Notre idée quotidienne, conventionnelle, de la réalité est une illusion que nous passons une partie substantielle de notre vie à étayer, fût-ce au risque considérable de plier les faits à notre propre définition du réel, au lieu d'adopter la démarche inverse. De toutes les illusions, la plus périlleuse consiste à penser qu'il n'existe qu'une seule réalité. En fait ce qui existe, ce ne sont que différentes versions de celle-ci dont certaines peuvent être contradictoires"*²³⁶. Dans les faits, il n'existe pas une seule réalité telle que notre propre conception des choses nous pousse à le croire (on ne conçoit les choses que de la façon dont on voit la réalité soi-même). On se situe donc dans le champ complexe de la formation du réel. Ainsi, le référé représente une réalité construite par opposition à une réalité donnée.

La perception d'un événement ou d'une situation dépend d'un certain nombre de facteurs : le stimulus déclenche le processus, mais notre vision de ce fait réel est également largement influencée par nos expériences passées et notre vécu (personnel et social) actuel. En fait, ce que l'on ne voit pas participe activement de la compréhension de ce que l'on voit : l'interprétation ne se limite pas à la perception d'un contenu manifeste, mais elle se nourrit également de sa confrontation avec les attentes des acteurs et leurs savoirs antérieurs.

Le référé permet donc d'obtenir une représentation du réel. Néanmoins, par ce référé, il faut éviter de tomber dans le "fétichisme de la représentation", ce qui correspond à dire que l'on "prend l'image pour de vrai"²³⁷. Les indicateurs, tout comme les images, suggèrent une représentation du monde mais restent une représentation symbolique de la réalité. Ils ne sont qu'une reproduction, plus ou moins réussie, d'un fragment de réel, et non le réel. Cette reproduction du réel ne doit pas devenir la réalité car entre les deux il y a différentes visions qui transfigurent cette réalité : la vision de l'évaluateur, la vision des acteurs et la vision du public ou des bénéficiaires. L'évaluateur qui définit le référé possède sa propre grille d'interprétation des faits et de la réalité qui influence sa vision du réel. Dès lors, on ne peut plus parler d'objectivité

²³² Ibid, p. 65.

²³³ PELLETIER, L., "La notion d'évaluation", *Education permanente*, n°9, 1971, p. 10.

²³⁴ JOLIVET, R., *Vocabulaire de la philosophie*, Ed. Emmanuel Vitte, p. 172.

²³⁵ JULIA, D., in *Dictionnaire de la philosophie*, Larousse, 1984.

²³⁶ WATZLAWICK, P., *La réalité de la réalité. Confusion, désinformation, communication*, op. cit., p.7.

²³⁷ NINEY, F., "Prises de vues réelles, images factices", *Traverses*, n°47, nov. 1989, p. 151.

et les indicateurs introduisent des biais provoqués par cette culture et ce passé qui orientent la lecture des événements. De même, l'évalué ou tout lecteur d'un rapport d'évaluation ne lit pas les indicateurs de la même façon puisque le passé de chacun influence sa perception des choses.

Réel et représentation appartiennent à une même réalité mais pas au même champ : l'un est la réalité, l'autre essaie de s'en rapprocher au maximum, afin de donner l'illusion de pouvoir saisir cette réalité telle qu'elle est et donc de la rendre encore plus fidèlement. Néanmoins cette réalité est beaucoup trop complexe pour être schématisée : il restera toujours un écart.

3.2.3 L'évaluation ou la confrontation référent/référé

L'acte évaluatif repose donc sur trois éléments :

- un énoncé prescriptif (*ce que j'attends ou espère de l'objet évalué, ce qu'il doit atteindre*),
- un énoncé observatif (*la description de l'objet (réel) tel que je le vois*),
- un énoncé évaluatif (*appréciation portée sur l'objet évalué*), qui vont de la fixation d'objectifs jusqu'à l'appréciation de leur atteinte²³⁸.

L'évaluation a lieu au moment de la mise en évidence des écarts entre référé et référent, permettant de faire émerger du sens et de l'interprétation : "l'évaluation, ce n'est pas prendre de l'information, c'est échanger de l'information pour faire surgir du sens"²³⁹ en termes d'utilité, de qualité, de valeur, de signification dans une conjoncture et un contexte bien précis, et en gardant à l'esprit que le processus d'évaluation élaboré a fixé une réalité parmi un réel beaucoup plus complexe et en mouvement permanent. Ainsi, il n'y a pas d'évaluation tout à fait objective, et les décisions qui en découlent intègrent cette part de subjectivité.

L'évaluation repose donc sur une comparaison objective et subjective, explicite et implicite entre un réel et un souhaité. L'interprétation qui en est faite est réalisée non seulement dans un contexte mais également face à des situations où prévalent des contingences en termes de perception et reconnaissance d'un écart entre les réalités observées et les valeurs et normes de l'évaluateur.

La perception d'un écart jugé comme trop grand amène le ou les acteur(s) à réagir de plusieurs façons²⁴⁰ :

- Faire naître le besoin de vouloir réduire cet écart, en faisant porter son action soit sur les éléments du réel (en le modifiant et en le faisant évoluer vers le souhaité), soit en intervenant sur les normes et les valeurs (c'est-à-dire en les ajustant).
- Justifier la situation constatée en la rationalisant ou en évacuant le problème hors de sa sphère de compétence ou de responsabilité.

La causalité linéaire et simple reliant fins et moyens ou problèmes et solutions n'existe pas, puisqu'il existe une rationalité contextuelle et des valeurs qui introduisent un biais dans ce processus d'interprétation, sans oublier les pressions diverses, inhérentes à la situation d'évaluation, en termes sociaux, de temps, de stress,... L'ambiguïté est donc un élément jouant un rôle dans les phénomènes organisationnels, notamment au cours de processus de décision. D'autres éléments ont leur importance au cours de ce processus tels que la complexité des problèmes, les enjeux généralement importants, le caractère non univoque des buts poursuivis par un système et ses différents acteurs. En bref, "*l'acte individuel d'évaluation comporte de*

²³⁸ HADJI, C., *L'évaluation, règles du jeu. Des intentions aux outils*, op. cit., p. 29

²³⁹ ARDOINO, J., in *Pour*, n°56, p. 35, cité par BARBIER, J. M., *L'évaluation en formation*, op. cit., p. 82.

²⁴⁰ VEROT, P., *L'analyse des processus dans les établissements pour personnes âgées. De l'évaluation à l'accréditation*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Jean Moulin Lyon III, 28 mars 1997, p. 228.

*nombreux biais découlant de l'idiosyncrasie de l'acteur ou de sa structure psychocognitive, et l'acte collectif de jugement évaluatif comporte quant à lui des biais trouvant leur origine d'une part dans la complexité intrinsèque des situations visées par les politiques [sociales ou de santé], et d'autre part dans la structure politico-sociale des milieux étudiés."*²⁴¹

Quelles que soient les subjectivités introduites, l'évaluation s'appuie donc sur cet acte de confrontation entre une représentation du réel, le référé, et un idéal visé, le référent. L'objectif poursuivi s'inscrit dans une logique d'amélioration, voire parfois de changement radical, afin de déterminer les écarts mis en évidence entre la situation et les objectifs. Dès lors, parler d'évaluation fait référence implicitement aux théories du changement. Néanmoins, la démarche rencontre des obstacles et des limites.

4 OBSTACLES ET LIMITES

⇒ Les obstacles rencontrés lors de la mise en place d'une démarche d'évaluation

Le problème principal concernant l'évaluation *"n'est pas tant celui de son extension que celui de son acceptation, comme c'est le cas de tout phénomène nouveau qui bouleverse les habitudes et qui est susceptible d'être perçu comme risquant de mettre en question des situations établies"*²⁴². Ainsi, la mise en place de la démarche d'évaluation rencontre des obstacles.

Un premier obstacle est "l'existence de représentations inhibitrices"²⁴³ : chez beaucoup d'individus, l'évaluation est toujours associée à la notion de mesure, de quantification et de contrôle. Le changement dans les pratiques d'évaluation et ce passage du normatif au critérié suppose un changement de mentalités, conditionnées par de nombreux facteurs culturels, sociaux et idéologiques.

D'autre part, on note aujourd'hui la relative insuffisance des savoirs quant à la mise en place de démarches d'évaluation formalisées et l'insuffisance des connaissances pouvant fonder l'interprétation ; ces aspects font appel à la capacité des acteurs à imaginer et à mettre en œuvre des correctifs et des évolutions quant à leurs pratiques actuelles. Il faut développer chez les acteurs à la fois leur volonté de changer mais aussi leur capacité à imaginer des solutions novatrices et adaptées. Le risque est de "s'auto-limiter"²⁴⁴. C'est pourquoi le savoir relatif à l'évaluation doit désormais être développé. L'évaluation doit encore s'expérimenter pour s'enrichir, et il semblerait judicieux de l'acculturer comme une dimension normale et obligatoire de toute activité.

N'oublions pas non plus la difficulté que représente la complexité croissante de notre société et des organisations qui la composent. Evaluer les organisations devient plus compliqué, face à une demande en perpétuelle évolution et dans un contexte en mutation.

Face à ces obstacles, les récents développements de l'évaluation tendent vers une implication et une participation plus grande de l'évalué dans le processus d'évaluation. En outre, on s'oriente

²⁴¹ Ibid., p. 230.

²⁴² STEUDLER, F., "L'évaluation : mode ou raison", op. cit., p. 285.

²⁴³ HADJI, C., *L'évaluation démythifiée*, op. cit., p. 20

²⁴⁴ Ibid., p. 22.

vers une démarche de recherche de sens. Les acteurs, se trouvant alors confrontés à des scénarios encore méconnus pour eux, vont tenter de donner du sens à la situation en s'appuyant sur leurs expériences antérieures. Avant d'y impliquer les acteurs, il semble nécessaire de les former.

⇒ Les limites rencontrées par l'évaluation

Les réflexions faites lors d'expérimentations d'évaluation sur le terrain et les articles à ce sujet, notamment dans la littérature nord-américaine²⁴⁵ ont fait état de plusieurs critiques à l'encontre de cette pratique, parmi lesquelles on peut citer les suivantes, considérées comme les principales :

- la difficulté décisionnelle résultant de la pratique évaluative,
- la dépendance des conclusions à l'égard de l'évaluateur et de son point de vue, puisqu'elles sont fonction des choix effectués en termes de méthodologie, des techniques de recueil et de traitement des données, des techniques d'agrégation des résultats, et de son analyse,
- le risque d'obsolescence des situations étudiées, cette pratique demandant un certain délai au cours duquel l'objet étudié subit un certain nombre de mutations, qui ne permettrait pas toujours de retenir la bonne décision finale.

En outre, il ne faut pas tomber dans le piège de réduire la question de l'évaluation à celle des indicateurs : leur formulation n'est "qu'une étape parmi d'autres de la construction d'un dispositif d'évaluation"²⁴⁶. Même avec de bons indicateurs, on ne peut pas cerner la réalité d'une manière totalement objective et rationnelle, et l'interprétation reste toujours nécessaire. Cette "fascination pour les indicateurs" risque même d'aller à l'encontre du développement d'une véritable culture de l'évaluation dans les organisations²⁴⁷.

De plus, beaucoup d'indicateurs se contentent de vérifier si les actions ont été réalisées ou non, mais peu apprécient les effets de ces actions (coûts, délais, réclamations,...). Les deux ne doivent pas être confondus. Les indicateurs d'action ne permettent pas d'en apprécier les effets. Les indicateurs d'action permettent en effet davantage de contrôler que des actions ont été accomplies plutôt que de les évaluer²⁴⁸.

Ensuite, l'évaluation reste infiltrée d'arbitraire dans le sens où, pour pouvoir évaluer, il faut fixer des critères et faire des choix pour lire la réalité. Ainsi, un écueil est à éviter dans toute pratique évaluative : celle de prendre les résultats donnés par l'outil comme la réalité organisationnelle ou pour une représentation conforme de cette réalité. L'aspect subjectif et interprétatif ne doit pas être occulté afin de garder à l'esprit qu'il ne s'agit que d'une représentation du réel, influencée par "les lunettes" de l'évaluateur. L'évaluation n'est jamais neutre.

L'évaluation doit permettre d'aboutir à la rédaction d'un dispositif, c'est-à-dire à un "outil structuraliste" utile pour rendre lisibles les pratiques. Cet outil d'explicitation reste comme une "partition" donnée à partir de laquelle celui qui la reçoit doit improviser : "on sait bien que jamais le dispositif ne permettra de refaire exactement la même chose. Il oriente mais ne dicte pas."²⁴⁹

²⁴⁵ cf. PATTON, M. Q., *Qualitative evaluation methods*, Sage publication, New York, USA.

²⁴⁶ DEJEAN, J., BOURASSIN, V., MORTREUX, K., "Culture de l'évaluation et fascination pour les indicateurs", op. cit., p. 163.

²⁴⁷ Ibid, p. 164.

²⁴⁸ Ibid., p. 172.

²⁴⁹ VIAL, M., *Organiser la formation : le pari sur l'auto-évaluation*, Paris, L'harmattan, 2000, p. 9.

En outre, cette notion de "dispositif" effraie souvent les protagonistes, d'autant plus qu'elle appartient au vocabulaire juridique de par sa signification "d'énoncé final après un jugement". C'est "un algorithme qui se veut efficace pour obtenir un but, atteindre un objectif" et de ce fait "un ensemble cohérent de moyens rationnellement organisés pour obtenir ce qu'on veut de l'autre" : c'est un outil de fabrication²⁵⁰. Il se situe dans un schéma moyens-fins, et connote une idée de contrôle, réduisant la relation humaine à des engrenages et des relations de forces s'enclenchant les unes sur les résultats des autres, dans une série de causalités en cascade. Cette anticipation en une suite ordonnée d'actes établis pour réussir prévoit des rôles à tenir, des buts à atteindre et des chemins pour y arriver qui soient les plus courts possibles ; mais il ne tient pas compte des particularités des acteurs. Or, ce n'est pas parce qu'on impose une manière de faire aux acteurs que ceux-ci vont s'y conformer.

L'évaluation a des effets sur le plan technique (planification d'actions, production de nouvelles représentations des projets, de nouvelles méthodes) mais également affectif : des acteurs de l'organisation sont concernés et peuvent exprimer un sentiment de satisfaction ou d'insatisfaction suite à une évaluation, sa méthodologie et ses résultats.

Etant donné les évolutions dans les organisations et les demandes de participation de plus en plus fréquentes de l'ensemble des acteurs, l'évaluation doit leur permettre de se représenter les objectifs, c'est-à-dire ce que l'on attend d'eux, mais également des procédures et processus préférentiels à mettre en place pour y arriver. Il nous semble plus pertinent de les intégrer au maximum à la démarche.

5 CONCLUSION SUR LE CONCEPT D'EVALUATION

L'évaluation apparaît comme un concept en évolution constante, comme l'ont montré ses quatre dimensions historiques. En effet, afin de s'adapter aux organisations, à leur complexité et à leurs évolutions, le concept et sa mise en œuvre n'ont cessé de s'enrichir au fil des années.

En fait, il est difficile aujourd'hui de parler d'une évaluation face à la multidimensionnalité dont elle fait preuve et aux différentes formes possibles qu'elle peut prendre :

- Implicite, spontanée ou instituée.
- A référence normative ou à référence critériée.
- Diagnostique, prédictive, sommative ou formative.

Nous lui préférons le terme d'évaluations (au pluriel), démontrant la richesse du concept.

Nous retiendrons comme définition que *l'évaluation est un processus de prise d'informations, basé sur la confrontation d'une lecture de la réalité avec un idéal souhaité, qui doit permettre de prendre des décisions et donc d'améliorer l'action.*

Ses objectifs sont au nombre de quatre :

- une contribution à l'avancement des connaissances,
- un outil d'aide à la décision,
- un outil de négociation,
- un outil de régulation.

²⁵⁰ Ibid., pp. 27-28.

Ainsi, même si la démarche est variable en termes de forme, d'outils, de moment, de contexte et de contenu, elle s'inscrit au service d'une construction de sens. Il apparaît que l'évaluation, quelle que soit sa mise en application, résulte toujours d'une confrontation entre un référent, traduisant les objectifs à atteindre et donc un idéal souhaité, et un référé, représentant la réalité traduite sur la base des indicateurs énoncés dans le référent. C'est au moment de la mise en évidence des écarts que le sens et l'interprétation émergent. L'évaluation repose donc sur une comparaison objective et subjective, explicite et implicite entre un réel et un souhaité, dont l'objectif s'inscrit dans une logique de changement.

Aujourd'hui, le concept d'évaluation semble devoir s'enrichir à nouveau, avec l'apparition d'une nouvelle forme cherchant à intégrer la multiplicité des perceptions d'une même réalité organisationnelle grâce à l'implication et à la participation de l'ensemble des acteurs : c'est la naissance et le développement de l'auto-évaluation.

Section 2 : L'auto-évaluation, une forme particulière d'évaluation

*Dès que l'homme réfléchit, dès qu'il n'est plus
entraîné par le premier désir et par les lois inaperçues
de l'instinct, toute équité, toute moralité devient en un sens
une affaire de calcul, et sa prudence est dans l'estimation du plus ou du moins.*

É. DE SENANCOUR, Oberman, I.

*N'applique point à la vérité l'œil seul,
mais tout cela sans réserve qui est en toi-même.*

CLAUDEL, Connaissance de l'Est.

Au-delà des théories savantes sur la stratégie d'une organisation, son élaboration repose, selon J.P. Claveranne, sur deux sources d'information²⁵¹ :

- *Une bonne connaissance du terrain* : les acteurs ont alors un rôle clé à jouer. Impliqués quotidiennement, ils connaissent le terrain et sont confrontés chaque jour à ses aléas et à ses dysfonctionnements.
- *Une bonne appréciation de ses propres forces, faiblesses et potentialités* : la participation sus-mentionnée des acteurs est un atout pour qu'ils cernent davantage leurs forces, leurs faiblesses et leurs potentialités, en lien avec les autres acteurs.

Il ne semble dès lors plus possible de séparer stratégie et opérationnalité.

En outre, l'évaluation, telle que nous venons de la définir, fait apparaître la nécessité pour la décision de s'appuyer sur un projet commun, partagé et affiché, fondé sur l'observation des attentes et des besoins du terrain, associant les acteurs au maximum.

Ces appréciations introduisent l'intérêt d'une auto-évaluation, qui associe méthodologie d'évaluation et implication des acteurs dans le processus de collecte d'informations et de prise de décisions.

L'auto-évaluation est un concept novateur encore peu développé. Les deux champs où elle est présente sont les sciences de l'éducation et le champs de la santé où ce concept a émergé en 1996 avec la mise en place de l'accréditation. L'analyse qui suit fait donc peu référence à la littérature classique : les éléments proviennent d'une analyse des écrits disponibles sur le sujet et témoignent du manque de réflexion actuel sur le concept.

Dans un premier temps, partant du constat que le concept se définit par une pratique, nous avons cherché à faire le tour des pratiques professionnelles existantes²⁵² afin de comprendre la technologie sous-jacente et de tenter de définir le paradigme dans lequel l'auto-évaluation s'inscrit.

Puis nous avons cherché à inscrire ce concept dans l'évaluation, avant de le modéliser et d'en expliquer les aspects essentiels de la méthodologie et de la mise en pratique. Enfin, nous concluons sur les enjeux et les limites que ce concept rencontre.

²⁵¹ CLAVERANNE, J. P., "Conduite stratégique de l'organisation et gestion du changement", op. cit., p. 25.

²⁵² Les développements s'appuient sur un ensemble d'expériences ayant trait à l'auto-évaluation afin de pouvoir éclairer la démarche :

- L'outil d'auto-évaluation de la qualité en EHPA et son guide d'accompagnement, résultat du travail d'un groupe réuni dans le cadre de la mission MARTHE - Mission d'Appui de la Réforme de la Tarification d'Hébergement en Etablissement – composé de représentants des services de l'Etat, des Conseils Généraux, de l'Assurance Maladie, de responsables et professionnels d'établissements tant du secteur public que privé et de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.
- Le guide d'auto-évaluation et d'accréditation élaboré par l' ANAES.
- Un guide d'auto-évaluation élaboré par l'Association des Résidences pour Retraités du Québec.
- Un cahier d'auto-évaluation élaboré par la Coalition Canadienne des Réseaux d'Affaires dans le cadre des alliances stratégiques ou des réseaux d'affaires.
- Le guide d'auto-évaluation du contrôle de gestion à l'usage des administrations de l'Etat, qui a été conçu par un groupe de travail interministériel animé par la direction du budget avec la participation de la direction générale de la comptabilité publique et de la délégation interministérielle à la réforme de l'Etat.
- Le guide d'auto-évaluation développé par l'EFQM (European Foundation for Quality Management).
- Des expériences d'auto-évaluation menées dans le cadre de l'accréditation.
- Des écrits relatifs à l'auto-évaluation dans les sciences de l'éducation, notamment développés par M. Vial et J. Cardinet.

1 L'ANALYSE D'UNE PRAXIS

L'auto-évaluation est un concept qui se définit par une pratique. En effet, elle a été mise en œuvre dans les pratiques professionnelles sans réelle réflexion préalable : au lieu d'une analyse forte et avancée, il n'existe que des débats qui portent sur de la technique ou de l'outillage, au mieux sur de la méthode.

Le paradigme dans lequel elle s'inscrit n'est jamais posé. Nous avons donc analysé la *praxis*, c'est-à-dire le champ des possibles déterminé par les différentes pratiques, afin de déterminer l'ensemble des possibilités offertes. Nous verrons cependant que ce champ des possibles est limitant.

Notre idée est de mettre en évidence la "techno-logique" sous-jacente.

1.1 L'AUTO-EVALUATION : UN CONCEPT RECENT EN GESTION

L'auto-évaluation est un concept développé récemment. Au cours de nos recherches, la référence la plus ancienne que nous ayons trouvée dans la littérature gestionnaire remonte à 1982, dans un article prônant l'auto-évaluation comme un moyen d'améliorer et de perfectionner l'aptitude, la capacité et le savoir-faire des entreprises dans la fonction marketing. La conception de l'auto-évaluation est alors éloignée de celle que nous développerons ci-après : *"il est important, pour la direction d'une entreprise, de mettre en œuvre, pragmatiquement et méthodiquement, un programme interne d'auto-évaluation qui n'est autre qu'un outil de direction et de contrôle, permettant, à l'aide de grilles d'analyse appropriées, de mettre en relief les améliorations, accroissements d'efficacité et perfectionnements susceptibles d'être apportés aux différentes activités du ressort de la fonction marketing"*²⁵³. Il s'agit alors d'un "outil managérial d'auto-diagnostic"²⁵⁴ cherchant une meilleure efficacité de la fonction marketing.

De cette époque et de cette définition, le concept d'auto-évaluation conserve les notions de programme interne, d'outil, de grilles d'analyse mais surtout de recherche d'une *amélioration* et d'un perfectionnement. Déjà, on parle d'*outil d'auto-diagnostic* cherchant à indiquer les "*performances*" mais aussi à apprécier les accroissements des performances qui résulteraient éventuellement des mesures ou actions qui auraient été prises au cours d'une période de temps recouvrant un certain nombre d'auto-diagnostics successifs²⁵⁵. L'auto-évaluation s'inscrit alors bien comme une démarche récurrente devant permettre la mise en place d'un plan d'actions d'amélioration.

Par contre, l'application actuelle du concept "s'éloigne" des notions *d'outil de direction et de contrôle* et cherche au contraire à impliquer et à favoriser une participation très large des acteurs de tous les niveaux de l'entreprise au cours de l'élaboration du diagnostic et des décisions qui en découlent.

²⁵³ LEVY, M., "L'audit marketing - une méthode d'auto-évaluation", *Direction et gestion des entreprises*, n°4, juillet-août 1982, p. 33.

²⁵⁴ Ibid, p. 34.

²⁵⁵ Ibid, p. 34.

1.1.1 Vers une définition du concept

Afin de définir le concept d'auto-évaluation, nous nous sommes appuyée sur les réflexions menées dans les différents domaines.

F. Petit définit l'auto-évaluation dans un mémoire de troisième cycle audit – contrôle de gestion comme suit : "Le processus d'auto-évaluation consiste à réunir dans le cadre d'un atelier de travail un groupe de personnes travaillant ensemble dans un même département ou sur un même processus. Sous la direction d'un ou deux auditeurs internes qui jouent le rôle de facilitateurs, le groupe identifie les points forts et les points faibles du département ou du processus audité, analyse sa capacité à atteindre les objectifs et décide des actions correctives à apporter"²⁵⁶. Toujours dans le cadre de l'audit interne, L. Arnaudo définit l'auto-évaluation comme "un procédé formel et documenté au cours duquel les acteurs (management et staff) d'un processus évaluent ensemble dans le cadre d'un atelier de travail son efficacité et la capacité à atteindre tout ou partie des objectifs opérationnels. Cette évaluation leur permet ensuite d'identifier les actions correctives"²⁵⁷.

Pour Tito Conti, l'évaluation est entendue par rapport à "la capacité de l'entreprise de remplir ses missions et d'atteindre ses objectifs, en particulier de s'adapter aux changements de scénarios, tout en maintenant et en améliorant sa position concurrentielle". Elle vise donc à "identifier de façon systématique et suivant une périodicité définie, les faiblesses pouvant faire obstacle à la croissance compétitive de l'entreprise, afin de planifier dans le cadre des objectifs de performance, les objectifs d'adaptation des capacités et des compétences défaillantes". Pour cet auteur, lorsque l'on parle d'auto-évaluation (*self-assessment*) et d'auto-diagnostic, cela ne signifie pas seulement que l'entreprise fasse appel à ses propres ressources car il est rare qu'elle soit en mesure de découvrir par elle-même ses propres défauts. Cela signifie également que dans le même temps, l'entreprise est à la fois "sujet actif et objet de l'évaluation".²⁵⁸

Dans le cadre des sciences de l'éducation, l'auto-évaluation est définie en individuel comme un "système permettant à l'élève ou l'étudiant de vérifier la qualité de ses performances sans l'intervention du professeur"²⁵⁹. On y associe les termes d'évaluation par l'étudiant, d'auto-critique, d'auto-observation et d'auto-contrôle. Pour un organisme, aucune définition n'est fournie. Seul le terme évaluation interne y est associée. M. Vial écrit au sujet de l'auto-évaluation en formation : "L'auto-évaluation n'est pas qu'un auto-contrôle, c'est aussi un auto-questionnement."²⁶⁰

Dans le champ sanitaire et social, l'ANAES définit l'auto-évaluation comme l'étape clé de la procédure d'accréditation puisqu'elle "permet à l'établissement de santé de réaliser son diagnostic qualité, donc de définir puis de mettre en œuvre sa politique d'amélioration continue de la qualité"²⁶¹.

La mission MARTHE²⁶² a déterminé un outil et une méthodologie d'auto-évaluation pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPA). Elle le définit comme une "démarche interne participative, temps essentiel de l'amélioration continue de la qualité",

²⁵⁶ PETIT, F., cité par JOUFFROY, M., "L'auto-évaluation : du chemin au boulevard", *Audit*, n° 155, juin 2001, p. 31.

²⁵⁷ ARNAUDO, L., "L'auto-évaluation, une démarche innovante", *Audit*, n° 148, février 2000, pp. 28-29.

²⁵⁸ CONTI, T., *L'autodiagnostic de l'entreprise – L'auto-évaluation : un moyen efficace pour atteindre l'excellence*, p. 11.

²⁵⁹ Centre de Documentation Collégiale, Eduthes, thésaurus de l'éducation.

²⁶⁰ VIAL, M., *Organiser la formation : le pari sur l'auto-évaluation*, op. cit., p. 10.

²⁶¹ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ, Direction de l'accréditation, *Préparer et conduire votre démarche d'accréditation. Un guide pratique*, op. cit., p. 17.

²⁶² Mission d'Appui de la Réforme de la Tarification d'Hébergement en Établissement.

précisant qu'elle pourra être complétée par une évaluation externe réalisée par des intervenants extérieurs.²⁶³

D'autres offrent une vision différente de l'auto-évaluation, plus réductrice, ne la considérant que comme un outil ou une approche et non une démarche à part entière. En effet, L. Arnaudo, "audit manager – quality" chez Alcatel, inscrit une auto-évaluation, basée sur des ateliers interactifs, au même plan qu'une revue analytique, un test de cheminement, un test de détection, un entretien individuel ou des outils comme le benchmarking²⁶⁴. Il associe alors la forme de l'auto-évaluation avec un questionnaire "interne" complété par l'auditeur lors de ses entretiens avec les opérationnels, un questionnaire "externe" envoyé par l'auditeur interne aux opérationnels, ou avec des "ateliers interactifs". La vision développée ici de l'auto-évaluation nous paraît réductrice et axée simplement sur la notion de risques et de contrôle, l'idée étant d'identifier les risques majeurs de ne pas atteindre les objectifs et de déterminer un plan d'actions en fonction des contrôles déjà en place et ceux manquants²⁶⁵. Dans cette approche, les acteurs ne sont consultés que sur des aspects parcellaires de l'organisation (les risques), sans être associés à une démarche plus globale.

Dans la pratique, l'auto-évaluation est donc considérée :

- Parfois comme un *outil*, que ce soit pour vérifier la qualité existante, établir un diagnostic des points forts et des points faibles et/ou dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité. Dans cette optique, c'est un moyen de relire des activités en les mettant en relation.
- Le plus souvent comme une *démarche* d'évaluation, qui associe les acteurs d'une organisation dans un auto-questionnement et/ou un diagnostic concernant les forces et les faiblesses de l'organisation, dans l'optique d'identifier et de décider des actions correctives à mettre en place. C'est alors un moment, un temps de l'amélioration continue de la qualité.

Notre perception de l'auto-évaluation associe un certain nombre des éléments précisés dans les différentes définitions ci-dessus. Nous retiendrons que ***l'auto-évaluation est une démarche, permettant d'établir un diagnostic d'une organisation ou d'un réseau, dont l'objectif est d'identifier des actions d'amélioration de l'existant et qui s'inscrit dans une démarche globale d'amélioration continue de la qualité.***

La démarche est participative et permet une réflexion collective et multiprofessionnelle face à des objectifs déterminés, qui débouche sur un plan d'actions. L'organisation est alors sujet actif et objet de l'évaluation.

L'auto-évaluation est selon nous une forme d'évaluation qui s'inscrit tout à fait dans la définition que nous en avons donné plus tôt. C'est :

- *un processus de prise d'informations* : la démarche vise à dresser un état des lieux initial pour établir les points forts et les points faibles de l'ensemble de l'organisation afin de détecter les améliorations à mettre en place sur la base des informations recueillies au cours du processus ;
- *basé sur la confrontation d'une lecture de la réalité avec un idéal souhaité* : les acteurs confrontent leurs représentations de la réalité avec un ensemble de critères et d'objectifs qui correspondent bien à un idéal à atteindre ;
- *qui doit permettre de prendre des décisions et donc d'améliorer l'action* : sur la base de la confrontation des points de vue et suite aux résultats de la démarche, la finalité de l'auto-

²⁶³ Guide d'accompagnement de l'outil d'auto-évaluation de la qualité en EHPA, Application ANGELIQUE (Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de Qualité pour les Usagers des Etablissements)

²⁶⁴ ARNAUDO, L., "L'auto-évaluation, une démarche innovante", op. cit., p. 28.

²⁶⁵ "La prise de conscience de l'existence des risques et des contrôles est améliorée et la compréhension des buts et objectifs en sort renforcée", in Ibid., p. 30.

évaluation s'inscrit clairement dans une recherche d'amélioration qui se concrétise par des actions à mettre en œuvre.

Inscrite dans le quatrième stade de l'histoire de l'évaluation tel que défini par Guba et Lincoln, l'auto-évaluation offre une réelle possibilité de participation et de négociation de l'ensemble des acteurs concernés, dans la mesure où ils sont à la fois acteurs et évaluateurs.

Elle s'inscrit non seulement dans l'idée préalablement développée qu'il ne peut y avoir d'amélioration de la qualité sans évaluation, autrement dit sans analyse de l'existant puis des résultats obtenus, mais aussi dans celle qu'elle ne sera durable que si les acteurs concernés sont impliqués. C'est pour cette raison que les démarches mises en place définissent une auto-évaluation initiale puis périodique, selon des délais variables en fonction des organisations et des secteurs concernés.

1.1.2 Auto-évaluation, auto-contrôle et audit interne

Dès lors que l'auto-évaluation s'avère être une forme d'évaluation, elle est à distinguer du contrôle et de l'audit comme nous l'avons vu précédemment.

En effet, au-delà des aspects considérés préalablement, cette démarche s'éloigne encore davantage du **contrôle** de par son aspect participatif. En effet, l'implication des acteurs et leur rôle d'évaluateurs tout en étant évalués l'éloignent de la notion de contrôle et de sanction, ces derniers étant dévolus à la hiérarchie. En outre, l'auto-contrôle s'appuie sur les notions de contrôle, de bilan, de mesure et de vérification des actions et des acquis, tandis que l'auto-évaluation cherche à déterminer des actions d'amélioration sur la base d'un existant. L'auto-évaluation s'appuie ainsi sur l'idée que normes et procédures rigides ont pour effet de limiter très fortement la souplesse d'exécution et d'organisation et l'initiative.

De même, la tentation est forte d'associer auto-évaluation et **audit interne**. Pourtant, même si des convergences existent entre les deux méthodes en termes de méthodologies ou de fondements, il existe de réelles spécificités notamment en termes de valeurs associées aux deux concepts.

Les deux démarches utilisent un mode d'instrumentation relativement proche, en termes de référentiel axé sur les processus, et ont toutes deux des finalités de recherche de dysfonctionnements pour y remédier, sans jugement sur les personnes, l'évaluation concernant les pratiques et les systèmes. Ces démarches sont destinées à "alimenter des actions de progrès, fortement nourries de méthode, fondées sur des faits, visant à l'objectivation"²⁶⁶.

Pourtant, chacune de ces deux démarches a des spécificités propres que l'on peut résumer dans le tableau suivant²⁶⁷ :

²⁶⁶ CHAPLAIN, J.-M., "La réalisation de grands chantiers en commun devient souhaitable", *Audit*, n°153, février 2001, p. 14.

²⁶⁷ inspiré de CHAPLAIN, J.-M., op. cit., pp. 14-15 et par HOSPICES CIVILS DE LYON, "Auto-évaluation – Une démarche située par rapport aux enjeux de la politique qualité et de la procédure d'accréditation", juin 2000, p. 44.

Tableau 4 : Tableau comparatif entre l'auto-évaluation et l'audit interne

Auto-évaluation	Audit interne
<ul style="list-style-type: none"> - Qualité : héritage du monde de la production industrielle. - Un outil au service de tous les acteurs, y compris les opérationnels, - construite autour de la notion de satisfaction du client ou de l'utilisateur. 	<ul style="list-style-type: none"> - Héritage des domaines financiers et comptables. - Un outil de l'actionnariat et du conseil d'administration, - construit autour des concepts de contrôle interne et de management des risques.
<p>➤ Faire évaluer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'atteinte des objectifs - Par des professionnels directement concernés par le processus. <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un échange entre professionnels - Etayé par des preuves - Avec des recherches complémentaires. 	<p>➤ Faire vérifier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le respect des procédures - Par une équipe (restreinte) extérieure au processus. <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une visite d'audit (interviews, analyses documentaires, observations) - Puis un échange entre auditeurs pour confronter les observations.
<ul style="list-style-type: none"> - Démarche aux vertus de motivation et de participation des acteurs. - Mise en œuvre par les acteurs. - Caractère régulier, périodique, voire continu de l'évaluation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Forme de contrôle interne, vécu comme une contrainte nécessaire par les acteurs. - Réalisé par un corps distinct, proche de la direction. - Etape ponctuelle, réalisée notamment lorsque des problèmes sont détectés.

En fait, le système de valeurs sur lequel s'appuie chacune de ces méthodes est différent et justifie les écarts existants :

- L'audit interne est fondé sur "une représentation pessimiste de l'homme et des organisations"²⁶⁸ : c'est pour ces raisons qu'il met l'accent principalement sur les dysfonctionnements et les non-conformités. Sa vocation est d'alerter sur les risques. Les valeurs associées à cette démarche par les acteurs ont une connotation plutôt négative : contrôle, inspection, ... et indirectement sanction.
- L'auto-évaluation appartient au registre des démarches qualité qui cherchent le plus souvent à s'appuyer sur une approche optimiste de l'homme, "capable de progrès". Elle met ainsi l'accent sur la recherche d'améliorations et la mise en évidence des atouts et des forces à conforter. Elle "parie sur une aspiration et une capacité naturelles des individus à toujours mieux faire". Elle cherche donc à être associée, dans l'esprit des acteurs, à des termes à connotation positive : amélioration, participation, etc.²⁶⁹

²⁶⁸ CHAPLAIN, J. M., op. cit., p. 15.

²⁶⁹ Ibid.

L'audit interne a élargi son champ d'action "du simple contrôle comptable à l'assistance au management pour la maîtrise des opérations"²⁷⁰, mais il focalise son analyse sur le management de la maîtrise des risques et non sur la qualité ou la performance globale.

Comme le rappelle T. Conti, les audits ont pour objet de vérifier la conformité aux règles et aux normes de performance prévues dans des secteurs bien réglementés de l'entreprise. Ils se focalisent habituellement sur des caractéristiques tangibles, mesurables ou que de toute façon il est possible d'évaluer avec un bon degré d'objectivité. La situation est donc bien différente pour l'auto-évaluation, dont l'ampleur est de couvrir "l'intégralité de l'entreprise".²⁷¹

En fait, comme F. Petit, nous pensons qu'en "aucun cas l'auto-évaluation ne peut dispenser les auditeurs internes de recourir à l'audit traditionnel, les deux approches étant ... complémentaires"²⁷². L'audit interne et l'auto-évaluation se rejoignent dans leur perspective de changement et/ou de progrès. L'audit interne cherche à apprécier la conformité de la situation auditée à un référentiel dont le caractère est plutôt normatif, dans le but de mettre en conformité la situation avec les exigences en vigueur, tandis que l'auto-évaluation recherchera la pertinence et donc l'accroissement de la performance d'un processus ou d'une organisation. En quelques sortes, "il s'agit toujours d'audit, mais les compétences à mobiliser sont de natures différentes", notamment en termes de capacités d'appréciation, d'expérience des situations et de méthodologie²⁷³.

Le développement de l'auto-évaluation se confond avec une progression vers plus de maîtrise par les acteurs, estimant qu'ils peuvent faire évoluer l'organisation vers la performance visée s'ils sont capables de montrer leur capacité à émettre une appréciation critique et différenciée sur leur façon de travailler et sur leur organisation dans son ensemble, c'est-à-dire :

- de constater par eux-mêmes les problèmes existants concernant le travail, l'organisation et le fonctionnement dont ils font partie intégrante,
- de proposer des solutions et de corriger les points faibles.

1.2 DES OBJECTIFS CONVERGENTS VERS LE DIAGNOSTIC ET LES AMELIORATIONS

1.2.1 Les invariants

L'auto-évaluation poursuit entre autres les mêmes buts que toute évaluation et nous nous contenterons de les rappeler brièvement :

- *Une contribution à l'avancement des connaissances* : en tant qu'outil de lecture des différentes perceptions de la réalité par les acteurs, l'auto-évaluation permet un recueil riche d'informations, servant à faire avancer la connaissance que ces acteurs ont de l'organisation et à prendre conscience de ses forces et de ses faiblesses.

²⁷⁰ VERA, J., "Audit interne et contrôle de gestion sont complémentaires et parfois concurrents", *Audit*, n° 152, décembre 2000, p. 31.

²⁷¹ CONTI, T., op. cit., p. 17.

²⁷² PETIT, F., "La renaissance de l'audit interne au cœur du changement des organisations", thèse de troisième cycle Audit- Contrôle de gestion, ESC Lille, 2000, cité par JOUFFROY, M., "L'auto-évaluation : du chemin au boulevard", *Audit*, n° 155, juin 2001, p. 31.

²⁷³ CHAPLAIN, J.-M., op. cit., pp. 15-16.

- *Un outil d'aide à la prise de décision* : face aux constats établis, des actions sont à mettre en place pour remédier aux points faibles. L'auto-évaluation permet aux acteurs de proposer des solutions et de déterminer des priorités en termes de nécessité et de pertinence.
- *Un outil de négociation* : l'auto-évaluation s'inscrit clairement dans une dynamique de négociation au cours de laquelle les relations entre les acteurs ainsi que celles des personnes au contexte évoluent. Les rapports ne sont plus d'autorité mais de partenariat²⁷⁴, la prise de conscience collective des problèmes permettant de décider ensemble des actions à mener et de l'ordre dans lequel elles vont être traitées en priorité.
- *Un outil de régulation* : cette démarche diagnostique doit être intégrée à la planification de l'établissement ou de l'organisation dans un but d'amélioration continue de la qualité et des performances. Suite à l'auto-évaluation, des actions d'amélioration sont planifiées et un projet en apparaît comme la continuité.

1.2.2 Les divergences

Tout comme pour les définitions, les objectifs affichés sont multiples et variés et s'inscrivent chacun dans les problématiques du secteur concerné. Pourtant, ils convergent tous vers des buts communs.

Ainsi, le tableau ci-après regroupe l'ensemble des objectifs précisés dans les démarches mises en pratique.

²⁷⁴ CLAVERANNE, JP, "L'évaluation : nature et formalisation d'un concept mou", op. cit., p. 235.

Tableau 5 : Les objectifs attribués aux démarches d'auto-évaluation existantes

- Aider les établissements à établir leur bilan initial, afin de leur permettre de dégager leurs points forts et leurs points faibles, et de préciser les améliorations en matière de qualité qu'ils considèrent comme prioritaires pour leur projet [de convention]²⁷⁵.
- Permettre à l'établissement d'effectuer la synthèse des objectifs qualité qu'il propose de détailler dans un projet [le projet de convention] ainsi que les évaluations périodiques annuelles, permettant de vérifier le niveau de réalisation des objectifs²⁷⁶.
- Aider les établissements à réaliser un état des lieux initial puis périodique en identifiant ses points forts et ses points faibles au regard de la qualité, afin de l'aider à définir les objectifs d'amélioration nécessaires²⁷⁷.
- Protéger le public en assurant des services de qualité (...); créer un outil d'auto-évaluation identifiant les normes à rencontrer pour l'atteinte de la qualité recherchée : responsabiliser toute l'équipe dans un processus d'auto-évaluation et dans la mise en place des mécanismes utiles au développement de la notion d'amélioration continue²⁷⁸.
- Comprendre la situation de l'entreprise au regard de ses compétences et de ses capacités – *capability* – par rapport aux objectifs fondamentaux (les missions) qu'elle s'est fixés. (...). Sa finalité ultime est d'identifier les éléments de faiblesse et de force, face aux missions et aux objectifs, pour planifier ensuite les initiatives visant à adapter les capacités correspondantes.²⁷⁹
- Etre mieux en mesure d'évaluer l'utilité d'une alliance stratégique pour permettre à l'entreprise d'atteindre ses objectifs et d'augmenter sa rentabilité. C'est un outil qui aide les propriétaires et les dirigeants des petites et moyennes entreprises à réfléchir aux décisions qui les attendent et à les y préparer.²⁸⁰
- Constituer pour les responsables en charge de la qualité et du bon usage des outils et des dispositifs de gestion dans les administrations de l'Etat un support d'aide à la décision en matière de développement de leurs pratiques de contrôle de gestion. Le guide d'auto-évaluation doit leur permettre de faire émerger un diagnostic sur deux volets du contrôle de gestion dans leur administration, d'une part les pratiques et d'autre part leur potentiel de développement.²⁸¹
- Initier ou conforter une démarche d'amélioration continue de la qualité dans l'établissement²⁸².
- Fournir à l'enfant la possibilité de prendre conscience de sa distance à un objectif devenu lisible, de prendre des repères pour organiser, poursuivre ou approfondir son travail, de pouvoir comparer ses représentations de la tâche à un modèle validé.²⁸³
- Evaluer l'organisation, les moyens, pratiques et modes de preuves en matière de retraitement des dispositifs médicaux re-stérilisables dans les blocs opératoires (...); identifier les points forts et les points faibles (actions d'amélioration); faciliter la définition des actions prioritaires à mener; sensibiliser et former le personnel des blocs opératoires aux bonnes pratiques; responsabiliser ce personnel lors des opérations de stérilisation; préparer ce personnel à la restructuration de la stérilisation; construire et valider un outil de pilotage de la démarche qualité en stérilisation sur l'établissement.²⁸⁴

²⁷⁵ Guide d'accompagnement de l'outil d'auto-évaluation de la qualité en EHPA – Application ANGELIQUE (Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de Qualité pour les Usagers des Etablissements).

²⁷⁶ Ibid.

²⁷⁷ Ibid.

²⁷⁸ ASSOCIATION DES RESIDENCES POUR RETRAITES DU QUEBEC, Auto-évaluation d'une résidence pour retraités

²⁷⁹ CONTI, T., op. cit., p. 17.

²⁸⁰ COALITION CANADIENNE DES RESEAUX D'AFFAIRES, Cahier d'auto-évaluation CCRA, février 1999.

²⁸¹ MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE, Direction du budget, Guide d'auto-évaluation du contrôle de gestion à l'usage des administrations de l'Etat, août 2000.

²⁸² HOSPICES CIVILS DE LYON, "Auto-évaluation – Une démarche située par rapport aux enjeux de la politique qualité et de la procédure d'accréditation", juin 2000, p. 42.

²⁸³ Anonyme, en commentaires à CARDINET, J., "Plaidoyer pour l'auto-évaluation", conclusions des expériences genevoises, 3 p.

²⁸⁴ BERETZ, L., GOURIEUX, B., GOETZ, M.-L., "L'auto-évaluation, outil de pilotage d'une démarche qualité en stérilisation", *Interbloc*, n°1, Tome XIX, mars 2000, p. 44.

L'ANAES écrit dans son guide de préparation à l'accréditation que l'auto-évaluation "permet à l'établissement de santé de réaliser son diagnostic qualité, donc de définir puis de mettre en œuvre sa politique d'amélioration continue de la qualité"²⁸⁵. Dans cette approche, le diagnostic constitue un état des lieux portant sur l'ensemble des activités de l'organisation : c'est sur la base du niveau défini au cours de la première évaluation que sont élaborées les actions d'amélioration à mettre en place pour atteindre un niveau "plus élevé". L'idée développée est donc "d'initier ou de renforcer la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité" au sein de l'organisation, puis de la "rythmer à intervalles réguliers"²⁸⁶.

Les objectifs affichés sont à la fois quantitatifs lorsque cela est possible ("*préjuger quantitativement de la qualité de certaines de ses pratiques et de celles qu'il peut induire [...]*"²⁸⁷) et qualitatifs et opérationnels ("*définir pour tous les dysfonctionnements détectés, les mesures correctives à mettre en œuvre*"²⁸⁸). Ils peuvent être globaux - qualité ou performance - et toucher l'ensemble de l'organisation, ou ils peuvent être focalisés sur un point (alliances, contrôle de gestion), l'auto-évaluation étant alors partielle et ne portant que sur un service ou un élément ciblé.

Il apparaît que les objectifs visés prennent deux grandes orientations ; nous avons volontairement "éliminé" l'objectif d'identification des risques développé ci-avant avec l'audit interne, cette vision de l'auto-évaluation nous semblant très éloignée de la démarche dont nous parlons. Il est indéniable que l'auto-évaluation fait figure de diagnostic, qu'elle que soit la démarche mise en place. Par contre ce diagnostic concerne deux niveaux :

- *Global* dès lors que la démarche vise une amélioration de la performance, tel que développé par T. Conti. En ce sens, la performance se rapproche de la définition anglaise du terme "régularité de fonctionnement" et non du sens "sportif" comme on pourrait le penser. Il ne s'agit pas d'exploit, mais de garantie d'un niveau régulier de qualité de prestation²⁸⁹.
- *Qualitatif* dans des approches telles que celle de l'ANAES, où la mise en place d'une politique d'amélioration continue de la qualité est l'aspect recherché.

Néanmoins, ces deux types d'objectifs se rejoignent puisque la qualité est un indicateur de la performance globale d'une organisation. De plus, tout concourt à la qualité (mode de production, hommes, finance, ...) : l'évaluation de la qualité concerne donc en fait l'activité de l'organisation toute entière. Ce qui change alors n'est pas la forme de la démarche mais le contenu, c'est-à-dire les aspects observés au cours de l'évaluation.

Quel que soit l'objectif affiché, cette démarche a vocation à susciter et à alimenter le dialogue entre l'ensemble des acteurs concernés, provoquant des "échanges inhabituels"²⁹⁰, et leur offre l'opportunité de se positionner dans une démarche transversale d'amélioration de la performance et/ou de la qualité.

L'auto-évaluation apparaît alors comme un moyen de regard multi-facettes sur les organisations, aussi bien en termes de culture(s), d'acteurs, de stratégies, d'organisation, d'outils de gestion, de systèmes d'information ou de représentations ; elle cherche à comprendre une réalité complexe

²⁸⁵ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ, Direction de l'accréditation, *Préparer et conduire votre démarche d'accréditation. Un guide pratique*, op. cit. p. 17.

²⁸⁶ *Ibid.*, p. 18.

²⁸⁷ RUFFIÉ, A., PAOLAGGI, F., FABBRI, R., SIMON, J.-M., LAUNAY, J.-M., BERTRAND, D., "Promotion d'une démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations fournies par un service de biochimie", *Journal d'Economie Médicale*, mars/avril 1999, T.17, n°2-3, p.135.

²⁸⁸ *Ibid.*

²⁸⁹ VIEL, E., SEEGER, D.D., "Les groupes de praticiens en auto-évaluation", *Annales de Kinésithérapie*, nov. 2001, Tome 28, N° 7, p. 289.

²⁹⁰ BAZIN, A., "L'autoévaluation, pour avancer ensemble", *Soins*, n° 653, mars 2001, p. 56.

en recueillant l'opinion et les représentations d'une majorité des acteurs en présence. C'est pourquoi les personnes incluses dans la démarche peuvent ne pas être seulement internes mais également externes.

Enfin, l'idée affichée de la démarche n'est pas de se comparer aux autres organisations du même type, mais bien de se comparer à soi-même au cours du temps, l'optique étant de s'améliorer. De plus, toute comparaison externe risquerait d'être biaisée, notamment par l'interprétation réalisée en interne du référentiel. L'objectif clairement affiché relève donc d'une ou de plusieurs améliorations, ce qui ne signifie nullement que l'organisation en question est "mauvaise" ou insuffisante, mais qu'elle doit évoluer pour s'adapter.

Les objectifs sus-mentionnés font ressortir une intention de diagnostic initial (appelé aussi *bilan initial*, *situation* ou *état des lieux initial*) précisant les points forts et les points faibles de l'organisation pour, dans un deuxième temps, décider des améliorations (ou *développements*) à mettre en œuvre. Toutes ces approches visent une amélioration, si possible continue, de la qualité et/ou des performances globales. L'auto-évaluation a donc des objectifs de progrès, mais aussi d'aide à la décision, d'implication et de responsabilisation des acteurs.

2 L'AUTO-EVALUATION : LA CONSTRUCTION DU MODELE

Nous ne pouvons pas parler d'auto-évaluation sans l'inscrire dans les développements précédents relatifs à l'évaluation.

2.1 LES INVARIANTS EVALUATIFS

Nous avons évoqué les quatre stades identifiés par Guba et Lincoln dans l'histoire de l'évaluation, parmi lesquels le quatrième présente l'évaluation comme *un processus de négociation entre les acteurs concernés par l'intervention à évaluer*. L'auto-évaluation est récente et s'inscrit tout à fait dans cette dimension puisqu'elle permet à chacun de développer une prise d'informations sur sa propre réalité, de la partager avec les représentations des autres et donc de faciliter les échanges. Selon la méthodologie utilisée, cette démarche s'inscrit globalement comme un outil de communication et de négociation entre l'ensemble des acteurs, qui se trouvent alors à la fois évaluateurs et évalués.

L'auto-évaluation se trouve confrontée aux principes de *multidimensionnalité* et *dialogique* évoqués par E. Morin. En effet, les organisations restent complexes, à la fois du fait de dimensions multiples et variées, mais aussi du fait de leurs relations internes et externes. Ainsi, l'auto-évaluation cherche à répondre à ces deux principes par une approche qui se veut globale, participative avec l'implication des acteurs de tous les domaines de l'organisation et axée aussi bien sur les dimensions que sur leurs interfaces.

Néanmoins, tout comme pour l'évaluation, il n'existe pas une forme d'auto-évaluation, mais des formes variées selon la méthodologie choisie par les responsables chargés de la mettre en œuvre, les objectifs poursuivis et la finalité de la démarche, le champ concerné, les acteurs impliqués et le moment choisi.

Dès lors, elle peut être *implicite* quand un acteur ou un groupe d'acteurs s'interroge inconsciemment sur leurs actions et leur(s) résultat(s), *spontanée* quand des personnes forment un avis sur leur fonctionnement et leurs pratiques, ou *instituée* quand une instrumentation explicite est mise en place et un maximum d'acteurs inclus dans le processus. L'auto-évaluation que nous développons dans notre travail s'inscrit dans ce troisième axe, puisqu'elle vise à déterminer des actions d'amélioration aux vues du résultat d'une démarche d'échanges et d'analyse concernant l'organisation dans sa globalité.

De même, cette démarche peut être à référence *normative* ou *critériée*. Néanmoins, dans notre approche de l'évaluation, nous avons développé un modèle dont l'objectif n'est pas de situer les organisations les unes par rapport aux autres, mais plutôt par rapport à une cible, c'est-à-dire un idéal à atteindre. De ce fait, nous tendons davantage vers des formes critériées d'auto-évaluation, même si comme nous l'avons vu précédemment les deux ne s'excluent pas.

Enfin, l'auto-évaluation se retrouve à la fois *diagnostique*, *pronostique*, *sommative* et *formative*. En effet, elle dresse un état des lieux et précède l'action en termes d'améliorations à mettre en place. Elle est aussi sommative car récurrente : elle s'intéresse aux actions mises en place depuis la dernière évaluation et à leurs résultats. Enfin, elle est également formative dans la mesure où elle se situe au cœur de l'action et des acteurs. En effet, elle implique la participation de l'ensemble des personnels (dans la mesure du possible) et génère une prise de conscience provoquant des améliorations quasi-immédiates quand cela est possible. En outre, elle porte sur une organisation dont le fonctionnement continue pendant l'évaluation : l'objectif est bien de réguler l'action en même temps qu'elle est évaluée. Par delà l'information qu'elle apporte, elle cherche à avoir un effet correctif en influençant les personnes à modifier si besoin leur action grâce à une prise de conscience.

L'apport de cette forme d'évaluation réside dans la participation des acteurs au processus évaluatif, en vue de générer une prise de conscience, une appropriation des décisions et des changements.

L'auto-évaluation s'inscrit donc bien comme un acte de confrontation et de mise en rapport puisque les acteurs exposent chacun leur point de vue et leur représentation de la réalité et des actions à mener face à des objectifs prédéfinis ou tout au moins annoncés. Elle s'inscrit dans un processus de négociation et relève davantage du qualitatif, même si elle n'exclut pas le quantitatif, dans la mesure où des éléments d'ordre quantitatif et des mesures peuvent étayer un état des lieux. Cette démarche de confrontation aux faits et à la réalité doit garantir des décisions dans une optique d'amélioration.

Ainsi que le rappelle le guide d'auto-évaluation élaboré à destination des administrations de l'Etat²⁹¹, ce type de démarche connaît aujourd'hui un fort développement, dans les entreprises comme dans les organisations publiques. Par rapport aux méthodes classiques de diagnostic et d'évaluation, l'auto-évaluation présente un certain nombre d'avantages :

- Elle élabore une représentation partagée de ce en quoi consiste une organisation : sa mission, ses objectifs et ses enjeux, ses éléments constitutifs, son fonctionnement, ses pratiques et la façon de la développer.
- Elle fournit une description complète des pratiques, basée sur des faits et des perceptions individuelles.

²⁹¹ MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE, Direction du budget, Guide d'auto-évaluation du contrôle de gestion à l'usage des administrations de l'Etat, août 2000.

- Elle offre l'occasion de faire partager ce diagnostic à tous les acteurs de l'exercice.
- Elle identifie les pistes de progrès prioritaires.
- Elle intéresse les services / départements et les acteurs au développement de l'organisation.
- Elle favorise l'enrichissement auprès d'autres organisations du même domaine qui passent par la même démarche.
- Elle permet de mesurer ses propres progrès en répétant le processus à intervalles réguliers.
- Elle contribue à l'amélioration du management.

En outre, le choix de l'auto-évaluation est "confortable" pour les utilisateurs puisqu'elle gomme les représentations négatives des individus quant à l'évaluation, puisqu'elle cherche à les éloigner d'une peur de la sanction et du contrôle²⁹².

Suite aux précédents développements, l'auto-évaluation prend bien selon nous la forme d'une *comparaison entre un référent et un référé*, c'est-à-dire entre un idéal visé et une réalité.

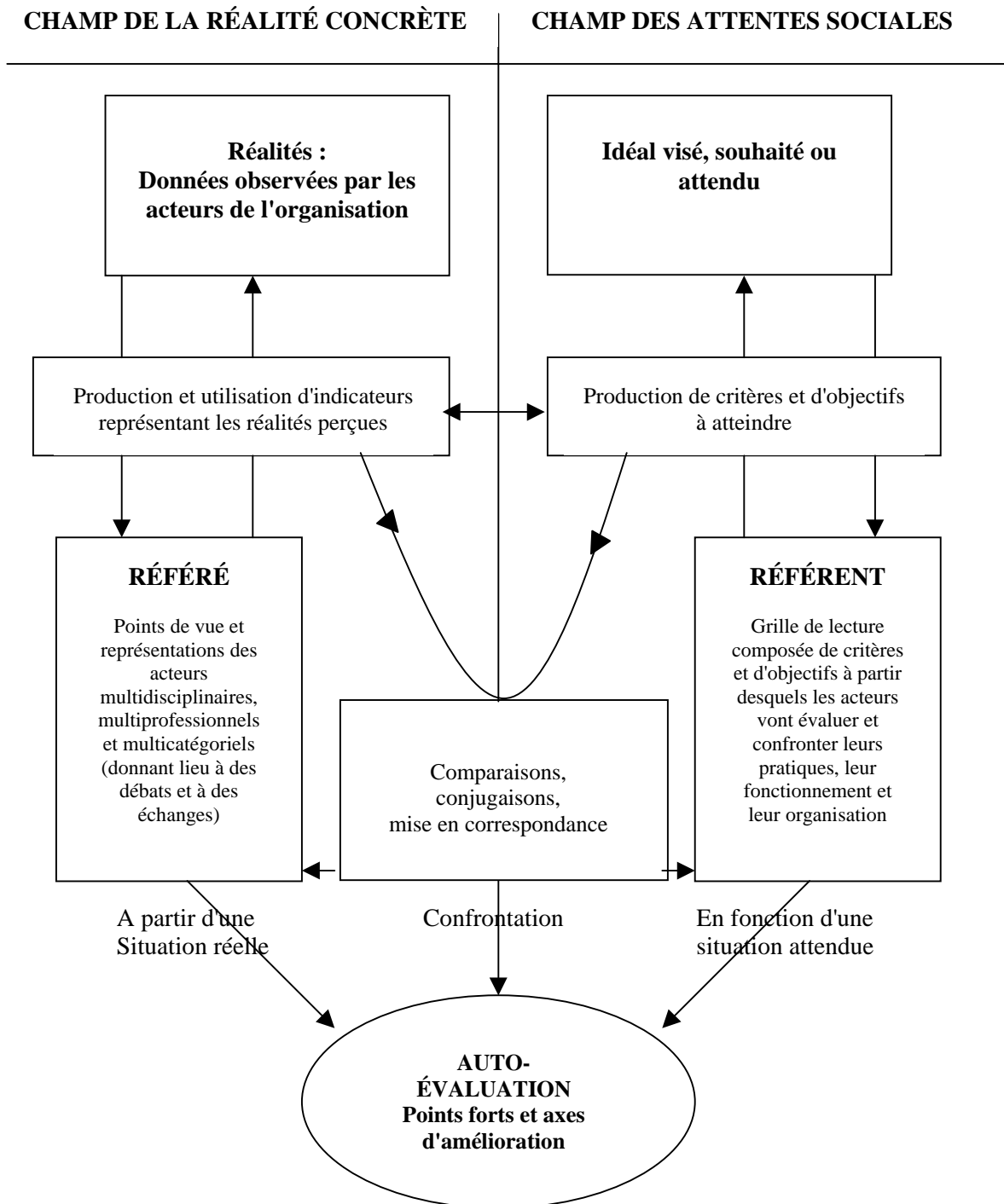
- Le référent est constitué de normes et de critères prédéfinis, mais il est surtout axé sur des objectifs à atteindre laissant une grande latitude d'action à l'organisation pour y parvenir. En effet, une structuration sur la base d'objectifs apparaît plus appropriée pour limiter les résistances et permettre à chacun de s'exprimer et de proposer les actions qui lui semblent adéquates. Chaque acteur se sentira d'autant plus concerné et impliqué qu'il pourra décider des types d'actions à mettre en place.
- Le référé est constitué de l'ensemble des représentations des acteurs, et peut s'appuyer sur différents éléments de preuves. Le recueil de l'information se fait au cours d'un processus où les acteurs se rencontrent et échangent leur vision face à chaque objectif. La confrontation des points de vue permet de fournir une vision plus complète de la réalité puisqu'elle recouvre différentes représentations de la même situation.

La confrontation des deux permet de déterminer les points forts et les points faibles du système face aux objectifs attendus. C'est la phase clé de la démarche, car c'est à ce moment que le diagnostic est élaboré et que des pistes d'amélioration se dégagent. Les décisions prises s'appuient alors sur les idées proposées par chacun face aux différents problèmes évoqués au cours des échanges. Elles relèvent d'un processus de négociation entre les acteurs pour déterminer la solution la plus appropriée.

Nous pouvons représenter ce modèle d'auto-évaluation comme suit :

²⁹² DENIZE, C., "Auto-évaluation des pratiques de soins", *Soins – Formation, Pédagogie, Encadrement*, n° 28, 4^{ème} trimestre 1998, p. 28.

Figure 4 : Une modélisation de l'auto-évaluation ²⁹³



²⁹³ inspiré de : CLAVERANNE, J. P., "L'évaluation : nature et formalisation d'un concept mou", op. cit., p. 242

Dans ce modèle, les problèmes identifiés au cours du diagnostic ne sont guère des "objets de sanctions" mais plutôt autant "d'opportunités d'amélioration" que l'auto-évaluation permet de mettre en évidence²⁹⁴. La confrontation entre le référent et le référé par l'ensemble des acteurs offre l'occasion de dégager un maximum de pistes d'amélioration parmi lesquelles il faut ensuite déterminer des priorités : l'auto-évaluation permet donc bien de mesurer la satisfaction des objectifs à un instant "t" (diagnostic de l'existant) mais aussi de refléter la dynamique d'amélioration de l'établissement, en lien avec les personnes concernées.

2.2 LES SPECIFICITES DE L'AUTO-EVALUATION : DES REFERENTS IMPLICITES MULTIPLES

L'auto-évaluation permet de dresser un état des lieux avant de se pencher sur les points à améliorer. Afin d'être objectif et complet, ce bilan doit associer à la fois les acteurs internes de l'organisation, mais aussi tout autre acteur externe pouvant évoquer un point de vue. Une auto-évaluation complète nécessite donc la participation de toutes les catégories de personnel, quel que soit leur statut, leur métier et le temps travaillé, ainsi que celle des clients / usagers, des partenaires, des prestataires extérieurs, des fournisseurs et de toute personne liée directement ou indirectement aux activités de l'organisation évaluée, même si les intervenants extérieurs ne sont associés à cette démarche que "pour la ou les parties qui les concernent"²⁹⁵. Cette démarche vise ainsi à mobiliser l'ensemble des acteurs autour de valeurs communes.

Ainsi, l'auto-évaluation cherche à donner la parole à ceux qui opèrent quotidiennement dans le système et qui, "mieux que tous les autres, en connaissent les mérites et les défauts", tout en diffusant une atmosphère de large participation et le sentiment d'appartenance à l'organisation²⁹⁶. Elle se situe dans une optique de décentralisation des responsabilités.

Dans cette démarche, l'ensemble des personnes se retrouve alors *acteur-évaluateur* dans le sens où chacun est à la fois sujet de l'évaluation et acteur : les personnels interrogent non seulement leurs pratiques et leur organisation, mais ils le font en lien avec les autres afin de percevoir les représentations de chacun sur une même situation. L'auto-évaluation donne ainsi l'occasion aux personnes de "se prendre en charge" et d'effectuer au besoin les corrections qui s'imposent et qui semblent utiles. Tandis qu'un "exercice obligé" peut se révéler stérile, le volontariat apparaît comme une "prédisposition à la mobilisation des esprits et à la volonté d'introduire le changement à moyen terme"²⁹⁷. Les réponses sont apportées par les acteurs, responsables du fonctionnement et de l'organisation en tant que participants ; de cette façon ils peuvent apprécier eux-mêmes "les enjeux, la faisabilité et les modalités de projets de développement à conduire"²⁹⁸. Néanmoins, cela suppose que les acteurs apprennent à se remettre en question et à interroger leurs pratiques.

Les acteurs se retrouvent ainsi dans une dynamique participative novatrice, puisqu'ils prennent part aux décisions. En permettant l'expression de la pluralité et la confrontation des points de vue et des discours, cette démarche permet d'éclairer les différents acteurs sur l'organisation dans

²⁹⁴ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, Direction de l'accréditation, *Préparer et conduire votre démarche d'accréditation. Un guide pratique*, op. cit., p. 36.

²⁹⁵ Guide d'accompagnement de l'outil d'auto-évaluation de la qualité en EHPA – Application ANGELIQUE (Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de Qualité pour les Usagers des Etablissements)

²⁹⁶ CONTI, T., op. cit., p. 166.

²⁹⁷ BAZIN, A., "L'autoévaluation, pour avancer ensemble", op. cit., p. 55

²⁹⁸ MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE, Direction du budget, Guide d'auto-évaluation du contrôle de gestion à l'usage des administrations de l'Etat, août 2000.

laquelle ils travaillent, sur leurs pratiques et sur les actions qu'ils entreprennent en lien avec les autres. La démarche, en plus d'être un instrument d'information et de dialogue, permet un retour collectif sur l'action. L'analyse qui en émane offre une vision riche du fonctionnement et de l'organisation puisqu'elle relève de nombreux points de vue divers et variés. Elle s'appuie donc sur la notion d'organisation en tant que construit social, au sein de laquelle les règles ne sont pas seulement dictées par le corps directionnel mais aussi par l'ensemble des individus. L'auto-évaluation "créée de la conscience du travail et du lien social"²⁹⁹. Une évaluation fondée sur l'exercice d'un pouvoir réel par les participants facilite son déroulement et a une fonction d'intégration puisqu'elle développe les relations entre les acteurs. Il s'agit en fait de "jeter des ponts entre les acteurs, car il devient indispensable de créer un langage commun facilitant la compréhension des valeurs respectives et l'instauration d'un dialogue"³⁰⁰.

Cet exercice n'est pourtant pas sans difficulté. L'auto-évaluation fonde son sens sur des repères et une articulation des différentes visions de la réalité au travers de l'organisation, par le biais de la participation des acteurs. "Prendre en considération, donner du relief à l'auto-évaluation est un pari sur l'émancipation de l'autre et de soi"³⁰¹ : en effet, ce dispositif peut faciliter les échanges entre les partenaires, à condition d'avoir des objectifs, une organisation et un déroulement rigoureux, afin d'éviter toute forme de dispersion. En outre, cette forme d'évaluation suppose l'abandon d'une certaine forme de pouvoir par les acteurs hauts placés dans la hiérarchie, ainsi que la reconnaissance d'une co-existence de plusieurs lectures possibles d'une même réalité. De plus, pour s'accorder sur les décisions, les acteurs doivent préalablement s'accorder sur le diagnostic, donc s'arrêter sur une vision "commune" de la réalité. Des arbitrages sont donc souvent nécessaires pour arriver à une solution.

Enfin, pour que cette démarche débouche sur le développement et la qualité du dialogue nécessaire à une bonne prise de décision, un travail d'appropriation est nécessaire. Il est important que les destinataires de l'information en connaissent les principes et en maîtrisent l'usage, afin d'optimiser les choix. De plus, il appartient aux acteurs de reformuler les objectifs ou les questions en raison non seulement des spécificités de chaque organisation, mais aussi des "mots qu'elle utilise dans le cadre de ses pratiques"³⁰², puisqu'il n'est pas possible d'imposer à tous un vocabulaire commun. Enfin, il est essentiel de s'assurer de la pertinence du questionnement. Il importe donc d'examiner le référentiel d'un œil critique afin de n'en "retenir que les questions qui font sens, et d'y inclure le cas échéant celles qui devraient s'y trouver"³⁰³. L'idée est donc de laisser les acteurs s'approprier à la fois l'outil et le changement qui découle de son utilisation.

Rendre les opérationnels actifs dans une démarche d'évaluation et dans la mise en œuvre des actions correctives présente des avantages tels que :

- un meilleur recensement des dysfonctionnements puisque les acteurs ont une vision très concrète de ce qu'ils rencontrent au quotidien,
- le partage de l'évaluation entre un grand nombre d'acteurs, chacun ayant un point de vue différent sur les forces, les faiblesses et leurs impacts en fonction de leur position dans l'organisation,

²⁹⁹ TROSA, S., in CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'EVALUATION, Dossier, Paris, 1990, non paginé.

³⁰⁰ VEROT, P., *L'analyse des processus dans les établissements pour personnes âgées – De l'évaluation à l'accréditation*, op. cit., p. 122.

³⁰¹ VIAL, M., *Organiser la formation : le pari sur l'auto-évaluation*, L'harmattan, 2000, p. 7.

³⁰² MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE, Direction du budget, Guide d'auto-évaluation du contrôle de gestion à l'usage des administrations de l'Etat, août 2000.

³⁰³ Ibid.

- un "incomparable levier" pour que les opérationnels mettent d'eux-mêmes en place les réponses adéquates³⁰⁴,
- conférer aux acteurs une capacité d'adaptation en temps réel ou d'alerte au plus tôt face aux éventuels problèmes liés entre autre à un contexte en mutation,
- favoriser la transparence.

L'organisation de l'auto-évaluation doit pour ce faire permettre :

- un équilibre des compétences en adéquation avec le référentiel,
- un niveau suffisant d'expertise à l'intérieur des groupes d'auto-évaluation,
- une participation de toutes les catégories professionnelles représentées au sein de l'organisation,
- une adhésion la plus forte possible à la démarche.

L'auto-évaluation s'inscrit donc comme une démarche participative, où tous les acteurs sont impliqués dans l'amélioration de l'établissement : la contribution de tous est essentielle à la fois dans la démarche diagnostique et dans la phase de mise en place des actions consécutives de progrès continu. La méthode fait entrer les acteurs "dans une dynamique et une transparence qui les engagent et les responsabilisent"³⁰⁵ et tend à les faire passer d'une attitude réactive à une attitude pro-active. Elle offre donc l'opportunité au personnel de s'approprier les actions correctives à mettre en place et le place en situation d'apprentissage, ce qui facilite la mise en œuvre de ces recommandations par rapport à une évaluation externe. L'auto-évaluation est alors un moyen dont dispose une organisation pour faire passer la connaissance de tout acteur d'un simple "savoir-faire non réfléchi", purement opératoire, à un "savoir réfléchi", permettant d'intervenir consciemment sur ce savoir-faire lui-même, en lien avec les autres.³⁰⁶

2.3 L'AUTO-EVALUATION EN TANT QUE UNE DEMARCHE PARTICIPATIVE ET DYNAMIQUE : METHODOLOGIE OU IDEOLOGIE ?

La démarche d'auto-évaluation cherche à recentrer les organisations autour de leurs missions et de leurs objectifs. L'organisation y est à la fois "sujet actif et objet de l'évaluation"³⁰⁷ : l'évaluation se fait en interne selon une réflexion collective et multiprofessionnelle sur chacun des aspects considérés. En effet, elle repose sur l'idée que la condition nécessaire mais non suffisante pour faire évoluer l'organisation implique de faire participer les acteurs à l'auto-évaluation, puisqu'ils connaissent généralement ce qui dysfonctionne et sont les seuls à même d'y remédier. Il s'agit donc avant tout d'une méthode "participative et dynamique favorisant la responsabilisation des acteurs et la pratique de l'amélioration continue"³⁰⁸.

Par ailleurs, l'auto-évaluation s'éloigne d'une approche de conformité ou de recherche de l'efficacité du système, pour s'inscrire dans un diagnostic orienté vers le progrès continu. Elle s'apparente dans cette optique à un "diagnostic transversal"³⁰⁹, mettant en évidence les problèmes, les points faibles et les dysfonctionnements de l'organisation, sur la base des écarts

³⁰⁴ JANICHON, F., "Le management des risques : un enjeu majeur partagé par tous les acteurs de l'entreprise", *Audit*, n° 156, septembre 2001, p. 5.

³⁰⁵ BAZIN, A., "L'autoévaluation, pour avancer ensemble", op. cit., p. 56.

³⁰⁶ CARDINET, J., "Plaidoyer pour l'auto-évaluation", conclusions des expériences genevoises, 3 p.

³⁰⁷ CONTI, T., op. cit.

³⁰⁸ BERETZ, L., GOURIEUX, B., GOETZ, M.-L., "L'auto-évaluation, outil de pilotage d'une démarche qualité en stérilisation", op. cit., p. 44.

³⁰⁹ CONTI, T., op. cit.

observés entre la réalité vécue par les acteurs, en termes de structures, de processus et de résultats, et les objectifs fixés. L'objectif est alors de corriger ces écarts, avec l'aide des acteurs.

L'ambition de la démarche est de s'intéresser à l'intégralité du système et de ne pas la limiter aux aspects tangibles et mesurables. Elle s'appuie sur une évaluation globale de l'organisation, afin d'en considérer tous les aspects. Elle cherche à s'échapper d'une vision purement verticale pour passer à une vision transversale globale, c'est-à-dire associant les processus et leurs interactions, donc basée également sur les facteurs systémiques organisationnels (ressources humaines, ressources financières, architecture, ...) et les interfaces. Les processus³¹⁰ sont donc examinés en tant que tels, mais également dans leurs relations entre eux et avec les facteurs systémiques pour permettre une vision holistique du système. A cette fin, le modèle se doit d'être souple, flexible, cohérent avec les résultats, dynamique et adaptable.

L'auto-évaluation et ses résultats dépendent de la modélisation des situations que font les acteurs. Il s'agit d'"accepter que la différence soit l'occasion de compréhension"³¹¹. L'auto-évaluation associe, comme toute démarche évaluative, un outil, des acteurs et une méthodologie, le tout visant une amélioration de la qualité et de la performance. Face à la modélisation de l'auto-évaluation présentée ci-avant, il apparaît nécessaire de chercher à construire des outils dont la fonction est d'aider à développer un processus de changement, mais aussi de développer une culture d'organisation dynamique et une capacité d'apprentissage continu.

Enfin, cette pratique doit devenir *systématique*³¹² si elle veut faire progresser la qualité et la performance.

3 L'AUTO-EVALUATION EN PRATIQUE

L'organisation et la durée de la démarche d'auto-évaluation au sein des organisations est variable selon un certain nombre de facteurs : la taille de l'organisation, son ancienneté, son style de management, son organisation, sa complexité, sa stratégie et l'intégration des politiques qualité dans cette stratégie, l'antériorité des démarches qualité entreprises, ...

Elle regroupe un certain nombre d'étapes qui permettront d'adapter la démarche à chaque cas :

- définir un objectif, c'est-à-dire assigner un but à la démarche d'auto-évaluation,
- choisir la forme de cette auto-évaluation en retenant un outil qui offre la possibilité aux participants et aux acteurs en général de s'exprimer et qui convienne le mieux au contexte et au style de management de l'organisation,
- former les équipes et promouvoir la démarche, en montrant la valeur ajoutée qu'elle peut apporter à l'organisation et la voix qu'elle donne aux acteurs,
- mettre en œuvre le processus,

³¹⁰ Christophe Pascal le définit comme suit : "Un processus est un ensemble cohérent d'activités se déroulant dans un espace et un temps déterminé, répondant à une finalité commune, et produisant un output matériel ou immatériel à destination d'un client interne ou externe", in PASCAL, C., op. cit., p. 159.

Ce processus regroupe ainsi un ensemble de moyens - humains, financiers, techniques, technologiques, informatiques, matériels, immatériels - et d'activités qui vont permettre de transformer des entrants en extrants.

³¹¹ VIAL, M., *Organiser la formation : le pari sur l'auto-évaluation*, op. cit., p. 11.

³¹² Guide d'accompagnement de l'outil d'auto-évaluation de la qualité en EHPA – Application ANGELIQUE (Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de Qualité pour les Usagers des Etablissements)

- collecter les résultats et les propositions d'amélioration,
- décider et mettre en place les actions d'amélioration jugées nécessaires.

3.1 LES PERIMETRES D'APPLICATION DE LA DEMARCHE

Tout comme pour l'évaluation, les périmètres d'application de l'auto-évaluation sont multiples. Elle peut porter sur un système organisationnel, une structure, un service, un département, une activité, un programme ou une personne. Ce dernier périmètre concerne plus particulièrement des champs tels que l'éducation et relève d'un "regard sur soi". Il ne convient pas à l'utilisation d'un questionnaire qui nous intéresse.

Deux périmètres sont plus classiquement retenus :

- *L'organisation dans sa globalité*, car elle permet d'évaluer l'ensemble des besoins de développement, d'amélioration et de changement et donc de coordonner un programme d'actions cohérent dans l'organisation.
- *Un service*, car "c'est à ce niveau que l'action est conduite"³¹³. Le résultat de la démarche peut alors être "interne" en ce sens que le service mène l'exercice pour lui-même sans s'interroger sur l'extériorisation des constats, ou, au maximum, en les présentant à l'administration centrale afin que celle-ci l'aide à mettre en place le plan d'actions le plus adapté.

Pour être pertinente face aux objectifs de qualité globale ou de performance, il nous semble que l'auto-évaluation doit plutôt concerner l'organisation générale, y compris la coordination entre les différents services, afin d'offrir une approche transversale ne négligeant pas les interfaces, hauts lieux de dysfonctionnements et intégrant la coopération des acteurs comme un des aspects évalués. C'est sur ce type de démarche que nous nous sommes arrêtée.

En effet, l'auto-évaluation est plus riche lorsqu'elle se fait selon une approche systémique, s'intéressant à l'organisation dans son ensemble : dans ce cas, elle prend en compte le système dans sa globalité, sur la base de ses missions et dans une optique d'amélioration continue de ses performances. C'est donc le système dans son ensemble qui est évalué, ainsi que l'ensemble des acteurs qui se retrouvent concernés, chacun étant juge et partie. Elle englobe à la fois les "processus majeurs"³¹⁴ et ceux de soutien. Dans le cas d'un hôpital par exemple, cette forme d'auto-évaluation concerne à la fois les services de soins, logistiques, techniques et administratifs, et relève des personnels de l'établissement, mais également des patients, familles, fournisseurs et partenaires. Cette forme offre la possibilité de scruter tous les services et toutes les activités.

3.2 UNE MISE EN ŒUVRE A ELABORER AVEC SOIN

Les organisations sont diverses aussi bien en termes d'activités que de fonctionnement. Un modèle s'appuyant sur la participation des acteurs ne peut pas être le même pour l'ensemble de ces organisations. Ainsi, des adaptations sont toujours nécessaires. A ce sujet, F. Petit écrit que

³¹³ MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE, Direction du budget, Guide d'auto-évaluation du contrôle de gestion à l'usage des administrations de l'Etat, août 2000.

³¹⁴ BERETZ, L., GOURIEUX, B., GOETZ, M.-L., "L'auto-évaluation, outil de pilotage d'une démarche qualité en stérilisation", op. cit., p. 44

"l'adoption d'un modèle propre à l'organisation s'avère indispensable (...) C'est à l'entreprise de choisir le modèle le mieux adapté à son organisation parmi ceux disponibles sur le marché"³¹⁵.

Le recueil de données réalisé durant la phase d'auto-évaluation a comme objectif de déboucher sur une analyse permettant d'établir un état des lieux initial – en termes de points forts et de points faibles –, voire un plan d'amélioration.

- *L'identification des points forts* vise à repérer les aspects positifs, même ponctuels, à vérifier la permanence de ces points forts au cours des différentes auto-évaluations, à renforcer la mobilisation puisque la démarche ne se concentre pas uniquement sur les dysfonctionnements. En outre, la mise en avant des points forts permet de donner une dimension positive à la démarche, tout en permettant de se concentrer sur les points faibles pour la suite (plan d'actions).
- *L'identification des points faibles* vise quant à elle à les repérer, même ponctuels, pour ensuite les hiérarchiser, en termes de "gravité" et de possibilités d'action. Cette démarche permet alors d'élaborer des modalités d'actions, qui s'inscrivent dans le cadre d'objectifs clairement déterminés, et qui prennent en compte l'ensemble du fonctionnement et des pratiques de l'organisation. Les auto-évaluations suivantes vont ainsi porter entre autres sur le niveau de réalisation de ces objectifs, ce qui permet alors de redéfinir ou de réorienter les modalités d'actions pour les objectifs non atteints ou seulement partiellement réalisés.

Un premier bilan est donc indispensable pour cerner l'ampleur du projet à mettre en œuvre. Les auto-évaluations suivantes comprendront l'évaluation des résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés au cours de la précédente démarche. En cas d'écart important, une analyse de ces écarts est souvent réalisée. Le rapport d'auto-évaluation n'est alors qu'une étape du processus qui permet de communiquer en interne les points forts et les points faibles, ainsi que les améliorations à mettre en place en termes de propositions d'objectifs et d'actions sur la base du travail effectué par les personnels.

De nombreuses démarches ont cherché à vérifier la conformité par rapport à des normes préétablies, celles-ci l'étant pour des domaines mesurables et tangibles de l'activité. L'auto-évaluation, innovante de par sa méthode, se veut globale et systémique, c'est-à-dire qu'elle cherche à englober l'intégralité de l'organisation. Sa mise en œuvre ne va pas sans difficultés :

- *Conceptuelles* car chaque organisation est unique (dans son organisation, dans son fonctionnement, dans ses activités, ...) ce qui pose le problème de la définition d'un modèle et d'un référentiel adaptable à chaque type d'organisation.
- *Dimensionnelles* étant donné l'objet à évaluer et les nombreuses caractéristiques impondérables de chaque organisation. L'aspect global est riche mais difficile à mettre en œuvre.
- *Humaines* car il nécessite l'adhésion de chacun des personnels et demande un investissement et une remise en question que chaque acteur n'est pas toujours prêt à accepter ; le caractère dynamique de la démarche permet de garder l'organisation en éveil et en constante évolution, en progrès continu, mais nécessite une dynamique permanente de chacun qui est difficile à mettre en place.
- *D'objectivité*, car elle repose sur une interprétation de la réalité qui peut être perçue différemment par chacun et qui suppose une objectivité la plus grande possible.

Enfin, cette démarche doit satisfaire à tous les critères de pertinence, de cohérence et de faisabilité.

³¹⁵ PETIT, F., "La renaissance de l'audit interne au cœur du changement des organisations ", thèse de 3^{ème} cycle Audit-Contrôle de gestion, ESC Lille, 2000, cité par JOUFFROY, M., op. cit., p. 31.

Cette pratique de l'auto-évaluation est souvent nouvelle dans les organisations, plus habituées à des démarches davantage hiérarchiques. Dès lors, elle peut être "source d'inquiétudes"³¹⁶ et doit être préparée à tous les niveaux (direction, personnel, partenaires, clients/usagers, prestataires, fournisseurs) :

- La *communication* est un élément essentiel dans la préparation et la mise en œuvre de la démarche. Elle doit permettre de faciliter les échanges entre tous, étant donné que chacun, quel que soit son domaine de compétence et sa fonction, est amené à participer à cet état des lieux initial et périodique ainsi qu'à une réflexion prospective. Bon nombre de ces acteurs n'est pas habitué à dialoguer avec les autres. Cette démarche va donc ouvrir les échanges et améliorer la connaissance des autres, de leur rôle et des problèmes qu'ils rencontrent dans leur pratique quotidienne. Une communication préalable est indispensable pour expliciter la démarche et les objectifs à chacun.
- En outre, un point sur *l'éthique* de la démarche est également un moyen de garantir une plus forte participation en dissipant des craintes : en effet, l'auto-évaluation ne doit pas être détournée de sa fonction qui consiste en une évaluation du fonctionnement des organisations et des pratiques, et non des personnes, puisqu'il est admis que de nombreux dysfonctionnements trouvent leur origine dans l'organisation et son "management"³¹⁷.

Au cours de la démarche, il importe donc de concilier anticipation et efficacité. L'organisation n'est pas unique et il convient de respecter la diversité des activités au sein des groupes, afin d'éviter une perte d'information et une frustration des acteurs qui ne se reconnaîtraient pas dans l'énoncé des résultats de la démarche³¹⁸. A cette fin, il est important de :

- valoriser la participation active de l'ensemble des personnels,
- accompagner les groupes en leur restituant les résultats, en exploitant les difficultés, en facilitant les échanges et l'argumentation, en respectant le rythme de chaque groupe,
- accepter les arguments de tous et ainsi permettre une implication de chacun,
- repérer les résistances et les analyser.

La mise en place de l'auto-évaluation nécessite donc pédagogie, professionnalisme des encadrants et persévérance.

3.3 DES OUTILS A DEFINIR AVEC PRECISION

Le guide d'évaluation s'appuie sur une représentation de l'organisation, de son fonctionnement et de ses pratiques, les constats amenés par les acteurs n'ayant pour finalité que d'orienter les décisions et les actions. Une définition claire du référent est un point essentiel. En effet :

- Il n'existe pas un référentiel "type", mais des référentiels propres à chaque organisation, car chacune doit l'élaborer en fonction de sa situation particulière et singulière et de ses spécificités.
- Un référentiel n'est jamais exhaustif.
- Son applicabilité est un point essentiel.

³¹⁶ Guide d'accompagnement de l'outil d'auto-évaluation de la qualité en EHPA – Application ANGELIQUE (Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de Qualité pour les Usagers des Etablissements)

³¹⁷ Ibid.

³¹⁸ BAZIN, A., "L'autoévaluation, pour avancer ensemble", op. cit., p. 56.

- Enfin, comme tout outil, il doit être évolutif : c'est ainsi que tout référentiel doit être actualisé pour prendre en compte les évolutions, les variations contextuelles et les attentes.

Ainsi, pour une auto-évaluation systémique, le référentiel est divisé en chapitres et sections spécifiques afin de faciliter la lecture qui est faite de l'organisation. Il est constitué d'objectifs, accompagnés de critères cherchant à démontrer s'ils sont atteints ou non. Quel que soit le découpage adopté, le référentiel cherche à aboutir à un ensemble cohérent, intégré et transversal.

L'auto-évaluation s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la performance. Une telle démarche se veut qualitative et doit de ce fait reposer sur des indicateurs du même type (qualitatifs) pour répondre à ses objectifs, même si elle n'exclut pas l'utilisation d'indicateurs quantitatifs pour étayer certaines de ses réflexions. Pour parvenir à réaliser sa mission, les indicateurs doivent non seulement permettre à l'organisation d'identifier les points à améliorer, mais aussi de veiller au maintien de la qualité déjà acquise. De plus, ils doivent être appropriés par les acteurs.

La forme participative cherche à favoriser une réflexion collective et la mobilisation des acteurs. Ainsi, l'outil se doit d'être opérationnel, en ce sens qu'il est l'outil privilégié pour favoriser un langage commun à l'ensemble des acteurs, tout en leur permettant d'établir un bilan initial et des bilans périodiques.

Les réponses sont apportées par les acteurs de manière collective et multidisciplinaire, en se basant sur des éléments objectifs, dans un souci d'impartialité. Une comparaison et une analyse collective des différentes sources d'informations cherchent à garantir une meilleure objectivité des réponses dans la mesure où il y a toujours une différence entre la réalité des faits et l'idée qu'en ont les acteurs. Souvent, les acteurs étayent leurs dires par des éléments concrets, qui constituent des "éléments de preuves" permettant d'enrichir l'évaluation, d'éliminer les simples préjugés et de se situer dans une réelle démarche de transparence. Ces sources d'information peuvent prendre différentes formes, dont les plus fréquentes sont des documents écrits (projets, compte-rendus de réunions, documentation produite par le secteur et par l'organisation, rapports existants, ...), des enquêtes de satisfaction, des questionnaires et/ou des sondages, des tableaux de bords et/ou des groupes de travail thématiques. Les résultats de l'auto-évaluation s'appuient sur tous ces éléments, mais se doivent d'être synthétiques.

Sur la base des différentes sources d'information utilisées, les acteurs impliqués dans la démarche vont donc s'attacher à faire émerger les indicateurs pertinents, la cotation des réponses pouvant se faire sous différentes formes : binaire (oui/non), selon des niveaux qualitatifs (sur la base de lettres ou de chiffres³¹⁹) ou avec des appréciations détaillées (commentaires). La cotation de la démarche correspond en fait à "*la comparaison entre les pratiques observées au cours de l'auto-évaluation et celles attendues par le référentiel qualité*"³²⁰. L'auto-évaluation se veut un moment de débat et d'enrichissement pour et par les acteurs. De ce fait, une simple notation nous apparaît par trop limitée et dénuée d'explications : les acteurs recherchent un moyen de commenter. C'est ainsi que de nombreuses expériences retracent une forte utilisation du champ "commentaires/remarques" permettant d'étayer et de préciser la "note" donnée au critère, et donc

³¹⁹ La cotation de type numérique nous semble peu adéquate à ce genre d'"exercice" car elle fournit la tentation de cumuler les données qui ne sont pourtant pas additionnables étant donné leur nature qualitative. En outre, elle risque de lisser les données, ce qui ne permet pas de mettre en évidence les points prioritaires.

³²⁰ RUFFIÉ, A., PAOLAGGI, F., FABBRI, R., SIMON, J.-M., LAUNAY, J.-M., BERTRAND, D., "Promotion d'une démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations fournies par un service de biochimie", *Journal d'Economie Médicale*, mars/avril 1999, T.17, n°2-3, p.137.

d'exprimer les difficultés rencontrés sur le terrain au quotidien. Ces commentaires sont essentiels pour voir quelles actions doivent être menées.

Par ce biais, l'auto-évaluation fournit des éléments utiles à l'élaboration et au suivi d'un projet institutionnel, organisationnel ou stratégique. Néanmoins, la démarche peut être sans suite si un suivi n'est pas organisé.

3.4 UN PROCESSUS NON FINI

L'auto-évaluation est un processus non fini : la fin d'une étape marque le début de la suivante. Une fois l'auto-évaluation en elle-même réalisée, il est nécessaire d'en extraire des conclusions. L'analyse du référentiel complété par les acteurs peut se faire de différentes manières. Une approche qui nous a semblé intéressante consiste à réaliser cette analyse selon différents axes³²¹ :

- Une *analyse "verticale"* pour chaque processus : les résultats face aux différents critères et l'ensemble des remarques qui y sont adjointes permettent de déterminer les étapes du processus sur lesquelles il semble nécessaire d'agir en priorité.
- Une *analyse "transversale"* des processus, afin de déterminer là aussi les priorités en termes d'action.
- Une *analyse des "modes de preuve" disponibles*, afin de déterminer la nécessité de formaliser chacun des processus et les documents à mettre en place afin d'assurer un meilleur suivi et de faciliter la prochaine auto-évaluation.

Bien souvent, l'analyse débouche sur la mise en évidence d'écarts et donc de besoins d'amélioration, servant à élaborer un plan d'actions, qui peut prendre différentes formes :

- global, sous la forme d'un plan institutionnel,
- local, au niveau de chaque service, processus ou département.

Le suivi des recommandations constitue une occasion pour les acteurs de continuer à se considérer "engagés" quant à l'impact de leurs actions en termes de progrès et de changement.

En interne, ce plan doit favoriser le dialogue et poursuivre ce qui a été commencé au cours de l'évaluation, car la démarche participative engagée préalablement est nécessaire non seulement au moment du diagnostic mais également au cours de la mise en place des actions de changement. Elaboré par l'organisation, ce plan d'actions détaille les modalités d'actions, les moyens, les objectifs, les responsabilités et les délais de réalisation de chacun des buts. Il peut préciser les modalités d'évaluation de leur réalisation et permettre le suivi périodique de chacune des actions correctives décidées. L'auto-évaluation s'inscrit alors bien comme un outil d'aide en termes d'analyse des problèmes et de propositions d'améliorations à mettre en place.

L'utilisation externe de l'auto-évaluation est principalement stratégique. Cette démarche permet d'établir un plan d'actions qui s'inscrit dans le projet de l'organisation. Ce projet traduit le positionnement et les objectifs stratégiques de l'entité considérée sur une période à moyen terme. Les choix réalisés en termes d'actions d'améliorations ne sont pas anodins puisqu'ils nécessitent parfois des coûts supplémentaires (fonctionnement et / ou investissement), les autres se basant sur des réorganisations, des changements de pratiques, etc. Le plan d'actions rentre donc dans le champ des choix stratégiques.

³²¹ BERETZ, L., GOURIEUX, B., GOETZ, M.-L., "L'auto-évaluation, outil de pilotage d'une démarche qualité en stérilisation", op. cit., p. 46.

3.5 LA PRISE EN COMPTE DU TEMPS

L'auto-évaluation recouvre deux aspects temporels :

- Le temps imparti doit permettre une démarche en profondeur. L'organisation de l'auto-évaluation nécessite ainsi une bonne gestion du temps, un fort investissement et un échéancier.
- L'auto-évaluation n'est pas un instantané. Au contraire, elle s'inscrit dans un schéma temporel continu et permanent, ceci afin d'être réellement efficace et opérationnelle. Cette continuité permet de constater l'état d'avancement des mesures correctives afin de s'assurer qu'elles sont bien appliquées par les acteurs concernés. Ainsi, la démarche est récurrente et réalisée à des périodes de temps définies. La démarche n'est donc jamais réellement finie : il découle d'une auto-évaluation des actions d'amélioration, qui seront elles-mêmes auto-évaluées au terme du temps imparti pour les mettre en place.

3.6 L'AUTO-EVALUATION : UNE NOUVELLE FORME DE MANAGEMENT ?

Les enjeux de l'auto-évaluation sont de cinq ordres :

- **Stratégiques**, en termes de réponses à l'environnement, aux évolutions des besoins et de planification. En effet, l'auto-évaluation s'inscrit dans une réflexion stratégique plus globale : elle permet de dresser un bilan de l'existant pour déterminer dans un second temps les axes de progrès et les actions à mettre en place. Ceci constitue une réflexion stratégique, source d'amélioration de la qualité et/ou de la performance.
- **Economiques**, puisque l'auto-évaluation est source d'informations diverses sur l'organisation. De même, elle s'affiche comme un outil offrant dans certains cas un moyen de rationalisation avec l'aide des acteurs. En effet, une telle réflexion offre parfois la capacité aux personnes de prendre conscience des notions de coût et donc des surconsommations ou des excès. Les acteurs se trouvent en position de percevoir l'impact des diverses dépenses par rapport à d'autres actions à réaliser. L'auto-évaluation apparaît alors comme un moyen de responsabiliser les acteurs.
- **Juridiques**, face à des risques de responsabilité. La démarche s'inscrit en effet dans une recherche de qualité et de sécurité.
- **Humains**, sous deux aspects majeurs. D'abord, la démarche permet à chacun de prendre conscience à la fois de son rôle et de celui des autres. Ensuite, elle développe les relations entre les acteurs, et peut parfois déboucher sur une évolution des mentalités. Les personnels se responsabilisent et apprennent à travailler en intégrant les contraintes des autres.
- **Managériaux**, puisque la démarche bouleverse la donne en termes de relations même hiérarchiques. Tous les acteurs jouent un rôle dans cette démarche, quel que soit leur statut, favorisant la reconnaissance du travail et des idées de chacun. L'auto-évaluation devient alors un outil de communication, de négociation et d'apprentissage. Le schéma de communication paraît amélioré, les acteurs ont l'occasion de se recentrer sur des valeurs communes et de développer un esprit plus collectif qu'individuel.

L'auto-évaluation fait clairement écho aux changements de tous ordres constatés depuis une vingtaine d'années dans le domaine du management³²². En effet, dès les années quatre-vingts, les nouvelles théories managériales, fondées sur les structures plates, la responsabilisation et l'initiative, ont conduit les entreprises à imaginer l'organisation différemment, à revoir leur conception du contrôle et donc à apporter des solutions admettant l'existence d'un lien direct entre le niveau de maîtrise de l'activité et l'existence de mécanismes de contrôle formels comme les politiques, les règlements et les procédures. Ces solutions s'éloignent des anciens paradigmes basés sur un modèle d'organisation hiérarchique.

Dans l'auto-évaluation, la "logique de la responsabilité" remplace la "logique de l'obéissance"³²³, en ce sens que la bonne marche de l'organisation ne provient pas uniquement d'une obéissance sans faille des acteurs, mais bien d'une prise d'initiatives de leur part, mais qui reste canalisée dans des politiques et dans des règles. Ainsi, les personnels décident, s'engagent et mobilisent leurs idées pour contribuer à une réflexion générale au sein de l'organisation, le dialogue favorisant alors le décloisonnement et l'appropriation du dispositif engendrant une responsabilisation des personnels quel que soit leur niveau dans la hiérarchie.

Cette nouvelle démarche permet en quelques sortes d'instaurer une forme d'évaluation informelle puisque les acteurs vont s'assurer au quotidien des forces de l'organisation, de leur maintien, mais aussi des dysfonctionnements afin de tenter d'y remédier. Dès lors, chacun "s'observe" et "observe" ceux avec qui il a des liens au cours de l'exercice de son travail pour détecter tout problème et tenter de le corriger. Ces mécanismes automatiques sont générés par une démarche "auto" : en effet, "le processus d'auto-évaluation privilégie l'utilisation des connaissances des employés et la propagation de la culture de contrôle à travers toute l'organisation", métamorphosant les relations entre les acteurs et instaurant un "environnement participatif et proactif" sur le lieu de travail³²⁴.

4 LES LIMITES DE L'AUTO-EVALUATION

L'auto-évaluation rencontre des limites externes et des limites conceptuelles.

En effet, un certain nombre de facteurs vont influencer les résultats et l'impact d'une auto-évaluation :

- la taille de l'établissement,
- le degré de participation (moins il y a de participants, plus la démarche encourt le risque d'échouer dans ses objectifs),
- le type de management,
- la structure et son fonctionnement (mono-site, multi-sites, hiérarchisé ou non, etc.).
- le découpage du référentiel : ce peut être un élément limitant dans la mesure où il peut être insuffisant pour donner une approche réellement transversale du système étudié. Le problème se pose notamment quand il existe une grande diversité d'activités.

³²² A ce propos, se référer à la thèse de F. Petit, "La renaissance de l'audit interne au cœur du changement des organisations", troisième cycle Audit – Contrôle de Gestion, ESC Lille, 2000.

³²³ PETIT, F., (entretien avec), "Un outil d'assistance au management", *Audit*, n° 155, juin 2001, p. 32.

³²⁴ Ibid, p. 33.

De plus, chaque mise en œuvre devra trouver des solutions aux questions suivantes :

- Comment parvenir à associer réellement l'ensemble des acteurs concernés et favoriser l'appropriation de la démarche ?
- Comment garantir la "réussite" d'une telle démarche ?
- Quel doit être l'avenir des équipes d'auto-évaluation afin de maintenir la dynamique en continu ?
- Comment conserver l'engouement et la mobilisation des personnels sur le long terme ?
- Quelles sont les grandes étapes à prévoir et les méthodes de travail à envisager en interne ?
- Comment faire en sorte et s'assurer que cet engouement en faveur de l'auto-évaluation ne soit pas seulement un effet de mode ?

Nous l'avons vu, les facteurs de réussite d'une telle démarche reposent clairement sur son caractère multiprofessionnel, transversal, participatif et constructif, mais l'exercice est rendu difficile par la variété des perceptions de la réalité qu'il s'agit de rapprocher pour trouver des solutions aux dysfonctionnements détectés. De plus, de nombreuses limites subsistent et ressortent des différentes expériences étudiées.

D'abord, la démarche est mobilisatrice d'énergie. Ensuite, des difficultés d'ordre "technique" peuvent apparaître : les acteurs doivent se confronter au volume du référentiel, à un vocabulaire technique et peuvent éprouver des difficultés pour noter³²⁵ ou commenter. La démarche repose sur les personnels : leurs compétences en matière d'évaluation sont plus limitées que celles d'évaluateurs "professionnels" et les points mis en avant risquent de se concentrer sur leurs pratiques et non sur des éléments plus stratégiques. Dès lors, de nombreuses informations émergent des auto-évaluations, mais beaucoup d'entre elles ne sont utilisables qu'au niveau auquel elles ont été recueillies³²⁶ et l'état des lieux manque parfois d'exhaustivité et d'approfondissement des contenus, d'autant plus que la démarche rencontre parfois une "pluridisciplinarité limitée"³²⁷.

Ces aspects sont renforcés par la difficulté de saisir rationnellement la dynamique des systèmes, la multitude des variables rendant parfois subtil, pour ne pas dire imperceptible, l'enchaînement des causes à effets. De plus, des difficultés d'ordre conceptuel et terminologique surviennent souvent : il ne s'agit pas pour les acteurs de mesurer et de noter mais d'apprécier et d'analyser les écarts entre leurs représentations et le modèle à atteindre, afin de les modifier dans la direction voulue. Dans les faits, cette pratique n'est pas simple à mettre en œuvre. En outre, divers problèmes d'interprétation ou d'incompréhension face à certains critères ou à certaines références ne sont pas à exclure. La culture "qualité" peut parfois faire défaut aux acteurs. Pour être totalement novatrice, la démarche ne doit pas seulement être participative mais elle devrait être "émergente" des acteurs, c'est-à-dire partir du terrain.

Enfin, c'est un outil limité en termes de reconnaissance et de valorisation et le risque de démobilité à la fin de la phase d'état des lieux et de propositions d'actions est un risque réel et majeur. Il est en effet difficile de motiver les acteurs sur le long terme. La méthode risque de s'épuiser rapidement si elle n'est pas renouvelée dans sa forme et dans son fond. Une fois "l'effet de surprise" et de nouveauté passé, la participation ne sera plus un facteur mobilisateur. De nouveaux moyens de motiver sont nécessaires à chaque étape. De plus, il semblerait qu'une mise

³²⁵ BERETZ, L., GOURIEUX, B., GOETZ, M.-L., "L'auto-évaluation, outil de pilotage d'une démarche qualité en stérilisation", op. cit., p. 47.

³²⁶ CONTI, T., op. cit., p.189.

³²⁷ UNION HOSPITALIERE DE LA REGION ILE DE France, "Qualité et accréditation dans les Hôpitaux d'Ile de France, L'auto-évaluation et la mobilisation des personnels", 6 p.

en place rapide des actions décidées et une implication importante des acteurs à ce moment là soit incontournable pour conserver la dynamique.

Enfin, l'auto-évaluation ne se suffit pas à elle-même et doit être couplée à d'autres formes d'évaluations ou de contrôles.

5 CONCLUSION : AUTO-EVALUATION, EVALUATION ET CONTROLE, LA COMPLEMENTARITE DES DEMARCHES

L'auto-évaluation est une forme émergente d'évaluation, dont l'objectif est de réaliser un diagnostic d'une organisation et d'identifier des actions d'amélioration. Elle se situe dans une optique d'amélioration, voire de changement, et a la volonté de permettre une réflexion collective et multiprofessionnelle puisqu'elle associe l'ensemble des acteurs concernés à la démarche.

Participative, elle s'appuie sur une représentation partagée (ou tout au moins discutée) de la réalité entre les acteurs et vise ainsi à aboutir à un diagnostic transversal, global et partagé de l'organisation, ainsi qu'à une acceptation et une implication importante des acteurs dans la mise en place des actions d'amélioration ou de changement.

Les développements relatifs à ce concept sont issus des différentes expériences mises en place. En effet, comme nous l'avons évoqué en introduction, l'auto-évaluation se définit par une pratique, un certain nombre de techniques et de méthodologies s'étant mises en place sans réelle réflexion préalable sur le concept. De ces expériences, il ressort que la démarche est globalement ressentie comme "très utile", malgré une mise en œuvre jugée "difficile, voire très difficile parfois"³²⁸, le travail "intéressant, mobilisateur d'énergie", mais "lourd à gérer" en termes de temps³²⁹.

Ainsi, la démarche est considérée comme :

- positive car mobilisante et responsabilisante,
- innovante et valorisante³³⁰.

Ainsi, l'auto-évaluation semble apporter des réponses à des problèmes jusqu'alors permanents.

Pourtant, le droit à l'initiative et à la responsabilisation de tous ne doit pas se confondre avec "l'auto-gestion"³³¹. F. Petit développe dans son travail l'idée selon laquelle l'auto-évaluation ne se contente pas d'établir un diagnostic plus réaliste des forces et des faiblesses, mais qu'elle "facilite l'éducation et la sensibilisation des opérationnels qui perçoivent mieux, après avoir été impliqués dans le processus, l'intérêt que peut avoir leur organisation à disposer d'un dispositif de contrôle efficace pour réaliser les objectifs qu'elle s'est fixés"³³².

³²⁸ BERETZ, L., GOURIEUX, B., GOETZ, M.-L., "L'auto-évaluation, outil de pilotage d'une démarche qualité en stérilisation", op. cit., p. 46.

³²⁹ UNION HOSPITALIERE DE LA REGION ILE DE France, "Qualité et accréditation dans les Hôpitaux d'Ile de France, L'auto-évaluation et la mobilisation des personnels", 6 p.

³³⁰ BERETZ, L., GOURIEUX, B., GOETZ, M.-L., "L'auto-évaluation, outil de pilotage d'une démarche qualité en stérilisation", op. cit., p. 47.

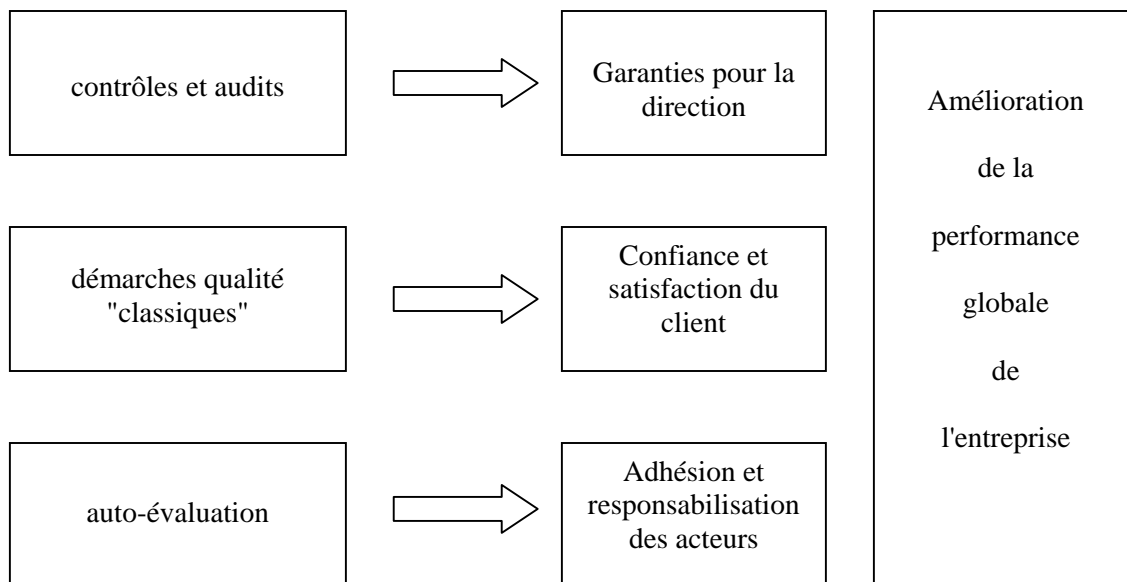
³³¹ JOUFFROY, M., "L'auto-évaluation : du chemin au boulevard", *Audit*, n° 155, juin 2001, p. 30.

³³² PETIT, F., "La renaissance de l'audit interne au cœur du changement des organisations", thèse de 3^{ème} cycle Audit-Contrôle de gestion, ESC Lille, 2000, cité par JOUFFROY, M., op. cit., p. 31.

Aussi, nous pensons que les méthodes classiques d'évaluation, de contrôle et de décision et l'auto-évaluation sont complémentaires. L'auto-évaluation permet d'établir un diagnostic des forces et des faiblesses d'une organisation et tend à s'inscrire dans un processus d'amélioration continue de la qualité et des performances. A elle seule, cette démarche ne résout pas tous les problèmes de l'organisation : elle se focalise sur un champ et est de ce fait insuffisante pour permettre d'offrir une connaissance globale de l'organisation. A ce titre, elle doit être complétée par d'autres "formules" (analyse des processus, audits, démarches d'évaluation externe, évaluation des bonnes pratiques, évaluation comptable, contrôles divers, ...), l'ensemble de ces démarches s'enrichissant et ne devenant vraiment efficaces que lorsqu'elles sont coordonnées. Les autres démarches complètent ainsi l'auto-évaluation tout comme cette dernière les complètent. Elles s'inscrivent dans une boucle récursive.

Aucune de ces méthodes ne saurait porter à elle seule la responsabilité de l'évaluation de tout le système d'où l'intérêt d'une recherche de complémentarité entre les approches :

Figure 5 : La complémentarité de l'auto-évaluation avec les autres démarches organisationnelles³³³



L'auto-évaluation ne doit pas être une fin en soi, elle se rapporte en fait à une auto-évolution. Telle qu'elle se développe à l'heure actuelle, elle met l'accent sur l'approche organisationnelle d'un système, afin de mettre en évidence ses forces et ses faiblesses et de permettre aux acteurs d'en prendre conscience. L'auto-évaluation doit les faire réfléchir sur leurs pratiques, leur organisation et les habituer à une démarche de regard et d'auto-analyse.

³³³ inspiré de BRETIN, D., SEBÖK, O., "Le rapprochement des deux démarches passe par l'implication dynamique de l'audit interne", *Audit*, n° 153, février 2001, p. 21.

Au delà de la mise en place d'un nouveau mode d'évaluation et de gestion des actions, l'auto-évaluation apparaît comme un moyen d'accorder un espace d'autonomie aux acteurs qui sont impliqués dans la démarche : "non seulement les subordonnés dépendent de ceux qui sont au-dessus dans l'organisation pour satisfaire leurs besoins et atteindre leurs buts, mais les chefs dépendent à tous les niveaux de ceux qui sont en dessous d'eux pour atteindre leurs propres buts et ceux de l'organisation"³³⁴. Au travers de l'intervention des intéressés dans l'évaluation de leurs pratiques et donc dans la détermination des changements à mettre en place, est recherché non seulement une prise en compte des particularités de chaque situation, une participation des individus aux décisions mais également une adhésion des intéressés aux modifications décidées et une prise de conscience de leur rôle au cours de l'action.

³³⁴ Mac GREGOR, D., *La dimension humaine de l'entreprise*, Ed. Hommes et Organisations, Paris, 1969, p. 9.

CONCLUSION DU CHAPITRE : L'EVALUATION ET SES RAPPORTS AU CHANGEMENT

L'évaluation d'une organisation s'inscrit en toute logique dans une perspective de changement, puisqu'elle a pour objectif de détecter, par rapport à des normes fixées, les apparentes incohérences, les écarts et les dysfonctionnements. La suite évidente est de tenter d'y remédier.

Dans le modèle que nous avons développé, le référent et le référé ne sont qu'une instrumentation permettant d'aboutir à une analyse et à une négociation entre les acteurs sur les différences entre la réalité vécue par chacun et les objectifs fixés par le référent. L'évaluation a lieu au moment de la mise en évidence des écarts et s'inscrit comme une phase clé du changement, à la fois en termes de levier, mais également de frein.

⇒ L'évaluation en tant que levier du changement

"Le changement ne s'improvise pas. Il exige de s'y préparer"³³⁵. Pour être pertinent, le changement doit être décidé aux vues d'éléments concrets quant aux objectifs à atteindre par rapport à ce qui existe et se fait. Ainsi, "le point de départ de toute tentative efficace de changement organisationnel réside dans un diagnostic correct des problèmes de l'organisation"³³⁶.

La mise en évidence des écarts au cours de l'évaluation se fait a priori dans une logique de remédiation quant aux problèmes et dysfonctionnements détectés. Ainsi, les différentes formes d'évaluation, et plus particulièrement l'auto-évaluation, s'inscrivent dans un schéma d'amélioration de la qualité et/ou des performances. Cette logique de progrès suppose donc une démarche de mise en évidence des problèmes (diagnostique) dans un premier temps, afin de déterminer les actions d'amélioration à mettre en place dans un deuxième temps. En ce sens, le changement naît de la "différence entre un état vécu et un état désiré"³³⁷. Le plan d'actions qui en découle vise à mettre en place des micro- ou des macro-changements permettant de résoudre les dysfonctionnements observés.

Le changement correspond dans ce cadre à une aspiration vers un "mieux-faire" ; il est associé à l'idée de comparaison ou d'évaluation, moment instantané permettant d'apprécier le besoin d'action par une appréciation des différences. L'évaluation sert alors à formuler et à justifier les objectifs de ce changement et donc les choix, choix qui influenceront sur tout le processus d'amélioration ou de modification puisqu'ils définiront l'objectif à atteindre.

Ainsi, une des finalités de l'évaluation consiste en la mise en œuvre d'un projet de changement : l'évaluation apparaît comme une action finalisée dont le but est de chercher à donner un sens à

³³⁵ KOURILSKY-BELLIARD, F., *Du désir au plaisir de changer – Comprendre et provoquer le changement*, DUNOD, Paris, 2^{ème} édition, 2001, p. XVIII.

³³⁶ HELLRIEGEL, SLOCUM, WOODMAN, *Management des organisations*, De Boeck Université, 3^{ème} édition, 1996, p. 652.

³³⁷ GUILHON, A., "Le changement organisationnel est un apprentissage", *Revue Française de Gestion*, n° 120, septembre-octobre 1998, p. 98.

l'action qu'elle anticipe. En effet, tout projet implique la prise en compte et la formalisation de trois éléments³³⁸ :

- *Une identification des contraintes et des variables de la situation* : il s'agit d'identifier les constantes de situation et celles que l'on peut modifier, maîtriser ou contourner, ce qui permet au projet d'apparaître non plus comme une réaction à des dysfonctionnements mais comme une action à réaliser, un but à atteindre. La mise en place d'un tel projet nécessite une phase d'analyse de la situation afin de mettre en perspective les forces et les faiblesses. En outre, tout projet est traversé par des dimensions individuelles et collectives, internes et externes : cette phase doit tenter de faire en sorte que chaque acteur soit partie prenante au projet.
- *Une détermination des buts vers lesquels se polarise l'action à entreprendre* et l'explication des motifs qui sous-tendent le choix de ces buts.
- *Une mise en œuvre des stratégies d'action pour se donner les moyens de son projet* : tout objectif doit faire l'objet d'une étude d'impact.

L'évaluation est un moyen de parvenir à réaliser les deux premiers points. Elle permet soit d'initier un projet de changement, soit de le renforcer ou de le réorienter en cours de réalisation.

L'auto-évaluation s'inscrit d'autant plus dans cette logique de changement qu'elle cherche à impliquer l'ensemble des acteurs dans le choix et donc à dépasser leurs résistances au changement. Elle part du postulat que si ce sont les personnels de l'organisation qui mettent en évidence ces écarts et proposent les solutions, il y a davantage de chances qu'ils adhèrent plus facilement aux modifications à mettre en œuvre, ceci à condition qu'un changement de culture se soit opéré, c'est-à-dire qu'ils acceptent de se remettre en question et de s'évaluer.

Le fait de s'interroger sur une étape d'un processus oblige les acteurs à s'interroger sur le sens de cette étape au regard des buts et missions. Toute construction de sens est une construction d'une nouvelle réalité qui va servir à mettre en place un changement. Le concept de changement comme construction nouvelle de la réalité fait ainsi apparaître l'importance des phases d'évaluation et de diagnostic, qui deviennent essentielles dans le cadre de l'acceptation du projet de changement puisqu'elles participent à son appropriation par les acteurs concernés.

⇒ **L'évaluation en tant frein au changement**

Plusieurs facteurs peuvent poser l'évaluation comme un frein au changement.

La mise en évidence des écarts permet de mettre en évidence des dysfonctionnements, mais peut également conforter les acteurs dans leur façon de faire actuelle. Elle devient alors un moyen de justifier le non-changement. En effet,

- Soit l'évaluation ne décèle pas de réels écarts : dans ce cas, elle mène les personnes à penser qu'il ne faut pas changer.
- Soit l'évaluation est "manipulée" : les acteurs, désireux de ne pas changer, peuvent orienter les réponses de telle manière qu'aucun élément substantiel n'apparaisse.

En effet, l'évaluation repose sur l'utilisation d'indicateurs servant à représenter la réalité. Se pose alors la question de la pertinence et de la représentation qu'offrent ces indicateurs.

Le problème de la volonté de s'évaluer se pose. Les acteurs se retrouvent dans une position délicate et ambiguë puisque pour devenir acteurs du changement, ils doivent remettre en question leur fonctionnement et y reconnaître des dysfonctionnements.

³³⁸ CLAVERANNE, J. P., "Conduite stratégique de l'organisation et gestion du changement", op. cit., pp. 57-65.

Enfin, il ne faut pas que la solution devienne le problème, c'est-à-dire que celle décidée à la suite de la mise en évidence des écarts doit être adaptée à la situation, sinon elle risque de devenir le problème à résoudre, engendrant des difficultés en interne.

L'auto-évaluation, par la complexité de sa mise en œuvre, peut renforcer ce phénomène. En effet, dans ce cadre, les acteurs peuvent éprouver des difficultés à définir une réalité qui convienne à tous : la mise en évidence des écarts devient difficile et le processus reste bloqué. Aucune décision ne peut être prise et le processus de changement n'est alors pas légitimé. Il devient difficile non seulement de le définir, mais encore plus de le mettre en œuvre sans rencontrer de résistances.

Chapitre 2

Les référents évaluatifs implicites : les théories du changement

*Il y a des rechutes dans les maladies de l'âme,
comme dans celles du corps;
ce que nous prenons pour notre guérison n'est,
le plus souvent, qu'un relâche, ou un changement de mal.*

LA ROCHEFOUCAULD, Maximes, 193.

L'objectif de ce chapitre est de faire une revue de la littérature au sujet du changement afin de comprendre ce que ce concept recouvre, puis d'en définir les caractéristiques, ce qui permettra de nous éclairer sur l'articulation entre changement et (auto-)évaluation.

Il a donc pour objet de recenser les différents concepts liés au changement et de mettre en évidence les modes opératoires qui en découlent dans lesquels s'inscrit ou peut s'inscrire l'action.

Dans une première section, nous mènerons une analyse conceptuelle afin de :

- définir le concept de changement,
- montrer l'influence du contexte, qui, quelle que soit la nature du changement, vise le plus souvent à améliorer la performance de l'établissement en fonction d'une vision nouvelle de l'environnement,
- montrer la complémentarité de la permanence et du changement,
- resituer l'approche du changement au sein des théories développées dans la littérature.

Cela nous permettra de conclure sur une définition du changement ainsi que sur les facteurs essentiels de sa mise en œuvre déterminés dans la littérature.

Dans une deuxième section, nous caractériserons les différentes formes de changement

- coercitif / formatif,
- micro / macro,
- émergent / planifié,
- proactif / réactif,
- prescrit/construit,

et évoquerons les points clés de sa mise en œuvre en termes de contexte, contenu, processus, acteurs et temps.

Un point particulier concerne le rôle clé des acteurs et de leurs représentations dans ce processus. En effet, le jeu des acteurs est un élément clé dans l'acceptation ou le rejet d'un changement. Nous mettrons ainsi en évidence l'importance de la communication et de la participation dans ce processus.

Ce chapitre cherche donc à définir le concept, mais aussi à faire ressortir le rôle primordial joué par le contexte et par les acteurs pour la mise en œuvre d'un changement adapté et efficace. Notre idée est de montrer que le changement est certes difficile à caractériser et à mettre en œuvre, mais surtout qu'il est difficile de le faire accepter. Les acteurs sont au centre de cette problématique, sans eux il n'y a pas de réel changement possible. Cela nous permettra de conclure sur les liens entre évaluation et changement et sur le rôle des acteurs au sein de cette relation, mettant en évidence l'enjeu de l'auto-évaluation en termes de changement.

Section 1

Les théories du changement

*Nous changeons imperceptiblement,
sans remarquer notre changement (...)*

LA ROCHEFOUCAULD, Réflexions, De l'amour.

*J'appelle révolution, non pas ces événements bruyants, violents
qui souvent ne produisent rien, mais un changement réel, efficace, durable.*

FUSTEL DE COULANGES, Leçons à l'Impératrice, p. 195.

Le changement et l'adaptation au changement sont bien souvent une condition essentielle, pour ne pas dire vitale, de la pérennité d'une organisation. En effet, sa "survie"³³⁹ passe par des adaptations en réponse aux besoins et aux évolutions du marché et de l'environnement. Le changement est omniprésent dans les discours³⁴⁰ et les écrits notamment politiques, scientifiques, sociologiques et stratégiques. Cette prise de conscience est véhiculée par la plus grande sensibilité à l'environnement provoquée par le développement de systèmes d'information ouverts.

La diversité des auteurs ayant écrit sur le sujet ne nous permettra pas de faire référence à l'ensemble de leurs écrits. De nombreux chercheurs et travaux scientifiques ont abordé l'étude du changement. "En la matière, toute tentative d'exhaustivité est vaine"³⁴¹. En outre, de nombreux travaux et écrits dont le sujet principal ne se trouve pas être le changement croisent bien souvent ce champ, ce qui permet de l'enrichir encore davantage. Il existe en fait deux sortes de changement : l'événement endogène ou exogène qui entraîne une modification et le changement qui est une anticipation ou une réponse à cette modification. Notre sujet s'inscrit dans le cadre du changement en tant que réponse organisationnelle. Nous nous attacherons donc davantage aux auteurs qui ont travaillé sur cette approche.

Cette section vise donc à étudier les fondements théoriques du changement.

Après avoir défini le concept, nous montrerons l'influence du contexte, qui quelle que soit la nature du changement, vise le plus souvent à améliorer la performance de l'organisation en fonction d'une vision nouvelle de l'environnement. Nous montrerons ensuite la complémentarité de la permanence et du changement et enfin nous resituerons l'approche du changement au sein des théories développées dans la littérature.

1 LE CHANGEMENT : CONCEPTS ET ENJEUX AUTOUR D'UN CONCEPT PROTEIFORME

Le Larousse définit le changement comme le "passage d'un état à un autre" et lui octroie les synonymes suivants : *innovation, modification, mutation, transformation, variation, vicissitude*. Le Petit Robert quant à lui en donne les définitions suivantes : "le fait de changer", "modification quant à ...", "le fait de ne plus être le même", "le fait de quitter une chose pour une autre", "état de ce qui évolue, se modifie, ne reste pas identique" et lui attribue un grand nombre de synonymes dont nous retiendrons les suivants³⁴² : *déformation, évolution, métamorphose, modification, mue, mutation, transformation, bouleversement, novation, renouvellement, rénovation, renversement, retournement, révolution*.

Ainsi, dans les encyclopédies, le changement est défini comme une transformation d'un état initial à un état final (ou transitoire). Cette modification – évolution ou régression - résulte de l'action d'événements extérieurs non contrôlés ou fait suite à une volonté délibérée.

³³⁹ TOBELEM, A., "Le changement : une question de méthode", document de recherche, WP CERAM n° 64, 1996, p. 1.

³⁴⁰ Pourtant, la majorité des discours reste floue, car ils évoquent le changement sans le définir.

³⁴¹ BRENOT, J., TUVÉE, L., *Le changement dans les organisations*, Que sais-je, PUF, mai 1996, p. 17.

³⁴² Synonymes les plus couramment usités.

Parfois également, le changement est défini par son contraire c'est-à-dire comme étant l'opposé de la *permanence*, de la *continuité*, de la *certitude*. Cette vision, non seulement négative (connotation de "perte" de quelque chose), ne nous semble pas correspondre à la réalité comme nous le verrons plus loin.

Divers auteurs permettent d'enrichir la définition du changement et ont inspiré notre définition de ce concept : nous n'en citerons que quelques-uns.

Tableau 6 : Quelques définitions du changement

J. Brénot et L. Tuvée rappellent que le changement peut être une *régression* ou une *progression*, mais qu'il s'agit bien de la modification d'un état vers un autre, observé dans l'environnement avec un caractère durable³⁴³. Plus loin, ils évoquent une "modification de fond des structures, des processus et des relations entre individus au sein d'une organisation en vue d'une amélioration durable du fonctionnement de cette dernière"³⁴⁴.

Deux professeurs canadiens, T. Hafsi et B. Fabi, se sont intéressés au changement en tant que "modifications fondamentales des postulats de base ayant guidé jusque-là le fonctionnement de l'organisation de même que ses façons d'interagir avec son environnement"³⁴⁵. Le processus de changement implique alors des remises en question relatives aux valeurs, à la stratégie, aux structures et processus organisationnels modelant le comportement des membres de l'organisation.

E. Friedberg l'associe à la réalisation d'une aspiration vers un "mieux-faire" puisqu'il le définit comme "un pari sur des potentialités non encore réalisées"³⁴⁶.

A. Guilhon, suite à des recherches concernant le changement organisationnel dans les PME, propose de retenir la définition suivante : "le changement organisationnel désigne toute modification dans les structures et/ou les comportements des membres de l'organisation résultant d'une adaptation à l'environnement ou d'une action volontaire du dirigeant en vue d'assurer le maintien ou la croissance de l'entreprise dans son environnement"³⁴⁷. Plus tard, dans un article relatif au concept d'apprentissage organisationnel, elle le qualifie de "processus de transformation radicale ou marginale des structures et des compétences qui ponctue le processus d'évolution des organisations"³⁴⁸.

M. Cremadez explique que le changement rationnel se fait dans un cadre d'"inadéquation de l'organisation existante aux enjeux auxquels elle doit faire face". "Le changement propose une solution optimale permettant de résorber ce désajustement sous la forme d'un nouveau modèle d'organisation"³⁴⁹. Le changement est rationnel quand il permet le passage d'un modèle obsolète à un modèle adapté, donc vers un état d'équilibre.

N. Alter rappelle que pour les sociologues analysant les organisations, le terme de changement renvoie à "l'idée d'une modification subie, circonscrite dans l'espace et dans le temps, ayant des "effets" plus ou

³⁴³ BRENOT, J., TUVÉE, L., op. cit., p. 35.

³⁴⁴ Ibid, p. 63.

³⁴⁵ HAFSI, T., FABI, B., *Les fondements du changement stratégique*, Les éditions Transcontinentales inc., Montréal, 1997, p. 41.

³⁴⁶ FRIEDBERG, E., *Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée*, Le Seuil, Paris, 1993, p. 286.

³⁴⁷ GUILHON, A., *Etude de la relation entre le changement organisationnel et l'investissement intellectuel dans les PME*, Thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Université Montpellier I, 15 octobre 1993, 380 p.

³⁴⁸ GUILHON, A., "Le changement organisationnel est un apprentissage", *Revue Française de Gestion*, n° 120, septembre-octobre 1998, p. 98.

³⁴⁹ CREMADEZ, M., GRATEAU, F., *Le management stratégique hospitalier*, 2^{ème} édition, Interédition Masson, 1997, 445 p.

moins positifs, les contraintes économiques étant considérées comme fixes", différant ainsi de l'innovation qui fait selon eux "référence à la création volontaire d'une nouvelle donne organisationnelle"³⁵⁰.

A l'inverse, certains auteurs assimilent le changement à une innovation ; cette dernière est définie comme suit par M. Akrich, M. Callon et B. Latour : "Est innovatrice une organisation ou un ensemble d'organisations qui favorisent les allers et retours permanents, les négociations en tous genres, qui permettent l'adaptation rapide"³⁵¹, tandis que A. Van de Ven la considère comme le développement et la mise en œuvre de nouvelles idées par des personnes qui engagent des actions avec d'autres au cours du temps au sein d'un contexte institutionnel³⁵². Selon Schumpeter, l'innovation représente l'ensemble des actions mises en œuvre pour faire passer une invention sur le marché ; ces actions supposent l'élaboration de combinaisons nouvelles entre les différentes ressources de l'entreprise³⁵³.

Nous rejoignons cette idée selon laquelle le changement se distingue de l'innovation. L'innovation fait référence à la création volontaire d'une nouvelle donne organisationnelle, qui suppose anticipation et intuition, interactions, décloisonnement, souplesse et circulations de l'information. Elle s'apparente davantage à une invention qu'à une adaptation, à un "parcours qui de décision en décision vous amène au bon moment sur le bon marché avec le bon produit"³⁵⁴. L'innovation ne représente selon nous qu'une forme de changement, le champ de ce dernier étant beaucoup plus large.

Selon R. Teissier, le changement est un système d'actions multidimensionnel dans lequel quatre dimensions interagissent :

- une dimension "acteurs", essentielle à tout projet de changement,
- une dimension "buts" pour que le changement apparaisse comme un système dynamique "finalisé"³⁵⁵ en termes d'objectifs globaux ou partiels,
- une dimension "moyens d'action",
- une dimension "relations systémiques", renvoyant aux positions respectives des acteurs dans le système hiérarchique et à la nature des sous-systèmes constituant le point d'entrée de la stratégie de changement.³⁵⁶

J. M. Miramon y associe les termes de *transformations* et de *ruptures*³⁵⁷.

Enfin, selon I. Franchisteguy, le changement organisationnel consiste en "une modification des modalités d'organisation qui doivent permettre à l'organisation envisagée dans sa globalité d'aller vers une plus grande efficacité et une plus grande efficience"³⁵⁸.

³⁵⁰ ALTER, N., "Organisation et innovation – Une rencontre conflictuelle", *Sciences Humaines*, Hors série, n°20, mars-avril 1998, p. 56.

³⁵¹ AKRICH, M., CALLON, M., LATOUR, B., "A quoi tient le succès des innovations. Premier épisode : L'art de l'intéressement", *Gérer et comprendre, Annales des Mines*, juin 1988, n° 111, p. 4.

³⁵² "The development and implementation of new ideas by people who over time engage in transactions with others within an institutional context", in VAN de VEN, A. H., "Central problems in the management of innovation, *Management Science*, vol. 32, n°5, may 1986, p. 604.

³⁵³ SCHUMPETER, J., *Théorie de l'évolution économique*, Dalloz, 1912, traduction française, 1935.

³⁵⁴ AKRICH, M., CALLON, M., LATOUR, B., op. cit., p. 8.

³⁵⁵ Le mot "finalisé" doit être lu ici dans le sens d'un but provisoire, sachant que toute organisation est amenée à évoluer sans cesse pour s'adapter aux exigences contextuelles.

³⁵⁶ TEISSIER, R., "Une taxonomie des entreprises de changement planifié", in TEISSIER, R., TELLIER, Y., (ed.), *Changement planifié et développement des organisations. Théorie et pratique*, EPI, 1973.

³⁵⁷ MIRAMON, J. M., *Manager le changement dans l'action sociale*, ed. ENSP, Rennes, 1996, p. 81.

³⁵⁸ FRANCHISTEGUY, I., "Changement organisationnel dans les activités de santé", Communication aux XVèmes Journées Nationales des IAE, 6/7/8 septembre 2000, p. 4.

Il n'existe pas *une définition* du changement, mais *des définitions* dans la mesure où elles sont contingentes. Quelques traits caractéristiques ressortent pourtant :

Ces définitions se situent dans un cadre associant *actualité* et *potentialité*³⁵⁹ : *actualité* dans la mesure où les choses présentent une certaine réalité (elles "sont" d'une certaine manière) et *potentialité* qui révèle ce qu'elles devraient être d'après certaines prémisses. Le changement consiste en un certain nombre d'actions visant à faire évoluer cette réalité pour l'accorder à ces prémisses orientées vers un idéal espéré, tout au moins souhaité.

Le changement est toujours défini comme une *transformation* d'un état initial à un nouvel état (final ou transitoire), c'est-à-dire au passage d'un état d'équilibre à un autre, d'un modèle obsolète à un modèle provisoirement adapté. En effet, tout changement aboutit à un état transitoire, amené à évoluer de nouveau pour s'adapter de manière continue, voire infinie, aux variations et pressions extérieures et/ou internes. Le changement s'inscrit alors dans un cercle continu d'adaptation.

Le processus comporte souvent deux étapes :

- la première étape est celle de "lancement" ou d'"initiation" (*initiation*) : elle fait référence aux activités initiales du processus au cours desquelles on construit la reconnaissance d'un besoin de changement et l'on décide de changer.
- la deuxième phase est celle de mise en œuvre (*implementation*) : elle concerne la réalisation et l'institutionnalisation du changement.³⁶⁰

Il s'agit d'une *évolution* qui peut prendre la forme d'une progression ou d'une régression, délibérée ou émergente.

En outre, le terme de changement s'applique à la fois au processus et au résultat de ce processus (en termes de contenu).

Quoiqu'il en soit, le changement porte sur une ou plusieurs modalités d'organisation et s'inscrit dans toutes ces définitions dans une recherche d'amélioration en termes de réponse à l'environnement, de fonctionnement de l'organisation, d'efficacité et/ou de performance.

Soulignons qu'en parlant de changement organisationnel, nous nous intéressons entre autres au changement structurel, au changement stratégique, au changement de culture - la liste n'est pas exhaustive - qui en sont des composantes.

Nous retiendrons comme définition que ***le changement organisationnel désigne une modification des modalités d'organisation, qui guident le fonctionnement de l'organisation et ses interactions avec l'environnement, en vue d'améliorer son efficacité, son efficience et sa performance et de la faire progresser vers des objectifs souhaités.***

- ***Les modalités d'organisation modifiées directement comprennent un ou plusieurs éléments parmi la structure, les processus, les stratégies, les comportements, les valeurs et les relations entre les individus.***
- ***Cette transformation résulte soit d'une adaptation "obligée" à l'environnement soit d'une action volontaire d'un ou plusieurs acteurs.***

³⁵⁹ WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J., FISCH, R., *Changements. Paradoxes et psychothérapie*, Paris, Le Seuil, 1975, p. 80.

³⁶⁰ DUTTON, J. E., DUNCAN, R. B., "The influence of the strategic planning process on strategic change", *Strategic Management Journal*, Vol. 8, 1987, p. 108.

Dès lors, le changement organisationnel apparaît comme un processus inéluctable et permanent mais toujours "partiel"³⁶¹.

Deux aspects doivent être précisés avant d'aborder la littérature relative au changement :

- le rôle de l'environnement, incontournable lorsque l'on parle changement.
- une explicitation des liens entre permanence et changement, indispensable dans la compréhension du concept.

2 LE CHANGEMENT : UN MODELE TOUJOURS CONTEXTUALISE

*"The formulation of strategy is concerned with matching the capabilities of an organisation with its environment. But the notion of the environment encapsulates very many different influences, and the difficulty is understanding this diversity in a way which can contribute to strategic decision making."*³⁶²

Dans la littérature classique, l'élaboration ou la révision de la stratégie d'une organisation est associée par définition à l'environnement. "On peut aussi dire que l'environnement n'a d'influence sur l'organisation que par rapport à la stratégie de celle-ci" écrit d'ailleurs Y. F. Livian, rappelant juste après que les changements de stratégie sont eux-mêmes influencés par l'évolution de l'environnement³⁶³.

Sur un plan théorique, le changement est considéré comme un phénomène normal que les auteurs de la théorie de la contingence (Thompson, 1967 ; Lawrence et Lorsch, 1967 ; Chandler, 1962) associent à la relation que l'organisation et son environnement entretiennent. Le changement est alors infini puisqu'il correspond à l'ajustement des organisations aux actions des autres qui en retour devront s'adapter aux modifications mises en œuvre. Cette approche est intéressante dans la mesure où elle lie environnement et changement et montre l'influence non négligeable du premier sur le deuxième. Néanmoins, les relations de causalité entre l'un et l'autre ne sont pas toujours aussi directes et systématiques et cette approche oublie un certain nombre d'autres facteurs pouvant générer du changement. En outre, le changement n'est vu que comme réactif et non proactif. Enfin, l'environnement est lu au travers des représentations que s'en font les acteurs. Les perceptions et interprétations des faits environnementaux façonnent de ce fait le sens du changement et les actions décidées.

Quoiqu'il en soit, l'adaptation permanente des moyens aux évolutions de l'environnement place le changement au cœur de la vie des organisations³⁶⁴. Même si l'environnement n'est pas l'unique facteur explicatif du changement, c'est une des variables dont nous ne pouvons faire l'impasse lorsque que l'on aborde ce sujet.

Historiquement, on avait le sentiment que l'environnement des entreprises et des organisations était prévisible du début du XX^{ème} siècle jusqu'à la première crise pétrolière, la demande étant

³⁶¹ FELDMAN, S., "Management in Context : An Essay on the Relevance of Culture to the Understanding of Organizational Change", *Journal of Management studies*, vol. 6, n° 23, 1986.

³⁶² JOHNSON, G., SCHOLLES, K., *Exploring corporate strategy. Text and cases*, Prentice Hall, 1989, p. 53.

³⁶³ LIVIAN, Y. F., *Introduction à l'Analyse des Organisations*, Ed. Economica, 1995, p. 51.

³⁶⁴ MIRAMON, J. M., op. cit., p. 81.

supérieure à l'offre et la concurrence demeurant restreinte³⁶⁵. Dans ce contexte, le succès des entreprises et organisations était "fonction de l'adaptation de ses capacités aux exigences de l'environnement"³⁶⁶. Le changement de stratégie n'était envisagé que sous son aspect "contenu" et sa formulation relevait d'un petit groupe de dirigeants. Le modèle d'Ansoff, développé en 1965 soit huit années avant la crise pétrolière, s'inscrit dans cette voie, selon laquelle le changement peut être planifié ("*deciding what business the firm is in and what kinds of business it will seek to enter*")³⁶⁷.

Dans les années soixante-dix, cette conception simple et normative du changement est peu à peu abandonnée au profit de modèles permettant de répondre aux exigences d'un environnement plus incertain. La planification se heurte à l'imprévu, les règles sont modifiées par le développement de la concurrence, un ralentissement de la croissance, des taux d'inflation élevés, l'internationalisation des échanges, l'apparition de nouvelles pressions (consommateurs par exemple) et les avancées technologiques. Dans ce contexte, les changements de stratégie "doivent être plus fréquents, sont plus souvent imprévisibles, et correspondent plus souvent à une transition vers une stratégie complexe parce que devant intégrer l'imprévisible" : on parle désormais de "changement stratégique"³⁶⁸.

L'organisation n'est plus une "boîte noire" mais un système ouvert³⁶⁹ vivant en symbiose avec son environnement ; elle va donc définir sa propre conception de l'environnement pour ensuite déterminer le changement de stratégie à réaliser.

Les évolutions du contexte s'accélérent, et le système se doit d'être davantage perméable pour pouvoir anticiper le changement. Le modèle de décisions s'appliquant de "haut en bas" n'est plus efficace et la formation d'une nouvelle stratégie doit être décidée non seulement par les dirigeants mais bien avec l'ensemble des acteurs de l'organisation. Dès lors, la structure et les acteurs la composant prennent une importance non considérée jusqu'alors en termes de changement, ce dernier relevant de ce fait d'un compromis entre choix délibérés et opportunités émergentes en termes d'environnement et de comportements des personnels.

Désormais, le changement n'est plus seulement considéré sous un aspect de "contenu", mais également de "processus" (c'est-à-dire les actions et les réactions des parties concernées pour changer) et de "contexte" (puisque l'organisation cherche à s'adapter aux diverses évolutions de l'environnement et même à les anticiper)³⁷⁰. Le changement n'est plus seulement réactif, mais cherche également à être proactif par rapport à l'environnement.

Le schéma élaboré par Pettigrew³⁷¹ résume cette forme de changement :

³⁶⁵ LEBRAUT, S., "Changement de stratégie / changement stratégique / stratégies de changement / stratégies de transformation", Etudes et documents, série "Recherche", Université de droit, d'économie et des sciences d'Aix-Marseille, IAE, Centre d'études et de recherche sur les organisations et la gestion, W. P. n° 458, sept. 1996, p. 3

³⁶⁶ GREFFEUILLE, J., *La planification stratégique dans les grandes entreprises françaises de service : théorie et pratique*, Thèse pour le Doctorat ès Sciences de Gestion, IAE, Aix en Provence, janvier 1983.

³⁶⁷ ANSOFF, I., *Corporate Strategy : an Analytic Approach to Business Policy for Growth and Expansion*, McGraw Hill, New-York, 1965.

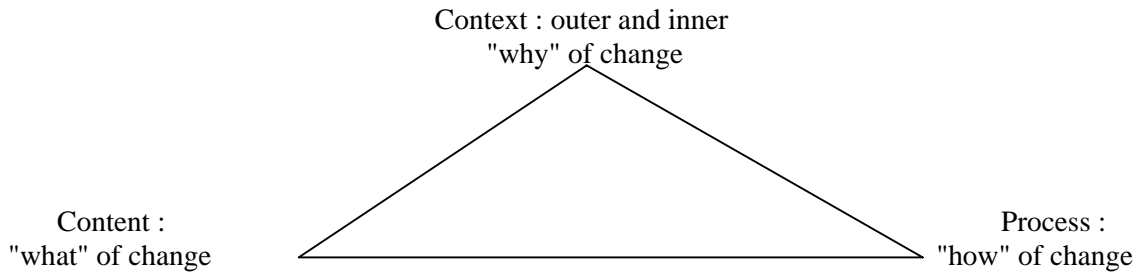
³⁶⁸ LEBRAUT, S., op. cit., p. 4.

³⁶⁹ BERTALANFFY, (Von), L., *Théorie générale des Systèmes*, Dunod, Paris, 1973.

³⁷⁰ LEBRAUT, S., op. cit., p. 5.

³⁷¹ PETTIGREW, A., *The Management of Strategic Change*, Basil Blackwell, New-York, in Ibid.

Figure 6 : Les déterminants du changement



Le changement apparaît alors comme "un facteur qui détermine la capacité de l'organisation à développer un avantage concurrentiel tant pour sa survie que pour son degré de compétitivité"³⁷².

3 PERMANENCE ET CHANGEMENT : UNE RELATION DIALOGIQUE

Le concept de changement est un sujet de réflexion très ancien. En effet, Thales et l'école de Milet, datant d'environ 600 ans avant JC, ainsi qu'Héraclite (550-480 avant JC), ont posé la question du changement et de ce qui persistait dans le changement. Héraclite est en fait le précurseur de la question du changement et de la permanence, dont il a mis en évidence le rapport dialectique. Selon lui, la réalité devait son existence à cet affrontement car le réel était un devenir qui résultait du combat entre ces deux forces. Parménide, son contemporain, fut en quelques sortes le philosophe de la permanence là où Héraclite était celui du changement. Selon lui, la rationalité primait l'expérience et la vérité logique était supérieure à la connaissance empirique. Le changement impliquait qu'il y ait un espace, un jeu, un vide ou une altérité. Vingt-cinq siècles plus tard, Hegel établit la synthèse entre les deux positions, soulignant qu'il n'était possible de penser le changement que par rapport à l'immobilité.³⁷³

P. Watzlawick, J. Weakland et R. Fisch se sont penchés sur la question de la permanence et du changement dans les affaires humaines et "plus précisément la façon dont les problèmes sont créés, puis persistent dans certains cas, ou qu'ils sont résolus dans d'autres"³⁷⁴. Le rôle de la permanence et du changement dans la genèse et la résolution des problèmes est en effet un sujet qu'il ne faut pas négliger, car il existe une relation paradoxale entre ces deux concepts. Pourtant, P. Watzlawick et al. montrent que malgré l'opposition qui semble caractériser la permanence et le changement, ils doivent être envisagés ensemble car ils sont complémentaires : "quand il y a un problème, il n'est pas absolu et en quelque sorte inhérent à la nature des choses, mais au contraire dépend de la situation et du point de vue impliqués"³⁷⁵. En effet, aux prises avec des difficultés récurrentes malgré divers efforts, deux questions se posent simultanément : "Comment cette situation indésirable persiste-t-elle ?" (permanence) et "Que faut-il pour la

³⁷² OLOKO, G. E. *Innovation & changement*, 1998.

³⁷³ KOURILSKY-BELLIARD, F., *Du désir au plaisir de changer – Comprendre et provoquer le changement*, op. cit., pp. 3-4.

³⁷⁴ WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J., FISCH, R., *Changements. Paradoxes et psychothérapie*, Paris, Le Seuil, 1975, p.11.

³⁷⁵ Ibid., pp.19-20.

changer ?" (changement). Une erreur courante concernant le changement est de conclure que si quelque chose est mauvais, son contraire est nécessairement bon et inversement.

Ph. Bernoux précise à ce sujet que "la problématique du changement est toujours en tension entre plusieurs pôles".³⁷⁶ Il y a entre autres l'opposition entre le *permanent*, l'existant, celui dont on part et dont il restera forcément des traces même si un changement s'accomplit, et le *nouveau*, les manières de faire encore inconnues mais vers lesquelles on s'achemine.

Ainsi, toute organisation associe les notions de *continuité* et de *rupture* : continuité dans le temps (l'organisation existe) mais de rupture car elle évolue pour s'adapter aux changements, notamment de l'environnement.

Appliquant cette analyse aux organisations sanitaires, J. C. Peirce constate que les hôpitaux vivent aussi bien des périodes de stabilité où l'activité est normale que des périodes d'instabilité avec des situations de crise³⁷⁷. Les périodes de crise sont sources de changement et d'innovation : la source de la créativité et de l'innovation se situe dans l'auto-organisation, gérée par un individu ou un groupe qui souhaite s'attaquer aux sources du "malaise"³⁷⁸ actuel ou potentiel. A l'inverse, la stabilité permet la productivité et l'efficacité³⁷⁹. Selon l'auteur, ces deux phases doivent s'alterner si une organisation veut survivre : "*Context-free rules can never anticipate surprises, so a balance between using rules to optimize productivity and efficiency and overriding them when the situation dictates becomes the goal for efficient and flexible organizations. This ability to "flip" from stable conditions with rules to unstable conditions where creativity and innovation are necessary to deal with the "waywardness" of life (where past rules do not apply) becomes a necessity for a successful organization. This flipping ability requires judgement found in a variety of professionals and their automatic disciplined behaviors*"³⁸⁰.

Une alternance de stabilité et d'instabilité engendre une structure et une organisation uniques, qui associent créativité et individualité. Toute organisation s'inscrit d'ailleurs dans cette complémentarité qui peut paraître paradoxale, puisqu'elle doit s'organiser – ce qui suppose de réduire les incertitudes notamment en termes de processus de production – tout en s'adaptant et en innovant – donc en utilisant les incertitudes pour transformer l'ordre des choses -. Ainsi, changement organisationnel et règles d'organisation ne sont pas antinomiques puisque l'organisation a besoin de règles et d'invariants pour pouvoir évoluer³⁸¹. Selon N. Alter, il existe un "apprentissage", une "rationalisation ex-post" ou une "institutionnalisation" du changement : "ces différentes figures permettent progressivement d'intégrer le changement dans des schémas organisationnels et culturels stables"³⁸². Les règles vont permettre aux acteurs d'évoluer en s'appuyant sur des bases communes.

Enfin, le changement n'est pas une fin, mais un moyen pour l'organisation de rester en phase avec un environnement en constante mutation. En effet, dans les organisations, la plupart des changements réalisés résulte davantage de "petits" processus d'adaptation que de

³⁷⁶ BERNOUX, P., *La sociologie des entreprises*, Le Seuil, 1995, p. 217.

³⁷⁷ PEIRCE, J. C., "The Paradox of Physicians and Administrators in Health Care Organizations", *Health Care Management Review*, vol. 25, number 1, winter 2000, p. 9.

³⁷⁸ L'auteur dans le texte original parle de souffrance ("suffering"), mais le terme nous est apparu comme un peu trop fort.

³⁷⁹ PEIRCE, J. C., op. cit., p. 11.

³⁸⁰ Ibid., p. 14.

³⁸¹ FRANCHISTEGUY, I., "Un nouveau modèle de gestion de projets en santé", Actes des 6èmes journées de Projectique, Bayonne-San-Sebastian, 23-24 novembre 2000, p. 6.

³⁸² ALTER, N., *Sociologie de l'entreprise et de l'innovation*, Presses Universitaires de France, 1996, p. 5.

bouleversements et ne génèrent donc en rien une évolution du système : cette constante adaptation aux problèmes assure ainsi la permanence du système.

4 LE CHANGEMENT DANS LA LITTÉRATURE : DES APPROCHES UNIVOQUES AUX APPROCHES COMPLEXES

La problématique du changement dans les organisations fait l'objet d'une abondante littérature, principalement regroupée sous deux domaines : un *gestionnaire* qui développe des modèles de changement et un *sociologique* qui analyse les enjeux et les résistances face au changement.

Selon la définition et le modèle retenus, le changement organisationnel revêt des formes diverses. I. Franchisteguy³⁸³ identifie trois courants :

- Un courant où le changement peut être défini en fonction de la permanence comme reproducteur et transformateur.
- Un courant où le changement est défini du point de vue des composants et des acteurs.
- Un courant qui met l'accent sur les objectifs recherchés, correspondant bien souvent à une recherche de croissance ou de "survie".

Une autre typologie consiste à regrouper ces approches sous deux conceptions³⁸⁴ :

- La *conception déterministe* du changement, ce dernier étant imposé par l'environnement face à des organisations présentant un caractère inflexible et des facteurs de rigidité et d'inertie qui tendent à les préserver des changements. Cette conception suppose une relation "largement asymétrique" entre l'environnement et l'organisation³⁸⁵. Le changement se fait alors selon un pilotage sur le mode prescrit et contraint.
- La *conception volontariste* du changement, qui s'appuie sur des choix stratégiques et une action intentionnelle en termes de réponse à l'environnement. Les facteurs internes deviennent alors les moteurs de la dynamique organisationnelle.

Cette typologie a été jugée insatisfaisante par certains auteurs du fait notamment de l'ambivalence de tous les acteurs d'une organisation, qui à la fois "désirent et refusent le changement"³⁸⁶.

Les travaux concernant le changement organisationnel ne manquent pas. Nous souhaitons évoquer différents auteurs et leurs apports principaux dans les théories du changement : nous ne nous attacherons pas à décrire leurs travaux dans leur totalité, nous nous contenterons de resituer l'approche du changement au sein des théories que chacun d'entre eux a développées.

Nous regrouperons ces théories sous deux approches :

- les *approches univoques* qui expliquent le changement par une seule variable et le présente comme unidimensionnel ;
- les *approches complexes* qui présentent le changement comme un concept complexe et multidimensionnel.

³⁸³ FRANCHISTEGUY, I., *Gérer le changement à l'hôpital – Des diagnostics vers un modèle intégrateur*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, IFROSS, Université Jean Moulin - Lyon III, 19 octobre 2001, p. 20.

³⁸⁴ ASTLEY, W., VAN de VEN, A., "Central Perspectives and Debates in Organizational Theory", *Administrative Science Quarterly*, vol. 28., 1983, pp. 245-273.

³⁸⁵ PERRET, V., RAMANANTSOA, B., "Un dirigeant séducteur pour gérer le changement", *Revue Française de Gestion*, n° 111, novembre-décembre 1996, p. 143.

³⁸⁶ Ibid.

4.1 LES APPROCHES UNIVOQUES

Dans cette approche, le changement est unidimensionnel et s'explique par le biais d'une variable. Même si beaucoup de ces approches sont incomplètes, chacune a enrichi la réflexion sur le changement, apportant un élément supplémentaire dans la compréhension des mécanismes d'évolution des organisations.

4.1.1 La coopération, élément majeur du changement

L'un des premiers travaux modernes sur le changement stratégique des organisations peut-être attribué à Barnard, qui s'est intéressé aux "fonctions de dirigeants" et a proposé dès 1938 une vision du monde organisationnel qui met en évidence les défis que présente tout changement radical³⁸⁷. Pour Barnard³⁸⁸, l'organisation n'est rien d'autre qu'un système de coopération et n'existerait pas sans cette volonté de collaborer des membres, conditionnée par le sentiment que les contributions qu'ils apportent sont en équilibre avec les compensations qu'ils reçoivent.

Le changement requiert une forte collaboration des membres de l'organisation : la contribution des acteurs est importante puisque, par ce changement, ils doivent remettre en question une culture et un leadership enracinés et réapprendre de nouvelles façons de fonctionner. Le coût individuel du changement est élevé. Pour gérer la volonté de coopérer des membres, les dirigeants ont deux outils : des stimuli idéologiques, par lesquels ils essaient de convaincre les acteurs que les buts poursuivis, la finalité du changement, ont une valeur en soi, et des stimuli matériels (*incentives*) leur permettant de vaincre les dernières résistances et les derniers conflits. Ainsi, pour Barnard, le changement ne peut que rarement se faire de manière radicale ; il devient surtout un processus par lequel la volonté des personnes de coopérer et ainsi de permettre à l'organisation de s'ajuster est stimulée, en premier lieu par des aspects éthiques et secondairement par des éléments matériels.

Les travaux de Barnard ont inspirés de nombreux courants intellectuels, parmi lesquels nous citerons l'"école de Carnegie".

4.1.2 Rationalité limitée et changement

H. Simon³⁸⁹ considère le fonctionnement d'une organisation comme un ensemble de décisions reliées les unes aux autres dans une série de chaîne "fins-moyens". Il s'est donc intéressé à la prise de décisions, afin de déterminer comment ces décisions sont prises au sein des organisations et comment on peut en améliorer la qualité et la rationalité.

Simon en fait considère que la rationalité des décisions des individus reste limitée³⁹⁰ dans tous les cas et que l'action de l'organisation consiste à accroître le niveau de rationalité en exerçant une influence sur l'ensemble des décisions. Elle doit ainsi permettre "une convergence et une coordination des efforts qui accroît la rationalité de l'ensemble"³⁹¹.

L'art du changement est donc lié à la capacité d'agir sur l'environnement des décisions, c'est-à-dire qu'il faut travailler à faire évoluer l'environnement des décisions et les prémisses qui s'imposent à elles si l'on veut qu'un changement ait lieu.

³⁸⁷ HAFSI, T., FABI, B., *Les fondements du changement stratégique*, op. cit., pp. 67-68.

³⁸⁸ BARNARD, C. H., *The Functions of the Executive*, Harvard University Press, Cambridge, MA, 1938.

³⁸⁹ SIMON, H. A., *Administrative Behavior*, MacMillan Press, New York, 1945.

³⁹⁰ D'où l'appellation de théorie de la rationalité limitée.

³⁹¹ HAFSI, T., FABI, B., op. cit., p. 71.

Concrètement, l'auteur propose :

1. D'établir chez l'acteur concerné les attitudes, les habitudes et l'état d'esprit qui l'amèneront à prendre la décision la plus avantageuse pour l'organisation, ceci par le biais de la loyauté organisationnelle, de la communication et de la formation.
2. De lui imposer les décisions qui ont été prises par ailleurs dans l'organisation jouant alors de l'autorité et s'appuyant sur un critère d'efficacité comme base de l'évaluation.

4.1.3 La crise comme base du changement

Cyert & March³⁹² ont essayé d'extrapoler la théorie de Simon de l'individu à l'organisation, qu'ils considèrent comme une coalition dont le fonctionnement est lié au fonctionnement de la coalition. Pour eux, la firme est constituée d'un groupe de participants aux demandes disparates – clients, employés, directeurs, actionnaires, fournisseurs, etc. – ayant tous un intérêt au système, soumis à une grande variété de contraintes internes et externes, s'adaptant partiellement et malaisément à l'incertitude de l'environnement³⁹³. Leur théorie, basée sur trois variables – les objectifs de l'organisation, ses attentes et le choix organisationnel - décrit le processus par lequel une organisation prend ses décisions.

Selon ces auteurs, le changement ne peut être stratégique et il ne sert à rien de vouloir le provoquer de manière volontariste. Il résulte de l'accumulation de problèmes et l'organisation ne change vraiment de manière importante que lorsqu'elle est obligée de le faire pour survivre. Attendre ou provoquer la crise devient une recette obligée³⁹⁴. D'ailleurs, toujours selon ces auteurs, la crise n'est pas le seul élément de réussite d'un changement : radical, il est condamné à l'échec ; seuls les changements qui ne bouleversent pas trop les choses ont des chances de succès acceptables³⁹⁵. Pour susciter le changement, les règles et les procédures doivent être modifiées, en espérant alors que les relations de cause à effet soient les bonnes et le résultat attendu obtenu.

A. Chandler³⁹⁶ insiste sur le rôle de l'environnement et de la crise. Il a montré à ce propos que le changement pouvait se concevoir en une succession d'étapes de conception de solutions organisationnelles et de leur application, rythmées par les crises de l'environnement, conçues alors comme des ruptures créatrices. En effet, il n'analyse pas le changement "au jour le jour", mais comme un phénomène "dynamique et discontinu" : selon lui la vie de l'entreprise est rythmée par de longues périodes de préparations encadrées de crises courtes et intenses³⁹⁷. Ainsi, le changement s'apparente à une contrainte, puisqu'il ne se fait pas naturellement mais sous la pression.

Dans ces cas-là, le changement apparaît comme indispensable pour assurer la survie de l'organisation. Du fait de l'urgence de la situation, il prend alors la forme d'une solution imposée qui est alors considérée comme l'unique solution au problème. Mais lier le changement à la crise, c'est postuler ou du moins s'interroger sur "l'impréparation des acteurs à la décision et à l'action"³⁹⁸ car l'urgence affecte la rationalité³⁹⁹.

³⁹² CYERT, R. M., MARCH, J. G., *A Behavioral Theory of the Firm*, Englewoods Cliffs, J., Prentice-Hall, 1963.

³⁹³ SCHEID, J. C., *Les grands auteurs en organisation*, ed. Dunod, Paris, 1980, p. 141.

³⁹⁴ Nous noterons que de nombreux spécialistes du changement s'accordent pour penser que seule une crise peut permettre de surmonter les obstacles au changement.

³⁹⁵ Cyert et March, expliqués par HAFSI, T., FABI, B., op. cit., p. 74.

³⁹⁶ GODELIER, E. "Alfred Chandler contre Andrew Pettigrew. Le changement dans les entreprises : crise ou mutation", *Revue Française de Gestion*, n° 120, septembre-octobre 1998, p. 24.

³⁹⁷ Ibid., p. 25.

³⁹⁸ Ibid., p. 24.

³⁹⁹ RIVELINE, C., "De l'urgence en gestion", *Annales des mines, Gérer et comprendre*, mars 1991, pp. 82-92.

4.1.4 Le champ des forces comme modèle explicatif du changement

Kurt Lewin a mis au point une méthode d'examen du changement : l'analyse du champ des forces⁴⁰⁰. Le changement n'est plus considéré comme un événement, mais comme un équilibre dynamique de forces agissant dans des directions opposées. Deux séries de forces existent - celles qui poussent en faveur du changement et celles qui agissent en faveur du statu quo en raison de leur résistance au changement -. Selon le principe de l'action immédiate⁴⁰¹, la situation résulte alors de l'effet combiné de ces deux séries de pressions, qui poussent l'une contre l'autre. Afin d'introduire un changement, le manager doit agir pour modifier l'équilibre des forces existant, c'est-à-dire augmenter les pressions en faveur du changement, réduire voire supprimer celles de résistance au changement ou changer la direction d'une force⁴⁰². Ce modèle présente deux avantages : il oblige à réaliser un diagnostic de la situation avant de modifier une des forces et permet de mettre en évidence les facteurs qui peuvent être changés et ceux qui ne peuvent pas l'être.

Autre aspect développé par Lewin, le concept de changement est marqué par trois phases qui doivent permettre de changer les comportements⁴⁰³ :

1. Le *dégel* (déverrouiller la situation) est une étape de réduction des forces qui perpétuent le comportement de l'organisation dans son état actuel, une période d'assouplissement, d'ouverture, d'information, de mise en question.
2. Le *changement* (modifier la situation) est une époque de transition et de mutation des points de vue, des attitudes, des opinions. Cette étape fait passer l'organisation d'un comportement à un autre et donc à l'adoption de nouveaux comportements.
3. Le *regel* (reverrouiller la situation) permet de stabiliser le nouvel équilibre de l'organisation. C'est le temps de la consolidation et de l'appropriation des nouveaux comportements.

4.1.5 Les valeurs comme élément essentiel d'un processus de changement

Selon Selznick, qui a étudié des organisations capables de s'adapter à des environnements agressifs de manière surprenante, les organisations deviennent des institutions lorsque leurs membres partagent des valeurs. Le processus d'institutionnalisation leur confère un caractère particulier puisqu'elles sont alors composées d'un groupe de personnes engagées et prêtes à servir les intérêts de l'organisation. L'institution est alors capable de s'adapter, voire de survivre, à des perturbations importantes. Quant au leader, il veille à la promotion et à la protection des valeurs qui fondent l'organisation.⁴⁰⁴

Dans ce contexte, le changement doit privilégier ce qui est durable. Il ne se fait pas sans prêter une attention particulière aux valeurs existantes, aux problèmes que pose l'abandon de certaines d'entre elles et aux valeurs nouvelles qui doivent être diffusées dans l'organisation et adoptées par les groupes et individus.

⁴⁰⁰ LEWIN, K., *Field Theory in Social Science*, New York, Harper and Row, 1951.

⁴⁰¹ Seuls les états présents agissent sur le futur. Les seuls déterminants d'un comportement à un instant donné sont les propriétés du champ à cet instant.

⁴⁰² C'est-à-dire transformer une force de résistance en pression favorable au changement, in HELLRIEGEL, SLOCUM, WOODMAN, *Management des organisations*, De Boeck Université, 1992, p. 615.

⁴⁰³ Ces trois phases sont reprises dans HELLRIEGEL, SLOCUM, WOODMAN, op. cit., pp. 615-616 et dans BRENOT, J., TUVÉE, L., op. cit., p.8.

⁴⁰⁴ SELZNICK, P., *Leadership in Administration*, Row, Peterson, Evanston, IL, 1957.

4.1.6 Les acteurs en tant que frein ou moteur du changement

Marilyn Fergusson a le sentiment que le "changement ne consiste pas en un acquis de connaissances, mais en un regard neuf"⁴⁰⁵, notion partagée par de nombreux auteurs qui aboutira à l'idée résumée en "tout changement commence par un changement de paradigme"^{406,407}.

Argyris⁴⁰⁸ et Staw⁴⁰⁹, entre autres, ont beaucoup travaillé sur la notion de résistance au changement.

Les travaux d'Argyris ont porté sur les caractéristiques psychologiques qui concernent le travail et plus particulièrement sur l'intégration des besoins de l'individu avec ceux de l'organisation ainsi que sur le rôle du leadership dans cette intégration⁴¹⁰. Il fait l'hypothèse de l'existence d'une "énergie psychologique" qui permet d'expliquer le comportement des personnes⁴¹¹. Une organisation ne sera efficace que si elle permet à tous ses membres d'arriver au succès psychologique⁴¹².

Pour Argyris, le fonctionnement d'une organisation n'est donc efficace que si elle est capable de :

- réaliser les objectifs,
- maintenir l'intégrité du système interne, c'est-à-dire de façon à régler les problèmes efficacement,
- s'adapter à l'environnement, l'organisation étant un système ouvert subissant toutes les influences extérieures.⁴¹³

Pour maintenir cet état, il faut que les individus vivent le plus de succès psychologiques possibles.

Ainsi, son analyse suggère que le fonctionnement d'une organisation doit passer par l'équilibre psychologique des personnes et des groupes qui en font partie. Selon lui, la résistance au changement vient de l'ignorance de ces éléments importants dans la conduite d'une organisation. L'organisation ne sera capable de changer et de s'adapter sans difficulté que si les individus y vivent un succès psychologique réel et atteignent un niveau d'estime de soi élevé.

Le concept de changement est également un sujet au cœur des réflexions en sociologie des organisations, discipline marquée par les travaux de Michel Crozier⁴¹⁴ et Erhard Friedberg⁴¹⁵. En effet, M. Crozier a beaucoup travaillé sur la définition claire du concept de pouvoir, de zones d'incertitude et sur les fondements du comportement des personnes. Il a mis en évidence les rigidités et cercles vicieux bureaucratiques, facteurs de résistance au changement. Entre autres, il a exposé le fait selon lequel tout changement sans intervention extérieure est impossible au sein des bureaucraties qu'il étudie. Selon lui, il faut qu'il y ait crise pour que le changement puisse être instauré et le leader doit alors avoir un peu plus d'influence que d'habitude. Il estime

⁴⁰⁵ FERGUSSON, M., *Les enfants du Verseau. Pour un nouveau paradigme*, Calmann-Lévy, 1981.

⁴⁰⁶ Le terme paradigme est ici étendu à l'ensemble des connaissances qui ont "fait leur temps" et peuvent constituer un blocage à tout forme de changement.

⁴⁰⁷ BRENOT, J., TUVÉE, L., op. cit., p. 9.

⁴⁰⁸ ARGYRIS, C., "Reasoning, Action Strategies, and Defensive Routines : The case of OD Practitioners", *Research in Organisational Change and Development*, vol 1, pp. 89-128 et ARGYRIS, C., *Strategy, Change, and Defensive Routines*, Boston, Pitman, 1985.

⁴⁰⁹ STAW, B. M., "Counterforces to Changes", in *Change in Organizations*, pp. 87-121.

⁴¹⁰ HAFSI, T., FABI, B., op. cit., p. 93.

⁴¹¹ ARGYRIS, C., cité par HAFSI, T., FABI, B., op. cit.

⁴¹² Le succès psychologique ne sera atteint que si l'organisation fournit des travaux qui donnent à ses membres la possibilité de développer leur efficacité personnelle.

⁴¹³ SCHEID, J. C., op. cit., pp. 220-221, 225 & HAFSI, T., FABI, B., op. cit., p. 95.

⁴¹⁴ CROZIER, M., FRIEDBERG, E., *L'acteur et le système*, Paris, Le Seuil, 1992, 500 p.

⁴¹⁵ FRIEDBERG, E., *Le Pouvoir et la Règle. Dynamiques de l'action organisée*, op. cit.

cependant qu'il y a toujours décalage entre les besoins de changement et les possibilités de changement.⁴¹⁶

Avec E. Friedberg, il montre que la conduite du changement passe par l'apprentissage de nouvelles formes d'action collective, donc de nouvelles manières de raisonner et de coopérer. Selon ces auteurs, une dimension fondamentale dans tout processus de changement est "*l'apprentissage, c'est-à-dire la découverte, voire la création et l'acquisition par les acteurs concernés, de nouveaux modèles rationnels, de nouveaux modes de raisonnement, bref de nouvelles capacités collectives.*"⁴¹⁷

Zaleznik a combiné la psychanalyse et la théorie des comportements dans l'organisation⁴¹⁸. Il suggère que les comportements trouvent leur origine dans des pulsions profondes "d'amour et de rage" et que les individus vivent selon des images internes qui trouvent leur origine dans leur enfance. Un changement, surtout important, est "propice à l'apparition de déséquilibres et de conflits qui viennent des tensions que vivent les personnes. Pour le mener à bien, il faut en être conscient et fournir des conditions que la personne peut reconnaître sans drame personnel"⁴¹⁹. Les dirigeants ont alors un rôle essentiel à jouer.

"Beware of the singular theory of process, or indeed of social and organisational change. Look for continuity and change, patterns and idiosyncrasies, the actions of individuals and groups at various organisational levels, and processes of structuring. Gives history and social processes the chance to reveal their untidiness"^{420 421}.

Le changement apparaît dans ces théories comme un processus social, au sein duquel culture, valeurs véhiculées au sein de l'organisation et pouvoir ont un rôle essentiel dans la réussite ou l'échec du processus. Dans ce cadre, divers auteurs ont alors rappelé l'importance de l'engagement et du soutien de l'équipe dirigeante comme support à toute démarche de changement.

4.2 LES APPROCHES COMPLEXES : MULTIDIMENSIONNALITE DU CHANGEMENT

Le changement est considéré dans ces approches comme complexe, c'est-à-dire multi-formes, multi-causes et multi-niveaux. Selon ces auteurs, du fait de son caractère multidimensionnel, il ne s'explique pas par une simple variable.

4.2.1 Le développement organisationnel

La notion de développement organisationnel (*O.D. : Organisation development*) a mis notamment l'accent sur la planification des actions comme facteur de réussite du changement.

⁴¹⁶CROZIER, M., *Le phénomène bureaucratique : essai sur les tendances bureaucratiques des systèmes d'organisation modernes et sur leurs relations en France avec le système social et culturel*, Paris, Le Seuil, 1963, 328 p.

⁴¹⁷CROZIER, M., FRIEDBERG, E., op. cit., p. 392.

⁴¹⁸ZALEZNIK, A., "Power and Polics in Organizational Life", *Harvard Business Review*, mai-juin 1970, cité par HAFSI, T., FABI, B., op. cit., pp. 90-93.

⁴¹⁹HAFSI, T., FABI, B., op. cit., p. 93.

⁴²⁰PETTIGREW, A., *The Awakening Giant. Continuity and Change in ICI*, Oxford, Basil Blackwell, 1987.

⁴²¹"Prenez garde à la grande théorie du processus, ou mieux encore du changement social et organisationnel. Cherchez la continuité et le changement, les patterns et les comportements idiosyncratiques, les actions des individus et groupes à différents niveaux organisationnels, et les processus de structuration. Donnez à l'histoire et aux processus sociaux l'occasion de vous révéler leur désordre", traduit par HAFSI, T., FABI, B., op. cit., p. 96.

Des auteurs tels que Huse & Cummings⁴²², Burke⁴²³, Beer⁴²⁴, French & Bell⁴²⁵, Bennis⁴²⁶ ont travaillé sur cette approche.

Le développement organisationnel emprunte tout à la fois à certaines théories de la motivation de l'individu, à la théorie du changement planifié et aux approches systémiques et contingentes de l'organisation, ce que résume la définition de R. Beckhard : "*L'OD est un effort planifié, concernant l'organisation dans son ensemble et dirigé par le sommet, pour améliorer l'efficacité et la santé de l'organisation par des interventions planifiées sur ses processus, en utilisant les apports des sciences du comportement*"⁴²⁷. Quatre traits essentiels permettent de caractériser l'OD, dans sa "version initiale" :

- *centralité de la notion de changement organisationnel planifié* : l'OD vise un changement global de l'organisation, au moyen d'un programme de longue durée,
- *priorité donnée au système socio-culturel de l'organisation comme cible de changement* : il s'agit de modifier la culture de l'organisation pour induire des changements durables au niveau des comportements et des processus,
- *recours privilégié à des méthodes de type démocratique pour l'introduction des changements* : le recours à un consultant externe lui confère simplement un rôle de facilitateur car les membres de l'organisation doivent être impliqués et participer activement à toutes les phases du processus de changement, visant ainsi un climat d'ouverture, de collaboration et de confiance,
- *présentation rationnelle et normative*, puisqu'il s'agit d'améliorer l'efficacité des organisations.⁴²⁸

Le développement organisationnel a en effet tenté d'appuyer l'adaptation de l'organisation sur le droit des acteurs à disposer d'eux-mêmes, en appliquant des connaissances et concepts relatifs au comportement humain dans les organisations pour réaliser des changements délibérés visant un accroissement d'efficacité. Il se base sur l'idée que le changement et l'apprentissage sont des mécanismes essentiels et naturels et que l'évaluation continue et la mise en œuvre des changements nécessaires doivent être considérés comme "une activité permanente", réalisée sur la base d'une recherche collective de tout ce qui fait obstacle au bon fonctionnement de l'organisation.⁴²⁹

Néanmoins, diverses critiques ont fait état du fait que l'OD manie la participation d'une manière considérée comme "partielle et naïve", car elle enferme les intervenants dans l'univers des moyens, sans leur permettre de définir les objectifs, et qu'elle semble ignorer les réalités politiques et conflictuelles présentes dans tout fonctionnement d'une organisation. Recherchant l'ouverture, la confiance, le partage d'informations et donc des systèmes de décision associés à la collaboration, l'OD a oublié de prendre en considération les phénomènes de pouvoir pourtant essentiels dans tout processus de changement.

Néanmoins, l'OD a permis d'établir que le changement n'est pas centré sur le modèle, mais sur le processus, dans le sens où une vision dynamique prime.

⁴²² HUSE, E. F., CUMMINGS, T. G., *Organization Development and Change*, 3rd edition, St. Paul, Minn., West 1985.

⁴²³ BURKE, W.W., *Organization Development : A Normative View*, Reading, Mass., Addison-Wesley, 1987.

⁴²⁴ BEER, M., *Organization Development : A System View*, Santa Monica, Calif., Goodyear, 1980.

⁴²⁵ FRENCH, W. L., BELL, C. H., *Organization Development*, 3rd edition, Prentice-Hall, 1984.

⁴²⁶ BENNIS, W. G., *Changing organizations : Essays on the Development and Evolution of Human Organizations*, New York, McGraw-Hill, 1966.

⁴²⁷ BECKHARD, R., *Organization development : strategies and models*, Addison Wesley, 1969.

⁴²⁸ DESREUMAUX, A., *Structures d'entreprise*, Vuibert gestion, Paris, 1992, p. 303.

⁴²⁹ STRATEGOR. *Politique générale de l'entreprise*, 3^{ème} édition, DUNOD, Paris, mars 1998, p. 341.

4.2.2 L'environnement et ses contraintes face à la flexibilité des organisations

Les théories de l'adaptation regroupent des théories qui lient l'évolution des organisations, donc le changement, et leur environnement externe. On y retrouve la théorie de la contingence⁴³⁰, la théorie des choix stratégiques⁴³¹ et la théorie de la dépendance stratégique sur les ressources⁴³². Les organisations y sont considérées comme flexibles pour pouvoir répondre ou anticiper les variations de l'environnement. Dès lors, le changement peut être vu comme une action permettant soit de répondre aux conditions et variations de cet environnement, soit de modifier cet environnement. Le contexte est alors considéré comme un facteur inhibant ou favorisant la décision de changer et devient un élément essentiel dans la compréhension de la dynamique de changement⁴³³.

Ainsi, Thompson⁴³⁴ a défini une synthèse du fonctionnement des organisations. Sa théorie, dite de la contingence, accepte le paradoxe selon lequel une organisation est un système à la fois ouvert et fermé, théorie reprise par Lawrence & Lorsch (1967). En effet, les organisations se trouvent confrontées à un besoin de certitude quant au fonctionnement interne et à une réalité incertaine venant de l'environnement. Ainsi, quant on parle de changement, technologie et environnement deviennent deux facteurs clés, dont l'influence est déterminante. La technologie, décision du management, est génératrice d'une certaine rigidité pour fonctionner et de certitude, tandis que l'environnement, dont seule une surveillance systématique permet d'apprécier les évolutions, engendre des incertitudes. Afin de faciliter le mécanisme d'adaptation, Thompson propose un ensemble de règles.

La théorie de l'écologie des populations⁴³⁵ établit que la capacité d'adaptation des organisations aux conditions changeantes de l'environnement ne se fait pas systématiquement et vient remettre en question les théories précédentes. Les organisations auraient parfois du mal à vaincre leur inertie car les différents groupes d'intérêts internes et externes préféreraient des organisations "fiabiles" et qui rendent compte de leurs actions rationnellement⁴³⁶. Dans ce sens, les routines standardisées et l'institutionnalisation des buts permettraient de pérenniser l'organisation.

⁴³⁰ LAWRENCE, P., LORSCH, J., *Adapter les structures de l'entreprise*, Les éditions d'organisation, Paris, réédition, 1989.

⁴³¹ CHILD, J., "Organization Structure and Strategies of Control : A Replication of the Aston Study", *Administrative Science Quarterly*, vol. 17, n°3, juin 1972, pp. 163-176.

⁴³² PFEFFER, J., SALANCIK, G., *The External Control of Organizations : A Resource Dependence Perspective*, Harper & Row Publishers, New York 1978.

⁴³³ PETTIGREW, A., *The Awakening Giant. Continuity and Change in ICI*, Oxford, Basil Blackwell, 1987.

⁴³⁴ THOMPSON, J. D., *Organizations in Action*, New York, McGraw-Hill, 1967.

⁴³⁵ HANNAN, M., FREEMAN, J., "The Population Ecology of Organizations", *American Journal of Sociology*, vol. 82, n°5, 1977, pp. 929-964.

⁴³⁶ HANNAN, M., FREEMAN, J., "Structural Inertia and Organizational Change", *American Sociological Review*, n° 29, 1984, pp. 149-164.

4.2.3 Les deux types de changement selon Watzlawick et al.

Watzlawick et l'école de Palo Alto ont également travaillé sur la notion de changement⁴³⁷, mettant en évidence deux types de changement.

- Le changement 1 est celui qui permet au système de maintenir son équilibre, la modification s'opérant seulement à *l'intérieur du système*, qui reste donc inchangé.
- Le changement 2 se caractérise par le fait que c'est *le système lui-même* qui se modifie ou est modifié.

Ces deux types de changement peuvent être rapprochés des apprentissages en simple et double boucle développés par Argyris et Schön⁴³⁸. L'apprentissage en simple boucle (Modèle 1) correspond à une démarche au cours de laquelle l'organisation cherche juste à modifier le comportement des individus tandis que l'apprentissage en double boucle (Modèle 2) consiste plus à changer le "programme maître", donc à remettre en question les valeurs qui guident les stratégies d'action.⁴³⁹

4.2.4 Le changement et les cycles de comportements convergents et divergents

Andrew Van de Ven est considéré comme un des spécialistes du changement organisationnel et de l'innovation. Entre autres, il a développé l'idée selon laquelle tout changement et innovation prenant place dans une organisation correspondent à des cycles de comportements divergents et convergents. "*Organizational change and innovation is a nonlinear cycle of divergent and convergent activities that may repeat over time and at different organizational levels if resources are obtained to renew the cycle*"⁴⁴⁰. En d'autres mots, lorsque l'on observe les actions mises en place au cours d'un effort de changement organisationnel, on s'aperçoit que les activités observées soit convergent vers un objectif final soit divergent vers des buts différents. Les forces internes et externes vont agir de manière à orienter les actions vers la convergence ou la divergence. Bien sûr, plus il y a de pressions diverses, plus elles risquent d'engendrer la divergence puisqu'elles agissent simultanément.

Les phases de divergence et de convergence font référence à ce que March appelait respectivement l'"exploration" et l'"exploitation"⁴⁴¹ : la divergence implique une arborescence de comportements qui explorent et s'étendent dans différentes directions, tandis que la convergence correspond à un processus d'intégration et de choix au cours duquel on teste et on exploite une direction donnée⁴⁴². On retrouve en quelques sortes les notions de recherche et de développement en place dans les entreprises.

⁴³⁷ WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J., FISCH, R., *Changements. Paradoxes et psychothérapie*, Paris, Le Seuil, 1975, 191 p.

⁴³⁸ ARGYRIS, C., SCHÖN, D., *Organizational Learning : A theory of Action Perspective*, Reading, Addison-Wesley, 1978.

⁴³⁹ FRANCHISTEGUY, I., *Gérer le changement à l'hôpital – Des diagnostics vers un modèle intégrateur*, op. cit., p. 22.

⁴⁴⁰ DOOLEY, K., VAN de VEN, A., "Organization Change and Innovation as Cycles of Divergence and Convergence", February 1999 Draft, Submitted for publication in special issue "Change and Development Journeys into a Pluralistic World" of *Academy of Management Review*, p. 3.

⁴⁴¹ MARCH, J. G., "Exploration and exploitation in organizational learning", *Organization science*, n°2, 1991, pp. 71-87.

⁴⁴² DOOLEY, K., VAN de VEN, A., "Organization Change and Innovation as Cycles of Divergence and Convergence", op. cit., p. 6.

Cette analyse est à rapprocher du modèle développé par Tushman et Romanelli⁴⁴³ qui différencient deux modalités opposées de mise en œuvre du changement :

- La première modalité correspond à des périodes de convergence, relativement longues, où le changement se fait de façon progressive avec des sauts de performance plus ou moins marqués.
- Ces périodes alternent avec des périodes de réorientation, relativement courtes, qui sont censées amener une nouvelle configuration de l'entreprise en termes de stratégie, de pouvoir, de structures et de systèmes de contrôle.

Ces différentes séquences d'évolution ou de révolution organisationnelle s'enchaînent de façon discontinue et non prévisible⁴⁴⁴, la révolution mettant en évidence une rupture⁴⁴⁵ par rapport à un état précédent.

4.3 CONCLUSION DE CES APPROCHES

La liste des auteurs ayant contribué à la réflexion sur le changement est loin d'être exhaustive et beaucoup d'autres mériteraient d'être mentionnés.

La littérature et encore plus celle contemporaine s'accorde sur les turbulences de l'environnement organisationnel et la nécessité de changer pour s'y adapter, mais les réactions décrites pour s'ajuster à ces évolutions restent variées et confuses. Les auteurs ne s'accordent pas sur la nature et les caractéristiques de ces changements organisationnels.

Une élément ressort cependant : pour changer et s'adapter aux évolutions de l'environnement, les organisations doivent sans cesse négocier des solutions imparfaites, mais les plus à mêmes de réconcilier à la fois le besoin de certitude en interne et la nécessaire flexibilité permettant de répondre à ces évolutions contextuelles.

En résumé, ces auteurs n'interrogent pas l'existence du changement, mais plutôt la capacité et la maîtrise de ce changement dans les organisations. Le questionnement porte en fait sur la capacité individuelle et collective de changement, c'est-à-dire à la fois sur les organisations en tant que construit structurel et sur les individus qui la composent, afin d'étudier la nature et les méthodes du changement.

⁴⁴³ TUSHMAN, M., ROMANELLI, E., "Organizational Evolution : A Metamorphosis Model Of Convergence and Reorientation", *Research in Organizational Behavior*, vol. 7, 1985, pp. 171-222.

⁴⁴⁴ FRANCHISTEGUY, I., *Gérer le changement à l'hôpital – Des diagnostics vers un modèle intégrateur*, op. cit., p. 227.

⁴⁴⁵ GREINER, L., "Evolution and revolution as organizations grow", *Harvard Business Review*, July-August 1972, pp. 37-46.

5 CONCLUSION

De notre analyse théorique, il ressort que le changement peut-être défini de diverses manières. Néanmoins, des traits caractéristiques constituent le socle du concept :

- Le changement associe actualité et potentialité.
- Il est défini comme une transformation d'un état initial vers un nouvel état, portant sur une ou plusieurs modalités d'organisation.
- Il peut prendre la forme d'une évolution (progression ou régression) ou d'une modification beaucoup plus radicale.
- Il peut être obligé ou volontaire.
- Le terme s'applique à la fois au processus de changement et au résultat de ce processus.
- Permanence et changement sont complémentaires.

Nous retiendrons pour la suite de notre travail que ***le changement vise à modifier des éléments de l'organisation en vue de la faire progresser vers des objectifs fixés ou souhaités.***

L'environnement joue un rôle non négligeable dans le processus de changement, mais d'autres variables ont également été identifiées comme des facteurs déclenchants et expliquant la réussite ou non d'une évolution :

- les acteurs, leur volonté de coopérer et leur rationalité limitée,
- la crise,
- la combinaison des forces en faveur du changement et de celles en faveur du statu quo,
- le partage des valeurs,
- la planification des actions et les facteurs d'apprentissage,
- la technologie,
- les règles existantes,
- l'ampleur du changement qui doit prendre place dans l'organisation,
- l'enchaînement entre les phases de convergence et de divergence.

Il convient maintenant de s'intéresser à la mise en pratique de ce concept.

Section 2

Vers une ingénierie du changement

*Tout changement matériel produit un changement moral,
puisque les mœurs dépendent du milieu.*

FRANCE, Hist. comique, IX, p. 136.

Tel deuil n'est bien souvent que changement d'habits.

LA FONTAINE, Contes, La coupe enchantée, III, IV.

De nombreux travaux ont en commun de proposer une "démarche type" du changement organisationnel : leur méthodologie propose une succession de phases en termes de définition d'un problème, de recherche de solutions, d'évaluation des différentes possibilités, de choix d'une solution appropriée, de planification, de mise en œuvre des actions, d'évaluation et d'ajustements éventuels. Ces démarches "clés en main"⁴⁴⁶ concernent un changement finalisé, dont l'objectif à atteindre est clairement précisé, et sont donc loin de fournir une réponse aux autres types de changement, notamment émergent. Parallèlement, divers travaux se sont attachés à une étude analytique du changement organisationnel. La mise en œuvre d'un changement dépasse selon nous la simple mise en évidence de séquences chronologiques, mais implique avant tout un choix quant aux caractéristiques et formes de la démarche en fonction des objectifs et du contexte. "Provoquer un changement dans un système ne consiste pas à tenter d'éliminer ses dysfonctionnements mais plutôt à en déceler les fonctions utiles pour ensuite les exploiter dans la conduite du changement"⁴⁴⁷.

Au total, de nombreuses méthodes différentes ont permis de mener à bien des changements dans les organisations, mais ce qui réussit dans une ne convient pas nécessairement à une autre. En fait, il n'existe pas de démarche "idéale" pour la conduite d'un processus de changement. Qu'elles soient imposées ou participatives, chacune des démarches offre des avantages et des limites.

Notre propos n'est pas ici de détailler toutes les démarches existantes, mais plutôt de tenter de classer la variété des changements en mettant en évidence quelques points clés et questions essentielles quant à la forme du changement.

Dans un premier temps, nous allons donc caractériser le changement en mettant en évidence les différentes formes qu'il peut prendre, pour, dans un deuxième temps, présenter les points clés de sa mise en œuvre en termes de contexte, contenu, processus, acteurs et temps.

Puis nous aborderons le jeu des acteurs dans ce processus.

Enfin, nous présenterons le projet en tant que vecteur du changement, avant de conclure sur les liens entre évaluation et changement, à savoir comment le changement appelle l'évaluation.

1 LES CARACTERISTIQUES DU CHANGEMENT

Dans les sciences de gestion, le concept de changement organisationnel est *ambivalent*⁴⁴⁸, notamment radical ou marginal⁴⁴⁹, créé par intentionnalité⁴⁵⁰ ou par contrainte⁴⁵¹.

⁴⁴⁶ FRANCHISTEGUY, I., *Gérer le changement à l'hôpital – Des diagnostics vers un modèle intégrateur*, op. cit., p. 221.

⁴⁴⁷ KOURILSKY-BELLIARD, F., op. cit., p. 11.

⁴⁴⁸ GUILHON, A., "Le changement organisationnel est un apprentissage", op. cit., p. 98.

⁴⁴⁹ TUSHMAN, M. ROMANELLI, E., "Organizational Evolution : A Metamorphosis Model Of Convergence and Reorientation", op. cit.

⁴⁵⁰ CHILD, J., "Organizational Structure, Environment and Performance : The Role of Strategic Choice", *Sociology*, vol. 6, n°1, 1972 ; FRENCH, J., BELL, R., *Organization Development*, Prentice Hall, 1978.

⁴⁵¹ LAWRENCE, P. LORSCH, P., *Adapter les structures de l'entreprise : intégration ou différenciation*, Editions d'Organisation, 1983 ; PFEFFER, J., SALANCIK, G., *The External Control of Organizations : A Resource Dependence Perspective*, Harper et Row, 1978.

Trois modes d'intervention du changement sont généralement décrits dans les manuels⁴⁵² :

- *La démarche de type "top-down"* qui introduit le changement par le sommet hiérarchique : la direction décide d'un changement à mettre en place en interne et applique sa décision de façon unilatérale.
- *La démarche de type "bottom-up"* où le changement est introduit par la "base", ce qui signifie que ce sont les niveaux inférieurs de la hiérarchie qui prennent ou se voient attribuer la responsabilité du processus, le sommet stratégique intégrant par la suite les changements définis.
- *L'introduction par responsabilités partagées*, où sommet hiérarchique et niveaux plus opérationnels travaillent ensemble au diagnostic et aux choix des changements à mettre en place. Consommatrice de temps en termes de décisions, cette démarche facilite la création d'un consensus.

Néanmoins, cette typologie nous paraît restrictive car elle se focalise sur le lieu de décision du changement sans intégrer d'autres facteurs variables tels que l'ampleur du changement ou le moment choisi pour le mettre en place. Nous cherchons ici à modéliser le changement selon une approche différente, qui s'intéresse au changement sur la base de variables caractéristiques de sa mise en œuvre et s'accorde avec la complexité de ce concept.

1.1 LES DIFFERENTES FORMES DE CHANGEMENT

Que l'on parle de changement, d'opérations de transformation, de processus ou de mode opératoire, ces expressions tendent toutes à désigner un certain type de réalité fonctionnant comme "un système structuré et dynamique, composé d'éléments étroitement interdépendants, et caractérisé principalement par le fait qu'il assure le passage d'une situation donnée à une autre situation"⁴⁵³. Ce processus de changement peut par contre prendre des formes variées qui s'adaptent à chaque situation et à chaque organisation. En effet, il n'existe aucun modèle reproductible. "*Chaque changement ou mouvement est une combinaison, toujours nouvelle, jamais imaginée voire imaginable dans ses conséquences. [...] Ce qui a marché ici n'a eu aucun effet là. Il n'y a pas de modèles absolus.*"⁴⁵⁴

Il existe différents archétypes de changements⁴⁵⁵ dont :

- Le **changement incrémental** : pour Quinn⁴⁵⁶, un dirigeant efficace fait évoluer l'organisation par touches successives, de façon volontariste : il doit donc s'assurer que l'organisation collecte et utilise l'information adéquate de son environnement sur une longue période et qu'elle est bien répartie, assimilée et appropriée par les salariés. L'incrémentalisme peut être vu comme une "figure de l'action managériale" et comme une "représentation générale de l'action" où les grandes décisions sont le produit de petites et qui résulte d'une conception de l'organisation comme un "espace de jeu d'intérêts multiples, aucun n'étant dominant"⁴⁵⁷.

⁴⁵² DESREUMAUX, A., op. cit., p. 296.

⁴⁵³ BARBIER, J.-M., *L'évaluation en formation*, op. cit., p. 177.

⁴⁵⁴ BERNOUX, P., *La sociologie des entreprises*, op. cit., p.65-66.

⁴⁵⁵ CALVI, R., "Pilotage du changement, pratiques d'achat et « juste à temps »", *Revue Française de Gestion*, n°118, mars-avril-mai 1998, p. 51.

⁴⁵⁶ QUINN, J.B., *Strategies for Change : Logical Incrementalism*, New York, Irwin, 1980.

⁴⁵⁷ LAROCHE, H., "Entre décisions et changement stratégiques : vers un modèle de l'action stratégique", ESCP, cahier de recherche n°95-128, Paris, 18 décembre 1995, pp. 12-13.

- Le **changement radical**⁴⁵⁸ qui s'adapte mieux à "l'ère de la discontinuité"⁴⁵⁹ : il touche un large domaine (organisation, cultures et systèmes), suppose une implication forte de la direction et l'existence d'un projet transfonctionnel⁴⁶⁰. Il "s'impose" lorsque l'organisation est en complet décalage avec son environnement, le changement apparaissant alors indispensable pour la "survie" de l'organisation. Certains auteurs rappellent son association à un système de pouvoir stable⁴⁶¹.
- Le **changement réactif**⁴⁶² : il s'agit d'une adaptation plus graduelle de l'opérationnel à une évolution de l'environnement plutôt que d'une véritable stratégie proactive de changement pilotée par le sommet.

En fait, toute organisation peut moduler les deux premières formes de changement, c'est-à-dire alterner entre des *périodes d'équilibre*, où un changement incrémental s'opère, et des *périodes de "révolution"*⁴⁶³ pendant lesquelles un changement radical bouleverse l'organisation. "*The punctuated equilibrium model of change assumes that long periods of small, incremental change are interrupted by brief periods of discontinuous, radical change*"⁴⁶⁴. En effet, l'argument central du modèle de l'équilibre ponctué, qui s'intéresse plus particulièrement au changement radical, est que le changement oscille entre de longues périodes de stabilité et de courtes poussées de changement radical qui modifie fondamentalement l'organisation⁴⁶⁵.

Enfin, nous avons évoqué le *changement réactif* que l'on peut rapprocher d'un changement continu ; ce n'est alors plus un phénomène épisodique et rare, mais bien un élément fréquent et endémique de la stratégie de l'organisation. L'innovation permanente en termes de produits est un exemple de ce type de changement, où l'organisation s'inscrit dans une posture dynamique attentive au présent et au futur.

Les typologies du changement organisationnel dans la littérature le polarisent souvent autour de deux tendances a priori opposées. Nous avons gardé cette présentation pour définir les éléments qui nous semblent caractériser le changement, et avons décidé d'éclairer le changement selon quatre dialogues. En effet, le changement se met en œuvre selon les données de la situation dans des formes qui peuvent apparaître opposées telles que :

- coercitif et formatif,
- micro et macro,
- émergent et planifié,
- proactif et réactif.

Nous présenterons les "extrêmes" de ces formes, tout en gardant à l'esprit que bon nombre de démarches sont intermédiaires.

⁴⁵⁸ DUNPHY, D.C., STACE, D.A., "Transformational and Coercitive Strategies for Planned Organizational Change : Beyond the O.D. Model", *Organization Studies*, vol. 9, n°3, 1988.

⁴⁵⁹ pour reprendre l'expression de P. Drucker, in DRUCKER, P., *The Age of Discontinuity*, New York, Harper and Row, 1969.

⁴⁶⁰ GIROUX, N., "La gestion du changement stratégique", *Revue Internationale de Gestion*, vol. 16, n°2, 1991.

⁴⁶¹ LAROCHE, H., "Entre décisions et changement stratégiques : vers un modèle de l'action stratégique", op. cit., p. 13.

⁴⁶² ANSOFF, H.Y., "The Emerging Paradigm of Strategic Behavior", *Strategic Management Journal*, vol. 8, winter 1982.

⁴⁶³ GERSICK, C.J.G., "Revolutionary Change Theories : A Multilevel Exploration of the Punctuated Equilibrium Paradigm", *Academy of Management Review*, vol. 16, n°1, 1991, pp. 10-36.

⁴⁶⁴ BROWN, S. L., EISENHARDT, K. M., "The Art of Continuous Change : Linking Complexity Theory and Time-paced Evolution in Relentlessly Shifting Organizations", *Administrative Science Quarterly*, vol. 42, 1997, p. 1.

⁴⁶⁵ GERSICK, C. J.G., "Revolutionary change theories : A multilevel exploration of the punctuated equilibrium paradigm", op. cit.

1.1.1 Coercitif ou formatif

La conception du changement organisationnel a longtemps été marquée par le modèle de l'action rationnelle. Suite au constat d'inadéquation de l'organisation existante face aux enjeux auxquels elle doit faire face, la direction mène une série d'investigation (analyse des dysfonctionnements, évaluation, etc.) et propose un nouveau modèle d'organisation qui se présente comme la solution optimale pour résoudre cette situation. L'organisation est alors considérée comme un acteur rationnel unique, représenté par la direction, qui a toutes responsabilités regardant l'identification des besoins de changement, les choix et la mise en œuvre de la nouvelle organisation.⁴⁶⁶

Ce modèle ne donne pas voix aux autres membres et se trouve être le plus générateur de résistances au changement. Dans un tel modèle, comme le dit Michel Crozier, "la très grande majorité des membres de l'organisation sinon la presque totalité se trouvent privés de possibilité raisonnable de participation"⁴⁶⁷. Les démarches de type "top-down" s'inscrivent ici.

Cette vision du changement est simpliste : elle se focalise sur un but à atteindre sans tenir compte des acteurs dans ce processus. Ce type de changement prend une **forme coercitive** puisque les acteurs n'ont aucun choix, n'interviennent nullement dans les décisions mais doivent mettre en œuvre le changement décrété par la direction.

A l'autre extrême, certaines démarches cherchent à adapter l'organisation en l'appuyant sur une reconnaissance du droit des acteurs à disposer d'eux-mêmes : l'idée est de réaliser des changements délibérés, visant un accroissement d'efficacité en se fondant sur le comportement humain dans les organisations. Ces démarches représentent donc un processus permettant aux acteurs du terrain de déterminer où et quand les changements sont utiles et de les réaliser. Le développement organisationnel, les démarches de type "bottom-up" et d'introduction par responsabilités partagées sont autant d'exemples de ce type de démarche.

Dans ce cas de figure, le changement est **formatif** : les acteurs y sont associés, notamment en pouvant décider (en partie tout au moins) des modifications nécessaires, ce qui n'empêche pas l'ensemble d'être contrôlé par la hiérarchie afin d'assurer une cohérence et une pertinence globale. Ce type de changement est *participatif* puisqu'il est décidé et appliqué par les acteurs.

Les méthodes à base de coercition ou d'imposition offrent l'avantage d'une rapidité de décision et d'exécution, et permettent aux responsables de conserver le pouvoir dont ils jouissent. Elles semblent convenir dans les situations d'"urgence" ou dans un climat trop conflictuel pour permettre la participation des acteurs de l'organisation. Par contre, les décisions qui en résultent et les changements qui en découlent se trouvent souvent confrontés à des résistances très fortes de la part des acteurs, qui ne se sont guère attribués les objectifs de ce processus.

A l'inverse, les méthodes participatives et formatives offrent l'avantage d'impliquer les individus concernés par les évolutions, donc de surmonter les résistances et d'exposer la rationalité du changement projeté. Elles permettent aux acteurs de prendre conscience de l'importance d'évaluer régulièrement les divers aspects organisationnels, humains et structurels pour les adapter de manière constante, créant ainsi une véritable dynamique du changement. Néanmoins, ces méthodes sont largement consommatrices en temps et non aisées à mettre en place. La participation et l'implication de tous ne sont pas une chose facile à organiser et à réaliser, des tensions subsistant bien souvent. Enfin, elles ne permettent pas toujours de supprimer les résistances, notamment lorsque les changements projetés sont contraires aux intérêts des destinataires.

⁴⁶⁶ STRATEGOR, op. cit., p. 370.

⁴⁶⁷ CROZIER, M., cité dans STRATEGOR, op. cit., p. 370.

Entre ces deux extrêmes se situent bon nombre de démarches intermédiaires, qui empruntent à l'une ou à l'autre en fonction de la situation.

1.1.2 Micro- ou macro-changement(s)

La diversité existe également en ce qui concerne l'étendue du changement, qu'il nous semble pertinent de considérer selon un axe "micro-macro".

Les considérations *micro* du changement mettent l'accent essentiellement sur les personnes ou sur de petites modifications, tandis que le *macro* concerne davantage les questions stratégiques et organisationnelles qu'implique le changement. En effet, dans le cadre du macro, le changement touche à la fois la structure, la stratégie (positionnement) et les systèmes, y compris tout ce qui relève de la culture et du système de valeurs, le leadership et les processus.

Ainsi, le *changement incrémental* évoqué précédemment s'inscrit dans une approche *micro*, puisqu'il concerne un nombre limité de fonctions et de niveaux organisationnels, améliorant alors la situation de l'organisation sans modifier la stratégie, la structure ou la culture en place.

A l'inverse, le *changement radical* s'inscrit dans une approche plus *macro* du changement, puisqu'il engendre une modification des modes de fonctionnement organisationnel (structure, culture, système d'information, stratégie, organisation du travail) et des interactions avec l'environnement externe.

Cette typologie fait référence à l'opposition entre changement progressif et changement brutal tels que Miller et Friesen⁴⁶⁸ les décrivent. Le changement progressif affecte seulement certains éléments de l'organisation, tandis que le changement brutal affecte globalement l'ensemble de l'organisation.

Le changement peut donc prendre deux formes différentes : le passage d'un état à un autre ou le passage d'une transformation à une autre, c'est-à-dire un changement plus complet, non pas d'état, mais de comportement⁴⁶⁹.

Le premier type de changement suppose des transformations à l'intérieur d'un système ou d'une structure mais ne concerne que l'interne (transformation des éléments composant le système) sans aucune influence ou modification de l'extérieur ou des relations avec l'extérieur. Le système reste invariant par rapport à tous les éléments externes. Le changement "prend place à l'intérieur d'un système donné qui, lui, reste inchangé"⁴⁷⁰. Les décisions recadrent alors les règles de fonctionnement.

Le deuxième type de changement est un changement complet qui modifie le système. Il s'effectue au niveau des règles qui gouvernent la structure ou son ordre interne. Il marque ainsi une rupture dans le sens d'une discontinuité, cette décision stratégique engageant le devenir de l'organisation.

Ces deux types de changement, loin d'être opposables, sont en fait complémentaires.

La typologie développée par P. Watzlawick et al. s'inscrit tout à fait dans cette dialogie.

⁴⁶⁸ MILLER, D., FRIEDSEN, P., "Momentum and Revolution in Organizational Adaptation", *Academy of Management Journal*, vol. 23, n° 4, 1980, pp. 591-614.

⁴⁶⁹ ASHBY, W. R., *An introduction to Cybernetics*, Chapman & Hall, Londres, 1956, cité par WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J., FISCH, R., *Changements. Paradoxes et psychothérapie*, op.cit., p. 28

⁴⁷⁰ WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J., FISCH, R., *Changements. Paradoxes et psychothérapie*, op.cit., p. 28.

L'essai sur le changement rédigé par trois personnalités⁴⁷¹ du Mental Research Institute de Palo Alto aboutit en effet à l'existence de deux sortes de changement :

- Un changement 1 qui prend place à l'intérieur d'un système donné qui reste inchangé.
- Un changement 2 ("*un changement de changement*") qui modifie le système.⁴⁷²

Souvent, une déviation par rapport à la norme est moteur de changement⁴⁷³. Il existe "une multitude de situations pour lesquelles on peut corriger une déviation en lui appliquant son contraire" l'idée étant de maintenir l'équilibre interne du système. On se situe donc bien dans un **changement 1** dans lequel la structure du système reste inchangée et son potentiel peut s'accommoder des perturbations en question. Le changement 1 repose sur le bon sens ; il permet en fait selon les auteurs de l'école Palo Alto de résoudre ce qu'ils qualifient de *difficultés*, c'est-à-dire des "conditions gênantes que l'on surmonte par quelques actions de bon sens (...) sans avoir nécessairement recours à une technique spéciale de résolution de problèmes".⁴⁷⁴

Néanmoins, parfois, ces difficultés apparaîtront comme des problèmes, c'est-à-dire comme plus compliquées, désignant alors des impasses ou des situations intolérables ou inextricables, face auxquelles un changement 1 n'est pas suffisant et risque plutôt de prolonger ou d'aggraver la situation : pour régler le *problème* en question, il faut modifier la structure du système. Le **changement 2** prend la forme d'une discontinuité qui apparaît à un moment totalement imprévisible lorsque l'on le considère de l'intérieur du système. Il est introduit de l'extérieur, et lorsque nous nous situons sous cet angle, les changements 2 ne sont rien de plus que des changements des prémisses qui gouvernent le système *en tant que totalité*. Ce changement dans le système de référence se fait donc au niveau *méta*.⁴⁷⁵

Les acteurs se situent en fait dans un jeu dont nous pouvons appeler les règles le "réel" : ces règles ne sont "réelles" que dans la mesure où elles ont été créées et peuvent donc être changées⁴⁷⁶. En effet, le changement correspond à la modification d'une réalité pour atteindre un idéal visé, défini par un certain nombre de prémisses. Dans certains cas, il n'est pas possible de changer l'état réel des choses : ce n'est pas la manière dont les choses sont réellement qui constitue la source du problème, mais bien les prémisses qui les voudraient autrement. Le changement 2 consiste donc bien en un changement de prémisses.

Face à un problème, la solution énoncée par un changement 1 apparaît dans le changement 2 comme la clé de voûte de ce même problème ; à ce titre, il faut modifier cette solution, en s'attaquant aux effets et non aux causes supposées. La question posée est *quoi ?* et non *pourquoi ?* Le processus de changement est alors paradoxal, en comparaison du changement 1 qui relève du bon sens, mais place la situation dans un nouveau cadre⁴⁷⁷. Le *quoi ?* repose sur l'analyse et l'action. Toujours selon ces auteurs, le *pourquoi ?* n'est pas toujours indispensable. Nous pouvons tout à fait comprendre une situation telle qu'elle existe actuellement, sans jamais comprendre le *pourquoi ?* – c'est-à-dire comment elle en est arrivée là – et malgré tout y faire quelque chose. C'est le *quoi ?* qui va permettre son évolution.

⁴⁷¹ Ibid.

⁴⁷² Ibid.

⁴⁷³ Par exemple, une recrudescence des plaintes relatives à la tiédeur des repas va générer des actions pour ramener ces plaintes au niveau le plus bas. Un ou des changements sont donc nécessaires pour rétablir la norme, cette modification prenant alors la forme du contraire de ce qui a généré les plaintes : si les plats étaient trop froids, on va les chauffer davantage pour que les patients puissent consommer des aliments suffisamment chauds.

⁴⁷⁴ WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J., FISCH, R., *Changements. Paradoxes et psychothérapie*, op. cit., p. 56.

⁴⁷⁵ Ibid., pp. 42-43.

⁴⁷⁶ Ibid., p. 45.

⁴⁷⁷ Ibid., p. 103.

1.1.3 Emergent ou planifié

Il est important de faire une distinction entre le *changement émergent*, qui affecte inévitablement toutes les organisations, et le *changement planifié*, intentionnel et orienté vers un but⁴⁷⁸, que nous pouvons rapprocher de la distinction faite par Mintzberg et Waters⁴⁷⁹ entre *stratégie délibérée* et *stratégie émergente*.

La typologie précédemment décrite en termes de conception *volontariste* ou *déterministe* du changement s'inscrit également dans cette dialogie.

Le *changement spontané* ou *émergent* correspond à la mise en œuvre d'un ensemble d'actions de manière "naturelle" pour résoudre un problème ou s'adapter à des évolutions. Il est souvent difficile de clarifier les actions mises en œuvre dans ces modifications : les individus ou les organisations agissent alors sur la base d'un ensemble de suppositions implicites.

Néanmoins, bien souvent dans les organisations, le changement n'est pas inné, il résulte de politiques volontaristes et de la mise en place d'une action permettant de faire évoluer les choses. Cette vision mécaniste du changement met l'accent sur la prescription et le pilotage. Une large part des changements organisationnels sont déclenchés par des stimuli externes, tels que le besoin de répondre à de nouveaux challenges ou de nouvelles opportunités issus de l'environnement externe ou celui de faire face à de futures difficultés potentielles. Dans ces cas de figures, le changement est planifié pour anticiper les problèmes ou générer un avantage.

Le *changement planifié* résulte donc d'une tentative intentionnelle d'améliorer le fonctionnement d'une organisation. Il suppose une série d'activités et de procédures destinées à modifier la structure, les groupes, les individus et les méthodes d'une organisation⁴⁸⁰ et comporte toujours des objectifs spécifiques inspirés par un besoin d'amélioration. Tout changement planifié suppose ainsi un pilotage et une anticipation quant aux actions et ressources nécessaires pour atteindre ces objectifs.

De nombreux modèles et processus ont été développés pour diagnostiquer et mettre en place un changement (planifié) dans une organisation. Nous en rappellerons trois couramment utilisés⁴⁸¹ :

- *Le modèle du changement par la méthode des systèmes*, qui décrit l'organisation comme cinq variables interactives dont chacune peut servir de point focal du changement planifié : le personnel, la tâche, la technologie, la structure et la stratégie. Etant toutes interdépendantes, un changement effectué dans une des variables entraîne une modification dans une ou plusieurs autres. Cette approche par les systèmes montre qu'il n'est guère possible de changer la partie d'un ensemble sans modifier d'une certaine manière l'ensemble.
- *La recherche en vue de l'action*, qui est un processus basé sur la collecte de données et axé sur la résolution des problèmes par le changement organisationnel. Il consiste en trois étapes : collecte des données (problèmes, préoccupations, changements nécessaires), organisation de cette information de manière significative et diffusion à tous les employés concernés par la tentative de changement, préparation et réalisations des actions spécifiques destinées à résoudre les problèmes identifiés. Cette méthode fonde le changement sur un diagnostic sérieux de la situation existante et fait participer les employés au processus de changement.

⁴⁷⁸ HELLRIEGEL, SLOCUM, WOODMAN, op. cit., p. 596.

⁴⁷⁹ MINTZBERG, H., WATERS, J., "Of strategies, Deliberate and Emergent", *Strategic Management Journal*, vol. 6, 1985, pp. 257-272.

⁴⁸⁰ GOODMAN, P.S., KURKE, L.B., "Studies of Change in Organizations : a status report", in GOODMAN, P.S., et al., *Change in Organizations*, Jossey-Bass, San Francisco, 1982, p. 4.

⁴⁸¹ HELLRIEGEL, SLOCUM, WOODMAN, op. cit., pp. 616-620.

- Le *développement organisationnel*. C'est un processus planifié, systématique du changement organisationnel qui utilise de nombreuses données du comportement organisationnel. Cette méthode vise à créer un changement autodirigé auquel participent les intéressés, il met l'accent sur un processus collectif de collecte des données, de diagnostic et d'action, il tente de changer tout le système et attache autant d'importance à la résolution immédiate des problèmes qu'à l'évolution à long terme de l'organisation.

La typologie sus-mentionnée de démarches selon le processus de décision s'inscrit non seulement dans la dialogie coercitif-formatif, mais également dans celle relative à l'émergent et au planifié :

- Dans la démarche "top-down" (du "haut vers le bas"), la direction décide de susciter des changements chez les agents placés sous sa responsabilité dans une optique d'efficacité. Un plan de progrès est donc conçu et lancé, testé et généralisé. Dans cette approche, le changement est planifié, puisque décidé et établi selon un projet ou plan.
- Dans la démarche "bottom-up" ("du bas vers le haut"), les acteurs de terrain prennent spontanément l'initiative d'améliorer l'organisation en utilisant de nouveaux outils ou en inventant de nouvelles solutions. Si les résultats sont bons, la direction décide de piloter la généralisation de cette approche. Ainsi, le changement est émergent car mis en œuvre par des acteurs de terrain au vu de dysfonctionnements ou d'opportunités constatées.
- Dans la démarche d'introduction par responsabilités partagées, une structure est bien souvent chargée d'encourager, d'identifier et de stimuler les innovations du terrain, d'en évaluer l'intérêt et d'en organiser soûplement la diffusion quand cette dernière est convaincante. Dans ce schéma, on se situe à l'intermédiaire : le changement paraît émergent car il est mis en œuvre par les acteurs de terrain au vu d'opportunités ; néanmoins, l'initiative de ce changement n'est guère spontanée : bien souvent, les acteurs disposent durant une période donnée de la liberté d'action et des moyens nécessaires pour développer des innovations, avec un point réalisé à échéance régulière.

Changement spontané et changement planifié se côtoient donc dans la même structure. Même s'il est classique d'opposer processus finalisé / processus incrémental, stratégie délibérée / stratégie émergente, plusieurs travaux montrent la nécessaire *équilibratio*n entre ces deux types de processus⁴⁸². Il semble judicieux de pouvoir articuler le délibéré et l'émergent.

De plus, quelle que soit la forme de changement adoptée par l'organisation, sa nature pénétrante en fait une action qui ne peut modifier un niveau sans conséquence pour les autres : un changement quelque part dans l'organisation engendre des changements à d'autres niveaux. Il est donc préférable d'éviter de considérer tout élément de changement de manière isolée, et de le considérer en combinaison avec les autres, parfois émergents ; en d'autres termes, il est essentiel d'être conscient de l'impact du changement sur les autres points de l'organisation.⁴⁸³

⁴⁸² CLAVEAU, N., *Conception d'Outils Informatisés d'Aide au Diagnostic Stratégique en PMI. Expérience et enseignements*, Thèse de doctorat, Université Lyon 3, 1993.

⁴⁸³ MULLINS, J.L., *Management and organisational behaviour*, 2nd édition, Pitman Publishing, London, 1989, pp. 500-501.

1.1.4 Proactif ou réactif

"La véritable bataille est celle qui oppose les retardataires aux challengers, les conservateurs aux imitateurs, les imitateurs aux imaginatifs"⁴⁸⁴.

Le plus souvent, les organisations procèdent à un changement pour réagir aux pressions déclenchées par des sources externes telles que par exemple la concurrence, la technologie ou la législation. Le changement est alors **réactif** à des stimulations extérieures, il doit assurer la "survie" de l'organisation. Cette réponse à des événements passés permet à l'organisation de s'adapter et se fait souvent dans l'urgence.

Il existe aussi des **changements proactifs**, dans le cas où ces mêmes organisations anticipent les problèmes à venir et s'y préparent. Ces actions proactives précèdent et visent à s'adapter aux modifications prévues de l'environnement. Cette attitude conditionne non seulement la durée dont dispose l'organisation pour changer face aux évolutions attendues, mais également sa capacité à modifier cet environnement. L'anticipation repose ainsi sur une vision du futur de l'environnement et de l'organisation au sein de ce contexte, mais aussi sur une construction des évolutions à réaliser pour y parvenir.

M. Godet⁴⁸⁵ définit quant à lui trois types d'attitudes face au changement :

- la *réactivité* qui consiste à réagir une fois que les événements sont déclenchés,
- la *proactivité* qui consiste à agir pour provoquer les changements désirés,
- la *préactivité* qui consiste à se préparer aux changements prévisibles.

Benoît Demil illustre ces attitudes de pré- ou réactivité dans son étude concernant l'adaptation des hôpitaux à un nouvel environnement juridique⁴⁸⁶, par laquelle il détermine deux stratégies :

- le "pionnier" agit avant le terme échu de la réglementation et introduit une innovation importante dans le contexte considéré : l'organisation se situe alors dans une attitude de préactivité. Sa démarche est exploratoire, aux objectifs flous et marquée d'incertitude.
- le "suiveur" agit à la date butoir imposée par la réglementation et n'introduit donc pas d'innovation : l'organisation est simplement réactive et dispose d'objectifs clairs ; elle est confrontée à une faible incertitude.

Nous avons vu ci-dessus que le changement est souvent influencé par le contexte. La relation entre environnement n'est cependant pas univoque comme le rappelle March lorsqu'il évoque que le monde n'est pas seulement perçu de manière incomplète par les organisations mais qu'il se construit en partie à partir de leurs actions⁴⁸⁷. Une organisation pro- ou préactive a ainsi de plus grandes chances d'influencer l'environnement qu'une organisation réactive qui se plie aux contraintes et aux évolutions du contexte, se contentant d'y apporter une réponse.

Même si cette approche par dialogues offre une vision dichotomique du changement, la réalité est bien souvent plus nuancée dans le sens où diverses "formules" intermédiaires sont possibles. En outre, ce type de "catégories" est utile pour expliquer les extrêmes mais la réalité est plus complexe et fait souvent intervenir plusieurs catégories, même si elles semblent opposées. Leur

⁴⁸⁴ HAMEL, G., PRAHALAD, C. K., *Competing for the Future. Breakthrough Strategies for Seizing Control of your Industry and Creating the Markets of Tomorrow*, Cambridge, Mass., Harvard Business School Press, édition française, (1995), *La conquête du future*, Paris, Interéditions.

⁴⁸⁵ selon le terme utilisé par M. Godet, in GODET, M., *Manuel de prospective stratégique. 1 – Une discipline intellectuelle*, DUNOD, Paris, 1997, p. 9.

⁴⁸⁶ DEMIL, B., "Le pionnier et les suiveurs", *Revue Française de Gestion*, n°119, juin-juillet-août 1998, pp. 107-116.

⁴⁸⁷ MARCH, J.G., "Réflexions sur le changement dans les organisations", in MARCH, J.G., (ed.), *Décisions et organisations*, Editions d'organisation, 1991, pp. 88-107.

coexistence est même montrée par certains auteurs comme un élément favorisant la richesse et l'efficacité de l'organisation⁴⁸⁸.

Enfin, s'articulant sur quatre types de changement, Van de Ven et Poole⁴⁸⁹ montrent que les mécanismes ou moteurs du changement sont multiples tout comme les niveaux d'analyse et qu'aucune théorie sur le changement ne peut se contenter d'un idéal-type, dans la mesure où le changement prend place dans l'espace et dans le temps, faisant intervenir des mécanismes différents et où chaque moteur est incomplet. De même, aucun "idéal-type" n'existe, les organisations faisant appel à diverses formes de changement selon le contexte et les conditions.

1.2 CHANGEMENT PRESCRIT VERSUS CHANGEMENT CONSTRUIT

Une autre typologie nous a paru intéressante : la typologie du changement organisationnel réalisé par I. Vandangeon-Derumez à partir d'une analyse de la dynamique des processus de changement permet de regrouper les axes coercitif - formatif et émergent - planifié. Elle identifie deux types de changement : le *changement prescrit* et le *changement construit*⁴⁹⁰.

Tableau 7 : Caractéristiques principales des deux profils-types de changement⁴⁹¹

Changement prescrit	Changement construit
<ul style="list-style-type: none"> - Une vision claire de l'avenir. - Une définition précise des éléments de l'organisation à changer pour atteindre cette vision. - Des acteurs clés ("leader" et direction générale) prenant des décisions qu'ils imposent ensuite. - La création d'une logique d'action induisant le comportement des autres acteurs. - Un changement brutal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Une vision floue de l'avenir. - Une démarche à suivre pour effectivement changer. - Une volonté de faire émerger l'organisation de demain. - Une grande liberté d'action laissée aux acteurs de l'organisation pour favoriser la créativité de chacun et les comportements autonomes. - Un changement progressif.

⁴⁸⁸ BURGELMAN, R. A., "Intraorganizational Ecology of Strategy Making and Organizational Adaptation : Theory and Field Research", *Organization Science*, vol. 2, n° 3, August 1991, pp. 239-262.

⁴⁸⁹ VAN de VEN, A.H., POOLE, M.S., "Explaining Development and Change in Organizations", *Academy of Management Review*, vol. 20, n°3, 1995, pp. 510-540.

⁴⁹⁰ Nous empruntons les éléments concernant cette opposition entre changement prescrit et changement construit à VANDANGEON-DERUMEZ, I., "Changement prescrit et changement construit : la conduite des processus de changement et les logiques d'action sous-jacentes", AIMS, Paris, mai 1999, 25 p.

⁴⁹¹ VANDANGEON-DERUMEZ, I., "La dynamique des processus de changement", *Revue Française de Gestion*, n° 120, septembre-octobre 1998, p. 133.

Le **changement prescrit** s'inscrit dans des courants théoriques tels que les choix stratégiques⁴⁹² ou la planification stratégique⁴⁹³.

Il se caractérise par une vision claire de l'avenir qui permet de définir l'état souhaité, qui comparé à l'état actuel, détermine les changements à réaliser. L'action de changement porte donc principalement sur un contenu et le changement peut être perçu comme "le résultat de la recherche planifiée de solutions optimales à des problèmes définissables"⁴⁹⁴. La phase la plus importante du processus de changement porte alors sur celle qui précède l'implantation de changement, à savoir celle où la nouvelle vision de l'organisation est construite. En ce sens, les actions mises en place sont de nature délibérée, au sens défini ci-dessus par Mintzberg et Waters⁴⁹⁵, puisqu'elles résultent d'intentions précises.

Les acteurs clés prennent ainsi des décisions qu'ils imposent au reste de l'organisation pour parvenir aux objectifs souhaités. En effet, la nouvelle vision de l'organisation repose essentiellement sur la construction de sens donnée par les dirigeants, qui l'imposent, car elle risque de ne pas être partagée par les autres acteurs. Dès lors, l'action de changement chemine d'un niveau global - elle concerne toute l'organisation - vers un niveau local - les individus, qui se trouvent confrontés à une nouvelle organisation au sein de laquelle ils doivent trouver leur place -.

L'idée de ce type de changement est d'essayer de changer le cadre organisationnel (structures et modes de fonctionnement) afin d'amener les individus à changer eux-mêmes leurs comportements⁴⁹⁶. Mais il génère un grand risque de résistances au changement ou de "sortie" du nouveau cadre organisationnel, alors approprié par les acteurs en l'adaptant à leur profit.

Le **changement construit**, où l'action est ancrée sur le processus, se rapproche quant à lui des systèmes auto-organisés⁴⁹⁷ qui focalisent leur attention sur les hommes et les processus plus que sur les structures et systèmes de contrôle.

Il se caractérise à l'inverse par une vision floue de l'avenir, c'est-à-dire dans un contexte interne et externe difficilement prévisible et en constante évolution au cours du temps. Le projet de changement ne concerne dès lors plus un contenu mais un processus, c'est-à-dire la démarche à suivre et les comportements attendus pour changer de manière effective. Le changement s'inscrit dans le "chemin à suivre pour effectivement changer"⁴⁹⁸. La phase précédant l'implantation du projet de changement ne sert alors qu'à s'accorder sur le(s) problème(s) à résoudre. Le processus s'enrichit d'une vision émergente de la nouvelle organisation : on se situe dans le cadre d'un processus non plus finalisé mais "synchronisé" au cours duquel la nouvelle vision de l'organisation se construit progressivement pour être formalisée et stabilisée⁴⁹⁹. Le changement est implanté au fur et à mesure qu'il se construit.

⁴⁹² CHILD, J., "Organization Structure and Strategies of Control : A Replication of the Aston Study", op. cit., pp. 163-176.

⁴⁹³ ANSOFF, H. I., *Implanting Strategic Management*, Prentice Hall International (UK), University Press, Cambridge, 1984.

⁴⁹⁴ VANDANGEON-DERUMEZ, I., "Changement prescrit et changement construit : la conduite des processus de changement et les logiques d'action sous-jacentes", op. cit., p. 7

⁴⁹⁵ MINTZBERG, H., WATERS, J., "Of strategies, Deliberate and Emergent", op. cit., pp. 257-272.

⁴⁹⁶ VANDANGEON-DERUMEZ, I., "Changement prescrit et changement construit : la conduite des processus de changement et les logiques d'action sous-jacentes", op. cit., p. 10

⁴⁹⁷ PROBST, G., *Organiser par l'auto-organisation*, Editions d'organisations, Paris, 1994 ; QUINN, J.B., *Strategies for Change : Logical Incrementalism*, Irwin, Homewood, Illinois.

⁴⁹⁸ VANDANGEON-DERUMEZ, I., "Changement prescrit et changement construit : la conduite des processus de changement et les logiques d'action sous-jacentes", op. cit., p. 12

⁴⁹⁹ Ibid., p. 13.

En ce sens, les actions de changement deviennent émergentes, l'action n'est plus planifiée mais construite. Il existe alors un processus continu d'interaction entre les actions engagées et le contexte organisationnel qui évolue au gré des actions et inversement. Les actions ne sont plus dictées par une décision préalable mais par l'évolution même du processus de changement.

Une grande liberté d'action est donc laissée aux acteurs afin de renforcer leur créativité, favoriser les comportements autonomes et enrichir la formalisation d'un nouvel état. Au travers de leurs idées, de leur vision et de leurs actions, les acteurs sont chargés de proposer le cadre organisationnel de demain. Cette méthode permet alors de combiner des compétences et capacités individuelles et d'évoluer sur la base d'une pluralité de visions. Une évaluation ou un bilan permet de faire régulièrement le point sur les évolutions réalisées par l'organisation et de formaliser la nouvelle vision de l'organisation et le nouveau cadre organisationnel. De nouvelles pratiques organisationnelles peuvent alors être apprises par les acteurs. Ainsi, le changement chemine d'un niveau local – les individus et leur vision de l'organisation – à un niveau global, puisqu'il arrive toujours un moment où il est nécessaire de mettre en cohérence les idées et initiatives ayant émergées des acteurs.

L'idée de ce type de changement est clairement de modifier le comportement des individus pour ensuite fixer le cadre de la nouvelle organisation. La déception est un risque puisque les acteurs ayant participé à la construction de la nouvelle vision de l'organisation peuvent avoir le sentiment qu'une fois formalisée elle n'est pas tout à fait conforme à l'idée qu'ils s'en étaient faite. Le cheminement du local vers le global rend difficile la conduite délibérée⁵⁰⁰.

Une fois encore, même si ces deux types de changement paraissent totalement dichotomiques, une logique n'exclut pas l'autre. Les deux peuvent s'articuler au sein d'un même processus. Les deux approches sont complémentaires, de l'une vers l'autre ou lancées en parallèle.

Ces différentes dialogies permettent de formaliser des axes le long desquels se déplace le changement selon la forme prise, démontrant la diversité du concept.

Quelle que soit la forme mise en place, le changement s'inscrit comme un mouvement continu car, à un moment donné, il est nécessaire pour permettre à l'organisation d'exister et d'avancer face à des buts qui restent provisoires, donc évolutifs.

Par delà la forme qu'il prend, le changement doit être considéré sous des aspects de contexte, contenu, processus et acteurs.

2 LES POINTS CLES DE LA MISE EN ŒUVRE DU CHANGEMENT

La maîtrise du changement passe comme nous l'avons vu plus haut par une bonne connaissance du contexte organisationnel, mais également par l'exercice de la décision, quant à un contenu et à un processus de changement par des acteurs.

Dans son étude sur le changement, A. Pettigrew⁵⁰¹ intègre non seulement le niveau micro de l'individu, mais également le niveau macro de l'organisation dans son ensemble et le niveau encore plus macro du contexte dans lequel le changement se produit. Il offre en outre une vision

⁵⁰⁰ Ibid., p. 16.

⁵⁰¹ PETTIGREW, A., *The Awakening Giant. Continuity and Change in ICI*, Oxford, Basil Blackwell, 1987.

incrémentale où décision stratégique et changements organisationnels sont mêlés. Il est à l'origine d'un modèle général d'étude du changement basé sur le triptyque : *context – content – process*, soit contexte - contenu – processus, en ce sens que le changement stratégique est pour lui la production simultanée des ces trois éléments. Il souligne cependant le poids du contexte interne et de la progressivité du processus.

Nous nous accordons avec ce modèle, dans l'idée selon laquelle le changement ne doit pas seulement être considéré sous un aspect "contenu", mais également "processus" et "contexte". Ces trois aspects ne peuvent pas être séparés les uns des autres.

Il n'est néanmoins pas possible d'ignorer deux points clés du changement qui ne rentrent pas directement dans ce modèle mais qui y sont reliés : les acteurs, qui sont un des aspects fondamentaux du processus, et le temps, nécessaire à tout changement.

2.1 LE CONTEXTE

Pour comprendre le changement, il faut cerner le contexte dans lequel il se produit. Ce contexte est à la fois physique, culturel, historique, politique, juridique, social et économique dans le sens où il comprend tout à la fois l'environnement mais également les valeurs, les rites, les a priori,... En effet, selon Pettigrew, le contexte pertinent n'est pas seulement physique, mais surtout culturel et historique au sein de l'organisation. Il peut également inclure les "a priori" des dirigeants et le climat politique dans lequel les décisions doivent se prendre. Le contexte est donc incertain et unique à chaque situation et correspond à "tous les facteurs non directement reliés aux décisions de changement mais qui influent sur elles"⁵⁰².

Le changement est souvent analysé comme un moyen de création ou d'adaptation à l'environnement (le changement est considéré comme "le résultat de l'adaptation des structures à leur environnement"⁵⁰³). Les organisations doivent en fait s'ajuster à des pressions ou des évolutions provenant de leur environnement (mondialisation, concurrence, fusions, technologie, évolution de la demande, ...) ou de leur fonctionnement (attentes des acteurs, vieillissement, ...). Un système évalue son adéquation par rapport à un milieu donné, c'est-à-dire qu'il s'assurera que son activité est "correcte" dans l'environnement dans lequel il est immergé. Le changement est donc bien une réponse de l'organisation face aux stimulations de son contexte.

Mohrman et Mohrman⁵⁰⁴ ont regroupé les tendances lourdes modifiant l'environnement des organisations en quatre grandes familles de pressions :

- Une intensification de la concurrence.
- Des changements d'attentes chez les interlocuteurs organisationnels (acteurs internes et externes, c'est-à-dire employés, actionnaires et clients).
- Des développements technologiques.
- Les changements du contexte juridique.

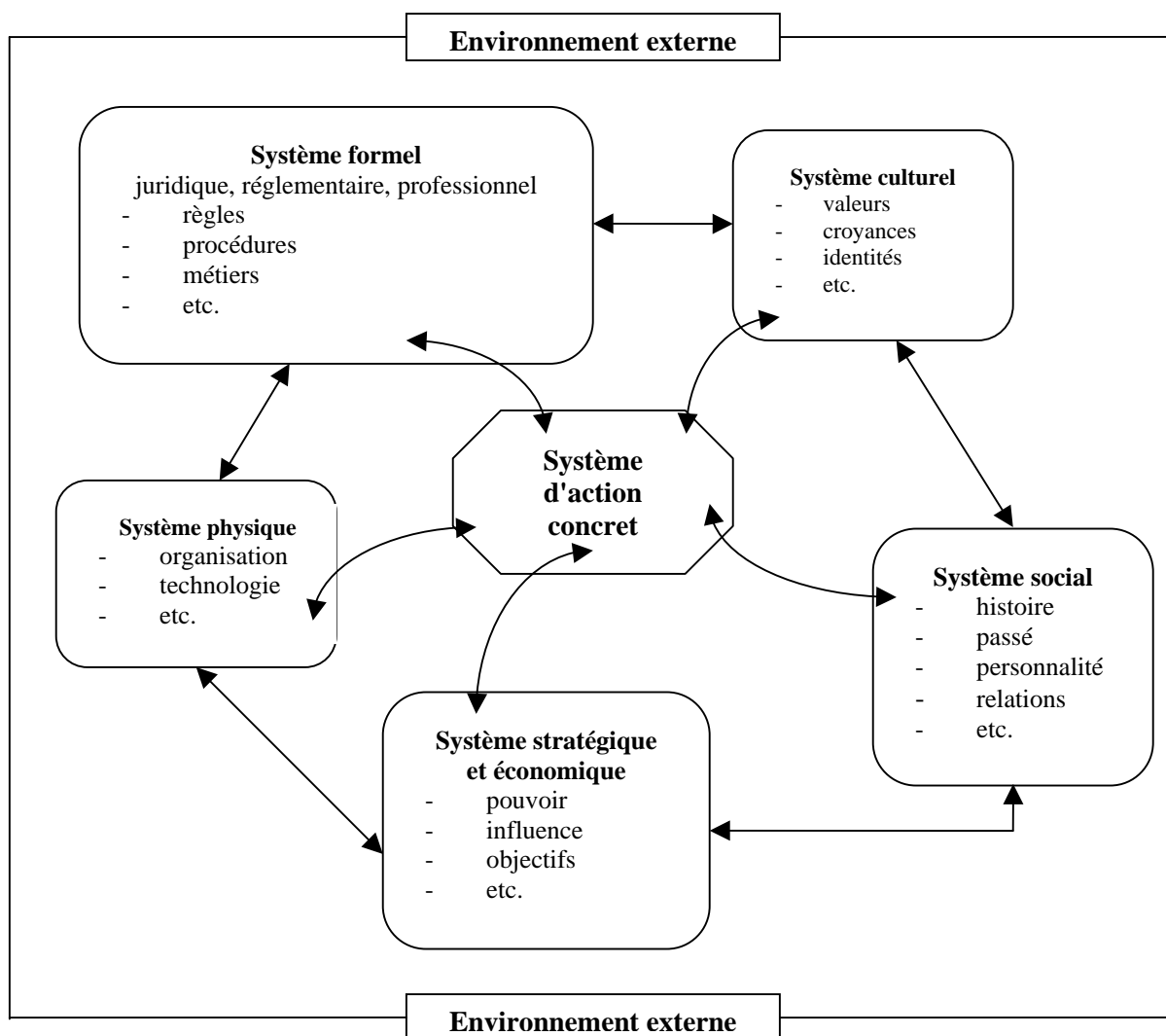
Le schéma suivant illustre les forces d'action du contexte organisationnel.

⁵⁰² Selon une idée de Pettigrew, in HAFSI, T., FABI, B., op. cit., p. 97.

⁵⁰³ ALTER, N"Organisation et innovation – Une rencontre conflictuelle", *Sciences Humaines*, Hors série, n°20, mars-avril 1998, p. 57.

⁵⁰⁴ MOHRMAN, A., LAWLER, E., LEDFORD, G. E., MOHRMAN, S., CUMMINGS, T., *Large-Scale Organization Change*, San Francisco, Jossey-Bass, 1989, cité par HAFSI, T., FABI, B., op. cit.

Figure 7 : Les forces d'action du contexte organisationnel⁵⁰⁵



Notons cependant que la représentation est trompeuse, chaque variable constituant l'organisation et en même temps son contexte.

La notion de "contexte" définie par Pettigrew comporte en fait un niveau externe – c'est-à-dire les aspects macro à l'échelle de la société dans des domaines tels que l'économie, la politique, la technologie ou le social - et un niveau interne – combinant des dimensions structurelles, culturelles et politiques -.⁵⁰⁶ Ce contexte interne est à la fois construit par les acteurs et contraint à leur action.

Le changement peut donc être provoqué par des facteurs exogènes mais également endogènes. "Context is not just a stimulus environment but a nested arrangement of structures and

⁵⁰⁵ Schéma inspiré et adapté de ESC Lyon, Département Management et Ressources Humaines, "L'entreprise : un système social ouvert" (visiblement inspiré de A. Calori).

⁵⁰⁶ ROUSSEAU, A., WARNOTTE, G., "La responsabilisation des cadres face à la qualité totale : un construit social ?", *Gérer et comprendre, Annales des Mines*, n° 3, Décembre 1994, p. 34.

processes where the subjective interpretations of actors perceiving, comprehending, learning and remembering help share process"⁵⁰⁷. Le contexte est ainsi fortement impliqué dans la production de l'action.

Notons cependant que l'adaptation entre le contexte et l'organisation fonctionne dans les deux sens : un système perçoit et agit localement dans l'environnement dans lequel il est plongé. Son comportement modifie l'environnement qui en retour exerce une pression sur le système. Ainsi, "les échanges système – environnement entraînent des influences réciproques conduisant à un ajustement mutuel", ce qui signifie que l'adaptation est un processus d'ajustement mutuel qui s'opère aussi bien dans un système ou une organisation que dans son environnement.⁵⁰⁸

Le contexte "construit" le changement et "se construit" au travers du changement. Il contraint l'action tout comme il se transforme. Ainsi, si une organisation évolue souvent en fonction de forces externes, elle peut transformer son environnement, et par effet induit réussir à faire évoluer son propre système interne.

2.2 LE CONTENU

Comme nous venons de le voir, le contenu du changement fait partie du contexte : les deux s'influencent mutuellement. Ce contenu est apparenté à des actions concrètes qui peuvent être définies de deux manières :

- suite à une évaluation de dysfonctionnements, auxquels l'organisation cherche à remédier,
- parce qu'il y a une orientation nouvelle à mettre en œuvre.

Ainsi, le changement peut donc être effectué en réaction à des événements externes ou résulter d'une initiative interne à l'organisation. Quoiqu'il en soit, le contenu de ce changement doit permettre d'améliorer la performance de l'organisation.

Pettigrew, dans son modèle, ne s'intéresse que de façon marginale au contenu, parce que ce dernier est bien souvent justifié par rapport à des canons de rationalité reconnus⁵⁰⁹. Par contre, d'autres auteurs, tels que Meyer, Brook et Goes⁵¹⁰ ou Lant et Meziar⁵¹¹ se sont plus particulièrement intéressés au changement dans son contenu⁵¹².

Ce contenu est un élément important du changement dans les démarches finalisées et notamment dans celles prescrites qui ont un objectif précis, souvent fixé par les directions. Le changement y est focalisé sur le résultat de la démarche, donc sur un "contenu" à atteindre qui doit correspondre à la vision nouvelle de l'organisation établie au moment de l'implantation du changement.

⁵⁰⁷ "Le contexte n'est pas seulement un environnement stimulant mais une articulation de structures et de processus au sein de laquelle les interprétations subjectives des acteurs qui perçoivent, comprennent, apprennent et se souviennent aident à façonner le processus", in PETTIGREW, A., "Longitudinal Field Research on Change : Theory and Practice", *Organization Science*, vol. 3, n° 1, 1990.

⁵⁰⁸ GLEIZES, M. P., GLIZE, P., "L'adaptation des organisations par et pour l'information émergente", *Solaris*, n° 5, janvier 1999.

⁵⁰⁹ HAFSI, T., FABI, B., op. cit., p. 97.

⁵¹⁰ MEYER, A., BROOKS, G., GOES, J., "Environmental Jolts and Industry Revolutions : Organizational Response to Discontinuous Change", *Strategic Management Journal*, vol. 11, 1990.

⁵¹¹ LANT, T., MEZIAS, S., "Managing Discontinuous Change : A Simulation Study of Organizational Learning and Entrepreneurship", *Strategic Management Journal*, vol. 11, 1990.

⁵¹² GUILHON, A., "Le changement organisationnel est un apprentissage", op. cit., p. 98

Le contenu va définir l'ampleur du changement, c'est-à-dire l'ensemble des sous-systèmes concernés. En effet, les évolutions peuvent concerner l'ensemble d'une organisation ou être "locales" dans le sens où le changement n'affectera qu'un service ou qu'une partie de l'ensemble. De plus, ce changement peut être de grande ampleur ou marginal. Cette dimension va conditionner la durée nécessaire à l'implantation de ce changement et la multidisciplinarité de l'équipe requise. L'organisation est donc à la fois sujet et objet du changement.

Le domaine du changement peut concerner les structures, la technique, un domaine économique ou social. Notons qu'il porte généralement directement ou indirectement sur quatre niveaux :

- les méthodes de l'organisation, en termes de savoir-faire, de processus, de performance,
- l'organisation, en termes de structures et de procédures,
- la vision de la réalité et des objectifs poursuivis (y compris la stratégie),
- la culture et les mentalités.

Mais, selon Piaget, il convient de mettre fortement l'accent sur le *comment* plutôt que principalement sur le *pourquoi*, car c'est le processus accompagnant le changement qui importe plus que le contenu lui-même, même si ce dernier a bien sûr son importance. Le processus représente la "raison d'être", la "matière même" du changement proposé.⁵¹³

2.3 LE PROCESSUS

Le processus est défini comme "un ensemble d'activités :

- reliées entre elles par des flux d'information ou de matière significatifs,
- qui se combinent pour fournir un produit matériel ou immatériel important et bien défini, élément précis de valeur, contribution spécifique aux objectifs stratégiques"⁵¹⁴.

Le processus représente dans le champ qui nous intéresse le système d'action qui donne vie concrète au changement. Les flux sont principalement d'information en ce qui concerne la décision, tandis qu'ils peuvent être de matière au moment où le changement se met en place. La combinaison des activités qui constituent ce processus doit réellement offrir à l'organisation un élément de valeur ajoutée dans le contexte environnant.

Dans le modèle développé par A. Pettigrew, le processus est essentiellement politique et cognitif : contrairement à la théorie de A. Chandler, il estime qu'il faut y inclure bien d'autres acteurs que les gestionnaires dirigeants de l'organisation, le processus résultant des interactions entre les personnes.

L'analyse doit se concentrer sur le processus car il englobe et façonne conceptuellement et concrètement le contexte et le contenu. Il n'est pas réduit à une succession de petits changements étalés dans le temps : c'est le processus qui est lui-même le changement⁵¹⁵.

Le processus est en effet un élément primordial des démarches de changement construit : l'action y est ancrée sur le processus, lui-même "synchronisé"⁵¹⁶. La nouvelle vision de l'organisation se construit au cours de ce processus continu d'interaction entre les actions engagées et le contexte

⁵¹³ BRENOT, J., TUVÉE, L., op. cit., p. 31.

⁵¹⁴ LORINO, P., *Méthodes et pratiques de la performance – Le pilotage par les processus et les compétences*, Editions d'organisation, 2^{ème} édition, 2001, Paris, pp. 538-539.

⁵¹⁵ GODELIER, E., "Alfred Chandler contre Andrew Pettigrew – Le changement dans les entreprises : crise ou mutation", op. cit., p. 28.

⁵¹⁶ VANDANGEON-DERUMEZ, I, "Changement prescrit et changement construit : la conduite des processus de changement et les logiques d'action sous-jacentes", op. cit., p. 13

organisationnel. Ce type de démarches nécessite alors quasi systématiquement la construction d'un consensus et la constitution d'équipes multidisciplinaires et transversales, ce qui concourt au développement de la coopération et de la coordination entre les différents groupes souvent cloisonnés.

Constitué de toutes les actions à différents niveaux et à différents moments de la vie de l'organisation qui vont la modifier, le processus est non seulement "situationnel", car spécifique à chaque situation, mais également "interactionnel", c'est-à-dire qu'il est fait des interactions entre les différents acteurs. En fait, il peut être imposé aux membres de l'organisation ou construit par et avec eux.

Un processus de changement passe par plusieurs étapes et se révèle extrêmement complexe. L'organisation se situe d'ailleurs au cours de ce processus entre "l'ordre" et le "désordre". Contingents, les processus sont censés impliquer et motiver les hommes, qui eux-mêmes varient et évoluent en fonction de leurs représentations. En outre, des combinaisons de facteurs humains, organisationnels, techniques et financiers qui sont efficaces dans un contexte donné ne le sont pas dans un autre. Les dimensions telles que la structure, le contexte, la culture et le leadership déterminent le niveau de stress (qui accroît la volonté de changer) ou d'inertie (qui accroît la résistance au changement). La capacité à changer d'une organisation est dès lors conditionnée par l'équilibre entre le stress et l'inertie, associé au savoir-faire et aptitudes disponibles en matière de gestion du changement. Il faut connaître la capacité de l'organisation à changer avant de mettre le processus en marche.⁵¹⁷

Que la démarche soit prescrite ou émergente, le processus est une des clés du changement, car il conditionne la réussite de ce dernier et nécessite l'adhésion des acteurs. Mintzberg & Waters ont souligné à ce propos dans un débat avec Pettigrew & Butler que l'étude des décisions stratégiques n'était qu'un moyen pour étudier ce qui est vraiment intéressant, c'est-à-dire le processus de formation de la stratégie⁵¹⁸. Le processus correspond donc à la stratégie de changement décidée, c'est-à-dire qu'il définit le parcours du changement, le "comment".

2.4 LES ACTEURS

Le changement se construit dans une perspective globale de fonctionnement de l'organisation, mais fait également appel à un ensemble d'intentions, implicites ou explicites, qui prennent racines dans la culture ou l'idéologie de l'entreprise et de ses membres⁵¹⁹. Ce contexte culturel est essentiel car il conditionne l'échec ou la réussite du changement.

Le changement organisationnel se concrétise donc non seulement au travers d'éléments tangibles, tels que la structure ou les systèmes de gestion, mais il se réalise également au travers d'éléments davantage intangibles, tels que la modification des systèmes politiques et culturels qui sous-tendent les logiques d'action. Il doit se lire aussi au travers des "changements de représentations" qu'il nécessite et/ou engendre.⁵²⁰

⁵¹⁷ HAFSI, T., FABI, B., op. cit., p. 32.

⁵¹⁸ MINTZBERG, H., WATERS, J., PETTIGREW, A., BUTLER, R., "Studying Deciding : An Exchange of Views", *Organization Studies*, vol. 11, n°1, 1990, pp. 1-16.

⁵¹⁹ FRANCHISTEGUY, I., "Un nouveau modèle de gestion de projets en santé", Actes des 6èmes journées de Projectique, Bayonne/San-Sebastian, 23-24 novembre 2000.

⁵²⁰ PERRET, V., RAMANANTSOA, B., "Un dirigeant séducteur pour gérer le changement", op. cit., p. 147.

Tout modèle ne doit pas oublier l'élément essentiel du changement que sont les acteurs et les actions qui font sens selon eux. Comme l'a mis en évidence Chaffee, dans une perspective interprétative de la stratégie, le sens est un problème fondamental de la stratégie, dont la formation correspond à une construction de sens⁵²¹ ; or le changement s'inscrit bien dans une perspective stratégique.

Nous nous accordons avec le modèle développé par Pettigrew dans lequel la conduite du changement nécessite l'adhésion des acteurs et l'implication non seulement des dirigeants, mais de tous. Il n'y a guère de changement hors la participation des individus à leur propre transformation. "La dimension humaine est au cœur du changement"⁵²², d'autant que toute décision de changement implique une multitude d'acteurs aux compétences, attentes et projets dissemblables. M. Crozier et E. Friedberg ont démontré à ce sujet que toute organisation est le résultat d'une "construction sociale" donc de rencontres entre des acteurs ayant des volontés et des attentes au moins partiellement contradictoires et donc conflictuelles⁵²³.

Si le changement constitue un défi à relever, c'est parce qu'il concerne des personnes et ne se limite pas à des problèmes techniques ou conceptuels. Les acteurs sont un des éléments clés dans la poursuite du changement, sa mise en œuvre étant en effet conditionnée par le jeu des différents groupes d'acteurs, jeu qui peut se révéler être un frein ou un moteur de cette évolution.

Le facteur humain n'est pas négligeable : les hommes peuvent engendrer la réussite ou l'échec de tout projet de changement. La modification des croyances et des valeurs des membres de l'organisation est de ce fait un révélateur de la profondeur du changement : en effet, entre une simple modification des systèmes de récompenses pour motiver les acteurs, un changement de culture en termes de croyances, valeurs, normes, et un changement complet de paradigme organisationnel, le niveau de profondeur atteint n'est pas le même et ne demandera pas le même temps ni la même énergie.

Ainsi, selon M. Crozier, le changement au sein d'une organisation ne peut pas être décrété, mais doit bien au contraire associer les acteurs dans la représentation qu'ils se font de leur intérêt : on ne peut donc réussir un changement que si chacun participe, ce qui suppose la responsabilité de chaque acteur qui y contribue. Les individus et leurs actions apparaissent alors comme des facteurs de construction de l'environnement. Il n'est pas possible de réduire l'organisation à une capacité organisationnelle donc d'organiser le changement comme un processus déconnecté des aspects humains de l'établissement ; bien au contraire, le processus de changement doit être décidé et mis en œuvre en fonction des différentes ressources de l'organisation et du potentiel d'innovation de chacun.

Les mentalités, croyances, rites, rapports aux conditions matérielles sont autant d'éléments qui interviennent dans la capacité d'une organisation à changer. Le pouvoir et la tolérance à l'incertitude sont également deux facteurs à ne pas négliger lors d'un processus de changement. Néanmoins, il ne faut pas négliger l'aspect selon lequel certains acteurs pèsent "plus lourd" que d'autres⁵²⁴ ; même si plusieurs futurs sont possibles, un rapport de forces prend place entre les préférences et projets contradictoires de différents acteurs qui déterminera la tendance choisie.

⁵²¹ CHAFFEE, E., Three Models of Strategy, *Academy of Management Review*, vol. 10, 1985, pp. 89-98.

⁵²² BRENOT, J., TUVÉE, L., op. cit., p. 27.

⁵²³ CROZIER, M. FRIEDBERG, E., *L'acteur et le système*, op. cit.

⁵²⁴ GODET, M., *Manuel de prospective stratégique*, op. cit., p. 66.

Enfin, les acteurs internes ne sont pas les seuls en cause : le facteur humain extérieur joue également un rôle. Comme le rappelle A. Tobelem⁵²⁵, "les difficultés liées aux caractéristiques des individus (...) sont aggravées par les comportements propres aux groupes, ceux de l'entreprise elle-même, mais aussi ceux du monde extérieur qui sont directement ou indirectement concernés".

2.5 LE TEMPS

Divers auteurs se sont attachés à montrer que le temps est non seulement une dimension fondamentale de l'expérience humaine mais aussi de l'organisation⁵²⁶. En gestion, de nombreux concepts, dont les questions liées au changement, sont "largement sous-tendues par la problématique du temps en ce qu'ils supposent une approche dynamique"⁵²⁷. Ainsi, le concept de changement est indissociable de la notion de temps, qui devient de ce fait une variable de l'action : dans les théories de Chandler par exemple, le temps est "court" puisque le changement répond à une crise ; à l'inverse, chez Pettigrew, il est "long" puisqu'il s'agit de transformation progressive.

En fait, les exigences de mise en place du changement déterminent le temps disponible pour que le changement soit "actif". D'un autre côté, les acteurs ont besoin de temps pour s'approprier les nouvelles valeurs et façons de fonctionner. Tout apprentissage s'inscrit dans la durée. Notons que dans le cadre de changements imposés par la direction, cette dernière doit attendre parfois longtemps pour constater les résultats des actions initiées et d'en juger la pertinence. En effet, tout dirigeant pilote les processus qui produisent de l'action bien plus qu'il ne produit directement de l'action, lui conférant ainsi un pouvoir certain, mais également une dépendance à l'égard des autres acteurs⁵²⁸.

De plus, le temps de réponse à une pression de l'environnement est un élément d'appréciation de la mise en place du processus. De même, le délai de réactivité d'une organisation constitue une variable stratégique, d'autant plus qu'il faut un temps pour que les décisions se "fabriquent" et un autre pour que la prudence se traduise en prise de conscience de la nécessité du changement.

En résumé, le temps est une variable essentielle du changement à la fois en termes de connaissance et d'action ; il pose le problème de la recherche d'un "équilibre délicat"⁵²⁹ entre le délai de réponse, voire d'anticipation, à l'environnement et le temps nécessaire aux acteurs pour développer de nouveaux apprentissages. Néanmoins, il ne faut pas non plus occulter le fait que le délai de réactions aux "nouveaux" enjeux est une donnée importante de tout processus de changement, ce dernier étant d'autant plus difficile à mettre en œuvre qu'il intervient tardivement par rapport à la prise de conscience de la nécessité de s'adapter.

⁵²⁵ TOBELEM, A., "Le changement : une question de méthode", op. cit., p. 1.

⁵²⁶ SCHRIBER, J.B., GUTEK, B.A., "Some Time Dimension of Work : Measurement of an Underlying Aspect of Organization Culture", *Journal of Applied Psychology*, vol. 4, 1987, pp. 642-650 & BUTLER, R., "Time in Organization : its Experience, Explanation and Effects", *Organization Studies*, vol. 16, 1995, pp. 925-950, cités par TARONDEAU, J.-C., NACCACHE, P., "Introduction", Dossier : le temps en gestion, *Revue Française de Gestion*, n° 132, janvier-février 2001

⁵²⁷ TARONDEAU, J.-C., NACCACHE, P., "Introduction", op. cit., p. 58.

⁵²⁸ LAROCHE, H., "Entre décisions et changement stratégiques : vers un modèle de l'action stratégique", ESCP, cahier de recherche n°95-128, Paris, 18 décembre 1995, p. 70.

⁵²⁹ BOURGEON, L., "Nouveaux produits, temps et apprentissage organisationnel", *Revue Française de Gestion*, n° 132, janvier-février 2001, p. 103.

Arcellus et Schaeffer⁵³⁰ ont avancé l'idée selon laquelle le problème de la décision face aux problèmes sociaux auxquels se trouve confrontée toute organisation tient au moins autant à la gestion du temps qu'au contenu des réponses. Cette analyse indique la pertinence de la question du "quand agir ?". Le rapport du décideur au temps a fait l'objet de plusieurs contributions, notamment depuis un quinzaine d'années : Eisenhardt⁵³¹ s'est intéressé à la capacité à réagir rapidement, à être réactif ; Neustadt et May⁵³² se sont attachés à montrer que le décideur doit utiliser les enseignements du passé afin de découvrir de nouvelles alternatives, tandis que d'autres auteurs tels que Bluedorn, Kaufman et Lane⁵³³ ont étudié les différentes stratégies d'utilisation du temps de la part des décideurs.

Le temps constitue dès lors une "valeur économique" que toute organisation doit gérer au même titre que d'autres ressources⁵³⁴ et représente ainsi une variable d'action qui est "ce que l'on décide d'en faire"⁵³⁵. Selon que l'organisation est pré-, pro- ou réactive, les temps d'action ne seront pas les mêmes. Par ailleurs, le temps est à la fois une variable expliquée - notamment par le contexte, les processus de décision, le type d'organisation - et peut être explicative des résultats en termes d'efficacité et d'efficience.

En outre, tout changement planifié s'inscrit dans un projet, qui est par définition associé à la notion de temps puisqu'il possède une durée. La gestion des temps entre réflexion et action doit être maîtrisée avec prudence et pertinence.

Le temps n'est plus une donnée exogène mais fait partie intégrante de la représentation et de l'action. Il y a le temps de l'action elle-même, mais également le temps de préparation à l'action (élaboration et évaluation des choix) et le temps de l'anticipation, c'est-à-dire de la prospective des changements possibles et souhaitables.

Bartoli et Hermet⁵³⁶ décrivent trois formes de changement associées à la notion de temps :

- *Les changements ponctuels et mineurs*, dont l'ampleur et les enjeux des développements s'inscrivent dans une fenêtre temps/espace limitée.
- *Les changements majeurs à effet diffusant ayant une incidence durable*, c'est-à-dire un projet ayant un caractère d'investissement.
- *Les changements permanents*, qui sont de véritables processus, illustrés par la qualité globale par exemple.

Enfin, le changement ne peut se percevoir en temps réel. "*Bien que le monde évolue de manière permanente, la conscience de son évolution ne peut s'effectuer en "temps réel"*", mais seulement a posteriori, lorsqu'un changement est "suffisant" pour être perçu par l'être humain⁵³⁷ : il y a toujours un décalage dans le temps entre le changement lui-même, la prise de conscience de ce changement et la réaction vis-à-vis de celui-ci. D'ailleurs, pour percevoir une situation, il faut la "figer" car au cours du temps, elle évolue déjà : par exemple, un bilan donne une image de la

⁵³⁰ ARCELLUS, F.J., SCHAEFFER, N.V., "Social Demands as Strategic Issues : Some Conceptual Problems", *Strategic Management Journal*, vol. 3, 1982, pp. 347-357.

⁵³¹ EISENHARDT, "Speed and Strategic Choices : How Managers Accelerate Decision Making", *California Management Review*, n° 1, 1990, pp. 39-54, cité par TARONDEAU, J.-C., NACCACHE, P., "Introduction", op. cit.

⁵³² NEUSTADT, R.E., MAY, E.R., *Thinking in Time : the Uses of History for Decision-Makers*, Free Press, 1986.

⁵³³ BLUEDORN, A.C., KAUFMAN, C.F., LANE, P.M., "How Many Things Do You Do at Once ? - Introduction to Monochronic and Polychronic Time, *Academy of Management Executive*, vol. 6, n° 4, 1992, pp. 17-26, cité par TARONDEAU, J.-C., NACCACHE, P., "Introduction", op. cit.

⁵³⁴ DEMIL, B., "Le pionnier et les suiveurs", *Revue Française de Gestion*, n° 119, juin-juillet-août 1998, p. 108.

⁵³⁵ MARTINET, A.-C., "Management en temps réel et continuité stratégique sont-ils compatibles ?", *Revue Française de Gestion*, n° 86, novembre-décembre 1991, p. 53.

⁵³⁶ BRENOT, J., TUVÉE, L., op. cit., p. 36.

⁵³⁷ KOURILSKY-BELLIARD, F., op. cit., p. 4.

situation financière d'une entreprise à une date donnée, sachant que celle-ci continue de changer. Ce bilan ne sera pas le même au 1^{er} janvier et au 2 janvier : c'est un "arrêt sur image"⁵³⁸. Aucune adaptation n'est définitive, le changement est permanent.

Cependant, les individus prendront plus facilement conscience d'une grande évolution que des adaptations permanentes, qui ne sont que des micro-changements.

Le contexte, le contenu, le(s) processus et le temps constituent des facteurs déterminants dans la mise en place d'un changement. Le jeu des acteurs représente quant à lui un facteur explicatif de la (non-) réussite d'un changement.

3 LE JEU DES ACTEURS : UN ELEMENT CLE DANS L'INTRODUCTION DU CHANGEMENT

P. Romelaer écrit, dans un article relatif au changement et aux ressources humaines, qu'il faut un "choc" dépassant un seuil minimum pour qu'un système quasi-stable s'engage sur la voie du changement⁵³⁹. Il s'appuie pour cela sur les théories de :

- K. Lewin⁵⁴⁰, et notamment ses principes de "dégel" du système existant avant que l'organisation ne puisse passer à la phase de changement puis à une phase de "regel" du système existant,
- R. M. Cyert et J. G. March⁵⁴¹, qui représentent l'organisation comme un ensemble "semi-stable de quasi-procédures" (les méthodes, les processus de gestion, les habitudes de travail) piloté par une "coalition dominante" au sein de laquelle on assiste seulement à une "quasi-résolution des conflits",
- M. Crozier et al.⁵⁴² qui estiment que le changement affecte non seulement les "règles du jeu" mais aussi la "nature du jeu".

Cet auteur identifie trois processus simultanés permettant de définir opérationnellement le changement⁵⁴³ :

- la *programmation du changement*, qui pour être mis en œuvre, doit comporter une programmation des activités et des délais. Un système d'information performant permet de suivre la progression de l'activité et des coûts.
- Les *processus de pouvoir* : ils peuvent être à l'origine de diverses oppositions au changement et ce pour quatre raisons :
 - Le changement proposé cristallise une situation préconflictuelle ou une relation d'opposition qui n'a aucun rapport avec le changement.
 - Des personnes ou des groupes d'individus craignent de perdre dans le changement une partie de leur pouvoir ou la maîtrise de zones d'incertitude (Crozier & Friedberg, 1977).

⁵³⁸ Ibid.

⁵³⁹ ROMELAER, P., "Changement d'organisation et ressources humaines", p. 308, in SIMON, Y., JOFFRE, P., (dir.), *Encyclopédie de gestion*, Economica, 2^{ème} édition, 1997, pp. 306-324.

⁵⁴⁰ LEWIN, K., *Field Theory in the Social Sciences*, Harper and Row, 1951.

⁵⁴¹ CYERT, R.M., MARCH, J.G., *A Behavioural Theory of the Firm*, Prentice Hall, 1963.

⁵⁴² CROZIER, M., FRIEDBERG, E., *L'acteur et le système*, op. cit.

⁵⁴³ ROMELAER, P., "Changement d'organisation et ressources humaines", in SIMON, Y., JOFFRE, P., (dir.), op. cit., pp. 314-320.

- Il existe une incompatibilité entre le changement et la culture de l'entreprise ou de l'organisation.
 - Les salariés et les cadres sont dans l'incertitude sur les conséquences du changement.
- Le *processus de création concrète du changement* : les personnes concernées élaborent un mode de fonctionnement concret et stable non entièrement identique à celui programmé par les experts. M. Crozier et E. Friedberg résument ce processus en écrivant que la mise en œuvre du changement est un apprentissage collectif et une création collective d'un nouveau mode de fonctionnement et d'un nouveau "jeu"⁵⁴⁴.

Le déclenchement de toute évolution n'est pas seulement lié à un diagnostic mais également au contexte et à l'histoire de l'organisation : "savoir qui il faut convaincre dépend à la fois de la structure de l'organisation, de la culture et de l'analyse des systèmes de pouvoir"⁵⁴⁵.

Les responsables de l'organisation ne sont pas les seuls à disposer des informations permettant d'identifier un changement utile et de nombreuses ressources humaines peuvent contribuer si les conditions le permettent. En outre, leur participation, si ce n'est dans la décision au moins dans le processus de changement est un facteur essentiel à la réussite de tout changement. Les liens entre changement et ressources humaines sont indéniables. Les acteurs sont donc bien au centre de tout processus de changement.

Une organisation est un système cloisonné, dans lequel chaque élément joue un rôle par lequel il peut s'inscrire dans la tendance recherchée, la contourner, la détourner ou la neutraliser par résistance passive. Chaque acteur possède une part d'autonomie non négligeable et dont il faut tenir compte lorsque l'on cherche à mettre en œuvre un changement. Comme le montre R. Sainseaulieu⁵⁴⁶, la transformation des organisations repose sur une modification des jeux de pouvoir. Analyser les réseaux de pouvoir et les comportements stratégiques des acteurs nous éclaire sur leur rôle dans le processus de changement. En effet, l'organisation peut être assimilée à un *construit social* ; dès lors, elle doit s'adapter à ses membres qui en retour doivent également s'adapter à elle. Le changement modifie des équilibres construits. Les acteurs ont des intérêts qui coexistent et divergent, et disposent de marges de liberté leur permettant de négocier ou accepter ce qui leur est demandé. Chaque "camp" tentera d'engager le changement dans le sens de son intérêt.

La modification des comportements individuels et de groupe sont deux éléments clés du changement dans la mesure où une organisation ne peut pas s'adapter à son environnement si ses membres n'évoluent pas dans leurs façons de faire et de voir les choses. Tout changement organisationnel "tente au départ de changer le comportement"⁵⁴⁷.

Ph. Bernoux rappelle que "*la compréhension des mécanismes d'introduction du changement suppose l'appui sur une théorie de l'acteur. On ne peut montrer concrètement l'introduction des changements sans mettre en jeu les stratégies des acteurs, sans montrer les jeux de pouvoir à l'intérieur des systèmes s'appuyant sur des incertitudes, sans l'insistance sur l'autonomie du phénomène organisationnel*"⁵⁴⁸. Il nous a semblé important de nous arrêter sur les notions de résistance au changement et d'apprentissage collectif avant de déterminer les mécanismes d'appropriation du changement.

⁵⁴⁴ CROZIER, M., FRIEDBERG, E., *L'acteur et le système*, op. cit.

⁵⁴⁵ ROMELAER, P., "Changement d'organisation et ressources humaines", in SIMON, Y., JOFFRE, P., (dir.), op. cit., p. 309.

⁵⁴⁶ SAINSEAULIEU, R., *L'identité au travail*, Presses de la FNSP, 1977.

⁵⁴⁷ HELLRIEGEL, SLOCUM, WOODMAN, op. cit., p. 599.

⁵⁴⁸ BERNOUX, P., *La sociologie des entreprises*, op. cit., p.220-221.

3.1 RESISTANCE AU CHANGEMENT OU APPRENTISSAGE COLLECTIF : UNE REACTION CONDITIONNEE PAR LES REPRESENTATIONS DES ACTEURS

De nombreux auteurs tels que Friedberg⁵⁴⁹, Selznick⁵⁵⁰ ou Touraine⁵⁵¹ ont évoqué les résistances des individus et leur imprévisibilité, constatant que rien ne peut être prévu et planifié une "bonne fois pour toutes" dans les organisations étant donné qu'il n'est pas possible de connaître à l'avance l'ensemble des réactions et des répercussions possibles des choix effectués.

Les jeux d'acteurs vont tout naturellement conditionner les réactions des différents individus face au changement et il apparaît nécessaire d'essayer de comprendre les mécanismes qui se développent lors de la mise en œuvre d'un tel processus. La rupture ne se fait pas uniquement sur un mode collectif, c'est-à-dire pour toute l'organisation, mais également de manière interne pour chaque individu qui se voit obligé de passer d'un ancien mode de fonctionnement à une nouvelle situation. Deux réactions semblent probables à première vue : l'acteur renforce ses anciens "ancrages" et résiste au changement, ou alors il les remet en question devenant plus ouvert à ce changement, en tentant de l'adapter à sa réalité.

Face au changement, on peut distinguer quatre groupes d'acteurs :

- Ceux qui ne se sentent pas concernés ou affectés par le changement.
- Ceux qui se sentent concernés et en phase avec le changement.
- Ceux qui considèrent ce changement comme étant insuffisant ou impossible.
- Ceux qui se sentent menacés par ce changement.

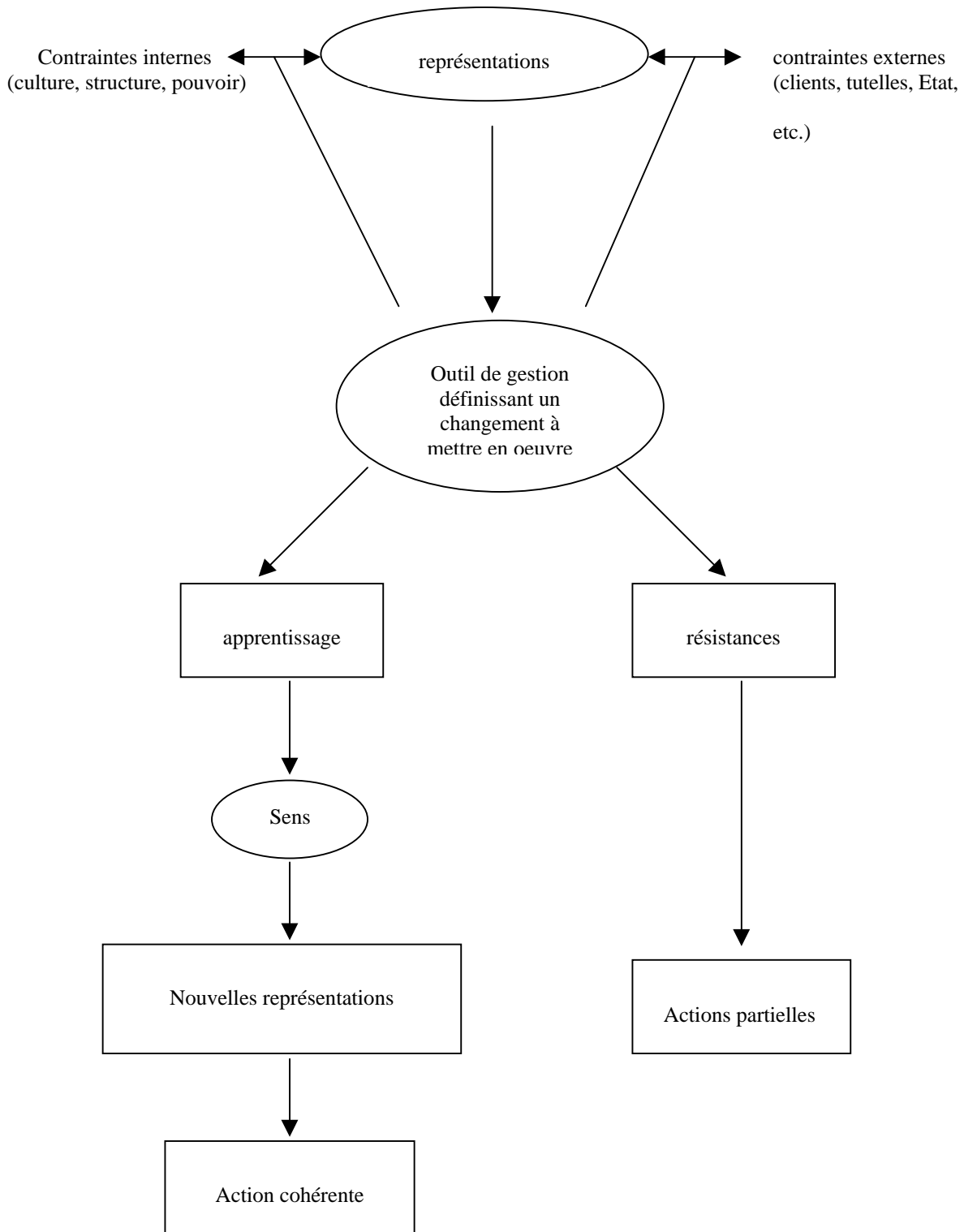
Deux mécanismes de réaction sont donc possibles face au changement, conditionnant sa mise en œuvre ; le schéma ci-après décrit les réactions potentielles et leurs effets.

⁵⁴⁹ FRIEDBERG, E., *Le pouvoir et la règle*, op. cit.

⁵⁵⁰ SELZNICK, P., *TVA and the Grass Roots*, Berkeley, University of California Press, 1949.

⁵⁵¹ TOURAINE, A., *La conscience ouvrière*, Le Seuil, Paris, 1963.

Figure 8 : Les réactions des acteurs face au changement⁵⁵²



⁵⁵² Schéma inspiré de VIGNON, C., ZADDEM, F., "Changement de culture ou culture du changement", Working paper, Les Cahiers de la recherche, IAE de Lille, 1989, p.8

Le terme de changement couvre à la fois des actions et leur(s) résultat(s) ; il concerne des modifications concrètes ou abstraites portant sur les choses, les personnes, les situations, les organisations, les processus. Son impact sur le plan à la fois collectif et individuel est indéniable. Néanmoins, même justifié, il ne trouve pas toujours l'acceptation des acteurs, la conception du changement tel qu'il intervient étant bien souvent liée à l'échelle de valeur des individus.

3.1.1 Les facteurs de résistance au changement

Le changement se trouve régulièrement confronté à une forme de **résistance**, qui peut se concevoir comme une réaction des acteurs face à une modification menaçant leur façon de voir le monde et remettant en question leurs croyances et leurs valeurs. Carton a identifié quatre formes de résistance : l'inertie, l'argumentation, la révolte ou le sabotage⁵⁵³. La littérature et nombre de discours managériaux présentent ce phénomène comme un frein, voire une cause d'échec du changement et les écrits sur ce thème sont divers et multiples.

Ce concept trouve son origine dans la littérature managériale dans les années cinquante, notamment dans l'article de Coch et French intitulé "*Overcoming resistance to change*"⁵⁵⁴, dans lequel les auteurs présentent la résistance au changement comme une combinaison à la fois de réactions individuelles - associées à un sentiment de frustration – et de réactions collectives – générées par les forces induites par le groupe⁵⁵⁵. Au travers de sa théorie des champs de forces⁵⁵⁶, K. Lewin a présenté la résistance comme un "contre-poids direct"⁵⁵⁷ face aux forces qui poussent à adopter un nouveau comportement. Lawrence⁵⁵⁸, quant à lui, s'intéressa aux causes et aux effets de la résistance au changement, selon l'idée que les individus ne s'opposent pas au changement technique en tant que tel mais plutôt à son impact sur les relations sociales.

Les origines de la résistance sont multiples et s'attachent à des niveaux d'analyse différents puisqu'elle relève d'un niveau individuel et d'un niveau collectif.

Les **causes individuelles** principalement identifiées relèvent de l'intérêt personnel de chaque individu, d'un manque de confiance et d'une remise en cause des compétences, de méconnaissance des intentions du changement notamment suite à un manque d'information, d'une peur de ne pas pouvoir développer les compétences attendues, d'une vision différente du changement demandé, d'une peur de l'inconnu, d'une crainte de perdre des acquis ou du contrôle, d'une préférence pour la stabilité, de préjugés ou des raisons économiques.

Mais la résistance a également des **origines organisationnelles** en termes de routines standardisées, de buts institutionnalisés, de culture, d'histoire, de structure, de stratégie. A ce sujet, l'écologie des populations⁵⁵⁹ est un courant qui défend l'inertie structurelle des organisations suivant l'idée que les groupes d'intérêts, qu'ils soient internes ou externes, préfèrent des organisations fiables et qui rendent compte rationnellement de leurs actions.

⁵⁵³ CARTON, G.D., *Eloge du changement : Leviers pour l'accompagnement du changement individuel et professionnel*, Paris, Anact, 1997.

⁵⁵⁴ COCH, L., FRENCH, J.R.P., "Overcoming resistance to change", *Human Relations*, vol. 11, 1948, pp. 512-532.

⁵⁵⁵ Ibid., p. 521.

⁵⁵⁶ LEWIN, K., *Field Theory in Social Science*, op. cit.

⁵⁵⁷ selon les termes de VAS, A., VANDE VELDE, B., "La résistance au changement revisitée du top management à la base : une étude exploratoire", IX^{ème} Conférence Internationale de Management stratégique, "Perspectives en Management Scientifique", AIMS 2000, Montpellier, 24-25-26 mai 2000, p. 3.

⁵⁵⁸ LAWRENCE, P.R., "How to deal with Resistance to Change", *Harvard Business Review*, vol. 32, n°3, pp. 49-57.

⁵⁵⁹ HANNAN, M.T., FREEDMAN, J., "Structural inertia and organizational change", *American Sociological Review*, vol. 49, pp. 149-164, cité par VAS, A., VANDE VELDE, B., "La résistance au changement revisitée du top management à la base : une étude exploratoire", op. cit., p. 5.

Les valeurs ou les normes sociales auxquelles le groupe se réfère peuvent être en opposition avec le changement proposé. Les évolutions des représentations sont un processus complexe, obéissant à des règles qui sont difficiles à objectiver.

De nombreux articles localisent la résistance au niveau des subordonnés, tandis que l'étude exploratoire menée par A. Vas et B. Vande Velde⁵⁶⁰ la situe aux différents niveaux hiérarchiques, mais sous des formes différentes : la "base" développe des résistances au changement plus "explicites", c'est-à-dire qu'elles s'expriment de façon claire, ouverte et tangible, tandis que les niveaux supérieurs du management semblent en développer des plus "tacites", c'est-à-dire qu'elles sont implicites, sous-entendues, non formellement exprimées⁵⁶¹.

Afin de dépasser ce problème, trois facteurs favorisent l'intégration du changement dans le groupe :

- *La nécessité* repositionne le changement en le montrant non comme une atteinte mais plutôt comme un élément essentiel pour la progression ou la survie de l'organisation suite à des modifications de l'environnement. Elle repose sur des faits objectifs et pertinents relatifs à l'émission d'une hypothèse dramatique de non-changement ou sur la constatation d'une obligation d'adaptation⁵⁶². Ces arguments doivent être suffisamment convaincants sans être exagérés au risque de provoquer la résignation au lieu de l'intégration.
- *L'utilité* réside dans le bénéfice de l'amélioration ou au moins dans l'absence de dommage, mais sa perception peut être différente selon les points de vue, entendons individuel ou collectif.
- *L'intérêt* concerne le gain personnel – individuel ou collectif - et constitue de ce fait le critère d'acceptation le plus puissant puisqu'il est lié à la motivation des individus et acteurs.

3.1.2 Les facteurs favorisant l'apprentissage collectif

En fait, les relations entre les acteurs ne sont pas uniquement caractérisées par des enjeux et des intérêts. En effet, en s'éloignant d'une vision purement statique, attribuant une résistance naturelle au changement chez l'homme, on peut suivre les théoriciens se rattachant au courant de l'analyse stratégique (Crozier et Friedberg, 1977 ; Argyris et Schön 1978) qui insistent sur la relation et l'interaction entre les acteurs du système observé. Dès lors, on a recours à la théorie de ***l'apprentissage collectif***, selon laquelle "*Changer, c'est entrer dans une relation différente à l'autre. Cette nouvelle relation est construite. La théorie de l'apprentissage ajoute à l'idée de construit celle d'apprentissage, chacun apprenant à se positionner d'une manière nouvelle par rapport aux autres*"⁵⁶³. Cette théorie, basée sur une "vision interactionniste des fonctionnements organisationnels"⁵⁶⁴, concerne également les acteurs détenant le pouvoir, puisqu'ils doivent s'ajuster mutuellement en permanence.

Comme A. Guilhon⁵⁶⁵, nous pensons que le changement renvoie à la notion d'apprentissage organisationnel, définit par G. Koenig comme "*un phénomène collectif d'acquisition et d'élaboration des compétences qui, plus ou moins profondément, plus ou moins durablement,*

⁵⁶⁰ VAS, A., VANDE VELDE, B., "La résistance au changement revisitée du top management à la base : une étude exploratoire", op. cit., p. 21.

⁵⁶¹ Ibid., pp. 19 et 21.

⁵⁶² "Que se passerait-il si l'on ne changeait pas ?"

⁵⁶³ BERNOUX, P., *La sociologie des entreprises*, op. cit., p.226.

⁵⁶⁴ Ibid.

⁵⁶⁵ GUILHON, A., "Le changement organisationnel est un apprentissage", op. cit.

modifie la gestion des situations et les situations elles-mêmes"⁵⁶⁶, ainsi que les représentations de ces situations. Le traditionnel PODC (planifier, organiser, diriger, contrôler) est désormais remplacé par l'ADMR (animer, déléguer, mobiliser et responsabiliser)⁵⁶⁷.

A. Guilhon démontre ainsi comment les mécanismes de changement "reflètent des processus d'apprentissages organisationnels"⁵⁶⁸. En effet, elle indique que l'apprentissage organisationnel peut se déduire des différentes approches du changement organisationnel, les diverses théories l'abordant de manière *explicite* ou *détournée*⁵⁶⁹. Schön considère à ce propos l'apprentissage comme un concept porteur, voire fondateur, dans la théorie des organisations⁵⁷⁰, même si sa complexité oblige à le considérer sous différentes formes et sous diverses approches.

L'idée d'apprentissage s'oppose à la notion de négociation selon laquelle les objectifs et les limites de chacun sont clairement connus. Cet apprentissage est axé sur l'incertitude à la fois des objectifs et des représentations ; le changement va donner lieu à une formation collective de nouvelles représentations⁵⁷¹ et donc à l'énonciation de nouvelles règles.

Selon Koenig⁵⁷², l'apprentissage organisationnel traduit les changements de connaissances et de compétences partagées par accumulation d'expériences ou par intelligence dans l'expérimentation. Les mécanismes d'apprentissage prennent donc naissance dans l'organisation, par l'interaction des acteurs entre eux et aussi avec leur environnement. En effet, toute organisation est complexe ; composée d'individus, elle ne peut évoluer sans un changement de comportements, de compétences, de connaissances, de savoir-faire, ce qui nécessite un processus d'apprentissage organisationnel et une modification des représentations. L'organisation change en apprenant à faire les choses différemment. A Guilhon définit ainsi l'apprentissage organisationnel comme un "cadre d'organisation à partir duquel les changements sont générés pour reproduire ou pour transformer le système, lorsque celui-ci est soumis à des pressions (positives ou négatives)"⁵⁷³.

L'apprentissage recouvre en fait deux niveaux : individuel et collectif. L'évolution doit se faire à la fois sur les deux plans, puisque les organisations sont composées d'acteurs agissant et rétroagissant collectivement. L'apprentissage se décompose donc en plusieurs temps, qui reposent d'abord sur une construction à la fois individuelle et collective des savoirs et des connaissances en fonction desquelles vont s'élaborer les comportements et les actions que le sujet met ensuite à l'épreuve pour les restructurer jusqu'à ce qu'ils semblent satisfaisants⁵⁷⁴. Tout le processus d'apprentissage part donc bien des représentations de chaque élément du système.

⁵⁶⁶ KOENIG, G., "L'apprentissage organisationnel : repérage des lieux", *Revue Française de Gestion*, n° 97, janvier-février 1994, p. 78.

⁵⁶⁷ OUMET, G., DUFOUR, Y., "Vivre et gérer le changement ensemble ?", *Revue Française de Gestion*, n° 113, mars-avril-mai 1997, p. 24.

⁵⁶⁸ GUILHON, A., "Le changement organisationnel est un apprentissages", op. cit.

⁵⁶⁹ Ibid., p. 98.

⁵⁷⁰ SCHÖN, D., "Quelques questions à propos du concept d'apprentissage organisationnel", in *l'Analyse Stratégique*, Colloque de Cerisy, Seuil, 1996, cité par GUILHON, A., "Le changement organisationnel est un apprentissage", op. cit.

⁵⁷¹ MIDLER, "Evolution des règles de gestion et processus d'apprentissage", communication au colloque Economie des conventions, Paris, 27-28 mars 1991, p.3

⁵⁷² KOENIG, G., "L'apprentissage organisationnel, repérage des lieux", op. cit.

⁵⁷³ GUILHON, A., "Le changement organisationnel est un apprentissage", op. cit., p. 106.

⁵⁷⁴ BERNOUX, P., *La sociologie des entreprises*, op. cit., p. 231

L'apprentissage organisationnel diffère de l'apprentissage individuel dans le sens où il concerne un groupe d'individus et non une entité isolée ; il se diffuse à travers toutes les phases du processus de changement et permet de reproduire ou de transformer le contexte.

L'apprentissage individuel est une des conditions nécessaires de l'apprentissage organisationnel. Ce processus nécessite une connaissance des jeux de pouvoir, de la nature des relations de positionnement de l'individu par rapport au groupe⁵⁷⁵ et l'accord des acteurs, sans lequel on retourne au phénomène de résistance. Avec cet accord, les acteurs peuvent changer les normes et les règles en vigueur dans l'organisation, ce qui ne signifie pas les ajuster mais réellement les modifier pour s'adapter au changement que l'organisation toute entière doit subir. Le changement provient alors bien de l'élaboration de nouvelles règles construites en fonction de l'action mais aussi des représentations des membres de l'organisation. L'apprentissage mobilise des "processus mentaux complexes permettant la construction de connaissances nouvelles" sur la base d'une modification des représentations du monde, de l'environnement et des outils cognitifs pour les analyser ainsi que des représentations des façons de travailler, de s'organiser, de se coordonner, c'est-à-dire des savoir-faire et des compétences⁵⁷⁶.

Crozier et Friedberg⁵⁷⁷ suggèrent ainsi que toute action de changement passe par la découverte et l'acquisition de nouvelles capacités collectives, de nouvelles façons de raisonner, de nouvelles façons d'être ensemble. Le changement devient donc bien un apprentissage, c'est-à-dire qu'il prend la forme non plus d'un modèle imposé par la direction, mais d'un processus collectif dans lequel s'engagent les individus et les groupes pour devenir de véritables acteurs du changement, et non plus simplement des spectateurs ou de simples exécutants. Il s'agit bien de participer concrètement à la définition et à la mise en œuvre de ce changement.

Notons que la structuration antérieure des systèmes d'action concrets constitue un obstacle à l'apprentissage collectif, dans la mesure où cette expérience des acteurs structure leur mode de raisonnement, leurs actions et façons de faire, et conditionne dès lors leur capacité à innover ou à changer les règles du jeu existantes dans l'organisation. L'important pour permettre un apprentissage organisationnel est donc de faire admettre la nécessité du changement aux acteurs de l'organisation.

L'enjeu pour une organisation consiste alors à créer les conditions et les mécanismes permettant aux individus et aux groupes de se construire cette connaissance et ces compétences nouvelles. Par exemple, les possibilités d'apprentissage ne sont pas les mêmes chez Chandler et chez Pettigrew puisque les acteurs ne disposent pas des mêmes latitudes et délais pour constituer des nouvelles routines de pensée, de comportements et de coordination⁵⁷⁸.

Les travaux sur l'apprentissage s'intéressent ainsi soit à l'*acte d'apprentissage* lui-même en se focalisant sur "qui apprend où", soit au *processus d'apprentissage* c'est-à-dire le "comment les acteurs apprennent ensemble", soit sur le *produit de l'apprentissage* c'est-à-dire "les réponses données par l'organisation face aux évolutions et stimuli".

⁵⁷⁵ Les individus construisent le groupe tout comme le groupe construit l'individu.

⁵⁷⁶ FRANCHISTEGUY, I., LARRASQUET, J.M., "Apprentissage individuel, apprentissage organisationnel : une "mécanique" complexe", op. cit., p. 7.

⁵⁷⁷ CROZIER, M., FRIEDBERG, E., *L'acteur et le système*, op. cit.

⁵⁷⁸ KOENIG, G., "Apprentissage organisationnel", in SIMON, Y., JOFFRE, P., (dir.), *Encyclopédie de gestion*, Paris, Economica, 2^{ème} édition, 1997, pp. 171-187, cité par GODELIER, E., "Alfred Chandler contre Andrew Pettigrew. Le changement dans les entreprises : crise ou mutation", op. cit., p. 25.

3.2 LES MECANISMES D'APPROPRIATION DU CHANGEMENT

Un changement demande des acteurs motivés pour le mettre en place de la façon la plus efficace possible. Néanmoins, le concept de motivation⁵⁷⁹ reste ambigu et plus complexe qu'il n'y paraît. En effet, le comportementisme établissait un schéma de causalité linéaire (stimulus-réponse), mais cette idée est à remettre en cause car différents facteurs interviennent dans la construction de cette motivation. Elle est contingente du sens que l'individu attribue à l'action, sens qui doit lui paraître essentiel ou tout au moins important. Ce sens dépend de sa propre évolution personnelle et au sein de l'organisation et/ou du groupe, de ses représentations, de ses expériences sociales, de sa vision de sa situation au travail, etc. Ainsi, "le sens est social. La motivation ne répond pas à des besoins fondamentaux et universels, mais à des constructions sociales s'enracinant dans des individus et des groupes complexes et évolutifs"⁵⁸⁰.

Kotter et Schlesinger ont proposé une série de stratégies, contingentes aux contextes dans lesquels la résistance survient, en termes de communication, de participation, de facilitation, de négociation, de manipulation et de coercition⁵⁸¹. L'appropriation du changement peut donc se faire grâce à différentes clés, la communication étant la plus souvent nommée, présentée comme un moyen de créer l'adhésion au changement et donc de mobiliser les acteurs lors de sa mise en œuvre.

3.2.1 La communication : un élément essentiel d'intégration du changement

J.G. March souligne que de nombreux facteurs limitent l'efficacité de l'apprentissage collectif et cite entre autres la communication "imparfaite"⁵⁸². Il explique qu'il est difficile de dire ce qui est su, d'entendre ce "qui est dit et de faire ce qui est entendu". Ainsi, on voit pointer l'importance du facteur communication dans le changement et l'apprentissage.

La communication est non seulement essentielle pour faire comprendre l'intérêt, les enjeux, les moyens du changement, mais elle doit tenter de surmonter les différences de perceptions et de représentations parmi les divers groupes d'acteurs. Elle devient alors un "outil central"⁵⁸³ dans tout projet de changement puisqu'elle contribue à préparer le "terrain" et les acteurs, à accompagner le changement et à consolider ce processus, notamment en informant sur les résultats dès que le projet est bien avancé. En outre, elle devrait permettre de faciliter les échanges transversaux et d'identifier les sources de problèmes.

⁵⁷⁹ Le petit Robert définit la motivation comme la *relation d'un acte aux motifs qui l'expliquent ou la justifient* (philo.) ainsi que comme l'*action des forces (conscientes ou inconscientes) qui déterminent le comportement (sans aucune considération morale)* (psycho.).

Philippe Bernoux quant à lui la définit comme désignant à la fois les raisons que les individus se donnent pour agir et la mobilisation de leur énergie individuelle pour atteindre ces buts.

⁵⁸⁰ BERNOUX, P., *La sociologie des entreprises*, op. cit., p.95.

⁵⁸¹ KOTTER, J.P., SCHLESINGER, L. A., "Choosing strategies for change", *Harvard Business Review*, vol. 57, pp. 106-114.

⁵⁸² GAREL, G., GODELIER, E., (propos recueillis par), "Une interview de James G. March : Mythes, organisations et changement", *Revue Française de Gestion*, n° 120, septembre-octobre 1998, p. 37.

⁵⁸³ BRENOT, J., TUVÉE, L., op. cit., p. 69.

N. Giroux et Y. Giordano⁵⁸⁴ se sont à ce propos interrogées sur la contribution que peut apporter la communication à la réalisation du changement organisationnel. Ainsi, elles ont développé deux conceptions contrastées⁵⁸⁵ :

- Le *monologue* offre une approche instrumentale de la communication puisqu'elle sert au changement. Elle est alors l'apanage des directions qui cherchent à communiquer les évolutions à mettre en place à l'ensemble du corps social. Basée sur une vision fonctionnaliste de l'organisation, cette forme de communication se veut "pédagogique", de par les explications fournies, et "rhétorique", de par son ambition de légitimer le changement et de mobiliser les acteurs. Elle s'inscrit dans des changements dirigés et bien souvent planifiés. Le monologue apparaît plus approprié dans certaines circonstances particulières comme par exemple quand le temps presse ou quand des informations similaires doivent être transmises à plusieurs personnes à la fois.

Cette manière de communiquer n'est pourtant pas exempte de difficultés : en effet, le changement n'est justifié que du point de vue de la hiérarchie donc présenté sous "son meilleur jour" et décrit comme la "seule solution objective". Il apparaît alors à beaucoup comme un changement imposé, non négocié, ni discuté, mais revenant mettre en cause l'existant et est donc fréquemment vécu davantage comme une menace que comme une opportunité. Dans cette forme de communication, les parties prenantes au changement n'ont pas souvent la possibilité de s'exprimer car aucun mécanisme de rétroaction efficace n'est mis en place. La promulgation du changement peut ainsi provoquer des effets "non-désirés" tels que retrait, anxiété, résistance, démobilisation et cynisme⁵⁸⁶. Enfin, les relais chargés d'assurer la communication, quand ils existent, peuvent ne pas être efficaces dans cette tâche.

Dans cette forme de communication, l'organisation apparaît comme une entité malléable où la communication relative au changement – considéré comme un événement- est vue comme une simple transmission d'informations. Cette représentation occulte les caractéristiques des acteurs, en termes de culture, d'histoire, de statuts, de valeurs, ainsi que la dynamique de leurs relations et leur contexte d'interaction. Elle oublie le fait que "l'organisation est composée d'un ensemble d'individus qui devront réaliser le changement au jour le jour à partir de leur propre compréhension de celui-ci"⁵⁸⁷.

Divers auteurs ont tenté de proposer des solutions pour améliorer cette forme de communication. On peut citer Armenakis et *al.* qui affirment qu'il faut démontrer la nécessité au changement et la capacité de l'organisation de le mener à bien si l'on veut susciter l'adhésion au changement⁵⁸⁸. De même, Isabella⁵⁸⁹ ou Ouimet et Dufour⁵⁹⁰ suggèrent qu'il faut fournir des informations aux acteurs tout au long du déroulement du changement en soulignant que les besoins en information varient au fil du temps.

- Le *dialogue* offre une conception constitutive du changement, selon laquelle le changement se construit au travers de la communication. Cette conception explore une vision

⁵⁸⁴ GIROUX, N., GIORDANO, Y., "Les deux conceptions de la communication du changement", *Revue Française de Gestion*, n° 120, septembre-octobre 1998, pp. 139-151.

⁵⁸⁵ L'ensemble du développement relatif au monologue et au dialogue provient de cet article.

⁵⁸⁶ REICHERS, A.E., WANOUS, J.P., AUSTIN, J.T., "Understanding and Managing Cynicism about Organizational Change", *Academy of Management Executive*, vol. 11, n° 1, 1987, pp. 48-59.

⁵⁸⁷ GIROUX, N., GIORDANO, Y., "Les deux conceptions de la communication du changement", *op. cit.*, p. 142.

⁵⁸⁸ ARMENAKIS, A.A., HARRIS, S.G., MOSSHOLDER, K.W., "Creating Readiness for Organizational Change", *Human Relations*, vol. 46, n°6, 1993, pp. 681-703.

⁵⁸⁹ ISABELLA, L.A., "Evolving Interpretations as a Change Unfolds : How Managers Construe Key Organizational Events", *Academy of Management Journal*, vol. 33, 1990, pp. 7-41.

⁵⁹⁰ OUIMET, G., DUFOUR, Y., "Vivre et gérer le changement ensemble ?", *Revue Française de Gestion*, n° 113, mars-avril-mai 1997, pp. 23-40.

interactionniste⁵⁹¹ du changement et de la communication, cette dernière permettant alors de changer. Cette approche se base sur les travaux de Weick⁵⁹² qui a développé une perspective processuelle de l'organisation à travers la notion de "processus organisant" (*organizing*). Le changement y apparaît comme un phénomène naturel, produit de l'action quotidienne. Il correspond, conformément à la vision de Pettigrew développée précédemment, à un ensemble de processus émergents qui opèrent en continu. Il y a donc simultanément le(s) changement(s) que la direction souhaite mettre en place et celui qui émerge de l'action collective. Le changement est alors émergent, permanent, issu des stratégies d'acteurs ou des conséquences non-intentionnelles de l'action⁵⁹³.

La communication apparaît sous cette forme non plus comme une simple transmission d'informations mais comme un lieu de négociation du sens, de la relation et du contexte d'action. Elle occupe alors une place centrale en constituant "l'essence même" du "processus organisant"⁵⁹⁴, puisque c'est à travers elle que s'élaborent et se négocient les contextes et les règles d'action, que sont maintenues et transformées la position et les relations entre acteurs. Le manager est un acteur parmi d'autres puisqu'il ne peut mettre en place le changement sans un engagement actif des autres participants. Son action consiste alors à favoriser l'instauration d'un dialogue.

Au travers de divers fonctions – le partage, la confrontation et l'invention-, le dialogue permet la coconstruction du changement dans l'organisation. Les interlocuteurs œuvrent à deux niveaux : un changement cognitif, en termes de modification des perceptions de la situation, et un changement comportemental, en termes d'expérimentation de nouveaux modes de relations entre eux.

Ce dialogue suppose l'établissement de dispositifs participatifs. Les difficultés rencontrées sont donc rattachées à la participation.

Par delà la communication, la participation est souvent lue comme un facteur en faveur de l'appropriation d'un changement.

3.2.2 un contexte participatif

Philippe Bernoux⁵⁹⁵ montre que le changement ne peut se limiter à l'action de quelques acteurs clés qui sauraient faire adhérer l'ensemble du groupe d'acteurs à leurs idées et donc à leurs actions, puisque cela supposerait que le leader se trouve dans une relation unique au sein de laquelle les autres membres du groupe n'exprimeraient aucun retour ou aucune attente. Cette hypothèse semble peu réaliste, puisqu'un leader ne sera accepté que s'il fait partie du groupe et que ses idées sont donc reconnues, par consensus, car il comprend et intègre les attentes du collectif dans ses idées.

Coch et French ont développé à ce sujet l'idée que les individus acceptent mieux le changement lorsqu'ils participent à sa conception, tandis que Lawrence propose entre autres solutions celle d'impliquer les personnes et de les faire participer au changement, même si cette participation ne suffit pas puisqu'il faut comprendre la nature même de la résistance⁵⁹⁶.

⁵⁹¹ GIORDANO, Y., "L'action stratégique en milieu complexe : quelle communication ?", in AVENIER, M.-J., (coord.), *la Stratégie "chemin faisant"*, Paris, Economica, 1997, pp. 136-164.

⁵⁹² WEICK, K., *The Social Psychology of Organizing*, Reading, Addison Westley, 1969.

⁵⁹³ BOUDON, R., *La place du désordre*, Paris, PUF, 1984.

⁵⁹⁴ Mc DANIEL JOHNSON, B., *Communication. The Process of Organizing*, Toronto, Allyn et Bacon, 1977.

⁵⁹⁵ BERNOUX, P., *La sociologie des entreprises*, op. cit., p.80.

⁵⁹⁶ VAS, A., VANDE VELDE, B., "La résistance au changement revisitée du top management à la base : une étude exploratoire", op. cit., p. 3.

Une approche participative du changement est donc apparue pour beaucoup d'auteurs comme intéressante en termes de prévention ou de contrôle des résistances, les individus s'opposant bien souvent aux changements qu'ils n'ont pas défini au moins partiellement. En permettant une réflexion commune sur les façons de faire et les évolutions à mettre en place, la participation permet à chaque individu de se construire une "représentation d'ensemble du processus" et de "confronter leurs différents regards sur l'organisation"⁵⁹⁷ : la perception des membres de l'organisation et leurs représentations se trouvent aussitôt modifiées. Chacun devient acteur en amenant son point de vue et sa connaissance. En outre, elle offre l'avantage de faciliter l'accès à l'information et aux points de vue opérationnels, ce qui permet en retour d'enrichir tout diagnostic et de rendre des décisions plus réalistes.

La participation est donc une des mesures touchant aux ressources humaines qui peut faciliter la mise en œuvre du changement. Elle s'apparente à un apprentissage progressif qui demande un processus d'ajustement entre les individus, les fonctions et les groupes et qui peut être facilité par la formation et la communication. Loin d'éviter que les conflits latents ne freinent ou empêchent le changement, elle a pour effet de réduire certaines résistances, incertitudes et inquiétudes.

Néanmoins, elle n'est pas exempte de difficultés : elle suppose en effet la transformation tant des modes de relation, des rôles, des places que des manières de parler, donc des règles de la "conversation", ce qui n'est pas une tâche facile et rapide à réaliser. En outre, le fait d'accorder la parole aux acteurs n'implique pas que ces derniers vont automatiquement l'utiliser. La prise de parole collective dans un dialogue n'est pas facile. Les dispositifs participatifs sont exigeants en termes d'"habiletés de communication".⁵⁹⁸

Ces moyens de surmonter la résistance au changement, fréquemment évoqués dans la littérature, sont orientés vers une conception négative de la résistance, considérée comme un frein au changement, et cantonnée aux échelons inférieurs de la hiérarchie organisationnelle. Néanmoins, le concept est en fait multi-formes, multi-niveaux et basé sur des causes variées. C'est pourquoi il nous semble important de considérer les raisons de la résistance et d'en analyser les différents niveaux si l'on veut faire émerger les problèmes réels, les craintes et les peurs et tenter de la dépasser, même dans des niveaux hiérarchiques plus élevés. La résistance peut alors se révéler un facteur positif dans la mise en œuvre d'un changement. En outre, il faut créer un ensemble de conditions et de mécanismes, donc des modalités de gestion et d'organisation, favorisant l'évolution des savoirs. La flexibilité, la coopération, la coordination, les échanges d'information et de ressources sont autant de réponses possibles.

Le changement est donc confronté à divers problèmes qui le freinent :

- Des *problèmes de pouvoir*.
- Des *problèmes d'anxiété* de la part des membres de l'organisation, notamment lorsqu'ils ne sont pas acteurs dans la prise de décision précédant le processus de changement.
- Le *poids de certains pré-supposés* qui constituent des idées acquises, des traditions ou des tabous, qui légitiment le raisonnement et les comportements et sont difficiles à évacuer.

Il n'existe pas une solution unique pour dépasser les résistances et l'apprentissage est fonction de l'organisation, de son fonctionnement, de sa structuration, des modes de pouvoir qui s'exercent et

⁵⁹⁷ FRANCHISTEGUY, I., LARRASQUET, J.M., "Apprentissage individuel, apprentissage organisationnel : une "mécanique" complexe", op. cit., p. 10.

⁵⁹⁸ GIROUX, N., GIORDANO, Y., "Les deux conceptions de la communication du changement", op. cit., p. 148.

des mécanismes mis en place pour déterminer le changement. Il suppose en fait une nouvelle lecture de la réalité.

3.3 TOUT CHANGEMENT S'APPUIE SUR UNE NOUVELLE CONSTRUCTION DE LA REALITE

Bon nombre de manuels managériaux développent des méthodologies du changement qui s'appuient sur un modèle rationnel de la prise de décision et de la planification stratégique, c'est-à-dire qu'elles partent de la définition d'un problème, pour identifier les solutions et optimiser leur choix qui sera ensuite mis en œuvre et évalué⁵⁹⁹. Ces méthodologies, bien que pertinentes dans certaines situations, nous semblent insuffisantes pour faire face à la complexité de toute réalité et aux jeux possibles des acteurs.

L'illusion consiste en effet à croire qu'il n'existe qu'une seule lecture de la réalité, et que les actions portent sur une "*réalité réelle*". En fait, tout individu ne perçoit pas *la* réalité, mais *une* réalité inscrite dans sa *vision du monde*, ce qui signifie qu'il sélectionne les faits en cohérence avec sa vision du moment. Or, l'étroitesse des points de vue peut freiner ou bloquer des évolutions et l'expérimentation de nouveaux angles de vue est nécessaire pour changer de perspective.

Il nous semble que cette ouverture vers d'autres perspectives est difficile à réaliser seule : le débat, la confrontation des points de vue et la négociation avec d'autres nous apparaissent alors comme des moyens privilégiés pour construire une nouvelle réalité et imaginer des évolutions souhaitables.

En effet, en nous appuyant sur une approche systémique, nous pouvons dire qu'une finalité est la cause essentielle du changement mais qu'il existe de multiples causalités : c'est parce que la causalité est multiple (elle peut avoir plusieurs effets) que plusieurs finalités sont réalisables⁶⁰⁰. Dans un système, l'observateur est toujours impliqué et "le sens de l'histoire n'est pas unique, plusieurs fins restent accessibles, plusieurs futurs sont possibles"⁶⁰¹.

Le changement s'appuie de ce fait soit sur l'acquisition de nouvelles données ou connaissances, soit sur une nouvelle construction de la réalité. Une approche cognitive permet de chercher à comprendre *comment les acteurs pensent* et non plus *ce qu'ils pensent*.

En fait, deux conceptions s'opposent :

- les *positivistes* considèrent que les données de la réalité s'imposent à l'observateur qui les reçoit sans les construire. Cette conception est dépassée aujourd'hui puisqu'il apparaît que toute connaissance demeure relative, l'observateur ayant une influence sur ce qu'il observe.
- les *constructivistes* estiment pour leur part que les données de la réalité sont construites par l'observateur, notamment en fonction des significations qu'ils attribuent aux choses. Selon eux, "il n'y a pas de lecture vraie ou fausse de la réalité", seulement des lectures qui aident et multiplient les possibilités et d'autres qui les limitent⁶⁰². Il en résulte que les problèmes ne sont pas donnés, ils sont construits par cet observateur. Pour les constructivistes, la réalité n'est pas prédéterminée, elle est constamment *reconstruite*.

⁵⁹⁹ CORNET, A., DIEU, A.-M., "Jeux et enjeux d'un réengineering dans un organisme de prêt social", *Gérer & comprendre, Annales des Mines*, décembre 2000, p. 29.

⁶⁰⁰ GODET, M., *Manuel de prospective stratégique*, op. cit., p. 69.

⁶⁰¹ Ibid.

⁶⁰² KOURILSKY-BELLIARD, F., op. cit., p. 36.

Ainsi, nous n'avons jamais affaire à la réalité, mais seulement à des images, à des représentations du réel, qui se construisent sur la base de croyances, d'expériences passées, de culture, d'environnement social et intellectuel et de l'état émotionnel du moment. Les perceptions mêlent ainsi objectivité et subjectivité, puisqu'elles s'apparentent à des choix plus ou moins conscients face aux faits.

Un changement ayant du sens doit ainsi "réintroduire les jeux d'acteurs et les processus de construction de la réalité"⁶⁰³. Tout changement organisationnel s'appuie donc selon cette perspective sur des constructions qui s'avèrent être des représentations modélisant les relations entre organisation, environnement et activités par les acteurs. La position de "l'observateur" est importante, car le changement dépend fortement de ce que les acteurs en position de décision perçoivent. Le changement touche en fait aux *représentations mêmes* que chaque acteur se forge pour construire sa "réalité"⁶⁰⁴. Dans le modèle constructiviste, l'observateur est à la fois "acteur et spectateur", "créateur et constructeur"⁶⁰⁵ de ce qu'il tient pour réel, ce qui implique que face à une réalité il peut choisir une lecture voire des lecture(s) différentes.

L'enjeu de la phase de diagnostic devient alors, pour celui qui la pilote, "d'aller au-delà de la description d'un enchaînement d'activités pour mettre à plat les différentes représentations d'efficacité et d'efficacités qui cohabitent dans l'organisation, de réaliser des opérations de traduction pour arriver à un dialogue qui permette de préciser et de hiérarchiser ces buts"⁶⁰⁶. L'accord auquel on aboutit résulte de ce fait d'une confrontation entre les logiques individuelles et institutionnelles, qui s'opposaient pourtant au départ. Cette forme de changement sort donc du domaine de la rationalité pour s'inscrire dans celui de la "négociation" et d'un "apprentissage organisationnel qui se construit au cours de la confrontation"⁶⁰⁷, d'où l'intérêt d'y associer les acteurs. L'idée est d'inviter les sujets à percevoir et à construire différemment la réalité pour qu'ils en extraient davantage de possibilités d'action. En changeant de "lunettes"⁶⁰⁸, ils modifient leur perception de la réalité ce qui les amène à réagir différemment.

La construction d'une nouvelle réalité s'inscrit ainsi dans un processus où les jeux de pouvoir et de confrontation des représentations sont essentiels. La vision par les acteurs de leurs rôles et missions dans le contexte de l'organisation opère "comme un puissant levier de légitimation du changement"⁶⁰⁹. En effet, les représentations et donc la construction mentale que se font les acteurs du contexte organisationnel ont une importance reconnue, puisque la manière dont les acteurs forgent leur connaissance contribue à construire les réalités sociales sur la base desquelles ils fondent leur action⁶¹⁰, conférant ainsi une légitimité ou non au changement proposé.

Le changement apparaît alors comme un changement de vision avant d'être un changement en termes de process, de méthodes ou d'organisation. La modification du mode de pensée devient

⁶⁰³ CORNET, A., DIEU, A.-M., "Jeux et enjeux d'un réengineering dans un organisme de prêt social", op. cit., p. 31.

⁶⁰⁴ ROUSSEAU, A., WARNOTTE, G., "La responsabilisation des cadres face à la qualité totale : un construit social ?", *Gérer et comprendre, Annales des Mines*, Décembre 1994, n° 37, p. 31.

⁶⁰⁵ KOURILSKY-BELLIARD, F., op. cit., p. 37.

⁶⁰⁶ Les auteurs s'intéressent aux processus de reengineering et s'inspire d'un écrit de CALLON, M., LATOUR, B., (ed.), *Ces réseaux que la raison ignore*, Paris, l'Harmattan, 1992, in CORNET, A., DIEU, A.-M., "Jeux et enjeux d'un réengineering dans un organisme de prêt social", op. cit., p. 38.

⁶⁰⁷ Ibid, p. 38

⁶⁰⁸ KOURILSKY-BELLIARD, F., op. cit., p. 38.

⁶⁰⁹ ROUSSEAU, A., WARNOTTE, G., "La responsabilisation des cadres face à la qualité totale : un construit social ?", op. cit. p. 39.

⁶¹⁰ BENSON, J.K., "Organizations : a Didactical View", *Administrative Science Quarterly*, vol. 22, 1977, pp. 1-19 ; GIDDENS, A., *Central Problems in Social Theory*, Mac Millan, London, 1979, cités par Ibid. p. 33.

un préalable à l'action⁶¹¹ car la perception de chacun est partielle et partiale, chacun la considérant comme le "seul point de vue valable". L'échange avec les autres offre une possibilité d'influence qui permet d'élargir ou de déplacer ce point de vue ou de donner un sens nouveau à une situation. Dans cette optique, le *recadrage* est un des outils identifié par P. Watzlawick qui permet de déplacer une situation donnée dans un autre cadre et donc d'en changer la signification. Ce n'est pas un moyen d'atteindre la "vérité" mais il permet à l'acteur de s'orienter dans une perspective d'efficacité⁶¹², car cette réinterprétation élargit le champ des possibles et suscite de nouvelles (ré)actions, tout en restant compatible avec son système de valeurs et ses attentes.

Toute nouvelle construction de la réalité cherche ensuite à s'inscrire dans un projet.

4 LE CONCEPT DE PROJET, VECTEUR DU CHANGEMENT INSTITUTIONNEL

Les évolutions contextuelles qui font face aux organisations obligent ces dernières à mettre en place un processus continu de réalisations et d'actions diverses et complexes permettant d'évoluer en phase avec l'environnement. Le changement ne s'improvise pas, il exige de s'y préparer⁶¹³. La mise en place d'un changement suppose alors l'introduction d'un projet, puisqu'il vise une fin ou tout au moins une évolution identifiable.

Le changement s'inscrit dans une posture prospective⁶¹⁴ et essaie de faire se rejoindre le "possible" et le "réel". Le projet constitue de ce fait aujourd'hui une référence obligée lorsque l'on parle de changement à opérer. En effet, notre environnement traverse de nombreuses évolutions de manière continue, dont nous sommes à la fois témoins et acteurs, qui marquent une forme de "temps prospectif". La "meilleure" façon de s'y adapter selon J.-P. Boutinet⁶¹⁵ est "d'anticiper, de prévoir l'état futur". Le projet, en tant que mode d'adaptation privilégié s'ébauche alors, même s'il se distingue de la prospective, puisque cette dernière établit différents scénarios possibles quant à l'avenir, tandis que le projet indique une direction.

Associé à la notion de "but", le projet s'inscrit dans une recherche de sens et un effort d'anticipation. D. Vinot précise dans sa thèse sur le projet d'établissement que "parce que le projet oblige à rechercher du sens (intention et valeur), il appartient à la catégorie des *conduites finalisées*"⁶¹⁶, qui contient non seulement l'idée d'une intention mais également d'une projection dans l'avenir, nécessitant dès lors des représentations. Il s'inscrit dans un processus de

⁶¹¹ A ce sujet, nous avons évoqué précédemment la théorie du champ des forces développée par K. Lewin. Précisons que pour cet auteur, la notion de force, appliquée à un individu ou à un groupe, doit se comprendre en termes de perception des réalités, ce qui signifie que les modifications du champ de forces dépendent des champs perceptifs des individus ou groupes concernés.

⁶¹² KOURILSKY-BELLIARD, F., op. cit., p. 54.

⁶¹³ Ibid., p. XVIII.

⁶¹⁴ Michel Godet raconte d'ailleurs que, selon H. Ozbekhan, la traduction du concept de prospective en anglais existait bel et bien avec les deux adjectifs *preactive* et *proactive*, in GODET, M., *Manuel de prospective stratégique*, op. cit., p. 9.

⁶¹⁵ BOUTINET, J.-P., *Anthropologie du projet*, Presses Universitaires de France, Paris, 5^{ème} édition, 1999, p. 16.

⁶¹⁶ VINOT, D., *Le projet d'établissement à l'hôpital – De la formalisation du concept à son instrumentalisation*, Thèse de Doctorat ès Sciences de Gestion, Université Jean Moulin - Lyon III, 19 janvier 1999, p. 55.

transformation et/ou de progrès, fondé sur la recherche de sens, sa nature est par essence "transitoire et en devenir"⁶¹⁷.

Le projet représente alors le trajet vers ce qui se construit : éphémère, il est l'illustration du processus de changement. Il est ce qui modifie le cadre, régénère le système et transforme la définition des activités⁶¹⁸. Au service de réalisations ponctuelles et efficaces, il est également l'expression d'une recherche de sens à travers l'explicitation de finalités qui s'inscrivent en même temps dans une forme de permanence. "L'anticipation éclaire l'action et lui donne un sens avec le double sens du mot : direction et signification."⁶¹⁹ En effet, le présent et sa signification se construisent en fonction du futur (finalité) : le projet est le moteur de l'action.

Le projet doit ainsi constituer non seulement une réponse aux demandes organisationnelles en termes d'évolutions et de modifications mais également une "construction visionnaire d'une réalité dans laquelle l'organisation *doit* avoir sa place"⁶²⁰ : il s'inscrit alors dans un processus de changement, en termes de structure, de missions, d'organisation,... puisqu'il construit et formalise des évolutions à mettre en place.

Nous avons évoqué précédemment la nécessité de l'existence de règles d'organisation comme base commune à partir de laquelle les acteurs vont pouvoir construire les évolutions de l'organisation. L'enjeu dans le projet sera de créer de nouveaux systèmes de représentations, sans oublier qu'il sera d'autant plus efficace qu'il sera explicite et connu de tous.

Etant donné le rôle stratégique joué par les acteurs, c'est par l'appropriation que passera la réussite d'un projet : une réflexion prospective collective apparaît de ce fait d'autant plus riche. "Toute réflexion qui n'est pas appropriée par ceux qui sont concernés et devront la porter aura du mal à se cristalliser en action de changement"⁶²¹. Ainsi, la mise en œuvre d'un projet de changement nécessite une forte mobilisation et participation des acteurs.

Enfin, tout comme le changement peut être planifié ou émergent, tout comme la stratégie peut être délibérée ou émergente, le projet peut être *structurant* ou *émergent*. Quoiqu'il en soit, le projet reste toujours lié au changement aussi bien au niveau des individus, des groupes que de l'organisation. Il permet de regarder le corps social en mouvement qui est en train de s'adapter. Mais il ne suffit pas d'écrire un projet pour que le changement se mette en place. Le processus reste long et complexe.

⁶¹⁷ Ibid, p. 56.

⁶¹⁸ KOENIG, G., "Apprentissages organisationnels : un état des lieux", *Revue Française de Gestion*, n°97, février 1994, pp. 76-83.

⁶¹⁹ GODET, M., *Manuel de prospective stratégique*, op. cit., p. 5.

⁶²⁰ VINOT, D., *Le projet d'établissement à l'hôpital – De la formalisation du concept à son instrumentalisation*, op. cit., p. 60

⁶²¹ GODET, M., *Manuel de prospective stratégique*, op. cit., p. 15.

5 CONCLUSION

Le changement est un concept complexe englobant à la fois des réalités psychologiques, sociologiques, politiques, économiques et culturelles⁶²². Sa mise en œuvre associe un contexte, un contenu, un processus, un champ temporel et des acteurs : il est divers et nous avons cherché à le caractériser.

En fait, suivant son mode de détermination, son contenu et ses processus, le changement peut prendre différentes formes qui s'inscrivent le long de quatre axes :

- coercitif / formatif,
- micro / macro,
- émergent / planifié,
- proactif / réactif,

sachant que ce changement peut également être prescrit ou construit.

Quelle que soit la forme retenue, les acteurs ont un facteur clé de la réussite ou de l'échec de tout changement : ce sont eux qui doivent le mettre en œuvre et l'intégrer dans leur fonctionnement et dans leurs pratiques. Ainsi, en fonction de leur implication dans le processus de décision et des représentations qu'ils se font de la réalité, des objectifs à atteindre et des changements à mettre en œuvre, les acteurs peuvent résister ou s'appropriier le changement.

De ce fait, il nous semble que le changement est plus facile à concevoir et à définir qu'à mettre en œuvre de façon efficace. Notre analyse nous a amenée à souligner deux facteurs apparaissant a priori essentiels pour la réussite de tout changement : une communication adaptée et un contexte participatif, car ils semblent faciliter le changement de vision nécessaire à l'appropriation de la décision.

⁶²² VAS, A., VANDE VELDE, B., "La résistance au changement revisitée du top management à la base : une étude exploratoire", op. cit., p. 6.

CONCLUSION DU CHAPITRE

Notre définition du changement l'inscrit comme une modification des éléments de l'organisation en vue de la faire progresser vers des objectifs fixés ou tout au moins souhaités. Le préalable incontournable à tout changement planifié réside dans la détermination des modifications à apporter, donc dans le choix et les décisions qui vont guider l'action. Dès lors, le changement appelle l'évaluation, puisque le déclencheur de la décision pour améliorer une situation donnée ou rechercher un "état" différent se trouve être "la comparaison d'une situation donnée à un modèle de référence"⁶²³. Dans ce cas de figure, l'évaluation détermine le changement ou peut permettre de le réorienter en cours d'action.

Par ailleurs, les conséquences de tout changement ne sont pas neutres : il a des répercussions sur différents domaines. L'évaluation devient alors une nécessité afin d'en mesurer les conséquences, de réorganiser des domaines ou de comparer la nouvelle situation avec l'ancienne. Ainsi, même si l'évaluation peut avoir les apparences d'une mode, elle reflète "*un besoin social et économique qui ne peut que s'amplifier sous l'effet des nouveaux moyens scientifiques, techniques et organisationnels de l'activité humaine et de ses produits*"⁶²⁴.

Enfin, tout changement mis en place dans une organisation peut également être source d'évaluation finale, cette dernière étant alors le moyen de s'assurer si ce changement atteint les objectifs fixés.

Les projets de changement sont des scénarios qui s'inscrivent dans une prospective de l'organisation. L'évaluation est ainsi la réponse :

- Soit à des changements externes : elle est dans ce cas en même temps la source d'un changement interne, puisque l'organisation cherche à s'adapter aux modifications de l'environnement.
- Soit à des changements internes : elle va, dans ce cas, considérer si celui-ci s'est mis en place comme prévu et les impacts directs et indirects, notamment en termes de valeur ajoutée dans la chaîne de valeur. Selon la forme qu'elle prend et ses objectifs, elle peut mener à de nouveaux changements.

Dans notre travail, nous nous intéressons plus particulièrement au changement interne de l'organisation. L'évaluation de ce type de changement peut porter sur différents aspects, indiquant l'intérêt mais aussi la complexité d'une telle analyse. Nous pouvons citer :

- Considérer si le changement a correctement été mis en place.
- Chercher à savoir si ce changement est un succès ou un échec ; en effet, toute évolution doit être rapportée aux intérêts contradictoires en présence et aux objectifs poursuivis par les différents individus et groupes d'acteurs.
- Evaluer la gestion du changement, c'est-à-dire son mode de mise en place et ses conséquences.
- Evaluer la satisfaction des différents acteurs à l'égard du changement mené, donc en intégrant les différents points de vue aussi bien au niveau du sommet stratégique que du centre opérationnel.

⁶²³ GIARD, V. *Gestion de projets*, Paris, Economica, 1991, p. 91.

⁶²⁴ STEUDLER, F., "L'évaluation : mode ou raison", op. cit., p. 280.

Ainsi, le changement sous-tend généralement une évaluation, mais ce n'est pas systématique : certains changements ne sont pas évalués.

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE : LA DIALOGIE DU CHANGEMENT ET DE L'EVALUATION

L'organisation se doit d'être efficace, voire efficiente, si elle veut survivre dans le contexte actuel. Une structuration associée à la rationalité instrumentale ne suffit plus ; désormais, l'organisation doit être flexible, faite de stratégies et de changements, dans un champ qui associe acteurs et système organisationnel. *"Le changement est inévitable ; au lieu d'attendre passivement qu'il nous affecte, nous avons besoin de le devancer, de prendre des initiatives et d'aider nos organisations à modifier le changement à notre avantage."*⁶²⁵ Notre travail repose sur l'idée qu'il vaut mieux agir par anticipation.

L'évaluation apparaît comme un moyen d'agir dans ce sens. Elle s'inscrit dans l'idée qu'il existe un idéal vers lequel les organisations doivent chercher à tendre : ces dernières devraient s'efforcer d'atteindre cet idéal en modifiant perpétuellement l'organisation et les structures. L'évaluation s'inscrit ainsi dans notre modèle comme un outil de détermination des changements à mener. Le changement peut être construit par l'évaluation, mais l'évaluation peut aussi intervenir au cours des processus de changement ou à la fin, sous forme d'une évaluation "terminale". Elle apparaît dans ce cadre à la fois comme la source du changement, son support éventuel au cours de la mise en place et comme un moyen d'en déterminer les conséquences. Evaluation et changement apparaissent donc complémentaires.

Pourtant, dans la pratique, l'évaluation peut également constituer un frein au changement en confortant l'organisation dans son fonctionnement actuel. Mais surtout, les limites de l'évaluation peuvent être sources de résistances au changement.

5.1 CERTAINES LIMITES DE L'EVALUATION CONSTITUENT DES SOURCES DE RESISTANCE AU CHANGEMENT

Les limites suivantes de l'évaluation peuvent freiner le changement :

- La difficulté décisionnelle résultant de la pratique évaluative ne facilite guère l'élaboration de choix et la mise en place de plan de changement.
- La dépendance des conclusions à l'égard de l'évaluateur et de son point de vue engendre des décisions de changement qui sont prises par une ou quelques personnes seulement, en position de pouvoir. Les parties concernées peuvent alors se montrer réticentes, voire résister à ce changement car il ne correspond pas à leurs attentes.
- Le risque d'obsolescence des situations étudiées peut engendrer des décisions de changement également obsolètes.
- L'évaluation n'est jamais neutre : l'interprétation repose sur des indicateurs représentant la réalité et sur les "lunettes" de l'évaluateur. Or cette réalité et son interprétation varient en

⁶²⁵ WAGNER, J. K., "Je lance le défi d'anticiper le changement et d'utiliser tous les outils et ressources à notre disposition pour acquérir l'ensemble des connaissances et compétences qui nous permettront de montrer le chemin", *Audit*, n° 152, Décembre 2000, p. 6.

fonction des individus. Les décisions qui découlent d'une évaluation ne sont pas forcément acceptées par tous, chacun ayant un point de vue différent.

Ainsi, l'évaluation est un outil d'anticipation ou de remédiation, qui cherche à fixer les buts à atteindre et les moyens d'y parvenir après l'analyse des écarts. Mais elle ne tient pas toujours suffisamment compte des particularités des acteurs, et ce n'est pas parce qu'on leur impose des actions ou des changements qu'ils vont s'y conformer. Dans un processus d'évaluation classique, les acteurs peuvent ne pas se sentir suffisamment impliqués et rejeter par conséquent les décisions qui en découlent.

En effet, lorsque le changement s'appuie sur des diagnostics menés par le sommet et non par les acteurs eux-mêmes, le changement est prescrit et non construit par les acteurs. Dès lors, ils le subissent et ne l'acceptent pas facilement, car il est vécu comme une contrainte. *"Le rapport de force est l'ennemi du changement ; seules la coopération et la négociation favorisent et mobilisent les ressources du changement"*⁶²⁶, ce qui signifie que le changement se provoque et se développe dans l'interaction.

L'analyse de la complémentarité entre évaluation et changement nous a conduit à penser que les limites de l'évaluation pouvaient constituer une des sources de résistance au changement. Dès lors, les formes classiques d'évaluation, ne faisant intervenir que quelques protagonistes dans le schéma de la décision, nous semblent insuffisantes pour mettre en place un changement auquel adhère l'ensemble des acteurs.

Pour que le changement soit efficace, il semble nécessaire d'introduire une nouvelle démarche d'évaluation qui réintègre les acteurs et leurs jeux d'interaction et combine un effet sur les relations et sur les connaissances produites.

L'auto-évaluation s'inscrit dans ce sens : en cherchant à réveiller chez les acteurs une volonté de contribution et un sentiment d'appartenance, elle se niche dans un entre deux fait d'envie et de refus. Cette démarche vise une action orientée non seulement par un objectif à atteindre, mais également par la manière de conduire ces changements.

5.2 L'AUTO-EVALUATION AU COEUR DE LA CONTRADICTION ENTRE EVALUATION ET CHANGEMENT

L'auto-évaluation est sous-tendue par une volonté de favoriser le changement en associant les acteurs à la mise en évidence des problèmes et à la définition de solutions. Elle s'inscrit dans l'idée que le changement rencontrera moins de résistances si l'ensemble des personnes concernées participe aux décisions concernant les modifications à mettre en œuvre.

L'évaluation n'est pas une activité neutre, mais un processus impliquant des agents sociaux. *"Les représentations sociales de l'évaluation renvoient à deux grands types de fonctions : d'une part elle est associée aux notions de contrôle, de sanction, de sélection et de répression, et d'autre part elle est associée à l'adaptation, au changement et au progrès. Les deux fonctions sont complémentaires, mais il peut être difficile de les faire coexister au sein d'un même programme"*⁶²⁷.

⁶²⁶ KOURILSKY-BELLIARD, F., op. cit., p. XVII.

⁶²⁷ ROGER, A., WEISZ, R., "L'auto-évaluation de groupe comme processus d'apprentissage", IAE Aix-en-Provence, Centre d'Etudes et de Recherche sur les Organisations et la Gestion, Etudes et documents, série "Recherche", W.P., n° 438, octobre 1994, p.4.

L'idée de l'auto-évaluation est de privilégier l'aspect d'adaptation au contexte et du changement vers une meilleure qualité globale. Au lieu de se trouver dans une logique d'évaluation sommative ou d'évaluation-sanction, on cherche par le biais de cette démarche à s'inscrire dans un contexte éducatif et non punitif, donc dans un contexte d'évaluation formative⁶²⁸. Cette évaluation, menée avec le concours des acteurs, permet d'établir un diagnostic de l'organisation et de son fonctionnement et d'informer et de responsabiliser l'ensemble des personnes concernées, par une intériorisation des forces et faiblesses, des dysfonctionnements et des objectifs à atteindre.

L'auto-évaluation, par sa forme participative, associe donc l'ensemble des acteurs à la mise en évidence des écarts et à la définition des améliorations à apporter au sein de l'organisation. Cela présente différents avantages.

L'auto-évaluation est un moyen d'éclairer les différents acteurs sur l'organisation dans laquelle ils travaillent et sur les actions qu'ils entreprennent. Cette démarche permet donc un retour collectif sur l'action. Véritable instrument d'information et de dialogue, elle permet de conduire une auto-analyse relative au fonctionnement de l'organisation. La connaissance du fonctionnement émane de l'ensemble des acteurs, offrant ainsi une analyse riche de l'organisation et des projets à mettre en place dans une perspective d'amélioration.

L'auto-évaluation force l'organisation à reconnaître ses forces et ses faiblesses. Le personnel connaît presque toujours ce qui dysfonctionne, mais ne veut pas toujours le reconnaître. Leur participation est un moyen de poser les problèmes et de les admettre ; or, une prise de conscience est souvent le catalyseur des mécanismes de changements pour y remédier.

De plus, l'auto-évaluation autorise un management participatif, puisque tous les personnels peuvent participer, quel que soit leur niveau dans la hiérarchie. Les plans d'actions, auparavant définis par la direction, sont désormais basés sur un diagnostic précis de l'organisation et issus de l'expression des personnels, afin de tenter d'insérer dans ces plans les préoccupations de l'ensemble des acteurs de l'établissement. Outre une motivation bien plus grande que s'il s'agissait d'une évaluation externe, cette démarche offre davantage :

- de reconnaissance et d'acceptation – il ne s'agit pas d'un contrôle mais d'une amélioration décidée par les acteurs eux-mêmes -,
- de satisfaction personnelle - les personnels étant chargés de détecter et de remédier par eux-mêmes aux dysfonctionnements -,
- d'adhésion.

Elle génère une prise de conscience importante concernant à la fois le rôle joué par chacun, leurs propres pratiques, les dysfonctionnements auxquels ils peuvent remédier. Ainsi, nous pensons que les acteurs seront mieux disposés à accepter les changements décidés s'ils ont pris part à leur mise en évidence.

L'auto-évaluation s'inscrit alors comme un moyen de renforcer l'apprentissage chez chacun des acteurs ou groupe d'acteurs : en effet, les acteurs ne sont plus simplement dans l'action, mais s'inscrivent désormais également dans l'observation et la réflexion, ce qui leur permet de réfléchir sur leurs propres pratiques en liaison avec les autres. Cette prise de recul par rapport aux activités quotidiennes les rend à la fois "acteurs et partenaires"⁶²⁹ : l'acteur évalué ne va pas appliquer mécaniquement les décisions ou les connaissances qu'on lui a inculquées, mais il va plutôt développer un savoir-faire pratique et ses propres décisions face à la situation et aux

⁶²⁸ Ibid., p. 5.

⁶²⁹ DE BAETS, P., "La formation : performante ; l'apprenant : responsable", *Gestion* 2000, juin 1991.

objectifs visés. Or, "les meilleures idées sont celles que l'on découvre par soi-même", à condition de les insérer dans un cadre organisationnel. En effet, une vision globale est nécessaire pour "l'action locale" : "chacun à son niveau doit pouvoir comprendre le sens de ses actions, c'est-à-dire les resituer dans le projet plus global dans lequel elles s'insèrent"⁶³⁰.

L'auto-évaluation peut alors donner une "impulsion majeure"⁶³¹ au changement, car tout individu accepte mieux un changement qu'il a aidé à définir et à mettre en place.

De ce fait, l'auto-évaluation s'inscrit non seulement comme un outil de connaissance et de pilotage, mais peut être considérée comme "faisant partie intégrante du processus d'apprentissage"⁶³², en s'appuyant sur l'idée que "*chacun doit comprendre que le changement nécessaire de l'organisation dépend de lui, tant pour le mettre en œuvre que pour le réussir*"⁶³³.

Précisons que l'apprentissage est ici "situé" car il a alors lieu "dans une situation ou un contexte spécifique" et que seules les personnes situées dans ce contexte vont pouvoir assimiler ces connaissances⁶³⁴. Ainsi, selon la forme que prendra la mise en place de l'auto-évaluation dans chacun des établissements et selon la capacité de cette organisation à guider, contraindre ou libérer les possibilités d'action chez les individus, les personnels appartenant à ces organisations tendront à apprendre quelque chose de différent.

L'idée développée par l'auto-évaluation consiste donc en une responsabilisation de l'évalué, notamment par son implication dans le processus d'évaluation, qui lui permet de promouvoir le changement. En effet, "*en s'impliquant à tous les stades de la procédure, notamment dans la phase d'auto-évaluation, les professionnels accepteront et s'approprieront d'autant plus les changements de pratiques et d'états d'esprit indispensables au progrès*"⁶³⁵. L'auto-évaluation apparaît alors comme le moyen de mobiliser les professionnels autour des objectifs d'amélioration, aussi bien de manière individuelle que de manière collective. En effet, chacun des futurs possibles est plus ou moins probable et seuls certains sont souhaitables aux yeux de chaque acteur en fonction de leurs propres projets. La réalisation de ce futur peut donc être vue comme la "résultante des rapports de force entre ces acteurs", qui tentent de l'orienter dans le sens de ce qu'ils souhaitent, en fonction de leur système de valeur et de leur grille d'interprétation du passé comme de l'avenir. Cette démarche permet de réunir les acteurs concernés, ils vont envisager divers scénarios et faire des choix en fonction des attentes de chacun, pour déterminer les solutions qui semblent les mieux adaptées à la fois individuellement et collectivement.

L'auto-évaluation s'inscrit alors comme une démarche menant à un changement de type :

- *Formatif*, puisque les acteurs s'autonomisent et apprennent à reconnaître les problèmes et à tenter de les résoudre par eux-mêmes.
- *Planifié*, puisque les acteurs décident des actions à mener pour améliorer l'organisation, mais également *émergent*, notamment sur le plan culturel.
- Encore très souvent *réactif*, puisque les acteurs évaluent les écarts afin de déterminer les actions à mener pour y remédier. Néanmoins, à force de récurrence et une fois les personnels

⁶³⁰ GODET, M., *Manuel de prospective stratégique*, op. cit., p. 20.

⁶³¹ HELLRIEGEL, SLOCUM, WOODMAN, *Management des organisations*, op. cit., p. 619.

⁶³² ROGER, A., WEISZ, R., "L'auto-évaluation de groupe comme processus d'apprentissage", op. cit., p. 3.

⁶³³ CLEMENT, J.M., *Essai sur l'hôpital*, op. cit., pp.92-93.

⁶³⁴ VAN de VEN, A., ASQUIN, A., (propos recueillis par -), "Nous n'avons encore exploré qu'une faible partie de notre champ de recherche.", *Revue Française de Gestion*, n°125, sept.- oct. 1999, p. 61.

⁶³⁵ BUTTNER, M., GARNIER, M., DUQUESNE, D., WITZ, J.C., "L'accréditation : une nouvelle donne pour les établissements de soins – La confrontation des cultures de nos métiers à une démarche qualité", *Mémoire de maîtrise en management des services de santé*, IFROSS, Université Lyon 3, mars 2000, p. 36.

rentrés dans la logique, l'auto-évaluation devrait positionner les acteurs en état d'alerte permanente, donc prêts à mettre en œuvre des changements de manière *pro-active*.

- *Construit*, car il s'articule autour des hommes et des processus. En effet, l'auto-évaluation s'oriente vers un changement progressif, cheminant du local vers le global et qui favorise une liberté d'action et de décision chez les acteurs, afin d'évoluer sur la base d'une pluralité de visions.

Enfin se pose la question du niveau de changement, à savoir s'il est *micro ou macro*, de type 1 (à l'intérieur du système) ou de type 2 (un changement de système). Il nous semble que le contenu du référent, c'est-à-dire des objectifs fixés, ainsi que la manière dont l'auto-évaluation sera mise en œuvre et appropriée, détermineront la réponse à cette question. De ce fait, chaque auto-évaluation aura une réponse singulière à ce sujet. Néanmoins, il est fort à parier qu'au lancement de ces démarches, peu d'entre elles oseront s'attaquer aux règles de fonctionnement de l'organisation, d'autant plus qu'il est très difficile pour un acteur de remettre en question le fonctionnement de l'organisation. Les personnels risquent de rester centrés sur des problèmes plus abordables. Dans ce cas de figure, l'auto-évaluation génèrera des changements de type 1, donc des améliorations. Pourtant, pour être réellement efficace, l'auto-évaluation doit engendrer des changements de type 2.

L'auto-évaluation s'accompagne donc d'une intention d'introduire les acteurs concernés dans un processus de gestion par eux-mêmes du changement, cherchant à mettre en pratique le fait selon lequel le changement ne viendra pas de l'extérieur mais de l'intérieur.

C'est une condition nécessaire, mais non suffisante. En effet :

- Pour être réellement un outil au service du changement, l'auto-évaluation doit être conçue différemment que comme un auto-bilan sur le réalisé.
- Elle ne doit pas être vécue par les acteurs comme un système de notation en interne, qui permettrait de se comparer aux autres établissements, mais plutôt comme un moyen de se comparer à soi-même et d'améliorer sa performance.
- L'auto-évaluation associe de nombreux acteurs aux visions du monde et aux attentes très différentes. La difficulté de la méthode est de les faire parvenir à un accord en termes de solutions à mettre en œuvre : pour cela, un recadrage des représentations est nécessaire. Le changement nécessite chez les individus une reconstruction de leur réalité, une évolution de leur vision du monde, qui leur permettent de s'ajuster avec celles des autres acteurs.
- De plus, elle doit s'inscrire dans un processus continu afin de permettre un renforcement constant de l'apprentissage au sein de l'organisation, et ceci à tous les niveaux, sans oublier que les solutions aux problèmes ne sont guère pérennes. En effet, même si elles ont été adaptées à un moment donné, les circonstances évoluent et les solutions doivent changer également. L'auto-évaluation doit conduire à un modèle évolutif du changement. On ne se situe plus dans une démarche du court terme, mais bien dans une optique à long terme.

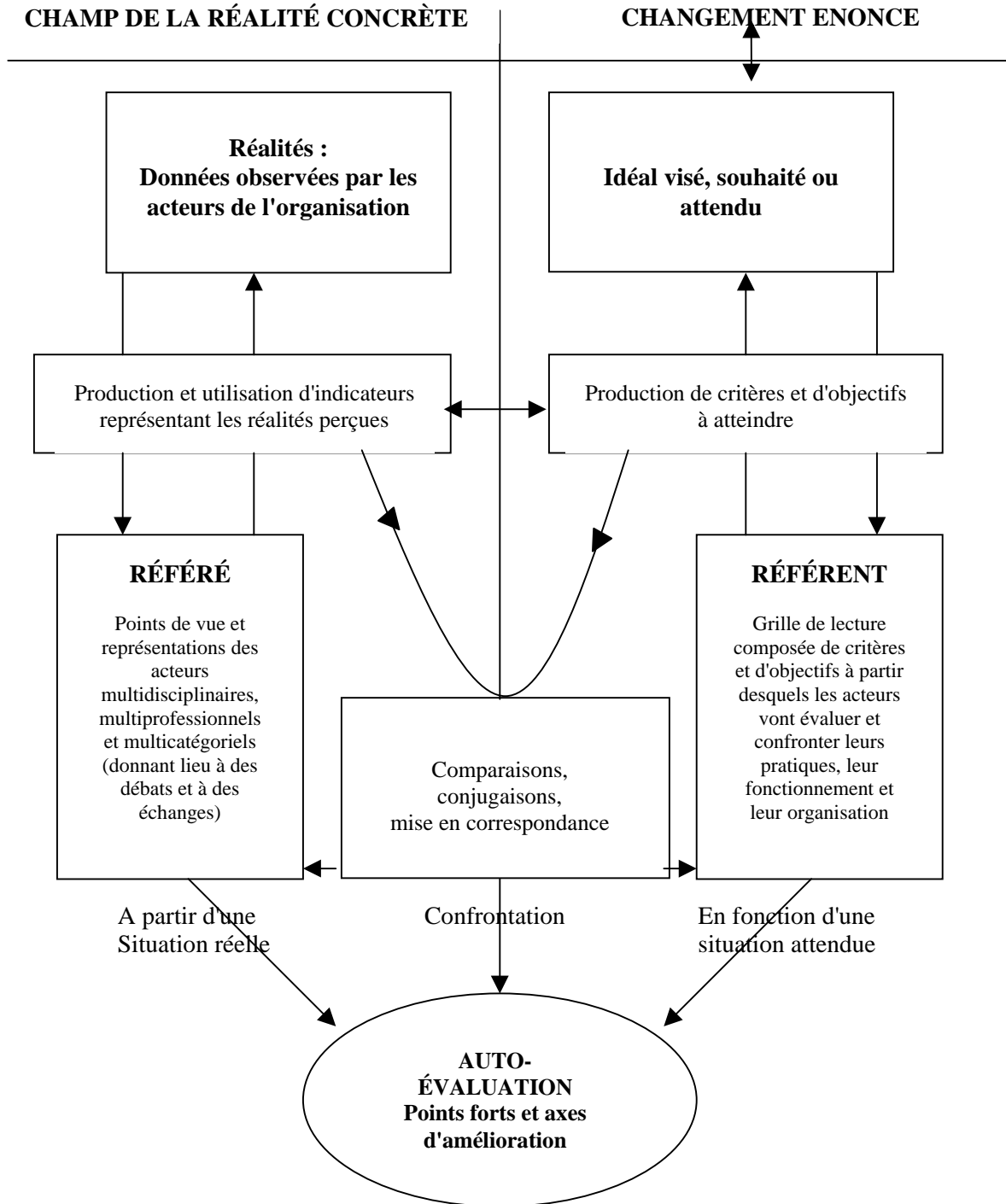
L'auto-évaluation cherche à générer un changement accepté par l'ensemble des acteurs, mais elle peut également le freiner :

- Si les acteurs ne se rencontrent pas sur des objectifs communs. L'évaluation est certes menée par les personnels, mais elle se fait au regard d'un référent prédéfini qui ne correspond pas forcément à une situation souhaitée par les acteurs. Dans ce cas de figure, l'auto-évaluation peut être biaisée, menée de manière à conforter les acquis et les façons de faire actuels.

- Si les acteurs ne parviennent pas à se rejoindre dans leurs visions de la réalité. Dès lors, la mise en évidence d'écarts et la définition de solutions deviennent difficiles, voire impossibles.

Le modèle de l'auto-évaluation confrontée au changement peut alors être représenté comme suit.

**Figure 9 : Une modélisation de l'auto-évaluation
confrontée au changement** ⁶³⁶



⁶³⁶ inspiré de : CLAVERANNE, J. P., "L'évaluation : nature et formalisation d'un concept mou", op. cit., p. 242

Toutes ces appréciations sont issues d'une analyse théorique. Il faut maintenant considérer leur application en pratique. Nous allons donc nous intéresser dans une deuxième partie à la mise en place et aux conséquences de l'auto-évaluation au sein des établissements de santé, afin de :

- considérer la mise en pratique concrète d'un modèle de confrontation entre un référé et un référent associant l'ensemble des catégories d'acteurs,
- déterminer les avantages et les limites ressentis de cette forme d'évaluation au sein des établissements de soins,
- caractériser le changement qui se met en place.

Deuxième partie

Cliniques évaluatives : du contexte à leurs mises en œuvre

*Tout ce qui paraît garantir leur santé, leur stabilité,
est regardé comme saint,
tout ce qui semble la compromettre comme sacrilège.
Le mélange et l'excès, l'innovation et le changement
sont également redoutés.*

Roger CAILLOIS, l'Homme et le Sacré, p. 165.

L'immersion dans la pratique et son observation au quotidien nous ont conduit à une réflexion théorique sur les concepts, objet de la première partie.

La contextualisation de l'auto-évaluation engrammée dans l'accréditation implique de situer notre discours théorique dans le phénomène d'accréditation qui a pris ses sources en Amérique, au Canada, en Australie et en Angleterre, avant d'avoir droit de cité en France.

L'objet de cette deuxième partie est de montrer en filigrane les théories de l'évaluation et du changement qui sous-tendent les démarches en vigueur, que nous avons observées à partir de cliniques, et en même temps de montrer le décalage à travers les expériences et les discours d'acteurs qui existent entre la théorie et sa mise en œuvre.

Sur cette confrontation théorie/pratiques peut se mettre en œuvre une autre réflexion sur la place de l'auto-évaluation dans le changement. Cette confrontation théorie/pratique montre les jeux d'acteurs et les prétextes invoqués deci-delà pour faire opposition au changement.

L'observation méticuleuse (clinique ?) de ces jeux, de ces groupes et de ces oppositions est la condition nécessaire pour que surgisse une nouvelle façon de penser l'auto-évaluation et par-delà l'accréditation à la française.

Nous avons dans cette partie choisi de laisser la parole aux acteurs et aux expériences ; ils ont été pris en compte dans la construction théorique dont ils constituent l'observation.

Dans un premier chapitre, nous allons contextualiser l'auto-évaluation mise en œuvre dans les établissements de soins en l'inscrivant dans la démarche qui lui a donné naissance dans le système sanitaire : l'accréditation. Nous nous attacherons à définir et à décrire cette démarche d'accréditation, d'abord à l'étranger, puis en France, afin de mettre en évidence le rôle joué par l'auto-évaluation en termes de changement au sein de cette procédure.

Dans un deuxième chapitre, nous considérerons la mise en place du modèle d'auto-évaluation, en termes de référent et de référé, au sein des établissements de santé français et la perception des acteurs à son sujet. Ce chapitre nous permettra de mettre en évidence le rôle déterminant de la méthodologie en termes de participation, et d'analyser le processus d'auto-évaluation et ses conséquences en termes de changement. Enfin, le recueil des paroles des acteurs nous permettra d'exposer leurs points de vue en termes de définition, d'apports, de limites et de freins.

Enfin, dans un troisième chapitre, nous ébaucherons quelques pistes de réflexion concernant la mise en œuvre du changement. Nous analyserons les suites de l'auto-évaluation en termes de plan d'actions et d'inscription dans le projet, afin de déterminer en quoi et sous quelles conditions ces éléments peuvent favoriser la mise en place du changement. Puis nous étayerons notre analyse avec le recueil du discours des acteurs concernant leurs perceptions quant aux modifications et évolutions proposées et/ou attendues, aux freins évoqués et aux conditions de réussite perçues.

Tout ceci nous permettra de conclure sur les décalages entre théorie et pratiques et sur les limites du modèle d'auto-évaluation développé au sein de l'accréditation en termes de changement.

Chapitre 1

L'auto-évaluation au cœur de l'accréditation

*(...) plus l'être est faible, plus il répugne à l'étrange, au changement;
car la plus légère idée nouvelle, la plus petite modification de régime
nécessite de lui une vertu, un effort d'adaptation
qu'il ne va peut-être pas pouvoir fournir.*

GIDE, Prétextes, p. 55.

L'accréditation est un des grands axes de l'ordonnance sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée du 24 avril 1996, qui tente ainsi d'accélérer la notion d'évaluation à l'hôpital, voire même de la concrétiser davantage. Cette démarche, inspirée des expériences étrangères, prend en compte la satisfaction des patients et vise l'ensemble des structures sanitaires. Elle s'inscrit comme le générateur de l'auto-évaluation dans les établissements de soins. Introduite à l'orée du XXI^{ème} siècle en France, elle existe depuis déjà près d'un siècle aux Etats-Unis.

L'accréditation est une démarche initiée dans les pays anglo-saxons. Avant de s'attacher à décrire sa mise en place en France, il nous a semblé important de nous intéresser dans un premier temps à la mise en œuvre de cette démarche à l'étranger pour considérer le rôle joué par l'auto-évaluation en termes de changement et en tirer des enseignements.

Le premier chapitre débute ainsi par un bref rappel historique des démarches existantes, pour évoquer ensuite le rôle du contexte, la procédure et les fondamentaux de l'accréditation. Cette analyse nous offre la possibilité de comprendre ce que signifie ce concept et de saisir le cadre de l'auto-évaluation à l'étranger, ses objectifs, son intérêt et ses limites, ainsi que les éléments qui pourraient justifier le succès ou l'échec de cette démarche en France. Enfin, elle permet d'inscrire clairement le rôle attendu de l'auto-évaluation au sein des procédures d'accréditation à l'étranger.

Dans une deuxième section, nous nous attachons à la mise en place de l'accréditation et donc de l'auto-évaluation dans le système sanitaire français. Avant d'aborder le rôle joué par l'auto-évaluation, un rappel du contexte est nécessaire. Nous ne pouvons pas parler de cette démarche sans évoquer son cadre : l'accréditation à la française. Ainsi, nous débutons par un rappel concernant les origines du concept d'accréditation en France - les ordonnances de 1996 -, pour ensuite définir son adaptation à la française et expliquer la mise en œuvre de la démarche à la fois dans sa procédure et dans ses référentiels. Pour conclure, nous analysons la démarche d'accréditation et ses liens avec d'autres procédures, ses conséquences, ses apports et ses lacunes.

Une fois le cadre défini, nous nous concentrons sur la place de l'auto-évaluation dans cette démarche, afin de définir son rôle en termes de changement, la méthodologie préconisée par l'organisme accréditeur, ses enjeux, mais également les freins qu'elle rencontre.

Section 1

L'accréditation : les périmètres d'un concept importé des pays anglo-saxons

*Il y a toujours moins de courage à emboîter le pas
qu'à se détacher d'un ensemble,
lorsque ce détachement même,
loin de vous mettre à l'abri, vous expose.*

GIDE, Journal, p. 1151.

1 PRESENTATION DES EXPERIENCES ETRANGERES D'ACCREDITATION

Inspiré des pays anglo-saxons, notamment des Etats-Unis, du Canada, de l'Australie et du Royaume-Uni, le concept d'accréditation est novateur en France en 1996. Afin de mieux cerner la démarche et les notions qui en constituent la base, une exploration dans les pays accréditeurs est apparue comme le moyen d'étudier les origines, objectifs et modes de fonctionnement de ces programmes, afin de comprendre les principes qui sous-tendent l'accréditation et les nouveaux axes stratégiques qui guident son évolution depuis le début des années quatre-vingts dans les différents pays.

La description complète de l'ensemble des démarches étrangères nous a paru longue et fastidieuse : nous nous concentrerons sur un rappel des dates-clés dans chacun des pays. Il nous a semblé plus avisé ensuite de considérer leurs points communs et leurs différences, afin de mieux comprendre ce qui les définit et caractérise et de déterminer quels étaient les éléments fondamentaux et les marges de manœuvre d'une adaptation à la française.

D'autres pays tels que l'Allemagne, les Pays-Bas, et la Catalogne ont également développé récemment des démarches d'accréditation.

1.1 NAISSANCE ET EVOLUTION DE L'ACCREDITATION DANS LES PAYS ANGLO-SAXONS : QUELQUES DATES-CLES

Les expériences étrangères d'accréditation ont acquis un degré de maturité différent dans la mesure où elles ont été initiées à des périodes différentes. Mais pour tous ces pays, les médecins, confrontés à un contexte de contraintes économiques qui les a obligés à rechercher l'efficacité, ont été à l'origine de l'idée d'accréditation. En outre, les démarches n'ont cessé d'évoluer pour s'adapter.

1.1.1 L'expérience américaine

L'accréditation trouve son origine aux Etats-Unis en 1912 : durant le troisième congrès de la Société Américaine de Chirurgie (ACS, *American College of Surgeons*), les chirurgiens développent l'idée selon laquelle les hôpitaux devraient s'engager à satisfaire des critères de qualité. En 1918, l'ACS inaugure donc un programme d'accréditation volontaire, l'*Hospital Standardization Program*. Les cinq premiers standards officiels, édités dans un opuscule intitulé *The Minimum Standards*, définissent les facteurs essentiels à l'offre de soins convenables dans les hôpitaux, c'est-à-dire les performances minimales que l'on est en droit d'attendre d'un hôpital. Puis, en 1926, un premier recueil de critères de qualité applicables dans les hôpitaux paraît.

Dès 1950, la taille et l'étendue du programme ont considérablement augmenté, tandis qu'au même moment l'environnement médical s'est modifié, notamment en termes de sophistication des soins, de complexité et d'émergence de spécialités non chirurgicales. Les standards ont besoin d'être révisés et le champ de l'étude étendu.

Afin de répondre à la croissance rapide du programme, l'ACS s'associe à d'autres professionnels : l'American Medical Association, l'American Hospital Association, l'American College of Physicians et la Canadian Medical Association (qui se retire en 1959), afin de créer la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH). Cette organisation est indépendante (privée), non-lucrative et offre la liberté aux hôpitaux de recourir à son inspection. La JCAH commence à accréditer les hôpitaux en janvier 1953. Le postulat de base est alors le suivant : la mise en place de standards concernant les structures, les ressources et les procédures suffit à garantir la qualité des soins pratiqués dans les établissements sanitaires. Il s'agit de mettre en place des standards organisationnels et de vérifier la conformité des structures sanitaires à ces standards, publiés sous "*Standards for Hospital Accreditation*".

Les liens de cet organisme deviennent plus étroits avec les instances étatiques en 1965 lorsque le Medicare Act⁶³⁷ précise que les hôpitaux prenant en charge des bénéficiaires de Medicare doivent répondre aux normes de la JCAH. Ces conditions sont également valables pour le programme Medicaid⁶³⁸. L'accréditation garantissant ainsi l'engagement de fonds fédéraux, son caractère volontaire perd un peu de sa force. Mais le principe d'un système d'accréditation renouvelé dans le temps prend ainsi naissance.

Au même moment, une révision complète des standards vise à refléter un optimum possible, plutôt qu'un minimum requis. Cela se concrétise en 1970 par la publication de l'*Accreditation Manual of Hospitals*, manuel de cent-cinquante-deux pages détaillant l'organisation des différents départements de l'hôpital et donnant pour chacun d'eux une liste de critères à respecter, l'objectif étant d'atteindre la "meilleure qualité de service"⁶³⁹.

En 1987, l'organisme change de nom afin de refléter l'extension de son champ d'accréditation aux soins de longue durée, hospices, soins ambulatoires, psychiatrie et soins à domicile. La JCAH devient alors la JCAHO : *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*.

La démarche s'intéresse désormais également aux processus et aux activités fonctionnelles et intègre des critères de résultats et de performance. En effet, la JCAHO a décidé de mettre en place de nouveaux indicateurs de résultats en 1986, destinés à alerter l'établissement et les professionnels de santé des problèmes observés dans les résultats. Ces indicateurs sont cliniques et organisationnels⁶⁴⁰. Introduits dans l'*Agenda for Change*, ils ont pour objectif d'aider à répondre à la question "l'hôpital fait-il correctement ce qu'il fait ?"⁶⁴¹. La performance entre donc désormais en ligne de compte. L'accent est définitivement mis sur la qualité des soins délivrés au patient et non plus offerts au patient⁶⁴².

Cet *Agenda for Change* représente un véritable effort dans le sens d'une adaptation constante aux changements radicaux de l'environnement sanitaire et cherche à intégrer de plus en plus le regard de l'utilisateur dont elle vise à éclairer les choix. La vision d'assurance qualité est désormais

⁶³⁷ c'est-à-dire l'acte législatif (établi par le Congrès) créant Medicare

⁶³⁸ Medicare est l'assurance santé pour les personnes âgées de plus de 65 ans, les patients en dialyse et les patients atteints de certaines maladies invalidantes. Medicaid prend en charge les indigents. Ce sont des programmes fédéraux.

⁶³⁹ GEFROY, L. R., VIENS, G., "L'évaluation des structures hospitalières : expériences américaines et canadiennes", *Décision Santé*, n° 12, nov. 1991, p. 35.

⁶⁴⁰ Les indicateurs médicaux mettent l'accent sur les résultats des soins (y compris l'état fonctionnel), le coût des soins (et leur adéquation), et la satisfaction des clients (et des professionnels). Ils essaient de saisir ce qui se passe avant et après le passage à l'hôpital. Le but est d'essayer d'aboutir à une évaluation systémique de l'organisation de soins dans son ensemble.

⁶⁴¹ COLLIN, J. N., *L'assurance de qualité dans l'activité hospitalière*, Thèse pour le doctorat en médecine, Paris V Cochin, 1993, p. 63.

⁶⁴² VIENS, G., GEFROY, L., "L'évaluation des structures hospitalières : expériences américaines et canadiennes", *Décision Santé*, n° 13, 15 nov. 1991, p. 35.

remplacée par l'amélioration constante de la qualité. La mission de la JCAHO est donc d'améliorer la qualité des soins offerts aux patients par le biais d'une accréditation et l'offre de services associés qui soutiennent l'amélioration de la performance dans les établissements de soins. Il s'agit d'une approche qui doit garantir au patient, ainsi qu'au financeur, qu'il a les meilleures chances d'être pris en charge correctement. A la question "*Cette organisation est-elle apte à délivrer des soins de qualité ?*" succède "*Cette organisation délivre-t-elle réellement et continuellement des soins de qualité ?*". Désormais, l'accréditation s'attache en effet au niveau de qualité des soins donnés, c'est-à-dire "*est-ce que les résultats observés correspondent aux objectifs fixés ?*"⁶⁴³.

La JCAHO a également développé l'*Indicator Measurement System*, une base de données nationale qui répertorie des indicateurs de résultats, dans l'optique de favoriser l'amélioration de la performance. L'idée est que les hôpitaux peuvent l'utiliser pour évaluer, comparer et donc améliorer leurs services. Notons cependant que la participation à l'IMS est volontaire ; beaucoup d'institutions ont choisi de ne pas participer car la production des données engendre un coût élevé et qu'elles n'ont pas le système d'information nécessaire pour les produire. En outre, les "consommateurs" considèrent que les indicateurs collectés ne correspondent pas à ceux qu'ils veulent ou peuvent utiliser pour évaluer la qualité suivant l'expérience des patients.⁶⁴⁴

La démarche américaine cherche désormais à mesurer la performance organisationnelle afin de l'améliorer, les standards sont donc orientés vers cette performance. Organisés par fonctions principales, plus flexibles et centrés sur les résultats, ils veulent favoriser l'intégration des activités et encourager l'innovation, en incitant les organisations de soins à s'améliorer. Ils sont donc organisés par secteur de performance, c'est-à-dire correspondant "à des fonctions et des processus connus pour leur impact significatif sur les résultats des soins aux patients"⁶⁴⁵, comme par exemple les droits des patients ou la gestion de l'information. L'*Accreditation Manual for Hospitals*, publié en 1992, traduit cette transition vers le concept d'amélioration de la performance. Cette orientation est renforcée en 1997 par l'utilisation des résultats et de toute mesure de performance (plan ORYX).

Les Etats-Unis ont donc plusieurs décennies d'expérience en ce qui concerne l'accréditation des structures de santé. A ce jour, environ 17 000 organisations de soins ont été évaluées par cette procédure. Nous y retrouvons des hôpitaux de court séjour, des organisations de soins ambulatoires, des organisations de soins à domicile, des établissements de long séjour, des hôpitaux et autres structures de soins psychiatriques, des laboratoires et quelques réseaux de soins.

Le but de la démarche est de promouvoir la qualité des soins et d'inciter les établissements de soins à se conformer aux référentiels définis par l'organisme accréditeur, se basant sur le principe qu'une évaluation externe est un bon stimulant. L'accréditation a permis de développer une dynamique qualité dans les établissements de santé américains, d'autant plus motivés par cette démarche qu'elle a reçu l'agrément de nombreuses associations de consommateurs et organisations professionnelles. L'obtention de l'accréditation conditionne la crédibilité des hôpitaux et constitue ainsi la principale motivation pour la mise en œuvre de démarches qualitatives. Les programmes d'assurance qualité se sont d'ailleurs nettement développés au sein des établissements de soins.

⁶⁴³ SAMSON, P., *Le système d'information médicale pour évaluer la qualité des soins à l'hôpital*, Thèse pour le doctorat en médecine, Lyon I, 1994, p. 23

⁶⁴⁴ FORD, R. C., FOTTLER, M. D., "Creating Customer-Focused Health Care Organizations", *Health Care Management Review*, volume 25, number 4, 2000, p. 19.

⁶⁴⁵ DONAHUE, K. T., "L'expérience de la Joint commission on accreditation of healthcare organizations", *Gestions Hospitalières*, n° 369, octobre 1997, p. 682.

1.1.2 L'expérience canadienne

Le programme canadien est issu de la séparation du programme américain en 1958, date à laquelle le *Conseil Canadien d'Agrément des Hôpitaux* (CCAH) est constitué en société. Le mot "accréditation" n'existant pas dans la langue française, il a été traduit par le terme "agrément". Le Conseil a alors comme tâches d'établir des normes pour les hôpitaux canadiens et d'évaluer leur degré de conformité.

En 1970, la procédure d'agrément canadien, jusqu'alors relativement calquée sur celle de l'accréditation américaine, évolue vers un système d'évaluation plus qualitatif reposant sur les compétences et la qualité d'analyse des auditeurs.

En 1988, le changement de nom en *Conseil Canadien d'Agrément des Etablissements de Santé* (CCAES) traduit l'extension du champ d'application de la procédure d'agrément aux petits hôpitaux et hôpitaux spécialisés, hôpitaux psychiatriques, centres de soins prolongés, aux centres de réadaptation, et aux cliniques de traitement du cancer.

L'agrément est défini comme un "*programme national visant à évaluer la qualité des soins et services offerts par les organismes de santé*"⁶⁴⁶. Ce programme est volontaire, il se fonde sur l'auto-évaluation et un examen réalisé par les pairs et porte sur tous les secteurs du système de santé. Il s'agit d'une démarche s'intéressant à la qualité d'une organisation et à la capacité collective d'organisation d'un établissement, c'est-à-dire à la capacité des professionnels à travailler ensemble de manière articulée et cohérente avec les missions définies pour un service et pour l'établissement. Le champ couvert par la démarche s'est progressivement étendu (services de santé communautaires, soins et services à domicile, organismes régionaux de santé, etc.), ce qui se traduit par un nouveau changement de dénomination en 1995 : le CCAES devient le CCASS – *Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé*.

Cet organisme privé sans but lucratif, indépendant des instances gouvernementales, a pour mission de "*promouvoir l'excellence de la qualité des soins de santé et l'utilisation efficace des ressources dont disposent les organismes de santé au Canada*"⁶⁴⁷. Son but est donc d'inciter les établissements à procurer des soins de haute qualité et non de les sanctionner. L'agrément concerne la dynamique de progression et d'amélioration de la qualité, et analyse la continuité dans ce domaine par le biais d'indicateurs se fondant sur les protocoles et les processus. L'édition de 1995 a, pour ce fait, été modifiée. Elle est passée d'une évaluation verticale axée sur une organisation des services à une évaluation transversale qui se base désormais sur la coordination des services : le processus est ainsi déroulé en relation avec l'organisation et l'intervention de chaque service. L'approche s'attache essentiellement à l'analyse de la dynamique organisationnelle globale des établissements vis-à-vis de la qualité des soins⁶⁴⁸ ; elle est centrée sur le "client", afin d'essayer de lui garantir sécurité, compétence, acceptabilité, efficacité, pertinence, efficience, accessibilité et continuité.

⁶⁴⁶ CCASS, "L'accréditation au Canada", transparents, conférence internationale Paris, 4 mars 1997

⁶⁴⁷ CCASS, "Normes à l'intention des établissements de soins de courte durée – Une approche centrée sur le client", Ottawa, 1995 ; "*The mission of the Canadian Council on Health Services accreditation (CCHSA) is to promote excellence in the provision of quality health care and the efficient use of resources in health care organizations throughout Canada*", in CANADIAN COUNCIL ON HEALTH SERVICES ACCREDITATION, 1998 Annual Report, 1999, p.2.

⁶⁴⁸ BREMOND, M., "L'agrément des services de santé au Canada : un exemple pour la France ?", ENSP, *La lettre d'image*, n° 9, Rennes, juin 1996, p. 1.

Ainsi, comme aux Etats-Unis, les normes mises au point au départ correspondaient davantage à une description des dispositions formelles que devaient respecter les structures de l'établissement. Elles privilégiaient une vision bureaucratique du découpage fonctionnel et de l'organisation du travail en milieu hospitalier. Etant peu flexibles, les établissements avaient tendance à chercher à se mettre en conformité sans se poser trop de question. "Centrées sur un certain type de *comment*, ces normes n'interrogeaient guère la dynamique des établissements à concevoir du *comment* en regard d'un *pourquoi* et d'un *pour qui*"⁶⁴⁹. Les évolutions de la démarche ont cherché à mettre en place un outil tourné vers la proaction, et non plus la réaction, et qui permette de comprendre les lacunes des processus.

Le CCASS a tenté en 1995 de mettre au point de nouvelles normes, qui donnent une vision beaucoup plus flexible et finalisée de l'organisation de l'établissement. Deux aspects ont été développés au cours de cette refonte :

- la prise en compte des attentes du patient et de ses proches,
- la nécessité d'une continuité des soins grâce à un travail multidisciplinaire.

Ces nouvelles normes, fondées sur les processus et les résultats, incorporent les principes de base de l'amélioration de la qualité et devraient permettre d'évaluer la capacité d'un établissement à promouvoir des formes d'organisation qui répondent aux besoins exprimés par les patients. L'échelle de conformité utilisée au cours de l'auto-évaluation et de la visite cherche à mesurer la qualité des processus en place et les résultats de la prestation des soins et des services (y compris services de soutien et activités administratives), afin de dégager les améliorations souhaitables⁶⁵⁰.

La nouvelle philosophie de la démarche est d'engendrer une amélioration continue de la qualité telle que définie par Berwick et Plsek : "Philosophie de gestion visant à répondre aux besoins des usagers et des clients et à anticiper leurs attentes, en limitant le plus possible les efforts à fournir, la reprise des travaux et les gaspillages, à l'aide d'un processus structuré et systématique d'identification et d'amélioration continue de tous les aspects des soins et services offerts"⁶⁵¹, ce qui suppose un engagement et un investissement de tous.

En 1997, le projet MIRE – Mesures Implantées pour le Renouveau de l'Evaluation⁶⁵² – est amorcé : il prévoit la modification du programme d'agrément de manière à mettre au premier plan l'amélioration de l'évaluation. Ce projet allie quatre objectifs principaux⁶⁵³ :

- fournir un processus d'évaluation plus uniforme et plus précis ;
- améliorer l'autonomie des établissements dans la gestion de la qualité ;
- servir de fondement aux analyses comparatives qui seront menées à travers le pays sur les résultats de l'agrément ainsi que sur la qualité des soins et services offerts ;
- faire la promotion de la prestation coordonnée des soins et services offerts au client à l'intérieur du système de santé.

⁶⁴⁹ Ibid., p. 2.

⁶⁵⁰ Par exemple, concernant la section "regroupement d'usagers", des indicateurs cliniques peuvent être pris en considération tels que les taux de réadmission, les taux de complication, etc. Ces critères doivent être utilisés avec prudence, car même si le processus est parfaitement orchestré et sans dysfonctionnement, cela ne signifie pas que les patients ne devront jamais être réadmis (aggravation d'une maladie, etc.), ces indicateurs cliniques ne doivent pas en fait dépasser un certain seuil à définir.

⁶⁵¹ BERWICK, D. M, PLSEK, P. E., "Program Two : The principles of total quality management", in *Managing Medical Quality : A Leader's Guide*, Woodbridgen N.J., Quality Visions Inc., 1992, p.12, traduit par THOMAS, J., Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé (à la demande de -), *L'Amélioration de la qualité et le programme d'agrément centré sur le client*, CCASS, Ottawa, p. 4.

⁶⁵² AIM Project en anglais (Achieving Improved Measurement).

⁶⁵³ DELANOË, N, "Les dernières orientations du programme canadien d'agrément", *Revue Hospitalière de France*, n° 3, mai-juin 1998, p. 366.

Là encore, l'orientation se fait vers la performance, puisque l'un des objectifs de ce projet est d'intégrer des indicateurs standardisés de performance dans le processus d'agrément afin qu'ils servent d'outils pour assister les établissements dans leur contrôle et amélioration de la qualité⁶⁵⁴.

En choisissant de s'auto-évaluer, les hôpitaux s'appuient sur un cadre d'analyse qui profile un fonctionnement collectif idéal, notamment en termes de continuum des soins et de maximisation de la satisfaction de l'utilisateur, par rapport aux références du moment et sur le regard d'un observateur externe. Au fil des ans, de plus en plus d'établissements entrent dans la démarche : trois cent cinquante hôpitaux environ agréés en 1960, mille quatre cent cinquante et un établissements en 1998. L'agrément donne l'occasion aux hôpitaux de faire le point sur la qualité de leurs prestations avec l'aide d'un observateur externe non tutélaire et permet d'identifier des moyens susceptibles de "mener à une amélioration continue de la qualité des soins et des services rendus par les établissements"⁶⁵⁵. Ce progrès est fortement axé sur un processus d'auto-évaluation régénéré régulièrement, dont les résultats permettront de dresser un bilan provisoire des actions conduites et des changements réalisés depuis la dernière fois, avant de proposer de nouvelles actions à mettre en œuvre.

1.1.3 L'expérience australienne

Dès 1960, l'Australie met en place le *Joint Committee on Hospital Accreditation*. Il est constitué de représentants de l'Australian Medical Association et de l'Australian Hospital Association.

L'*Australian Council on Healthcare Standards (ACHS)* lui succède en 1974. "*The Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) is an independent, not-for-profit organisation, dedicated to improving the quality of health care in Australia through continual review of performance, assessment and accreditation*"⁶⁵⁶. L'ACHS est donc une organisation à but non lucratif, indépendante, chargée d'améliorer la qualité des soins en Australie, par le biais d'une évaluation des performances et de l'accréditation. Elle gère l'attribution d'un "label de qualité" aux établissements publics et privés de soins dans tous les états d'Australie. Son objectif est de "*faciliter en coopération avec les professionnels de la santé, le développement et le maintien d'un niveau optimal des soins dans les hôpitaux et institutions de soins à travers toute l'Australie*"⁶⁵⁷.

Créé sur le modèle de la JCAHO, l'ACHS dirige initialement ses efforts vers l'évaluation des hôpitaux de court séjour, pour progressivement s'étendre à l'ensemble des organisations de soins.

Tout comme les démarches précédentes, le système australien a eu tendance au début à se limiter à l'évaluation des structures et des procédures de soins. L'absence d'évaluation des résultats médicaux était un des aspects du programme très largement critiqué. C'est dans ce sens que se développe en 1989 un programme d'évaluation clinique, le *Clinical Evaluation Programme (CEP)*. Après plusieurs années de discussion, l'ACHS obtient le support du comité des présidents des collèges médicaux en ce qui concerne le développement de mesures objectives

⁶⁵⁴ "to integrate standardized performance indicators into the accreditation process for use as tools to assist organizations in quality monitoring and improvement", CCHSA, the AIM Project.

⁶⁵⁵ CCASS, "Normes à l'intention des établissements de soins de courte durée – Une approche centrée sur le client", 1995.

⁶⁵⁶ Australian Council on Healthcare Standards, www.achs.org.au

⁶⁵⁷ COLLIN, J. N., *L'assurance de qualité dans l'activité hospitalière*, op. cit., p. 64.

des résultats des soins, sous la forme d'indicateurs cliniques, dont différents ensembles ont été introduits au sein de la procédure à partir de 1993⁶⁵⁸.

Le programme d'évaluation clinique a pour but d'évaluer les résultats quantitatifs et qualitatifs des soins prodigués, afin d'établir une base de données nationale des standards nationaux, dont le but est de permettre des comparaisons entre les établissements australiens. Ce recueil n'a concerné au départ que quelques disciplines (la gynécologie-obstétrique, la psychiatrie, l'anesthésiologie, la chirurgie) pour ensuite s'étendre dans un mode progressif. Pour chacune de ces disciplines, les indicateurs cliniques⁶⁵⁹ choisis doivent permettre une évaluation de type coût-efficacité au niveau des résultats des pratiques ou pathologies fréquentes, à haut risque ou très spécifiques, tout en étant reconnus par les prestataires de soins comme une mesure raisonnable de leur performance. Même s'ils ne peuvent être tous exacts, ces indicateurs servent de signaux d'alerte en cas de problème, mais la prudence est de mise car des définitions similaires, mais non exactement semblables, peuvent engendrer une certaine confusion pour les hôpitaux et les cliniciens. Ces standards concernent deux points principaux :

- La fonction de continuité des soins, basée sur la notion de processus des soins et services fournis aux patients depuis son entrée jusqu'à sa sortie.
- Les fonctions d'infrastructure, c'est-à-dire les éléments nécessaires pour soutenir une offre de soins de qualité (ressources humaines, management, système d'information, amélioration des performances, sécurité et environnement).

Grâce à cette évolution, l'ACHS est passé d'un processus d'étude structuré département par département à un processus beaucoup plus dynamique. Il a introduit les mesures de performance clinique avec succès au sein du processus d'accréditation. Celles-ci ont provoqué des changements positifs dans la pratique clinique et leur capacité à améliorer progressivement le résultat des soins a été démontré⁶⁶⁰. Un changement dans les mentalités a toutefois permis cette évolution car les établissements acceptent désormais d'envoyer les données des soins à une tierce personne, ce qui aurait été impensable auparavant.

Une étude menée par l'université de New South Wales à Sydney a mis en évidence un certain nombre d'améliorations, qui démontrent les impacts positifs de ce processus⁶⁶¹, tels qu'une nette amélioration de la communication entre les différents services et niveaux des établissements audités, une qualité des dossiers médicaux améliorée, une mise en évidence des gaspillages et une amélioration importante dans l'organisation des équipes médicales et même des structures mises en place pour inspecter les soins donnés aux patients. Ainsi, la qualité est devenue un des sujets prioritaires, très présent au sein des discussions et des débats. La majorité des hôpitaux australiens réalise désormais des audits médicaux et mettent en place des programmes d'assurance qualité. Les établissements ont développé un réel intérêt dans l'examen de leur performance, ils ont donc développé des structures formelles pour évaluer les soins holistiques fournis aux patients dans leur hôpital.

⁶⁵⁸ Les collèges médicaux sont fortement impliqués dans le choix des indicateurs, dont la mise au point dure environ quatre ans. Seize collèges (et associations) sont impliqués dans le programme et chaque collègue est assisté dans le développement par le CEP. En 1995, 150 ébauches d'indicateurs avaient été développées, couvrant ainsi 90 domaines des pratiques médicales.

⁶⁵⁹ Un indicateur clinique a été défini comme "une mesure de l'organisation médicale et du résultat des soins" ("*a measure of the clinical management and outcome of care*"), in COLLOPY, B.T., "Extending facility accreditation to the evaluation of care : the Australian experience", *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 10, 1995, p. 224.

⁶⁶⁰ COLLOPY, B.T., "Extending facility accreditation to the evaluation of care : the Australian experience", op. cit., p. 228.

⁶⁶¹ PICKERING, E., "Evaluating the benefits and limitations of an accreditation system", *World Hospitals and Health Services*, vol. 31, n° 1, 1995, pp. 32-33.

L'impact de l'accréditation est important et de plus en plus d'établissements la réclament en Australie.

1.1.4 L'expérience britannique

Le *King Edward's Hospital Fund for London*, créé en 1897, est une institution caritative indépendante qui a pour vocation initiale l'aide au développement des hôpitaux londoniens grâce aux dons dont elle fait l'objet. Devenu au fil des années plus important, le King's Fund crée en 1963 le *King's Fund for Healthcare Development* : il s'agit d'un organisme de recherche et de développement, dont la mission est de générer des idées et des initiatives et d'étudier la faisabilité de projets de santé publique. Une cellule de recherche sur l'évaluation des structures de santé est lancée dans le cadre de ce fonds. En 1987, le programme consiste en un recensement des différentes activités d'évaluation et d'assurance de qualité en vue de la constitution d'une banque de données. En 1988, le King's Fund organise une démarche auprès des différents responsables de services de santé, gestionnaires et représentants des associations professionnelles, sur le thème du développement de standards nationaux pour l'évaluation de l'organisation hospitalière. Le champ d'action de l'évaluation est axé sur les structures et les procédures de soins.

Tout ceci aboutit en 1989 à la création de l'*Organisational Audit Programme*. Ce projet est confié à une équipe pluridisciplinaire de médecins, infirmières et directeurs, qui doivent :

- mettre au point des standards nationaux pour les hôpitaux de court séjour en Grande-Bretagne,
- examiner les procédures à mettre en place par les établissements hospitaliers pour réaliser la conformité à ces standards,
- évaluer le degré d'acceptation d'un programme futur d'accréditation.

Le King's Fund occupe une place très particulière au sein des institutions de santé britanniques. Il est indépendant par rapport aux structures nationales impliquées dans l'évaluation et plus particulièrement du National Health Services (NHS). En revanche, il possède un vaste réseau de contacts au sein des établissements de santé et des collègues professionnels qui coordonnent, chacun dans leur discipline, les audits cliniques. Ainsi, il bénéficie d'un statut privilégié qui explique, en partie, le désir initial de développer une démarche d'évaluation volontairement distincte de l'accréditation telle qu'elle existe aux Etats-Unis, au Canada et en Australie. Ses missions, initialement caritatives en faveur des hôpitaux londoniens, se sont progressivement étendues et son rôle est désormais de "*stimuler les bonnes pratiques et l'innovation dans tous les domaines relatifs aux soins et de former à la gestion des institutions sanitaires et sociales*"⁶⁶². Cet organisme occupe donc une place importante depuis 1990 dans le développement d'audits d'organisation des établissements hospitaliers⁶⁶³.

Avant de mettre en place l'évaluation des structures hospitalières, appelée "audit organisationnel"⁶⁶⁴ ("*organisational audit*"⁶⁶⁵), les anglais ont commencé par l'étude des systèmes existants. Le système australien est apparu comme étant le plus proche des intentions et des principes d'action du King's Fund. L'évaluation des structures hospitalières se met en place

⁶⁶² STEPHAN, J. C., FOURCADE, A., "Evaluation et gestion de la qualité : l'accréditation à l'hôpital", Les cahiers de Gestions Hospitalières, n° 110, *Gestions Hospitalières*, n° 326, mai 1993, pp. 381-390.

⁶⁶³Ibid.

⁶⁶⁴ VIENS, G., "Evaluation hospitalière : l'exemple de la démarche du King's Fund", *Décision santé*, n° 34, déc. 1992, p. 37.

⁶⁶⁵ KING'S FUND CENTRE, *Organisational Audit (Accreditation UK) – Standards for Acute Hospital*, Quality Improvement Program, London, second edition, 1990, p. iv.

en 1991. Les missions d'audit visant l'évaluation structurelle des établissements se font à partir d'un questionnaire d'évaluation comprenant des standards de qualité optimaux jugés réalisables. Le refus d'un système d'accréditation qui peut aboutir à une sanction publique est un des principes de base de cette évaluation, qui doit selon le King's Fund rester la propriété de l'établissement qui a demandé cet audit.

*"The purpose of this manual is to provide a comprehensive set of organisational standards covering the major aspects of an acute general hospital. This will form the basis of a professional peer review (the survey) the aim of which is to support the staff of hospitals in the provision of high quality patient care."*⁶⁶⁶ L'objectif clairement affiché de la démarche et de son manuel s'inscrit dans une recherche de soins fournis aux patients de bonne qualité. Les standards établis doivent aider et soutenir les acteurs dans ce sens, par le biais d'une auto-évaluation et d'une évaluation par les pairs. Le caractère volontariste de la procédure permet aux établissements y prenant part de démontrer la capacité de leur organisation à fournir de tels soins.

Ce programme rencontre un réel succès, le développement des audits d'organisation du King's Fund a permis de créer un véritable réseau des hôpitaux audités, rassemblés autour du thème de la qualité. De plus, les acteurs ont noté une complémentarité entre les évaluations cliniques, réalisées par les professionnels et les Collèges Royaux, et les audits d'organisation, réalisés par le King's Fund.

Néanmoins, même si ce programme a été mis en place par le King's Fund comme un projet de développement afin de promouvoir les idées nouvelles, il n'a pas été perçu de la même façon par tous. Beaucoup d'établissements audités réclament en effet un véritable "certificat d'accréditation"⁶⁶⁷. Le King's Fund a donc accepté dans un premier temps de délivrer une attestation : celle-ci stipule que l'établissement a effectivement été soumis à une mission d'évaluation. Néanmoins, la pression émanant des établissements demeure forte : ceux-ci continuent de réclamer un "certificat d'accréditation"⁶⁶⁸. Les hôpitaux audités sont en fait très demandeurs d'une reconnaissance de type "accréditation", afin d'afficher et de mettre en avant ce label de qualité au sein d'un environnement britannique devenu plus concurrentiel. L'enjeu marketing dépasse de loin le seul souci d'amélioration de la qualité des soins. Cette forme d'attestation actant de la démarche dans l'établissement apparaît alors comme incomplète et intermédiaire entre une position de conseil ou d'audit. Mais la demande d'un certificat pose un réel problème d'orientation au King's Fund, car ce "label" supposerait la communication externe des résultats.

Suite à ce rappel historique de la démarche à l'étranger, nous noterons deux éléments :

- Le rôle des médecins, qui mérite d'être souligné car ce sont leurs associations professionnelles qui ont pris en charge de façon décisive l'amélioration de la qualité hospitalière.
- Le temps nécessaire à la conception et à l'intégration de cette démarche par les établissements de soins.

Force est de constater qu'il a fallu plusieurs décennies aux différents pays pour intégrer la démarche d'accréditation, démontrant par là-même la lente évolution des mentalités et l'adaptation nécessaire par un solide apprentissage culturel. En effet, afin d'être un outil de

⁶⁶⁶ Ibid., p. vi.

⁶⁶⁷ VIENS, G., "Evaluation hospitalière : l'exemplaire démarche du King's Fund", *Décision santé*, op. cit., p. 38.

⁶⁶⁸ Ibid.

progrès, la démarche doit être appropriée par les acteurs de l'hôpital et conditionner une dynamique qualité de fond.

Mais finalement, comment peut-on définir l'accréditation ?

1.2 DEFINITION(S) DE L'ACCREDITATION

Chaque pays a donné sa propre définition de l'accréditation. Notre propos n'est pas de lister ces définitions, mais d'en extraire les points communs pour déterminer notre propre définition de l'accréditation sur la base des systèmes étrangers.

L'accréditation regroupe plusieurs caractéristiques.

C'est une évaluation de l'organisation, du fonctionnement et des pratiques dans les établissements de santé, dont la méthode et les référentiels sont établis au plan national par un organisme accréditeur, normalement indépendant de l'établissement et de ses organismes de tutelle.

En tant que telle, cette démarche donne l'occasion aux établissements de se soumettre à un examen périodique de vérification de leur conformité par rapport à des standards de qualité établis par des professionnels, c'est-à-dire qu'il y a comparaison du fonctionnement sur une base continue par rapport à un ensemble d'objectifs, de critères et de normes définis.

Cette évaluation concerne la qualité puisque l'objectif clairement affiché est de permettre aux établissements de l'améliorer. L'accréditation donne donc l'occasion aux hôpitaux de faire le point sur la qualité de leurs prestations et d'identifier des moyens susceptibles de mener à une amélioration continue de la qualité des soins et des services rendus. Elle regarde à la fois la qualité des soins et celle des services offerts par les organismes de santé⁶⁶⁹, afin de faire ressortir les points forts de l'établissement (ce qu'il fait bien) et les points à améliorer (identifier des lacunes et proposer des solutions). Conduite de façon régulière et pertinente, c'est un moyen d'améliorer la performance de l'institution.

Il s'agit d'une démarche professionnelle. Elle se fonde sur une auto-évaluation en interne et un examen réalisé par les pairs. En choisissant de s'auto-évaluer, les hôpitaux s'appuient sur un cadre d'analyse qui profile un fonctionnement collectif idéal par rapport aux références du moment et sur le regard d'un observateur externe qui se veut complaisant. Elle a donc une visée éducative et non punitive.

La démarche est volontaire. Les établissements participent volontairement au programme d'accréditation.

Cette évaluation est systémique, c'est-à-dire qu'elle concerne l'organisation de soins dans son ensemble (services de soins, techniques, administratifs et logistiques). Elle cherche de plus en plus à s'inscrire selon le parcours du patient.

⁶⁶⁹ CCASS, "L'accréditation au Canada", transparents, conférence internationale Paris, 4 mars 1997.

De ces éléments, nous pouvons donner la définition suivante de l'accréditation :

L'accréditation est une démarche professionnelle par laquelle les établissements se soumettent de façon régulière à une évaluation de leur organisation, de leur fonctionnement et de leurs pratiques afin d'apprécier la qualité des prises en charge et d'en faciliter l'amélioration.

Cette évaluation est volontaire. Réalisée par les acteurs de l'établissement au cours d'une auto-évaluation et complétée par la visite d'un organisme indépendant, elle se fait au regard de référentiels définis par des professionnels dans une optique d'amélioration de la performance de l'établissement.

1.3 LE ROLE DU CONTEXTE : DES MOTIVATIONS SIMILAIRES A L'ORIGINE DE LA DEMARCHE DANS LES SYSTEMES DE SANTE ETRANGERS

Les pays anglo-saxons ont engagé très tôt la réflexion et l'analyse sur la qualité de leur système de santé. Cette évaluation avait au départ des objectifs essentiellement orientés vers l'amélioration du service rendu aux patients, mais elle a dû prendre en compte depuis un quart de siècle environ la dimension économique.

Les expériences étrangères étudiées nous ont enseigné le rôle du contexte sur la place et l'implication des différents acteurs dans les démarches et sur les différentes approches pratiques. Nous tenons à rappeler cependant que les traditions politiques et culturelles sont variées entre les différents pays étudiés. En effet, l'équilibre entre le gouvernement et les régions, les mécanismes de financement des soins et le poids des organisations professionnelles dans le système de santé revêtent une importance majeure relative à la promotion de démarches de qualité. Cet équilibre peut favoriser ou limiter le développement d'initiatives. Il reste cependant difficile de distinguer très clairement l'influence de ces différents facteurs sur la dynamique existant dans chacun des pays.

L'accréditation est l'un des mécanismes développés pour répondre initialement aux exigences de l'assurance qualité. Dans tous les pays étudiés, il existait déjà une dynamique dans le domaine de la qualité avant la mise en œuvre de la législation. Les initiatives ont été prises par les médecins, les sociétés savantes ou les ordres professionnels. La législation est juste venue les soutenir et les structurer en créant un cadre juridique approprié en termes d'objectifs, d'obligation d'introduire des systèmes de qualité, de création de systèmes de monitoring, sans cependant rentrer dans le détail de la mise en œuvre des démarches qualité.

Il faut souligner l'importance des facteurs culturels et contextuels ayant motivé le développement de la qualité et de son évaluation dans les structures de soins.

Contextuellement, deux aspects sont importants à souligner : l'excédent d'offres de soins que connaissent ces pays, ainsi que les problèmes de maîtrise des dépenses de santé, alors que le système de santé est complexe, divers et affiche un manque de cohésion globale. En outre, tous sont confrontés à des mutations rapides et permanentes de l'environnement auxquelles s'associe une demande croissante de qualité de la part de la population.

Du point de vue culturel, il faut souligner l'importance de l'écrit dans les mentalités anglo-saxonnes : la production de protocoles et de procédures est monnaie courante et les acteurs sont déjà habitués à consigner un certain nombre de données par écrit. Cette habitude est un des éléments fondamentaux à l'instauration d'une accréditation. De même, l'évaluation est une procédure plutôt courante dans ces pays et donc mieux acceptée car plus commune.

Par ailleurs, les motivations à l'origine de la mise en place du programme d'accréditation sont relativement similaires. En premier lieu, tous les systèmes de santé ont un objectif commun : ils veulent offrir des soins de la plus haute qualité possible, donc améliorer la qualité des soins offerts aux patients. Seulement, la situation bien souvent est telle que, dans la plupart des pays, les ressources sont limitées et les systèmes de santé ont alors tendance à s'assurer que les services sont bien fournis aux patients plutôt que de s'efforcer d'améliorer en permanence la qualité. La mise en place de l'accréditation les oblige ainsi à s'investir dans ce domaine et les rend donc responsables du maintien du bien-être de la population par la provision de services de santé de qualité, afin de garantir la satisfaction des patients.

Il faut également souligner l'insatisfaction de certains acteurs devant des dysfonctionnements du système de soins entravant la pratique professionnelle et l'anticipation du changement. L'accréditation marque alors une volonté de faire mieux dans une dynamique collective de promotion de la qualité à l'intérieur de l'établissement.

Par delà les facteurs de similitude sur le plan contextuel et culturel, il ressort de notre analyse des principes fondamentaux et un processus qui apparaissent comme la base et les facteurs du succès de la démarche dans les pays anglo-saxons.

1.4 LES FONDAMENTAUX DE LA DEMARCHE

L'accréditation est un processus auquel se soumettent volontairement les établissements pour se confronter à un ensemble de critères définis par une structure externe à l'établissement.

1.4.1 Les principes de la démarche d'accréditation

Les principaux systèmes d'accréditation des structures sanitaires à l'étranger présentent un certain nombre de principes similaires qui définissent la notion même d'accréditation. Nous nous contenterons de les citer.

- **Le volontariat ou principe de libre adhésion des établissements à la démarche :** Les établissements participent volontairement au programme d'accréditation. Leur non-engagement ne remet nullement en cause leur avenir⁶⁷⁰.
- **L'indépendance du processus et des structures accréditrices :** L'indépendance montrée par le processus et les structures accréditrices vis-à-vis des pouvoirs publics, tutelles et organismes financeurs est à la fois financière et politique, excepté aux Etats-Unis.
- **Le rôle joué par les professionnels :** L'initiative de ces programmes incombe non seulement à des associations de professionnels, mais elles sont toutes largement représentées au sein du conseil d'administration des structures accréditrices. De plus, la démarche s'appuie sur l'expertise des professionnels, pour l'élaboration des standards et la réalisation des visites d'accréditation au sein des établissements.

⁶⁷⁰ Aux Etats- Unis, ce principe est quelque peu remis en cause pour la participation aux programmes Medicare et Medicaid ainsi que pour l'obtention de certaines licences étatiques.

⁶⁷¹ Suivi des actions mises en place par l'établissement suite aux recommandations faites par l'organisme accréditeur.

- **L'accent mis sur l'auto-évaluation et "l'auto-évolution"** : La phase d'auto-évaluation est une phase clef du processus. Les acteurs de l'établissement sont en effet obligés de remettre en question leurs pratiques et l'organisation de l'ensemble afin d'établir quelles sont les forces et les faiblesses de leur fonctionnement. Cela leur permet de prendre conscience des erreurs et dysfonctionnements occasionnés et de trouver par eux-mêmes les solutions les plus appropriées et adaptables. L'enjeu n'est pas d'imposer tous les changements nécessaires, mais bien de laisser les acteurs et les services élaborer eux-mêmes leurs propres outils de réponse et plans d'amélioration.
- **L'accréditation devient un "label de qualité"** : Les institutions peuvent l'utiliser vis-à-vis de l'extérieur, en tant que critère de valorisation, et de l'intérieur, en tant que facteur stimulant l'amélioration de la qualité.
- **L'accréditation comme élément d'un processus plus global** : L'accréditation est une étape d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.
- **La récurrence** : L'accréditation se renouvelle à échéances fixées.

Outre les principes communs, la démarche suit une chronologie et une méthodologie similaires dans les différents pays.

1.4.2 La procédure d'accréditation

L'ensemble des systèmes d'accréditation propose des standards explicites face auxquels les hôpitaux engagés dans la démarche s'auto-évaluent avant de recevoir la visite structurée de pairs.

1.4.2.1 Un processus opérationnel identique dans tous les pays

La démarche est la même dans tous les pays. Elle se fait sur le mode de l'échange d'expériences entre professionnels par le biais d'une auto-évaluation suivie d'une évaluation externe qui porte sur une entité juridiquement repérable, l'organisation. Elle est fondée sur la motivation et la collaboration des équipes médicales et non médicales.

La démarche respecte toujours le même déroulement chronologique :

1. Elle débute par une **demande formelle** de l'établissement : le responsable de l'établissement postule pour une visite.
2. Les **questionnaires d'auto-évaluation** sont envoyés à l'établissement par l'organisme accréditeur.
3. L'établissement répond au questionnaire d'évaluation : c'est la **phase d'auto-évaluation de l'établissement**, au cours de laquelle il va former des groupes de travail en interne, chargés de déterminer les forces et les faiblesses de l'établissement et les actions d'améliorations à mettre en œuvre.
4. Les **informations** et les **résultats** de cette auto-évaluation sont ensuite **transmis à la structure accréditrice**.
5. Un **groupe d'experts** (visiteurs) est constitué afin de réaliser la visite, qu'ils vont préparer en se basant sur le rapport d'auto-évaluation reçu. La durée de l'enquête et l'agenda de la visite sont déterminés et communiqués à l'établissement.

6. La **visite** est réalisée sur le site : de nombreux entretiens viennent compléter une analyse documentaire, afin de vérifier les résultats de l'auto-évaluation et d'obtenir une vision de synthèse du fonctionnement de l'établissement et des actions à mettre en place.
7. Les informations recueillies sur le terrain sont analysées et consignées dans un **rapport**.
8. L'organisme décide alors d'**accréditer ou non** l'établissement et précise le niveau d'accréditation ainsi que le délai au terme duquel il devra de nouveau s'engager dans la démarche.
9. Le rapport écrit est envoyé à l'établissement qui organise le **suivi des recommandations** ainsi que le monitoring⁶⁷¹.

Les catégories d'accréditation varient selon les pays : elles indiquent le degré de conformité de l'hôpital aux standards définis.

Notons que l'auto-évaluation dure plusieurs mois tandis que la visite ne dure que quelques jours.

1.4.2.2 *Une composition pluridisciplinaire des équipes d'évaluation*

La démarche est professionnelle. Les équipes de visiteurs sont donc constituées de professionnels afin de favoriser un dialogue entre des personnes qui ont déjà été confrontées à des situations similaires et connaissent le secteur du fait d'une immersion préalable, voire encore active. La pluridisciplinarité des équipes d'évaluation est toujours respectée. Le "triumvirat" médecin, infirmier(e), gestionnaire est adopté dans l'ensemble des programmes comme équipe de base. Ainsi, l'expertise des enquêteurs est assurée ainsi que leur aptitude à juger les situations, les problèmes et les déficiences. Ce ne sont pas des "contrôleurs issus de la tutelle". La durée et le nombre des enquêteurs sont fonction de la taille de l'hôpital, le prix à payer est fonction du nombre de personnes, de jours d'enquête et de dépouillement.

1.4.2.3 *Des évolutions sans conteste similaires*

Tous les systèmes d'accréditation mis en place dans ces pays ont adopté une même démarche et des évolutions similaires.

▪ **L'évolution du champ d'action**

Le champ d'accréditation doit rester en constante évolution⁶⁷², pour éviter la mise en place de procédures compartimentées qui se ferait au détriment d'une vision globale des soins prodigués au patient. Au départ, cette démarche ne s'adressait qu'aux établissements de soins aigus. Face au succès remporté par ces programmes, le champ de l'accréditation s'est considérablement étendu. Il concerne désormais également les établissements assurant du moyen ou du long séjour, les institutions spécialisées et les services ambulatoires. Cela démontre la préoccupation croissante de la qualité et du changement dans tous les établissements.

⁶⁷² Seule la démarche britannique reste centrée sur l'hôpital. Néanmoins, cette démarche est la plus récente et nous avons vu précédemment qu'elle était un peu à la marge des démarches d'accréditation.

▪ **Les standards**

Les démarches d'accréditation s'inscrivent comme des programmes au service de l'amélioration de la qualité et intègrent donc trois éléments essentiels de ces systèmes : des standards prédéfinis, des méthodes de mesure et des mécanismes de changement. La validité des standards est un des critères de succès de ces démarches.

Les standards sont développés par les professionnels ou tout au moins issus par consensus du milieu professionnel. Leur objectif étant de s'assurer que les établissements de soins procurent des services de bonne qualité, ils contiennent désormais les composantes de la qualité des soins selon Donabedian⁶⁷³ - structures, procédures et résultats - et sont révisés périodiquement. Ces standards sont revus régulièrement à la lumière des expériences et des accréditations, ainsi qu'en fonction des changements survenus dans la législation, la technologie, l'environnement social, etc.

Ils sont toujours regroupés au sein d'un manuel de référence.

- *L'Accreditation Manual for Hospitals* aux Etats-Unis.
- *Le Guide aux Fins d'Agrément des Etablissements de Santé* au Canada.
- *The Accreditation Guide* en Australie.
- *Le Manual of Standards* en Angleterre.

Les standards développés dans ces manuels ont tous suivi une évolution similaire dans les différents pays.

D'abord minimaux, ils ont été remplacés par des normes et standards optimaux.

Ensuite, les standards mis en place au départ ne concernaient que les structures, les ressources et les procédures. Ainsi, une simple analyse de conformité était réalisée. Néanmoins, l'équation simpliste "*structures conformes = soins de bonne qualité*"⁶⁷⁴ a été contestée et ce type d'évaluation est apparu insuffisant. C'est dans cette optique que les différents pays intègrent désormais dans leur programme (ou essaient de le faire) des standards de résultats qui prennent la forme d'indicateurs cliniques, permettant des comparaisons de résultats dans certaines disciplines.

⁶⁷³ DONABEDIAN, A., "Evaluating the Quality of Medical Care", *Health and Society*, Milbank Memorial Fund, 1966, p. 166-206.

⁶⁷⁴ CHAMBAUD, L., "Les mécanismes d'accréditation hospitalière dans les systèmes de santé étrangers", *Gestions Hospitalières*, n° 332, janvier 1994, p. 45.

Figure 10 : Les contenus de l'accréditation⁶⁷⁵

Les composantes de la qualité	STRUCTURE	PROCESSUS	RÉSULTATS
	<ul style="list-style-type: none"> • structure physique • équipement • effectifs • budget • etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • diagnostic • traitement • continuité • etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • changements du niveau de soins • satisfaction des patients • etc.
L'accréditation à ses débuts			
Les nouvelles orientations de l'accréditation			

L'évolution et l'adaptation des standards sont un point-clef du processus, car ces standards doivent provoquer des questions pertinentes et mobiliser les groupes d'acteurs. Ainsi, la plupart des systèmes d'accréditation ont débuté par une démarche axée sur la structure et l'organisation de l'hôpital, mais ont dû plus ou moins tard considérer les éléments suivants⁶⁷⁶ :

- les processus et les résultats,
- la satisfaction des patients,
- des indicateurs de performance.

Aujourd'hui, tous les systèmes anglo-saxons utilisent des normes optimales et adhèrent aux principes de l'amélioration continue de la qualité : l'évaluation est centrée sur la qualité des soins donnés au patient, mesurée entre autres par des indicateurs cliniques et la satisfaction des patients.

L'évolution des manuels étrangers s'est donc faite d'une évaluation de type structurel vers une évaluation transversale fonctionnelle.

▪ **Une évaluation centrée sur le malade**

Tous les systèmes tendent désormais à évoluer de manière à centrer l'approche autour du patient, considéré dès lors comme un "client". C'est une refonte de la philosophie d'accréditation : l'utilité de la démarche doit pouvoir se démontrer en gains de santé, de qualité de vie et de satisfaction pour le malade. La tendance est donc actuellement à l'élaboration de standards

⁶⁷⁵ Inspiré de SHIN, Y. S., "Hospital Accreditation – A Universal Perspective", *World Hospitals*, vol. 31, n° 1, 1995, p. 26.

⁶⁷⁶ SHAW, C., "Hospital accreditation in Europe", *World Hospitals and Health Services*, vol. 34, n° 1, 1998, pp.18-19.

établis selon la trajectoire du patient⁶⁷⁷ et l'évaluation prend désormais en compte le point de vue du malade, notamment au travers des enquêtes de satisfaction des patients.

Comme nous venons de le voir, les démarches sont bâties sur un processus et une méthodologie semblables et ont évolué de manière convergente. Le processus est dynamique, c'est-à-dire structuré de manière à s'adapter aux changements de l'environnement et surveillé dans son adéquation par rapport aux besoins.

On constate un fort engouement des établissements et des professionnels pour la démarche d'accréditation dans les différents pays étudiés. D'ailleurs, le nombre d'établissements entrant dans la procédure croît régulièrement. Le fait d'être accrédité procure un certain nombre de bénéfices qui motive les hôpitaux à rechercher cette accréditation : outre l'amélioration de la qualité des soins aux patients, l'accréditation renforce la confiance de la communauté, oblige une formation constante du personnel, peut faciliter l'accès à une couverture pour responsabilité auprès des assurances, sans compter les différents avantages locaux et nationaux. L'obtention de l'accréditation conditionnant la crédibilité des hôpitaux, il est constaté un net développement des programmes d'assurance qualité et d'amélioration de la qualité dans les établissements de soins. Mais l'accréditation ne représente pas un remède universel capable de guérir tous les maux de l'hôpital. Cette démarche ne permet pas de répondre à toutes les questions concernant la qualité des soins apportés aux patients. En ce sens, nous rejoignons notre propos précédent : elle n'est qu'un élément d'un processus plus global.

Signalons que des différences, qui se justifient par les variations de culture dans les différents pays, subsistent dans les modalités opérationnelles. Elles concernent :

- **La composition du groupe accrédateur** : même s'il y a un consensus sur la pluridisciplinarité et les professions représentées dans l'équipe experte, il existe un certain clivage entre l'expérience américaine et les autres concernant le professionnalisme des enquêteurs. En effet, les Etats-Unis forment des professionnels afin de mener la visite, un corps d'inspecteurs salariés de la JCAHO à temps plein, tandis que les autres pays s'orientent davantage vers une évaluation par les pairs ("peer review"). Les visiteurs sont des professionnels toujours en activité qui jouent un rôle de révélateur au cours de la visite. La première approche renforce l'orientation du processus vers le contrôle du respect des normes de par son aspect "inspecteur professionnel" de la qualité des soins, alors que la seconde favorise une évaluation dynamique et formatrice⁶⁷⁸.
- **La liste des critères étudiés** : les différents critères sont mis au point indépendamment dans chaque pays par consensus des professionnels et s'adaptent aux spécificités de chaque système.
- **Les modalités de codage des points étudiés** : aux Etats-Unis, comme au Canada, il s'agit d'une échelle tandis qu'en Angleterre et en Australie, les réponses apportées au questionnaire sont de type binaire (oui/non), avec un procédé de compilation des différentes réponses par section.
- **La durée de l'accréditation** : le Canada et les Etats-Unis délivrent une accréditation de trois ans maximum, tandis que même si rare, elle peut aller jusqu'à cinq ans en Australie. Le

⁶⁷⁷ Ibid., p.17.

⁶⁷⁸ CHAMBAUD, L., "Les mécanismes d'accréditation hospitalière dans les systèmes de santé étrangers", op. cit., p. 45.

cas britannique est encore plus particulier dans la mesure où il n'y a pas de "certificat d'accréditation"⁶⁷⁹ : aucune limite temporelle n'est donc fixée.

- **La question de la publication des résultats varie selon les pays** : la JCAHO fournit une information sur demande aux usagers, tandis que les résultats du processus restent la propriété de l'établissement en Grande-Bretagne.

2 L'AUTO-EVALUATION : UNE ETAPE FONDAMENTALE DANS LES EXPERIENCES ETRANGERES

Tous les systèmes que nous venons de décrire ont défini des standards explicites concernant l'hôpital et son organisation au travers desquels les établissements prenant part à la démarche s'auto-évaluent avant d'être visités par des pairs.

La phase d'auto-évaluation est une étape essentielle de la procédure, afin d'associer l'ensemble des personnels de l'établissement à la recherche d'amélioration continue de la qualité menée en interne. Ainsi, la démarche d'accréditation prévoit la mobilisation et la participation des acteurs, en privilégiant une approche multidisciplinaire. Cette phase dure plusieurs mois, elle a pour objectif de regrouper les acteurs de tous métiers à l'hôpital afin de les faire réfléchir sur la conformité, l'adéquation et la pertinence de ce qui existe et se pratique en interne face à un ensemble de standards exprimant des objectifs à atteindre. L'idée est d'inscrire les personnels dans une recherche permanente de la performance, donc de leur faire prendre conscience de ce qui ne fonctionne pas correctement et qu'ils pourraient modifier, mais aussi de les réinscrire dans un rôle de révéléateurs des points forts et des points faibles et donc dans une position de décideurs, car il paraît évident qu'ils sont les mieux placés pour réaliser une évaluation à l'hôpital, étant confrontés quotidiennement aux dysfonctionnements.

2.1 LES DISCOURS RELATIFS A L'AUTO-EVALUATION ET AU CHANGEMENT DANS LES DEMARCHES ETRANGERES

Certains systèmes étrangers, notamment l'Australie et le Canada, insistent sur le caractère pédagogique de l'accréditation et sur la place essentielle de l'auto-évaluation et de la préparation des visites. Le but poursuivi est bien d'établir un système permanent d'évaluation et de recherche d'amélioration, afin d'instaurer au sein des établissements une culture qualité, ce qui ne peut se faire sans l'implication volontaire de l'ensemble des professionnels de soins⁶⁸⁰. Cette approche cherche donc à réunir dans un même but une grande diversité de professionnels.

Le programme d'agrément canadien est celui qui développe le plus d'éléments sur cette phase d'évaluation par les acteurs. L'agrément s'inscrit dans le cadre d'une démarche d'auto-évaluation assistée par le regard de tiers⁶⁸¹. Il repose sur l'idée que l'auto-évaluation va permettre aux

⁶⁷⁹ VIENS, G., "Evaluation hospitalière : l'exemplaire démarche du King's Fund", op. cit., p. 38.

⁶⁸⁰ BRUNEAU, C., LACHENAY-LLANAS, C., MOUNIC, V., PAZART, L., MATILLON, Y., "La procédure d'accréditation", *Technologie et Santé*, numéro spécial, n° 32, décembre 1997, pp. 77-78.

⁶⁸¹ Le CCASS décrit d'ailleurs l'agrément comme un programme volontaire fondé sur l'auto-évaluation et l'examen par des pairs, in CONSEIL CANADIEN D'AGREMENT DES SERVICES DE SANTE, "L'accréditation au Canada", transparents, conférence internationale de Paris, 4 mars 1997.

établissements de soins d'évaluer leur qualité de façon continue et donc de se doter des instruments nécessaires à l'amélioration continue de la qualité et au suivi des résultats et des améliorations, devenant la responsabilité des organisations elles-mêmes.

Selon le CCASS, l'évaluation sert à contrôler, à planifier et à améliorer⁶⁸². C'est dans cette optique d'amélioration, donc de changement, que s'inscrit l'auto-évaluation. Cette évaluation est réalisée par les prestataires de soins et de services, qui confrontent leurs pratiques et leur organisation à un référentiel établi par consensus, afin d'apprécier la conformité à des normes, des objectifs ou des indicateurs de performance. Elle se base sur une analyse exhaustive du déroulement des processus au sein de l'établissement et s'inscrit dans une perspective à court et moyen terme. L'établissement examine au cours de ce processus différents éléments, dont les soins prodigués aux patients, la prestation de services, les pratiques ayant trait à la gestion de l'information et à la gestion des ressources humaines, l'administration de l'organisme et la gestion de l'environnement. Bien entendu, les résultats de l'auto-évaluation sont confirmés, voire complétés, au cours d'une visite réalisée à intervalles donnés sur le site par des pairs. Cette méthodologie permet d'évaluer la qualité des processus existants ainsi que le stade auquel l'établissement se situe quant à la mise en œuvre de sa méthode d'amélioration de la qualité⁶⁸³.

Au cours de l'auto-évaluation, les acteurs vont rechercher la cohérence de l'organisation avec des objectifs écrits et explicites, et mettre en évidence les différences entre les services attendus, conçus et rendus⁶⁸⁴. L'auto-évaluation repose sur un travail d'équipe, l'idée étant d'encourager les débats et les discussions entourant les possibilités d'améliorer la qualité : "*les équipes et le travail d'équipe sont essentiels si l'on veut améliorer la qualité de façon continue*"⁶⁸⁵. Dès lors, ce n'est plus seulement l'encadrement qui est sollicité mais également le "personnel de première ligne", sur la base de rencontres de groupes pluridisciplinaires. La lumière est mise au cours de cette évaluation sur l'interdépendance des acteurs et l'activité des professionnels cherche à être orientée vers le meilleur service qui soit en mesure d'être obtenu⁶⁸⁶.

Le CCASS précise donc que la valeur de l'accréditation repose sur l'auto-évaluation réalisée en interne, ainsi que dans le processus d'évaluation par les pairs au cours de la visite. "*The principle of self-assessment is the fundamental basis of accreditation. It serves as the mechanism by which an organization can assess its own performance, on an ongoing basis, against a set of nationally developed standard.*"⁶⁸⁷. L'agrément canadien repose ainsi sur la phase d'auto-évaluation au cours de laquelle l'établissement évalue sa performance et se rend compte par lui-même des problèmes existants en termes de fonctionnement et d'organisation. L'objectif mis en avant par le CCASS est d'aider les organismes de services de santé à "donner toute leur mesure"⁶⁸⁸, en termes de soins et de qualité, des services prodigués aux clients. Pour ce faire, le CCASS présente le processus d'agrément comme "*l'un des outils d'évaluation les plus efficaces que peut utiliser un*

⁶⁸² Ibid.

⁶⁸³ THOMAS, B.Sc.N., J., CONSEIL CANADIEN D'AGREMENT DES SERVICES DE SANTE (à la demande de), *L'amélioration de la qualité et le programme d'agrément centré sur le client*, Ottawa, 1995, p. 38.

⁶⁸⁴ CAUSSE, D., "Modalités concrètes d'une visite d'accréditation du Conseil Canadien d'Agrément des Etablissements de Santé. Compte-rendu d'une expérience d'observateur invité au CH de Hull (Québec)", Journée de Formation EFE, 28 juin 1996, non paginé.

⁶⁸⁵ THOMAS, B.Sc.N., J., CONSEIL CANADIEN D'AGREMENT DES SERVICES DE SANTE (à la demande de), op. cit., p. 72.

⁶⁸⁶ DELANOË, N, "Les dernières orientations du programme canadien d'agrément", op. cit., p. 364.

⁶⁸⁷ "Le principe d'auto-évaluation constitue la base fondamentale de l'accréditation. C'est le mécanisme par lequel une organisation peut évaluer sa propre performance, sur une base continue, en se confrontant à un ensemble d'indicateurs développés sur le plan national", in CANADIAN COUNCIL ON HEALTH SERVICES ACCREDITATION, "Accreditation overview", <http://www.cchsa.ca>

⁶⁸⁸ CONSEIL CANADIEN D'AGREMENT DES SERVICES DE SANTE, "Qui sommes-nous ?", <http://www.cchsa.ca>

organisme pour bien évaluer son rendement", notamment par le biais de l'auto-évaluation et des conseils fournis par les pairs qui apparaissent comme une source de renseignements et de commentaires "précieux" sur leurs secteurs d'activités⁶⁸⁹.

Les organismes qui demandent l'agrément cherchent à s'améliorer, ce qui sous-tend "à la fois une confiance et l'adoption d'une vision de la part de la direction et du personnel, et aide souvent à créer des liens entre l'organisme et ses clientèles"⁶⁹⁰, estime le CCASS. La phase d'auto-évaluation apparaît alors comme l'occasion d'élaborer un plan précisant les défis actuels de l'organisme et ses buts pour l'avenir. Il constitue un cadre de travail axé sur le changement en termes d'amélioration continue de la qualité et de l'efficacité des soins et des services.

L'amélioration continue de la qualité mise en place par le biais de l'agrément canadien a permis de réduire la place faite au contrôle dans le domaine de la qualité pour lui substituer "un mode itératif d'auto-évaluation"⁶⁹¹ qui implique l'ensemble des acteurs de l'établissement. Il a pour objectif d'inciter les personnels à répondre aux attentes de l'utilisateur, en inscrivant ces dernières au centre du dispositif. Afin de renforcer cette dynamique, le CCASS a développé le projet MIRE dont une des orientations clés est de "construire un instrument qui confère aux établissements une plus large autonomie"⁶⁹². Les objectifs de décloisonnement et de responsabilisation des acteurs en sont favorisés.

Au Canada, le caractère participatif du dispositif est unanimement apprécié. Le CCASS, qui se base sur le principe selon lequel la meilleure garantie d'une prise en charge de qualité réside dans "l'adhésion responsable des acteurs"⁶⁹³, insiste donc sur la phase d'auto-évaluation dans le processus d'agrément.

En Australie, l'auto-évaluation est également un facteur clé du processus. L'ACHS a cherché à développer un système d'évaluation en interne qui permette d'améliorer de manière continue la qualité et la performance des établissements de soins. Les principes étayant les standards développés comprennent entre autres un engagement fort vis-à-vis de l'amélioration de la qualité et une culture encourageant la meilleure des pratiques. Il résulte de l'auto-évaluation des impacts jugés positifs : une étude menée par l'Université de New South Wales à Sydney⁶⁹⁴ a démontré la grande amélioration de communication entre les services et entre les différents niveaux de l'organisation. De plus, elle a mis en évidence l'impact sur la qualité, qui est devenue pour la première fois un sujet prioritaire, de discussion et de débats entre les membres de l'équipe. Elle a également montré la hausse de motivation des professionnels suite à l'initiation du projet d'accréditation. Enfin, cette étude a confirmé l'intérêt développé par les établissements dans le procédé d'auto-évaluation, car il offre la possibilité de mesurer sa propre performance et d'installer des structures permettant d'évaluer la qualité et le niveau des soins procurés aux patients par l'établissement.

⁶⁸⁹ Ibid.

⁶⁹⁰ CONSEIL CANADIEN D'AGREMENT DES SERVICES DE SANTE, "La valeur de l'agrément", <http://www.cchsa.ca>

⁶⁹¹ DELANOË, N, "Les dernières orientations du programme canadien d'agrément", op. cit., p. 364.

⁶⁹² Ibid., p. 362.

⁶⁹³ Ibid., p. 364.

⁶⁹⁴ Résultats de l'étude exploités dans PICKERING, E., "Evaluation the Benefits and Limitations of an Accreditation System", op. cit.

Pour le King's Fund, l'auto-évaluation est l'occasion pour les équipes d'évaluer leurs propres progrès au travers des réponses aux indicateurs contenus dans le manuel. Les documents d'auto-évaluation offrent ainsi l'opportunité à chaque établissement participant de donner un retour sur sa propre amélioration⁶⁹⁵. L'hôpital doit indiquer s'il satisfait à chaque critère et, dans le cas contraire, il doit préciser les raisons de cette non-conformité dans une colonne réservée à cet usage.

Le but de l'accréditation étant d'améliorer les services rendus au patient et non simplement de les mesurer, le King's Fund encourage de ce fait l'auto-évaluation en interne⁶⁹⁶. "*The earliest and greatest influence is the internal self-assessment of compliance with the accreditation standards*"⁶⁹⁷ : l'auto-évaluation est considérée comme un moment au cours duquel l'organisation reconnaît ses faiblesses aussi bien que ses forces. Il est en effet reconnu que les équipes connaissent bien souvent les points faibles, notamment en ce qui concerne les problèmes de communication et d'organisation entre les départements⁶⁹⁸. L'auto-évaluation s'avère donc être un moment clé de la démarche, d'autant plus que cette dernière ne donne lieu à aucun certificat. Le moteur des établissements y participant est bien l'amélioration continue de la qualité et l'implication des acteurs dans cette recherche de progrès par le biais d'une auto-évaluation favorisant une prise de conscience des forces, mais aussi des faiblesses et problèmes de l'organisation.

Enfin, aux Etats-Unis, la JCAHO précise clairement le rôle du manuel qui s'inscrit comme un guide d'auto-évaluation avant d'être un outil au service des visiteurs pour leur visite sur le site. La phase d'auto-évaluation y est longue et s'inscrit comme un moment d'appropriation des résultats de l'évaluation par les acteurs, devant générer du changement.

Le fait que les publications relatives à l'auto-évaluation soient faibles dans l'expérience américaine peut s'expliquer selon nous par le côté plus normatif de la démarche que dans les autres pays.

2.2 L'AUTO-EVALUATION : VECTEUR DE CHANGEMENT ET D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE

L'ensemble des démarches anglo-saxonnes insiste sur le rôle essentiel de l'auto-évaluation au cours du processus. En effet, la démarche d'accréditation s'oriente dans une optique d'amélioration continue de la qualité. Elle requiert donc la participation de tous les intervenants, afin de rechercher la manière de faire progresser l'état des choses et de changer l'hôpital.

L'auto-évaluation apparaît comme la phase la plus fructueuse dans cette recherche de qualité et de changement, mais elle demande un engagement et un investissement considérables à la fois en temps, en énergie et en travail⁶⁹⁹. Cette phase permet aux acteurs de prendre conscience par

⁶⁹⁵ "Their purpose is to provide each of the participating hospitals with an opportunity to give feedback on their progress towards meeting the standards", in KING'S FUND CENTER, *Organisational Audit (Accreditation UK) – Standards for an acute hospital*, Londres, 1990, p. viii.

⁶⁹⁶ SHAW, D., C., "La méthodologie d'accréditation en Grande-Bretagne", *Technologie et Santé*, numéro spécial, n° 32, décembre 1997, p. 83.

⁶⁹⁷ "L'influence la plus grande réside dans l'auto-évaluation interne de conformité avec les standards d'accréditation.", in *Ibid.*

⁶⁹⁸ *Ibid.*

⁶⁹⁹ THOMAS, J., Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé (à la demande de -), *L'Amélioration de la qualité et le programme d'agrément centré sur le client*, CCASS, Ottawa, p. 6.

eux-mêmes des changements nécessaires et donc de s'approprier les décisions en discutant les différentes possibilités d'amélioration. La participation de toutes les personnes engagées dans le processus devient un facteur clé de réussite de cet exercice, car elle permet de s'assurer que les acteurs de l'établissement comprennent bien ce qui doit faire l'objet d'une amélioration. L'auto-évaluation s'inscrit dans l'idée que "*la recherche de la qualité est une philosophie globale qui touche et pénètre toutes les facettes d'un organisme*"⁷⁰⁰ et s'appuie sur un travail d'équipe, permettant de faire travailler tous les acteurs ensemble vers un même but. Elle cherche à favoriser de ce fait la communication et la coordination entre les personnels œuvrant dans un même processus.

L'auto-évaluation marque l'aboutissement de l'évaluation des pratiques et de l'organisation par les acteurs, en vue de faire progresser le processus de prise en charge et l'organisation, mais elle n'est concluante que si elle se poursuit dans le cadre de plans d'actions de changement.

Cette phase peut sembler longue (plusieurs mois, voire parfois près d'un an), mais les organismes accréditeurs estiment souvent qu'elle correspond au temps nécessaire pour permettre aux équipes de s'approprier la méthodologie et de la vivre non comme une inspection mais bien comme une étape d'un processus d'amélioration continue de la qualité⁷⁰¹. Ce délai doit offrir la possibilité aux personnels de s'imprégner des trois points essentiels :

- la raison d'être (où voulez-vous en venir ?, que voulez-vous faire ?),
- l'organisation mise en œuvre à cette fin (comment vous organisez-vous pour le faire ?),
- l'auto-évaluation en elle-même (comment vérifiez-vous que vous faites bien ce que vous voulez faire ?).

Néanmoins, même si cette pratique est considérée comme positive, il n'en reste pas moins qu'elle impose aux personnels une "charge de travail importante", et qu'elle ne tient pas toujours compte de "la difficulté de faire collaborer les nombreux groupes de travail générés au cours de la démarche". Enfin, cette méthode ne met pas à l'abri des erreurs⁷⁰².

Pour faciliter la réalisation de l'auto-évaluation, les diverses expériences étrangères ont mis en évidence :

- l'intérêt de la formation d'un comité ou groupe chargé de superviser le processus,
- l'importance de la bonne compréhension des définitions et standards par les groupes d'auto-évaluation,
- l'aspect essentiel d'une interprétation similaire des échelles de cotation par les acteurs et les groupes d'auto-évaluation.

Cette forme participative d'évaluation se situe dans une notion de responsabilisation, ce que R. P. Crosby a défini comme "*un virage fondamental à partir duquel les travailleurs ne sont plus perçus comme des employés qu'il faut pousser à travailler, mais comme des personnes qui veulent réaliser un excellent travail et contribuer au bien-être de leur établissement*"⁷⁰³. Il s'agit d'utiliser le potentiel des ressources humaines présentes dans l'établissement afin de déterminer les axes d'amélioration à mettre en œuvre dans la structure en question. L'auto-évaluation

⁷⁰⁰ Ibid., p. 4.

⁷⁰¹ ROZIERES, J.-L., "Le modèle canadien, le point de vue médical", *Soins psychiatrie*, n° 201, mars/avril 1999, p. 10.

⁷⁰² BARATTA, N., "Quels enseignements la France peut-elle tirer de l'exemple québécois", *Décision Santé*, n° 123, janvier 1998, p. 25.

⁷⁰³ CROSBY, R. P., "Employee Involvement : why its fails, what it takes to succeed", *Personnel Administrator*, février 1988, p. 95, (trad. libre), in THOMAS, B.Sc.N., J., Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé (à la demande de), op. cit., p. 51.

s'inscrit donc dans un principe selon lequel le personnel acquiert un pouvoir d'influencer les choix dans son domaine d'activités, grâce à sa participation dans le processus décisionnel et a de fortes chances en retour d'être davantage concerné par les réponses apportées aux besoins des patients. L'auto-évaluation confère une autonomie aux établissements : elle alimente la visite d'accréditation, mais fournit également un cadre pour mettre en place une démarche d'amélioration continue de la qualité, tout en laissant les acteurs se rendre compte par eux-mêmes de l'intérêt du changement. L'idée est de permettre aux acteurs de prendre conscience des progrès à réaliser en interne et d'appréhender les dimensions de l'amélioration continue de la qualité à l'échelle de l'établissement.

Dans les démarches d'accréditation étrangères, l'auto-évaluation est donc définie comme un levier vers une démarche de progrès, sur la base d'une auto-critique des acteurs concernés. Elle se base sur une recherche du consensus entre les personnels et cherche par la même occasion à les inscrire dans une posture plus proactive.

3 CONCLUSION CONCERNANT LES DEMARCHES ETRANGERES

De ces expériences, il faut retenir le fait selon lequel l'accréditation est une démarche professionnelle par laquelle les établissements se soumettent à un examen périodique de vérification de leur conformité à un certain nombre de standards de qualité préétablis (structure, procédure et résultats). Cette vérification est réalisée par les acteurs de l'établissement puis par un organisme extérieur indépendant et reconnu. Elle couvre l'ensemble de l'établissement, et concerne aussi bien les services de soins que ceux techniques, administratifs ou logistiques, permettant ainsi de porter une appréciation sur la qualité des services fournis.

Ce système se veut éducatif par nature et non punitif. Par le biais de la phase d'auto-évaluation et donc d'implication des personnels, il cherche à changer les établissements de soins, c'est-à-dire à les recentrer sur le service délivré au patient, considéré dès lors comme un "client", à décloisonner l'hôpital, à objectiver la qualité et donc à en déclencher une dynamique. Pour être efficace, cette démarche ne doit pas être une évaluation ponctuelle, mais bien un processus continu appliqué aussi bien aux services cliniques qu'administratifs et techniques dans une perspective transversale, tout ceci dans l'objectif de satisfaire au mieux les attentes des patients. L'auto-évaluation constitue un moment essentiel favorisant l'appropriation des décisions.

Afin de s'inscrire dans une méthode d'amélioration continue de la qualité, l'auto-évaluation :

- est ciblée sur les attentes des patients,
- est menée sous la responsabilité des professionnels (médicaux, soignants, gestionnaires),
- cherche à réduire les dysfonctionnements et variations de processus à l'aide d'outils scientifiques (standards, référentiels, évaluation),
- est fondée sur les faits,
- privilégie une approche systémique.

L'idée est de se concentrer sur le résultat et non pas un formalisme excessif. Dès lors, les établissements sont invités à rendre visible la non qualité, à optimiser le processus de soins, à améliorer les résultats, donc à changer en faisant de la satisfaction des patients un outil de management.

Il ne s'agit pas de détourner cet outil de sa finalité - l'amélioration de la qualité des soins - en un instrument de contrôle de la légitimité et de l'opportunité des soins et autres activités sanitaires. La conformité aux normes ne doit pas devenir l'objectif en lui-même, mais un tremplin pour développer des actions d'amélioration de la qualité, cet outil permettant d'amorcer une réflexion sur le thème de l'organisation du travail à l'hôpital et des processus de prise en charge, en introduisant une multitude d'interrogations rarement traitées jusqu'à maintenant (gaspillage, moyens d'assurer la continuité des soins, etc.). Dans tous les cas, l'accréditation, telle que définie dans les manuels étrangers, incite les établissements à s'engager dans une démarche de changement et d'amélioration de la qualité, même si cet outil performant reste modeste.

Comme nous l'avons vu, la démarche cherche à être dynamique afin de rester adaptée aux modifications et évolutions de l'environnement et du secteur sanitaire. En effet, les expériences étrangères montrent que la plupart des programmes d'accréditation, "simples" au départ, s'étendent et se développent par la suite. Les démarches actuellement en place sont le fruit d'une longue maturation.

Dans chaque hôpital, l'accréditation et sa phase d'auto-évaluation se trouvent néanmoins confrontées à différents aspects contextuels qui vont influencer leur acceptation et leur réussite au sein de l'établissement : on trouve une dimension culturelle, structurelle, stratégique et technique. La culture suppose une capacité de l'ensemble des acteurs de l'hôpital à s'engager pour atteindre un objectif commun, ce qui demande communication, flexibilité, travail d'équipe et information mais également une capacité à accepter les remises en question et la critique. L'aspect structurel est associé aux capacités de l'organisation à mettre en place les modifications et/ou les changements permettant d'améliorer la qualité délivrée aux patients. Au niveau stratégique, les améliorations détectées doivent être intégrées dans le plan stratégique afin d'être effectivement mises en œuvre. Enfin, l'aspect technique recouvre l'ensemble des compétences du personnel, ses capacités à reconnaître les améliorations souhaitables, son expérience ou le mode de recueil disponible des données. Tous ces éléments, rapidement énumérés, constituent un ensemble de difficultés observables, c'est-à-dire de facteurs susceptibles d'engendrer des problèmes pour la mise en place de cette démarche d'amélioration continue de la qualité.

Les démarches étrangères s'appuient sur les ordres professionnels pour mettre en œuvre les politiques d'amélioration continue de la qualité ou pour vérifier un certain nombre d'éléments en préalable de la procédure d'accréditation. Une des grandes faiblesses du système français repose sur l'absence ou l'insuffisance de ces ordres : ils n'ont pas été les initiateurs de la démarche, ni les relais dans le domaine médical. Ainsi, seule une obligation réglementaire a permis son introduction en France.

Section 2

L'auto-évaluation et l'accréditation à la française

*Le courage, le vrai, ça n'est pas d'attendre
avec calme l'événement; c'est de courir au devant,
pour le connaître le plus tôt possible, et l'accepter.*

MARTIN DU GARD, les Thibault, III, 1.

1 L'ACCREDITATION A LA FRANÇAISE : LES ORIGINES DU CONCEPT

Introduite en France par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière et précisée par le décret n° 97-311 du 7 avril 1997, la procédure d'accréditation s'inscrit comme un moyen de s'assurer que les établissements de santé développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients.

La démarche mise en place en France s'inspire des modèles étrangers, et notamment anglo-saxons, mais tente de rester adaptée à la culture et aux particularités du système sanitaire français. A cette fin, les professionnels ont été largement associés au cours de l'élaboration du référentiel afin d'initier une démarche qui permette d'apprécier le positionnement de chacun des établissements, réseaux ou groupements sanitaires en termes de qualité et de sécurité⁷⁰⁴.

Un premier manuel a été élaboré et présenté dans sa version expérimentale au mois de juillet 1998⁷⁰⁵, soit plus de deux ans après les ordonnances et la version finale a vu le jour en février 1999⁷⁰⁶.

La mise en place de l'accréditation s'inscrit dans une tendance qui devrait perdurer : en effet, dans le contexte actuel, il semble incontournable de mieux concilier la qualité des soins avec les économies de santé.

1.1 L'ACCREDITATION : UNE PROCEDURE OBLIGATOIRE LEGALE AU SERVICE DU CHANGEMENT

Jusqu'aux articles L. 710.4 et L. 710.5 du Code de Santé Publique, il n'existait aucune obligation légale d'évaluer la qualité des établissements de soins.

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 est dictée par trois préoccupations : la santé, la qualité et des considérations économiques. Elle met ainsi en avant des principes et des idées qui sont susceptibles de "chambouler" l'organisation des systèmes de santé, telles que les notions d'amélioration continue de la qualité, d'évaluation des performances ou de responsabilisation des acteurs du domaine de la santé publique, tout ceci dans un but de maîtrise des dépenses, de réduction de l'offre de soins – jugée excessive -, d'une meilleure maîtrise de la qualité des soins et de liberté et d'égalité d'accès aux soins pour tous.⁷⁰⁷

⁷⁰⁴ L'élaboration de la démarche et de la version expérimentale du manuel s'est faite à partir d'une analyse exhaustive de la littérature et de la documentation existantes, puis d'échanges avec les organisations professionnelles et syndicales, grandes fédérations professionnelles, syndicats hospitaliers, et enfin d'une enquête auprès des patients et des consommateurs pour identifier leur niveau d'attente ou de perception des difficultés au sein des établissements hospitaliers.

⁷⁰⁵ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, Direction de l'accréditation, *Manuel d'accréditation – Version expérimentale-*, Paris, ANAES, juillet 1998, 136 p.

⁷⁰⁶ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, Direction de l'accréditation, *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, Paris, ANAES, février 1999, 132 p.

⁷⁰⁷ BARBIN, B., BOISSIER RAMBAUD, C., CHAMPION DAVILLER, M.-N., FESSLER, J.-M., NEBESAROVA, J., *Hôpitaux, cliniques : De l'accréditation à la qualité*, ed. Lamarre, mars 1997.

Véritable obligation légale, l'accréditation qui y est définie porte sur l'ensemble des actions réalisées dans un établissement à la fois en termes de démarche qualité, de sécurité et de satisfaction des patients. Il s'agit d'une évaluation organisationnelle permettant de constater et d'améliorer ce que l'établissement met en œuvre dans ces domaines.

1.1.1 L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996

L'ordonnance n°96-346 de 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée s'adresse au secteur sanitaire, soit près de quatre mille établissements. Elle ne s'inscrit pas dans une volonté de rupture mais plutôt dans la continuité et cherche à faire évoluer le système hospitalier en préservant les acquis essentiels, c'est-à-dire en intégrant les transformations profondes qui ont déjà eu lieu au cours des décennies précédentes, et en développant de nouveaux progrès.

L'"objectif premier de la réforme est de permettre partout et dans tous les domaines l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dispensés"⁷⁰⁸. Il s'agit de :

- parvenir à concilier l'accès de tous à des soins de qualité et la maîtrise de la croissance des dépenses hospitalières,
- favoriser l'adaptation programmée des établissements de santé et l'évolution de leurs activités en fonction des besoins.

Les mots-clefs de cette réforme sont donc qualité, sécurité et changement.

Loin de fournir une réforme "clé en main", l'ordonnance se contente d'en fixer les grandes orientations. Les grandes lignes de la réforme s'orientent selon quatre axes :

- La responsabilisation de tous les acteurs et la contractualisation.
- La promotion de la qualité et de la sécurité des soins et l'accréditation.
- L'ouverture des établissements de santé sur leur environnement.
- Un rôle précisé pour la DRASS⁷⁰⁹.

Cette réforme remet quelque peu en cause la suprématie de l'hôpital, dont la place centrale au sein du système de santé s'estompe. Désormais, l'hôpital est un acteur de santé parmi les autres ; il doit, en tant que tel, œuvrer pour la réussite du plan d'ensemble.

Malgré l'inquiétude qui entoure cette réforme, elle constitue une avancée vers la qualité, mais demande un effort non négligeable, notamment de la part des établissements de soins. Ces derniers, déjà relativement réticents à la notion d'évaluation, doivent désormais composer avec le concept et la démarche d'accréditation.

1.1.2 La mise en œuvre du changement par le biais d'une accréditation

Etant donné la spécificité du système de santé français et le niveau de développement de la culture dans les domaines de la qualité et de l'évaluation, le législateur a souhaité rendre obligatoire l'entrée dans la procédure d'accréditation, pour les établissements publics et privés, en laissant l'initiative du choix de la date dans un délai de cinq années au responsable légal de l'établissement⁷¹⁰.

⁷⁰⁸ Document d'orientation sur la réforme de l'hospitalisation, 1996.

⁷⁰⁹ Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privé – Rapport au Président de la République, *Journal Officiel* n°98 du 25 avril 1996.

⁷¹⁰ COUTY, E., "Existe-t-il un lien entre planification, financement et accréditation ?", *Hospitalisation Privée*, nov./déc. 1999, p. 8 .

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée explicite donc la création d'un système d'accréditation en France, ceci dans l'optique de placer l'amélioration de la qualité bien au centre du dispositif. L'article 2 la définit comme suit : *"L'accréditation est une procédure externe à un établissement de santé, dont le but est d'obtenir une appréciation indépendante de la qualité de cet établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités de cet établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement"*. Les objectifs en termes de changement sont ainsi doubles : assurer non seulement l'amélioration continue de la qualité mais aussi de la sécurité des soins, par une procédure externe d'évaluation.

C'est la première fois que le sujet de la qualité du système de santé et de son amélioration – prise en charge par les professionnels eux-mêmes - est abordé à découvert en France. L'objectif de l'accréditation est "d'inciter les établissements à adopter une posture permanente de recherche de la qualité"⁷¹¹ et n'a pas pour but d'organiser l'offre de soins sur le territoire, ni d'en déterminer le financement.

1.2 L'ADAPTATION DU CONCEPT D'ACCREDITATION EN FRANCE

Etymologiquement, accréditer signifie "donner du crédit", donc de la reconnaissance (ce qui suppose une connaissance a priori) ou des ressources financières. Ce sens a été progressivement remplacé par celui de "donner l'autorité nécessaire".

Ainsi, le petit Robert définit accréditer comme suit :

- Donner l'autorité nécessaire pour agir en qualité de...
- Rendre croyable ou plausible.

Ces définitions ne correspondent pas à la démarche mise en place au sein de nos structures hospitalières. La fidèle traduction de ce terme aurait dû être le mot "agrément" – comme au Canada -, mais il n'a pu être utilisé en France puisqu'il est déjà utilisé et appelé à d'autres usages.

Le manuel d'accréditation⁷¹² expose dans une première partie les objectifs et les principes de conduite de la démarche, avant de décrire la procédure et les référentiels. L'accréditation y est définie comme *"une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de la prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement de santé"*^{713 714}.

⁷¹¹ Ibid., p. 10.

⁷¹² AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, Direction de l'accréditation, *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, op. cit.

⁷¹³ Ibid., p. 11.

⁷¹⁴ Nous soulignerons le fait que l'évaluation des bonnes pratiques cliniques et des résultats mentionnés dans la définition de l'ordonnance n'apparaît plus dans la définition élaborée par l'ANAES de l'accréditation.

Le manuel d'accréditation traduit les objectifs suivants en termes d'évaluation et de changement⁷¹⁵ :

- **Evaluation**

- L'appréciation de la qualité et de la sécurité des soins.
- L'appréciation de la capacité des établissements de santé à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient.
- La reconnaissance externe de la qualité des soins dans les établissements de santé.

- **Changement**

- La formulation de recommandations explicites et réalisables.
- L'implication des professionnels à tous les stades de la démarche qualité.
- L'amélioration continue de la confiance du public.

La promotion d'une politique active et continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins vise donc à :

- Mettre en valeur la qualité de la prise en charge, notamment par l'évaluation des processus.
- Améliorer cette qualité par le biais de changements, en impliquant l'ensemble des professionnels à tous les stades de la démarche.
- Favoriser l'amélioration continue de la qualité des soins et de la prise en charge globale du patient, via une auto-évaluation, une visite accréditive menée par des pairs, des recommandations et leur suivi.

L'implication de l'ensemble des professionnels dans un système reconnu de gestion de la qualité transparait déjà clairement.

Pour répondre à ces objectifs, un certain nombre de principes⁷¹⁶ sont à l'origine de la démarche :

- Le patient se retrouve au centre des préoccupations et des soins.
- L'évaluation est pluridisciplinaire et transversale, suivant le parcours du patient.
- La prévention des risques et donc l'amélioration de la sécurité des soins est un préalable à l'accréditation : l'établissement doit avoir démontré son aspect sécuritaire avant de s'engager dans la démarche.
- L'accréditation vise la mise en œuvre d'un système de gestion de la qualité, mais cette démarche n'est en rien ponctuelle et doit générer en fait la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité au sein de la structure sanitaire.
- Ces améliorations sont le fruit de démarches internes et ne seront guère possibles sans la participation et l'implication de l'ensemble des personnels et professionnels de l'établissement, faute de quoi il sera difficile – voire impossible – de faire accepter les changements nécessaires.
- La démarche doit enfin demeurer objective car elle permet aux structures sanitaires de réaliser un diagnostic, ce dernier se basant sur des référentiels regroupant des critères qui se veulent précis, mesurables et pertinents. Cela signifie que la démarche doit évoluer et intégrer les différentes remarques et informations utiles, afin de pallier à ses propres dysfonctionnements et de l'adapter parfaitement aux établissements et réseaux.

Ce n'est donc pas l'acte médical qui est jugé dans l'accréditation mais bien la satisfaction des patients dans tous ses paramètres.

⁷¹⁵ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, Direction de l'accréditation, *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, op. cit., p. 11.

⁷¹⁶ Ibid, pp. 13-14.

1.3 LA MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE

Dans son manuel, l'ANAES présente la démarche d'accréditation comme "*progressive, pragmatique, à la recherche de l'amélioration de la qualité des établissements de santé pour le bénéfice des patients, dans un climat favorisant la confiance individuelle et collective*" et l'inscrit donc comme une "procédure en devenir"⁷¹⁷. L'accréditation permet d'évaluer le niveau d'engagement de l'établissement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, dont elle n'est qu'une étape, parfois initiatrice.

Pour mener à bien cette démarche, une agence d'accréditation a été créée et des référentiels ont été élaborés.

1.3.1 Création d'un organisme accréditeur : l'ANAES

L'article 4 du titre II de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 crée une instance indépendante et professionnelle chargée de la mise en œuvre de l'accréditation : l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). C'est un établissement public de l'Etat à caractère administratif doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière et placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

Mise en place le 14 octobre 1997, l'ANAES se substitue à l'ANDEM. Ses missions sont de deux ordres :

- Faire le bilan des connaissances sur les techniques diagnostiques et thérapeutiques (évaluation).
- Contribuer à améliorer la qualité et la sécurité des soins, notamment en mettant en œuvre la procédure d'accréditation des établissements de santé (accréditation menant au changement).

Elle est donc chargée du développement de l'évaluation des soins, des pratiques professionnelles et de l'accréditation des établissements de santé. A cette fin, elle doit, entre autres, élaborer les référentiels, les diffuser et favoriser leur utilisation.

Ce n'est pas un organisme de tutelle et elle n'a pas pour mission de déclencher la procédure d'accréditation, seules les ARH⁷¹⁸ pouvaient se substituer à un établissement pour le faire si celui-ci ne s'était engagé avant le 24 avril 2001⁷¹⁹. Son caractère non étatique veut être garanti par une réelle autonomie de l'Agence aussi bien du point de vue de sa composition, de ses méthodes que de son financement : le conseil d'administration est composé majoritairement de professionnels de la santé et n'accorde qu'une place minoritaire à l'Etat et l'assurance-maladie ; son conseil scientifique, qui est exclusivement composé de professionnels et de représentants d'organismes scientifiques, joue un rôle de proposition prépondérant ; enfin, le financement est certes assuré par une subvention de l'Etat et une dotation de l'Assurance Maladie, mais aussi par des ressources propres telles que les publications et la contribution financière des établissements à leur entrée dans la démarche.

⁷¹⁷ Ibid., p.5.

⁷¹⁸ Agences Régionales de l'Hospitalisation

⁷¹⁹ Il s'agit bien ici d'engagement dans la démarche, ce qui ne signifie pas que la visite devait être menée à cette date.

1.3.2 Le champ d'application : le secteur sanitaire

L'accréditation s'applique à tous les établissements de santé, publics et privés, civils et militaires, mais également aux réseaux de soins et aux groupements de coopération sanitaire entre établissements, soit un total d'environ quatre mille structures. La mise en place de cette évaluation concerne ainsi l'ensemble des structures sanitaires sans exception, démontrant ainsi la volonté de garantir la qualité et d'assurer la sécurité dans l'ensemble du système de santé, ce qui va dans le sens d'une amélioration de la satisfaction globale de la population concernant les soins.

Notons cependant que cette démarche est uniquement centrée sur le sanitaire, et ne s'applique pas, de fait, aux activités sociales ou médico-sociales, même si celles-ci s'exercent au sein de l'établissement entré dans la procédure⁷²⁰.

La question de savoir si cette démarche devait s'appliquer à l'ensemble de l'établissement, aux services ou à quelques activités s'est longtemps posée. Le choix de l'ANAES s'est porté sur l'établissement au sens juridique du terme. La démarche se veut en effet globale, pluridisciplinaire, et incluant les processus transversaux de l'établissement, cette évaluation permettant de prendre en compte les interfaces et interrelations entre les différentes structures (services, départements, laboratoires extérieurs, etc.) et leurs dysfonctionnements⁷²¹.

Dans le cas des structures importantes installées sur plusieurs sites, telles que l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, l'Assistance Publique de Marseille ou les Hospices Civils de Lyon, une procédure par site géographique est envisagée, l'accréditation de multiples établissements perdant de son sens et ne paraissant pas réalisable dans sa globalité.

L'opposition entre la diversité des établissements, à la fois dans leurs structures, dans leurs missions et dans leurs activités et la mise en œuvre d'une démarche unique, multidisciplinaire et globale a été un des autres problèmes posés au cours de l'élaboration du manuel, même si de nombreuses activités sont communes à tous les établissements de santé quel que soit leur statut. En effet, la prise en charge n'est pas la même dans un établissement de soins de suite et de réadaptation et dans un établissement de court séjour. En outre, comment inclure des activités telles que l'enseignement et la recherche qui ne se font que dans les Centres Hospitaliers Régionaux Universitaires (CHRU) et présentent un aspect spécifique des missions.

Pour résoudre ce problème, l'orientation choisie par l'ANAES a été de ne pas inclure ces activités, le champ de l'accréditation ne comprend à l'heure actuelle que les "activités des établissements de santé qui participent directement et indirectement à la prise en charge du patient"⁷²². Cela concerne donc à la fois les activités de soins, mais également tout ce qui concerne l'accueil, les secteurs logistiques, techniques, administratifs, l'hygiène, et ainsi de suite. Il est à noter que la non prise en compte des activités d'enseignement et de recherche fausse quelque peu l'évaluation dans la mesure où ces activités ont une répercussion sur le fonctionnement de l'hôpital et les autres activités.

⁷²⁰ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, Direction de l'accréditation,, *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, op. cit.

⁷²¹ En effet, les établissements constituent un "tout complexe et composite dont il faut maintenir l'unité" : l'hôpital n'est pas une simple juxtaposition de services spécialisés, il forme un tout, une entité qui tient sa cohérence et ses synergies de ses composantes différentes et complémentaires. Il existe une logique globale à laquelle une évaluation par service ou par unité aurait nuit, in MERLIERE, Y., KIEFFER, R., *Le contrôle de gestion à l'hôpital – principes clés et outils nouveaux*, op. cit., p. 15.

⁷²² AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, Direction de l'accréditation, *Manuel d'accréditation – Version expérimentale-*, op. cit., p.22.

1.3.3 Les référentiels : une évaluation axée sur les processus et la transversalité

Le manuel représente la clé de voûte de la démarche. Les référentiels sont conçus pour "*apprécier l'organisation, les procédures et les résultats attendus en termes de gain de santé et de satisfaction du patient*"⁷²³. Ils servent de base pour l'évaluation, d'où la nécessité de les mettre à jour régulièrement.

L'organisation des soins est "*une chaîne qui part de l'accueil jusqu'aux soins postopératoires en passant par l'hôtellerie, la restauration et l'ensemble des pratiques des acteurs médicaux et paramédicaux de plus en plus collectivement impliqués dans une prise en charge collective et interdépendante*"⁷²⁴. Il faut donc chercher à évaluer la "solidité" de cette chaîne, déterminée non par son maillon le plus fort, mais par le maillon le plus faible⁷²⁵, en intégrant l'ensemble des métiers exercés car ils concourent à la fois à l'amélioration de l'état de santé du patient et à l'image de l'établissement⁷²⁶. La prise en charge inclut de ce fait non seulement les aspects médicaux et paramédicaux, mais également les fonctions d'accueil, d'information, de suivi, et l'organisation des fonctions transversales telles que les consultations, les urgences, les blocs, les plateaux techniques, le laboratoire, la pharmacie, la cuisine, les gardes médicales, la sécurité transfusionnelle, le respect des dispositions de sécurité ou la maintenance des équipements lourds.

Suivant cette idée, les aspects liés aux processus ont été privilégiés dans les référentiels élaborés par l'ANAES. Ainsi, le manuel est compact (quatre-vingt six références traduisant des objectifs), centré sur les procédures transversales et ne nécessite normalement pas de recueil de données spécifiques. Il comporte environ trois cents questions permettant l'appréciation de la sécurité et de la qualité regroupées en dix chapitres appelés référentiels. Ces référentiels sont complémentaires, de façon à traiter l'ensemble des activités d'un établissement et à aboutir à une vision transversale de son fonctionnement.

⁷²³ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, Direction de l'accréditation, *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, op. cit.

⁷²⁴ COULOMB, A., "L'accréditation : alibi d'une réforme institutionnelle ou amorce d'une révolution des comportements", *Droit social*, n° 9/10, sept-oct. 1996, p. 890.

⁷²⁵ Ibid.

⁷²⁶ PORZIO, S., "Qualité : la santé a les idées confuses", *Horizon Clinique*, n° 83, mai 1997, p. 33.

Le "Manuel d'accréditation des établissements de santé" est découpé en trois grands chapitres :

Le patient et sa prise en charge

- Droits et information du patient (DIP)
- Dossier du patient (DPA)
- Organisation de la prise en charge des patients (OPC)

Management et gestion au service du patient

- Management de l'établissement et des secteurs d'activité (MEA)
- Gestion des ressources humaines (GRH)
- Gestion des fonctions logistiques (GFL)
- Gestion du système d'information (GSI)

Qualité et prévention

- Gestion de la qualité et prévention des risques (QPR)
- Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle (VST)
- Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux (SPI)

L'ANAES a tenté de mettre au point des référentiels exhaustifs, c'est-à-dire qui couvrent l'ensemble des activités ayant un rapport à la qualité et à la sécurité des soins, applicables à tous les établissements (exceptées certaines références qui ne s'adressent qu'à un certain type d'établissements) et lisibles, sachant qu'en cas de nécessité des explications sont fournies à la fin du manuel.

Les référentiels concernent le parcours de prise en charge, c'est-à-dire les trajectoires des patients à l'intérieur de l'hôpital : ils s'intéressent donc bien aux collaborations et ajustements intra-établissement, instaurant de ce fait une dynamique intéressante dans la formalisation des processus de prise en charge et dans la description des activités à l'hôpital.

Ils sont structurés sur la base de références d'accréditation, qui sont déclinées en critères, dans une approche organisationnelle transversale.

- La référence d'accréditation est "*l'énoncé d'une attente ou d'une exigence permettant de satisfaire la délivrance de soins ou de prestations de qualité*". Au cours de l'auto-évaluation, ces références doivent permettre de répondre aux questions "*Que faisons-nous pour répondre à...?*", "*Comment cherchons-nous à progresser sur...?*" et "*Comment mesurons-nous notre progrès sur...?*". Ecrites sur un mode affirmatif, elles expriment une attente, des objectifs à atteindre.
- Le critère est "*l'énoncé d'un moyen ou d'un élément plus précis permettant de satisfaire la référence d'accréditation. Il doit dans la mesure du possible pouvoir être mesurable, objectif et réalisable*"⁷²⁷. Les critères sont des éléments servant de base à un jugement : ils ne sont pas exhaustifs, dans la mesure où ils énoncent des moyens d'atteindre l'objectif, mais où l'établissement est libre d'avoir développé d'autres réponses pour le satisfaire.⁷²⁸

⁷²⁷ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, Direction de l'accréditation, *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, op. cit., p. 35.

⁷²⁸ Ibid.

L'intérêt du référentiel réside non seulement dans la formulation positive des références, qui expriment un objectif à atteindre, mais aussi dans le fait selon lequel l'établissement ne peut se contenter d'affirmer, il doit prouver la véracité de son propos par le biais des éléments de preuves.

Ces référentiels doivent servir à examiner les objectifs fixés par les principes de la démarche qualité dans le domaine de la santé et de les apprécier au regard :

- de ceux que l'établissement s'est fixé,
- des moyens qu'il a mis en œuvre pour les atteindre,
- de leur appropriation par le personnel,
- de la capacité de l'établissement à se remettre en cause.

Une critique peut cependant être formulée concernant les référentiels élaborés : ils constituent une exigence de qualité minimale et non optimale, c'est-à-dire que le fait d'être accrédité ne constitue pas un "supplément qualité" mais plutôt le minimum à atteindre.

Une échelle d'appréciation constituée de quatre niveaux est utilisée pour chaque référence d'accréditation :

Niveau A : l'établissement satisfait à la référence. Niveau B : l'établissement satisfait en grande partie à la référence. Niveau C : l'établissement ne satisfait que partiellement à la référence. Niveau D : l'établissement ne satisfait pas à la référence. NA : la référence n'est pas applicable à l'établissement.
--

L'ensemble du système se veut beaucoup plus dynamique : il fixe des objectifs à atteindre et laisse la liberté à l'établissement dans les méthodes et les moyens pour les atteindre⁷²⁹. L'accréditation cherche à ressembler à un "film" dont le début a commencé avant la visite et dont la suite sera au-delà de cette visite.

L'ANAES préconise d'ailleurs le développement, au sein des établissements, d'outils permettant de mesurer les résultats obtenus par rapport à ceux attendus. Ils devraient prendre la forme d'indicateurs ou de ratios, permettant de constater l'évolution de l'établissement dans ces domaines. Cela s'inscrit dans l'idée de la construction de tableaux de bords. De même, le suivi des recommandations d'amélioration formulées par le Collège d'Accréditation devra être assorti d'indicateurs internes, permettant de mesurer la mise en application de ces recommandations et leur pertinence en termes de résultats.

L'accréditation est engagée en vue de reconnaître un niveau de qualité et de sécurité des prises en charge et des activités destinées à satisfaire les besoins des patients. Le mot qualité est employé ici non pour exprimer un degré d'excellence dans un sens comparatif, mais pour signifier l'ensemble des caractéristiques de l'organisation et de la prise en charge qui leur confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites. L'évaluation porte à la fois sur la satisfaction des besoins et attentes des patients et sur les procédures (tout ce qui concourt au chaînage des soins). Initialement, il était prévu d'y inclure les résultats des différents services et activités de l'établissement, mais l'évaluation des résultats n'a pas été retenue dans la première version du manuel. Etant donné le retard des établissements dans la construction de tableaux de bords, une première visite axée sur les structures, l'organisation et les procédures est vraisemblablement suffisante pour faire un état des lieux. En revanche, il sera indispensable de

⁷²⁹ les critères n'étant ni exhaustifs ni exclusifs.

réintroduire des indicateurs de résultats dans les versions ultérieures, même si la difficulté de l'utilisation de tels critères tient aussi bien de la difficulté de produire une information fiable – c'est-à-dire qui donne une idée de l'ensemble et mesure la même chose d'une fois sur l'autre – qu'à la difficulté de l'interprétation, notamment en termes de comparaison avec d'autres établissements.

L'accréditation offre donc un approche organisationnelle de l'évaluation et permet ainsi de qualifier et d'évaluer les activités autrement que sous un mode comptable ou médical. Tout comme dans les démarches étrangères, les référentiels sont amenés à évoluer pour rester crédibles face à l'évolution des pratiques médicales, des technologies et des attentes, et permettre au dispositif d'être dynamique. De plus, pour assurer la pertinence de la démarche, l'ANAES doit faire évoluer la procédure dans le temps et introduire progressivement des indicateurs de résultats.

1.3.4 Une démarche en six étapes

L'appréciation de la conformité de l'établissement aux normes de sécurité sanitaires réglementaires exigibles n'est pas du ressort de l'ANAES, mais demeure un préalable à la procédure. Ainsi, les résultats (conclusions et recommandations) des contrôles effectués par l'État et ses services concernant la sécurité des personnes et des locaux (incendie, hygiène), la sécurité alimentaire, la pharmacie, la vigilance sur les produits de santé, la stérilisation, la sécurité anesthésique, les déchets hospitaliers, l'eau, l'air, les fluides et tout autre contrôle de conformité (technique par exemple) sont synthétisés en un ensemble de documents devant être mis à la disposition des visiteurs sur place. Ces derniers ont pour objectif de vérifier si les procédures et les mesures ont été mises en place à la suite des éventuelles observations relatives à la sécurité.

La procédure d'accréditation comporte six grandes étapes⁷³⁰ :

1 – La demande d'engagement dans la procédure formulée par le représentant légal de l'établissement, après consultation des instances consultatives et délibératives.

2 – L'entrée dans la procédure d'accréditation, avec la signature d'un "contrat d'accréditation" entre l'ANAES et l'établissement. Les référentiels et documents d'analyse sont alors transmis à l'établissement.

3 – L'auto-évaluation

L'établissement fixe lui-même les modalités d'organisation de l'auto-évaluation. A son terme, un rapport est transmis au directeur général de l'ANAES. Il contient l'ensemble des résultats, décomposés en deux parties : une fiche expliquant la méthodologie d'auto-évaluation utilisée par l'établissement et une appréciation des résultats par référentiel. L'équipe d'experts-visiteurs va ainsi prendre connaissance de l'établissement, de sa dynamique qualité, de ses points forts et de ses points faibles ou dysfonctionnements, et préparer de cette manière la visite sur site.

4 – La visite d'accréditation

La visite permet aux visiteurs "*d'apprécier avec l'établissement de santé la dynamique d'amélioration continue de la qualité, en s'appuyant sur les résultats de son auto-évaluation*"⁷³¹.

⁷³⁰ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, Direction de l'accréditation, *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, op. cit., pp. 21-29.

Elle s'apparente à une succession de rencontres et d'échanges avec les professionnels de l'établissement, sur la base des résultats de l'auto-évaluation. Loin d'être un examen de sanction, elle permet de visualiser une situation mais aussi d'apprécier le "comment ?", le "pourquoi ?", le "avec qui ?", le "et après ?", par le biais d'un dialogue avec les acteurs et des visites sur le site.

La visite a donc pour objectif d'observer l'organisation et de discuter avec les acteurs afin d'obtenir un point de vue extérieur qui est restitué "à chaud" devant les personnels de l'établissement. Elle donne lieu ensuite à la rédaction d'un rapport établi sur la base des résultats de la visite et de l'auto-évaluation, dont l'objectif est de "mettre en évidence la dynamique de l'établissement de santé quant à l'amélioration de la qualité des soins et de l'ensemble des prestations délivrées, mais aussi l'incidence de l'organisation interne de l'établissement sur la qualité"⁷³². Ce dernier est transmis au représentant légal de l'établissement, à la suite de quoi l'établissement peut formuler ses observations et/ou des pistes d'amélioration.

5 – La conclusion de la procédure par le Collège d'Accréditation et le rapport d'accréditation

Le Collège rédige un rapport propre à chaque établissement, dit rapport d'accréditation, en tenant compte des situations locales. Il se compose :

- de l'ensemble des conclusions pertinentes du rapport des visiteurs,
- de l'intégralité des observations réalisées par l'établissement et de toute information complémentaire,
- des conclusions du Collège : ses appréciations, les recommandations à suivre, les modalités de suivi de ces recommandations et le délai au terme duquel l'établissement doit engager une nouvelle procédure.

Les appréciations formulées à l'issue de la procédure d'accréditation sont graduées. On peut les résumer dans le tableau suivant⁷³³ :

Tableau 8 : Typologie des appréciations formulées après une accréditation

APPRÉCIATION	MODALITÉS DE SUIVI	DÉLAI D'ENGAGEMENT entre deux procédures
Sans recommandation	Par l'établissement de santé.	5 ans.
Avec recommandations	L'établissement de santé réalise un bilan de suivi des recommandations en perspective de la prochaine procédure.	5 ans.
Avec réserves⁷³⁴	L'établissement de santé réalise un bilan de suivi et le transmet à l'ANAES à échéance déterminée.	Moins de 5 ans.
Avec réserves majeures⁷³⁵	L'ANAES demande que l'établissement de santé apporte des solutions aux questions ayant fait l'objet de réserves majeures à échéance donnée.	Moins de 5 ans et visite ciblée à échéance fixée sur les questions ayant fait l'objet de réserves majeures.

⁷³¹ Ibid., p. 26.

⁷³² Ibid.

⁷³³ Ibid., p.29.

⁷³⁴ Les réserves portent sur un ou des constat(s) d'insuffisances sur des domaines précisés et une absence de dynamique de progrès.

⁷³⁵ Les réserves majeures sont relatives à un ou des constat(s) d'insuffisances graves relatives aux exigences de qualité et de sécurité, sans qu'il y ait eu de preuves d'actions correctrices.

En l'absence de dispositions particulières, les établissements disposent de cinq années avant de se réengager pour une seconde visite, l'accréditation s'inscrivant comme un processus continu. Au terme de la procédure, ils ont donc reçu des recommandations et des délais réduits pour les mettre en œuvre, déterminant leur engagement dans une politique qualité.

6 – La communication des résultats de la procédure d'accréditation et la voie de recours de l'établissement

La communication des résultats se fait par le biais :

- d'un rapport d'accréditation, transmis par le directeur de l'ANAES aux directeurs de l'établissement et de l'ARH. L'établissement peut contester les conclusions de la procédure auprès du Collège d'Accréditation dans un délai d'un mois, donnant alors lieu à une deuxième délibération du Collège d'Accréditation. C'est un document administratif : il permet d'apprécier la situation d'un établissement à un moment donné par rapport aux référentiels du manuel d'accréditation.
- d'un compte rendu d'accréditation, consultable par le public et les professionnels de santé intéressés. Il contient la présentation de l'établissement de santé, le déroulement de la procédure d'accréditation et les conclusions du Collège d'Accréditation sur la situation de l'établissement. Ces conclusions mettent en évidence d'une part une synthèse selon les dix référentiels, d'autre part une synthèse selon trois orientations stratégiques : la satisfaction des besoins du patient, la maîtrise des situations à risque et la dynamique de gestion de la qualité.

Afin d'être réellement utile aux établissements, cet outil nécessite un certain nombre de garanties dans son déroulement, que l'ANAES présente dans son manuel comme les "engagements réciproques des intervenants"⁷³⁶ :

- respect de la confidentialité,
- accès à l'ensemble des informations nécessaires,
- signalement de tout changement dans l'établissement ou dans la conduite de la démarche,
- signalement au directeur de l'ANAES de toute constatation de situations, faits, défaillances ou absences pouvant entraver la sécurité, afin qu'il puisse en informer le directeur de l'établissement et le directeur de l'ARH.

En France comme à l'étranger, l'auto-évaluation est une étape prioritaire dans la démarche d'accréditation, comme le précise l'ANAES : "*l'auto-évaluation est la phase essentielle de la procédure d'accréditation. Elle permet à l'établissement de santé de réaliser son diagnostic qualité, donc de définir puis de mettre en œuvre sa politique d'amélioration continue de la qualité*"⁷³⁷. Au cours de l'auto-évaluation, l'hôpital est à la fois sujet actif et objet de l'évaluation : c'est le système dans son ensemble qui est évalué ainsi que l'ensemble des acteurs qui se retrouvent concernés (personnels, partenaires, patients, familles), chacun étant juge et partie. L'idée est de donner la parole à ceux qui opèrent quotidiennement dans le système et qui mieux que tous les autres en connaissent les mérites et les défauts.

⁷³⁶ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, Direction de l'accréditation, *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, op. cit., pp. 18-20.

⁷³⁷ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, Direction de l'accréditation, *Préparer et conduire votre démarche d'accréditation – Un guide pratique*, op. cit., p. 74

1.3.5 La double formation des experts-visiteurs : acteurs et évaluateurs

Le rôle joué par les professionnels est important, voire essentiel : ils sont la clé du système, notamment pour la définition des référentiels et du fait de leur représentation au sein de l'Agence d'accréditation. En outre, les experts-visiteurs sont des professionnels encore en activité⁷³⁸ issus des différents métiers de la santé - médecins, paramédicaux, gestionnaires, techniques -. Expérimentés, ils connaissent le fonctionnement des établissements sanitaires. Ils sont formés à la procédure et à leur mission, afin de partager la même philosophie des démarches qualité et de l'accréditation. La formation préalable dispensée par l'ANAES doit leur permettre de conduire les visites selon une "méthodologie homogène et objective"⁷³⁹.

Leur double formation doit leur conférer une "capacité d'écoute" ainsi qu'un "sens de l'observation et de l'analyse"⁷⁴⁰ qui devrait faciliter la mise en évidence des forces et faiblesses dans les structures de soins et constituer une grande aide à la mise en évidence des dysfonctionnements ou manquements et de ce fait à l'émergence de pistes d'amélioration.

Ces experts vont constituer des équipes. Chaque équipe est pluridisciplinaire, constituée d'un minimum de trois personnes (médecin, paramédical, gestionnaire), chacun étant issu d'établissements de statut et de type différents. Les visiteurs peuvent intervenir dans tout type de structure, quel que soit celui dans lequel ils exercent leur activité principale, afin d'échanger les expériences. Un des trois est désigné comme coordinateur de la visite, fonction non permanente, qui lui confère un rôle d'animateur, de régulation et de coordination⁷⁴¹.

Les experts-visiteurs vont donc jouer un rôle de révélateur, au sens photographique du terme, en mettant en relief les points forts et les points faibles de l'établissement, sur la base de l'auto-évaluation menée en interne. Leur rôle ne s'apparente pas à du contrôle, mais à celui d'aide à la mise en évidence des points-clefs du diagnostic.

1.3.6 Confrontation de l'accréditation à la française avec les fondamentaux déterminés par les expériences étrangères

La démarche d'accréditation mise en place en France comporte des fondamentaux énoncés dans les programmes étrangers :

- Avant tout, elle poursuit un objectif identique en termes d'amélioration continue de la qualité et ne constitue donc qu'une étape d'un processus plus global. Elle est clairement centrée sur le patient et sa prise en charge.
- Le champ couvert concerne l'ensemble des structures.
- Le rôle des professionnels est prépondérant, même si ces derniers n'ont pas été à l'origine de la démarche en France. Fortement impliqués dans l'élaboration des référentiels et dans la composition de l'ANAES, ils ont également la charge des visites sur site.
- Cette visite est assurée par un trio de pairs (minimum gestionnaire, médecin, soignant). Les experts-visiteurs sont comme au Canada des professionnels encore en activité.
- Enfin, le processus opérationnel est quasi-identique et s'appuie également fortement sur la phase d'auto-évaluation.

⁷³⁸ exerçant ou ayant exercé dans les trois années précédentes et possédant une expérience professionnelle de plus de dix ans.

⁷³⁹ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, Direction de l'accréditation, *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, op. cit., p. 25.

⁷⁴⁰ Ibid, p. 23.

⁷⁴¹ Ibid, pp. 23-25.

En revanche, quelques différences attribuables à la culture française méritent d'être soulignées :

- Les professionnels ne sont pas à l'origine de l'accréditation dans notre pays. Il a fallu une réforme de l'Etat pour la mettre en place en France.
- La démarche est obligatoire, les établissements devaient s'être engagés avant le 24 avril 2001, date à laquelle l'ARH pouvait se substituer à eux pour le faire.
- L'ANAES se veut indépendante, mais elle demeure un établissement public de l'Etat, placé sous la tutelle du Ministre chargé de la santé. En outre, l'ARH est destinataire du rapport d'accréditation.
- Enfin, concernant les standards, elle est encore loin d'une évaluation des performances axée sur les résultats. Aujourd'hui, dans cette optique, seule la satisfaction des patients est prise en compte.

1.4 ANALYSE DE LA DEMARCHE

L'accréditation apporte la reconnaissance officielle, par les pairs, d'un niveau de qualité et de sécurité atteint par l'établissement et devrait en permettre une réelle amélioration si elle est mise en œuvre et utilisée à bon escient. Son idée est de fournir des clefs d'amélioration et d'être un élément de progrès dans la démarche de qualité. Pourtant, le caractère obligatoire de l'accréditation a fait naître une crainte relative à l'utilisation de ses résultats par les autorités de tutelle. Cette procédure, originale, n'est pas de même nature que l'ensemble des procédures habituelles qui lient les établissements avec leur autorité de tutelle⁷⁴², même si certains liens ne peuvent être contestés.

Il nous a paru important de distinguer l'accréditation des autres procédures et de considérer ses conséquences à la fois internes et externes.

1.4.1 Ce que n'est pas l'accréditation

La distinction de l'accréditation par rapport à d'autres démarches ou procédures approchantes doit être précisée. Ainsi, elle n'est pas :

▪ **Un système de contrôle**

Le contrôle permet de vérifier et d'attester la conformité d'une situation à une norme pré-existante. Ses objectifs sont très ciblés, requièrent l'intervention d'acteurs très spécialisés et relèvent de l'inspection. L'accréditation, elle, prend la forme d'une évaluation qui permet d'éclairer les choix. Elle se contente de fixer des objectifs et laisse une marge de liberté aux établissements quant au choix des outils et des méthodes pour y répondre. Le contrôle de conformité, notamment concernant les aspects de sécurité, constitue en fait un préalable à l'accréditation.

▪ **Un acte de tutelle**

L'accréditation est réalisée par un organisme "indépendant", l'ANAES, constitué majoritairement de professionnels, dont l'objectif est l'évaluation dans un but d'amélioration continue de la qualité et non dans une optique de sanction, ni d'attribution de ressources et de moyens supplémentaires, ni de planification.

⁷⁴² COUTY, E., "Existe-t-il un lien entre planification, financement et accréditation ?", op. cit., p. 8 .

▪ **Une évaluation des compétences individuelles**

C'est l'établissement dans sa globalité qui est évalué et non chacune de ses composantes en termes d'actions ou de personnels. L'appréciation des personnes relève d'autres instances, telles que les ordres professionnels. L'accréditation veut être une démarche décloisonnante puisqu'elle considère le transversal, s'appuyant sur une responsabilité collective. Il ne s'agit pas de soumettre chaque acte isolé lui-même à l'accréditation, mais l'organisation, le fonctionnement de tout ce qui concourt au respect des bonnes pratiques et de la prise en charge.

▪ **Une certification**

Le concept d'accréditation est différent de la certification utilisée dans le secteur industriel. Néanmoins, la distinction entre les deux est loin d'être claire et nécessite une définition précise de leurs rôles respectifs afin d'éviter toute confusion.

Une analyse sémantique fait ressortir une différence de signification et de définition des deux termes⁷⁴³ : accréditer signifie "donner du crédit, de la confiance" et "donner l'autorité nécessaire" en droit international tandis que la certification permet d'"affirmer", de "rendre certain". En conséquence, ces définitions permettent d'établir le champ d'action de chacune des démarches, celui de la certification étant plus étroit. En effet, cette dernière ne s'applique qu'aux activités objectives pour lesquelles il est possible d'affirmer ou d'authentifier les choses, tandis que l'accréditation s'applique à des activités où la subjectivité peut davantage être présente et convient dès lors au champ de la santé dans lequel les soins sont adaptés à chaque patient et donc plus difficiles à "rendre certain".

Même si l'accréditation et la certification ont en commun l'idée que "la qualité est assurée par l'existence et le respect des procédures"⁷⁴⁴, l'accréditation se contente de préciser les standards à atteindre et laisse les établissements libres d'y parvenir : elle cherche donc à susciter créativité et dynamisme dans un secteur marqué par la complexité et l'indépendance des professionnels. Elle s'éloigne donc de la certification, dont les normes sont adaptées dans des entreprises "au travail répétitif, avec des gestes faciles à normer" et qui "figent les façons de faire qui sont entièrement écrites"⁷⁴⁵.

La certification permet de garantir, par l'intervention d'un organisme tiers, qu'un produit, procédé de fabrication, une prestation de service présentent les caractéristiques attendues en matière de qualité. L'accréditation démarre quant à elle avec une phase d'auto-évaluation qui n'existe pas dans la certification, où seul un organisme externe intervient.

Le tableau suivant résume les différences des deux démarches.

⁷⁴³ GUYONNAUD, H., G., Direction de l'accréditation, rapport de mission, document ANAES, février 1998.

⁷⁴⁴ VIENS, G., in Ibid.

⁷⁴⁵ RIVELINE, in Ibid.

Tableau 9 : Tableau de comparaison entre les démarches de certification et d'accréditation⁷⁴⁶

Certification	Accréditation
<ul style="list-style-type: none"> - Démarche volontaire. - Reconnue au niveau international. - Fixe des normes. - Non réalisée par des experts adaptés au domaine concerné. 	<ul style="list-style-type: none"> - Démarche obligatoire. - Niveau national. - Fixe des objectifs. - Conduite par des professionnels du métier (pairs).
<p>Authentifie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les caractéristiques d'un produit (norme produit). - La régularité de la production (constance des caractéristiques du produit). - Le respect par une entreprise des processus d'un management de la qualité. - La mise en place de procédures d'évaluation de la satisfaction du client. <p>Ne prend pas en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le niveau de performance du produit (résultat). - La spécificité du métier (c'est le professionnel concerné qui fixe ses objectifs). 	<ul style="list-style-type: none"> - Evalue la qualité de la prestation. - Evalue une capacité à améliorer la qualité et la sécurité. - Adaptée au métier (c'est la profession dans son ensemble qui fixe les objectifs). - Les besoins du "client" (patient) sont, pour partie, exprimés par les professionnels. - Les résultats sont ou seront pris en compte.

Nous constatons que ces deux démarches diffèrent par bon nombre de points dans leur méthodologie. La certification peut cependant servir pour évaluer certains secteurs d'activité à l'hôpital dont le produit est bien identifié (restauration, blanchisserie, stérilisation).

▪ Une évaluation des pratiques médicales

L'évaluation médicale porte sur les pratiques professionnelles, c'est-à-dire sur la prise en charge individuelle du malade, tandis que l'accréditation porte sur les modes d'organisation, c'est-à-dire les procédures de prise en charge globale des malades. De plus, l'évaluation médicale se fait a posteriori, tandis que l'accréditation se fait a priori.

▪ Un audit

Au cours d'un audit, les comptes de la société sont examinés. Comme nous l'avons constaté dans l'énoncé des référentiels, l'aspect financier n'est nullement pris en compte dans la démarche d'accréditation, qui se base sur des éléments organisationnels uniquement et poursuit un objectif d'amélioration continue de la qualité.

En fait, l'accréditation n'est pas dissociable de l'évaluation, dans la mesure où elle en utilise des techniques. Mais elle est loin de regrouper l'ensemble des évaluations considérées dans la première partie de notre travail. Elle permet à l'établissement de se référencer, de se situer par rapport aux autres dans l'espace⁷⁴⁷ et par rapport à lui-même dans le temps, et de mettre en

⁷⁴⁶ extrait de GUYONNAUD, H., G, op. cit. et complété.

⁷⁴⁷ Mais elle ne doit pas donner lieu à un classement des hôpitaux.

œuvre des plans d'actions pour changer et progresser. De ce fait, elle s'apparente à une forme d'évaluation dont les objectifs sont ciblés.

Dès lors, l'accréditation reste un outil modeste, qui ne va pas remplacer les procédures d'évaluation strictement médicale (bonnes pratiques), d'évaluation économique et médico-économique ou d'évaluation des compétences. Elle vient juste les compléter.

Après avoir distingué l'accréditation des autres démarches existantes, il convient de la préciser dans ses intentions.

1.4.2 L'accréditation, étape d'un processus de changement au service de l'amélioration continue de la qualité

L'accréditation est une démarche ponctuelle, avec un caractère régulier. Elle lance une dynamique au sein des établissements qui se poursuit même après la procédure. En effet, elle correspond à un temps d'appréciation mené par les professionnels de l'établissement, mais qui s'inscrit dans un processus de changement continu au service de l'amélioration de la qualité⁷⁴⁸ : elle cherche donc à avoir un impact considérable en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, en donnant aux acteurs la responsabilité de cette qualité au sein de leur établissement et en développant une approche multiprofessionnelle de la prise en charge des patients.

L'idée est clairement d'évaluer le niveau d'engagement de l'établissement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Les deux ne doivent pas être confondus : l'accréditation n'est qu'un outil de la qualité, une étape permettant de s'assurer que chaque établissement met en œuvre tout ce qui lui est possible pour changer et améliorer sans cesse son fonctionnement et son organisation, afin d'assurer une prise en charge de qualité optimale aux patients. L'accréditation représente de ce fait un enjeu majeur pour les hôpitaux, car elle leur offre la possibilité de démontrer qu'ils réalisent des prestations de qualité. Elle n'est en elle-même ni la qualité, ni l'évaluation, même si elle y est liée, mais plutôt une évaluation a priori permettant de reconnaître la satisfaction de certains critères par l'organisation permettant de garantir un certain niveau de qualité du service rendu. C'est pour cela qu'elle ne porte pas sur le produit mais sur le processus de chaîne de production⁷⁴⁹. Son approche est de fait nécessairement globale.

L'objectif de l'accréditation et de l'ANAES est donc clairement le développement de la qualité, basé sur un principe de non-sanction, mais d'émulation. C'est un élément d'éclairage et d'aide à la décision.

1.4.3 Les conséquences externes de la démarche

L'accréditation se compose d'une phase d'auto-évaluation et d'une évaluation externe effectuée par des pairs et, en tant que telle, l'ANAES la distingue d'autres démarches, qui donnent lieu à une évaluation propre⁷⁵⁰. En théorie, les conséquences de la procédure ne devraient pas porter

⁷⁴⁸ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, Direction de l'accréditation, *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, op. cit., p.9.

⁷⁴⁹ CLAVERANNE, J.P., "Pour une accréditation à la française", *Note à M. Le Ministre de la Santé*, Document GRAPHOS, Lyon, 5 sept. 1996, 3 p.

⁷⁵⁰ "L'accréditation (...) se différencie notamment d'autres démarches (...) : la démarche de planification (...), la procédure d'autorisation (...), l'allocation de ressources (...)", in AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, Direction de l'accréditation, *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, op. cit., p. 12.

sur la fermeture ou non d'un établissement, mais sur sa labellisation, c'est-à-dire qu'elle devrait jouer un rôle en termes d'avantage concurrentiel⁷⁵¹.

Le gouvernement dément d'ailleurs une quelconque utilisation des résultats de la démarche d'accréditation à des fins de financement, de planification, de procédures d'autorisation ou pour la signature de contrats externes pluriannuels. Pourtant, un tel lien ne peut être nié. L'ARH est un des destinataires du rapport d'accréditation et les résultats de la démarche permettent d'apporter des éléments d'appréciation qui seront probablement pris en compte dans les processus de décision. On peut anticiper des liens indirects, par un effet de système, créant une complémentarité des procédures en question. En effet, l'ARH cherche à avoir une connaissance aussi exacte que possible de l'offre de soins sur le plan quantitatif mais aussi qualitatif. Dès lors, elle disposera de toutes les informations concernant l'accréditation des établissements et pourra être tentée de les utiliser comme un élément de décision parmi d'autres. En outre, nous sommes en droit de nous interroger sur la réaction des usagers et de certains établissements si elle ne le fait pas. Enfin, la contrainte d'une utilisation du contenu de ces rapports sera d'autant plus forte que des synthèses en seront rendues publiques.

Nous avons essayé d'imaginer quelles formes ces liens pourraient prendre.

▪ **Par rapport à la procédure d'autorisation**

L'autorisation est la délivrance d'un permis d'installation d'équipements ou d'exercice de certaines activités (ouverture de lits, transplantations, chirurgie cardiaque, etc.). Elle est délivrée par les ARH. L'accréditation apporte une reconnaissance du niveau de qualité atteint par un établissement. Ainsi, elle ne peut donc intervenir que postérieurement à l'autorisation et ne conditionne normalement pas sa délivrance. Elle n'a pas de rôle dans la régulation de l'offre.

Néanmoins, les ARH sont susceptibles d'utiliser ces données pour décider s'il est pertinent d'autoriser, de créer ou de reconverter des lits ou des installations d'équipement ou de matériel lourd à la lumière de la qualité déjà observée. Il existe un risque de mise en concurrence des offreurs par un système d'appel d'offres, ce qui valorise les résultats de l'accréditation : elle peut éventuellement être un élément de sélection, par exemple dans une situation concurrentielle de renouvellement d'autorisation entre plusieurs établissements d'une même zone.

▪ **Par rapport à la planification**

Les outils de planification se trouvent être les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) et les cartes sanitaires⁷⁵², qui relèvent de la compétence de l'État et des Agences Régionales de l'Hospitalisation, et déterminent les services et les disciplines à implanter dans les différentes zones géographiques pour une période de temps donnée, en fonction des besoins de la population et des installations déjà existantes.

L'accréditation a de fortes chances de se retrouver au centre de la réflexion visant à établir un SROS cohérent, en intégrant la dimension "qualité et sécurité" dans l'offre de soins. En effet, la carte sanitaire et le SROS sont arrêtés sur la base d'une mesure des besoins de la population et après analyse qualitative de l'offre de soins. Les annexes du SROS sont devenues opposables et peuvent tenir indirectement compte des résultats de l'accréditation.

Par ailleurs, nous pouvons penser que les ARH vont utiliser les données fournies par l'accréditation pour se prononcer sur les projets d'établissements.

⁷⁵¹ VINOT, D., *Le projet d'établissement à l'hôpital – De la formalisation du concept à son instrumentalisation*, op. cit., pp. 160-161.

⁷⁵² Il faut rappeler que le SROS est un outil qualitatif, prospectif, concerté et révisable tous les cinq ans. Il permet de réorganiser les moyens d'hospitalisation de manière optimale assurant répartition et complémentarité. La carte sanitaire est un outil quantitatif : elle définit le nombre de lits.

▪ **En tant qu'outil de financement**

Le Haut Comité de la Santé Publique estimait en 1996 que "*prendre en compte les résultats de l'accréditation dans l'allocation des moyens peut constituer un véritable moteur de l'amélioration de la qualité des soins*"⁷⁵³.

Concernant les liens de l'accréditation avec le financement, deux hypothèses sont envisageables :

- Une bonification budgétaire pour les établissements qui satisfont pleinement les référentiels, un "prix de qualité", instaurant une allocation supplémentaire de crédits pour récompenser les efforts fournis. En ce sens, l'allocation budgétaire serait considérée comme une sanction négative de l'accréditation : l'établissement présentant de faibles indicateurs de qualité ne justifierait pas cette allocation budgétaire.
- Des crédits supplémentaires alloués pour mettre l'établissement en conformité. L'allocation budgétaire prend alors la forme d'une incitation ou d'une aide : l'établissement obtiendrait des crédits fléchés dans le cadre d'un contrat avec l'agence pour soutenir la mise à niveau requis par l'accréditation.

▪ **Par rapport aux contrats**

La contractualisation, interne et externe, mise en place par les ordonnances de 1996, a constitué un facteur déclenchant pour l'évaluation : cette dernière permet en effet une meilleure connaissance de l'activité et constitue de ce fait pour les parties prenantes un outil de négociation.

Le contrat d'objectifs et de moyens (COM)⁷⁵⁴ est construit à partir des orientations stratégiques de l'établissement et décrit les transformations que ce dernier s'engage à opérer au niveau de son organisation interne, de son activité et dans ses relations avec son environnement, y compris dans les domaines de la qualité et de la sécurité des soins, qui deviennent de ce fait des obligations contractuelles.

Contrat et accréditation sont donc complémentaires :

- Le contrat peut énoncer les différentes dimensions de la qualité des soins qui constituent ses priorités au regard des engagements pris contractuellement sur divers aspects de son fonctionnement. Les contrats d'objectifs et de moyens pourraient donc être utilisés pour progresser sur des aspects complémentaires de la qualité, afin de pouvoir répondre aux objectifs d'amélioration des procédures et des organisations internes recherchés par l'accréditation.
- D'autre part, les résultats de l'accréditation peuvent être utilisés dans la fixation des objectifs du COM passé entre l'ARH et l'établissement : l'ARH utiliserait alors le contenu du rapport d'accréditation pour s'assurer que le contrat privilégie ou du moins ne va pas à l'encontre des recommandations qui y sont fixées. Les établissements pourraient par ce biais financer certaines actions d'amélioration qui demandent des moyens supplémentaires.

L'accréditation a été mise en œuvre en 1999. Quatre ans plus tard, beaucoup d'établissements ignorent encore la nature des liens qui l'associeront avec les procédures tutélaires. Il est évident que l'ARH regarde(ra) inévitablement l'adaptation de la réponse des hôpitaux aux besoins de la population et le niveau de qualité que chacun est capable d'atteindre, mais il est aujourd'hui

⁷⁵³ HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, *La Santé en France*, La Documentation Française, Paris, septembre 1996, p. 206.

⁷⁵⁴ Les objectifs sont déterminés par l'établissement et approuvés par l'ARH qui en échange accorde les financements pour y parvenir.

difficile de déterminer l'utilisation des rapports d'accréditation, d'autant plus qu'ils cherchent à faire progresser les établissements dans le temps et non à les comparer entre eux.

Nous pensons cependant que l'accréditation ne pourra pas rester sans conséquences : en effet, culturellement, seule sa transformation en enjeu sera susceptible d'implanter et de dynamiser une démarche d'amélioration continue de la qualité et les changements attendus.

1.4.4 Les apports de la procédure d'accréditation : changer l'hôpital

L'accréditation s'inscrit comme une chance offerte aux professionnels d'adapter l'hôpital aux exigences de la rigueur économique et de la qualité des soins⁷⁵⁵, notamment grâce à un exercice d'introspection qui doit permettre à chaque acteur de comprendre son rôle en lien avec les autres et les dysfonctionnements à corriger pour garantir qualité, sécurité et satisfaction du patient. Elle s'inscrit donc dans une dynamique positive de recherche constante d'amélioration de la qualité, et stimule la recherche de compatibilité entre intérêts individuels et collectifs. Au final, elle devrait permettre de mieux maîtriser les processus de soins, grâce à une réflexion sur l'organisation du travail et à la mise en place de nouveaux modes d'organisation (notamment en termes de formalisation, de procédures et de coordination). Il est également attendu que cet instrument de dialogue décloisonne l'hôpital et objective la qualité grâce à un recentrage sur les services délivrés aux patients, permettant d'améliorer l'image des établissements de soins.

La procédure d'accréditation cherche donc à favoriser une meilleure organisation de l'établissement au service de la personne soignée, en permettant aux professionnels de l'établissement de santé de :

- réfléchir ensemble à leur organisation, en fonction des différents besoins des personnes soignées ;
- reconnaître les points forts et les points à améliorer ;
- définir des actions prioritaires ;
- changer ;
- faire évoluer leur façon de travailler ;

c'est-à-dire de mener une réflexion sur l'amélioration de l'organisation, en contraignant chacun à s'interroger sur le fonctionnement, ses pratiques professionnelles en lien avec les autres, à missions et moyens constants.

L'accréditation est un outil indépendant d'évaluation de la qualité et de son amélioration : elle introduit une logique originale dans le système, garantissant le droit des patients à la transparence et à la qualité des soins.

1.4.5 Les lacunes et limites repérées de la démarche

La description de l'accréditation n'est en fait qu'un idéal. Sa définition et sa mise en œuvre posent un certain nombre de problèmes et certaines limites ont pu être identifiées.

D'abord, l'obligation légale d'accréditation risque d'être associée pour certain à un contrôle de qualité, voire un contrôle de légitimité et de l'opportunité des soins et autres activités sanitaires, plus que comme une étape de l'amélioration continue de la qualité. Dès lors, l'adaptation se fait sous contrainte. Les craintes sont d'ailleurs renforcées chez les acteurs par l'absence de clarté de la démarche, notamment en termes de conséquences.

⁷⁵⁵ COULOMB, A., "L'accréditation : alibi d'une réforme institutionnelle ou amorce d'une révolution des comportements", op. cit., p. 888.

Ensuite, la mise en place de l'accréditation se heurte à la faiblesse des méthodologies d'évaluation de la qualité dans le système de santé : les notions de critères ou d'indicateurs sont encore récentes et se développent depuis une dizaine d'années seulement. En outre, la démarche mise en œuvre demeure complexe et risque parfois de décourager certains acteurs qui la vivent dans sa forme actuelle comme très subjective.

La démarche telle qu'elle est instaurée à l'heure actuelle interroge la pertinence des actions de l'établissement en fonction des activités pratiquées mais n'interroge guère cette pertinence dans le contexte socio-économique, à savoir si les activités sont adaptées aux besoins de la population. Elle se veut comme le point de départ d'une démarche continue d'amélioration de la qualité en interne, mais, dans sa forme actuelle, elle permet davantage de dire si les moyens existent et si "l'établissement *"fait bien les choses"*", mais ne répond pas à la question de savoir s'il *"fait les bonnes choses"*. Ainsi, nous devinons la complémentarité de cette démarche avec les autres outils existants, certains tels que le SROS ayant cette vocation.

À l'heure actuelle, l'accréditation est totalement transversale puisqu'elle est entièrement tournée vers une évaluation des processus. Néanmoins, il n'existe à ce jour aucune évaluation des résultats (autres que la satisfaction), ce qui représente un frein à l'initiation d'une démarche qualité ainsi qu'au changement que sous-tend celle-ci : en effet, comment considérer les effets produits par la démarche si aucun résultat ne peut être comparé ? L'idée de l'accréditation correspond aujourd'hui à ce que "de bons processus devraient entraîner de bons résultats" et donc permettre une amélioration de la satisfaction des patients. Pour être complète, elle devrait inclure à terme une analyse de pertinence des activités avec l'environnement, une analyse des processus et une évaluation des résultats, d'autant plus que ces indicateurs devraient permettre de faire valoir les avancées procurées par la démarche d'amélioration continue de la qualité au fil du temps.

L'éviction du social est également une lacune, surtout dans la tendance actuelle où l'on cherche à décroïsonner le sanitaire et le social.

La défaillance des systèmes d'information dans de nombreux établissements de santé pose également problème : en effet, les références utilisées au cours de l'évaluation doivent permettre de répondre aux questions "*Que faisons-nous pour répondre à... ?*", "*Comment cherchons-nous à progresser sur ... ?*" et "*Comment mesurons-nous notre progrès sur ... ?*". Pour y répondre, un système d'information fiable est nécessaire afin de produire toutes les données justifiant la réponse à ces questions et donc la cotation donnée pour chaque référence, mais les éléments de preuve sont difficiles à fournir : beaucoup d'enquêtes seraient nécessaires, les établissements ne peuvent pas toutes les réaliser.

Il existe un danger de substituer la fin aux moyens. L'accréditation n'est pas une fin en soi : c'est un moyen de mettre en place une politique de changement au service de l'amélioration continue de la qualité. L'utilisation et les liens de la démarche par les organismes de tutelle doivent être explicités au plus vite pour lever toute l'ambiguïté qui l'accompagne.

Néanmoins, la démarche n'en est encore qu'à ses débuts, puisqu'elle a été mise en place il y a quatre ans. Comme dans les expériences étrangères, elle est amenée à évoluer, devant permettre, espérons-le, de pallier certaines limites identifiées.

1.4.6 Perspectives futures

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 fixe un nouveau cadre de régulation du système de santé : "*elle conduit à une mobilisation forte des acteurs pour rénover les procédures internes de gestion et pour mettre en place des procédures d'évaluation portant sur la satisfaction des usagers, sur la qualité et sur la sécurité des soins*"⁷⁵⁶. Elle introduit l'accréditation dans le système sanitaire français, dont l'objectif est d'identifier le niveau de qualité et de sécurité des soins au sein des établissements pour ensuite l'améliorer et favoriser la mise en place de démarches d'amélioration continue de la qualité.

L'ensemble des structures est concerné par cette obligation. L'accréditation associe une phase d'auto-évaluation et une visite par des pairs : par le biais d'un diagnostic organisationnel global et transversal et d'une approche multi-professionnelle et multidisciplinaire, elle cherche à responsabiliser les acteurs face à la qualité et à lancer une dynamique de changement et de progrès dans ce domaine.

A ce jour, près de cinq cents établissements ont été visités. La mise en place d'une telle démarche chamboule les pratiques professionnelles et devrait modifier la culture des établissements.

En toute logique, la démarche devrait évoluer selon les axes suivants :

- **Un élargissement du périmètre d'intervention** : A cette date, seuls les établissements de santé publics et privés sont concernés par la démarche ; elle devra s'étendre aux réseaux de soins, aux groupements de coopération sanitaires et à toute autre structure, afin d'intégrer tous les modes de prise en charge. En outre, le secteur médico-social tente actuellement de l'adapter à ses structures.
- **L'évolution des référentiels d'accréditation** : Le manuel, dans sa version actuelle, inclut des référentiels et critères à caractère transversal relatifs aux structures et aux processus, mais qui doivent être complétés par des indicateurs de résultats afin de permettre une évaluation exhaustive de la qualité des soins, donc des prises en charge et de chacune de leurs spécificités.
- **L'exploitation des résultats de la démarche et des remarques formulées** : La démarche passe elle-même par une évaluation afin de permettre une adéquation de ses référentiels, de ses méthodes et de ses modes d'intervention aux objectifs qu'elle s'est fixés. Son évolution et son adaptation seront garantes du succès et de la pertinence de la démarche, qui doit être en complète adéquation avec les changements du système sanitaire français. L'ANAES doit donc prendre en compte aussi bien les remarques formulées par les établissements et les professionnels de santé que celles émanant des usagers, notamment en termes d'attentes.

⁷⁵⁶ MERLIERE, Y., KIEFFER, R., *Le contrôle de gestion à l'hôpital – principes clés et outils nouveaux*, op. cit., p. 1.

2 LES SPECIFICITES DE L'AUTO-EVALUATION A LA FRANÇAISE

L'accréditation se met en place, alors que l'évaluation est parfois encore mal acceptée à l'hôpital. L'auto-évaluation s'y inscrit comme un élément essentiel permettant de fournir une vue globale et approfondie de l'ensemble des activités de l'établissement, des améliorations nécessaires et de la politique qualité en place.

Bien que l'accréditation soit accordée par définition par un organisme extérieur, la procédure s'appuie en effet essentiellement sur l'auto-évaluation. Dès lors, cette dernière s'inscrit visiblement comme le noyau central de la démarche, la visite cherchant à :

- valider l'auto-évaluation réalisée par l'établissement et ses modalités de mise en œuvre,
- apprécier comment l'établissement de santé s'organise pour évaluer et améliorer la qualité et la sécurité des soins,
- objectiver les actions d'évaluation et d'amélioration.

L'auto-évaluation cherche à regarder toutes les activités et tous les secteurs d'activité. Non focalisée sur un domaine, la démarche est globale et offre des éléments incontestables d'autant mieux reconnus que cette évaluation est faite à demeure. Elle vise l'appropriation par les personnels de l'évaluation et une plus grande crédibilité externe, dans l'idée développée par C. Paire : *"de deux choses l'une : ou bien l'évaluation est faite par des tuteurs externes qui vont s'en donner les moyens, c'est clair, ou bien les hospitaliers eux-mêmes prennent conscience qu'ils seront en position beaucoup plus favorable pour discuter s'ils ont fait leur propre auto-contrôle, leur propre auto-évaluation"*⁷⁵⁷.

Aujourd'hui, il est nécessaire que les établissements de santé fassent un travail de regard sur eux-mêmes, car l'évaluation ne leur apprendra réellement quelque chose sur leur fonctionnement, leur organisation et les dysfonctionnements que si elle est menée de l'intérieur, permettant aux acteurs de s'approprier le diagnostic et de mettre en place les changements. La phase d'auto-évaluation s'inscrit dans cette optique et représente une démarche pleine d'enjeux pour les hôpitaux.

Dans un premier temps, nous allons déterminer le concept d'auto-évaluation défini par l'ANAES pour ensuite considérer la méthodologie préconisée pour le mettre en place dans les établissements de santé. Enfin, nous identifierons les apports, les enjeux et les limites de cette démarche dans le système sanitaire français.

2.1 L'AUTO-EVALUATION : UN REGARD PLURICULAIRE SUR LES ETABLISSEMENTS DE SOINS

L'ANAES écrit dans son guide de préparation à l'accréditation que *"l'auto-évaluation est la phase essentielle de la procédure d'accréditation. Elle permet à l'établissement de santé de réaliser son diagnostic qualité, donc de définir puis de mettre en œuvre sa politique*

⁷⁵⁷ PAIRE, C., MARQUIS, J., (propos recueillis par -), "Un allié pour les consultants : l'audit interne", *Gestions Hospitalières*, n° 322, janvier 1993, p. 31.

d'amélioration continue de la qualité"⁷⁵⁸. Ce diagnostic constitue un état des lieux portant sur l'ensemble des activités de santé, participant directement et indirectement à la prise en charge du patient.

L'auto-évaluation correspond à une appréciation portée de l'intérieur de l'établissement par ceux qui y exercent, sur leurs propres actions, organisation, fonctionnement, voire performance. C'est un examen au cours duquel les acteurs déterminent si la qualité des soins dans toutes ses composantes correspond à ce que le patient est en droit d'attendre, compte-tenu de ce qui est rendu possible par les progrès de la médecine mais aussi par l'organisation de sa prise en charge.

L'idée de l'accréditation au travers de l'auto-évaluation est de sortir d'une logique de contrôle pour entrer dans une logique d'investigation.

Tableau 10 : Logique de contrôle versus logique d'investigation⁷⁵⁹

Contrôle	Investigation
<p><u>Démarche de constat immédiat</u> : "droit au but"</p> <p>Exige une réponse directe immédiate à la question.</p>	<p><u>Démarche progressive</u> : "progression vers le but"</p> <p>Rassemble un faisceau d'éléments pour trouver la réponse à la question.</p>
<p><u>Outils</u> :</p> <p>Check list pour contrôler l'existence ou non des éléments recherchés au cours des entretiens, des lectures, des observations.</p>	<p><u>Outils</u> :</p> <p>Grilles de synthèse pour intégrer les éléments recherchés, au cours des entretiens, des lectures, des observations.</p>
<p><u>Principe</u> :</p> <p>Adaptation de l'établissement à des modalités définies par les contrôleurs.</p>	<p><u>Principe</u> :</p> <p>Adaptation des évaluateurs aux modalités de fonctionnement de l'établissement.</p>

Cette étape de l'accréditation doit permettre aux établissements de mettre en évidence leurs forces et leurs faiblesses, mais aussi de mieux connaître leur fonctionnement, ses contraintes, ses atouts et ses difficultés, ainsi que l'ensemble des acteurs qui y contribuent. L'auto-évaluation s'inscrit donc comme une démarche visant à établir un "diagnostic transversal"⁷⁶⁰ appliqué à l'organisation dans son ensemble.

Son regard porte sur l'organisation et la qualité, mais aussi, de manière moins directe, sur la culture ou les cultures, les jeux d'acteurs, les stratégies, les outils de gestion, les systèmes d'information et les représentations.

⁷⁵⁸ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ, Direction de l'accréditation, *Préparer et conduire votre démarche d'accréditation. Un guide pratique*, op. cit., p. 17.

⁷⁵⁹ inspiré de AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ, *Guide de l'expert-visitateur*, Paris, septembre 1999, p. 58

⁷⁶⁰ CONTI, T., op. cit., p. 133.

L'accréditation a pour objectif "d'initier ou de renforcer la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de l'établissement de santé, puis de la rythmer à intervalles réguliers"⁷⁶¹. Elle vise la mise en place et la promotion d'une démarche d'amélioration continue de la qualité, à laquelle tous les acteurs doivent participer. Elle cherche donc à mettre en évidence les points forts et les dysfonctionnements, au travers d'une évaluation globale et collective. La phase d'auto-évaluation se centre sur une approche multidisciplinaire et prévoit la mobilisation et la participation du plus grand nombre d'acteurs possible de l'hôpital, afin de recueillir l'ensemble des points de vue et du vécu des personnels, quel que soit leur métier, discipline ou catégorie socio-professionnelle. Elle part du principe que le croisement des différents regards permettra d'enrichir l'analyse, le diagnostic et les améliorations proposées favorisera le changement.

Ce diagnostic initial constitue une étape essentielle du processus d'accréditation, car c'est sur cette base que seront élaborées les actions d'amélioration à mettre en place, traduisant le changement et donc le prochain niveau à atteindre.

L'auto-évaluation telle que définie par l'ANAES est à différencier de l'égo-évaluation dans la mesure où :

- Les acteurs ne se contentent pas de s'évaluer et d'analyser leurs propres pratiques. Ils incluent cette analyse dans un ensemble organisationnel et évaluent en fait le fonctionnement et l'organisation de l'établissement.
- La remise en question est collective et non individuelle : l'objectif n'est pas d'évaluer un acteur mais bien un fonctionnement collectif et un établissement dans sa globalité.
- L'extérieur intervient par le biais de l'ANAES. En effet, l'auto-évaluation sert de base à une visite par des pairs, qui vont à leur tour regarder et qualifier l'organisation et son fonctionnement.

L'objectif n'est pas de sanctionner des acteurs, mais d'évaluer une organisation sur ce qu'elle a mis en place afin d'assurer la plus grande qualité possible aux patients et de motiver l'établissement dans cette recherche de la qualité. L'auto-évaluation se positionne donc entre le regard externe et le regard propre de l'établissement. L'intervention de l'Agence d'Accréditation est rendue nécessaire par plusieurs aspects :

- les mentalités françaises sont davantage habituées au contrôle : les établissements ne s'auto-évaluent que dans la mesure où ils sont contraints de le faire et où les résultats sont vérifiés,
- les experts-visiteurs viennent compléter les résultats et les propositions, apportant un regard extérieur, qui permet de s'interroger et d'enrichir le diagnostic.

2.2 L'AUTO-EVALUATION EN PRATIQUE

L'auto-évaluation mise en place par le biais de l'accréditation s'inscrit dans une recherche d'expression collective, désormais considérée comme :

- un moyen de recueillir le point de vue et le vécu de tout acteur, dans l'idée d'enrichir le diagnostic grâce à un croisement des regards,
- un moyen de (re)donner la parole et un pouvoir de décision à ces mêmes acteurs,
- un moyen de les faire adhérer aux améliorations préconisées et de les faire rentrer dans une culture de l'évaluation et de l'amélioration continue de la qualité, donc du changement

⁷⁶¹ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ, Direction de l'accréditation, *Préparer et conduire votre démarche d'accréditation. Un guide pratique*, op. cit., p. 18.

2.2.1 Une confrontation entre les réalités vécues et perçues par les acteurs de l'hôpital et le manuel ANAES

L'auto-évaluation définie dans le cadre de l'ANAES s'inscrit dans le modèle de confrontation entre un référé et un référent présenté dans la première partie de notre travail.

- Le référent est constitué par le manuel de l'ANAES, qui contient des références fixant les objectifs à atteindre en termes de qualité des soins et de la prise en charge et des critères représentant les moyens d'y parvenir. Le manuel fixe donc "un idéal souhaité" en matière de qualité dans les établissements de santé, basé sur les perceptions des membres du conseil scientifique (groupes de travail multidisciplinaire, compétences spécifiques et usagers).
- Le référé est constitué par l'ensemble des visions de la réalité et points de vue donnés par les acteurs au cours des réunions de groupes d'auto-évaluation, appuyés et étayés par des éléments de preuve. Il est donc constitué par l'expression d'une pluralité et la confrontation des points de vue et des discours au sein de l'établissement.
- L'auto-évaluation consiste en une confrontation des regards des acteurs sur la réalité dans leur établissement de santé face au manuel et à ses références. C'est au moment de cette confrontation que sont déterminés les points forts, les points faibles et les actions d'amélioration proposées. Elle doit faire émerger le changement.

2.2.2 Des préconisations à respecter

L'accréditation a pour objectif, non pas de mesurer, mais bien d'évaluer en vue de changer pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et services rendus au patient. De ce fait, la démarche invite les établissements à s'auto-évaluer avant de recevoir une évaluation externe, réalisée par des visiteurs. Cette auto-évaluation, réalisée à l'aide d'un référentiel structuré, s'étale sur une durée de plusieurs mois, durant lesquels les acteurs se penchent sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement ainsi que sur la qualité en place dans la structure.

Avant de s'engager dans cette auto-évaluation, l'ANAES rappelle qu'il est important de clarifier certains points au préalable :

- *Les orientations stratégiques de l'établissement* : en effet, la mise en place d'une politique d'amélioration continue de la qualité ne peut pas se faire de manière déconnectée par rapport aux missions et priorités définies par l'établissement. Il paraît même souhaitable que la politique qualité ait fait l'objet d'une réflexion interne.
- *Un partage des principes de l'amélioration continue de la qualité* : les professionnels et les structures institutionnelles doivent se retrouver sur la signification et les principes de l'amélioration continue de la qualité.
- *Un contrôle de la conformité de l'établissement à l'ensemble des normes réglementaires de sécurité existantes.*
- *La mise en place d'actions de communication interne adaptées* : quels que soient les supports utilisés, l'idée est de sensibiliser les personnels à la démarche afin de favoriser une large participation. Conjointement ou parallèlement, un plan de formation peut s'avérer nécessaire.⁷⁶²

Ensuite, l'ANAES est partie du principe selon lequel il n'existe pas de stratégie "type" ou "idéale" qui convienne à tous les établissements de santé en matière d'amélioration de la qualité.

⁷⁶² AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ, Direction de l'accréditation, *Préparer et conduire votre démarche d'accréditation. Un guide pratique*, op. cit., pp. 9-13.

Etant données la diversité et la complexité des structures, chacune doit construire une stratégie "à son image et adaptée à ses objectifs"⁷⁶³, sans compter qu'il est possible d'évaluer un hôpital sous des angles très différents.

La phase d'auto-évaluation comporte une succession d'actions dont les modalités pratiques seront définies par chacun des établissements de santé. Les huit étapes⁷⁶⁴ sont les suivantes :

- ⇒ **Etape 1** : L'établissement de santé détermine les modalités d'organisation de l'auto-évaluation.
- ⇒ **Etape 2** : L'établissement de santé constitue ses équipes d'auto-évaluation.
- ⇒ **Etape 3** : Chaque équipe d'auto-évaluation définit les réponses appropriées pour atteindre l'objectif fixé par les références applicables dans le secteur d'activité concerné.
- ⇒ **Etape 4** : L'équipe d'auto-évaluation rédige, pour chaque référence applicable, des commentaires portant sur les actions d'évaluation et d'amélioration pour le secteur d'activité qu'elle représente.
- ⇒ **Etape 5** : Chaque équipe d'auto-évaluation détermine le niveau de conformité du secteur d'activité qu'elle représente en utilisant l'échelle d'appréciation.
- ⇒ **Etape 6** : Les informations fournies par les différentes équipes d'auto-évaluation sont rassemblées et validées, puis une synthèse portant sur l'ensemble de l'établissement est effectuée si nécessaire.
- ⇒ **Etape 7** : La version finale des résultats de l'auto-évaluation est mise en forme.
- ⇒ **Etape 8** : Une information des structures institutionnelles de l'établissement peut être effectuée avant la transmission des documents d'auto-évaluation à l'ANAES.

Le modèle retenu par l'ANAES repose donc sur la mise en place d'équipes d'auto-évaluation, qui couvrent l'ensemble des activités soumises à l'accréditation dans l'établissement. *"La conduite effective de l'autoévaluation par plusieurs équipes multiprofessionnelles paraît une condition nécessaire pour qu'il puisse être considéré que l'établissement de santé a satisfait à la procédure d'accréditation"*⁷⁶⁵ L'auto-évaluation vise en effet à recueillir le point de vue de l'ensemble des professions et des métiers présents au sein de l'hôpital, afin de croiser les regards et de fournir une analyse riche et la plus proche possible de la réalité. Elle se base sur le principe qu'aucun acteur ne prime sur les autres et que chacun a des idées à apporter pour favoriser la qualité dans l'établissement de santé et le changement. Dès lors, la réalisation de l'auto-évaluation par une seule personne, un corps professionnel spécialisé dans le contrôle interne ou par les seuls responsables hiérarchiques conduirait le Collège de l'Accréditation à considérer qu'il n'a pas été satisfait à la procédure d'auto-évaluation du point de vue de la méthodologie employée. Dans ce cas de figure, il s'agirait d'une évaluation et non d'une auto-évaluation. Enfin, la constitution des équipes doit être adaptée à l'établissement et à son contexte en termes d'organisation de la prise en charge du patient.

Au cours de cette auto-évaluation, les équipes vont :

- décrire les procédures existantes,
- faire émerger des analyses en termes de points forts et de faiblesses, en comparant leur réalité aux objectifs fixés dans le manuel de l'ANAES,

⁷⁶³ Ibid., p. 9.

⁷⁶⁴ Ibid., p. 18

⁷⁶⁵ Ibid., p. 22.

- identifier les manques,
- proposer des axes d'amélioration.

Les objectifs définis par l'ANAES couvrent à la fois des champs cliniques, logistiques et de gestion, et cherchent à susciter des modifications à tous les niveaux.

Les points forts de la démarche telle que définie par l'ANAES sont les suivants :

- Une richesse du diagnostic grâce au croisement des regards.
- Une évolution de la culture des métiers et un changement de mentalités facilités par la constitution de groupes pluridisciplinaires et pluriprofessionnels.
- Une priorité donnée au parcours du patient et donc à sa prise en charge.
- L'entrée des professionnels de santé dans une dynamique et une transparence qui les engagent et les responsabilisent.
- Une recherche de décloisonnement et des relations qui se veulent plus professionnelles, par la mise en avant des interfaces.⁷⁶⁶

Elle s'inscrit dans la durée, à la fois par le temps qu'elle nécessite et par son côté récurrent, puisqu'elle ne doit pas se contenter d'être un instantané.

2.2.3 Une méthodologie définie

Au cours du processus, les établissements cherchent à comprendre une réalité complexe, donc à recueillir l'opinion d'un maximum de personnels et le plus grand nombre de données objectives possibles. Le diagnostic qualité mis en place est donc réalisé par des équipes d'auto-évaluation et porte sur l'organisation générale de l'établissement, mais également sur la coopération des acteurs et la coordination entre les différents services et activités. Cette logique de coordination et de complémentarité au service du patient suppose d'intégrer également les prestataires extérieurs dans l'auto-évaluation (laboratoires d'analyses médicales, cabinets de radiologie, HAD par exemple) pour recueillir leur avis et considérer les actions mises en place et les problèmes qui peuvent en découler. L'avis du patient doit également être pris en compte.

Dans le cadre des huit étapes définies par l'ANAES, l'établissement fait des choix quant aux modalités d'organisation de l'auto-évaluation, notamment en termes :

- de création d'une structure spécifique de pilotage (une personne ressource ou un groupe chargé de coordonner la préparation, la conduite et la validation des résultats),
- de composition du groupe de pilotage (représentation multiprofessionnelle et multidisciplinaire),
- de répartition des rôles entre les structures institutionnelles, le groupe de pilotage, les équipes d'auto-évaluation,
- de constitution des équipes d'auto-évaluation et d'attribution des missions,
- de planification des travaux d'auto-évaluation (la durée est fonction de la taille de l'établissement, du nombre de secteurs d'activité, de la diversité d'activités, du niveau initial de culture qualité des équipes),
- de montant des ressources disponibles à la fois pour l'auto-évaluation et pour la conduite d'une amélioration continue de la qualité, en termes de temps, de travail, de modalités de recueil et d'analyse des données, de ressources logistiques,
- de prévision du devenir des équipes d'auto-évaluation.

Un travail préalable sur les référentiels peut parfois être élaboré en interne. Il comprend un travail de compréhension et d'interprétation des référentiels afin de les ajuster aux particularités

⁷⁶⁶ BAZIN, A., "L'autoévaluation, pour avancer ensemble", op. cit., p. 56.

de chaque établissement et de s'assurer que l'ensemble des acteurs entrés dans la démarche a bien la même interprétation de chaque terme. Les groupes peuvent également s'approprier le référentiel en construisant leurs propres outils de recueil et d'analyse des informations.

2.2.3.1 *Le pilotage de l'auto-évaluation en interne*

En termes de pilotage, il n'existe pas de solution type : ce peut-être une personne ou un groupe, même si le "groupe de pilotage" semble privilégié dans de nombreux cas, étant donné l'éventail des domaines et activités couverts. Ce groupe doit être multiprofessionnel, multidisciplinaire et représentatif. Il peut associer des responsables des organes décisionnels (médecins, directeurs, ...) et des organes consultatifs de l'établissement (Commission Médicale d'Etablissement, Comité d'Entreprise, ...), des professionnels impliqués dans la prise en charge et des professionnels compétents en matière d'évaluation et d'amélioration de la qualité, afin de garantir des échanges transversaux dès le pilotage. L'association des structures réglementaires de vigilance (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales, hémovigilance par exemple) est également conseillée.

Ce groupe a comme rôle d'organiser et de coordonner la démarche d'auto-évaluation, d'en valider la synthèse et de définir la politique d'information et de communication interne et externe portant sur les résultats et la procédure d'accréditation. Ainsi, il a la charge de :

- Promouvoir la démarche d'amélioration continue de la qualité et donc l'auto-évaluation dans l'établissement et dans les services.
- Sensibiliser et former les personnels à l'auto-évaluation préalablement à la mise en route de la démarche dans l'établissement et les services.
- Motiver de façon continue tous les personnels concernés.
- Préparer l'auto-évaluation et organiser sa conduite.
- Suivre et valider la méthodologie mise en place, donc vérifier le bon déroulement de la démarche.
- Préparer les conclusions.
- Définir les objectifs et mesures correctives, les acteurs concernés, leurs rôles et responsabilités respectives, et les délais de mise en application.
- Assurer la coordination des acteurs concernés par les mesures correctives.
- Vérifier à terme le respect des objectifs fixés dans le rapport d'auto-évaluation, donc suivre et coordonner le déroulement de ces actions.

Son rôle concerne donc majoritairement la diffusion des informations et la continuité des actions menées.

2.2.3.2 *Mise en place des groupes de travail : les équipes d'auto-évaluation*

L'évaluation qui se met en place concerne l'ensemble du processus de prise en charge du malade, de son entrée à sa sortie de l'établissement. Elle cherche à associer l'ensemble des acteurs y concourant : sont ainsi concernés les médecins, les paramédicaux, mais également les gestionnaires et les personnels administratifs, techniques et logistiques. Elle s'effectue par sous-groupes, dont la composition dépend des caractéristiques de l'établissement.

Quelques conditions doivent être respectées :

- Un nombre minimal d'équipes est nécessaire pour couvrir l'ensemble des domaines à évaluer. En revanche, il n'est pas possible de déterminer une liste type d'équipes d'auto-évaluation : leur constitution est propre à chaque établissement.
- Les groupes d'auto-évaluation doivent être multiprofessionnels et pluridisciplinaires, c'est-à-dire impliquer l'ensemble des catégories professionnelles, afin de faire émerger un maximum de problèmes, d'en obtenir une représentation objective et de s'assurer une appropriation des changements nécessaires. Cette condition s'inscrit dans le respect du caractère transversal de la démarche.
- Un nombre minimal de membres semble requis pour être représentatif. Le problème d'un maximum se pose, dans la mesure où certains établissements ont fait remarquer qu'au-delà d'un seuil (dix à quinze selon les structures), les discussions n'étaient plus efficaces.

Ensuite, chaque établissement doit trouver la combinaison qui lui convient le mieux en fonction de sa stratégie et de son contexte.

Les groupes d'auto-évaluation doivent nécessairement être pluridisciplinaires et issus des différents services car ils favorisent alors la mise en évidence des problèmes d'interface : *"on sait bien qu'à l'hôpital, milieu complexe et sophistiqué, avec ses métiers multiples, c'est dans les interfaces – entre les équipes, entre les unités – qu'il y a des problèmes"*⁷⁶⁷. En effet, si l'on prend l'exemple du repas servi aux malades, différents services interviennent et peuvent être source de dysfonctionnements : la cuisine qui prépare le repas, l'équipe (souvent soignante) du service d'hospitalisation qui le distribue, et les personnes chargées de les réchauffer. Même si chacun fait bien, un manque de liaisons suivies et organisées entre ces différents services peut générer de la non-qualité au final.

L'auto-évaluation se fait sous la responsabilité d'une ou de plusieurs personne(s) désignée(s), bien souvent en charge de tout le processus d'accréditation et dont les missions sont de :

- Préparer tous les documents préparatoires et la grille d'auto-évaluation.
- Expliciter les responsabilités de chacun.
- Coordonner et soutenir cette démarche dans les différents services.
- Apporter un regard objectif lorsque cela est nécessaire.
- Fournir aux responsables de chaque groupe d'auto-évaluation un soutien méthodologique et les aider dans l'analyse et le recueil des éléments de preuve pertinents.
- Recueillir toutes les grilles et les informations fournies par les services ou sous-groupes afin d'établir :
 - Si les procédures, documents et informations servant d'éléments de preuve sont disponibles, connus, compris et donc utilisés par les personnels concernés et s'ils sont suffisants et pertinents (adéquats).
 - Les points forts et les dysfonctionnements et faiblesses dans chacun des services et dans leurs interfaces.

Chacun des sous-groupes est placé sous la "direction" d'un responsable chargé de mener à terme cette auto-évaluation avec l'ensemble des membres et de canaliser les débats autour des thèmes prévus, afin d'éviter toute dispersion. Les grilles d'auto-évaluation sont remplies, la réponse de chaque groupe d'auto-évaluation s'ordonnant autour de trois thèmes :

⁷⁶⁷ PAIRE, C., MARQUIS, J., (propos recueillis par -), "Un allié pour les consultants : l'audit interne", op. cit., p. 27

- 1. Le bilan et l'appréciation de la situation présente :**
 - Analyse de l'existant.
 - Recueil des éléments de preuve.
 - Entretiens avec les usagers.
 - Eventuelle simulation d'une visite en interne.
- 2. Le bilan et l'appréciation de la dynamique de progrès en matière de qualité et leurs éventuels résultats :**
 - Indicateurs de mesure de la qualité utilisée.
 - Analyse des incidents / accidents, des enquêtes d'évaluation, des plaintes.
- 3. L'appréciation du degré de conformité aux exigences du manuel d'accréditation et la définition des axes de changement :**
 - Points faibles / points forts et définition de plans d'améliorations.
 - Cotation de chaque référence de A à D.

Ce questionnement est mené par chaque groupe d'auto-évaluation, pour chacun des référentiels et les résultats sont validés par le comité de pilotage. Les grilles d'auto-évaluation de chaque groupe sont renvoyées, accompagnées des éléments de preuve, au(x) responsable(s) désigné(s) de cette auto-évaluation pour l'établissement. Ce(s) dernier(s) ont par la suite la charge de faire la synthèse du travail réalisé par les groupes, de décrire et de compléter l'analyse de l'ensemble des dysfonctionnements observés et de présenter les résultats au comité de pilotage. Ainsi, un ensemble d'actions correctives, accompagnées du délai de mise en œuvre, est proposé.

Après approbation du comité de pilotage, un rapport d'auto-évaluation est rédigé, comprenant l'ensemble des résultats, des fiches d'auto-évaluation et des non-conformités ou dysfonctionnements. Au terme de cette étape, un rapport d'auto-évaluation est transmis au directeur général de l'ANAES.

Les facteurs de réussite d'une telle méthodologie reposent sur son caractère multiprofessionnel, participatif et constructif, les équipes devant mener une réflexion collective et réellement pluridisciplinaire. A cette fin, il est essentiel d'offrir une information entière aux personnels et donc de mettre en place des actions de communication en interne, afin de susciter l'adhésion et une participation très large des acteurs, facilitées par leur compréhension de la démarche, des outils et des objectifs de cette procédure.

L'auto-évaluation doit également être une démarche continue dans le temps afin d'être réellement efficace et opérationnelle, car cette continuité de l'évaluation permet de juger l'état d'avancement des mesures correctives et donc de s'assurer qu'elles sont bien prises en compte et appliquées par les acteurs concernés. La récurrence est alors un vecteur de changement continu.

Enfin, une fois les recommandations pour l'amélioration élaborées, les équipes d'auto-évaluation pourront éventuellement se "transformer" en "groupes de projet d'amélioration de la qualité", ouverts également à tous les acteurs qui n'ont pas pris part à l'auto-évaluation. Ces groupes seront chargés du suivi des actions d'amélioration et donc de la mise en place des changements, ce qui permet d'assurer la continuité de la démarche et l'entrée dans une réelle procédure d'amélioration continue de la qualité.

2.3 APPORTS ET ENJEUX DE LA PHASE D'AUTO-EVALUATION

L'auto-évaluation est une évaluation réalisée en interne, permettant aux personnes qui travaillent dans l'établissement de porter une appréciation sur leurs pratiques, l'organisation et le fonctionnement de la structure et la performance de l'ensemble dans un certain nombre de domaines, afin de déterminer si la qualité de la prise en charge offerte aux patients correspond à ce que les usagers sont en droit d'attendre. Elle leur donne l'occasion d'exprimer leurs points de vue et leur vécu, de déterminer non seulement les forces mais également les faiblesses ou les dysfonctionnements et de proposer leur(s) solution(s) et des changements compte-tenu de leur pratique quotidienne.

La constitution des groupes offre la possibilité d'une réflexion collective et multiprofessionnelle sur chacun des aspects considérés, qui permet de parvenir à une prise en compte des complémentarités d'action et d'organisation, indispensables à la qualité et à la sécurité de la prise en charge des patients. L'auto-évaluation encourage donc la participation des professionnels quel que soit leur statut à l'intérieur de l'établissement (médecins, soignants, gestionnaires et administratifs, agents de services, personnels techniques ou logistiques), afin de mesurer la performance de l'organisation selon un certain nombre de standards. Elle reste cependant sujette à une évaluation externe qui se veut le garant de l'objectivité des résultats et améliorations proposées. L'idée est d'impliquer le personnel dans le processus de changement en vue d'une amélioration de la qualité.

L'auto-évaluation doit non seulement permettre d'améliorer la qualité de manière continue au sein des établissements, mais elle s'inscrit avant tout comme une forme de mobilisation des acteurs dans cette démarche. Les intérêts peuvent être multiples :

- Les situations, souvent complexes, voire techniques, sont plus facilement appréhendables par les acteurs du quotidien. La participation des différents acteurs à l'auto-évaluation devient un gage de leur motivation pour résoudre des dysfonctionnements et mettre en œuvre des solutions préconisées. Il ne s'agit pas ici de révéler des faits insoupçonnables, mais bien de mettre en évidence les problèmes et de rechercher leurs causes afin d'y remédier. On se situe dans un "processus d'évaluation-action", dans le cadre d'une démarche de résolution de problèmes, les hôpitaux connaissant souvent leurs dysfonctionnements⁷⁶⁸.
- L'auto-évaluation s'inscrit dans un contexte où l'Etat cherche à "tirer les établissements vers le haut", mais où il s'essouffle quant aux moyens de peser sur les organisations de soins. Etant données la culture hospitalière et la complexité de la réalité des prises en charge, il est apparu opportun de laisser aux professionnels du terrain le soin de définir les solutions pour mener à bien les améliorations dans les établissements. Ainsi, elle devient un moyen de consolider les configurations d'acteurs à même de garantir la meilleure qualité de prise en charge à l'intérieur des structures.
- L'auto-évaluation facilite parfois l'acceptation de l'évaluation : en effet, il existe des représentations individuelles et il est plus facile de s'évaluer et d'accepter le regard des autres acteurs de l'établissement qui en connaissent les contraintes que celui d'une personne totalement extérieure. Il ne faut pas oublier que la culture orale, prégnante dans le domaine hospitalier, ne facilite guère le diagnostic extérieur. Par ailleurs, l'auto-évaluation permet de parer à certaines représentations individuelles négatives de l'évaluation, encore souvent

⁷⁶⁸ FESSLER, J.M., GEFFROY, L.R., "L'audit interne : Instrument de la qualité à l'hôpital", *Gestions hospitalières*, n° 300, novembre 1990, p. 755.

associée au pouvoir de l'évaluateur sur l'évalué, au jugement et à la sanction. Ici, c'est l'acteur lui-même qui évalue et tente d'améliorer sans sanctionner. Dès lors, l'auto-évaluation et l'évaluation deviennent complémentaires dans les objectifs.

- Il est important de rétablir des systèmes d'information et de décision permettant à tout acteur de l'hôpital de maîtriser et d'analyser leur pratique, donc reliés à la production hospitalière. Comme l'écrit Christophe Pascal, *"le changement que requiert l'hôpital pour s'adapter à la nouvelle donne de cette fin de siècle doit s'appuyer sur l'élaboration d'une représentation construite et partagée des modes d'organisation en vigueur, à partir de laquelle les différents participants à l'œuvre de production de soins peuvent se positionner, procéder à une analyse individuelle et collective des points forts et des points faibles éventuels, et jeter les bases d'une nouvelle organisation et de nouveaux outils"*⁷⁶⁹. Les acteurs possèdent une part d'autonomie qu'il faut respecter aussi bien dans la réalisation de leur travail que dans la résolution des problèmes auxquels ils sont confrontés. *"Les représentations de la "réalité" du travail constituent dès lors le levier d'action essentiel sur les comportements individuels et collectifs, le moyen de les gérer et de les infléchir pour les faire converger vers la réalisation des missions et objectifs définis"*⁷⁷⁰. L'auto-évaluation et l'amélioration continue de la qualité qu'elle doit générer ont pour objectifs d'identifier les dysfonctionnements et d'améliorer les processus. En ce sens, l'auto-évaluation permet à chacun de découvrir par lui-même "ce qu'il fait bien" et "ce qu'il ne fait pas bien" ainsi que les causes et les conséquences de ce qu'il ne fait pas bien.
- Enfin, l'auto-évaluation offre non seulement la possibilité aux établissements de dégager des pistes de changement dans lesquelles les personnels se retrouvent, mais elle offre également l'occasion aux acteurs de mieux se connaître et de reconnaître le travail des autres. De ce fait, elle peut être conçue comme un effort de collaboration entre les différents partenaires et professions.

L'auto-évaluation cherche donc à générer un questionnement continu chez les acteurs, afin d'instaurer une culture positive de l'erreur, en permettant aux personnels d'être davantage acteurs dans le processus de décision.

Néanmoins, la démarche auto-évaluatrice est confrontée à différentes limites et résistances, notamment du fait d'une culture française différente de la culture anglo-saxonne.

2.4 LES FREINS RENCONTRES

Cette démarche, innovante de par sa méthode, se veut globale et systémique, c'est-à-dire comme recouvrant l'intégralité de l'hôpital. Cela ne va pas sans difficultés :

- *conceptuelles* dans un premier temps car chaque établissement est unique à la fois dans son organisation et dans ses activités, ce qui pose le problème de la définition d'un modèle ;
- *dimensionnelles* étant donné l'objet à évaluer et les nombreuses caractéristiques impondérables de chaque établissement ;
- *d'objectivité*, car elle repose sur une interprétation de la réalité qui peut être perçue différemment par chacun et qui suppose une objectivité la plus grande possible ;
- *humaines* car il nécessite l'adhésion de chacun des personnels et demande un investissement et une remise en question que chaque acteur n'est pas toujours prêt à accepter. De plus, il ne

⁷⁶⁹ PASCAL, C. *Gérer les processus à l'hôpital – Une réponse à la difficulté de faire ensemble*, op. cit., p. 7.

⁷⁷⁰ Ibid, p. 8.

faut pas masquer la difficulté de faire collaborer les différents groupes d'acteurs entre eux, ni celle de les faire se rejoindre sur une vision de la réalité.

Enfin, le caractère dynamique de la démarche permet de garder l'établissement en éveil et en constante évolution, mais nécessite une dynamique permanente de chacun qui est difficile à mettre en place.

La mise en place d'une démarche d'auto-évaluation suppose aussi la résolution préalable d'un certain nombre de problèmes méthodologiques, qui constituent des pré-requis indispensables :

- Les missions de l'hôpital conditionnent les objectifs recherchés, point de départ de l'auto-évaluation : cette démarche nécessite donc une interrogation sur les missions. Les objectifs sont multiples et varient selon le type d'établissement (public, privé, PSPH) : ils concernent à la fois les patients, les familles, les tutelles, les personnels médicaux, gestionnaires, soignants ou techniques, l'Etat, les partenaires. Tous ont des attentes différentes qu'il s'agit de parvenir à concilier et parmi lesquelles il faut définir des priorités, sans oublier l'objectif principal qui reste la meilleure prise en charge possible du patient et donc sa satisfaction. L'entrée dans la démarche d'auto-évaluation nécessite ainsi une *redéfinition préalable des missions*.
- L'organisation de l'hôpital est centrée sur les services et les savoirs médicaux, et n'est guère structurée en fonction des parcours des patients. Ainsi, l'hôpital reste cloisonné aussi bien dans son organisation et dans son fonctionnement que dans ses métiers. Désormais, les acteurs en charge de l'auto-évaluation doivent parvenir à *considérer l'établissement comme un système organisé vers une prise en charge optimale des patients* et non comme une juxtaposition de services, afin de permettre la prise en compte des interfaces, hauts lieux de dysfonctionnements.
- Enfin, les acteurs devront s'initier à la méthodologie de l'évaluation, qu'ils méconnaissent, et *accepter la nécessaire remise en question* qu'une telle démarche suppose.

En outre, les difficultés prévisibles au cours du processus sont les suivantes :

- **Méthodologiques**

Il n'est pas aisé de garantir la qualité, la validité et la fiabilité des réponses données par les acteurs, même si des éléments de preuve sont demandés. De plus, un des problèmes concernant l'auto-évaluation et son référentiel est de trouver un mode d'appréciation de l'organisation et des activités qui soit homogène, notamment face à la diversité des acteurs engagés dans le processus, sans être trop normatif, car les indicateurs utilisés ont une forte valeur pédagogique. Par ailleurs, les personnels doivent être formés non seulement à la qualité mais également au travail en groupe afin de mener à bien cette évaluation. Enfin, nous remarquons que les démarches qualité et celles de recueil de l'information sont encore insuffisantes et non suffisamment avancées dans les structures de soins, ce qui ne favorise guère la collecte des éléments de preuves.

- **Culturelles**

L'auto-évaluation fait appel à des concepts relatifs aux démarches qualité et à la confrontation à un référentiel, ce qui suppose un fort développement de l'écrit. Les établissements de soins sont en retard dans ces domaines. L'auto-évaluation peut donc encore se trouver confrontée à des réticences, d'autant plus que cette démarche est novatrice et que la référence au contrôle est encore très présente dans les esprits.

- **Un risque de lassitude de la part des acteurs suite à la lourdeur d'une telle procédure et au temps qu'elle nécessite**

Certains lui reprochent de générer une surcharge de travail et d'être consommatrice de personnels et de temps. En effet, cette démarche impose une charge de travail importante aux personnels, particulièrement au début, ce qui peut effrayer les acteurs et limiter la participation.

La démarche peut donc se heurter dans un premier temps à l'absence de transversalité dont fait preuve l'hôpital et un degré d'implication moindre de certains acteurs. A ces freins viennent s'ajouter quelques limites.

D'abord, il n'existe pas de mécanisme très précis permettant de s'assurer de la complète transparence et d'une fiabilité totale de l'auto-évaluation et de ses résultats, même si la visite cherche à remédier à ce dernier point.

Ensuite, l'auto-évaluation n'est pas un exercice facile, il existe un certain nombre de travers que les acteurs doivent éviter :

- l'égo-évaluation, comme nous l'avons vu précédemment,
- le jugement de valeur individuel : l'idée est de parvenir à une compréhension globale du fonctionnement et à la résolution des principaux dysfonctionnements entravant les pratiques et la qualité des prises en charge et non des jugements de valeur individuels,
- le contrôle de normes : le manuel présente des objectifs, le but étant la mise en place de changement en vue d'une amélioration continue de la qualité et non l'adéquation à des normes strictes, figées et peu évolutives.

Enfin, il nous semble regrettable que les résultats de l'auto-évaluation ne soient pas communiqués directement au Collège d'Accréditation comme élément dans la décision d'accréditation, alors que cette phase est considérée comme essentielle dans la procédure.

CONCLUSION DU CHAPITRE : L'AUTO-EVALUATION AU CŒUR DU CHANGEMENT ORGANISATIONNEL

"L'accréditation, première approche d'une véritable transparence des systèmes régissant les établissements de soins, doit fortement concourir au développement de la prévention et de l'anticipation dans la gestion des risques qui n'est en fait que l'acceptation pleine et entière de sa propre responsabilité dans la chaîne de soins"⁷⁷¹. Elle s'inscrit dans une dynamique qui se construit "au travers d'une remise en question des champs de force qui réglaient jusqu'alors les rapports entre les différents acteurs du système"⁷⁷². Cette démarche, non contente d'inscrire l'établissement dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité, devrait également permettre de le décloisonner.

L'accréditation est :

- Un processus d'évaluation interne et externe,
- réalisé par des professionnels de la santé,
- qui évalue la qualité et la sécurité des soins aux patients ainsi que leur amélioration,
- dans les établissements publics et privés,
- à l'aide d'un référentiel,
- élaboré par des professionnels et sans cesse amélioré.
- Cette démarche, renouvelable tous les cinq ans, s'inscrit comme une étape, parfois initiatrice, d'une dynamique d'amélioration continue de la qualité.
- La phase clé devant générer des changements se trouve être l'auto-évaluation.

Aujourd'hui, l'accréditation apparaît comme un sujet très concret qui devrait engendrer une "révolution dans les pratiques" : parler d'accréditation revient à parler de transformation. L'accréditation n'est pas une fin en soi : c'est un moyen de mettre en place une politique d'amélioration continue de la qualité. Elle permet de considérer les actions prioritaires, concrètes et évaluables, à mener pour améliorer la qualité et la sécurité des soins face aux dysfonctionnements détectés.

L'implication de toutes les catégories professionnelles doit permettre de "faire émerger les véritables problèmes, d'en obtenir une représentation objective, et d'assurer l'appropriation des changements éventuellement nécessaires"⁷⁷³. C'est au moment de la participation dans le processus de décision que se forge l'adhésion des personnels à la démarche.

⁷⁷¹ BARBIN, B., BOISSIER RAMBAUD, C., CHAMPION DAVILLER, M.-N., FESSLER, J.-M., NEBESAROVA, J., *Hôpitaux, cliniques : De l'accréditation à la qualité*, op. cit., p 3.

⁷⁷² LOMBRAIL, P., "Présentation du domaine étudié", p. 24, in groupe IMAGE, *L'accréditation en France : comment ?*, Actes du séminaire des 6 et 7 octobre 1993 à Saint-Maurice, Rennes ENSP, 1994, pp. 15-29.

⁷⁷³ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ, Direction de l'accréditation, *Préparer et conduire votre démarche d'accréditation – Un guide pratique*, op. cit., p. 22.

La phase d'auto-évaluation est primordiale dans le processus d'accréditation et de mise en place d'une amélioration continue de la qualité. Elle doit permettre de prendre conscience des dysfonctionnements et constituer de ce fait une aide à la décision pour déterminer les actions prioritaires à mener. Pour qu'elle soit profitable, les acteurs doivent passer par trois étapes :

- s'approprier le référentiel,
- se fixer une méthode propre d'auto-évaluation,
- s'auto-évaluer.

L'accréditation n'est qu'un levier d'action. C'est aux acteurs de construire un système d'actions complexe qui permette d'évaluer puis de suivre les recommandations, c'est-à-dire qu'ils doivent se créer une méthodologie d'évaluation à la fois transversale et verticale à partir du référentiel de l'ANAES.

A cette fin, il apparaît nécessaire de favoriser l'existence d'un langage commun entre tous les intervenants concernés par la procédure, afin qu'ils s'accordent sur la signification et les principes de l'amélioration continue de la qualité.

Pour atteindre ces objectifs, l'auto-évaluation ne doit pas être vécue par les acteurs comme un système de notation validé par les évaluateurs et qui permettrait de se comparer aux autres établissements, mais plutôt comme un moyen de se comparer à soi-même et d'améliorer sa performance, car elle se situe dans une démarche de changement. Les personnels doivent sortir de la notion de contrôle et de sanction pour s'inscrire dans une recherche de qualité pour le patient, qui ne se fera pas sans un changement culturel.

La mise en place de la démarche a rencontré quelques difficultés comme des mentalités parfois réticentes aux pratiques évaluatives, une place de l'écrit différente en France que dans les pays anglo-saxons⁷⁷⁴, une grande méfiance du corps médical ou la défaillance des systèmes d'information, sans oublier le fait qu'elle a été considérée par beaucoup comme une contrainte supplémentaire s'inscrivant dans un système déjà très lourd sur le plan administratif.

De plus, l'auto-évaluation nécessite un consensus entre les différentes parties concernées (médecins, cadres, syndicats, administratifs, soignants, personnels techniques). Le management participatif, donc égalitaire entre les différents professionnels des établissements, pose un problème en France où les hiérarchies et les pouvoirs sont très marqués. Les métiers et les services sont cloisonnés, les uns et les autres doivent apprendre à travailler ensemble et à accepter les jugements et critiques formulés par d'autres. Enfin, une certaine méconnaissance de l'établissement et plus particulièrement de son fonctionnement par les professionnels borne souvent leur connaissance à celle du service au sein duquel ils travaillent.

L'accréditation se présente comme une évaluation difficile à faire accepter à un milieu professionnel qui n'a qu'une culture balbutiante dans ce domaine, même si certaines catégories de personnels semblent davantage prêtes que d'autres. C'est un véritable changement de culture qui se profile, notamment en termes d'écrits, d'indicateurs, d'évaluation ou de remises en question permanentes. Le frein principal à l'évaluation demeure donc culturel, d'autant plus que nous sommes dans une culture de l'implicite plus que de l'explicite dans laquelle il faut éviter de "tout et trop formaliser".

Il faut désormais une volonté interne incontestable avec une forte implication des professionnels, ainsi que le dépassement du clivage corps médical/corps administratif, pour que la démarche fonctionne. Dès lors, de l'information, une formation, des bases d'un processus continu d'amélioration de la qualité et l'engagement de la direction ainsi que l'implication de tout le

⁷⁷⁴ La France est un pays latin, de tradition orale, tandis que le continent nord-américain, anglo-saxon, est davantage habitué à l'écrit. En France, l'écrit prend avant tout la forme de lois, décrets, circulaires.

personnel pour atteindre le "zéro impasse" semblent indispensables afin d'inscrire l'accréditation dans une logique formative plutôt que sommative.

L'accréditation n'est pas une finalité en soi : c'est une étape de la démarche d'amélioration continue de la qualité. L'important réside dans la suite donnée aux résultats de l'accréditation par l'établissement, c'est-à-dire l'amélioration continue de la prestation servie au patient. Cette démarche ne sera réellement valable que si les établissements se l'approprient en tant qu'outil d'amélioration et de changement et ne la considèrent pas comme une simple reconnaissance du respect des procédures.

Les résultats de l'accréditation ne constituent donc pas la finalité, mais le point de départ d'une dynamique : l'auto-évaluation et la visite doivent en effet inscrire durablement les établissements de santé dans une démarche de recherche de la qualité et les inciter à s'organiser de manière à offrir la meilleure qualité des soins. En ce sens, la phase d'auto-évaluation est primordiale et constitue un moment essentiel de l'accréditation, puisqu'elle est l'occasion de mobiliser l'ensemble des personnels et des équipes autour d'un questionnement sur l'organisation interne, comme outil de délivrance de soins de qualité⁷⁷⁵. Le problème de sa mise en place et de l'inscription dans la dynamique d'amélioration continue de la qualité se pose maintenant dans les établissements de santé.

⁷⁷⁵ COUTY, E., "Existe-t-il un lien entre planification, financement et accréditation ?", op. cit., p. 10.

Chapitre 2

L'auto-évaluation en action

*Quel avantage n'a pas un discours prononcé
sur un ouvrage qui est écrit!
Les hommes sont les dupes de l'action et de la parole (...)*

LA BRUYÈRE, les Caractères, XV, 27.

Ce deuxième chapitre, intitulé "l'auto-évaluation en action", a pour objet d'expliquer la mise en pratique du modèle d'auto-évaluation au sein des établissements de santé français, d'en déterminer les résultats et d'en évaluer les limites dans le cadre d'une expérimentation conduite dans six établissements. Il vise également à présenter les perceptions de la démarche chez les acteurs chargés de sa mise en place dans les structures de soins.

La première section présente la méthodologie mise en œuvre dans six établissements, afin de comprendre comment cette démarche est mise en pratique et d'en extraire les déterminants permettant de mener à une auto-évaluation globale et participative.

La deuxième section s'attache à présenter les résultats de l'auto-évaluation dans un centre médical et chirurgical de réadaptation et permet d'illustrer la mise en application de notre modèle.

La troisième section, enfin, s'appuie sur le recueil des perceptions de l'auto-évaluation par les responsables chargés de la mettre en œuvre dans les établissements, afin d'exposer leur définition de la démarche et leurs points de vue concernant ses apports, les freins rencontrés en interne et les limites perçues ou vécues.

Section 1

La méthodologie de mise en œuvre de l'auto-évaluation dans les établissements de soins

Un élément déterminant pour les résultats et les
suites de la démarche

*La force d'un raisonnement consiste dans une exposition claire
des preuves mises dans tout leur jour, et une conclusion juste (...)*

VOLTAIRE, Dict. philosophique, Force.

*(...) l'actualisation a pour fonction de faire passer la langue dans la parole :
c'est par l'actualisation modale qu'un ou plusieurs mots exprimant une
représentation deviennent une phrase (la phrase est l'acte de parole par excellence);
c'est aussi par l'actualisation que les signes de la langue
peuvent devenir des termes de la phrase (...)*

Charles BALLY, Linguistique générale et linguistique franç., § 119.

L'auto-évaluation se met en place pour la première fois dans les établissements de soins français : nous nous sommes donc d'abord intéressée à la méthodologie mise en œuvre dans six établissements.

Durant le deuxième semestre 2002, nous avons mené des entretiens auprès de huit personnels d'établissement, respectivement⁷⁷⁶ :

- A. Médecin anesthésiste, hygiéniste, responsable du groupe pilote de l'accréditation à la clinique de la Croix-Verte.
- B. Ancien chirurgien, directeur général adjoint chargé de la stratégie et de la qualité à la clinique du Lac, PDG de la clinique des Thermes actuellement en cours de restructuration avec la clinique du Lac.
- C. Médecin interniste à la clinique du Lac.
- D. Surveillant général au centre médical de l'Est, établissement PSPH de court, moyen et long séjour, et coordonnateur des soins de trois établissements.
- E. Médecin anesthésiste, ancienne responsable qualité de la clinique du Lac, désormais anesthésiste à la clinique du Premier.
- F. Directeur général du centre médical et chirurgical de réadaptation des Hauteurs, également expert-visiteur pour le compte de l'ANAES.
- G. Directeur de la qualité et de l'accréditation au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) des Gaules.
- H. Directeur de la stratégie au CHU des Gaules.

Les entretiens avaient pour objet de recueillir le vécu et les perceptions quant au "succès" des démarches d'auto-évaluation mises en place dans des établissements à la fois publics, privés PSPH, mutualistes et privés à but lucratif. Les récits des différentes expériences nous ont conduit à penser que la méthodologie de l'auto-évaluation conditionnait les perceptions, à la fois en termes de ressenti, d'implication et de motivation, et les suites de la démarche - réussite ou échec - en termes de changement.

Ainsi, il nous a semblé intéressant de nous arrêter sur la méthodologie mise en œuvre dans les différents établissements étudiés, afin de comprendre le contexte, les choix effectués et leurs répercussions. Notre objectif est de mettre en évidence les déterminants de la méthodologie permettant de mener à une auto-évaluation "réussie", c'est-à-dire susceptibles d'engendrer participation, appropriation de l'évaluation et des décisions par les acteurs, puis changement.

1 EXPOSE DE LA METHODOLOGIE MISE EN ŒUVRE DANS SIX ETABLISSEMENTS

L'auto-évaluation cherche à associer un maximum d'acteurs au diagnostic et à la définition de solutions permettant de remédier aux dysfonctionnements observés et d'améliorer la qualité. Nous nous sommes penchée sur la méthodologie mise en œuvre dans chacun des établissements rencontrés, afin d'en extraire des éléments d'analyse et de conclure sur les déterminants essentiels permettant de favoriser participation, échanges, implication et motivation du plus grand nombre d'acteurs.

⁷⁷⁶ Tout au long de nos analyses, nous ferons référence aux propos des interlocuteurs en indiquant la lettre correspondante entre parenthèses.

1.1 LA CLINIQUE DE LA CROIX- VERTE : UNE METHODOLOGIE SANS DISTANCE

La clinique de la Croix-Verte est une clinique mutualiste de court séjour⁷⁷⁷.

1.1.1 La méthodologie d'auto-évaluation

La méthodologie d'auto-évaluation mise en œuvre à la clinique de la Croix-Verte suit les préconisations de l'ANAES. Elle repose sur la constitution d'un groupe pilote, chargé de manager des groupes d'auto-évaluation composés de personnels de l'établissement et placés sous la direction d'un responsable pour chaque groupe. Ces groupes ont la charge d'établir les points forts, les points faibles et des pistes d'amélioration pour la clinique sur la base des référentiels.

Quelques faits sont à noter :

- Le groupe pilote, initialement composé de vingt-cinq personnes, a été réduit de plus de moitié par la responsable qui considérait que c'était "*trop*". Il est désormais de douze personnes.
- Multidisciplinaires et composés de douze à quinze personnes, trois groupes d'auto-évaluation seulement ont été mis en place pour les dix référentiels (un par chapitre du manuel). En effet, seules quarante personnes sur deux cent cinquante ont été intéressées pour participer à la procédure. Trois groupes permettaient de limiter les réunions.
- Déjà sensibilisés à la démarche au cours d'une réunion relative au projet d'établissement, au cours de laquelle l'accréditation avait été abordée, les médecins et les cadres ont activement participé au sein de ces groupes. Ainsi, une dizaine de médecins sur un total de trente ont pris part à la démarche.
- A l'inverse, les personnels non cadres n'étaient pas suffisamment informés. Une communication a été faite par l'intermédiaire d'une "gazette" demandant la participation du personnel, ce qui a amené certains acteurs à se porter volontaires. Pour les autres, les responsables, notamment les surveillantes, ont dû "*aller les chercher*" et "*fixer des noms*" (A).
- Le groupe "management et gestion au service du patient" (MEA-GFL-GRH-GSI) s'est distingué des autres en s'organisant autrement que ce qui avait été conçu par la responsable. Le groupe initial était composé de seize personnes. Les acteurs engagés se sont trouvés trop nombreux pour travailler, et se sont eux-mêmes divisés en quatre groupes de trois ou quatre. Au jour d'aujourd'hui, il n'est pas possible de déterminer si cela a été une bonne formule. Notre interlocuteur a seulement pointé le fait selon lequel "*sur quatre, ils n'étaient que deux ou trois présents. Je pense que ce n'est pas du tout une façon de faire un point sur un établissement. Quand on se retrouve à trois personnes, on n'a pas du tout une vue d'ensemble*" (A). Cela pose en outre, le problème de la multidisciplinarité, du débat et de capacité d'expression entre deux acteurs de niveaux totalement différents (par exemple un agent de service et le directeur adjoint) dans de si petits groupes.

Notre interlocuteur reconnaît, concernant la démarche et la constitution des groupes, que l'organisation a été très directive, "*car les questions de temps imposaient d'avoir une certaine autorité, on n'avait pas assez de temps.*" Paradoxalement, elle précise que la démarche ne peut fonctionner qu'avec des volontaires : "*ceux qu'on est allé chercher ne sont jamais*

⁷⁷⁷ Nous ne nous attarderons pas sur la description de chaque établissement, l'objectif de la section étant de déterminer des facteurs communs devant garantir le succès de la démarche, quel que soit le type d'établissement, son activité ou sa taille. Nous nous contenterons donc d'indiquer le type d'activité et le statut de l'établissement.

venus... *Quand les personnels ont été volontaires, ils sont venus bien régulièrement. Quand ça a été des volontaires désignés, ils se sont essoufflés au bout de trois ou quatre réunions*" (A).

En termes de formation et d'information, les éléments mis en place ont été les suivants :

- une réunion d'information et de lancement de la démarche en direction des médecins et des cadres de l'établissement, dans le cadre du projet d'établissement,
- une réunion d'information de l'ensemble du personnel début janvier, où vingt personnes seulement se sont présentées,
- une formation des différents membres des groupes, sur la base des documents de l'ANAES,
- une réunion générale d'information à mi-parcours,
- une gazette, accrochée à la feuille de paye, qui permettait de diffuser tous les mois le point d'avancement. Ce moyen a visiblement permis de communiquer beaucoup plus largement vers l'ensemble du personnel.

Les médecins et les cadres, informés préalablement, ont participé aux groupes de manière totalement volontaire. A l'inverse, l'établissement a rencontré quelques difficultés pour impliquer les personnels soignants, techniques, logistiques et administratifs non cadres, du fait de l'insuffisance de communication préalable sur la démarche : la réunion d'information générale n'a pas été attractive – peu de personnels se sont sentis concernés ; en outre, elle n'a eu lieu qu'en janvier 2002 alors que les groupes avaient déjà commencé à travailler - et la première gazette relative à l'accréditation n'est sortie que le 26 décembre 2001, soit un mois après le démarrage de la démarche. Enfin, la hiérarchie et l'implication de leurs supérieurs sont apparues comme deux facteurs susceptibles d'influencer la perception globale de la démarche par les personnels et leur participation : *"Les divers étages ou services bougent en fonction de l'implication du chef. Il y a des secrétaires administratives qui ne bougent pas quand elles ont un chef administratif qui bouge peu, par contre les secrétaires médicales dont le responsable médical est très impliqué posent beaucoup de questions. Dans les services, c'est vraiment fonction de l'implication du cadre infirmier"* (A).

La démarche a démarré le 27 octobre 2001 avec la création du groupe pilote, les groupes ont commencé à travailler en décembre 2001, l'auto-évaluation était toujours en cours en juillet 2002.

Les trois groupes se sont réunis à raison d'une fois par semaine, une heure, afin que les réunions soient courtes et ciblées. Cela a donné lieu à des compte-rendus, relatifs aux conclusions sur chaque référence, et accompagnés de fiches de présence et de compte-rendus des réunions. Le groupe pilote s'est réuni une fois par mois, afin de faire le bilan de l'avancement des groupes d'auto-évaluation.

La visite, attendue pour mars-avril 2002, a été reportée par l'ANAES, car elle ne pouvait réaliser toutes les visites prévues dans le laps de temps imparti. Après six mois d'auto-évaluation, la dynamique *"s'essouffle un peu"* constate la responsable de la démarche en interne. Ainsi, par exemple, les médecins *"n'ont pas tous tenu la longueur"* (A) : un tiers a participé dans les groupes, donnant régulièrement leur avis, mais pas toujours avec le même dynamisme.

Une étude a été menée au niveau des groupes pour connaître la quantité d'heures passées et le pourcentage de suivi :

- Le groupe pilote était à 100% au départ, il a terminé à 69%.
- Le groupe "le patient et sa prise en charge" (DIP-DPA-OPC) est resté constant à 61 %, la responsable expliquant cette stabilité par le chef de groupe *"hyper dynamique"*, et aussi parce que *"c'est le groupe le plus matériel"* (A) : le dossier

d'accueil et le dossier d'hospitalisation par exemple sont des éléments concrets à évaluer, à améliorer ou à mettre en place s'ils n'existent pas.

- Le groupe "management et gestion au service du patient" (MEA-GFL-GRH-GSI) n'a pas fourni ces renseignements⁷⁷⁸.
- Le groupe "qualité et prévention" (QPR-VST-SPI) a terminé à 33 %, sans que notre interlocuteur ne sache l'expliquer.

La responsable de la démarche (A) s'est formée quasiment seule. Elle précise que *"n'ayant pas une formation très poussée, c'est vrai que j'ai essayé de suivre au plus près en essayant de réorienter au moment de chaque groupe pilote, en allant chercher sur internet comment tous les établissements visités avaient répondu et comment ils avaient formé leurs réponses. Mais c'est vrai que je suis vraiment à la lettre les différentes références, parce qu'on n'avait ni les moyens ni la capacité de s'évader sans risque de faire des contresens et des faux sens. On est restés vraiment bien fidèles, voire scolaires"*. Cette absence de formation a privé la responsable d'une certaine légitimité face aux acteurs dans l'organisation de l'auto-évaluation.

1.1.2 Analyse de la méthodologie mise en œuvre

La méthodologie mise en œuvre à la clinique de la Croix-Verte cherche à suivre scrupuleusement ce qui a été défini par l'ANAES en termes de composition des groupes et de déroulement de la démarche. Néanmoins, la constitution des groupes s'est heurtée au faible taux de participation.

- La faible implication du personnel non cadre est regrettable. Cela s'explique par la nette insuffisance de communication en amont de la démarche. Peu, voire pas sensibilisés à l'auto-évaluation, ces acteurs sont restés non concernés, voire méfiants pour certains, à l'encontre de cette nouvelle procédure.
- Trois groupes seulement ont été constitués pour répondre à dix référentiels, ce qui implique que chaque groupe a dû considérer approximativement une centaine de critères.

En outre, au cours du déroulement de la procédure, différents aspects méritent d'être pointés :

- Le groupe pilote semble avoir été créé pour s'assurer que les groupes répondaient aux questions et avançaient dans le manuel, mais il semble dépourvu de toute "autorité" à l'encontre des groupes. En outre, son rôle de coordination est absent du récit. Cet aspect peut s'expliquer par l'absence de formation de ses membres sur ce type de démarches.
- Le dynamisme et l'implication du responsable de groupe apparaît comme un élément primordial de motivation et d'avancement des groupes d'auto-évaluation comme le démontre le groupe "le patient et sa prise en charge".
- La rédaction systématique de comptes-rendus favorise l'élaboration de la synthèse et habitue les acteurs à l'écrit.

La démarche mise en œuvre repose pour beaucoup sur la responsable de la démarche qui souffre d'un manque de relais. Dès lors, non formée à la qualité, elle a tenté de répondre aux exigences de l'ANAES, mais la démarche, trop scolaire et peu flexible, reste associée dans l'esprit des acteurs à un contrôle, ce qui ne favorise pas leur participation et risque de ne pas favoriser la mise en œuvre des améliorations décidées au cours de la démarche.

⁷⁷⁸ Pour mémoire, ce groupe s'est scindé en quatre groupes de quatre personnes.

1.2 LA CLINIQUE DES THERMES : UNE METHODOLOGIE TRAVAILLEE ET AXEE SUR LE DEVELOPPEMENT DE LA QUALITE

La clinique des Thermes est une clinique privée à but lucratif, dont les activités relèvent du court séjour.

1.2.1 La méthodologie d'auto-évaluation

La clinique des Thermes avait lancé une démarche qualité en 1993. Un certain nombre d'actions d'améliorations avaient donc déjà été mises en place dans l'établissement. La clinique était alors dans une démarche d'assurance de la qualité dans certains domaines, mais avec quelques différences avec ce qui a été fait après l'accréditation : *"le passage de l'un à l'autre n'a pas forcément été très évident"* (B).

La clinique a été visitée en 2002. *"Nous avons été scrupuleux vis-à-vis de la méthodologie"*, précise le PDG. Le comité qualité, datant de 1996, est devenu comité de pilotage un an et demi avant la date prévue de la visite d'accréditation. En outre, un demi-poste de référente qualité avait déjà été créé dans cet établissement.

La direction a commencé par réaliser une information, d'abord en direction de l'encadrement et des médecins au cours d'un séminaire de week-end, puis sur des demi-journées pour la totalité du personnel, au cours desquelles la présence était obligatoire.

Le personnel a donc été sensibilisé et informé à la fois sur le fait que l'établissement allait mener une action d'auto-évaluation suivie d'une visite d'accréditation, et sur les enjeux, le contenu et le déroulement de la démarche. La direction a alors demandé une inscription volontaire des acteurs de la clinique dans les groupes, en leur laissant choisir les thèmes sur lesquels ils souhaitaient travailler. Une fois les volontaires inscrits, le comité de pilotage a validé les groupes.

Dix groupes ont été formés, soit un par chapitre du référentiel, chaque groupe étant constitué d'au moins six personnes (jusqu'à dix maximum), et comprenant toujours au moins trois métiers différents : *"il y avait toujours au moins un médecin, au moins une infirmière et puis il y avait un ou deux métiers différents"* (B). Au total plus de soixante-dix personnes ont été impliquées, sur un total de personnel soignant de cent-soixante ETP⁷⁷⁹, auxquels il faut ajouter les médecins (libéraux). La participation a donc concerné environ un tiers de l'ensemble des salariés et des médecins de la clinique. L'ensemble des groupes a été formé sur la base du volontariat, même si cela a été plus difficile pour les médecins qui ont eu du mal à *"mettre le pied à l'étrier"* (B). Leur implication dans les groupes s'est faite par le biais de la CME⁷⁸⁰ ; au final cependant, certains groupes ont eu plus d'un médecin. La dynamique semble réelle, y compris au niveau médical.

Un pilote a été nommé pour chaque groupe et a reçu une formation complémentaire sur l'animation de groupe et la démarche d'accréditation, complétée par une formation relative au référentiel dont il avait la charge. Cette formation a été faite par un free-lance de la clinique du Lac : médecin anesthésiste, elle était référente qualité au Lac et travaillait également dans une société de conseil en qualité.

En janvier ou février 2001, les groupes étaient constitués et devaient se réunir sur des créneaux horaires extrêmement précis. En effet, toutes les réunions ont été programmées entre midi et quatorze heures et ne devaient pas dépasser une heure et demi. *"Pour dégager du personnel, vous ne pouvez pas remplacer du personnel, ça ne ressemble à rien. Alors ça*

⁷⁷⁹ Equivalent Temps Plein

⁷⁸⁰ Commission Médicale d'Etablissement.

évitait qu'il y ait des services qui se trouvent soudain déshabillés d'un tas de personnes, ce qui les aurait obligés à remplacer systématiquement. Là on était dans une période de changement d'équipe, ça permettait de ne pas remplacer toutes les équipes" (B).

Les groupes se sont réunis entre six et neuf fois. Chaque réunion donnait lieu à un compte-rendu écrit qui était remis aux membres du groupe, et dont le double était donné au secrétariat de direction pour qu'il puisse y avoir lecture au niveau de la cellule qualité de ce qui se passait. La référente qualité, dont le rôle était de s'assurer que les groupes fonctionnaient bien, procédait à la lecture de l'ensemble et relançait sur les points qui n'étaient pas suffisamment travaillés. Tous les mois, il y avait une réunion du comité de pilotage à laquelle participaient les responsables de groupe. Chaque pilote rendait compte de l'état d'avancement de son groupe, des problèmes rencontrés, des points qui lui semblaient difficiles, et le comité de pilotage prenait alors une position.

Cette auto-évaluation a pris place jusqu'au mois de novembre. L'établissement a reçu une information le 3 janvier 2002 selon laquelle il devait envoyer tout le rapport d'auto-évaluation à l'ANAES pour le 26 ou le 27 janvier, ce qui l'a obligé à accélérer fortement le rythme pour mettre en forme l'ensemble des résultats. Notons que les documents disponibles étaient écrits, mais que ceux "tapés" étaient rares. Après une auto-évaluation de neuf mois environ (février à novembre), la clinique a donc relancé les groupes afin de faire réécrire certains passages, de bien rédiger, de mettre au propre le travail jusqu'alors "informel" et de renvoyer le rapport d'auto-évaluation dans les temps.

La synthèse et les conclusions, ainsi que la mise en forme du document à renvoyer à l'ANAES se sont donc faites au mois de janvier avec un timing serré. La lecture transversale s'est faite dans l'urgence par trois membres de la direction. *"Nous avons fourni à ce moment-là un rapport d'auto-évaluation qui n'était sûrement pas tout à fait assez peaufiné"* (B).

La direction a préparé la visite, elle a raconté aux personnels, en leur adressant un papier, la démarche de la clinique et a organisé une sorte de "bachotage" (B) : les personnels savaient ce qu'ils devaient répondre à beaucoup de questions et surtout comment ne pas répondre, par exemple qu'il fallait mieux dire *"je ne sais pas, mais je sais où le trouver"* que d'essayer de se lancer dans des explications.

La visite a eu lieu au mois de mars 2002. Elle s'est déroulée sur trois jours avec trois personnes. Les groupes ont tous été entendus, certains ayant été regroupés pour la visite. *"Un des problèmes est que quand l'établissement fait les groupes d'auto-évaluation, il ne songe pas forcément à la visite et à son organisation. Il ne sait rien en tout cas de combien de personnes vont venir et de combien de temps il vont prendre. (...) Or ces groupes sont entendus dans un programme sur trois jours, ce qui n'est pas facile à organiser en termes de temps, je pense qu'il faut bien réfléchir à ça dans l'organisation pratique de l'auto-évaluation."* Le PDG des Thermes conclut sur le fait que la démarche est "lourde" mais qu'elle fonctionne bien.

1.2.2 Analyse de la méthodologie mise en œuvre

A l'évidence, l'établissement a mis en place une méthodologie qui fonctionne et a permis de réaliser une auto-évaluation claire et participative. L'approche choisie s'oriente vers la qualité et une volonté de l'améliorer de façon continue. En effet :

- La culture de l'évaluation et de la qualité faisait déjà partie de la clinique avant la mise en place de l'accréditation. Les acteurs étaient déjà en partie familiarisés aux enjeux d'une telle démarche.
- Les personnels ont tous bénéficié d'une information et d'une sensibilisation. Grâce à cette communication et à la connaissance préalable des démarches qualité, la

participation a été forte et s'est organisée sur une réelle base de volontariat à la fois chez les salariés et parmi l'encadrement.

- La participation des médecins a été plus laborieuse : libéraux, les médecins devaient prendre sur leur temps de travail. En outre, ce type de pratique s'éloigne de leur culture. La sensibilisation s'est faite par le biais de la CME et est apparue comme un bon moyen de les impliquer.

L'auto-évaluation semble s'être déroulée sans problème, avec des groupes multidisciplinaires et multiniveaux, informés et préparés. La direction est d'ailleurs satisfaite de la méthodologie et estime qu'elle a permis l'implication de bon nombre de personnels. Elle s'inscrit au cœur de la qualité et du développement de l'écrit par le biais des comptes-rendus.

Par contre, la clinique a fait preuve d'un manque d'anticipation quant au rendu des conclusions de cette auto-évaluation. Nous pouvons penser que cela est dû à l'existence préalable de démarches qualité en interne : les acteurs étaient habitués à ce type de travail de recherche de dysfonctionnements dans l'optique d'y remédier. L'approche qualité était déjà ancrée dans leur culture et l'auto-évaluation a donc rencontré moins de résistance que dans un établissement non habitué à ce type de démarche. Par contre, habitués à le faire pour eux-mêmes en interne, ils n'ont pas suffisamment évalué la tâche de travail pour rendre ce travail à l'ANAES, cet aspect étant accentué par le fait que l'agence d'accréditation les a prévenus tardivement.

L'auto-évaluation s'inscrit dans le registre de l'évaluation et de la qualité à la fois dans son organisation et dans son déroulement. A l'inverse, la visite s'inscrit davantage dans une logique de contrôle : les acteurs ont été amenés à réviser leurs procédures, des rappels ont été faits, etc. Comme l'a mentionné le PDG, la visite a été préparée dans une ambiance de "bachotage", donc de révision intensive avant un examen. La visite a donc été vécue comme un élément sanctionnant.

1.3 LA CLINIQUE DU LAC : UNE DEMARCHE TROP DIRECTIVE

La clinique du Lac est une clinique mutualiste de court séjour.

1.3.1 La méthodologie d'auto-évaluation

A la clinique du Lac, la démarche a été très directive. Le directeur de l'époque "*a voulu faire un peu à sa façon*" (B) ; confronté à d'autres problèmes, "*il a voulu mener ça de façon un peu rapide*" (B). "*La remarque principale qu'on ait eue c'est que justement l'auto-évaluation telle qu'elle a été faite ici ne correspondait pas à ce qu'attendaient les experts-visiteurs d'une auto-évaluation : groupes trop restreints, emprise trop grande de la direction, on trouve les mêmes à tous les coins de couloir, voilà le type de remarques qui ont été faites*", explique le directeur adjoint chargé de la stratégie et de la qualité, qui reconnaît alors qu'ils n'ont pas été assez attentifs au niveau de la méthodologie.

La démarche était déjà connue des acteurs de l'établissement, puisque la clinique avait expérimenté l'agrément canadien en 1997 et la phase test de l'ANAES en 1998. L'information a donc été complétée par des réunions générales conviant les personnels et par des informations dans les services.

La méthodologie choisie dans cette phase "réelle" de la démarche a suivi en partie le manuel de l'ANAES :

- Un comité de pilotage de la démarche a été créé.
- Pour chaque référentiel, des responsables ont été désignés par sous-groupe.
- Le comité de pilotage a d'abord lancé un appel à volontaires, mais il est à noter que ces derniers n'ont pas choisi leur groupe. Chaque responsable de groupe a choisi, parmi eux, dans les différentes professions pour remplir son groupe, afin de constituer une équipe conséquente et si possible représentant l'ensemble des professions hospitalières. Ensuite, *"comme il en manquait évidemment"* (B), le comité de pilotage s'est adressé directement aux personnes qu'il pensait susceptibles d'apporter une réflexion intéressante dans les groupes. Concernant les médecins, il sont venus *"parfois avec des téléphones, parfois en repartant au bout de peu de temps, en arrivant avant la fin, mais ceux qui s'étaient engagés, pour la plupart, sont quand même venus dans les groupes, pas à 100 %, il y en a qui rataient certaines réunions, mais ils sont quand même venus, il y a quand même eu une implication"* (C).
- Par contre, suite à l'insuffisance de personnels désirant s'impliquer, il n'a pas été possible de mettre en place un groupe par référentiel : certains chapitres du manuel ont donc été regroupés. Six groupes au total ont été constitués, ce qui est dommage dans un établissement pluridisciplinaire de cette taille.
- Une réunion du comité de pilotage a eu lieu afin de vérifier que tous les groupes étaient complets et bien constitués, puis élaborer un calendrier des rencontres.

Les groupes se sont réunis et ont discuté chaque point du référentiel les concernant. Une personne était normalement chargée de faire le résumé de chaque réunion et de le renvoyer au responsable de groupe ainsi qu'aux membres du groupe avant la réunion suivante. Cela devait permettre de valider les points abordés la fois précédente et d'enchaîner sur la suite.

"La difficulté, c'est de ne pas faire que des réunions de chefs, c'est le premier obstacle, et puis ensuite c'est que ceux qui se sont inscrits viennent. Donc on n'a jamais une présence à 100% mais on a réussi quand même à avoir pas mal de monde" (C). Les réunions avaient lieu sur le temps de travail ; la direction avait attribué du temps aux salariés pour réaliser l'auto-évaluation et assister aux réunions (remplacement de leur temps de travail ou organisation de service).

L'auto-évaluation s'est déroulée sur deux mois : les groupes se sont réunis *"un peu à fond de train"* (B), il n'y avait *"pas de procès-verbaux de groupes, ni de compte-rendus"* (B). Un calendrier quelque peu théorique existe, mais *"on ne sait pas qui a été là réellement, dans tel groupe, à telle réunion qui y était, enfin il manque de la formalisation par rapport à la demande qui nous est faite"* (B). Un nombre minimum de participants par groupe avait été fixé, mais ce nombre était *"très minimum"* (B). La participation a été jugée nettement insuffisante. Des groupes se sont même réunis des fois *"tout seul"*, ce qui signifie que le pilote s'est retrouvé seul pour remplir un questionnaire. Le côté pluridisciplinaire a mal marché ; *"il n'y a pas eu la dynamique du tout qu'il y a dans la pluridisciplinarité (...). Là elle était tuée avant..."* (B).

Les acteurs avaient été très mobilisés pour les deux précédentes démarches (canadienne et accréditation à blanc). Plusieurs facteurs expliquent ce phénomène :

- **Un essoufflement du fait d'une récurrence trop rapprochée dans la démarche.**
- **Une déception quant aux (non) effets des premières expériences.**
Par ces différentes auto-évaluations, la clinique est *"partie de zéro à la mise en place d'une culture de la qualité avec l'impression de devenir mauvais, parce que les acteurs ont pris conscience au travers de l'échelle d'auto-évaluation que ce qu'ils rendaient ne se faisait pas une fois l'accréditation passée"* (C). En effet, après chacune des périodes

tests, des objectifs ont été définis, mais un certain nombre d'entre eux n'ont pas été appliqués. Quelques aspects pointés ont certes été mis en œuvre, comme la mise en place du dossier médical commun ou la refonte du système d'information, mais les autres points, "*souvent peut être plus ponctuels, de détail de l'organisation*" (C), ne l'ont pas été. Les acteurs, ne sentant pas une volonté de la direction de les faire appliquer, ont développé le sentiment d'une "*utilisation un peu politique de la qualité*" (C). Suite à ces démarches, l'établissement n'est pas passé dans le concret de la qualité, ce qui a entraîné une déception chez certaines personnes qui n'ont pas voulu se réinvestir dans la dernière démarche "*qui était la vraie et la bonne, où il fallait aller*" (C).

- **Une perte de l'historique de l'établissement.**

Beaucoup de personnes, moteurs de la qualité et de l'accréditation dans l'établissement, sont parties. Toute la démarche qualité avait été menée et portée à bout de bras par E, alors présidente de CLIN, responsable d'hygiène et référente qualité. Cette personne n'a pas réussi à réintégrer l'équipe d'anesthésistes quand elle a souhaité se réinvestir davantage dans son métier de base. Elle est donc partie et l'établissement "*s'est retrouvé avec un grand vide*" (B). Il a fallu gérer ce départ et son remplacement. L'auto-évaluation a donc été abordée dans "*une espèce de catastrophisme et d'auto-flagellation*" (C).

- **Un contexte difficile.**

Ces démarches qualité ont été programmées dans un climat peu propice avec des problèmes de recrutement de personnel, des difficultés de fonctionnement, la mise en place des trente-cinq heures. En outre, la clinique vivait une période de regroupement avec une autre clinique considérée comme bas de gamme alors que la clinique du Lac se jouait haut de gamme, ce qui a beaucoup déstabilisé les acteurs. Le remplissage des grilles s'est donc fait selon l'état d'esprit de la clinique ("*Etat morose avec une autocritique un peu trop sévère..., tandis que l'expérimentation canadienne [réalisée dans un autre contexte] avait entraîné un enthousiasme assez extraordinaire, avec une volonté de participation d'énormément de gens*" – C).

En termes de communication, les participants à l'auto-évaluation étaient chargés de faire passer le message aux personnels de leur service et les référentiels ont été mis à disposition de l'ensemble du personnel une fois remplis. En général, les gens sont allés voir ce qui concernait leur activité. Enfin, il y a eu des réunions officielles du personnel avec des comptes-rendus de ce qui avait été fait, "*mais on ne sait pas ce qui est passé vraiment...*" (C).

La visite s'est bien passée. Des critiques ont été formulées, mais les remarques ont été bien acceptées dans l'ensemble, d'autant plus que la direction et le comité de pilotage ont jugé qu'il n'y avait pas "*de remarque de fond*" (B). Un élément essentiel a pourtant été pointé : les experts-visiteurs ont précisé le deuxième jour qu'ils pourraient s'en aller car la procédure n'avait pas été respectée. L'établissement n'avait pas tous les procès-verbaux des groupes, les feuilles de présence, les experts-visiteurs trouvaient les groupes trop restreints et estimaient que le rapport avait été fait quasi-exclusivement par le directeur. L'auto-évaluation a été jugée très, voire trop, dirigiste.

1.3.2 Analyse de la méthodologie mise en œuvre

La clinique du Lac offre l'exemple d'une méthodologie inadaptée pour permettre une réelle appropriation des décisions et des changements par les personnels de l'établissement. En effet, la participation a été insuffisante et la structuration des groupes a fait apparaître des lacunes : trop peu nombreux, impossibilité de créer un groupe par référentiel, groupes trop restreints, représentativité insuffisante des différentes catégories et des différents niveaux de personnels, d'autant plus quand les participants ne se présentaient pas à la réunion.

En outre, l'absence de rigueur méthodologique s'est traduite par une insuffisance d'écrits en termes de procès verbaux et de feuilles de présence, sans compter que l'auto-évaluation s'est déroulée sur deux mois seulement.

La comparaison de la démarche au Lac et aux Thermes, sachant que la formation en interne a été la même, montre l'importance du moment où se déroule cette auto-évaluation. Aux Thermes, le moment choisi était judicieux et approprié, d'autant plus que le rapprochement avec le Lac était bien vécu à la fois par les salariés et par les médecins, tandis que la démarche a été mise en route dans un contexte moins favorable au Lac, de rejet des rapprochements, de mise en place des trente-cinq heures et de pénurie de personnel soignant handicapant l'organisation.

Les attentes sociales des acteurs n'étaient donc pas les mêmes dans les deux établissements, influençant de ce fait les référents implicites des acteurs.

Autre aspect, entre l'expérimentation test et l'accréditation "réelle", seuls quelques points d'amélioration ont été traités. Cette absence de prise en compte des axes développés a visiblement freiné la motivation des acteurs, qui n'ont pas eu l'impression d'être écoutés et ont développé le sentiment d'un leurre suite à la non prise en compte des problèmes détectés et des solutions proposées.

Enfin, la clinique "*avait déjà donné deux fois*" (B) : les acteurs peuvent être motivés par une telle démarche, malgré l'investissement qu'elle suppose, à condition que le délai entre deux procédures ne soit pas trop rapproché et laisse le temps à l'établissement de mettre en place les solutions préconisées. Il est à craindre, en effet, qu'à des échéances trop proches les acteurs aient l'impression de réaliser à chaque fois le même diagnostic.

Cette expérience montre donc à la fois l'importance du contexte, de la communication et des suites à donner à l'auto-évaluation si l'établissement veut conserver la motivation des acteurs en interne et instaurer une dynamique qualité. Enfin, l'aspect pédagogique ne doit clairement pas être négligé : la clinique a subi les conséquences de l'absence de pédagogie, au cours de la démarche et de sa mise en place, en termes d'implication du personnel.

1.4 LE CENTRE MEDICAL DE L'EST : UNE METHODOLOGIE QUI FAVORISE UN TEMPS D'APPRENTISSAGE

Le centre médical de l'Est est un établissement privé participant au service public hospitalier. Ses activités allient court, moyen et long séjour.

1.4.1 La méthodologie d'auto-évaluation

Au centre médical de l'Est, la démarche a démarré par une information réalisée auprès du personnel concernant l'auto-évaluation et l'accréditation. Le surveillant général, responsable de la mise en place de cette démarche en interne, a réalisé des réunions explicatives avec un support, établi sur la base du manuel, distribué à l'ensemble du personnel. Ces réunions générales ont regroupé 74 % des salariés en tant que participants. Elles ont été suivies d'un appel à volontariat, dont le retour a été de 54 % sur les 74 % qui étaient venus, ce qui signifie que 39 % du personnel a participé à l'auto-évaluation.

Ensuite, un spécialiste de la qualité hospitalière et de l'accréditation, chercheur et consultant, est intervenu, afin de fournir une formation relative à l'auto-évaluation aux volontaires. En outre, le surveillant général et son adjoint avaient réalisé au préalable un travail d'interprétation du référentiel par rapport à l'établissement et à la compréhension qu'ils en avaient. Ce travail a été remis aux participants.

Une fois les étapes d'information et de formation réalisées, l'établissement a démarré une auto-évaluation à blanc, dont le but était de familiariser les acteurs au référentiel et à la méthode. Les groupes formés étaient alors déséquilibrés (sept personnes pour MEA et vingt-cinq pour SPI), mais la constitution des groupes n'était pas l'élément essentiel de cette phase à blanc. Les acteurs volontaires ont répondu aux différents référentiels, mais n'ont jamais écrit de synthèse de ce diagnostic à blanc. Cette première phase a duré trois semaines (de mi-juin à début juillet 2002) et a débouché sur un plan d'actions d'amélioration (cent quatre vingt seize actions déterminées, qui une fois regroupées ont donné quatre vingt dix actions), priorisées par la suite et séparées en deux parties :

- les procédures impératives à rédiger,
- les autres améliorations définies par les critères, telles que le dossier de soins par exemple.

Cette analyse recoupait un autre plan d'actions d'amélioration défini par une analyse par les processus, elle complétait donc certaines actions déjà en cours.

L'établissement a ensuite cherché à répondre très rapidement pendant l'été aux principaux dysfonctionnements, en débutant par les actions les plus simples à mettre en place, tel que le livret d'accueil à revoir. Il a cherché à s'améliorer sur un maximum de points, en s'appuyant sur les groupes de travail.

Dans un deuxième temps, l'établissement a refait une auto-évaluation après avoir envoyé le volet II à l'ANAES. Elle a commencé début octobre. "*Comme on a un petit établissement, le comité de pilotage a été constitué par l'ensemble des responsables de services*" (directeur, médecin chef, cadres, ...), il est identique à la cellule qualité.

Les groupes ont été composés des mêmes volontaires, mais ont été rééquilibrés par le responsable de la démarche, qui leur a expliqué l'intérêt d'une bonne répartition. Ce rééquilibrage a été bien accepté par les acteurs. L'intérêt était de parvenir à une pluridisciplinarité et à une bonne transversalité pour chaque référentiel. Il a été constitué un groupe par référentiel, en moyenne entre dix et quinze personnes. Certains acteurs ont participé à deux groupes. Au total, soixante personnes sur cent quarante ETP ont pris part à la démarche, sans oublier que deux médecins étaient présents dans chaque groupe. Le surveillant général et son adjoint ont quant à eux participé respectivement à neuf et dix groupes, le premier en tant que responsable de la démarche, et le deuxième faisant office de secrétaire rédigeant directement sur ordinateur.

Le siège du centre étant externe, il y a été fait appel quand l'établissement avait besoin d'expertise sur des thèmes centralisés (informaticien, médecin hygiéniste, médecin DIM) pour travailler dans les groupes. Ces derniers sont soit intervenus directement, soit ont répondu par téléphone ou par courrier suite aux questions posées.

Les groupes se sont réunis et ont répondu aux référentiels en établissant un diagnostic débouchant sur des propositions d'amélioration. L'ensemble des réunions et de la formation a représenté neuf cent quatre-vingts heures de travail, hors comité de pilotage.

Les groupes ont ensuite disposé de quinze jours pour effectuer la relecture, puis une dernière réunion a servi à corriger et à apporter les éléments de preuves. "*Derrière chaque affirmation je voulais qu'il y ait un élément de preuve (une feuille, un compte-rendu, un classeur)*" (D). La synthèse a été écrite à ce moment-là, c'est-à-dire fin novembre. Le rapport devait être envoyé après avoir été relu par la cellule régionale qualité.

Pour préparer la visite, le surveillant général organise des réunions avec des établissements qui ont déjà été visités.

1.4.2 Analyse de la méthodologie mise en œuvre

Les personnes chargées de l'accréditation au centre médical de l'Est ont privilégié l'information, non seulement au travers de réunions organisées et préparées, mais également au travers d'une procédure à blanc dont le but était de familiariser les acteurs aux référentiels et à la méthode. Nous constatons :

- Une très bonne participation du personnel (39 % du total des salariés étaient volontaires).
- Une forte implication du corps médical. A ce sujet, il convient de préciser que la bonne participation des médecins s'explique par la phase à blanc dans laquelle ils ne s'étaient nullement investis. A la lecture des résultats, le responsable de la démarche explique qu'ils se sont rendus compte "*qu'ils avaient des choses à dire*" (D) et que leur absence dans les groupes de travail équivalait à leur non-expression sur les différents sujets abordés.
- Une motivation importante des acteurs volontaires, le responsable nous ayant précisé que le taux de présence était élevé⁷⁸¹. Nous pouvons penser que la prise en compte des dysfonctionnements soulevés au cours de la phase à blanc et la mise en place de solutions et d'améliorations ont incité les personnels à s'exprimer dans la mesure où ils ont perçu que leurs points de vue étaient considérés et donnaient lieu à des décisions.

Cette expérience nous permet de conclure sur deux aspects : d'abord les acteurs semblent avoir besoin de se familiariser avec la démarche pour en maîtriser les enjeux et comprendre l'intérêt d'y participer⁷⁸². Le complément de cette phase d'apprentissage est la prise en compte des améliorations préconisées pour motiver les acteurs à poursuivre dans cette voie d'évaluation. Dans cette expérience, la prise en compte des changements proposés par les acteurs a été bénéfique à deux niveaux :

- une motivation importante des acteurs impliqués dans la phase à blanc qui ont ainsi pu constater des résultats quant à leurs remarques,
- une amélioration du fonctionnement de l'établissement préalable à la phase "réelle" d'auto-évaluation et à la visite.

L'établissement doit désormais maintenir cette dynamique pour mettre en place les améliorations.

1.5 LE CENTRE MEDICAL ET CHIRURGICAL DE READAPTATION DES HAUTEURS : UNE AUTO-EVALUATION RAPIDE

Le centre médical et chirurgical de réadaptation des Hauteurs est un centre de réadaptation, donc de moyen séjour, privé participant au service public hospitalier.

1.5.1 La méthodologie d'auto-évaluation

La démarche qualité a été initiée avec le projet d'établissement en 1997. Une première action de formation a donc été lancée en janvier 1998. Destinée à sensibiliser l'ensemble de l'encadrement médical, para-médical (soignants et réadaptateurs), administratif, technique et logistique, cette formation inter-disciplinaire a fait l'objet d'un séminaire qualité/accréditation, animé par l'équipe de consultant qui avait accompagné l'équipe dans l'élaboration de son projet d'établissement. Le contenu de ce séminaire destiné à l'encadrement a porté sur les principes, les méthodes et les outils de la qualité et de

⁷⁸¹ Les chiffres ne nous ont pas été communiqués.

⁷⁸² La clinique du Lac a pu constater le même effet dans sa phase d'accréditation test, les acteurs ayant déjà pratiqué un type d'évaluation similaire dans l'expérience canadienne.

l'accréditation d'une part, et la complémentarité des démarches d'autre part. L'objectif était d'offrir une vision et un langage communs aux différents participants.

Avant d'entrer dans la procédure officielle, prévue au cours du deuxième trimestre 2002, l'établissement a procédé à un pré-bilan en tant qu'étape préliminaire servant de point d'appui à l'auto-évaluation. La première étape a donc comporté des travaux préparatoires, conduits par un groupe de travail multidisciplinaire, sous l'impulsion d'un comité stratégique et d'un comité de pilotage.

Le groupe de travail a été mis en place en mars 2000. En mai 2000, trois sous-groupes ont été créés, dont le but était d'approfondir chacun un des trois chapitres du manuel. Les travaux se sont déroulés de juin à décembre 2000 au cours desquels les sous-groupes ont :

- recensé les procédures existantes au sein de l'établissement et leur classement selon l'ordre du référentiel,
- analysé, par référence, la situation : existence ou non de procédures, existence ou non d'une pratique bien établie,
- formulé une synthèse, par référence, des points forts, des points à approfondir et des points faibles.

Les travaux et résultats de ce pré-bilan ont été présentés pour validation en janvier, février, mars 2001 à l'encadrement, au corps médical et à la direction. Ce pré-diagnostic a permis de dégager des axes d'amélioration et de mettre en évidence que les procédures d'évaluation étaient encore peu développées dans l'établissement.

Sollicitée auprès de l'ANAES en janvier 2001, l'entrée dans la procédure d'accréditation a fixé la visite en novembre 2002, ce qui a amené la direction à programmer la phase d'auto-évaluation de mars à juillet 2002.

Au cours de la mise en place du dispositif, des ajustements ont été apportés au comité de pilotage et aux groupes de travail.

Le comité de pilotage a été resserré, de treize membres à cinq, comme suit :

- le président de la CME,
- l'infirmière générale,
- le coordonnateur de la réadaptation⁷⁸³,
- la secrétaire du CE,
- le directeur.

Ce resserrement devait répondre à deux objectifs principaux :

- recentrer le comité de pilotage sur ses missions essentielles d'instance politique de coordination, d'impulsion et de suivi des travaux,
- laisser un maximum de temps aux autres acteurs pour conduire les actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité dont ils ont la charge au quotidien et pour s'impliquer, de façon prioritaire, dans l'un des dix groupes de travail de l'auto-évaluation.

Le comité de pilotage est donc devenu "*plus politique*" (F). Il a tenu huit réunions entre le 12 mars et le 9 juillet 2002, les dernières séances ayant été consacrées à l'harmonisation de l'écriture des référentiels.

Dix groupes de travail ont été créés, chacun ayant la charge de répondre à un des dix référentiels du manuel d'accréditation de l'ANAES. La conception de la constitution des équipes a reposé sur trois critères :

- des équipes pluridisciplinaires, assurant la représentation de la diversité des métiers,

⁷⁸³ Les soignants ont deux coordonnateurs : l'infirmière générale et le coordonnateur de réadaptation (kiné, ergo, etc.).

- une composition inter-niveaux hiérarchiques afin d'assurer la participation des différents niveaux existants dans l'établissement,
- des équipes représentatives de l'ensemble des secteurs d'activité de l'établissement.

Afin de constituer des équipes répondant à ces critères, il a été fait appel aux personnes ressources, dont les compétences sont apparues indispensables, et aux volontaires. Un appel à volontariat a donc permis de constituer les groupes. Il a été sollicité à la fois par l'encadrement et les instances. Un certain nombre de personnes se sont manifestées (la majorité des participants) et le comité de pilotage a complété pour assurer la multidisciplinarité et la représentativité de l'ensemble des champs d'activité. Le choix fait a été de ne pas avoir des groupes trop nombreux, d'autant plus qu'il y avait "*beaucoup de travail parce qu'il y a d'autres gros chantiers en parallèle (travaux, schéma directeur de l'information, renouvellement d'équipement, ...)*" (F). Chaque groupe a désigné un animateur et un rapporteur.

"*La touche d'originalité*" de la méthode est que, chaque fois que cela a été possible, il a été désigné une personne chargée de jouer le rôle de "candide", c'est-à-dire "*quelqu'un qui ne connait rien au sujet*" (F), afin que le groupe produise des réflexions et une mise en forme compréhensibles par un non-spécialiste du domaine. Par exemple, un animateur sportif récemment embauché a été désigné pour participer au groupe sur la gestion des systèmes d'information. Ainsi, pour huit groupes de travail, une personne est venue stimuler l'équipe avec des questions de base.

La première réunion de chacun des dix groupes a été consacrée à une séance d'installation, animée par le directeur et l'assistante de gestion. Les points abordés ont porté sur :

- le rappel des principes généraux de la procédure d'accréditation,
- les modalités de l'auto-évaluation et la place de celle-ci dans la démarche d'accréditation,
- les questions soulevées par les membres des groupes,
- la remise d'un dossier documentaire comportant la liste des membres du groupe de travail, la composition des neuf autres groupes afin de permettre des contacts inter-groupes, la procédure d'accréditation, le référentiel à traiter par groupe, la partie du tableau de synthèse "état des lieux" relative au référentiel traité par le groupe et des exemples concrets de remplissage de la grille d'auto-évaluation,
- la désignation d'un animateur et d'un rédacteur au sein du groupe,
- le choix d'un rythme et d'un calendrier de travail.

Chaque groupe a fixé une réunion par semaine (un jour et un horaire déterminés), organisée sur le temps de travail.

Les actions de communication ont englobé à la fois des transmissions orales, écrites et parfois mixtes :

- Les communications orales ont été réalisées dans le cadre du fonctionnement habituel des instances, telles que les réunions du groupe d'encadrement, les réunions du comité d'entreprise, les assemblées générales des personnels, etc. Il y a eu plusieurs réunions d'information.
- Les communications écrites se sont faites par le biais de diffusion des documents ANAES à l'encadrement et au corps médical. De plus, une lettre (ou gazette), éditée à sept exemplaires, a été diffusée à l'ensemble du personnel. Enfin, il existe un support de communication écrit, qui paraît tous les quinze jours et qui a permis de faire passer l'information.

Au total, cent-quatre réunions ont eu lieu au niveau des groupes de travail, totalisant ainsi, hors comité de pilotage, cent-vingt-huit heures de réunion. A ces heures s'ajoutent les heures de réunion du comité de pilotage, les heures de constitution de la base documentaire à la fois par les groupes, la direction et le service documentation, les heures de contrôle et

d'élaboration de la base documentaire relative à la sécurité et celles de la rédaction du rapport d'auto-évaluation.

Non chiffrée au total, nous constatons cependant que la procédure a été nettement moins consommatrice de temps que dans les autres structures. Ce phénomène s'explique par le choix de la direction et du comité de pilotage de mener une auto-évaluation dans un laps de temps de trois mois, l'idée étant d'éviter une procédure trop longue, dont les résultats en termes de problématiques et d'axes d'améliorations n'auraient pas été meilleurs et qui aurait risqué de lasser ou de fatiguer le personnel. La direction et le comité de pilotage ont cherché à mettre en place une démarche courte et dynamique. La participation a été jugée bonne. Le groupe qui a eu le plus de mal à s'approprier le référentiel a été QPR, sans que le comité de pilotage ne sache pourquoi : "*c'est le seul groupe qui ait eu du mal en termes de méthode de travail*" (F).

La visite a eu lieu du 25 au 28 novembre 2002. Quatre personnes sont venues visiter l'établissement pendant quatre jours, une journée de travail de rédaction par les experts-visiteurs étant désormais intégrée dans la visite.

1.5.2 Analyse de la méthodologie mise en œuvre

Concernant la *constitution des groupes et comités*, nous formulerons les remarques suivantes :

Nous constatons que l'établissement a scrupuleusement suivi la méthodologie préconisée par l'ANAES, c'est-à-dire :

- la création d'un groupe d'auto-évaluation par référentiel,
- qui soit pluridisciplinaire : les groupes comportent une bonne représentation de tous les corps de métiers,
- qui soient représentatifs de l'ensemble des secteurs d'activités de l'établissement, ce qui a permis aux gens des différents services de réfléchir ensemble face à une problématique définie et par la même occasion de mieux se connaître,
- dont la composition regroupe les différents niveaux hiérarchiques.

Ainsi, quatre-vingt-cinq personnes ont composé les dix groupes de travail, certains agents ayant participé à plusieurs groupes. La participation a regroupé un quart du personnel. La composition est clairement multi-professionnelle comme l'indique le tableau ci-dessous :

Tableau 11 : Analyse par métiers des personnels ayant composé les groupes d'auto-évaluation

Métier	Nbre
Médecins	11
Secrétaires médicales	6
Personnel de la pharmacie	3
Personnel de réadaptation	14
Personnel des services de soins	27
Personnel du service social	2
Personnel du service technique	2
Personnel du service économique et logistique	3
Personnel de la lingerie	1
Personnel de restauration	4
Personnel administratif et direction	9
Personnel d'animation	3
Total	85

En outre, le centre des Hauteurs a peu de médecins (15 ETP, y compris les internes). Nous noterons donc la très bonne participation du corps médical à la démarche, d'autant qu'ils ont été volontaires.

Le comité de pilotage qui se composait de treize membres dans la première phase a été resserré à cinq membres dans le cadre de l'auto-évaluation et de l'accréditation. Outre les justifications apportées par l'établissement, cette décision nous semble appropriée afin de faciliter les discussions, dès lors plus efficaces, et favoriser la prise de décision ; cinq personnes est un nombre suffisant pour apporter un soutien aux équipes et assurer un suivi de la démarche.

Cette réduction nous apparaît cohérente à condition que le comité de pilotage soit représentatif des différents métiers présents dans l'établissement. Sa composition est bien multidisciplinaire (un représentant des infirmières, médecins, rééducateurs, directeurs et des salariés). Nous pouvons regretter l'absence d'un représentant des personnels techniques et/ou logistiques.

En revanche, il est à regretter que la première phase n'ait impliqué que du personnel d'encadrement, sans intégrer de personnel plus opérationnel. En effet, le pré-bilan a permis de sensibiliser et de former les acteurs qui y ont pris part, donc l'encadrement, sans préparer les autres personnels.

Concernant *l'information et la formation*, nous notons les points suivants :

Seul le personnel d'encadrement a reçu une formation sur le thème de la qualité et de l'accréditation. Les autres acteurs n'ont guère bénéficié de ce type de préparation. Nous pouvons supposer que la direction de l'établissement avait espéré que l'encadrement assure un relais en termes d'explications et d'appropriation du manuel et de la démarche. Il nous semble regrettable que les personnels soignants, de réadaptation, techniques, logistiques et administratifs, voire certains médecins n'aient pas eu l'opportunité de se former à la qualité et à l'évaluation avant de démarrer cette auto-évaluation.

L'accréditation n'a pas fait l'objet d'une réunion préalable précise qui aurait permis d'expliquer au personnel les objectifs de la démarche, les enjeux poursuivis ainsi que son déroulement et la nécessaire implication de l'ensemble des acteurs. Les seules informations orales ont pris part dans le cadre du fonctionnement habituel des instances, qui ne regroupent pas l'ensemble du personnel. Une plus forte communication aurait probablement généré un volontariat plus important dans les niveaux non cadres.

La méthodologie mise en œuvre dans cet établissement démontre l'importance de la représentativité dans les groupes afin d'associer l'ensemble des métiers dans la procédure et les processus de décisions qui en découlent. Le directeur estime que la démarche est intéressante pour recueillir l'avis et les idées de l'ensemble des personnels désireux de participer.

En outre, cette méthodologie met en évidence la possibilité de réaliser une auto-évaluation rapide (trois mois) tout en étant efficace, lorsqu'elle est cadrée (un jour par semaine, un horaire, une durée de réunion déterminés) : *"Tout le monde a dit "trois mois, c'est trop court". (...) Mais je suis persuadé qu'on obtient de meilleurs résultats en encadrant la démarche dans un laps de temps déterminé. Parce que c'est une façon d'avancer"* (F). Il estime qu'au bout de trois ou quatre mois, les questions sont en fait des points déjà abordés précédemment et qu'il existe un risque d'essoufflement.

Enfin, la participation des personnels cherche à être motivée au niveau des améliorations en continuité avec l'auto-évaluation. Ainsi, les groupes ont établi à la suite de la démarche une proposition de calendrier des actions à mener pour évoluer et mettre en place les améliorations définies au cours de la démarche.

Notons enfin qu'un des points forts mentionnés par les experts-visiteurs concerne l'organisation et la qualité du dialogue social. Cet élément nous semble primordial dans la réussite de la mise en place de la démarche d'auto-évaluation et permet probablement d'expliquer la bonne participation et la motivation des acteurs malgré les lacunes en termes d'information sur la démarche. Cet aspect a permis la mise en œuvre d'un processus de réflexion associant une majorité de personnels volontaires, dans tous les métiers et dans toutes les catégories, et une apparente volonté d'amélioration touchant tous les acteurs de l'établissement.

1.6 LE CHU DES GAULES : UNE METHODOLOGIE CHERCHANT A COMBINER LES ACTIONS LOCALES ET LES ACTIONS TRANSVERSALES ENTRE LES DIFFERENTS ETABLISSEMENTS

Le CHU des Gaules est un centre hospitalier de recherche universitaire public. Il est multi-sites et exerce des activités de court, moyen et long séjour.

1.6.1 La méthodologie d'auto-évaluation

1.6.1.1 La structuration d'une politique qualité

Le CHU des Gaules est parti fin 1999 avec l'idée de formaliser une politique qualité. Auparavant, des actions qualité ponctuelles étaient engagées, mais la structuration était variable selon les établissements et rien n'était fédéré ou porté de manière institutionnelle par une volonté politique. Or, sans quitus politique, la démarche qualité est une démarche "*que l'on a beaucoup de mal à faire vivre et à ancrer, parce qu'elle n'est jamais considérée comme quelque chose de prioritaire ; en tout cas, ça n'est pas dans la culture des hospitaliers*" (G). Les actions étaient davantage locales que générales sur un établissement, et les acteurs faisaient de la qualité : "*c'était une préoccupation un peu en filigrane de leur métier sans pour autant s'appuyer sur des outils et des méthodes de qualité*" (G).

Fin 1999, le fait de devoir rentrer dans la procédure d'accréditation a été l'occasion de faire un diagnostic, lancé à partir du manuel d'accréditation. Les trois chapitres et leurs dix référentiels ont été répartis sur tous les établissements du CHU, qui ont réalisé une auto-évaluation transversale à blanc, dont les objectifs étaient de :

- sensibiliser l'institution aux enjeux de la démarche d'accréditation,
- permettre aux professionnels de porter une première appréciation sur leurs pratiques au regard des exigences des référentiels du manuel ANAES,
- réfléchir collectivement pour identifier les causes de non-qualité,
- sensibiliser les équipes à définir des actions correctives dans l'esprit "qualité et accréditation" en passant d'une action ponctuelle ("*régler un dysfonctionnement*") à une démarche plus formalisée, structurée et continue ("*mettre en place une organisation ou modifier une pratique et en évaluer régulièrement les résultats*").

L'idée était donc d'utiliser cette base de références afin de structurer une politique qualité au travers d'axes prioritaires définis au cours de cette auto-évaluation.

Un diagnostic a ainsi été réalisé et a permis de mettre en évidence un certain nombre d'écart, entre les pratiques des professionnels et le référentiel cible que constitue le manuel de l'ANAES. A partir de ce diagnostic, une quinzaine de plans d'actions prioritaires, appelés les PAQ, ont été identifiés (améliorer la structuration du dossier patient, améliorer l'accueil des nouveaux professionnels au sein du CHU des Gaules, améliorer l'information des

patients concernant les soins prodigués, leurs droits et leurs conditions de séjours pour exemples).

Cette démarche à blanc a également été l'occasion pour les équipes et donc les professionnels qui se sont auto-évalués à titre d'exercice méthodologique de percevoir la nécessité, localement, de mettre en place un certain nombre d'actions d'amélioration, propres à chaque site. Des PAQ locaux ont donc été déterminés.

La démarche a de ce fait engendré deux niveaux de réponses :

- un niveau institutionnel qui a permis d'afficher d'entrée une politique,
- des actions ciblées au plan local qui ont permis d'enraciner la démarche d'auto-évaluation et de recherche de la qualité.

D'autres actions sont venues renforcer la structuration d'une démarche qualité : un affichage prioritaire de la qualité dans le projet d'établissement, le renforcement par un volet qualité dans le COM et la création des instances ad hoc, notamment la création d'un Département Qualité dès 2000, dont l'objectif était de porter ces actions, et d'impulser les rôles des instances de pilotage au plan local, mises en place la même année.

Dans ce contexte, le CHU des Gaules a négocié avec l'ANAES, qui lui demandait de décliner l'ensemble des établissements d'ici 2004, précisant qu'il n'était pas question d'accréditer l'entité juridique, ni même des regroupements d'établissements, mais bien un établissement par un établissement. Un calendrier a été arrêté : cinq établissements en 2002, trois en 2003 et cinq en 2004. A ce jour, cinq établissements sont entrés dans la procédure, trois d'entre eux ont été visités et un seul a réceptionné et répondu au rapport de visite. Aucun n'a encore reçu le rapport d'accréditation. Le constat réalisé par la Directrice de la Qualité et de l'Accréditation est qu'il *"n'y a pas eu de véritable maturation des personnels au niveau des établissements sur la démarche ; ils ne plongent dans le bain qu'à l'occasion de l'auto-évaluation, c'est-à-dire de l'engagement de leur établissement dans la démarche d'accréditation. On ne peut pas dire qu'il y ait aujourd'hui une vraie culture de la qualité au CHU des Gaules"* (G).

1.6.1.2 *Les grands principes méthodologiques de la procédure au CHU des Gaules*

Considérant la dimension du CHU des Gaules, la procédure d'accréditation a été déclinée par établissement. Pour tenir compte des caractéristiques de l'organisation des structures de cette institution, la démarche d'auto-évaluation est menée à deux niveaux :

- Un niveau transversal et institutionnel CHU, c'est-à-dire qu'une évaluation des dispositifs CHU est menée pour l'ensemble des référentiels.
- Un niveau établissement, au cours duquel sont évaluées les pratiques spécifiques à l'établissement ou résultant de la déclinaison d'une politique transversale.

Le rapport d'auto-évaluation présente une synthèse de ces deux niveaux d'évaluation en distinguant, lorsque cela est significatif, les éléments d'évaluation des actions transversales de ceux se rapportant aux actions locales. Le cadre institutionnel a donc été fourni aux acteurs en charge de l'auto-évaluation.

Le pilotage de la démarche est donc réalisé à un double niveau compte-tenu de l'organisation du CHU :

- Un **pilotage central** qui s'appuie sur deux instances (le Comité Accréditation/Qualité (CAQ) CHU des Gaules qui se trouve être une instance politique à vocation générale et le COPIL Accréditation Gériatrie, instance spécifique à la gériatrie).
- Un **pilotage local** assuré dans chaque établissement composé d'instances politiques (équipe de direction, cadre infirmier supérieur, une cellule qualité) et d'instances opérationnelles.

L'entrée dans la démarche d'accréditation a fait l'objet d'un plan de communication interne à l'hôpital visant à informer et à mobiliser les personnels. Lors de la première auto-évaluation (2000), des actions de communication avaient été menées dans les différentes instances (Comité Consultatif Médical, CHSCT, Cellule Qualité, CSSI, réunions d'encadrement) et auprès de l'ensemble du personnel depuis 2000 sur la base des résultats. Des réunions d'information ont été réalisées par l'équipe de direction et la DAQ, annoncées par affichage. En outre, pour sensibiliser le personnel à la démarche, il y a eu une très forte communication autour de l'auto-évaluation 2000 dans le journal de l'établissement, qui a fourni l'information "*macroscopique*" à ceux qui le lisent. Le calendrier de mise en œuvre a également été communiqué.

En 2002, date de la deuxième auto-évaluation, un plan de communication a été mis en place pour accompagner la démarche :

- A l'entrée dans la procédure, l'équipe de direction a envoyé des courriers d'information aux cadres et aux chefs de service.
- Au moment de l'entrée dans la démarche de chaque site, la direction a joué la politique du volontariat : elle a mis un message sur les feuilles de paye présentant la démarche d'accréditation et informant les acteurs de l'entrée de l'établissement dans la procédure⁷⁸⁴. Elle précisait ensuite que si les personnels étaient intéressés pour y travailler et pour évaluer leurs pratiques par rapport à ce référentiel, ils devaient s'inscrire. "*Il y a eu un très bon retour. Globalement sur les établissements, pas mal de gens se sont inscrits pour participer*" (G).
- Une campagne d'affichage dans les établissements concernés a été mise en place et un courrier interne affiché au self ou relayé par les cadres.
- Des conférences ouvertes à l'ensemble des personnels ont été consacrées au compte-rendu de l'auto-évaluation et à la préparation de la visite.

Globalement, dans les établissements déjà passés par la procédure, la DAQ estime avoir eu "*pas mal de gens qui se sont manifestés*" (G), mais reconnaît également que des gens ont été sollicités "*de manière un peu plus incitative*" (G) car ils semblaient susceptibles d'avoir une expertise particulière ou un profil pour animer des groupes d'auto-évaluation. En outre, la phase de mise en place des trente-cinq heures ne prédisposait pas forcément à la disponibilité des agents et a limité en partie la participation.

Des groupes ont été constitués dans chaque établissement, au nombre de dix, soit un par référentiel et des animateurs ont été désignés. Le panel de représentation, dans tous les établissements, est multi-professionnel et multi-catégoriel. Les acteurs ont choisi le groupe dans lequel ils participaient, sauf quelques-uns qui ont été orientés parce que les responsables estimaient qu'ils seraient plus utiles dans une réflexion définie ou pour garantir la représentativité des métiers et des catégories de personnels.

⁷⁸⁴ Elle y précisait qu'une première étape d'auto-évaluation devait être mise en place, en expliquant qu'il s'agissait d'une comparaison par rapport à un référentiel établi par des professionnels, que la visite qui allait suivre allait être assurée par des pairs et qu'il ne s'agissait pas d'une inspection, mais plutôt une occasion d'échanger et de mesurer une dynamique.

Les animateurs, les conseillers qualité et une partie des personnels de la DAQ ont suivi une formation à l'animation de groupe et une animation ciblée sur le remplissage des grilles du manuel. L'idée était que tout le monde ait une connaissance approfondie sur ce qu'attendait l'ANAES et le niveau d'exigence. Cette formation préalable paraît "*absolument nécessaire*" (G), car elle est "*vécue comme une aide, une assistance et les sécurise*" (G) aussi bien sur le contenu que sur leur rôle. En effet, beaucoup de gens acceptent d'être dans les groupes, mais moins d'être animateurs, car c'est une charge de travail supplémentaire et que ce n'est pas quelque chose qu'ils savent faire, sans compter que c'est assez stressant car ils portent la responsabilité du contenu du document final.

Cette formation se fait en général un mois ou deux avant que ne commence le fonctionnement des groupes. Elle a été confiée à un cabinet extérieur, ce que la DAQ regrette, notamment du fait de leur manque d'expérience d'accréditation de terrain donc de remplissage de ces grilles. "*Ils ne savent pas donner confiance aux gens et anticiper un certain nombre de questions qu'ils vont avoir de la part de leurs utilisateurs directs ; les conseillers qualité qui ont déjà accompagné des procédures d'auto-évaluation sont beaucoup plus capables de préparer aux questions et au remplissage*" (G).

Concernant les acteurs participant dans les groupes, leur formation s'est faite au moment de l'auto-évaluation avec le soutien de l'animateur.

Autre aspect de la formation et du soutien méthodologique transversal, les auto-évaluations précédentes sont capitalisées : les auto-évaluations des sites déjà passés sont transmises à l'animateur de chaque établissement. Cette communication n'est pas faite au moment où les groupes commencent à fonctionner, pour éviter le "copier-coller" et permettre à chacun des groupes d'avoir une "*expression un peu brute*" (G), mais à mi-réflexion, pour permettre aux animateurs de vérifier que le sujet a été bien traité, qu'ils n'ont pas fait une interprétation erronée de la question et que certains sujets n'ont pas été oubliés dans la discussion.

Enfin, aujourd'hui, le CHU des Gaules communique sur l'accréditation à l'hôpital de la Tête et du Cœur, donc sur les résultats et le vécu, de manière à "*capitaliser les expériences pour les autres sites et progressivement à sensibiliser l'ensemble des établissements à la démarche*" (G).

Plusieurs établissements sont passés par la phase d'auto-évaluation. Nous en relaterons deux, la procédure suivie étant identique dans chacun.

1.6.1.3 *La procédure mise en place à l'hôpital Pierre Gérard et à la Fondation Bernard Maurice*

L'auto-évaluation a été réalisée dans ces structures gériatriques au deuxième semestre 2001 et au premier semestre 2002 ; elle s'est poursuivie par une visite commune. Son objectif était d'actualiser et d'approfondir le diagnostic de l'auto-évaluation institutionnelle réalisée en 2000 et d'affiner les réponses notamment en dégagant de façon plus précise le diagnostic du niveau institutionnel transversal et celui de la déclinaison locale.

Au niveau institutionnel, des équipes d'auto-évaluation transversales, composées d'une soixantaine de professionnels, ont été activées de décembre 2001 à avril 2002. Le travail d'évaluation a été mené en équipe dans le cadre de réunions plénières (de trois à cinq selon le référentiel) et alimenté par des investigations (enquêtes, études, recherche de documents, ...).

Au niveau local, le travail d'évaluation a également été mené en équipe dans le cadre de réunions et alimenté par des investigations. La méthodologie suivie a été la suivante :

- Pour les chapitres 1 et 3, les référentiels ont été traités au niveau de chacun des deux sites par des groupes pluridisciplinaires.
- Pour le chapitre 2, il a été décidé de constituer des groupes transversaux entre les établissements, avec une adaptation locale lorsque cela s'est avéré nécessaire.

Chaque groupe a été composé sur la base du volontariat : des personnes de différentes catégories professionnelles ont contribué à renseigner les dix référentiels. Ces groupes ont été animés et organisés par la cadre chargée de missions qualité et par l'infirmière générale. Des relectures ont été réalisées, afin d'"affiner le renseignement des auto-évaluations".

Afin d'établir une synthèse qui articule le niveau institutionnel et le niveau local, chaque animateur de groupe transversal a travaillé avec le groupe homologue de l'établissement à la mise en cohérence des deux niveaux d'évaluation.

L'accompagnement méthodologique a été apporté par la DAQ du CHU des Gaules :

- Au lancement de la démarche, au travers d'actions de communications transversales et la formation des animateurs des groupes d'auto-évaluation.
- Au cours de l'auto-évaluation, notamment par des lectures des référentiels transversaux en liaison avec les animateurs des groupes.
- Pour la rédaction et la mise en forme des documents, notamment en termes logistiques (aide à la saisie, harmonisation des présentations, classement et insertion des documents preuves, etc.).

1.6.1.4 L'auto-évaluation à l'hôpital de la Tête et du Cœur

La méthodologie suivie dans cet hôpital de court séjour allie le niveau institutionnel et le niveau local. Dès lors, les mécanismes d'information et d'accompagnement ont été les mêmes que ceux cités précédemment. Il a été décidé de composer au moins une équipe par référentiel et parfois plus : l'hôpital de la Tête et du Cœur regroupe deux établissements, chacun spécialisé dans un champ de prise en charge. Ainsi, les pratiques étaient différentes pour le référentiel OPC : il a donc été constitué un groupe hôpital du Cœur et un groupe hôpital de la Tête, dont le travail et les résultats ont été synthétisés lors de la mise en forme du rapport d'auto-évaluation.

Les groupes ont été constitués de manière à assurer une représentation multi-professionnelle et multi-catégorielle. L'idée était d'organiser la méthode de telle manière qu'il y ait un nombre de réunions suffisant par groupe, pour avoir le temps de s'approprier la méthodologie et les grilles, et avoir un temps de réflexion sur les pratiques par rapport aux référentiels et les propositions d'amélioration à faire le cas échéant. Chaque groupe s'est réuni entre quatre et six fois sur un calendrier un peu plus long que celui annoncé.

Tableau 12 : Organisation de l'auto-évaluation à l'hôpital de la Tête et du Cœur

- ✓ 11 équipes d'auto-évaluation
- ✓ Composition : 70 paramédicaux
42 médecins
43 "gestionnaires"
- ✓ Equipe : 12 à 20 évaluateurs
un binôme animateur (cadre, médecin)
- ✓ Calendrier : mi-octobre / fin décembre
- ✓ Charge de travail : 4 à 6 réunions + investigations

La conseillère qualité a été chargée d'organiser la composition des groupes avec la direction de l'établissement, puis du déroulement de la procédure, notamment en termes d'animation et de délais.

En moyenne, 10% du personnel a participé dans les groupes d'auto-évaluation, ce qui peut paraître peu et est en même temps beaucoup compte-tenu de la taille de l'établissement. En outre, la directrice de l'accréditation estime qu'une grande partie des 90 % restants a été touchée au moment de la visite.

Le problème rencontré par le CHU des Gaules a été de mobiliser les médecins. Malgré un rétro-planning fixé très en amont, seuls les experts techniques (les vigilants ou l'hygiène par exemple) se sont investis sans peine ; les cliniciens ont été moins actifs dans cette approche. De plus, ce sont ceux qui ensuite se sont le moins mobilisés sur la durée : pour quatre ou cinq réunions prévues, ils sont venus à la première et parfois à la deuxième, mais bien souvent ils se sont essouffés et ne sont pas venus aux suivantes.

Pourtant, l'auto-évaluation est un moment clé de la démarche, la qualité des documents restitués est importante et il est "*embêtant que sur un certain nombre de sujets il n'y ait pas eu plus d'implication des médecins*" (G). Cet élément s'est un peu pondéré au moment de la visite, où ils sembleraient s'être investis et avoir été beaucoup plus présents (dans les discussions avec les experts-visiteurs ou au moment des circuits de visite). Selon la DAQ, les médecins n'avaient pas bien intégré cette première phase d'auto-évaluation ; ils auraient compris au moment où les responsables sont venus leur parler de la visite "*l'enjeu qu'il y avait aussi pour eux de participer*". "*Ils ont intégré en cours de démarche la procédure*" (G).

Des échanges ont ensuite pris part entre l'établissement et le siège sur les grilles déjà renseignées. La Direction de l'Accréditation s'est occupée de relire et de mettre en forme pour envoyer un document "*léché en termes de présentation*" (G) et le conseiller qualité a eu la responsabilité de vérifier que tout ce qui était indiqué en tant que document preuve avait une existence, donc que l'établissement s'engageait bien sur des faits et non sur des opinions.

Une fois l'auto-évaluation réalisée par l'établissement, il a fallu l'aménager avec des éléments institutionnels, tout particulièrement pour des référentiels tels que GFL ou GRH. En effet, certains éléments sont issus d'une politique globale, décidée au siège, et s'appliquent ensuite au niveau local. Un cadre politique CHU des Gaules a donc été décrit au niveau institutionnel et la déclinaison de ce cadre pour chaque site a été intégrée. L'enjeu du dispositif est alors d'intégrer des aspects généraux sans trop maquiller la restitution du ressenti des professionnels quant à l'organisation et à leurs pratiques, sinon ils risqueraient de ne plus se retrouver dans les réponses et de ne plus se les approprier. Il ne serait alors pas possible de créer une dynamique locale. La difficulté est donc de trouver un juste équilibre dans les réponses entre politique institutionnelle et priorités définies au siège, et la réalité des acteurs au quotidien et ce qu'ils en expriment.

Au moment de la visite, six experts-visiteurs sont venus, pendant cinq jours.

Le rapport de visite fait état de cinquante-neuf propositions d'amélioration réparties dans les dix référentiels. Les thèmes récurrents sont les suivants :

- confidentialité, mais aussi consentement et information des patients et des tiers,
- prescriptions médicales,
- évaluation des politiques, des programmes, des procédures et des pratiques,
- analyse de la satisfaction des clients, patients, utilisateurs,
- élaboration des politiques, harmonisation, coordination,
- accueil : signalisation, aménagements pour handicapés, identification du personnel.

1.6.2 Les enseignements des auto-évaluations réalisées au CHU des Gaules

L'état d'avancement de la démarche au CHU des Gaules est lié à l'état de maturation de la réflexion dans l'ensemble de la structure, qui est partie un peu en retard, "*ce qui est propre à toutes les grandes structures*" estime la directrice de la qualité et de l'accréditation. La mise en œuvre d'une démarche d'accréditation a visiblement incité l'institution à structurer une démarche qualité en interne en préalable aux auto-évaluations et aux visites.

La méthodologie suivie est la même dans tous les établissements car elle est apparue jusqu'ici comme pertinente. "*L'idée d'avoir un groupe par référentiel est une démarche qui a fait ses preuves sur tous les sites*" (G). Les groupes comprennent entre dix et quinze personnes. La participation a été assez bien suivie sauf pour le corps médical. L'idée de mettre en place des rétro-plannings, c'est-à-dire fixer le nombre de réunions et leurs dates, est apparue en cours de démarche pour favoriser la participation, qui se faisait en outre sur le temps de travail des personnels. Un ou deux ETP (spécialiste(s) de la qualité) sont dédiés totalement à cette démarche.

L'exemple de ce CHU illustre la difficulté pour mettre en place une méthodologie pertinente et cohérente dans une institution multi-établissements avec un siège sans activité médicale. En effet, bon nombre de décisions sont prises au niveau central, mais se répercutent et conditionnent l'organisation et le fonctionnement des établissements. Le problème se pose de trouver une articulation entre :

- une accréditation qui se fait site par site et doit refléter la qualité dans l'établissement,
- une prise en compte des éléments et des décisions du siège qui ont une influence directe sur les orientations, les choix et donc la qualité mise en œuvre dans ces établissements.

Il existe une politique institutionnelle et une direction de la qualité et de l'accréditation au siège social, mais c'est "*chaque établissement qui porte son projet, c'est lui qui est en charge de la politique au plan local*" (G). La direction générale joue alors le rôle de fort soutien méthodologique. Un comité de pilotage propre à chaque site a donc été mis en place et se trouve être en charge de la démarche de manière déconnectée des autres établissements du CHU. L'institution s'est ainsi trouvée confrontée au problème d'une organisation à double niveau, local et central. L'articulation DAQ – conseiller qualité n'a pas été facile pour déterminer les rôles précis de chacun.

2 ANALYSE CRITIQUE DE LA METHODOLOGIE D'AUTO-EVALUATION

L'accréditation prône une participation large et collective de tous, ou tout au moins d'une majorité des acteurs de l'établissement, quels que soient leur niveau et leur métier. L'aspect collectif de la démarche est un aspect essentiel à la réussite de l'auto-évaluation, non seulement pour détecter les points forts et les points faibles, mais pour initier et motiver les personnels dans une recherche permanente d'amélioration de la qualité. Ce point est d'ailleurs vérifié par les experts-visiteurs en préalable et pendant leur visite.

La méthodologie mise en place dans les établissements possède des invariants. Tous suivent les recommandations de l'ANAES et optent pour :

- La mise en place de groupes d'auto-évaluation : le nombre de groupes varie selon les structures, mais leur composition tente une approche multidisciplinaire, pluri-professionnelle et si possible, multi-catégorielle. Un groupe par référentiel semble néanmoins être privilégié, notamment pour la facilité de lecture. Il est à remarquer que ce mode d'organisation est jugé adapté et performant pour évaluer un établissement.
- La mise en place d'un comité de pilotage chargé de manager la démarche et d'encadrer les groupes d'auto-évaluation.

La représentativité dans les groupes devient un facteur-clé des résultats de l'auto-évaluation. La participation multi-professionnelle et multi-catégorielle est primordiale afin d'aboutir à un diagnostic et à des axes d'amélioration partagés par tous les acteurs. C'est à cette seule condition que ces derniers pourront se sentir concernés, impliqués et donc motivés pour mettre en place les axes de progression définis. L'évaluation se fait sur la base de réunions d'échanges, qui sont organisées sur le temps de travail des salariés.

L'analyse de ces démarches et du vécu des acteurs nous a permis d'émettre un certain nombre de conclusions quant aux déterminants du "succès" de la démarche en tant que vecteur d'une amélioration continue de la qualité.

Déjà, l'ensemble des expériences a mis en évidence le **caractère prioritaire de l'information, de la communication et de la formation**. En effet, les établissements ayant favorisé la compréhension de la démarche et de ses enjeux ont rencontré une bien meilleure implication des acteurs. L'expérience de la Croix-Verte a d'ailleurs permis de comparer les différences de réactions entre le personnel cadre ou médical, clairement informé, et celui non cadre, qui ne connaissait pas suffisamment les tenants et les aboutissants de l'auto-évaluation et de l'accréditation. L'expérience du centre médical de l'Est accentue cette notion en montrant l'intérêt d'une phase d'apprentissage par le biais d'une procédure à blanc, permettant aux personnels de se familiariser avec la démarche. La pédagogie de mise en place de l'auto-évaluation est un facteur-clé de la démarche.

Néanmoins, l'expérience de la clinique du Lac montre que **l'information est une condition nécessaire mais non suffisante**, mettant en avant l'importance des facteurs **contexte** et **mise en œuvre des axes d'amélioration définis par les acteurs**.

En effet, le contexte est un déterminant non négligeable de l'implication des personnels comme le confirme l'expérience du CHU des Gaules ou celle du centre médical et chirurgical de réadaptation des Hauteurs. Il influence à la fois le degré de participation et les attentes sociales de chaque acteur, donc les référents implicites au cœur de l'auto-évaluation.

En outre, cette démarche associe les acteurs dans le but de leur faire prendre conscience des dysfonctionnements et de les inviter à y remédier. Consultés, ils sont prêts à participer dès lors que leur avis est pris en compte et débouche sur des décisions. De ce fait, l'auto-évaluation doit clairement être suivie d'une mise en place des améliorations proposées par le personnel assez rapidement, ou à moyen terme, c'est-à-dire avant la prochaine phase.

Enfin, le rôle de la Direction n'est pas neutre, puisque son implication conditionne la crédibilité accordée à la démarche par les acteurs : "*je crois que là, c'est toute la qualité du management au sens général, aussi bien au niveau de la direction de la qualité et de l'accréditation que de la direction générale et tous les relais de cadres soignants, qui vont faire la différence*", "*c'est un des rôles des dirigeants de mettre des mots sur cette transition culturelle*" (H). De plus, l'expérience du centre médical et chirurgical de réadaptation des Hauteurs est intéressante, car elle met en évidence le rôle positif d'un dialogue social développé pour la participation.

Ces démarches appellent quelques remarques complémentaires :

- La durée de l'auto-évaluation ne semble pas être un facteur discriminant du succès de l'auto-évaluation. En effet, le centre médical et chirurgical de réadaptation des Hauteurs et l'hôpital de la Tête et du Cœur ont tous deux réalisé une auto-évaluation en trois mois, dont les résultats ont été jugés aussi satisfaisants que dans d'autres établissements où elle a duré plus longtemps. Nous remarquons cependant que si un délai court n'est pas un handicap, un délai trop long peut le devenir, comme le montre l'essoufflement des acteurs à la clinique de la Croix Verte.
- La taille et l'organisation des établissements conditionnent la méthodologie choisie. Il n'y a pas une bonne méthodologie générale, mais une méthodologie appropriée à chaque établissement, sans compter que la taille de l'établissement conditionne automatiquement le taux de participation (le taux est mathématiquement plus faible sur un gros hôpital que sur un plus petit, le nombre de personnel étant plus élevé, comme l'illustre le cas de l'hôpital de la Tête et du Cœur).
- Les responsables des démarches ont pour la plupart besoin d'un temps d'apprentissage. Ceux déjà habitués aux démarches qualité semblent plus à l'aise dans cette auto-évaluation. Ainsi, nous pouvons penser que ceux en charge de la mise en place de l'accréditation dans chaque établissement devraient être formés à la qualité et à l'évaluation.
- La participation des médecins reste un problème rencontré dans plusieurs établissements. Leurs facteurs de motivation pour intégrer les groupes sont variables, mais une prise de conscience des enjeux reste avant tout un facteur-clé pouvant susciter la motivation chez ces acteurs.
- Enfin, l'auto-évaluation a le mérite de développer l'écrit dans les établissements, ne serait-ce que par le biais des procès-verbaux, des comptes-rendus, des feuilles de présence ou des éléments de preuve à fournir.

L'auto-évaluation dans le cadre de l'accréditation vise à favoriser le changement dans les établissements dans l'optique d'une amélioration continue de la qualité. La méthodologie mise en place apparaît comme un élément déterminant des résultats et des suites de la démarche. La forme de l'auto-évaluation est donc un élément à adapter avec soin. Néanmoins, nous pensons que la participation des acteurs est une condition nécessaire au changement, mais non suffisante. C'est pour cela que nous allons nous intéresser, dans une deuxième section, au processus de la démarche, en termes de confrontation entre une réalité et un référent, puis l'illustrer avec un exemple de résultats de l'auto-évaluation.

Section 2

Le processus d'auto-évaluation et les résultats de la démarche au centre médical et chirurgical de réadaptation des Hauteurs

*La raison, le jugement, viennent lentement,
les préjugés accourent en foule.*

ROUSSEAU, Émile, III.

*Toucher, c'est simple : le but n'est pas loin, et il est grand,
mais le fer adverse impose au vôtre un petit changement d'angle,
la crainte de la riposte vous ramène, et sur cent attaques vous touchez une fois.*

Jean PRÉVOST, Plaisirs des sports, p. 100.

Le centre médical et chirurgical de réadaptation des Hauteurs a réalisé son auto-évaluation au cours de l'année 2002. L'implication des acteurs y a été forte et les résultats de la démarche ont été jugés satisfaisants et représentatifs de la réalité, à la fois par la direction et les experts-visiteurs.

Sur la base de cette démarche, il nous a semblé intéressant dans un premier temps d'illustrer concrètement le modèle d'auto-évaluation développé dans la première partie de notre travail, afin d'analyser sa mise en œuvre au sein de l'accréditation, et de présenter dans un deuxième temps un exemple de résultats permettant de déterminer la forme qu'ils prennent.

1 L'AUTO-EVALUATION : UNE CONFRONTATION ENTRE LA REALITE PERÇUE PAR LES ACTEURS DE L'ETABLISSEMENT ET LES OBJECTIFS DETERMINES DANS LE MANUEL DE L'ANAES

Le référent explicite est constitué par le manuel de l'ANAES :

- Les dix référentiels permettent de découper l'établissement et sont complémentaires de façon à traiter l'ensemble des activités d'un établissement et à aboutir à une vision transversale de son fonctionnement. Ils concernent le parcours de prise en charge du patient.
- Chaque référentiel fait état de références, qui expriment un objectif à atteindre (*"l'énoncé d'une attente ou d'une exigence permettant de satisfaire la délivrance de soins ou de prestations de qualité"*⁷⁸⁵).
- Chaque référence est déclinée en critères (*"l'énoncé d'un moyen ou d'un élément plus précis permettant de satisfaire la référence d'accréditation. Il doit dans la mesure du possible pouvoir être mesurable, objectif et réalisable"*⁷⁸⁶). Ces critères illustrent le contenu de chaque référence, à savoir ce qu'il faut pour y répondre. Chaque établissement est libre d'avoir développé d'autres réponses. Ils servent donc de base à un jugement, ils permettent d'établir en quoi l'établissement satisfait à la référence, de déterminer dans un détail plus fin les points forts et les axes d'amélioration.

Le référent utilise la même trame pour chaque thème évalué : il part de la politique de l'établissement et termine sur l'évaluation des résultats et de la satisfaction de chaque référentiel.

Le référent est constitué par la représentation de la réalité par les acteurs, c'est-à-dire les réels qu'ils perçoivent. L'implication de l'ensemble des métiers et de l'ensemble des catégories cherche à approcher une représentation plus proche de la réalité, afin de la comparer au référent et aux objectifs qu'il fixe. L'idée est de s'éloigner d'une seule vision de cette réalité, automatiquement restrictive, pour tenter d'inclure les différents points de vue.

Chacun des groupes d'auto-évaluation mis en place au centre médical et chirurgical de réadaptation des Hauteurs a travaillé sur un des dix référentiels de la manière suivante :

- Pour chaque référence, il a noté les informations pertinentes relatives à chacun des critères la détaillant, en précisant les actions réalisées, en cours ou programmées et les éventuels écarts entre les secteurs d'activité.
- Il a ensuite élaboré une synthèse des points forts et actions d'améliorations à mettre en œuvre au niveau de chaque référence.
- Sur cette base, une "note" entre A et D y a été attribuée.

⁷⁸⁵ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, Direction de l'accréditation, *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, op. cit, p. 35.

⁷⁸⁶ Ibid, p. 35.

Par exemple, concernant l'organisation de la prise en charge du patient (OPC), le manuel établit entre autres comme objectif souhaité que *"l'accès à l'établissement et à ses différents secteurs soit organisé, facilité et fasse l'objet d'une information claire"*. Les acteurs du groupe OPC ont comparé sur ce point leurs visions de la réalité, donc la façon dont ils pensaient que l'accès était organisé dans l'établissement, et les critères définis par l'ANAES permettant d'y parvenir.

Le tableau suivant présente une synthèse des résultats de la confrontation entre les réalités des acteurs et les critères du manuel sur cet objectif.

Tableau 13 : Un exemple de confrontation de la réalité perçue par les acteurs du centre médical et chirurgical de réadaptation des Hauteurs avec le référentiel ANAES

	Références et critères	Auto-évaluation
OPC 2	L'accès à l'établissement et à ses différents secteurs d'activité est organisé, facilité, et fait l'objet d'une information claire.	
OPC 2 a	Le public et les professionnels de santé extérieurs sont informés des activités de l'établissement.	<p><i>Points forts :</i></p> <p>Les activités de l'établissement sont identifiables :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans le livret d'accueil des patients, - dans l'annuaire téléphonique de la région, - dans l'annuaire de l'hospitalisation privée, - sur le site internet du centre (plan d'accès), - à travers les réunions et congrès scientifiques intra et extra-muros, - à travers l'enseignement post-universitaire dispensé par les professionnels de l'établissement, - à travers des actions de communications évènementielles.
OPC 2 b	L'accès au service des urgences est signalé clairement à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement.	Non applicable.
OPC 2 c	Selon leurs spécificités, les secteurs d'activité s'organisent pour prendre en compte dans leur organisation les attentes du public.	<p><i>Points forts :</i></p> <p>Des personnels d'accueil sont présents aux points d'accueil et aux différents pôles de consultations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un rond-point dépose-minute, très utile pour l'activité de consultations, - des places de stationnement pour personnes à mobilité réduite, dont le nombre sera augmenté dans le cadre d'un projet, - des horaires des visites affichés à l'accueil et dans les services, - un étalement des horaires d'ouverture des secrétariats permet au-delà des horaires de bureau classiques d'accueillir et de renseigner les patients et leurs familles, - en dehors des heures d'ouverture, des répondants téléphoniques donnent des informations et permettent de laisser des messages, notamment aux secrétariats médicaux.
OPC 2 d	Les secteurs d'activité sont signalés clairement à l'intérieur de l'établissement afin de faciliter la circulation de tous.	<p><i>Points forts :</i></p> <p>Il existe un fléchage partiel et temporaire en raison du chantier comportant de très nombreuses phases. Un plan figure dans le livret d'accueil remis aux patients.</p> <p><i>Axes d'amélioration :</i></p> <p>Le projet architectural visera à répondre à la demande de simplification de signalisation. Elle sera intégralement réorganisée à partir du futur "noyau central" et concernera l'ensemble des secteurs d'activité.</p>
OPC 2 x	Autres réponses pour atteindre cet objectif.	
Synthèse	<p><i>Points forts :</i></p> <p>La situation géographique de l'établissement en fait le seul centre de rééducation enfants et adultes de la ville intra-muros.</p> <p><i>Actions d'améliorations proposées :</i></p> <p>Réorganiser la circulation tant externe qu'interne en mettant en place une signalétique adaptée.</p> <p>Améliorer les zones d'attente dans un souci du plus grand respect de la confidentialité et les conditions d'attente au niveau des différents plateaux techniques.</p>	
Cotation		B

1.1 LE PROCESSUS D'AUTO-EVALUATION

Idéal visé ou souhaité dans le manuel ANAES :

Dans cet exemple, l'objectif à atteindre est un accès à l'établissement et à ses différents secteurs d'activité organisé, facilité et faisant l'objet d'une information claire.

Pour déterminer l'état actuel de l'accès face à cet idéal, des *critères* ont été définis comme étant des éléments nécessaires dans la poursuite de cet objectif : une information claire et identifiable sur les activités de l'établissement, une organisation des secteurs prenant en compte les attentes des patients, une signalétique claire et adaptée, et l'établissement peut préciser d'autres points forts ou axes d'amélioration qui lui semblent importants dans "autres réponses".

Nous noterons que les aspects évalués restent généraux et offrent une grande latitude à l'établissement dans les réponses à l'objectif, mais également dans l'interprétation qui en est faite par les acteurs.

Le champ de la réalité :

La réalité telle que perçue et vécue par les acteurs est mise en confrontation avec ces critères au cours de réunions de groupes pendant lesquelles les acteurs expriment leurs points de vue et apportent des preuves quand elles existent ou sont disponibles.

La réalité concernant l'accès à l'établissement et à ses différents secteurs d'activité est forcément vécue de manière différente par un médecin, un patient ou un ASH⁷⁸⁷. Ainsi, par exemple, les perceptions relatives à l'information du public et des professionnels de santé extérieurs sur les activités de l'établissement varient et se complètent : tandis qu'un administratif pense plus facilement aux annuaires téléphoniques, un médecin évoque les réunions et congrès scientifiques auxquels les autres acteurs n'ont pas forcément pensé.

Pour déterminer des réponses en termes de points forts et d'axes d'amélioration, les acteurs du groupe OPC se sont réunis et ont traduit leurs différents avis quant au problème de l'accès au travers des critères définis par l'ANAES. Ils ont dû déterminer à ce moment les aspects sur lesquels ils s'accordaient et discuter, parfois preuves à l'appui, pour s'entendre sur une vision commune de cette réalité. Ainsi, suite à discussion quant au critère de signalisation (OPC 2 d), certains ont affiché l'existence d'un plan dans le livret d'accueil remis aux patients ainsi qu'un fléchage temporaire en raison d'un chantier et ont considéré de ce fait que l'établissement répondait à l'objectif en termes de signalisation, mais d'autres ont mis en avant l'idée selon laquelle la signalisation n'était pas claire et devait être simplifiée. La représentation de la réalité de l'établissement sur ce sujet comprend tous ces éléments.

Notons que les aspects développés dans le manuel restent très concrets pour favoriser une représentation de la réalité où l'ensemble des participants du groupe puisse se retrouver, comme l'illustrent les critères présentés dans le tableau.

L'auto-évaluation se fait au moment de la confrontation entre les deux précédents :

Une fois que la réalité est traduite au travers de chaque critère, c'est-à-dire que l'ensemble des acteurs du groupe s'est accordé sur une représentation de cette réalité en incluant les différentes perceptions en présence, cette vision de la réalité est confrontée au moyen de répondre à l'objectif correspondant pour déterminer où en est l'établissement à ce sujet.

C'est à ce moment que les acteurs réalisent l'évaluation, car ils déterminent les points forts du centre médical et les actions d'amélioration à mettre en œuvre afin de se rapprocher de l'objectif fixé (par exemple "*mettre en place une signalétique adaptée*"). Nous soulignerons que cette action d'amélioration s'apparente davantage à un objectif qu'à une action précise :

⁷⁸⁷ Agent de service hospitalier.

elle reste générale et doit dans un deuxième temps être précisée dans sa forme et dans son fond.)

Enfin, une fois l'ensemble des critères confronté à la réalité telle qu'établie par les acteurs, une synthèse est élaborée concernant l'objectif fixé. Elle met en évidence les points forts et les actions d'amélioration proposées et permet de déterminer une cotation en fonction du niveau de réponse à l'objectif (B dans l'exemple que nous développons).

1.2 ANALYSE CRITIQUE DU PROCESSUS D'AUTO-EVALUATION

La participation est multidisciplinaire, pluriprofessionnelle et multicatégorielle. Dès lors, le processus d'auto-évaluation vise à établir une confrontation de points de vue variés avec les objectifs fixés dans le manuel d'accréditation. Sur ce point, l'auto-évaluation mise en place par l'ANAES permet une avancée, car elle introduit une pluralité de visions qui enrichit le diagnostic, d'autant plus que ce sont des acteurs quotidiennement confrontés à la réalité qui établissent les points forts et les points faibles.

Néanmoins, cette participation est une condition nécessaire au changement visé, mais non suffisante. Aujourd'hui, les acteurs confrontent leurs points de vue à un référent collectif, qui est censée traduire des attentes sociales exprimées par les patients, l'Etat et les tutelles. Néanmoins, il fait l'impasse sur les attentes sociales individuelles des acteurs. Les critères sont imposés aux acteurs et les réponses ne reflètent pas les attentes individuelles.

Ainsi, par exemple, lorsque les acteurs déterminent comme axe d'amélioration qu'il faut "*structurer et généraliser les pratiques d'évaluation*" face à l'objectif "*les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques évaluent les pratiques professionnelles et les résultats obtenus*", nous pouvons penser que cet axe est bien déterminé par l'objectif fixé dans le manuel de l'ANAES, mais que les acteurs ne se retrouvent pas forcément dans la situation souhaitée.

La non-prise en compte des référents implicites dans le processus d'auto-évaluation l'apparente alors plus à un contrôle de conformité face aux critères définis dans le manuel qu'à une évaluation génératrice de changement. La négociation entre les acteurs se fait sur la vision de la réalité retenue face aux objectifs, mais il n'y a aucune négociation dans la construction du référent. Dès lors, le risque de l'auto-évaluation est de figer ce qui existe au lieu de faire advenir une nouvelle organisation, un nouveau fonctionnement ou de nouvelles façons de faire. Aujourd'hui, les actions d'amélioration sont certes définies par les acteurs de l'établissement, mais cet aspect ne suffit pas à garantir la mise en place de changements.

De plus, le manuel, au travers des références et critères qu'il contient, reste général, voire flou, et peu opératoire. Dès lors, les acteurs le traduisent au travers de leur propre référent : un médecin ne lira pas le manuel et ses objectifs de la même façon qu'un aide-soignant par exemple.

Au cours du processus d'auto-évaluation, les acteurs déterminent les réponses face aux objectifs perçus : l'auto-évaluation peut alors s'apparenter à un processus de justification des pratiques passées si les acteurs estiment qu'ils font bien. Les réponses ne traduisent en effet pas le réel, mais bien un ensemble de visions débouchant sur une représentation de la réalité ; le plan d'actions qui en découle est donc élaboré sur cette représentation du réel.

2 LES RESULTATS DE L'AUTO-EVALUATION : UN EXEMPLE DE SYNTHÈSE RÉALISÉE PAR L'ÉTABLISSEMENT

Le travail de confrontation expliqué ci-avant est réalisé pour chaque objectif (c'est-à-dire chaque référence) des dix référentiels. La synthèse par objectif des points forts et axes d'amélioration est ensuite reprise dans un tableau synthétisant les points essentiels pour chaque référence. Le tableau ci-après présente la synthèse du référentiel OPC.

C'est sur la base de cette présentation synthétique que l'information sur le travail réalisé sera diffusé à l'ensemble des personnels, y compris à ceux n'ayant pas participé aux groupes d'auto-évaluation.

Tableau 14 : organisation de la prise en charge des patients

N°	Références	A	B	C	D	NA	Points forts	Axes d'amélioration
1	L'établissement définit une politique visant à assurer l'organisation de la prise en charge des patients.		X				L'établissement assure la prise en charge globale médicale, chirurgicale et de réadaptation, dans une continuité des soins, des patients enfants et adultes atteints de handicap sévère de l'appareil locomoteur.	Améliorer la politique hôtelière par la réalisation architecturale dans les cinq années à venir.
2	L'accès à l'établissement et à ses différents secteurs d'activité est organisé, facilité et fait l'objet d'une information claire.		X				La situation géographique de l'établissement en fait le seul centre de rééducation enfants et adultes de la ville intra-muros.	Réorganiser la circulation tant externe, qu'interne en mettant en place une signalétique adaptée. Améliorer les zones d'attente dans un souci du plus grand respect de la confidentialité et les conditions d'attente au niveau des différents plateaux techniques.
3	L'établissement met en œuvre une politique d'accueil du patient et de son entourage.		X				Implication des personnels à tous les niveaux d'accueil du patient. Existence d'un service animation adultes et enfants pour répondre à l'accueil des patients en dehors des heures de soins. Suivi de l'enseignement des enfants hospitalisés ou en alternative, par le secteur scolarité.	Mettre en réseau le système de planification des différents intervenants autour du patient. Projet architectural : - aux "PM" (hébergement mère-enfant), - en restauration : sectorisation des salles de restaurant (enfants, adultes, personnel), possibilité pour les patients de prendre les repas avec leurs accompagnants.
4	La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale et régulière de son état de santé.		X				Suivi médical par un dossier unique au sein de l'établissement. Pluridisciplinarité des évaluations régulières du patient.	Informatiser la programmation des soins et l'intervention des professionnels.
5	Les besoins spécifiques du patient sont identifiés et pris en charge.		X				Bonne identification des besoins spécifiques des patients par l'ensemble des professionnels.	
6	La prise en charge du patient est coordonnée au sein des secteurs d'activité cliniques.	X					Les réunions pluridisciplinaires hebdomadaires dans chaque unité de soins.	Mettre en place progressivement le dossier informatisé du patient.
7	La continuité des soins est assurée.		X				Le dossier unique du patient au sein de l'établissement.	Poursuivre le travail d'harmonisation des prises en charge. Développer les alternatives à l'hospitalisation (traitements ambulatoires et séances d'hôpital de jour).
8	Les professionnels intervenant dans les blocs opératoires, les autres secteurs interventionnels et les secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leur règles de fonctionnement.	X					Petite structure fonctionnant exclusivement en activité programmée, favorisant la sécurité et la qualité.	Formaliser le conseil de bloc opératoire.
9	Les professionnels de la pharmacie et les secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leurs règles de fonctionnement.			X			Prescription reçue en temps réel à la pharmacie.	Mettre en place la traçabilité des dispositifs médicaux pour l'atelier intégré d'appareillage. Nommer une infirmière "médicament" référente pour chaque unité de soins. Etablir une procédure pour vérifier la conformité entre la commande et les médicaments reçus. Elaborer une procédure d'informations nécessaires à l'administration et au bon usage des médicaments. Mettre en place dans le service chirurgie la dispensation nominative. Réflexion sur l'élaboration d'un livret thérapeutique.
10	Les professionnels des laboratoires et des secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leurs règles de fonctionnement.		X				Proximité géographique du prestataire, rapidité des résultats et laboratoire certifié ISO 9001.	

11	Les professionnels des secteurs d'imagerie médicale ou d'exploration fonctionnelle et les secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leurs règles de fonctionnement.		X				Grand format avec standardisation de la position du patient en radiologie.	Recruter un médecin radiologue. Réaliser la télé-transmission des clichés aux postes informatiques des médecins et aux unités de soins. Numériser les équipements de radiologie.
12	La sortie du patient est planifiée et coordonnée.	X					Un service social bien identifié au sein de l'établissement, travaillant en étroite collaboration avec les soignants à toutes les étapes de la prise en charge du patient.	
13	Le décès du patient fait l'objet d'un accompagnement.		X					
14	Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques utilisent des protocoles diagnostiques et thérapeutiques.		X				Existence de protocoles.	Définir plus précisément les critères d'évaluation des protocoles en sollicitant une aide méthodologique.
15	Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques évaluent les pratiques professionnelles et les résultats obtenus.		X				La base des dossiers patients issue de l'archivage de longue durée, du suivi au long cours des patients, et l'utilisation d'outils communs, permet de créer des conditions très favorables à une évaluation des résultats.	Structurer et généraliser les pratiques d'évaluation.

Les résultats de cette auto-évaluation ont été jugés représentatifs de la réalité à la fois par la direction et par les experts-visiteurs au cours de la visite.

Comme nous venons de le voir, l'auto-évaluation correspond à une confrontation entre les différentes perceptions de la réalité et un ensemble d'objectifs fixés par le manuel de l'ANAES. Le tableau présenté ci-avant illustre les résultats de la démarche sur la base desquels les actions à mettre en œuvre doivent être déterminées.

Nous noterons que les axes d'amélioration proposés sont en fait parfois précis ("*améliorer le nombre de chambres individuelles à l'issue des travaux (2/3 chambres), traduire le questionnaire de satisfaction pour faciliter l'expression des personnes étrangères, ...*"), mais généralement généraux ("*réflexion sur l'élaboration d'un livret thérapeutique, structurer et généraliser les pratiques d'évaluation, ...*"). Le plan d'actions devrait donc les préciser.

Après avoir analysé la méthodologie de mise en œuvre dans une première section, puis modélisé et critiqué le processus d'auto-évaluation et déterminé la forme des résultats dans une deuxième section, il nous a semblé intéressant d'aller recueillir le point de vue des responsables chargés de la mettre en œuvre dans les établissements, afin de confronter notre analyse à leurs discours et de connaître leurs perceptions de la démarche, de ses apports, de ses freins et de ses limites.

Section 3

La mise en discours de l'auto-évaluation

*(...) la parole ne fait que jalonner de loin en loin
les principales étapes du mouvement de la pensée.*

H. BERGSON, Matière et Mémoire, p. 139.

L'auto-évaluation est une démarche nouvelle dans les établissements de soins et il est encore difficile d'en évaluer les conséquences. Depuis trois ans, les hôpitaux la mettent en place sur la base des préconisations de l'ANAES, dans une optique d'accréditation et d'amélioration continue de la qualité. Dans ce cadre, nous avons conduit une série de onze entretiens afin de recueillir le point de vue et les impressions des acteurs responsables des démarches d'accréditation et d'auto-évaluation dans leur établissement. En effet, il nous a semblé intéressant d'analyser la parole des acteurs pour mettre en évidence leur vision de la démarche et leurs perceptions quant à ses intérêts, mais aussi quant aux limites et freins rencontrés en interne au cours de sa mise en œuvre.

Ainsi, comme nous l'avons expliqué dans l'introduction de la section 1 de ce chapitre, nous avons mené huit entretiens auprès des personnels en charge de la mise en œuvre de l'auto-évaluation dans leur établissement⁷⁸⁸. Nous les avons complété par un recueil des points de vue de trois experts-visiteurs, que nous appellerons EV1, EV2 et EV3.

Concernant les acteurs responsables de la mise en place de l'auto-évaluation en interne, nous avons cherché à comprendre leur expérience, leurs réactions et les conséquences en termes de changements attendus, prévisibles ou déjà réalisés. Ainsi, nous les avons interrogés sur :

- le déroulement de la procédure en interne, de l'entrée dans la démarche aux suites de la visite, en insistant sur les réactions perçues et les motivations et/ou freins rencontrés dans cette démarche,
- leur définition de l'auto-évaluation et sa place dans le processus global d'accréditation,
- les critiques (positives ou négatives) de l'outil et de la démarche, ainsi que la conformité du rapport d'auto-évaluation à la réalité,
- les changements ou améliorations à y apporter,
- les conséquences de cette auto-évaluation et les types de changements préconisés et/ou mis en place.

Concernant les experts-visiteurs, nous avons cherché à définir leur vision de l'auto-évaluation en tant que support de la visite :

- comprendre comment se passait concrètement une visite d'accréditation, la place de l'auto-évaluation dans cette démarche, le rôle de l'expert-visiteur, et la complémentarité entre visite et auto-évaluation,
- le point de vue et l'analyse critique de l'expert-visiteur sur le rapport d'auto-évaluation, en termes de pertinence et d'adéquation à la réalité,
- leurs perceptions des changements et améliorations à apporter à l'outil et à la démarche,
- le ressenti des experts-visiteurs quant aux réactions des acteurs et des conséquences quant à cette auto-évaluation.

Cette section présente les réponses relatives à l'auto-évaluation en termes de définition et de mise en pratique. Nous nous sommes attachée à analyser les points de vue et leurs recoupements pour ensuite exposer les points communs et les perceptions complémentaires dans les différents discours concernant la définition de l'auto-évaluation, le référentiel et son utilisation, les aspects positifs de la démarche, les freins rencontrés et les limites perçues par les acteurs.

Néanmoins, il convient de garder à l'esprit qu'il s'agit d'un recueil de "paroles" traduisant une vision de la réalité. Nous nous contenterons donc de retranscrire les points de vue exprimés par ces responsables d'accréditation. Nous les confronterons à notre analyse dans la conclusion de ce chapitre.

⁷⁸⁸ Les précisions quant à ces personnels et la lettre qui leur est attribuée pour la retranscription et l'analyse de leurs discours sont donnés p. 258.

1 LES PERCEPTIONS CONCERNANT L'AUTO-EVALUATION

1.1 ESSAI DE DEFINITION(S) DE L'AUTO-EVALUATION

1.1.1 Les réponses spontanées

Nous avons demandé aux personnes interrogées de qualifier l'auto-évaluation. Les réponses ont été les suivantes.

❖ *Une démarche permettant d'élaborer un état des lieux*

L'auto-évaluation est :

- **Une photographie**
 - "C'est une bonne photo. C'est intéressant. Soit on fait clic-clac et on ne retravaille pas, soit on peaufine et on retravaille" (A).
 - "C'est un instantané, une photo" (EV3).
 - "C'est un moyen de faire une photo à un moment donné de la démarche qualité" (D).
 - "C'est la photo de l'établissement à un temps T avec ses points forts et ses points faibles" (EV2).
 - "C'est la photo un jour donné, sur une période donnée sur un établissement" (B).
- **Un point sur l'établissement**
 - "L'outil est fait pour donner une appréciation, peut donner une très bonne appréciation de l'établissement" (C).
 - "Un formidable révélateur de fonctionnement et de dysfonctionnements, c'est-à-dire que dès que vous travaillez sur l'auto-évaluation, vous les faites nécessairement émerger et vous les pointez" (G).
- **Une réflexion menée par l'ensemble des acteurs**
 - "Un regard partagé sur l'établissement" (B).
 - "Quand vous faites l'auto-évaluation, il y a plusieurs personnes qui discutent, qui ont une approche, donc ça c'est intéressant" (B).
- **L'origine d'une dynamique**
 - "C'est une photo et une dynamique pour les sujets non traités, qui doivent être traités (...). Ca a créé un mouvement de dynamique" (EV2).
 - "C'est un point de départ, un passage obligé pour une amélioration de la prise en charge des patients dans l'établissement" (E).
 - "Il y a une notion de qualité et de dynamique, l'établissement se donne les moyens de continuer de s'améliorer".(B).
 - C'est une "occasion de mettre en mouvement des gens" (H).
 - "C'est une démarche un peu initiatique, un peu contraignante, mais révélatrice et dynamique car elle doit permettre, derrière, un effet levier" (G).
- **Un moyen de s'assurer de l'existence ou de la mise en œuvre d'une démarche qualité**
 - "Une façon de voir si nous avons une démarche qualité en place" (D).

- **Un booster de la démarche qualité quand elle existe**
 - "C'est un booster bénéfique parce qu'il remet en situation les choses et c'est vrai que la démarche qualité, il y a des moments on ne sait plus très bien où on va" (B).
- **Un outil d'amélioration générale dans l'établissement**
 - "C'est un passage obligé pour une amélioration de la vie dans les établissements. Parce qu'en fait on ne regarde pas seulement la prise en charge des patients. On regarde aussi la "prise en charge" du personnel. On ne fait pas de bonnes choses avec des gens qui ne sont pas motivés" (E).
 - C'est un "accompagnement au changement" (F).
 - "C'est l'occasion d'exploiter ensuite ces informations dans une perspective de changement, de mise en œuvre d'une politique" (G).
- **L'officialisation de la transversalité**
 - Même si l'établissement "pratique la transversalité, l'auto-évaluation démontre la pertinence de la transversalité" (F).

Il ressort de ces discours que l'auto-évaluation est perçue comme un moyen d'élaborer un état des lieux, une photographie réalisée par les acteurs de l'établissement, et dont l'objectif est d'instaurer et d'encourager une dynamique en termes de démarche qualité et d'amélioration de la prise en charge et de l'organisation.

❖ *Mais aussi un état d'esprit*

L'auto-évaluation correspond également selon certains à une pratique qui devrait être réalisée quotidiennement dans le travail de chacun : "le fait de s'auto-évaluer c'est une culture, c'est un état d'esprit, ... et je pense que ça permet de mieux se connaître" (EV1).

1.1.2 Les choix fermés

Nous avons ensuite défini cinq réponses possibles pour qualifier l'auto-évaluation. Les réponses ont été les suivantes :

Un outil de prise de conscience	8 fois
Un outil de changement	4 fois
Une procédure obligatoire	1 fois
Un contrôle de normes	0 fois
Une évaluation des procédures	1 fois

Les réponses dépassent un total de onze, plusieurs acteurs ayant associé "outil de prise de conscience" et "outil de changement" : "on peut prendre conscience sans changer. Je dirais c'est moitié-moitié. Pour certains ce sera on a pris conscience et on change, pour d'autres ce sera on a pris conscience mais on reste là" (A) ; "Ca va un petit peu ensemble pour moi outil de changement et outil de prise de conscience : du fait que ça fait prendre conscience, ça entraîne un changement" (E).

Les réponses traduisent une perception de la réalité. "Tout y est, mais selon les cas et selon les établissements, ça peut être différent" (G). En effet, selon l'avancée de l'établissement en

termes de démarche qualité et selon la méthodologie utilisée, les réponses ne sont pas les mêmes : ainsi, B estime qu'à la clinique des Thermes il s'agit d'un outil de changement tandis qu'à celle du Lac il ne s'agit que d'une évaluation des procédures. Les perceptions sont conditionnées par le contexte.

De plus, selon le rôle de l'acteur, la perception change également. Par exemple, la DAQ du CHU estime avant tout que l'auto-évaluation est un outil de prise de conscience et ne mettrait procédure obligatoire qu'en quatrième ; elle précise cependant qu'un autre acteur, plus proche du terrain, répondrait probablement procédure obligatoire en premier ou en deux après outil de prise de conscience. Les réponses sont alors à tempérer car la position de l'acteur modifie sa perception, même si la DAQ du CHU des Gaules estime que c'est un "*outil de prise de conscience, tout le monde le reconnaît*" (G).

Les réponses nous permettent néanmoins de conclure que l'auto-évaluation est avant tout perçue comme un moyen de faire prendre conscience aux acteurs des dysfonctionnements existants. 36 % des personnes rencontrées la considèrent aussi comme un outil de changement.

L'analyse des résultats fait apparaître que ce sont les établissements ayant déjà une culture qualité, et donc visiblement les plus à l'aise dans la démarche, qui l'inscrivent dans une optique de changement. L'auto-évaluation est alors source d'amélioration continue de la qualité.

Les réponses nous laissent penser que, pour les autres, l'auto-évaluation va d'abord déclencher la mise en place d'une politique qualité en interne et que les changements, suivant les axes d'amélioration définis, viendront dans un deuxième temps dans le cadre de cette politique. L'auto-évaluation est alors source de démarche qualité.

1.2 L'AUTO-EVALUATION : UN ELEMENT ESSENTIEL DU PROCESSUS GLOBAL D'ACCREDITATION ...

L'auto-évaluation apparaît pour tous comme l'élément principal de la démarche d'accréditation. Ainsi, elle est considérée comme :

- Le point de départ de la démarche : "*c'est le début ; avant de partir pour quelque part il faut d'abord s'arrêter*" (A), mais à condition qu'elle ait une suite : "*ça doit être ce qui fait booster et avancer, parce que si un jour on s'arrête après le travail qu'on vient de faire, ça ne sert effectivement à rien*" (A).
- Le fondement du succès de l'accréditation : "*L'auto-évaluation, il faut vraiment la prendre très au sérieux, c'est vraiment le fondement même du succès de la démarche(...). C'est le socle, tout repose dessus*" (EV1). "*Elle est fondamentale*" (EV2) parce qu'à ce moment là, les acteurs remplissent les grilles et s'aperçoivent de là où en est l'établissement ; c'est "*l'étape-clé*" car elle "*guide la visite*" et fournit le "*substrat dont l'établissement va tirer ses priorités d'action*" et parce qu'elle "*enclenche la dynamique collective*" (G).
- La "*définition même de l'accréditation*" (EV3) ; "*elle conditionne toute la visite*" (EV3). Avec le rapport d'auto-évaluation, les experts-visiteurs arrivent à se faire une image assez complète de l'établissement avant la visite (D). L'auto-évaluation permet à l'ANAES de vérifier qu'il y a bien un consensus interne et d'avoir à un moment donné une photographie détaillée d'un sujet ; c'est aussi "*la première appréciation, le premier contact qu'ils ont avec un établissement sur son fonctionnement*" (G). "*Le premier regard qu'ils portent sur le fonctionnement de l'établissement, ils le portent au travers du document d'auto-évaluation*". Il y a donc "*un vrai enjeu sur cette phase là*" (G).

- L'élément pédagogique de la démarche : "*ce qui domine, c'est l'objectif pédagogique, c'est-à-dire qu'au lieu de dire aux gens on vient vous inspecter ce qui ferait une inspection de plus, on dit aux gens : "cherchez par rapport aux critères ce qui ne va pas, c'est vous qui les déterminez et vous faites des propositions"... Ca fait que les gens se parlent, ce qui dans le milieu hospitalier est assez rare jusque là*" (C).
- "*L'appropriation du diagnostic*" (F).

Ainsi, l'auto-évaluation apparaît comme "la phase-clé" (G) de l'accréditation, car :

- elle en constitue le point de départ,
- elle est le moment de la définition et de l'appropriation du diagnostic et des axes d'amélioration par les acteurs,
- ses résultats servent de premier contact et permettent une première appréciation portée par l'équipe d'experts-visiteurs sur le site.

1.3 ...MEME SI ELLE A BESOIN D'ETRE COMPLETEE PAR LA VISITE POUR ETRE EFFICACE ET RIGOUREUSE

"*L'auto-évaluation d'une part, l'organisation de la visite d'autre part, se complètent*" (G). Il apparaît dans les discours que ce qui permet de renforcer des orientations ou de mettre en avant des améliorations, c'est en fait "*l'auto-évaluation confortée par la visite des experts-visiteurs*" (F).

"*L'auto-évaluation est l'occasion d'acter quelque chose qui peut être conforté par les experts-visiteurs*" (F). Les différentes personnes interrogées ont mis en évidence l'importance de la visite pour garantir une bonne auto-évaluation : la culture française est davantage ancrée dans le contrôle que dans l'évaluation. Ainsi, le fait que le travail d'évaluation mené en interne soit "vérifié" ou complété par une visite devrait garantir une évaluation honnête et complète. "*Ce qui motive dans l'auto-évaluation, ce qui fait que l'auto-évaluation est prise au sérieux, c'est qu'en face elle va être revisitée par des gens extérieurs. Ca lui donne une crédibilité*" (B). La visite est alors l'occasion de s'assurer que la démarche est appropriée par les acteurs et ne se contente pas de se solder par un document écrit inusité par la suite : "*Moi je dirais que le gros travail des experts-visiteurs c'est d'analyser l'auto-évaluation, de la décrypter, de voir si elle est exhaustive, si elle est sincère, si elle est complète, si elle répond bien aux questionnements et aux problématiques d'établissement, et à travers ça, si on arrive bien, nous, derrière, à formuler et à nous représenter une vraie dynamique de démarche qualité*" (EV1).

Dans les établissements, la visite des experts-visiteurs est donc considérée à la fois comme une validation, une reconnaissance du travail effectué en interne au cours de l'auto-évaluation mais aussi comme un moyen de faire progresser davantage les choses car beaucoup d'acteurs fonctionnent encore dans cette logique de contrôle : "*j'attends beaucoup des experts pour faire avancer les choses ; j'attends beaucoup qu'ils abondent le travail qu'on a fait donc boostent notre action car on a toujours peur du gendarme, de l'extérieur, ...*" (A).

Les experts-visiteurs assurent donc un complément à l'auto-évaluation par différents aspects :

- Ils vérifient les aspects sécuritaires qui sont une obligation légale. Cette phase s'apparente pour beaucoup à du contrôle. "*Sur la sécurité, ils épluchent vraiment à fond, dans la partie préalable en tout cas*" (B).

- Ils s'assurent que l'auto-évaluation a effectivement pris la forme d'une évaluation collective, associant des acteurs de tout niveau et de tout métier et n'est donc pas restée le fait d'une seule personne ou de la direction : *"Il y a des grilles de lecture croisée qui font que l'on voit s'il y a eu une participation très large et collective de l'établissement, de tous les acteurs de l'établissement, du corps médical, du corps soignant, de tous les agents, quels que soient leur niveau et leur métier, ... Donc ça c'est un préalable à ce que la visite se passe bien, l'aspect collectif de la démarche. C'est du ressenti et après sur le terrain, quand on travaille avec les équipes d'auto-évaluation, il n'y a aucun doute"* (EV1). La phase de validation permet donc de s'assurer si l'auto-évaluation a été exhaustive et surtout si elle a été transversale, multidisciplinaire et pluri-professionnelle.
- Ils testent la véracité de ce qui est contenu dans le rapport d'auto-évaluation, à savoir s'il reflète la réalité par le biais d'entretiens et d'une documentation abondante : *"Par exemple sur VST, dans un long séjour, quand je suis arrivé à cette référence pour vérifier si le dossier transfusionnel existait, était construit et renseigné, (...) j'étais obligé d'aller voir s'il y avait bien un dossier transfusionnel, s'il était clairement identifié, s'il était utilisé, etc. Il y a quand même une confrontation sur place par rapport aux critères, par rapport à la norme"*(EV1).
- Ils cherchent à limiter les freins et les résistances (*"neutraliser un groupe qui s'opposerait"* -F) et tentent de rassurer et d'informer les acteurs encore réticents à la démarche, en faisant évoluer la vision des acteurs, en tentant de dissiper leurs craintes : *"Au départ la démarche est vécue comme un contrôle et le fait d'avoir un retour d'évaluation par les pairs est vécu plus comme une évaluation"* (EV2).

Enfin, la visite permet de valider la phase d'auto-évaluation et de la compléter : *"l'auto-évaluation a été faite trois ou quatre mois avant notre visite, et depuis, souvent, il s'est passé beaucoup de choses. Il peut y avoir eu d'abord des changements de personnes, de direction, de président de CME, il peut y avoir des modifications dans les équipes, des modifications de stratégie, il peut y avoir aussi des améliorations qui ont été finalisées. Ca permet de les valider, de les prendre en compte. Ca permet surtout de mettre sur notre rapport la dynamique qu'on a pu rencontrer dans l'établissement"* (EV1). Les experts-visiteurs s'intéressent alors aux axes d'amélioration pour constater les avancées et les valider, avant de compléter l'analyse faite en interne en proposant *"également des pistes d'amélioration, qui sont en général reprises par l'établissement"* (EV1).

Globalement, les acteurs rencontrés ont tous perçu l'objectif principal de l'accréditation qui est d'inscrire les établissements dans une logique d'amélioration continue de la qualité. L'auto-évaluation n'en est qu'une étape permettant de déterminer ce qui va et ce qui ne va pas, son but n'est donc pas de découvrir des éléments insoupçonnés⁷⁸⁹ puisqu'elle est menée par les acteurs eux-mêmes (*"nous n'avons rien découvert de fantastique"* - A, *"rien d'insoupçonné"* - B, *"on a rien redécouvert"* - C), mais de les aider à prendre conscience de ce qui dysfonctionne et des améliorations à mettre en place. Dans l'établissement, l'auto-évaluation doit *"déclencher"* cette dynamique qualité, dans la mesure où il ne suffit pas de mettre en œuvre une auto-évaluation tous les cinq ans, mais où il faut assurer la suite, notamment en termes d'améliorations et de dynamique permanente de recherche des erreurs et dysfonctionnements afin de les corriger.

⁷⁸⁹ L'effet de taille des structures joue sur cet aspect également : ainsi, seule la DAQ du CHU des Gaules dit avoir appris des choses en lisant les rapports d'auto-évaluation. Néanmoins, cet acteur se situe au siège du CHU qui est multi-sites. Il est donc normal qu'elle ne connaisse pas l'ensemble du fonctionnement de tous les établissements.

2 LE REFERENTIEL ET SON UTILISATION

Les différents établissements étudiés ont tous expérimenté la première phase de la démarche, puisqu'il s'agissait de leur première auto-évaluation "réelle" pour le compte de l'ANAES. Globalement, l'appréciation met en évidence que le fait d'utiliser une grille qui permette d'apprécier une manière de fonctionner et des pratiques par rapport à un référentiel paraît pertinent.

Nous avons cherché à recueillir le ressenti des responsables de l'accréditation au sein des établissements à propos du manuel. L'auto-évaluation est la comparaison d'un réel par rapport à un référent qui fixe un idéal au travers d'objectifs à atteindre. Nous avons donc tenté de comprendre si ce référent était adéquat à la réalité évaluée, complet, utilisable et compréhensible par les acteurs, donc si l'outil fixait des objectifs en accord avec la réalité des établissements de soins et réalisables aux vues des acteurs.

❖ *Le manuel de l'ANAES : un outil complet pour analyser la réalité des établissements de soins*

Le référentiel de l'ANAES apparaît, aux dires des acteurs rencontrés, comme un outil "relativement pertinent parce qu'il permet d'exprimer assez largement le point de vue des utilisateurs" (G) : il est d'abord assez complet, "il couvre l'ensemble du champ des activités hospitalières et les questions sont assez ouvertes pour permettre de pointer d'éventuels questionnements ou dysfonctionnements ou évènements indésirables par rapport à notre manière de fonctionner" (G) et donne une "bonne vision de ce qu'est l'établissement et de son fonctionnement" (G). Le contenu est jugé adéquat "en première intention" (G), car il donne "un cadre" et, en tant que tel, "une cible" pour s'évaluer et pour évoquer ses propres pratiques par rapport à d'autres (G).

Les acteurs estiment que, même s'il est compliqué et lourd, c'est un outil complet et intéressant : "en posant des questions qui se croisent, on est obligés en fin de compte de tenir compte des uns et des autres pour y répondre" (A). Le manuel permet ainsi de comparer les visions des différents acteurs : "Le manuel est très bien structuré parce qu'il se recoupe, on retrouve les mêmes questions dans différents domaines donc ça permet de recouper les réponses. Il est bien organisé" (E). "On m'a fait remarqué qu'il y avait des sujets qui étaient à cheval sur plusieurs référentiels, mais cela permet un croisement des données" (F). Par exemple à la clinique de la Croix-Verte, dans le groupe concernant les vigilances sanitaires et infectieuses, les médecins ont été obligés de se préoccuper du problème de la gestion des déchets, alors que cet aspect relève de la logistique.

En fait, les établissements ont parfois eu du mal à s'approprier le manuel au début de la démarche d'auto-évaluation, en raison du nombre élevé de références et de critères et d'un vocabulaire relativement spécifique. Cependant, tous s'accordent à la fin de leur première auto-évaluation pour dire que le référentiel est complet, qu'il fournit une bonne lecture des établissements et qu'il permet donc de comparer la réalité des structures de soins à un référent regroupant les principaux objectifs à atteindre pour assurer une prise en charge de la meilleure qualité possible : "Je trouve que l'outil est bien fait. J'ai longtemps été critique, je trouvais qu'il était inadapté. Et en fait plus je travaille sur le référentiel, plus je trouve qu'il n'est pas mal fait." (B), "L'outil est fait pour donner une appréciation, il donne une très bonne appréciation de l'établissement" (C), "transversal, il couvre bien l'ensemble" (E), "l'avantage, c'est qu'il couvre bien l'ensemble des champs pour l'activité de soins et les activités classiques de gestion" (F).

❖ **Des zones inexploitées ?**

Si certains estiment qu'il n'y a pas de "zones d'ombre" (EV1, EV3, D) et que le manuel permet de connaître tous les dysfonctionnements de l'établissement, d'autres mettent en avant certaines lacunes quant au contenu de ce référentiel. Selon eux, il manque une analyse concernant :

- La politique du personnel : *"la politique du personnel on en parle très très peu dans le manuel d'accréditation alors que c'est fondamental, on parle beaucoup du client et on oublie complètement une chose, c'est que si le personnel est bien dans sa peau le client sera bien soigné. On ne vous demande pas à l'ANAES "quelle est votre politique salariale ?", on ne vous demande pas "quels sont les avantages acquis", "comment vous faites pour les retraites" alors que c'est fondamental"* (EV2).
- L'adéquation de l'indication avec le plateau technique : *"Il y a le problème de la pertinence et de l'adéquation de l'indication avec le plateau technique. L'accréditation ne va pas dire 'attendez, pour telle indication est-ce que vous avez bien telle pince pour que le chirurgien opère dans les meilleures conditions qui soient'"* (EV2).
- Le juridique (D).
- Les fonctions d'enseignement et de recherche. Le directeur du centre médical et chirurgical de réadaptation des Hauteurs pointe que pour un CHU, il est nécessaire de "creuser" pour intégrer les fonctions d'enseignement et de recherche. De même, pour tout autre type d'établissement qui assure de l'enseignement, de la recherche et de la formation pour certains types de professionnels (assistantes sociales, correspondants kinésithérapeutes par exemple), *"l'outil ne permet pas de donner un coup de projecteur à ces choses-là"* (F).
- Les actions de prévention : *"l'outil ne met pas suffisamment en valeur les actions de prévention"* (F). L'analyse porte davantage sur la prise en charge curative que préventive.
- Les fonctions associées. Il existe des fonctions associées dans certains établissements (dans les centres de rééducation et de réadaptation par exemple), telles que des écoles intégrées, des appartements d'entraînement au retour à domicile, etc. *"qu'il faut s'astreindre à valoriser à travers cet outil"* (F).

❖ **Un outil qui donne des résultats plus ou moins détaillés selon les types de structures**

Selon nos interlocuteurs, le référentiel convient quelle que soit la taille de la structure accréditée : *"pour avoir fait une visite sur un tout petit établissement de soixante lits et pour avoir fait une visite sur un énorme établissement de mille lits et places, les échelles sont complètement différentes mais on utilise le même outil, le même référentiel et on arrive à conduire notre travail d'une manière aussi efficace. C'est ça qui est important."*(EV1). Par contre, il est mis en évidence que le niveau de détail dans les résultats change : le petit établissement aura tendance à descendre davantage dans le détail tandis que le gros établissement reste à l'échelon supérieur, *"même si on descend dans certains secteurs d'activité dans le détail aussi"* (EV1). L'analyse dans les grandes structures se situe donc plus sur les interfaces et les frontières tandis que la prise en charge est davantage détaillée dans un petit établissement.

Dès lors, certains estiment qu'une adaptation du référentiel à la taille et à la structure de l'établissement serait nécessaire. *"Ils ont commencé pour les établissements de moins de cinquante lits je crois, avec un dispositif allégé, mais inversement je pense que pour les CHUs, il faudrait que les autres aspects tels que enseignement, recherche, coopération hôpital-industrie, soient traités différemment dans l'évaluation. Je dirais plus qu'il faut peut-*

être une segmentation des référentiels en fonction du champ et de la taille. Pour les petits établissements, ce sera la taille qui sera le critère de segmentation, pour les plus gros ou les plus spécialisés, ce sera le métier" (F).

Autre aspect, au CHU des Gaules, la taille et l'aspect multi-sites de l'institution ont posé des contraintes, notamment dans l'élaboration des réponses aux grilles, car cela supposait un double niveau de réflexion (politiques institutionnelle et locale). Outre le ressenti des acteurs de terrain, il fallait refléter la politique institutionnelle, notamment en termes d'orientations choisies par la direction générale. Cet ensemble a posé un problème de lisibilité et de compréhension, notamment pour faire comprendre la logique d'organisation au travers de chaque site. Néanmoins, à l'inverse, si l'évaluation avait concerné le CHU des Gaules en entier, cela aurait été *"ingérable et n'aurait pas eu de sens, parce que ce que l'on accredité c'est bien l'organisation au plus près du terrain" (G).*

Hormis le problème de taille des structures, le manuel et ses utilisateurs se heurtent à la difficulté d'évaluer des établissements dont l'activité est différente. Ainsi, le manuel s'inscrit parfaitement dans la logique d'une prise en charge classique, c'est-à-dire en court séjour, et moins aux établissements de moyen ou long séjour, *"de la même façon que le PMSI n'est pas entièrement adapté à l'ensemble des activités" (F).* Ainsi, les fonctions associées (appartement thérapeutique par exemple) ne sont pas intégrées.

Malgré tout, sous sa forme actuelle, le référentiel offre des éléments objectifs de comparaison : c'est *"la première fois que l'on va pouvoir disposer d'une photographie de la situation de l'ensemble des établissements, publics et privés, avec le même référentiel et la même méthodologie d'analyse et d'évaluation" (G).*

❖ *La référence : un niveau adéquat pour réaliser un état des lieux et laisser une marge de manœuvre aux établissements*

La référence fixe un objectif à atteindre. C'est "l'idéal" de notre modèle, auquel est confronté la réalité des établissements de soins, c'est-à-dire ce qui a été mis en place. L'intérêt de ces objectifs est que même si des critères sont énoncés, correspondants à la manière la plus classique d'atteindre le but fixé, les établissements sont libres de développer d'autres moyens d'y répondre. Les critères ne sont pas rigides.

La référence est considérée comme le niveau adéquat pour permettre de comprendre et de décrire ce qui passe dans les établissements, sans imposer de normes trop strictes. Elle permet de mener une évaluation conséquente, sur la base d'objectifs plus que de normes précises : *"Sur les références on arrive mieux à formuler une dynamique il me semble" (EV1).* Le découpage en référentiels, eux-mêmes détaillés en références et critères, est donc jugé pertinent : *"on sait de quoi on parle" (B).*

❖ *Un manuel encore très normatif*

Tous s'accordent pour dire que le référentiel reste relativement normatif, d'autant plus que les acteurs des établissements de soins ne sont pas encore rentrés dans cette culture. Par contre, les réactions varient quant à cette approche.

Certains la contestent :

- La responsable de l'accréditation de la clinique de la Croix-Verte précise que cette forme de référentiel lui convient mais gêne certains de ces collègues.
- EV2 le trouve également très normatif et pense que les gens en ont peur. *"On est dans des outils qui sont trop normatifs, de gestion du métier vis-à-vis de la précaution, pas forcément vis-à-vis d'autres choses à mettre plus en avant."*

D'autres la trouvent adéquate ou tout au moins adaptée à l'initiation de la démarche d'auto-évaluation :

- Le côté normatif, *"je pense que c'était nécessaire au départ, il n'y avait pas d'autre solution"* (E).
- *"Je crois qu'il faut que ce soit normatif, sinon, si c'était flou, on aurait un résultat flou et justement ce qu'il faut c'est des données un peu chiffrées, des exemples, des fameux indicateurs qu'on a tant de mal à mettre en place"* (C).
- *"Il faut le voir comme un outil, c'est-à-dire que c'est une check-list qui permet de se poser des questions. C'est une bonne chose"* (F).
- Le médecin interniste de la clinique du Lac précise à ce sujet que *"le seul reproche qu'on peut faire aux professionnels français, c'est qu'ils ne sont pas assez organisés pour prendre en main eux-mêmes leur système d'auto-évaluation, qu'il a fallu qu'ils le confient à une agence de l'état (...) Ca montre qu'il fallait quelque chose de normatif pour les contraindre"* (C).

Enfin, notons que tout ce que l'établissement écrit doit être objectivable, sous la forme de documents de quelque nature qu'ils soient. *"Ce n'est pas tellement dans notre culture, mais ce que l'on nous demande, ce sont des faits et non pas des opinions"* (G). A l'hôpital aujourd'hui, les acteurs ont désormais la tendance inverse à vouloir tout mesurer, à vouloir faire des enquêtes de satisfaction à tout bout de champ, pour prouver ce qu'ils mentionnent dans le rapport d'auto-évaluation. Le risque est alors de tomber dans l'excès inverse : trop mesurer, sans une recherche préalable de pertinence.

❖ *Des réactions contrastées face à l'absence d'aspects économiques dans le manuel*

Le manuel d'accréditation sur lequel se base l'auto-évaluation définit les axes principaux traduisant une qualité de prise en charge et de fonctionnement au sein des établissements. Dès lors, centré sur la qualité, il n'aborde pas les notions économiques et financières. *"On rejoint le débat : y a-t-il un lien entre coût et qualité ? et dans quel sens ?"* (F). A ce sujet, nous avons recueilli deux types de réactions.

Certains estiment que la non-prise en compte de l'économique est regrettable car la qualité ne peut pas être déconnectée du reste.

- *"C'est pour moi incontestablement manquant, il faudra bien un jour ou l'autre y venir"* (G).
- EV2 illustre cette lacune ou ce besoin de mener l'accréditation en lien avec d'autres éléments par le cas d'une clinique *"qui a une accréditation top et qui est au bord de la faillite et qui va probablement déposer son bilan. Alors que l'accréditation s'est très bien passée..."*. Selon lui, il faudrait voir *"les conséquences de la volonté des dirigeants d'avoir investi dans la qualité sur le secteur sanitaire"* et à ce titre les données économiques lui semblent essentielles.
- Pour E, étant donné *"les soucis financiers actuels dans les établissements"*, il est dommage que l'économique ne soit pas mentionné dans le manuel, même s'il reconnaît que la qualité demande souvent une réorganisation plus que des moyens financiers.

A ce sujet, le directeur du centre médical et chirurgical de réadaptation des Hauteurs (F) remarque qu'il est intéressant de porter son attention sur les résultats et sur les coûts, mais qu'à ce jour il ne voit pas comment intégrer la dimension financière dans cette démarche, sans compter qu'il existe des différences en termes de prise en compte de la qualité en fonction du mode de financement.

Les autres estiment normal que l'économique ne soit pas pris en compte dans le référentiel étant donné son orientation qualité, mais reconnaissent que ce rapport ne sera pas sans incidence financière, puisque la tutelle en est destinataire :

- "L'ARH va donner l'argent en fonction du rapport" (EV3).
- "Il y aura un bon a priori pour un établissement qui aura passé l'accréditation, avec peu de recommandations" (EV1).
- "Un jour ou l'autre, chaque établissement viendra à discuter avec l'ARH des conclusions du collège, des besoins de financement corrélatifs à la mise en place des actions prioritaires du collège, on sera donc amenés d'une façon ou d'une autre à intégrer les aspects économiques dans la démarche" (G).
- "Dans les relations avec l'ARH, ça ne joue pas encore parce que tous les établissements ne sont pas passés. Par contre, je pense que ça jouera très vite en négatif si un établissement a des réserves majeures, ou s'il a une accréditation à dix-huit mois sur certains thèmes. Je crois qu'avoir une accréditation sans réserve majeure, c'est une carte d'entrée, une première étape. Après vous pouvez exposer votre problème" (C).

Malgré tout, ils estiment que l'auto-évaluation et l'accréditation traitent de la qualité ; le but du référentiel n'est donc pas d'évaluer l'économique et le financier mais de regarder la qualité de la prise en charge offerte aux patients. En outre, l'économique est totalement différent entre les structures publiques et privées PSPH et celles privées à but lucratif et sa prise en compte dans ce type d'évaluation risquerait de biaiser l'analyse du fonctionnement, de l'organisation et des pratiques. "A mon avis il ne faut pas mélanger les genres. Si on fait rentrer de l'économique, on va donner très rapidement des arguments au conflit : le système fait qu'on a deux systèmes économiques complètement différents, donc si on prend ça en compte dans le cadre de l'accréditation, c'est la fin de l'accréditation. Ça devient une analyse économique et non plus une analyse de pratiques" (C).

❖ *Un manuel à remanier dans une prochaine version*

Le manuel est considéré comme adéquat pour la première version de l'auto-évaluation, mais devrait subir, selon nos interlocuteurs, des évolutions pour les procédures à venir.

⇒ **Un référentiel qui doit évoluer**

L'idée développée est que globalement, pour une première auto-évaluation, le manuel et son contenu étaient très bien ("*en première approche, je pense que c'est intéressant d'avoir ce niveau d'appréciation*" – G). En revanche, il devra être modifié dans un deuxième temps, afin d'aller plus loin. Deux évolutions majeures se dessinent :

- Des approfondissements, voire l'intégration, de certains domaines : des acteurs pointent par exemple la non-prise en compte des filières (amont et aval) : la "*performance d'un hôpital ne se juge pas que par rapport à ses actions internes. (...) Le temps que vous passez à corriger un interface avec l'extérieur, vous ne le passez pas à améliorer ce qui se passe à l'intérieur*" (H). L'auto-évaluation cherche à regarder si le processus de prise en charge est optimal, mais ne se limite actuellement qu'aux aspects internes, sans s'intéresser aux éléments externes.
- Une révision du manuel, car certains pointent des disproportions selon les référentiels (B).
- Un allègement du référentiel : "*s'il ne l'allège pas c'est vraiment très lourd*" (G). L'idée est de dire que la deuxième phase devrait davantage s'intéresser aux améliorations mises en place tandis que la première offrait une photographie complète de l'établissement et de son fonctionnement.

⇒ **Une insuffisance remarquée quant aux indicateurs de résultats**

L'auto-évaluation telle qu'elle est menée aujourd'hui s'apparente davantage à une évaluation de moyens qu'à une évaluation des résultats, ce que déplorent certains de nos interlocuteurs, en pointant l'absence d'indicateur de résultats. *"Qui dit des résultats adéquats dit qu'on a travaillé en amont pour obtenir ces résultats adéquats. On ne peut pas les avoir si on fait n'importe quoi. Donc avoir des résultats adéquats, quelque part, ça veut dire qu'on a mis en place ce qui est nécessaire"* (E).

Néanmoins, tous soulignent le retard des établissements de soins en France dans le domaine des indicateurs de résultats et estiment qu'il serait souhaitable de les incorporer dans une prochaine version du manuel, afin de laisser le soin aux établissements de les mettre en place. *"A mon avis, il ne les ont pas mis car il n'y a pas beaucoup d'établissements qui ont une évaluation de leurs résultats, en tout cas je n'en connais pas beaucoup"* (D). Ainsi, EV3 reconnaît qu'il n'existe aujourd'hui *"aucun indicateur pertinent"* dans les établissements de soins : *"chacun fait comme il peut"* et met donc en place des indicateurs concernant les infections nosocomiales ou la mortalité. Aujourd'hui, les établissements sont dans la phase de mise en place des procédures, mais pas de leur évaluation ; il faut du temps et des gens formés à ces nouveaux métiers, donc *"ce n'est pas encore d'actualité, même si on en parle"* (D).

L'absence d'indicateur de résultats n'est donc pas considérée comme une réelle lacune, mais plutôt comme un axe d'amélioration de l'outil pour les prochaines années. Les acteurs rencontrés adhèrent ainsi aux choix réalisés par l'ANAES, à condition que le référentiel évolue pour la prochaine phase. *"J'ai critiqué parce que c'est une évaluation des procédures, mais initialement je pense qu'ils ne pouvaient pas faire autrement. Il fallait commencer par là. Il faut rapidement introduire maintenant, quand tous les établissements auront été évalués une première fois, et je pense que c'est leur objectif, de la vraie évaluation de résultats. Il faudra passer à l'étape ultérieure"*(E).

Les acteurs estiment donc que les établissements ne sont pas encore prêts en France (*"on n'en est pas encore à ça en France; (...) le monde hospitalier français n'est pas prêt encore"* - E), mais reconnaissent que *"c'est quand même ça qui est le plus important, c'est le résultat. Les moyens d'y arriver en principe doivent être connus"* (E). Ainsi, nous sommes en droit de penser que les versions ultérieures du manuel seront amenées à inclure ce type d'indicateurs, l'idée étant alors de passer d'une obligation de moyens à une obligation de résultats, mais *"une obligation de résultats avec des données comparables"* (E). (*"un hôpital X n'a pas les mêmes patients qu'un hôpital Y ou qu'un hôpital Z. Donc il faut comparer ce qui est comparable"*- E). L'ANAES a commencé à ce propos un recensement des indicateurs utilisés.

❖ **La transversalité bouscule les logiques de service**

L'ANAES a fait le choix d'une évaluation par établissement plutôt qu'une évaluation par activité, ce qui engendre des réactions variées.

La notion de transversalité reste difficile à intégrer pour certains, qui restent encore dans une logique de service. C par exemple a vécu l'expérimentation canadienne et l'auto-évaluation à la française : *"le petit plus de l'expérimentation canadienne c'est qu'elle va plus loin dans le terrain, c'est-à-dire que la démarche se fait par service et non par thème, en prenant des gens de divers services. Dans la démarche française, on est obligé déjà de faire une espèce de synthèse globale, donc un peu bancal, sachant que ça peut aller bien dans un service, moins bien dans un autre"* (C). Ce médecin estime que l'approche transversale française oblige plus à un résumé par rapport à l'établissement que par rapport à la vie propre d'un département ou d'un service et qu'elle implique moins de gens. Le champ d'application est

selon lui plus vaste dans la méthode canadienne, mais la démarche est aussi plus lourde que dans la méthode française. Il se situe à l'évidence encore dans une logique de service.

Au centre médical et chirurgical de réadaptation des Hauteurs, où la transversalité a été initiée dès le projet d'établissement et dès l'élaboration du livret d'accueil des patients et de celui des personnels, cet aspect est par contre bien perçu : *"on ne peut pas demander à un seul métier de porter une appréciation sur ce qu'il fait"* (F).

Dès lors, ces expériences montrent l'impact de la culture "service" de certains établissements sur la compréhension de la démarche. A l'inverse, les établissements ayant déjà introduit la notion de transversalité maîtrisent mieux l'outil et les objectifs qui y sont fixés, ainsi que les moyens d'y répondre.

❖ *Conclusions sur l'outil*

"Le diagnostic est un acte de gestion" (H). Le manuel de l'ANAES sert de référent pour l'évaluation qualitative des établissements de soins, le référent étant constitué par la perception d'une majorité d'acteurs quant au fonctionnement et à l'organisation de la prise en charge mise en place. Sans un référent pertinent, dont les objectifs sont basés sur une réalité des établissements, l'évaluation ne serait non seulement pas possible, mais ne conduirait pas à une amélioration continue de la qualité comme le souhaite l'ANAES.

Aujourd'hui, aux dires des responsables d'accréditation, l'ANAES semble avoir travaillé son manuel de manière à avoir un référent :

- en adéquation avec la réalité des établissements de soins,
- relativement complet quant à leur fonctionnement et à leur organisation,
- relativement adapté aux différents types de structures, même si le niveau de détail atteint n'est pas le même selon la taille de l'établissement,
- applicable par les acteurs, l'évaluation étant facilitée par le découpage en référentiels, références et critères.

"En tant que tel, je le pense intéressant, notamment dans la perspective d'avoir un diagnostic préalable, de temps T0 de la démarche. (...) Sur la vision diagnostique de l'existant, toutes activités confondues, le manuel me paraît bien élaboré" (G).

Les critiques portent sur la "lourdeur" du manuel et son centrage sur les preuves écrites, trop limité par rapport à la réalité des établissements et leur culture essentiellement centrée sur l'oral encore aujourd'hui.

Enfin, tous s'accordent sur la nécessité d'une évolution du manuel, afin de l'adapter aux établissements et de rester en concordance avec leur réalité. Cette perspective est primordiale pour plusieurs raisons :

- les établissements sont amenés à changer et le manuel doit s'adapter à ces évolutions pour rester le support d'une évaluation pertinente ;
- la première phase a permis de mettre en évidence les dysfonctionnements les plus importants, les phases suivantes vont rentrer dans un détail plus fin afin de permettre aux structures de soins de se rapprocher le plus possible de l'"idéal" fixé. Les objectifs à atteindre doivent donc s'affiner ;
- la démarche s'appuie encore trop sur les moyens (structures et procédures) et doit évoluer vers les résultats qui représentent une clé de la satisfaction des patients.

3 UNE ANALYSE DE LA DEMARCHE PAR LES ACTEURS

Après avoir considéré l'outil en lui-même, c'est-à-dire le manuel, nous nous sommes intéressée à la démarche d'auto-évaluation, afin de rentrer dans le concret de cette démarche et d'en sortir à la fois les aspects positifs et les limites exprimés par les acteurs rencontrés.

3.1 LES ASPECTS POSITIFS DE LA DEMARCHE

L'objet de l'auto-évaluation n'est pas de faire apparaître des éléments insoupçonnés, les problèmes étant généralement connus des acteurs. Elle cherche à les mettre à plat afin d'assurer une prise de conscience et de trouver des solutions. *"On sait exactement où on est fort et où on n'est pas fort"* (D). L'auto-évaluation est globalement jugée positive car elle permet à des équipes multidisciplinaires de travailler ensemble et de lancer une dynamique qualité dans les établissements. L'accréditation et l'auto-évaluation sont vécues comme des "nécessités" par les personnes que nous avons interrogées, du fait de leur approche qualitative : le fait de faire rentrer la qualité dans les décisions à l'hôpital apparaît comme essentiel.

❖ *L'auto-évaluation est globalement positive : elle orchestre une rencontre sur des problèmes permanents*

L'ensemble de nos interlocuteurs estime qu'il était nécessaire de mettre en place cette démarche et qu'elle vient combler un vide qualitatif, notamment en termes d'évaluation. *"C'est la démarche la plus bénéfique qu'on a dans les hôpitaux depuis bien longtemps"* (C).

Elle s'inscrit dans une logique de terrain (*"c'est une vraie politique de terrain"* – G) : son intérêt principal est qu'elle oblige les acteurs à régler des problèmes qui existaient depuis longtemps et connus de tous, mais auxquels *"personne ne s'était jamais attaqué"* (D). Son *"intérêt immédiat"*, c'est *"d'amorcer une rencontre sur des problèmes permanents"* (C), c'est-à-dire qui ne sont soit jamais réglés habituellement dans le système hospitalier, soit réglés mais par des décisions jugées conflictuelles par les acteurs, notamment parce qu'il s'agit de décisions prises par la direction : *"là, ça permet d'aborder les problèmes, de proposer des solutions et d'obtenir souvent un consensus au moins pour une première étape, pour apporter des mesures correctives"* (C). C'est alors *"un facilitateur sur certains points de controverses, sur certains blocages"* (F).

En outre, l'auto-évaluation recadre les acteurs autour du patient : *"c'est une très bonne chose car ça permet de se poser des questions, tout à fait pertinentes, ça oblige les gens à s'organiser quelque part, à discuter entre eux, c'est une très bonne chose, ça fait prendre conscience qu'on est là pour un patient, on est là pour les patients"* (E).

❖ *L'auto-évaluation initie ou renforce, selon le degré d'avancement, la démarche qualité dans les établissements*

Aujourd'hui, beaucoup d'établissements sont en retard pour la mise en place de démarches qualité, inexistantes chez certains (*"chez nous, il n'y a aucune démarche qualité"* – A). Les acteurs travaillent selon des habitudes, ce qui n'est plus suffisant : *"Ce n'est pas parce qu'on a l'impression de bien faire son travail qu'on travaille en qualité"* (A). L'auto-évaluation vise

à déclencher, dans ces établissements, une prise de conscience de la part des acteurs et les invite à s'engager dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Ainsi, au CHU des Gaules, le lancement de la démarche d'accréditation en interne a été utilisé comme levier de mise en œuvre et de formalisation d'une politique qualité. Dans ce type d'établissement, la première phase d'auto-évaluation offre donc l'occasion de lancer une dynamique qualité en proposant des axes d'amélioration qui constituent alors le point de départ de la démarche.

D'autres établissements avaient initié une politique qualité avant le lancement de l'accréditation. L'auto-évaluation est alors l'occasion de renforcer la dynamique qualité existante à la fois par les actions d'amélioration proposées et par la prise de conscience qu'elle occasionne chez les acteurs.

En effet, dans ce cas de figure, le plan quinquennal d'amélioration vient actualiser les plans d'action qualité déjà existants : l'auto-évaluation vient "*actualiser la politique qualité en place et vient créer cette idée de démarche continue*" (G). L'idée est bien de mettre en place ou de confirmer des améliorations et non de pointer ce qui dysfonctionne, comme le montre la présentation points forts et axes d'amélioration. Il s'agit de réfléchir à des actions et non de lister les dysfonctionnements.

D'autre part, l'auto-évaluation renforce l'intérêt des acteurs pour la dynamique qualité. Par exemple, au centre médical de l'Est où la démarche qualité est en place depuis 1997, l'impact s'est fait sur la compréhension qu'ont les acteurs de cette démarche et de son intérêt. "*Ca conforte la démarche qu'on a mise en place, donc toute l'analyse qu'on a faite de la pré-admission à la sortie du patient et de la prise en charge*" (D). Les actions mises en place ont été renforcées. Notre interlocuteur précise qu'il ne sait pas si les résultats de l'auto-évaluation permettront de dire si la démarche en place est bonne ou pas, "*mais ça permet de donner un coup de fouet à l'établissement*" (D).

L'auto-évaluation n'a donc de valeur que si elle est accompagnée d'une démarche qualité permettant de poursuivre ce qui est décidé au cours de cette phase et de pallier aux dysfonctionnements mis en évidence. Elle permet ainsi de générer, de formaliser ou de renforcer une démarche d'amélioration continue de la qualité dans les établissements.

❖ ***L'auto-évaluation donne l'occasion de faire un bilan des politiques de l'établissement***

"*J'ai trouvé que l'auto-évaluation était intéressante car elle renvoyait bien à un certain nombre de points d'ancrage du management*" (H). La démarche d'auto-évaluation s'appuie sur les politiques de l'établissement : projet d'établissement, politique médicale, projet de soins infirmiers, politique en termes d'hôtellerie, d'information, de projet social, et d'autres encore. Ces projets constituent des éléments indispensables de la bonne marche d'un établissement.

L'auto-évaluation intervient alors à deux niveaux :

- Lorsqu'il y a un flou sur une politique d'un établissement, l'auto-évaluation le fait apparaître, étant donné qu'elle s'appuie sur l'existence de ces réflexions ("*S'il n'y a pas eu de politique clairement annoncée, formalisée et inscrite dans les différents projets d'établissement, on part sur une base qui est floue. Et là, c'est vrai qu'on a de la peine à conduire ensuite une visite d'accréditation s'il n'y a pas de politique formalisée.*" - EV1). Elle donne donc l'occasion à l'établissement de rattraper ce retard dans les mois, voire les années qui suivent l'auto-évaluation.

- Lorsque les politiques sont clairement définies, elle s'assure que les projets sont connus des acteurs : l'auto-évaluation constitue une occasion pour les personnels de s'intéresser à ces projets et pour la direction de les diffuser, d'autant plus qu'ils constituent bien souvent des éléments de preuve. Pour les acteurs ne participant pas aux groupes d'auto-évaluation, la visite est un moyen de prendre connaissance de ce qui existe, soit en se préparant aux questions des experts-visiteurs, soit en discutant avec eux. Ainsi, à la clinique du Lac, le projet de radiologie contenu dans le projet d'établissement n'était pas connu de la plupart des membres de la radiologie : ces derniers ont répondu aux experts-visiteurs qu'il n'existait pas de projet. Ils ont donc été invités à s'intéresser au projet à la suite de cette rencontre.

❖ ***La participation du personnel permet d'approfondir la connaissance du fonctionnement et des dysfonctionnements et donc d'enrichir la réflexion par une confrontation des points de vue***

L'auto-évaluation est participative et regroupe des acteurs de tous métiers et de toutes catégories au sein de l'hôpital. Elle leur permet d'échanger sur des thèmes définis et de comparer ensemble leur vision de la réalité face à des objectifs fixés par le manuel. "*L'auto-évaluation c'est un moyen d'associer les acteurs. C'est son grand intérêt*" (B). "*Le fait de se réunir, de discuter ensemble des problèmes, c'est une chose utile et nécessaire, le manuel va chercher tous les acteurs*" (E). En outre, l'auto-évaluation offre aux acteurs l'occasion "*de se décentrer un peu par rapport à la pratique quotidienne et de se regarder agir*" (H). "*L'intérêt de la démarche, c'est qu'elle permet de faire travailler des professionnels différents entre eux sur une logique qui par définition est un processus, c'est-à-dire transversale*" (G).

Lorsque l'on donne la parole aux acteurs, les responsables notent qu'ils ont envie de s'exprimer : "*pour une fois, ils ont le droit de s'exprimer et on écoute ce qu'ils disent*" (D). "*On apprend énormément de choses sur le plan du fonctionnement des services et du dysfonctionnement*" (C). Les remarques du personnel sont jugées pertinentes, et servent à définir des axes d'amélioration qui peuvent être complexes ou tout simples.

En même temps, cette participation a "*un rôle pédagogique*" (C), notamment auprès de certaines catégories de personnel qui demandent à être écoutées et à participer aux décisions. Cette démarche permet à chacun de s'exprimer avec ses mots. Il y a "*un besoin de communiquer énorme, qu'on ressent de la part des professionnels, notamment des soignants et des professionnels techniques. En même temps, c'est une reconnaissance*" (EV1). "*Rares sont ces moments de convivialité où les gens aussi peuvent s'exprimer*" (EV2).

Outre cet effet pédagogique et de reconnaissance, la rencontre des acteurs sur des sujets précis enrichit l'analyse. "*Le fait d'obliger des gens à se réunir autour d'une table, à réfléchir ensemble, alors qu'ils viennent de différents domaines, ça permet de mettre en évidence des choses qu'on ne savait pas, notamment dans des fonctionnements qu'on n'arrive pas toujours à comprendre*" (E). Ainsi, la participation des différents acteurs, de tous niveaux catégoriels et de tous métiers, permet de mettre en évidence ou de réaffirmer des éléments, souvent connus de chacun à son niveau, mais pas forcément de manière globale. "*Le fait que ça oblige les gens à se réunir et à analyser les choses, c'est une très bonne chose*" (E). Mélanger les compétences dans les groupes permet ainsi d'assurer un raisonnement plus complet : "*Dans les groupes les médecins ne connaissent pas les problèmes de dirigeants, les dirigeants connaissent mal les problèmes de médecins, et vous avez une soignante qui est à l'interface qui ne connaît pas les vrais problèmes de direction générale et les vrais conflits*" (EV2). "*On ne peut pas demander à un seul métier de porter une appréciation sur ce qu'il fait*" (F). Les échanges enrichissent la réflexion : "*vous faites une réunion de médecins et de cadres, on discute, il va y avoir la langue de bois toute la discussion, on part il n'y a rien de décidé... Tout le monde est content. Vous mettez la femme de ménage, vous*

mettez quelqu'un qui n'a pas la langue de bois, il dit la réalité de ce qu'il voit, de ce qu'il pense, ça change tout. Parce que quand vous interrogez quelqu'un - le chef de service - sur le fonctionnement de son service, tout va bien. Il y a quelques petits problèmes. Quand vous interviewez des gens qui travaillent en lien avec lui, il y a tout un tas de trucs qui ressortent" (C).

La rencontre des métiers et des catégories orchestrée au cours de l'auto-évaluation est donc ressentie comme un moyen permettant à chacun de s'exprimer et de se sentir considéré, mais également comme un moyen d'enrichir les réflexions, l'évaluation et leurs résultats en termes de forces et de dysfonctionnements. Or, *"si l'outil est utilisé dans la transparence, c'est un levier d'actions. C'est à partir du moment où les gens s'approprient un diagnostic qu'ils auront envie de rectifier le tir. C'est cela qui est intéressant dans la démarche" (F).*

❖ **Un décloisonnement en interne**

Le décloisonnement est évoqué comme un des apports principaux de l'auto-évaluation (*"Ca a confirmé les décloisonnements qu'on essayait de mettre en place dans toutes les procédures inter-services, ça n'a pas mal décloisonné" – B, "c'est inévitable que ça décloisonne" - EV2).*

Au cours de cette phase, différents acteurs partagent des réflexions et des échanges alors qu'ils ne se connaissent pas. *"Se rencontrer dans des réunions, se retrouver autour de la même table et parler de la même chose, des fois ça n'apporte rien, mais je pense que ça ne peut être que positif" (A).* Ainsi, à la clinique de la Croix-Verte, *"j'ai découvert la surveillante radio. Bon la radio on ne la voit pas, elle est dans le sous-sol, pourtant elle est très très dynamique, elle a fait beaucoup de choses et a dynamisé la démarche" (A).*

Au cours de l'auto-évaluation, chacun découvre bien souvent les fonctions de l'autre, méconnues jusqu'alors. Ce décloisonnement s'accompagne d'une meilleure connaissance des autres et de leur rôle au sein de l'établissement. La démarche permet donc de lever des barrières entre différents corps de métiers tels que administratifs et soignants : *"Je suis là depuis neuf ans, j'ai découvert des secrétaires que je n'avais jamais vues parce que le personnel purement administratif et moi on ne se croise pas, elles m'ont découvert aussi. J'ai découvert la lingère aussi, maintenant on fait un travail très intéressant ensemble" (A).*

Ainsi, le fait de réunir les acteurs ensemble *"aide à se connaître surtout" (D)* : les acteurs ne peuvent plus s'ignorer entre eux, ils apprennent à découvrir les activités des autres. *"Ca permet le dialogue et ça permet de connaître un peu les autres" (C).* C'est d'ailleurs un élément qui font remonter les acteurs aux experts-visiteurs : l'institution se connaît mieux elle-même et les acteurs se connaissent entre eux suite à l'auto-évaluation. *"Ce que nous font remonter les acteurs, c'est le fait qu'ils se connaissent entre eux maintenant. Par exemple, ce n'est pas dit que l'infirmière de stérilisation connaisse le cuisinier à l'autre bout de la chaîne ; ils peuvent avoir été mis ensemble dans un même groupe de travail et avoir travaillé pendant six ou huit mois comme ça. Des liens se créent et les acteurs ont une autre lecture de l'organisation des autres services" (EV1).* *"C'est toute la richesse de l'auto-évaluation" (G)* : les personnes de niveau et d'expertise différents se rencontrent, les compétences sont croisées et les modes de fonctionnement commencent à être connus de tous.

❖ **Une meilleure prise en charge du patient**

Les acteurs de l'hôpital sont *"encore très loin aujourd'hui de la préoccupation constante du patient, c'est-à-dire qu'est-ce qui est bien pour le patient ?, qu'est-ce qu'il faudrait faire pour améliorer, du point de vue du patient, et non pas forcément du point de vue des acteurs, un certain nombre de choses ?" (G).*

L'objectif principal de l'auto-évaluation est bien de comparer une organisation et sa réalité face à un référent qui pose les bases d'une prise en charge optimale. Ainsi, cette démarche vise la mise en place d'une amélioration continue de la qualité et d'une amélioration des prises en charge : "*le principal apport se trouve dans l'amélioration de la prise en charge du patient*" (EV3), rendue possible par la prise de conscience des acteurs au cours de l'auto-évaluation. Cette démarche "*rappelle qu'on est là pour les patients*" (E).

❖ ***L'auto-évaluation : un outil au service de la transparence***

L'auto-évaluation et ses suites en termes d'accréditation permettent d'assurer une meilleure transparence sur l'organisation, le fonctionnement de l'établissement et la prise en charge des patients. Elle permet d'informer sur le niveau de qualité atteint par l'établissement : "*elle est arrivée au moment où il y avait quand même un certain nombre de conflits entre patients et structures, et même praticiens*", l'auto-évaluation "*apporte un peu de transparence au niveau des patients*" (EV2). En outre, la démarche permet aussi de pondérer les études et classements qui sont publiés dans les magazines : "*ça permet un peu de remettre en cause ces études qui sont complètement critiquables*" (EV2).

Autre effet, l'auto-évaluation permet de connaître toutes les actions mises en place en interne, ce qui s'inscrit dans le champ de la transparence. Par exemple, à la clinique des Thermes, suite à la mise en place d'une culture qualité depuis 1993, de nombreux groupes s'étaient mis au travail, mais "*indépendamment les uns des autres et personne ne savait qui faisait quoi*". Une multitude de papiers est ressortie, "*des pseudo-procédures, des pseudo-protocoles, sans que les gens concernés directement le sachent*". Les gens travaillaient sur différents champs, l'auto-évaluation a donc permis de "*débusquer un tas d'actions qui n'ont pas lieu d'être puisqu'elles ne sont pas connues de tout le monde*" ou de les faire connaître de tous lorsqu'elles étaient pertinentes en évitant que d'autres lancent des actions redondantes. Ceci représente "*un certain gain en énergie et en recentrage d'énergie*" (B).

De même, au CHU des Gaules, certains acteurs ont éprouvé la nécessité de faire ressortir leur savoir-faire : "*vous voyez apparaître de nombreuses initiatives qui sont prises au plan local pour améliorer et vous ne saviez même pas qu'elles existaient*" (G).

❖ ***L'auto-évaluation offre une bonne connaissance de l'établissement à la fois en termes de points forts et de points faibles***

Tous sont unanimes quant à la connaissance de l'établissement que procure la phase d'auto-évaluation, à la fois grâce à la méthode participative et au contenu du manuel. L'ensemble des personnes interrogées estime donc que l'auto-évaluation menée sur la base du manuel ANAES offre la possibilité de (re)connaître les points forts et les dysfonctionnements principaux de l'organisation et de ses pratiques :

- connaître pour certains : "*c'est tout l'intérêt de groupes qui mélangent les compétences*" (EV2),
- reconnaître pour d'autres : "*mais je pense qu'on les connaît déjà*" (D).

C'est "*un bon miroir de la réalité à un instant T du fonctionnement d'un établissement*" (G).

Par contre, pour certains, il ne s'agit pas d'une vision dynamique mais plutôt "*d'une vision statique à un moment donné*", qui paraît néanmoins performante. Les prochaines grilles devraient corriger "*un peu*" cet aspect en ayant une perspective de priorités d'actions d'amélioration (G).

❖ *L'auto-évaluation permet une prise de conscience réelle des problèmes en interne par les acteurs*

Les personnes rencontrées sont unanimes : l'auto-évaluation provoque une prise de conscience de ce qui ne fonctionne pas en interne. Les acteurs se trouvent en effet impliqués dans une démarche au cours de laquelle ils comparent leur organisation et leur fonctionnement à un idéal, c'est-à-dire à ce qu'il faudrait faire. La mise en évidence des écarts engendre inévitablement une prise de conscience de ce qui dysfonctionne ou de ce qui pourrait être amélioré.

- Les problèmes sont souvent déjà connus, mais "*de les écrire ce n'est pas la même chose*" (D).
- "*Je pense qu'ils le prennent en compte et qu'ils se l'approprient*" (EV1).
- "*Ca crée une prise de conscience*" (EV2), même si c'est "*malgré eux quelque fois*" (E).
- Ses principaux avantages sont de "*poser les choses sur le papier et le fait que les acteurs s'approprient les constats. C'est un des intérêt majeur de la démarche*" (F).
- "*Il y a un énorme travail de fait et qui a bien valorisé l'appropriation par les agents*" (H).
- "*Les conséquences de l'auto-évaluation sont une prise de conscience et un infléchissement des pratiques*", à plus ou moins long terme (G). En effet, il y a une "*prise de conscience des écarts au référentiel*" (G) chez les acteurs.

Le problème est pour certains que la prise de conscience est réelle chez les acteurs qui sont directement impliqués, beaucoup moins chez les autres : "*il faut continuer la démarche dans le cadre de la qualité et souvent ça implique les gens ; on sème les îlots de développement pour l'établissement mais après il faut que ça se répande*" (C).

Enfin, la prise de conscience n'est pas la finalité. Elle doit être suivie par des modifications suivant les axes définis au cours de l'auto-évaluation, afin d'améliorer la qualité des prises en charge. Pourtant, le sentiment de certains est que l'auto-évaluation permet aux acteurs de prendre conscience de ce qui dysfonctionne dans l'établissement, mais ne garantit pas la mise en place d'actions correctives par la suite : "*On en prend conscience. Au delà de la prise de conscience c'est un autre problème, mais on en a tous pris conscience*" (A).

Les expériences évoquées au cours des entretiens nous ont également permis de définir les principaux freins et les principales limites perçues de la démarche.

3.2 LES FREINS EVOQUES PAR LES RESPONSABLES D'ACCREDITATION

❖ *Le temps*

Le temps est évoqué comme un frein majeur : l'aspect chronophage de l'auto-évaluation est d'ailleurs évoqué par l'ensemble des personnes interrogées, exceptés le directeur du centre médical et chirurgical de réadaptation des Hauteurs et la DAQ du CHU des Gaules. En effet, le délai de réalisation d'une auto-évaluation comprend le temps de réunions et de synthèse des groupes d'auto-évaluation et du comité de pilotage, le temps de travail des personnels dédiés à cette démarche (conseillers qualités dans les établissements du CHU des Gaules par exemple), le temps de formation et les temps d'information réalisés sur le temps de travail. La phase d'auto-évaluation "*nécessite beaucoup de travail, beaucoup d'investissement en temps. C'est excessivement chronophage*" (A).

La démarche est ainsi souvent jugée consommatrice d'énergie, de temps et de personnes : *"Il faut compter mille à mille deux cents heures de réunion pour faire une auto-évaluation. C'est quand même très lourd"* (B) et la lourdeur de cette démarche peut constituer un frein, notamment pour les petits établissements.

Dès lors, la clé d'une auto-évaluation réussie réside dans les moyens accordés par les directions en termes de temps. *"Si derrière on va dire au personnel, oui mais vous prenez sur votre temps personnel parce qu'on ne peut pas vous payer ces heures-là ou ça ne peut pas être pendant le temps de service, on part sur un mauvais schéma. Les gens vont se démobiliser"* (EV1).

Néanmoins, l'expérience du centre médical et chirurgical de réadaptation des Hauteurs est intéressante à considérer en termes de gestion du temps et permet de pondérer les réflexions sur le sujet. Pour son directeur, la maîtrise du facteur temps est une garantie de la réussite de l'auto-évaluation. Selon lui, dans un laps de temps déterminé, l'établissement fait ressortir les problématiques essentielles et la démarche est *"plus riche"* et *"le rapport temps / qualité meilleur"* (F), ce qui signifie que la démarche est tout aussi déterminante lorsqu'elle est menée dans un laps de temps défini : *"Tout le monde a dit "trois mois, c'est trop court". (...) Mais je suis persuadé qu'on obtient de meilleurs résultats en encadrant la démarche dans un laps de temps déterminé. Parce que c'est une façon d'avancer"* (F). Il estime qu'au bout de trois ou quatre mois, les questions sont en fait des points déjà abordés précédemment et qu'il existe un risque d'essoufflement. Ainsi, cet établissement n'a enregistré que cent vingt huit heures de réunions pour les groupes de travail et a fourni une évaluation jugée tout à fait satisfaisante par les experts-visiteurs.

La position prise par la direction et le comité de pilotage est donc primordiale concernant l'aspect temporel. L'aspect chronophage est certes réel du fait de l'investissement temporel important que suppose une telle démarche, mais dépend tout de même de la méthodologie et des délais fixés pour la réalisation de l'auto-évaluation.

❖ *Un problème d'organisation*

La démarche demande non seulement du temps mais également la présence des personnels. Les établissements doivent donc s'organiser afin de permettre aux membres des groupes d'être présents au maximum au moment des réunions. L'ensemble des établissements rencontrés a cherché à favoriser la participation et à limiter les freins à cette évaluation en accordant ce temps de réunion sur le temps de travail. Mais toute la difficulté réside dans l'organisation de groupes et de réunions permettant la disponibilité des personnels : *"sur le plan purement matériel, c'est lourd à organiser"* (C). Les contraintes de chacun ne facilitent pas l'organisation de réunions des groupes permettant la présence de l'ensemble des participants (*"c'est lourd de faire partir les gens des services, de trouver une date de réunion où l'un n'ait pas de consultation, il n'y ait pas de réunion de surveillantes, le troisième ne soit pas en vacances, c'est difficile donc il y a des contraintes matérielles et techniques"* – C).

La démarche crée aussi une *"charge de travail supplémentaire"* (E) pour les équipes lorsque le personnel n'est pas remplacé. L'organisation de l'auto-évaluation peut donc conditionner la participation. A la clinique de la Croix-Verte par exemple, la plupart des réunions a eu lieu autour de quatorze heures : était donc présent le personnel qui travaillait le matin, ceux qui travaillaient l'après midi ne venaient pas, *"parce qu'ils n'étaient pas remplacés et ne pouvaient la plupart du temps pas se libérer de leur charge de travail"* (A).

Le contexte de pénurie de personnel n'a pas facilité l'organisation de la démarche. *"On se heurte après à un problème de personnel, quand il manque trop de monde ça ne va pas. En ce moment il manque trop de monde, dans les hôpitaux, IDE, soignants, ..."* (A). En effet, le

développement de l'accréditation et l'entrée d'une forme d'auto-évaluation dans les établissements se sont faits dans un contexte de pénurie de personnel soignant, notamment d'infirmier(e)s. Comment concilier continuité des soins et réunions prises sur le temps de travail ou un temps de travail récupéré quand l'établissement est déjà en sous-effectif ? Il se pose alors tout un problème d'organisation, mais aussi de motivation des personnels, car les établissements sont confrontés à un "manque de moyens" (EV3).

Enfin, les personnels ont dû s'organiser dans le cadre du passage à l'an 2000, du passage à l'euro, du passage aux trente-cinq heures, du passage à l'accréditation, ... L'auto-évaluation s'est donc mise en place dans un contexte avec une forte intensité de changements, qui demandait une réorganisation permanente entre un conservatisme assez important dans les établissements hospitaliers, "notamment dans le champ de l'organisation" (H), et tous ces changements externes.

❖ *Permettre à chacun de s'exprimer*

Il est important, pour garantir la validité des informations, que tout le monde participe réellement, c'est-à-dire que l'aide-soignante exprime son point de vue et qu'il soit pris en compte au même titre que celui du médecin ou du directeur. Aucun point de vue ne prime sur les autres, car chacun reflète une perception de la réalité.

Une des difficultés mise en avant par nos interlocuteurs concerne la participation réelle de chacun. En effet, comment être sûre qu'un agent de service ose s'exprimer face à un directeur ou un médecin ? Le responsable du groupe joue un rôle certes indéniable pour permettre à chacun de s'exprimer ("*c'est le rôle d'un chef de groupe, d'un pilote, de donner la parole à tout le monde*" - EV1), mais il ne garantit en rien qu'une personne de catégorie "moins élevée" que les autres osera réellement exprimer son point de vue.

Ce problème est d'autant plus vrai que le groupe est petit, comme nous l'avons vu dans le cas de quelques groupes de la clinique de la Croix-Verte. Quand deux ou trois personnes seulement sont présentes, il est difficile d'imaginer un aide-soignant, un personnel de la restauration ou une lingère s'opposer au directeur. Ailleurs, même lorsque le groupe est plus important et que des "*tours de table*" sont organisés afin de s'assurer que chacun prenne la parole, le problème reste le même : mettre en confiance l'ensemble des acteurs afin que, quel que soit leur niveau, ils expriment leurs idées sans crainte du ridicule ou des représailles.

❖ *Une culture plus orale qu'écrite ...*

L'auto-évaluation suppose une production d'écrits importante, qui n'est pas dans les habitudes d'une grande partie des acteurs de l'hôpital, davantage habitués à fonctionner sur la base de l'oral. "*C'est bien de faire du papier, mais bon, ... quand j'ai commencé l'accréditation, j'avais quelques remarques de certains "c'est encore des papiers à remplir"*" (A). Le retard dans la culture de l'écrit et le "manque de traçabilité", notamment en matière de traitements et de prescriptions (EV1), sont donc évoqués, à juste titre, puisque les établissements sont plus dans une culture de l'oral que de l'écrit. L'auto-évaluation provoque donc "*une révolution culturelle*" (G), mais l'absence de formalisation limite les réponses, notamment en ce qui concerne les preuves à fournir avec le rapport.

❖ **... sans compter un système d'information bien souvent insuffisant**

Nos interlocuteurs ont entre autres évoqué "des problèmes d'information" (EV1), dont une des traductions se trouve être le retard dans la mise en place d'indicateurs et des faiblesses dans les outils en place pour s'évaluer et pour évoquer ses propres pratiques par rapport à d'autres (G).

Ainsi, la faiblesse du système d'information ne facilite pas la mise à disposition d'éléments de preuve accompagnant le rapport.

❖ **La culture des établissements de soins n'intègre pas encore suffisamment l'évaluation**

La culture de l'écrit constitue un préalable à toute évaluation, mais est encore nettement insuffisante ("nous ne sommes pas ancrés dans l'écrit" –A). La culture de l'évaluation est également encore trop peu présente ("la culture de l'évaluation n'est pas là" -E), même si elle "se développe avec beaucoup de résistance, mais se développe" (C).

L'évaluation fait encore peur à l'hôpital, même si elle doit être réalisée par les acteurs eux-mêmes. "Ce n'est pas la culture de l'hôpital" explique A, qui précise que "ce n'est pas parce qu'on a l'impression de bien faire son travail qu'on travaille en qualité ; mais c'est un discours qui sera long à faire venir dans les hôpitaux".

Dès lors, les établissements ont noté que les acteurs ont parfois du mal à faire ressortir certains aspects de l'organisation de la prise en charge ("vous avez des acteurs pour qui un certain nombre de choses sont évidentes dans leur fonctionnement ; c'est tellement évident qu'ils ne le disent pas" – G).

De fait, les experts-visiteurs rencontrent deux catégories d'établissements : ceux qui ont mené à bien l'accréditation d'abord "dans une optique de métier" et les autres qui ont mené à bien "l'accréditation pour l'accréditation" (EV2).

❖ **Une absence ou une insuffisance de formation aux démarches qualité et à l'évaluation collective**

L'ensemble des personnels souffre d'un manque d'(in)formation sur les thèmes de la qualité et de l'évaluation, notamment collective. Seuls les personnels soignants et quelques membres de la direction sont parfois formés à ce type de démarche, tout au moins sensibilisés car l'enseignement à ce sujet demeure souvent sommaire quand il existe. La majorité du personnel soignant ou dirigeant, les médecins, personnels administratifs, techniques et logistiques ont rarement bénéficié d'une formation sur le thème de la qualité, encore moins sur le thème de l'évaluation. "Des freins qui sont liés au manque de culture générale en matière de qualité et de gestion des risques" (G) apparaissent donc au cours de l'auto-évaluation. Se pose alors la question de l'encadrement par des personnels qualifiés en matière de qualité.

Conséquences, les établissements sont souvent maladroits dans leur auto-évaluation. Les indicateurs en sont un exemple. Le manuel fixe l'objectif d'une évaluation pour chaque référence et la mise en place d'indicateurs est souvent préconisée. Seulement, il s'agit de trouver un indicateur pertinent et non de les multiplier : "les gens veulent trop bien faire, ils veulent en rajouter, en rajouter, en rajouter. Quand on met quinze indicateurs pour une référence, on sait très bien que sur le terrain ce n'est pas fait, ce n'est pas réalisable, ils vont peut-être avoir traité un ou deux indicateurs" (EV1).

❖ **Une formation plus précise à l'outil et à la démarche serait nécessaire**

Différents problèmes se posent du fait d'une insuffisante maîtrise de l'outil et des moyens d'y répondre de la manière la plus pertinente :

- L'outil est "*lourd*" et "*compliqué pour les non-initiés*" (A) ; "*il y a un fond qui est un guide et qui est lourd pour les établissements de soins*" (EV2).
- Des problèmes de non-sens et de contre-sens : "*entre les moyens et la politique, ça a été des contre-sens énormes*" (A).
- Une application sans réflexion de moyens permettant de répondre aux objectifs fixés : certains groupes ont mis en place des enquêtes, notamment du personnel, sans réellement en voir l'utilité, seulement pour "*répondre à l'ANAES*" (A).
- Un problème de cohérence dans la notation : cette dernière ne reflète pas toujours la réalité. "*Au niveau des vigilances, je mettais plutôt C voire D, comme les soignants, alors que le directeur adjoint au niveau logistique voyait plutôt A ou B*" (A) ; "*on n'a pas de mesure. Au cours de l'auto-évaluation, nous nous étions positionnés en B assez souvent, et puis dans le groupe dossier patient en C, ils nous ont dit "non, vous êtes trop durs avec vous-mêmes"*" (B). Ainsi, selon la position de l'évaluateur, la note varie beaucoup : la lecture de chacun dépend de sa posture ("*après chacun le lit comme il veut*" – A).
- Certains problèmes de compréhension de la portée et de l'échelle sur laquelle se base cette évaluation : "*Certains mélangent tout : on me reproche la texture des oreillers qui font transpirer alors qu'on est dans la démarche d'accréditation*" (A).
- Une peur d'un jugement individuel et de sanctions : "*Ils n'ont pas compris que l'évaluation n'est que globale*" (A).
- Un problème de "*compréhension au départ*" (avec des questions telles que "*qu'est-ce qu'ils veulent dire par là ?*" - D), qui nécessite parfois un travail d'interprétation du référentiel par rapport à l'établissement.

❖ **La culture du corps médical**

Le médecin est par habitude au sommet de la hiérarchie, autonome par rapport à l'ensemble des systèmes de direction de l'établissement. En outre, ses études et la sociologie hospitalière lui accorde un pouvoir sans concession ("*pour l'instant, le docteur c'est le tout, le suprême*" - A). Historiquement et sociologiquement, ce corps de métier n'est pas habitué à la contradiction et à la remise en cause, encore moins à la remise en question. En outre, il est dans la culture "*individuelle*" et de "*colloque singulier*" (H) : les médecins sont encore souvent plus dans le champ de la performance individuelle que dans celui de la performance collective via l'organisation.

Dès lors, il est difficile pour ce groupe d'acteurs d'accepter une évaluation faite non seulement par eux, mais également par l'ensemble des acteurs quels que soient leur niveau et leur métier, même si cette évaluation ne porte pas directement sur leurs pratiques. Ils sont un maillon des processus de prise en charge et y jouent un rôle qui est également évalué au cours de la démarche. Dès lors, leur participation dans les groupes varie selon les établissements, en fonction de leurs intérêts et de l'information qui est faite sur la démarche :

- Au centre médical de l'Est, le corps médical a bien participé et de façon totalement volontaire ("*ils veulent quand même participer et avoir leur mot à dire. S'ils ne participent pas, ils n'ont rien à dire, ça se fait sans eux*" - D). L'auto-évaluation à blanc s'était faite sans eux, "*quand ils ont vu le résultat ils se sont quand même posés des questions en disant qu'il faudrait dire ça*" (D). Cet élément a conditionné leur participation au cours de la phase réelle d'auto-évaluation.
- Au centre médical et chirurgical de réadaptation des Hauteurs, à l'exception du référentiel GFL, il y a eu un médecin volontaire dans tous les groupes, soit une très bonne participation d'autant plus quand on considère la taille de l'équipe médicale

(quinze ETP médicaux, y compris les internes). "*Je crois que tout le monde savait que la démarche était de toutes façons obligatoire, nécessaire et utile ; le corps médical a fait une répartition de sa participation dans les groupes*" (F).

- A la clinique des Thermes, la participation n'a pas été automatique. Les responsables de la démarche ont contacté la CME pour inciter les médecins à participer. Une fois dans les groupes, certains d'entre eux se sont totalement impliqués.
- La clinique du Lac a, quant à elle, rencontré des difficultés pour les faire participer, ce que la responsable qualité explique par un problème d'ordre culturel. "*Ce n'est pas que les médecins ne fassent pas de la qualité, mais ils ne comprennent pas cette structuration*" (E).
- Dans les établissements du CHU des Gaules, il a également été difficile de mobiliser les médecins, "*les cliniciens ont été les moins actifs et les moins impliqués dans la démarche*" (G). En outre, pour ceux qui ont participé, ce sont les acteurs qui se sont par la suite le moins mobilisés sur la durée dans les réunions, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas venus aux dernières. Au départ, pour eux, l'accréditation est une procédure administrative, "*c'est un jouet qui a été conçu, pensé par des technocrates*" (G), les grilles et la procédure sont lourdes, le dispositif est contraignant. D'autre part, le contexte n'était pas très favorable, ils étaient plus préoccupés par la RTT des médecins. Aujourd'hui, après la première visite, leur point de vue semble s'être modifié. Les médecins n'avaient "*pas bien intégré, pas bien compris*" (G) cette première phase d'auto-évaluation, et auraient perçu au cours de la visite "*l'enjeu qu'il y avait aussi pour eux*" et donc "*ils ont joué le jeu*" (G). "*Ils ont intégré en cours de démarche la procédure*" (G).

La non-participation des médecins est considérée comme un gros problème par les responsables de la démarche : s'il n'y pas de médecins, "*ce n'est pas la peine... Si on parle du dossier patient et qu'il n'y pas de médecin... Les prescriptions sans médecin...*" (C). Si les médecins "*ont souvent été les plus durs à convaincre et à faire rentrer dans le système*" (C), cela s'explique, selon certains, pour beaucoup par des facteurs culturels.

Le type d'exercice (salarier ou libéral) n'apparaît pas comme un facteur déterminant de leur participation, même si pour un médecin libéral "*vous pouvez jouer sur le fait qu'il peut augmenter sa clientèle*" (E), tandis que le médecin salarié aura le même revenu que l'établissement fasse ou non de la qualité. A l'inverse, la procédure se fait sur le temps de travail des médecins salariés, ce qui n'est pas le cas pour les libéraux.

Deux cas de figure sont donc principalement rencontrés :

- une réticence de certains médecins du fait de facteurs culturels,
- une implication des autres.

Il n'y a en fait pas de règle générale concernant la participation du corps médical, mais la non-implication des médecins peut constituer un frein dans l'analyse.

❖ **Une difficile remise en question des autres acteurs**

La remise en question semble moins difficile pour les autres catégories d'acteurs ("*les soignants, on arrive beaucoup plus facilement à les faire avancer. Les gestionnaires participaient*" - E), mais ne se fait pas sans peine : "*vous leur demandez de s'améliorer, vous demandez à tendre vers la "perfection", d'améliorer les choses, donc vous leur demandez un effort, qu'ils se remettent en question, c'est un effort de changer les habitudes*" (E).

L'"inertie" (C) de certains peut donc constituer un frein dans certaines auto-évaluations. La culture ramène d'ailleurs bon nombre d'acteurs à une "*performance individuelle et à un cloisonnement*" (H), quel que soit le métier (administratif, soignant, technique, logistique, ...). L'ancienneté de certains personnels peut également être un facteur de résistance dans le cadre d'une remise en question de leur organisation et de leur

fonctionnement. En effet, certains vivent dans *"la nostalgie d'un certain passé où le patient ne posait pas de questions, où il avait certes des droits mais ne les exprimaient pas de manière aussi forte qu'aujourd'hui"* (H).

❖ *Une difficulté à s'extraire de la notion de contrôle*

L'évaluation est difficile à l'hôpital et n'est pas encore rentrée complètement dans les mœurs car *"les gens ont peur du regard. Ils ont toujours l'impression d'être jugés parce qu'on les évalue"* (A). De plus, certains acteurs n'ont pas encore perçu la globalité de la démarche et l'apparente encore à un jugement de valeur individuel.

Différents facteurs associent encore trop l'accréditation à du contrôle dans l'esprit des acteurs :

- L'aspect normatif du référentiel est un handicap de taille dans ce contexte : *"ce n'est pas parce qu'on est aux normes qu'on est tip-top"* (A). Le référentiel pose des objectifs à atteindre et non des éléments à respecter pas à pas, ce que trop peu d'établissements ont perçu. Ils considèrent qu'il s'agit de normes, or *"se dire qu'il y a des obligations"*, le fait qu'on puisse *"contrôler"* dérange (A).
- La démarche est jugée trop formaliste pour certains, que ce soit au moment de l'auto-évaluation ou de la visite : *"Aux Thermes, ils ont été plus formalistes. Du moment qu'il y avait un papier qui disait qu'on avait travaillé sur le sujet, ... Alors qu'on soit tout près d'une bonne solution ou à quelques années lumières, c'est pareil. Du moment qu'on travaillait sur le sujet, ça leur allait."* (B)
- Certaines personnes en charge de l'accréditation confortent parfois les acteurs dans cette impression de contrôle, elles n'ont alors pas saisi leur rôle : *"C'est vrai que les gens qui sont en charge de l'accréditation dans les établissements, ils ont surtout tendance à se présenter comme contrôleurs, très dirigistes, ... et ça braque les équipes, ça bloque très souvent"* (EV1).
- Le fait que la démarche soit suivie par une visite de pairs, envoyés par un organisme extérieur, renforce chez certains cette impression de contrôle : *"Il y avait une pression terrible, ils avaient peut-être la vision de contrôle de tutelles et ils n'avaient pas forcément la vision que ce sont des gens comme eux, qu'on rencontrait les mêmes problèmes, qu'on a les mêmes difficultés, qu'on a les mêmes faiblesses également"* (EV1).

La communication sur l'auto-évaluation apparaît alors comme le moyen d'apporter une vision différente de cette démarche : *"non pas comme une obligation de marquer ce qu'on fait, ce qui existe parce qu'on doit le faire et que l'on va être contrôlé là-dessus"* (EV1), mais comme le lancement d'une dynamique qualité. Il s'agit de faire comprendre aux acteurs *"que ce n'est pas tant important pour une forme de "notation" mais que c'est surtout important pour eux, pour leur propre fierté au travail, sentiment d'appartenance, et sur le fait que cela peut leur donner un certain nombre d'outils de travail en commun"* (H).

En même temps qu'un handicap en termes de réticence, cette association constitue un atout pour la bonne réalisation de l'auto-évaluation. La notion de contrôle s'inscrit clairement dans l'esprit et la culture française, et représente un moteur dans l'action : *"Qu'on le veuille ou non, l'accréditation dans la tête des gens c'est un contrôle. On vient vérifier si oui ou non vous êtes dans une démarche qui correspond à quelque chose. (...) C'est bien français, mais l'accréditation ne peut marcher que si elle est un contrôle avec une sanction. S'ils n'envoyaient pas le double du rapport à l'ARH, les établissements s'en ficheraient royalement"* (B).

Les conséquences et les suites de l'auto-évaluation sont fonction du rapport réalisé par les groupes, de sa crédibilité, de sa conformité à la réalité car c'est sur cette base que les acteurs vont déterminer les actions à mettre en place. Deux comportements se dessinent :

- Une auto-évaluation réalisée dans le cadre d'une démarche qualité, qui traduit une honnêteté la plus grande possible avec soi-même et donc ce qui est retranscrit dans le rapport.
- Une attitude encore trop axée sur la peur du contrôle : dans ce cas, les établissements peuvent être tentés d'embellir la réalité à la fois dans leur auto-évaluation et au moment du passage des experts-visiteurs. *"Le problème c'est qu'on connaît les petits défauts. Le ménage des locaux autre que les chambres est un gros dysfonctionnement qu'on n'a pas relevé. Il y aura un gros briefing la semaine d'avant, on va faire les avants-salles, les locaux, de façon à ne pas avoir de reproches au niveau du ménage. Et la semaine d'après, ça ne sera plus fait. Mais il y aura le ménage fait la veille et pendant les trois jours de visite le ménage sera fait. C'est sur des détails qu'on peut tricher"* (A).

Ainsi, quant à savoir si le rapport d'auto-évaluation est le reflet de la réalité *"ça dépend comment on l'amène"* (A).

❖ *Eviter les "règlements de compte"*

Au cours des réunions, les acteurs s'expriment et pointent les éléments qui dysfonctionnent, l'idée étant que ces problèmes trouvent ensuite des solutions. Chacun doit considérer ce moment comme un moment d'échange dans un but d'amélioration de la prise en charge fournie aux patients. Les critiques doivent être constructives pour permettre la mise en place d'une plus grande qualité. *"Encore faut-il que tout le monde soit capable de discuter autour d'une table, ce qui n'est pas toujours le cas, de discuter calmement, professionnellement d'un sujet donné et de ne pas se sentir attaqué"* (E).

Il est donc important d'éviter que les uns imputent des reproches à certains, mais aussi que d'autres vivent des remarques comme personnelles ou prennent ces remarques pour des reproches. Ces éléments sont à rapprocher d'un besoin de formation en évaluation afin de bien en connaître les méthodes, les tenants et les aboutissants. Il existe toujours le risque de régler un conflit, une rancœur ou une jalousie. Il y en a *"très peu qui sont capables d'avoir une attitude professionnelle et non pas personnelle"* (E).

3.3 LES LIMITES DE L'AUTO-EVALUATION PERÇUES PAR LES ETABLISSEMENTS

Par delà les freins évoqués par les responsables de la démarche dans les établissements, l'auto-évaluation présente également des limites identifiées par ces mêmes acteurs.

❖ *Un formalisme qui rend la démarche peu flexible*

"Il y a trop de formalisme. C'est trop lourd à manier parce qu'il y a beaucoup de formalisme" (B). Une crainte exprimée est que la démarche s'oppose à la notion de flexibilité en interne : *"ça développe trop au sein du personnel la multiplication des commissions, la notion de pouvoir et de contre-pouvoir, et en fait, qu'on le veuille ou non, ça s'oppose à une flexibilité d'entreprise qui est fondamentale pour avancer"* (EV2).

❖ **Un coût élevé**

Le coût de la démarche n'est pas neutre et pèse sur le budget de l'établissement : "*Quand on finit une accréditation, on se dit : on a mis mille heures, ça nous a coûté telle somme (en gros 250 F de l'heure), soit un total de 250 KF, auquel il faut ajouter 150 KF de frais; vous êtes à 400 KF⁷⁹⁰ pour un établissement de 125 lits et places. Mais moi je pense qu'avec 400 KF on peut améliorer des choses très directement sans passer dans toute la moulinette*" (B).

❖ **Un calendrier qui n'est pas toujours en phase avec l'inscription des orientations stratégiques**

Les résultats de l'auto-évaluation doivent s'inscrire dans les documents stratégiques pour avoir un sens en termes de changement et d'améliorations. "*Aujourd'hui, les établissements ont des périodes pour leur projet d'établissement, des périodes pour leur COM, des périodes pour leur auto-évaluation, et rien de tout ça n'est cohérent, ni dans les durées, ni dans les calendriers. (...) Aujourd'hui, tout ça est dans le désordre, ça serait bien qu'on réfléchisse un peu comment un établissement peut réellement avoir une stratégie*" (B). Cet aspect pose le problème du calendrier de l'auto-évaluation et de la visite en lien avec les dates d'élaboration des autres documents stratégiques.

❖ **Une difficulté à maintenir la dynamique de l'auto-évaluation**

L'intérêt majeur reconnu de tous "*c'est de lancer une dynamique qui doit se poursuivre*" (C). Il faut arriver à ce que "*la dynamique de l'auto-évaluation se poursuive et s'amplifie*" (H), mais cette étape est en fait délicate : mettre en place une auto-évaluation et la réaliser n'est pas considéré comme un réel problème par les acteurs que nous avons interrogés. Ce qui leur pose problème, ce sont les suites de cette démarche, c'est-à-dire la mise en place des améliorations et surtout le maintien de la motivation des acteurs pour le faire : "*C'est là que ça redevient compliqué parce qu'il faut que la roue après elle continue à tourner, qu'il n'y ait pas de démotivation, et qu'il y ait toujours quelqu'un pour venir l'alimenter et travailler, donc ça demande une organisation de la qualité qui n'est pas évidente. Après il faut maintenir, maintenir la dynamique, maintenir les propositions*" (C), "*notre problème ça va être de remotiver les gens pour poursuivre*" (C), "*je crois que les gens n'ont pas pris de recul sur l'après*" (H). Le risque est en fait de se trouver confronté à un "*creux de mobilisation*" (H).

Les établissements doivent trouver un moyen de capitaliser cette dynamique, "*car il faut éviter le "ouf c'est passé, rendez-vous dans cinq ans", qui serait la négation de l'objectif... Et ça ce n'est pas si facile*" (G). Les responsables de la démarche ont alors opté pour diverses solutions.

Au centre médical de l'Est, le responsable a prévu de mettre en place des axes d'amélioration à court terme, afin de montrer aux acteurs que leurs avis et propositions ont été pris en compte, donc que l'auto-évaluation menée en interne engendre bien des évolutions et les motiver dans la continuité. Dans un deuxième temps, "*chacun va se réunir pour écrire les procédures qu'il faut et décider comment mettre les actions en place*" (D). Les groupes vont être ouverts aux autres personnels désireux de participer et le plan d'amélioration va être affiché sur le tableau d'affichage de la démarche qualité.

⁷⁹⁰ soit 38 € de l'heure, 38 K€ au total, plus 23 K€ de frais, soit un total de 61 K€ pour l'établissement.

A la clinique des Thermes et à la clinique du Lac, les groupes d'auto-évaluation et tout nouvel acteur désireux de le faire sont associés à la définition et à la mise en place des actions d'amélioration :

- *"Nous avons fait un plan d'actions, nous allons refaire des groupes, nous avons nommé des responsables, maintenant on va passer à la phase où il va falloir retrouver des personnes pour travailler alors qu'on est à cinq ans de la prochaine échéance ; (...) comme squelette on va reprendre les groupes, mais il faut aussi qu'on élargisse à d'autres personnes. On veut essayer d'impliquer le maximum de personnes à l'heure actuelle pour avancer et avoir des référents dans chaque service, sur chaque thème et sur chaque problème..."* (C).
- *"Chaque pilote est reparti voir ses groupes avec les remarques qui étaient faites concernant le référentiel travaillé, chaque groupe nous a rendu une réponse avec des propositions d'amélioration, le copil a réuni ces propositions d'amélioration et a proposé un plan d'actions avec un calendrier, qui est reparti vers les groupes. Ces derniers ont évolué afin d'inclure de nouveaux acteurs : ce sont désormais des groupes qualité responsables du suivi du plan d'améliorations"* (B).

Quelque soient les choix effectués, l'idée est de poursuivre la dynamique par le biais de la démarche qualité : la poursuite de cette auto-évaluation, *"c'est rebondir sur la démarche qualité. Parce qu'on ne peut pas tenir le rythme d'une auto-évaluation tout le temps. (...) l'auto-évaluation permanente sûrement pas, il faut quand même reprendre son souffle de temps en temps et puis il faut faire faire des choses par des gens qui savent faire des processus, qui savent faire fonctionner un système, qui savent l'évaluer"* (B). L'auto-évaluation est une étape de la démarche qualité : c'est à cette condition que la dynamique peut être maintenue (*"La qualité avant l'auto-évaluation et après"*- B).

❖ *Des réactions qui conditionnent la validité des résultats*

Pour que la démarche ait une valeur, il faut garantir la validité et la crédibilité de ce qui est inscrit dans le rapport d'auto-évaluation, donc s'assurer que les acteurs ont bien compris le sens de cette auto-évaluation et de l'accréditation en tant que levier de changement et d'amélioration continue, et non comme un contrôle supplémentaire. Il faut sortir des réactions telles que racontées à la clinique de la Croix-Verte : *"pour certains il faut tricher, tricher un peu et on a l'espoir que l'expert passera ou pas"* (A).

Concernant d'éventuelles zones d'ombre dans le rapport, la responsable de l'accréditation à la clinique de la Croix-Verte explique que *"ça dépend comment on y a répondu. Et ça dépend de l'honnêteté et de la volonté d'être honnête"* et le médecin interniste de la clinique du Lac précise *"on leur a montré tout ce qui n'allait pas, vraiment ; (...) il y a peut-être des zones noires, mais pas de zones noires graves. Il y en a obligatoirement. Vous allez avoir des équipes d'auto-évaluation, des directeurs d'équipes qui vont être plus malins, qui vont arriver à masquer un certain nombre de choses... A long terme ce n'est pas dans l'intérêt de l'établissement, mais vous savez, des fois, il y a l'intérêt immédiat"*. La DAQ du CHU des Gaules confirme : *"des zones, si vous ne voulez pas qu'il y en ait, il n'y en a pas"*, mais *"bien sûr vous avez la possibilité de tricher"* (G). C'est ainsi que certains estiment que ce rapport d'auto-évaluation a besoin d'être complété par la visite pour garantir un bon reflet de la réalité.

Pour d'autres, enfin, l'auto-évaluation reflète la réalité, *"pour autant qu'elle reste factuelle"* (EV2), c'est-à-dire sans sous-entendus, mais *"bien fait, le rapport d'auto-évaluation a de la valeur"* (EV2). Une chose est sûre : le rapport ne sera jamais exhaustif car *"on ne peut pas non plus demander à cette première vague de visites d'accréditation de tout relever dans le détail"* (C) ; il s'agit d'une première entrée dans la qualité des établissements. Le rapport

d'auto-évaluation doit être vu dans sa première version comme un état des lieux, un point de départ.

❖ *Trouver le bon rythme dans la récurrence*

La clinique du Lac illustre cette limite : elle a expérimenté le manuel canadien en 1997, suivi d'une procédure d'accréditation française à blanc en 1998 pour finalement réaliser son auto-évaluation et son accréditation en 2001. L'expérimentation canadienne s'est très bien passée. Elle a été *"très mobilisatrice pour l'ensemble du personnel et des médecins"* (B). Ensuite, l'établissement est passé par l'accréditation à titre essai. *"Ca s'est déjà un petit peu moins bien passé parce que ça faisait deux fois du travail important pour les équipes"* (B). Troisièmement, il y a eu *"l'accréditation grandeur nature"* et *"ça s'est moins bien passé parce que les gens en avaient marre, ça fait trop de choses sur un même type de projet, ça remue beaucoup plus de monde, trop longtemps. Et le rythme à donner pour ces choses là me paraît important et ce qui fait qu'ici à la clinique du Lac, il y a eu des difficultés pour mener à bien l'accréditation"* (B). Il existe donc un risque de lassitude, d'*"essoufflement"* (B).

Mais le fond du problème se situe essentiellement dans l'écho donné aux dysfonctionnements soulevés et améliorations préconisées : *"Il y a eu trois démarches, donc je crois que les gens ont été lassés. Au début, les équipes qui sont parties, elles sont parties motivées. Petit à petit ça les a épuisées parce qu'ils avaient mis le doigt sur un certain nombre de problèmes et qu'on ne leur a pas permis toujours d'apporter les solutions adéquates à ces problèmes"* (E). La récurrence pose donc le problème du laps de temps attribué pour mettre en place les solutions aux dysfonctionnements observés. Ce délai ne doit être ni trop long, pour ne pas perdre la dynamique, ni trop court, pour laisser le temps aux acteurs de mettre en place les changements.

❖ *La communication des résultats*

La société est devenue consumériste, donc les résultats de l'accréditation doivent être communiqués, mais de manière à ne pas engendrer d'effets pervers : *"Il faut faire très attention avec les résultats que l'on aura de l'évaluation, à ne pas mettre ça comme ça aux yeux du grand public"* (E). A ce sujet, la prise en compte des indicateurs de résultats, préconisée par tous, devra être prudente afin de ne pas entraîner d'interprétations erronées.

Par contre, même s'*"il y a la prise de conscience de l'aspect concurrentiel, quand tous les établissements seront passés"* (C), la démarche devrait permettre aux établissements de démontrer le niveau de qualité grâce à une évaluation reconnue de tous. Certains espèrent ainsi à terme la disparition des publications et classements des établissements basés sur des indicateurs non pertinents et publiés dans les magazines, et une crédibilité nouvelle pour les structures de soins : *"Je pense que l'accréditation va peut être faire disparaître ces espèces d'enquêtes dont l'interprétation ne correspond pas toujours à la réalité"* (C).

3.4 L'AUTO-EVALUATION FAIT FACE A L'APPREHENSION DES ACTEURS

La participation des acteurs de tous métiers et de tous niveaux constitue le gage de réussite de la démarche en termes de prise de conscience, de motivation, d'implication dans les améliorations et d'entrée dans une démarche qualité. Or, un constat récurrent est la résistance de la majorité des acteurs au lancement de la démarche : comme toute nouveauté, elle fait peur. Suite à information et/ou formation, les réactions des personnels sont variables :

- certains en perçoivent un intérêt soit collectif, soit individuel et s'investissent ;

- d'autres continuent de craindre cette démarche ou n'en perçoivent pas l'enjeu ; ils la vivent alors comme une obligation administrative. Certains choisissent alors de ne pas participer, d'autres sont contactés pour le faire.

Il existe donc deux types de réactions chez les acteurs, ceux qui rentrent dans la dynamique et sont motivés et ceux qui se sentent contraints : *"c'est d'abord vécu comme quelque chose d'ennuyeux, après il y a quand même des gens qui s'impliquent et qui emmènent tout le monde, il y en a qui freinent. (...) De toute façon c'est illusoire de vouloir emmener tout le monde, mais il faut des leaders, il faut des gens qui prennent en charge"* (EV2).

Les réactions des établissements et de leurs acteurs ont été variables.

A la clinique de la Croix-Verte, la responsable a constaté un *"fort élan des soignants, qui y ont cru, qui ont cru que ça allait changer beaucoup de choses"*. La demande de participation en a valorisé plus d'un. La démarche a donc relativement bien fonctionné jusqu'à ce que l'ANAES décide de repousser sa visite. Dès lors, la motivation a baissé, y compris au niveau du groupe pilote. On peut donc penser que la démarche reste associée à une démarche de contrôle plus que d'évaluation en interne pour soi-même. Aujourd'hui, pour les acteurs participants à la clinique de la Croix-Verte, la responsable constate deux types de retour :

- il y a du personnel qui s'est trouvé très motivé, qui s'est trouvé très impliqué,
- il y en a d'autres qui ont été très déçus car il n'y a pas eu le coup de baguette magique qui a changé les choses.

Concernant le centre médical de l'Est, les acteurs *"ont bien joué le jeu"* (D). Une difficulté est cependant apparue : certains responsables ne sont pas venus alors qu'ils s'étaient inscrits volontaires. Cet aspect a été assez mal vécu. Il a fallu *"rebondir et remonter le moral des troupes"* (D). Les acteurs sont réactifs, mais restent inquiets du fait de l'incertitude concernant les suites de l'auto-évaluation. Néanmoins, ils voient des changements immédiats se mettre en place, des *"petites choses"*, ce qui les motive. Les réactions ont donc été positives, sauf quelques *"retranchés"* (D) qui estiment que cela ne sert à rien.

A la clinique du Lac, le moment était mal choisi. *"Le moment dans l'établissement est important, je pense qu'une auto-évaluation ne peut pas marcher à un moment de grands changements dans un établissement, si les gens se sentent mal, sentent des incertitudes sur l'avenir de l'établissement, ou sur leur avenir dans l'établissement, là ça ne peut pas marcher. Il faut vraiment que les gens soient dans une dynamique d'amélioration et de projet"* (B). Le moment de l'entrée dans la démarche conditionne donc la motivation et l'implication des acteurs.

A la clinique des Thermes, les acteurs ont vécu la démarche au début comme *"un devoir qu'il fallait faire"*, mais *"avec le temps ils se sont rendus compte que si on était capable de bien valoriser ce qu'on faisait, on avait pas mal de choses et par conséquent ils pouvaient espérer avoir une certaine reconnaissance de ce qui était fait à la clinique. Ensuite ça a été variable"* (B) : certains ont abandonné, d'autres sont restés.

Au centre médical et chirurgical de réadaptation des Hauteurs, les acteurs ont bien participé à l'auto-évaluation, mais il y avait avant la visite *"beaucoup d'angoisse"* (F). *"Les professionnels se disaient : est-ce qu'on fait bien ? Est-ce que pendant la visite on ne va pas mal faire ?"* (F). Selon les dires de la direction, cette angoisse est tombée dès le deuxième jour de visite.

Au CHU des Gaules, la démarche a d'abord été vécue comme un contrôle ; *"il a fallu rectifier la politique de communication sur le sujet parce qu'il y avait une méconnaissance, une incompréhension sur ce qu'était la procédure et sur ses enjeux"* (G). Elle a été d'abord vécue comme une procédure normative et lourde, *"une usine à gaz"* (G). La visite a été le *"révélateur"* de ce qu'est la démarche et *"l'ouverture sur l'intérêt de la démarche"*, mais *"elle l'est pour ceux qui ont la possibilité d'y participer"* (G), que ce soit dans les groupes, au

cours de la rencontre avec les instances ou au cours de la visite des services. Là encore, la taille joue un rôle dans la rencontre entre les acteurs et les visiteurs et donc dans leur évolution de l'appréciation de l'intérêt et de l'enjeu de la démarche.

La réaction des acteurs dépend en fait de la manière dont l'auto-évaluation est conduite dans l'établissement :

- Si elle est conduite à marche forcée, que c'est un objectif de direction, elle n'est pas toujours bien vécue car la pression est mise sur le personnel. L'accréditation sert dans ces cas-là d'outil pour redéployer une stratégie ou pour valider une stratégie, *"j'ai vécu ça, et ça passe difficilement à ce moment là : il y a très souvent des enjeux politiques derrière et ça le professionnel de base l'appréhende difficilement"* (EV1).
- Si elle est mise en avant comme un outil de participation, de progrès et de prise en compte de tous les points de vue dans une optique d'amélioration de la qualité et des prises en charge, la direction a davantage de chance de convaincre les personnels d'y participer.

Les différentes réactions s'expliquent par :

- L'association de la démarche à un contrôle, ce facteur agissant soit comme un frein, soit comme un moteur selon les structures.
- L'implication de la direction et des cadres dans la démarche, qui motive les acteurs. Dans le cas contraire, il est difficile de maintenir une dynamique.
- La mise en place d'améliorations : la prise en compte des dysfonctionnements mentionnés et la mise en place des solutions motivent les acteurs, qui se sentent écoutés.
- L'incertitude quant aux suites de cette auto-évaluation, quant à ses enjeux.
- Les objectifs accordés : stratégiques ou amélioration continue de la qualité.
- Une vision trop individuelle de l'évaluation : certains ont l'impression que l'on contrôle leur métier et leurs pratiques, sans comprendre que c'est le collectif qui est évalué et non l'individuel.
- Le contexte et donc le moment choisi pour entrer dans la démarche.
- La charge de travail en interne.
- La politique de communication mise en œuvre.

N'oublions pas que cette auto-évaluation est complétée par une visite. Ainsi, la conduite de cette visite, le comportement des experts-visiteurs et leurs résultats en lien avec ceux de l'auto-évaluation peuvent permettre de convaincre les réfractaires. *"Pour les visites que j'ai faites, j'ai toujours trouvé, la première journée, l'angoisse. Le deuxième jour, l'angoisse était tombée. (...). Le climat de confiance se crée"* (F).

L'accréditation est une démarche récurrente et à long terme. Les résultats de la première phase seront déterminants pour la participation à la deuxième dans cinq ans. Quoiqu'il en soit, la procédure reste "lourde" : à la sortie, les acteurs sont "épuisés" et il est difficile de *"relancer la mécanique"*, c'est à chaque établissement de trouver un moyen de redynamiser les acteurs dans cette dynamique (EV3).

4 CONCLUSION SUR LES PERCEPTIONS DE L'AUTO-EVALUATION

L'auto-évaluation est perçue comme un moyen de réaliser un état des lieux, une photographie établie par les acteurs, dont l'objectif est d'instaurer et d'encourager une dynamique de la qualité et d'amélioration des prises en charge et de l'organisation. Elle permet aux acteurs de prendre conscience des points forts et des dysfonctionnements, et leur offre l'occasion de proposer des solutions. En ce sens, certains la perçoivent comme un "outil de changement",

même si cet aspect n'est reconnu que par les établissements les plus avancés en termes de qualité.

La visite complète l'auto-évaluation dans la mesure où elle en garantit la validité en termes de méthodologie et de résultats.

L'auto-évaluation s'appuie sur un référentiel jugé :

- relativement complet dans la mesure où il croise les points de vue et les réponses, même si des zones de la qualité semblent encore inexploitées,
- adapté à toutes les structures, même si une adaptation à la taille et au type d'activité peut sembler pertinente,
- applicable par les acteurs et les établissements (la référence est un niveau adéquat).

Les critiques portent sur sa "lourdeur" et son côté encore très normatif.

Il apparaît que le manuel sera amené à évoluer pour rester pertinent face aux évolutions de la réalité des établissements :

- le manuel doit s'adapter aux évolutions des hôpitaux pour rester le support d'une évaluation pertinente ;
- les phases suivantes d'auto-évaluation devraient rentrer dans un détail plus fin afin de permettre aux structures de soins de se rapprocher le plus possible de l'"idéal" fixé. Les objectifs à atteindre doivent donc s'affiner ;
- la démarche doit évoluer vers les résultats.

L'auto-évaluation, dans le cadre de l'accréditation, est globalement vécue comme une démarche nécessaire pour introduire des évaluations qualitatives à l'hôpital et positive en termes de :

- connaissance globale de l'établissement, à la fois sur les points forts et les points faibles,
- dialogues et d'échanges entre l'ensemble des acteurs, cette rencontre permettant une prise de conscience des problèmes permanents jamais réglés,
- décloisonnement grâce à la rencontre des métiers et des catégories de personnel autour de sujets ciblés,
- transparence sur les actions menées en interne,
- mise en place de dynamique qualité,
- amélioration de la prise en charge des patients.

Un aspect positif est donc largement reconnu. Néanmoins, différentes limites doivent être dépassées pour que les acteurs s'investissent et que la démarche offre la possibilité à chacun de participer et d'énoncer – sur la base de débats – les dysfonctionnements auxquels il faut remédier. C'est à cette condition que l'auto-évaluation permettra aux établissements de mettre en évidence les écarts aux objectifs fixés pour une prise en charge améliorée et de progresser. L'ANAES devra se pencher sur ces points avant la deuxième vague d'auto-évaluations.

Le tableau ci-après synthétise les apports, limites et freins perçus de la démarche d'auto-évaluation.

Tableau 15 : Apports, freins et limites de l'auto-évaluation perçus par les acteurs

Les apports de l'auto-évaluation	Les limites et les freins
<p>Une approche qualitative absente jusqu'alors dans les établissements de santé, qui permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une participation de tous les personnels, quels que soient leur métier et leur catégorie, - une valorisation des personnels, quel que soit leur statut, - un décloisonnement, - une meilleure connaissance du fonctionnement de l'établissement, de ses points forts et de ses dysfonctionnements par les acteurs, - la réalisation d'un bilan et d'un diagnostic des politiques mises en place par l'établissement, - une rencontre des personnels sur des problèmes permanents, - une prise de conscience par les acteurs participant à la démarche des dysfonctionnements et améliorations à mettre en place, - un enrichissement des réflexions et des décisions par la confrontation des points de vue, - une plus grande transparence en interne et vers l'extérieur, - une meilleure prise en charge des patients. 	<p>Les freins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la gestion du temps, - la disponibilité des personnels, - un contexte difficile, - la culture orale des établissements, - les insuffisances du système d'information, - une culture de l'évaluation insuffisamment développée dans les établissements de soins, - une formation insuffisante aux démarches qualité et à l'évaluation collective, - une maîtrise encore insuffisante de l'outil et de la démarche, - une difficile remise en question de l'ensemble des acteurs et plus particulièrement du corps médical, - une difficulté à s'extraire de la notion de contrôle et d'évaluation des pratiques individuelles. <p>Les limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le coût de cette auto-évaluation, - le formalisme de la démarche qui la rend peu flexible, - des difficultés à maintenir la dynamique générée par l'auto-évaluation, - le calendrier qui ne permet pas toujours l'inscription des résultats de la démarche dans les orientations stratégiques, - une validité des résultats conditionnée par les réactions des acteurs à l'encontre de cette auto-évaluation, - une communication des résultats à gérer avec prudence.

Nous pensons cependant que les apports sus-mentionnés en termes de connaissance et de prise de conscience concernent les acteurs qui participent à la démarche, mais beaucoup moins les autres. La visite permet de pallier cet aspect en partie seulement, car l'effet d'intégration des résultats n'est pas le même lorsque les recommandations sont formulées par d'autres.

L'ensemble des éléments sus-mentionnés sont issus de discours : cette approche ne nous permet pas d'affirmer que les aspects mentionnés sont certains, elle nous permet juste de recueillir les premières perceptions vis-à-vis d'une démarche encore jeune, dont les apports, les limites et les freins ne peuvent être évalués avec certitude. Il serait intéressant de vérifier ces résultats dans un prochain travail.

Enfin, nous formulerons un constat : l'analyse critique énoncée par les différents responsables dépend de l'expérience de cet acteur et de l'historique de son établissement en termes de qualité. Ceux qui ont développé des approches qualité avant l'accréditation sont en effet les plus critiques quant à l'auto-évaluation, à la visite et à leurs conséquences et résultats.

CONCLUSION CONCERNANT L'AUTO-EVALUATION EN ACTION

Ce chapitre avait pour objectif d'expliquer et d'analyser la mise en pratique de l'auto-évaluation au sein des établissements de santé.

Une première section nous a permis d'analyser la méthodologie mise en œuvre dans six établissements, car elle apparaît comme un élément déterminant des résultats et des suites de l'auto-évaluation. Conditionnée par la taille et l'organisation de l'établissement, il ressort tout de même les déterminants suivants devant garantir la réussite de la démarche :

- L'aspect collectif est un point essentiel, non seulement pour établir le diagnostic, mais également pour inscrire et motiver les personnels dans une recherche permanente d'amélioration de la qualité.
- L'information, la communication et la formation sont une condition essentielle, mais non suffisante.
- Le contexte joue également un rôle non négligeable, car il influe sur la perception de la réalité, la motivation des acteurs et leur référent implicite.
- La prise en compte des solutions préconisées est une condition essentielle dans les périodes qui suivent l'auto-évaluation si les établissements veulent motiver les personnels à participer à la deuxième vague d'auto-évaluations.

Par contre, la durée n'a pas été déterminée comme un facteur discriminant du succès de la démarche, à condition de l'inscrire dans un laps de temps raisonnable (minimum deux ou trois mois, maximum un an).

La deuxième section nous a permis de montrer en quoi l'auto-évaluation définie par l'ANAES s'inscrit dans le modèle de confrontation entre un référé et un référent. En effet, les acteurs déterminent leur(s) vision(s) de la réalité sur la base des critères donnés pour chaque référence, puis la confronte aux objectifs fixés dans le manuel de l'ANAES. Cette mise en perspective débouche sur des points forts et sur des axes d'amélioration. Ce travail est réalisé pour chaque référence, donc chaque objectif, par thème. Une synthèse par référentiel permet de déterminer les points forts, mais surtout l'ensemble des actions d'amélioration du champ qui serviront de base au plan d'actions.

De cet exemple, il ressort que les établissements et leurs personnels s'évaluent face à un référent censé traduire les attentes sociales des patients, de l'Etat et des tutelles, mais que :

- Les attentes individuelles des acteurs ne sont pas prises en compte. Il nous semble que l'auto-évaluation permet, par le biais de la participation, d'élaborer un diagnostic au regard des objectifs définis par l'ANAES, mais qu'il est incomplet puisqu'il oublie les attentes sociales des acteurs. Ces aspects peuvent freiner la mise en œuvre d'un changement approprié par chacun.
- Les acteurs ne se reconnaissent pas toujours dans les objectifs fixés. De plus, la lecture du référentiel ANAES se fait sur la base du référent de chaque acteur. Les agents peuvent alors être tentés de figer ce qui existe et de justifier les pratiques existantes.

Dès lors, la négociation porte sur une vision commune de la réalité, mais pas sur les objectifs à atteindre.

Ces aspects ne semblent pourtant pas perçus par les responsables des démarches d'accréditation. En effet, dans une troisième section, nous avons exposé les points de vue des responsables de la démarche d'auto-évaluation dans les six établissements étudiés, ainsi que ceux de trois experts-visiteurs. Il ressort de ces discours que l'auto-évaluation est perçue

comme un moyen d'élaborer un état des lieux, une "photographie" (avec tous les dangers que connote ce mot) de l'établissement réalisée par les acteurs, dont l'objectif est d'instaurer et d'encourager une dynamique en termes de démarche qualité et d'amélioration des prises en charge et de l'organisation. En ce sens, elle s'inscrit comme un "outil de prise de conscience" pour la majorité des personnes interrogées et comme un "outil de changement" pour les établissements déjà initiés aux démarches qualité.

L'auto-évaluation apparaît comme l'élément essentiel du processus d'accréditation, mais doit être complétée par une visite, évaluation de l'auto-évaluation ou évaluation dans l'auto-évaluation, pour garantir la validité de la méthodologie et des résultats.

Malgré sa "lourdeur" et son aspect encore trop normatif, le référentiel est jugé, par les acteurs, plutôt complet, adapté aux structures et applicable pour une première évaluation. En revanche, il ressort des discours que le manuel devra évoluer dans un deuxième temps afin :

- d'enrichir et d'affiner l'analyse, notamment en intégrant des indicateurs de résultats,
- d'évaluer les améliorations mises en place dans les établissements suite à la première auto-évaluation,
- de rester cohérent avec les évolutions des structures de soins,
- de s'adapter à la diversité des établissements en termes de taille et de spécificités d'activité.

Enfin, l'auto-évaluation est perçue globalement comme une démarche offrant la possibilité d'introduire une évaluation qualitative à l'hôpital. Selon les acteurs, elle devrait permettre, par le biais d'une participation multidisciplinaire, pluriprofessionnelle et multicatégorielle et la rencontre des personnels qu'elle génère :

- d'établir des échanges sur des problèmes jamais réglés auparavant,
- de décloisonner l'établissement,
- d'établir une analyse plus riche de l'organisation en termes de points forts, points faibles et dysfonctionnements,
- d'enrichir les solutions préconisées et les décisions grâce à une confrontation des points de vue,
- de faire prendre conscience aux acteurs des problèmes de l'organisation et donc de favoriser la mise en place d'une dynamique qualité et d'une amélioration de la prise en charge des patients.

Sa mise en pratique rencontre aux yeux des responsables d'accréditation encore de nombreux freins contextuels, organisationnels et culturels, que les établissements cherchent à dépasser, notamment par le biais de l'information et de la formation. Un solide apprentissage semble nécessaire pour faire accepter la démarche en interne.

Enfin, parmi les limites également identifiées, nous pointerons plus particulièrement la difficulté des établissements à maintenir la dynamique par la suite. Il nous semble en effet que cette limite doit être dépassée si les établissements veulent utiliser l'auto-évaluation comme un levier pour mettre en place des changements, dans la mesure où le changement ne se fera pas sans les acteurs.

Chapitre 3

L'auto-évaluation et le discours sur le changement en action

Lorsqu'un grand changement s'opère dans la condition humaine, il amène par degrés un changement correspondant dans les conceptions humaines.

TAINÉ, Philosophie de l'art, t. II, III, II, II.

Le chapitre 3, intitulé "l'auto-évaluation et le discours sur le changement en action" a pour objet de dresser quelques pistes concernant la mise en œuvre du changement suite à une auto-évaluation.

Cette démarche est encore récente et il est difficile d'en évaluer les conséquences. En revanche, il nous a semblé intéressant de comprendre les moyens que se donnaient les établissements pour favoriser ce changement suite à l'auto-évaluation, le type de modification apparemment déterminé et de recueillir le point de vue des acteurs quant aux problèmes rencontrés et aux conditions de réussite identifiées pour favoriser ce changement.

L'auto-évaluation s'inscrit dans une forme de changement planifié : les actions sont déterminées sur la base des axes d'amélioration définis au cours de l'auto-évaluation et selon un échéancier fixé. Dans la première section, nous allons donc illustrer et analyser les suites de l'auto-évaluation en termes de plan d'actions.

Dans une deuxième section, nous nous intéresserons à l'inscription des décisions de l'auto-évaluation dans la stratégie des établissements. Nous analyserons alors les répercussions des résultats de cette démarche sur le contenu du projet d'établissement d'une clinique mutualiste.

Enfin, dans une troisième section, nous présenterons les discours des responsables de la démarche pour déterminer les conséquences perçues de l'auto-évaluation en termes de changement, dresser une typologie des changements prescrits par les acteurs au cours de la démarche et définir les limites rencontrées ou prévisibles ainsi que les conditions de réussite identifiées.

Section 1

Les suites de l'auto-évaluation : la réalisation d'un plan d'actions au centre médical et chirurgical de réadaptation des Hauteurs

*Déjà, dans l'époque précédente, on voit
les signes avant-coureurs du changement qui se prépare.*

TAINÉ, Philosophie de l'art, III, II, 2.

Dans la section 2 du chapitre 2, nous avons présenté les résultats de la démarche d'auto-évaluation menée au centre médical et chirurgical de réadaptation des Hauteurs. Nous allons maintenant nous intéresser à la suite de cette démarche. En effet, l'auto-évaluation s'inscrit comme une étape de l'amélioration continue de la qualité. Elle vise donc à identifier des points forts, mais surtout des actions d'amélioration, dans l'idée de les mettre en place pour progresser vers une meilleure qualité et une prise en charge améliorée. Dès lors, l'établissement doit déterminer un plan d'actions, qui s'inscrit comme la suite logique du rapport d'auto-évaluation.

1 UN PLAN D' ACTIONS DETERMINE SUR LA BASE DES AXES D'AMELIORATION DEFINIS AU COURS DE L'AUTO-EVALUATION

Au centre médical et chirurgical de réadaptation des Hauteurs, le rapport d'auto-évaluation a donné lieu à une synthèse en termes de points forts et d'axes d'amélioration. Après avoir envoyé le rapport à l'ANAES, le comité de pilotage a demandé aux groupes de travail de reprendre leur "copie" et de faire une simulation de calendrier par rapport aux actions d'amélioration listées.

Les groupes avaient défini les axes d'amélioration au cours de la phase d'auto-évaluation. Ils devaient alors affiner les axes de travail définis de façon générique dans le rapport d'auto-évaluation, afin de commencer à rentrer dans le plan d'actions et de déterminer les délais qui leur semblaient raisonnables pour les mettre en œuvre.

Le tableau ci-après présente l'échéancier déterminé par le groupe OPC.

Tableau 16 : Echancier des axes d'amélioration - organisation de la prise en charge des patients

N°	Références	Cot.	Axes d'amélioration	Contenu	Echéancier prévisionnel				
					2003	2004	2005	2006	2007
1	L'établissement définit une politique visant à assurer l'organisation de la prise en charge des patients.	B	Améliorer la politique hôtelière par la réalisation architecturale dans les cinq années à venir.	Dépendant du projet architectural.					
2	L'accès à l'établissement et à ses différents secteurs d'activité est organisé, facilité et fait l'objet d'une information claire.	B	Réorganiser la circulation tant externe, qu'interne en mettant en place une signalétique adaptée. Améliorer les zones d'attente dans un souci du plus grand respect de la confidentialité et les conditions d'attente au niveau des différents plateaux techniques.	<ul style="list-style-type: none"> ➔Pendant la période intermédiaire, réfléchir aux modalités transitoires. ➔Améliorer la signalétique et internet. ➔Demander une signalisation à la DDE (sorties autoroutes). ➔Politique de régulation des attentes aux consultations et à la radiologie. 	X	X			
3	L'établissement met en œuvre une politique d'accueil du patient et de son entourage.	B	Mettre en réseau le système de planification des différents intervenants autour du patient. Projet architectural : - aux "PM" (hébergement mère-enfant) - en restauration : sectorisation des salles de restaurants (enfants, adultes, personnel), possibilité pour les patients de prendre les repas avec leurs accompagnants.	Système informatique		X			
4	La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale et régulière de son état de santé.	B	Informatiser la programmation des soins et l'intervention des professionnels.	SDSI		X			
5	Les besoins spécifiques du patient sont identifiés et pris en charge.	B		Livret d'information patient à part en chirurgie pour les principales interventions.	X				
6	La prise en charge du patient est coordonnée au sein des secteurs d'activité cliniques.	A	Mettre en place progressivement le dossier informatisé du patient.	SDSI		X			
7	La continuité des soins est assurée.	B	Poursuivre le travail d'harmonisation des prises en charge. Développer les alternatives à l'hospitalisation (traitements ambulatoires et séances d'hôpital de jour).	<ul style="list-style-type: none"> ➔Informatisation de dossier médical pour les relations pluri-services ➔optimiser les passages 					
8	Les professionnels intervenant dans les blocs opératoires, les autres secteurs interventionnels et les secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leurs règles de fonctionnement.	A	Formaliser le conseil de bloc opératoire.	En cours	X				

2^{ème} partie - Cliniques évaluatives : du contexte à leurs mises en œuvre

9	Les professionnels de la pharmacie et les secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leurs règles de fonctionnement.	C	Mettre en place la traçabilité des dispositifs médicaux pour l'atelier intégré d'appareillage. Nommer une infirmière "médicament" référente pour chaque unité de soins. Etablir une procédure pour vérifier la conformité entre la commande et les médicaments reçus. Elaborer une procédure d'informations nécessaires à l'administration et au bon usage des médicaments. Mettre en place dans le service chirurgie la dispensation nominative. Réflexion sur l'élaboration d'un livret thérapeutique.	Infirmière "médicament" en 2002.	X		X				
10	Les professionnels des laboratoires et des secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leurs règles de fonctionnement.	B									
11	Les professionnels des secteurs d'imagerie médicale ou d'exploration fonctionnelle et les secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leurs règles de fonctionnement.	B	Recruter un médecin radiologue. Réaliser la télé-transmission des clichés aux postes informatiques des médecins et aux unités de soins. Numériser les équipements de radiologie.	En cours. En cours. Fait. Réorganiser l'accueil des patients en radiologie.	X						
12	La sortie du patient est planifiée et coordonnée.	A									
13	Le décès du patient fait l'objet d'un accompagnement.	B									
14	Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques utilisent des protocoles diagnostiques et thérapeutiques.	B	Définir plus précisément les critères d'évaluation des protocoles en sollicitant une aide méthodologique.	Evaluation du protocole de rééducation des lombalgies.	X						
15	Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques évaluent les pratiques professionnelles et les résultats obtenus.	B	Structurer et généraliser les pratiques d'évaluation.								

La détermination d'un échancier par chaque groupe est apparue comme un bon moyen d'associer les acteurs aux décisions et la direction espérait ainsi conserver la dynamique de l'auto-évaluation.

L'idée était d'avoir une proposition sur la base de laquelle il était possible de travailler un calendrier plus "réaliste". En effet, le plan de charge sur les deux premières années est apparu comme beaucoup trop lourd et matériellement impossible :

- Sur l'année 2003, les groupes proposaient d'enclencher soixante et une actions de tous niveaux. En ramenant le nombre d'actions aux nombres de semaines "travaillables", c'est-à-dire avec un effectif "au complet" (hors vacances d'été et congés de Noël), cela signifiait qu'il fallait lancer et réaliser de deux à trois actions par semaine ouvrable cette année là, ce qui est apparu comme irréalisable.
- Puis les groupes proposaient la mise en œuvre de trente deux actions en 2004.
- Au total, les groupes ont proposé cent vingt trois actions à entreprendre entre 2003 et 2007.

Force est de constater que le groupe n'a pas réellement affiné les axes d'amélioration proposés ("dépendant du projet architectural", "réfléchir aux modalités transitoires", "améliorer la signalétique et internet"). Les réponses s'apparentent davantage à une liste d'objectifs qu'à un plan d'actions concrètes.

Par ailleurs, le plan d'actions est élaboré sur une représentation de la réalité, issue de la confrontation des points de vue des acteurs. Le changement est donc soumis à l'interprétation de la réalité par les acteurs et non à la réalité elle-même.

2 UNE CARTOGRAPHIE DETERMINEE PAR LES AXES DEFINIS AU COURS DE LA VISITE

Un travail a été mené en parallèle de l'échancier déterminé par les groupes de travail, à partir du compte-rendu à chaud des experts-visiteurs. Des notes ont été prises afin de lister les actions proposées par les visiteurs de l'ANAES, ventilées ensuite en deux univers : un ensemble médecine – soins - réadaptation et un ensemble technique – logistique⁷⁹¹. Trente neuf actions d'amélioration au total y sont répertoriées.

En attendant le rapport d'accréditation, cette synthèse a permis d'établir une cartographie du travail à mener en interne, en classant chaque action déterminée en fonction des délais de mise en œuvre : en-cours, envisageable sur 2003 ou nécessairement pluriannuelle.

Le tableau qui suit présente la synthèse des actions pour l'ensemble médecine – soins – réadaptation.

⁷⁹¹ Quelques actions appartiennent aux deux : par exemple "rédaction des profils de poste" concernent à la fois le médical / soignant et les services de soutien (logistique, technique).

Tab 17 : Actions du groupe médical / soins infirmiers / réadaptation

En cours	Envisageable en 2003	Vision pluriannuelle
<p>-Mettre en œuvre une procédure de classement et rangement du volet de réadaptation.</p> <p>-Poursuivre la réflexion sur la dispensation nominative des médicaments.</p>	<p>-Engager une réflexion sur les moyens à mettre en œuvre pour mieux préserver l'intimité et la dignité du patient au cours des soins.</p> <p>-Poursuivre la rédaction des procédures d'utilisation des différents volets du dossier patient.</p> <p>-Poursuivre la rédaction des responsabilités des différents intervenants.</p> <p>-Généraliser les courriers de sortie pour les médecins traitants et adresseurs.</p> <p>-Systématiser l'envoi d'un courrier de sortie.</p> <p>-Mettre en œuvre les conseils de service dans les différents secteurs d'activité.</p> <p>-Généraliser, harmoniser et actualiser les profils de poste.</p> <p>-Généraliser la procédure d'évaluation du personnel sur la base des principes définis dans la charte.</p> <p>-Poursuivre le développement de l'information médicale à l'arrivée du praticien DIM.</p> <p>-Structurer l'activité de pharmacovigilance.</p> <p>-Systématiser l'information des personnels.</p> <p>-Renforcer la sensibilisation des personnels aux procédures AES.</p> <p>-Organiser la gestion des points insatisfaisants.</p>	<p>-Généraliser l'évaluation de tous les volets du dossier patient.</p> <p>-Poursuivre le travail de réflexion sur le partage de toutes les informations contenues dans les différents volets du dossier patient, notamment le volet réadaptation.</p> <p>-Systématiser l'écriture de la réflexion bénéfices-risques.</p> <p>-Evaluer les protocoles diagnostiques et thérapeutiques utilisés.</p> <p>-Formaliser les pratiques d'évaluation de la prise en charge des patients.</p> <p>-Former le personnel en matière de vigilances.</p> <p>-Formaliser l'évaluation des pratiques.</p> <p>-Organiser la réflexion sur la gestion des données existantes.</p>

3 DANS L'ATTENTE D'UN PLAN D'ACTIONS DEFINITIF

Les deux plans d'amélioration "provisaires" se recoupent, mais diffèrent du fait que l'un est basé sur une restitution orale, donc peu détaillée, et l'autre sur une restitution écrite, plus complète mais n'incluant pas le point de vue extérieur des experts-visiteurs. Avec le rapport d'accréditation, le directeur de l'établissement pense *"que les choses seront beaucoup plus superposables, car elles iront plus dans le détail"*. Au moment de notre rencontre avec la direction de l'établissement, le Collège n'avait pas encore envoyé le premier rapport à l'établissement.

La procédure devrait se poursuivre par le rapprochement et la confrontation des deux plans d'actions élaborés, afin d'en déterminer un final regroupant les deux : *"il y a peut-être une proposition d'un groupe qui est à cheval sur deux axes ou l'inverse. Je pense que ce sera plutôt l'inverse : une proposition des experts-visiteurs va recouvrir deux ou trois actions des groupes. Les groupes de travail sont probablement allés plus dans le détail que les experts. Et dans les actions pointées par les groupes, il y en a certainement qui n'auront pas été pointées par les experts-visiteurs, mais qui seront simples à mettre en œuvre et que l'on fera quand même"* (F). Ce plan doit être mis en relief avec le rapport d'accréditation afin de s'assurer qu'aucun axe d'amélioration défini par l'ANAES n'a été oublié. L'objectif est d'arriver à un échéancier des améliorations étalé sur cinq ans, la synthèse définissant le *"tableau de marche"* pour les années à venir.

Les différents plans et échéanciers doivent être synthétisés afin qu'il n'y ait qu'un dispositif en ordre de marche, dans l'optique que tous les acteurs poursuivent le même plan d'actions. La direction et le comité de pilotage sont donc tenus de communiquer sur ce plan d'améliorations : au centre médical et chirurgical des Hauteurs, une fois les axes et le dispositif cadrés, la communication devrait être à la fois écrite, par le biais de la lettre d'information, et orale, par une communication auprès de toutes les instances, CE et CHSCT compris.

Cet exemple vise à déterminer la suite de l'auto-évaluation. L'idée de la démarche n'est pas simplement d'établir un diagnostic, mais bien de favoriser le progrès en termes de qualité et de prise en charge. Dès lors, un plan d'actions s'inscrit comme la continuité de la démarche. Préconisé par l'ANAES, il s'appuie à la fois sur les axes d'amélioration déterminés par les groupes de travail et sur les remarques des experts-visiteurs qui doivent compléter cette analyse et apporter un point de vue et des solutions complémentaires. Il doit préciser les échéances au terme desquelles ces actions devront être mises en place, ce qui permet d'engager l'établissement vis-à-vis de l'ANAES et devrait également permettre de vérifier leur application au cours de la deuxième auto-évaluation. En outre, cela offre la possibilité aux acteurs de prendre connaissance des délais dans lesquels ils doivent mettre en place ces solutions.

Un constat s'impose. Les plans d'actions présentés ci-avant s'apparentent davantage à une liste d'objectifs qu'à un plan concret, opérationnel, d'actions à mettre en œuvre. Par exemple, *"renforcer la sensibilisation des personnels aux procédures AES"* ne précise pas comment l'établissement va s'y prendre pour le faire, ni ce qui doit être mis en place à cette fin. Un tel document n'est pas concret, ce qui ne facilite pas son appropriation par les personnels et encore moins la mise en œuvre des changements qu'il suppose.

Enfin, pour être cohérent avec la stratégie de l'établissement, ces axes devraient être repris par le projet d'établissement et éventuellement dans un COM. C'est ce que nous allons voir dans la prochaine section.

Section 2

La répercussion de l'auto-évaluation sur le projet d'établissement à la clinique du Lac

*Toutefois, il convient que la raison entreprenne sur le sentiment.
Il ne faut pas s'attarder aux vains regrets du passé
ni se plaindre des changements qui nous importunent
puisque le changement est la condition même de la vie.*

FRANCE, M. Bergeret à Paris, p. 303.

L'accréditation française a démarré avec retard. Les premiers établissements à entrer dans la démarche l'ont fait il y a trois années environ. Etant donné le caractère récent de la procédure, il ne nous a pas été possible de déterminer l'impact des auto-évaluations menées dans le cadre de l'accréditation française sur la stratégie de ces établissements. Nous nous sommes donc concentrée sur l'impact d'une auto-évaluation menée dans le cadre d'une expérimentation canadienne, afin d'en définir les conséquences dans le cadre de l'élaboration du nouveau projet d'établissement.

La Clinique du Lac est un établissement mutualiste privé à but non lucratif participant au service public hospitalier. Elle se compose de deux cent quarante lits agréés et dispose en outre de huit places en clinique de jour, d'un plateau technique important, ainsi que d'un service d'urgences 24h sur 24, d'un service de consultations et de soins externes et d'un centre de consultations pour les problèmes de la naissance.

Confrontée très tôt à des difficultés financières, au risque de disparaître dans les années quatre-vingts, la clinique a fait le pari de l'auto-évaluation financière systématique et continue et celui de la transparence pour analyser sa compétitivité. Sa participation à l'expérimentation nationale PMSI a été le moyen de se doter d'un système d'information médico-économique performant unique en France qui lui permet de coupler données économiques et données médicales, au profit d'une "analyse médico-économique"⁷⁹². Le travail mené par la direction et les équipes sur l'organisation du travail et des prises en charge à partir de la comptabilité analytique et du PMSI a eu pour effet de comprimer les coûts, ce qui a été validé par le PMSI.

Néanmoins, les points ISA ne sont qu'une image chiffrée et quantitative de la clinique. Or, parce qu'il n'y a pas de bon système de santé sans réflexion sur la qualité, parce que la qualité est le résultat de la maîtrise des processus transversaux, parce que l'appréciation objective sur la qualité nécessite un regard extérieur, la clinique a voulu mesurer par le biais de l'accréditation son niveau de qualité. Dans le cadre d'un projet pilote, elle s'est donc fait auditer par le CCASS au printemps 1997.

La Clinique du Lac devait refaire son projet d'établissement en 1998, pour les cinq années à venir. Le GRAPHOS a participé à l'élaboration de ce projet et nous avons travaillé dans ce cadre sur l'auto-évaluation qui avait été menée au printemps 1997 en vue d'une visite du Conseil Canadien d'Agrément des Services de santé.

Dans ce contexte, nous nous sommes intéressée à la prise en compte des axes d'amélioration définis par le biais de l'auto-évaluation et de la visite dans le cadre du nouveau projet d'établissement, afin de considérer l'impact de la procédure d'accréditation sur la stratégie élaborée.

⁷⁹² CLAVERANNE, J. P., KEPENEKIAN, G., MONTEGU, D., "L'hôpital médiconomique intégré", in CLAVERANNE, J.P., LARDY, C., (coord.), *La Santé demain - Vers un système de soins sans murs*, op. cit., pp. 277-289.

1 LE REGARD DES ACTEURS ET DES CANADIENS

1.1 LA DEMARCHE MISE EN ŒUVRE AU COURS DE L'EXPERIMENTATION

La clinique du Lac a décidé au printemps 1997 de se faire auditer, comme d'autres cliniques de la Mutualité Française, par le Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé, avec lequel elle a passé des accords. Pour rappel, la démarche canadienne est davantage centrée sur les services, ce qui explique une méthodologie moins transversale au cours de cette expérimentation.

Un "groupe responsable", composé d'un médecin, d'un administratif et d'une surveillante, a été créé et formé à la démarche d'agrément au cours d'un séminaire de formation de quatre jours en avril 1997. Les trois membres du groupe responsable ont ensuite été chargés de conseiller les équipes désignées pour ce projet pilote. Ils ont donc transmis au personnel la formation et l'information nécessaires pour la mise en œuvre de cette démarche.

L'établissement ne disposait que de trois mois pour se préparer à la venue des canadiens. L'évaluation ne pouvait donc pas concerner l'ensemble de la clinique et s'est donc centrée sur quatre services de soins et un service administratif. Les services sélectionnés ont été :

- la médecine interne,
- les urgences,
- la maternité,
- la cardiologie,
- le "leadership" et le "management" (c'est-à-dire le conseil d'administration et la direction), et les services associés (gestion de l'information, gestion des ressources humaines et gestion de l'environnement).

Des "équipes" ou groupes d'auto-évaluation ont été créés pour chaque service. Pour les services de soins, les "équipes" ont été composées de l'ensemble des prestataires (usuels et occasionnels) qui contribuent au processus de prestation de soins et de services.

Le processus de visite s'est déroulé en deux grandes étapes :

- Une auto-évaluation réalisée par la clinique du Lac au cours de laquelle celle-ci a dû évaluer son niveau de conformité par rapport aux normes.
- Une évaluation "par des pairs" effectuée par une équipe de visiteurs canadiens ; ils ont analysé le travail accompli par les équipes, évalué les locaux, les méthodes de travail et interrogé les patients.

L'auto-évaluation s'est déroulée dans la clinique aux mois de mai, juin et juillet 1997. Elle devait se réaliser pour chaque service avec les membres de l'équipe et d'autres membres appelés ponctuellement pour débattre d'une norme. Néanmoins, le laps de temps imparti n'a pas facilité l'association de partenaires autres que ceux du service ; ceci a nui à l'obtention d'une vision transversale des processus examinés. Chaque équipe a pointé les points forts et les points faibles ainsi que les actions à entreprendre pour l'amélioration continue de la qualité.

Le dossier d'auto-évaluation a ensuite été envoyé aux canadiens, accompagné des documents nécessaires (règlement intérieur, exercice comptable, ...). L'ensemble devait leur fournir une première vision complète de l'établissement et de son positionnement.

La visite sur site a pris place au mois de septembre 1997 : elle a duré deux jours. Une première rencontre sous forme de réunion générale a eu lieu au préalable. La visite a ensuite pris place dans les services : les visiteurs ont procédé à une vérification générale ; le questionnement du personnel s'est fait de manière informelle. Des entrevues avec les patients et leur entourage ont été organisées, afin de discuter de leur perception du processus de prise en charge et de les interroger sur l'information donnée, l'accueil, les temps d'attente, les problèmes, et autres aspects de la prise en charge. Des rencontres ont également été organisées avec les groupes d'auto-évaluation. Les visiteurs ont, en outre, étudié une dizaine de dossiers tirés au sort. Au terme de la visite, une première séance de synthèse a été réalisée avec l'équipe de direction pour délivrer les résultats-clefs. Elle a été suivie d'un rapport de synthèse oral en public au cours duquel les visiteurs ont formulé leurs remarques et les premières recommandations.

Le problème central mis en évidence à la clinique du Lac par la comparaison au référentiel canadien concerne l'insuffisance, voire l'absence de processus écrits formalisés. Comme dans la majorité des établissements français, la prise en charge suit des processus oraux où l'ajustement mutuel tient lieu de processus écrits.

La démarche d'auto-évaluation initiée au sein de la clinique préalablement à la venue des visiteurs canadiens a permis de légitimer un certain nombre de recommandations formulées par ces derniers. Ces pistes ont été identifiées, déclinées en priorités par les personnels au cours de l'auto-évaluation et validées par l'équipe de visiteurs, traduisant une réelle volonté d'adhérer à la philosophie d'amélioration continue de la qualité des soins et des services hospitaliers.

1.2 LES RESULTATS DE L'AUTO-EVALUATION ET DE LA VISITE

Les résultats de l'expérimentation sont synthétisés dans les tableaux suivants, ils concernent à la fois les résultats de l'auto-évaluation menée par les acteurs des différents services et les recommandations formulées par les visiteurs canadiens.

Pour rappel, l'échelle de conformité (quatre niveaux) est la suivante :

N	Non-conformité ou sans objet
M	Conformité minimale (l'établissement répond à quelques exigences de la norme, mais la mise en œuvre du processus a connu d'importantes lacunes)
P	Conformité partielle (l'établissement répond à la plupart des exigences de la norme et des critères qui y sont reliés)
E	Conformité élevée

Service	Cité	Résultats de l'auto-évaluation	Recommandations du CCASS
Leadership et partenariat	M	<p>Conseil d'administration : Les administrateurs ont noté une différence de culture et / ou de mission entre leur fonctionnement et les normes canadiennes. Ainsi, la notion de rendement paraît inadaptée ; il conviendrait plutôt d'y substituer le terme de compétence ou d'efficience. Les normes canadiennes axées sur l'amélioration de la qualité et de la satisfaction des patients paraissent de nature à enrichir la mission du conseil d'administration de la clinique du Lac.</p>	<p>Le conseil d'administration et la direction jouent un rôle essentiel pour la mise en œuvre des solutions aux problèmes soulevés par le CCASS. Ainsi, ils sont invités à réviser la mission de l'établissement dans une double direction réseau de soins et amélioration continue de la qualité. Une réflexion sur le projet médical doit être mise en œuvre afin de vérifier l'adéquation offre de soins / besoins de la population.</p> <p>La direction et le conseil d'administration doivent encourager la mise en place d'un certain nombre de recommandations formulées ci-dessus concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le dossier patient unique, - une politique commune en regard de l'obtention du consentement éclairé du patient, - la tenue d'évaluation des processus, la mise en place des indicateurs de rendement, etc.
	M	<p>Direction : L'expérience de l'établissement dans le domaine de la qualité peut être caractérisée par des actions ponctuelles et isolées et par des informations et des initiatives éparpillées. La Clinique a besoin d'engager une action globale, cohérente et coordonnée. C'est à ce titre qu'un comité qualité a été mis en place et que la clinique s'est engagée dans cette démarche d'accréditation, qui permettra de disposer d'un état des lieux, à partir duquel une stratégie de plan d'action pourra être élaborée.</p>	<p>En ce qui concerne les préoccupations sur l'éthique, il est recommandé de favoriser la formation d'un comité d'éthique : ce forum d'échanges permettrait d'arriver à une approche commune dans l'établissement sur l'ensemble des éléments qui se rapportent à l'éthique dans l'activité quotidienne des professionnels.</p>
	M	<p>Gestion des ressources humaines : Certains processus existent, d'autres sont à formaliser. La nouvelle organisation des ressources humaines fait l'objet de réflexions et de processus à élaborer. Cette organisation doit encore être affinée en intra.</p>	<p>Pour améliorer les processus de protection des ressources, il est recommandé de mettre en place un système permettant de mesurer la charge de travail du personnel, de procéder à l'évaluation du personnel sur une base périodique afin de déterminer les besoins de formation et d'appliquer un système d'identification du personnel, des médecins et des bénévoles.</p>
	M	<p>Gestion de l'environnement : Des démarches cohérentes existent dans plusieurs domaines avec communication de résultats, coordination, parfois des évaluations et une articulation logique avec les orientations de l'établissement (infection, sécurité incendie, investissements). Par contre, des champs d'action importants fonctionnent par usage, voire sans processus (achats, maintenance, désastres internes ou externes).</p>	<p>Enfin, concernant l'amélioration continue de la qualité, différents points apparaissent essentiels et doivent être favorisés par la direction et le conseil d'administration :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les risques doivent être gérés et la revue de l'utilisation des ressources mise en œuvre. - Des procédures doivent être mise en place pour garantir la sécurité des patients, du personnel et du public dans la clinique. - Les équipes multidisciplinaires doivent désormais continuer le travail amorcé afin d'apporter des solutions aux difficultés rencontrées (selon les priorités établies). - Les services doivent se doter d'indicateurs de rendement et d'un plan d'action qui leur permettront de corriger les principaux problèmes : ils devraient permettre de donner une idée de l'état général du service et d'identifier les occasions d'apporter des améliorations. - Les services doivent se doter également de processus formalisés et évalués. - Des questionnaires et des sondages doivent être administrés de façon systématique afin de connaître le degré de satisfaction de la clientèle. <p>Ils doivent donc assurer le suivi des mesures prises dans les plans d'action de chaque service et contrôler les résultats.</p> <p>Si la direction et le conseil d'administration jouent un rôle non négligeable pour la mise en œuvre de ces éléments d'amélioration constante, il convient de "responsabiliser" les chefs de services. Cette responsabilisation passe par la décentralisation souhaitée par la direction.</p>
Maternité – obstétrique	P	<p>Les résultats chiffrés de la maternité sont bons et comparables aux meilleurs services français. Le niveau de satisfaction est globalement élevé. Par contre, le service doit s'améliorer au niveau des écrits que ce soit pour la tenue des dossiers, les transmissions écrites, ou rédaction de protocoles.</p>	<p>Les patientes sont satisfaites : tout est mis en œuvre pour préserver leur intimité, les locaux sont propres et fonctionnels. L'évaluation est bonne. Cependant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le service pourrait tenter de réduire la durée de séjour dans un but d'efficience. - L'examen des complications et des décès devra être réalisé de façon systématique et les moyens de prévention et de contrôle des infections développés davantage. - Un plan d'action selon les priorités établies doit être construit.

Service	Cité	Résultats de l'auto-évaluation	Recommandations du CCASS
Cardiologie	M	<p>Un niveau global de conformité minimale est retenu du fait de la non-conformité de deux normes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence de systématisation pour revoir les lignes directrices cliniques (au coup par coup lors de réunions régulières, mais sans ordre du jour ni compte rendu). - En dehors des éléments de surveillance des infections nosocomiales fournis par le CLIN, il n'y a pas d'indicateur de rendement évalué de façon systématique dans le service. <p>Globalement l'analyse du fonctionnement fait apparaître deux problèmes essentiels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'absence fréquente de document écrit concernant la pratique à quelque niveau que ce soit (infirmier ou médical) même si les prescriptions thérapeutiques sont toujours écrites. - L'absence de consentement éclairé écrit. Celui-ci est obtenu par oral (mais sans preuve) pour les gestes invasifs. Il n'est pas obtenu pour les thérapeutiques courantes. 	<p>La DMS est courte dans le service : il est donc recommandé de planifier rapidement les mesures qui seront nécessaires après le départ du patient et de lui fournir toutes les informations.</p> <p>L'organisation du processus d'approvisionnement, de préparation et de distribution des médicaments dans le service, insuffisamment sécuritaire à l'heure actuelle, ainsi que l'information aux usagers sur leur médication doivent être révisés.</p> <p>Les cas accueillis dans le service sont lourds : il conviendrait d'évaluer régulièrement la charge de travail du personnel, de rechercher les moyens pour une plus grande polyvalence et d'envisager une certaine mobilité du personnel régulier pour répondre aux besoins des patients.</p> <p>Le recueil et l'analyse des complications, des accidents, des décès, etc. est également essentiel et pourrait se faire à partir du dossier patient.</p>
Médecine interne	M	<p>Le service de médecine interne et spécialités est en conformité minimale par rapport aux normes d'accréditation du fait de l'absence de procédure écrite définissant les fonctions, les raisons d'être et les rôles de chaque intervenant.</p>	<p>La planification des départs doit être améliorée, c'est-à-dire amorcée plus tôt dans l'épisode de soins, ce qui permettrait de faire intervenir l'assistante sociale plus rapidement au cours de l'hospitalisation.</p> <p>La confidentialité des échanges entre patients et soignants n'est pas toujours respectée du fait des discussions de corridor : il est recommandé de prévoir un local fermé pour les consultations.</p> <p>Enfin, à l'heure actuelle, la transmission des résultats d'examens de laboratoire et de radiologie est parfois confrontée à des erreurs de compréhension ou de transcription. Il est alors recommandé d'inscrire les renseignements cliniques associés à la réalisation des examens et de privilégier la communication écrite des résultats; enfin, il faudrait réduire les délais d'obtention des résultats d'examen, surtout en IRM.</p> <p>Le service devra se doter d'indicateurs de rendement et d'un plan d'action.</p>
Urgences	P	<p>Le service répond en grande partie aux exigences de base des processus, mais peu de choses sont écrites et formalisées. Pour ce qui concerne la contribution et la participation des usagers aux choix thérapeutiques, à leur prise en charge et l'attention portée à leurs commentaires, les urgences sont loin des normes élaborées au Canada, du fait probablement de l'évolution plus lente des droits de l'usager face à la prise en charge médicale en France. Des progrès doivent être faits à ce niveau et les actions prioritaires doivent viser à apporter plus d'information, de meilleure qualité et plus de sécurité et de confort aux usagers.</p>	<p>Développer l'écrit qu'il s'agisse des renseignements cliniques associés aux requêtes d'examens ou de l'information donnée aux patients. Enfin les principaux éléments de procédures appliquées dans l'investigation et le traitement doivent également être consignés.</p> <p>Améliorer les locaux disponibles afin de permettre un meilleur respect de l'intimité des malades, de la confidentialité et de la sécurité et remédier au problème posé par la proximité de l'espace fumeur dont la fumée peut incommoder les patients et le personnel des urgences.</p> <p>Remédier aux incohérences suivantes en termes de sécurité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des médicaments potentiellement dangereux sont accessibles aux patients et aux personnes les accompagnant en salle de déchocage ; - la nuit, la dotation en personnel ne permet pas toujours de couvrir tous les besoins. <p>Un système d'identification du personnel (port d'un badge d'identification) doit être mis en place.</p> <p>Développer des indicateurs de rendement et mettre en place un plan d'action permettant de suivre les améliorations initiées dans le service.</p>

Le bilan des visiteurs canadiens concernant le fonctionnement de la clinique est globalement positif dans l'ensemble, même si un certain nombre de points sont à améliorer.

La Clinique du Lac offre à sa clientèle un établissement accueillant et propre, un personnel dévoué et motivé pour fournir des soins et des services de grande qualité.

Les équipes multidisciplinaires ayant participé à l'auto-évaluation ont bien intégré le programme, démontrant ainsi leur préoccupation pour l'amélioration continue de la qualité. Elles ont réalisé une analyse rigoureuse de leurs forces, faiblesses et pistes d'amélioration. Des points à améliorer ont été relevés : certains résultats concernent l'établissement en général, d'autres sont spécifiques à chaque service.

Avant tout, les auditeurs canadiens ont souligné le besoin de développer le **recours aux procédures écrites et à la communication transversale** au sein de l'établissement et vis-à-vis du patient.

A la suite de la visite, les canadiens ont formulé des recommandations pour les services visités, mais ils ont également émis des axes d'amélioration concernant la clinique dans son ensemble. Les principaux éléments qui ont retenu l'attention des visiteurs sont les suivants :

- **La nécessité de bien situer l'hôpital dans son milieu afin d'évaluer les possibilités de développement.**

Pour ce faire les membres du conseil d'administration et de la direction ont été invités à bien définir la mission de la clinique afin que chacun des services puisse s'inscrire dans le réseau de santé auquel appartient l'établissement et de mieux préciser les soins et services qu'elle souhaite offrir en les adaptant aux besoins de la population.

- **Les questions d'éthique et en particulier celles relatives à l'obtention du consentement éclairé.**

Il s'agit pour tous les services de mettre en œuvre des procédures précises permettant d'obtenir systématiquement le consentement éclairé du patient et d'attester celui-ci dans le dossier.

- **La nécessité de constituer un dossier unique pour chaque patient.**

Les visiteurs ont noté l'éclatement et la dispersion de l'information, ce qui engendre la perte d'éléments importants et rend aléatoire la disponibilité rapide de renseignements nécessaires pour une prise de décisions appropriée et rapide. Ils ont invité les acteurs à se mobiliser autour du patient et à améliorer la tenue de son dossier.

Un dossier patient unique complet doit être mis en place : il doit concentrer l'ensemble des données nécessaires pour permettre une bonne continuité des soins. A cette fin, tous les intervenants doivent inscrire les informations nécessaires et pertinentes sur une base chronologique, au fur et à mesure du déroulement des événements. Un tel dossier est l'outil adéquat qui permettra :

- de suivre l'évaluation, l'investigation, le traitement et l'évolution de chaque patient,
- d'apprécier le déroulement des processus de soins et de services en cours d'hospitalisation et de consultation,
- de faciliter également la liaison entre les médecins, les infirmières et les autres intervenants.

- **Le CLIN et les équipes doivent continuer à travailler ensemble.**

Ce travail doit porter sur la prévention et le contrôle des infections. Seules la centralisation de l'information concernant ce sujet et la centralisation systématique des déclarations d'incidents, d'accidents, d'erreurs, permettent d'avoir une vue d'ensemble et de réagir plus efficacement.

- **La participation de l'équipe médicale à un meilleur suivi de la qualité et à son amélioration.**

L'analyse de la tenue des dossiers, des durées de séjour, des complications et des décès est un bon moyen d'améliorer les processus et d'apporter les correctifs nécessaires au besoin.

- **L'évaluation du personnel ou des équipes** doit être poursuivie afin de mettre en œuvre les activités de formation continue qui permettront de répondre toujours mieux aux attentes des clients.

Notre propos n'est pas ici de commenter l'auto-évaluation menée en interne ni la visite mais de les lier aux éléments de changement initiés dans le projet d'établissement, en termes de résolution des dysfonctionnements relevés. Nous soulignerons seulement le fait selon lequel les recommandations des visiteurs comparées aux résultats de l'auto-évaluation font apparaître la grande expertise et maîtrise de ce type d'évaluation par les canadiens, alors que la liste des dysfonctionnements soulevés en interne est incomplète. Cette expérimentation a permis aux acteurs de s'engager dans une démarche d'auto-évaluation, de prendre conscience d'un certain nombre de points faibles à corriger, mais elle a également démontré l'importance de former les équipes pour mener une telle démarche si l'établissement souhaite réaliser une auto-évaluation complète et pertinente.

L'établissement a été, dans l'ensemble, très favorable à cette démarche comme l'ont montré les questionnaires réalisés auprès du personnel au moment de la réalisation du projet d'établissement. Les recommandations sont apparues comme adaptées et pertinentes. Les différents points soulevés ont été validés a posteriori par l'ensemble des acteurs.

L'établissement est ensuite entré dans la phase d'écriture et de mise en place de ces différents processus et recommandations. Les groupes d'amélioration de la qualité pour la mise en place des améliorations listées ont été calqués sur le schéma des groupes d'auto-évaluation. Des plans d'amélioration ont été définis. Une culture commune semble avoir émergé.

1.3 LES NOUVEAUX ENJEUX : RELECTURE TRANSVERSALE DU RAPPORT CANADIEN

L'analyse et les recommandations énoncées par le CCASS ont permis de mettre en évidence quelques points-clefs.

Les processus doivent être formalisés au sein de la clinique du Lac : la prise en charge du patient est réalisée à l'heure actuelle selon des processus oraux où les acteurs doivent en permanence s'ajuster mutuellement. L'insuffisance, voire l'absence de processus écrits formalisés engendre des problèmes divers tels que des délais supplémentaires ou des problèmes d'organisation.

La formalisation de ces processus est désormais nécessaire ; elle requiert leur écriture et leur mise en place et permettra une meilleure prise en charge, notamment en termes de continuité des soins. Ainsi, ces processus pourront être évalués régulièrement, atout essentiel dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.

La maîtrise des processus transversaux permet à un établissement d'offrir **une plus grande qualité**. Présente au sein de la clinique, cette qualité peut être améliorée grâce à un certain nombre d'actions développées dans le rapport canadien. Ces améliorations doivent désormais être regroupées au sein d'un plan d'actions.

De même, **l'évaluation** est un outil nécessaire dans une perspective d'amélioration continue de la qualité. Elle permet en effet de mettre en évidence les points forts et les points faibles ou dysfonctionnements et donc de chercher des solutions pour y remédier. Pour ce faire, des indicateurs de rendement doivent être mis en place ainsi qu'un plan d'actions car ils permettent d'apporter des améliorations et de suivre leur évolution.

Cette évaluation devra être systématique et concerner les aspects suivants :

- le personnel et les équipes dans l'optique d'une meilleure utilisation des ressources humaines,
- la qualité des soins et des services par le biais d'une analyse des processus afin d'en améliorer l'efficacité,
- la tenue du dossier permettant une meilleure continuité des soins,
- le degré de satisfaction des patients.

Un **système d'information** pertinent est également un outil essentiel au sein d'un établissement de soins. Le recueil et la centralisation de l'information, notamment concernant les infections, les erreurs, les accidents, etc., sont déjà en place à la clinique du Lac ; ils doivent désormais être systématiques, réalisés grâce à un travail commun des services et du CLIN.

De plus, la circulation de l'information entre les services n'est pas efficiente à l'heure actuelle. L'absence d'un dossier patient unique ne facilite guère la transmission des données. Ce dossier doit donc être mis en place afin d'assurer une meilleure continuité des soins. Il jouera un rôle en termes de décloisonnement et permettra d'évaluer plus facilement les processus en place.

Enfin, la clinique doit définir son projet et sa stratégie en fonction de la mission qu'elle aura définie avec précision au préalable, permettant aux services de s'inscrire dans le réseau de santé auquel appartient la clinique.

Tous ces éléments nécessitent une participation entière et active ainsi qu'une collaboration de tout le personnel. Le développement de l'écrit jouera également un rôle essentiel.

1.4 LES AUTRES REGARDS PERMETTENT DE COMPLETER LES RESULTATS

La satisfaction du client doit être la finalité et la raison même de l'organisation car c'est lui qui lui fournit l'activité quotidienne en la choisissant ou en l'acceptant comme prestataire de soins. Le regard externe mené au cours de l'expérimentation canadienne se devait d'être couplé avec un regard des patients, utilisateurs directs des services dispensés au sein de l'établissement, leur perception devant être au centre des préoccupations de chacun des membres du personnel. Une enquête de satisfaction, menée dans le courant du mois d'avril 1998, a permis de dégager les résultats de la clinique dans cinq champs importants pour les patients :

- l'hygiène et la sécurité,
- les soins,
- l'accueil et l'organisation,
- l'information au patient,
- la vie sociale.

Afin d'obtenir une vision complète, le regard des personnels et celui des praticiens extérieurs à l'établissement ont également été considérés, ce qui répond au besoin d'associer l'ensemble des personnes concernées directement ou indirectement dans l'évaluation (patients – utilisateurs, personnels – acteurs, évaluateurs, et enfin partenaires – médecins prescripteurs).

2 LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DECIDEES AU REGARD DES RECOMMANDATIONS : QUELLE INFLUENCE DE LA DEMARCHE ?

Le projet d'établissement est un élément central de la stratégie des établissements de santé : il est le pivot qui ordonne autour d'analyses méthodologiquement menées et d'objectifs précis le projet de politique générale que la clinique entend mener. Il est d'autant plus important puisqu'il est élaboré avec la collaboration d'une grande partie des acteurs de l'établissement. C'est un compromis à l'intersection de ce que chacun des groupes d'acteurs veut faire, peut faire, de ce que l'établissement veut faire et peut faire compte tenu des ressources et des orientations du SROS et de l'ARH.

Il traduit les objectifs de l'établissement et les moyens qu'il se donne pour les mener. En ce sens, il est l'illustration du processus de changement.

Notre intérêt s'est tourné vers le projet d'établissement de la clinique du Lac pour voir en quoi il avait tenu compte des résultats de l'auto-évaluation et des éléments et recommandations apportés par la démarche d'accréditation canadienne.

Elaboré un an après la visite du CCASS, il représentait l'occasion de consolider les forces et de tenter de remédier aux faiblesses mises en évidence.

Ainsi, pour ce projet d'établissement, une analyse relative à l'environnement (concurrence, offre de soins dans le secteur, démographie et évolution des besoins de la population, ...) a été menée, permettant à la clinique de se positionner et de se situer dans son milieu. Cet aspect a représenté un élément de réponse à une recommandation du CCASS.

Les finalités du projet étaient au nombre de quatre :

- Placer le patient au cœur de l'établissement, en déclinant ce principe dans chacun des projets.
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins par l'analyse critique de l'existant et la formalisation des processus de soins améliorés.
- Constituer avec les autres établissements du secteur une offre en réseaux afin d'offrir aux patients, dans chacune de nos disciplines, le meilleur.
- Améliorer la lisibilité de l'établissement.

Ces objectifs allaient également dans le sens des recommandations : le projet d'établissement développait ensuite le "comment", c'est-à-dire les moyens d'y parvenir.

Les tableaux ci-après reprennent les différents services évalués et comparent les résultats de l'auto-évaluation et les recommandations des visiteurs aux objectifs fixés pour chacun de ces services dans le projet d'établissement.

Tableau 18 : Tableau récapitulatif des recommandations versus les objectifs du projet d'établissement

	Auto-évaluation	CCASS	Objectifs fixés dans le projet d'établissement
Général	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance, voire absence des écrits. 	<ul style="list-style-type: none"> - Besoin de développer le recours aux procédures écrites et à la communication transversale au sein de l'établissement et vis-à-vis du patient – formalisation des processus. - Nécessité de bien situer l'hôpital dans son milieu, donc définir la mission de la clinique et l'offre de soins et services qu'elle veut offrir en fonction des besoins de la population. - Mise en œuvre de procédures pour obtenir le consentement éclairé du patient et d'en attester dans le dossier. - Nécessité de constituer un dossier unique patient (DUP). - Lutte contre les infections nosocomiales à poursuivre, avec centralisation de l'information. - Participation de tous au suivi de la qualité et de son amélioration, notamment par l'amélioration des processus. - Evaluation du personnel et des équipes. - Evaluation régulière (indicateurs de rendement, satisfaction des patients) et mise en place de la qualité. - Système d'information à développer. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consigner et formaliser les principes de prise en charge dans des cahiers de procédures, évaluées tant dans leur contenu que dans leur application. - Formaliser les procédures d'information générale, d'information médicale, de procédure d'expression des patients, du dossier patient, d'information des médecins correspondants, de sortie des patients. - Mettre en place des procédures d'évaluation : des dossiers patients, des personnels, du dossier de soins infirmiers. - La formalisation des protocoles (en cours), vision verticale, technique et parcellisante de la qualité, doit passer vers une formalisation des processus (vision transversale). - Ecouter et informer encore davantage les patients. - Maîtriser les processus. - Suivi de l'évolution de la situation du niveau de qualité par l'examen de deux groupes d'indicateurs : des indicateurs sentinelles et des indicateurs spécifiques. - Développement du système d'information existant pour : une meilleure mise à disposition de l'information tant en termes de délais que d'accessibilité, l'introduction d'un index de qualité des soins et d'une surveillance des infections nosocomiales, une meilleure synthèse de l'information produite et une ouverture sur les futurs correspondants extérieurs de l'établissement.
Cardiologie	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de systématisation pour revoir les lignes directrices cliniques. - Absence d'indicateurs de rendement évalués de façon systématique dans le service (sauf infections nosocomiales). - Absence fréquente de documents écrits. - Absence de consentement éclairé écrit. 	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la planification des mesures nécessaires après le départ du patient. Améliorer son information. - Améliorer les processus relatifs aux médicaments ainsi que l'information donnée aux patients quant à leur médication. - Evaluation régulière de la charge de personnel et développement de la polyvalence et de la mobilité. - Recueil et analyse des complications, accidents, décès. 	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation du planning de la salle d'angiographie. - Création en partenariat avec le CHU d'un centre de prise en charge des urgences cardiologiques. - Ouverture du plateau technique au libéral (réseau avec les libéraux). - Développement du projet qualité. - Elaboration, mise en place et suivi d'indicateurs (escarres, chutes). - Analyse des décès. - Développement de la prise en charge de la douleur de type PAQ-douleur. - Réflexion sur les activités de prévention.

	Auto-évaluation	CCASS	Objectifs fixés dans le projet d'établissement
Leadership & partenariat	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessité d'engager une action globale, cohérente et coordonnée dans le domaine de la qualité. - Formalisation des processus dans de nombreux champs d'action. 	<ul style="list-style-type: none"> - Révision de la mission de la clinique. - Encourager la mise en place du DUP, d'une politique en vue de l'obtention du consentement éclairé du patient, de l'évaluation des processus, et d'indicateurs de rendement. - Favoriser la formation d'un comité d'éthique - Améliorer les processus de protection des ressources (charge de travail, évaluation du personnel, système d'identification des personnels et bénévoles, etc.). - Favoriser l'amélioration continue de la qualité : gestion des risques, procédures garantissant la sécurité à tous dans l'établissement, poursuite du travail par des équipes multidisciplinaires, mise en place d'indicateurs de rendement et d'un plan d'action, formation et évaluation des processus, administration systématique de questionnaires et sondages. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de la GPEC⁷⁹³. - Adéquation ressources projet (modification des affectations, conférence des moyens, etc.) - Favoriser la formalisation des procédures sus-citées. - Réactivation du comité qualité, véritable organe de définition de la politique qualité + un responsable qualité + un groupe d'animateurs métiers chargé du suivi des actions correctives suite à la démarche d'accréditation. - Intégrer les acteurs à la démarche qualité. - Programmer les actions d'amélioration continue. - Un changement d'organisation. - Formalisation de conventions et réseaux.
Urgences	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance, voire absence, d'écrits. - Nécessité de formaliser les processus. - Des progrès à faire dans le domaine des droits de l'utilisateur face à la prise en charge médicale. - Actions prioritaires à mener en termes d'information, de qualité et de sécurité accrues et de confort aux usagers. 	<ul style="list-style-type: none"> - Développer l'écrit. - Améliorer les locaux disponibles. - Favoriser la sécurité (empêcher l'accès aux médicaments en salle de déchocage et plus de personnel la nuit). - Système d'identification du personnel. - Développement d'indicateurs de rendement et d'un plan d'action. 	<ul style="list-style-type: none"> - Travailler sur l'aval pour favoriser sa vitalité et sa reconnaissance auprès des partenaires et renforcer le partenariat avec le CHU. - Réorganisation du corps médical des urgences. - Rédaction de protocoles de prise en charge des patients par les médecins "référents". - Contrôle de la prise en charge des patients et démarche d'évaluation. - Formation des équipes médicales et paramédicales. - Mise en conformité de l'équipe médicale et de l'équipe paramédicale avec les recommandations nationales⁷⁹⁴. - Construction d'un nouveau bâtiment pour le service d'accueil des urgences, répondant aux normes exigées pour un tel service. - Ecrire un livre de procédures (donc des conduites à tenir).

⁷⁹³ GPEC : gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Pour connaître, analyser, évaluer, décider.

⁷⁹⁴ 1 médecin ETP pour 4 300 passages /an et 2 IDE en permanence pour 10 000 passages.

	Auto-évaluation	CCASS	Objectifs fixés dans le projet d'établissement
Médecine interne	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de procédures écrites. 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la planification des départs. - Favoriser la confidentialité grâce à un local fermé pour les consultations. - Privilégier la communication écrite des résultats d'examens. - Réduire les délais d'obtention de ces résultats. - Se doter d'indicateurs de rendement et d'un plan d'action. 	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuite de la prise en charge multidisciplinaire globale, amplification de l'activité d'urgence, augmentation du nombre de lits, etc. - poursuite des procédures d'assurance qualité, notamment le plan d'assurance qualité douleur et surveillance des infections nosocomiales. - Mise en place de façon courante des procédures d'accréditation et d'évaluation. - Suivi des actions de qualité type commission, décès, pathologie iatrogène. - Mise en place de procédures surtout pour l'adéquation des charges de travail et des besoins en personnel, et pour l'organisation du dossier médical. - Mise en place sur cinq ans de procédures de fonctionnement et d'organisation portant sur l'information des patients, et de procédures d'information écrites portant sur l'accueil éclairé des patients avec en priorité les examens et les thérapeutiques à risque.
Maternité	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessité d'améliorer les écrits : tenue du dossier, transmission écrites, rédaction de protocoles. - Une mauvaise réponse à la demande de la population (250 demandes d'accouchements par an refusées). 	<ul style="list-style-type: none"> - Réduire la DMS. - Examen des complications et décès, et contrôle des infections. 	<p>Améliorations déjà en cours à poursuivre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réunification de deux secrétariats gynécologie afin de présenter une meilleure réponse à la demande des patients. - Augmentation de l'activité à moyen constant - Rédaction de protocoles écrits concernant les modalités d'admission, de sortie et les protocoles médicaux. - Création de comités de travail sur des thèmes précis. <p>Projet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Répondre à la demande de la clientèle en matière quantitative. - Augmentation du nombre d'accouchements, accompagnée d'une amélioration de la qualité. - Mise en réseau avec la médecine de ville. - Respect des protocoles écrits. - Prise en charge dans les délais les plus brefs possibles. - Développement en matière d'hygiène de la politique de protocoles de soins en liaison avec le CLIN. - Mise en place d'un processus de gestion systématique d'éventuelles lettres de plaintes.

Les tableaux ci-avant indiquent les éléments pris en compte dans le projet. A l'évidence, certaines décisions n'ont pas été motivées par l'expérimentation, ce qui signifie que même sans un passage par une accréditation canadienne, certains de ces objectifs auraient été fixés. Néanmoins, nous constatons que la démarche est venue renforcer certains choix et en a probablement motivé d'autres, suite à une prise de conscience des dysfonctionnements.

La comparaison réalisée ci-dessus permet de tirer quelques conclusions et remarques :

- Cette démarche expérimentale n'a pas tenu compte des interfaces entre les services qui se trouvent être le lieu de multiples dysfonctionnements.
- Un certain nombre de réponses sont apportées aux résultats et recommandations émises, traduisant une prise de conscience et un désir de remédier aux dysfonctionnements constatés en interne.
- Certaines recommandations ne trouvent cependant pas de réponse dans le projet d'établissement. Plusieurs facteurs peuvent l'expliquer : d'abord, l'établissement a priorisé les actions à mener, de manière à établir un ordre réalisable des changements à mettre en place en interne. D'autre part, les recommandations formulées par le CCASS ne sont le résultat que d'une expérimentation et ne relèvent donc pas de l'obligation qui entoure les résultats de l'accréditation à la française. Dans ce contexte, les solutions mises en œuvre ou proposées sont le fruit d'une volonté d'amélioration, mais ne sont guère soumises à la "contrainte". La clinique a donc établi des choix et des priorités face à l'ensemble des axes de progrès proposés. Elle a d'ailleurs cherché à répondre aux objectifs les plus généraux tels que la formalisation des processus et des procédures, la mise en place d'une véritable politique qualité, le développement du système d'information ou le passage à plus d'écrit. A l'inverse, des aspects tels que la formation d'un comité d'éthique, la mise en place du dossier unique patient ou la planification des départs ne semblent pas avoir été retenus comme prioritaires.
- Le niveau de réponses aux recommandations est inégal selon les services.
- Les objectifs fixés dans le projet d'établissement restent généraux ("formaliser les procédures d'information", "Mettre en place des procédures d'évaluation", etc.) et devront faire l'objet d'une déclinaison en plans d'actions plus opérationnels par la suite afin de permettre aux acteurs de comprendre les changements qui doivent prendre place. Un vocabulaire trop général et trop technique est souvent abstrait pour les acteurs et peut ainsi constituer une source de résistance. Une déclinaison plus opérationnelle apparaît comme un moyen d'impliquer davantage les personnels en leur expliquant les changements attendus.
- Les réponses apportées dans le projet d'établissement découlent pour la plupart des constatations faites en interne au cours de l'auto-évaluation. En effet, la plupart des dysfonctionnements importants constatés au cours de cette phase préalable trouvent une solution dans la stratégie définie à cinq ans, ce qui n'est pas le cas de toutes les recommandations élaborées par le CCASS. Nous supposons que la prise de conscience générée par la mise en évidence des dysfonctionnements par les acteurs est un moteur plus fort du changement que les axes définis par des visiteurs extérieurs.

Cette expérimentation et son implication au niveau du projet d'établissement demanderaient à être approfondies par une analyse des répercussions entre un rapport d'auto-évaluation et d'accréditation "à la française" et un projet d'établissement ou un COM.

Néanmoins, nous constatons dans cet exemple que le constat de dysfonctionnements est source de changements dans la stratégie élaborée, et que ces modifications ne sont pas des moindres. Elles concernent aussi bien *l'organisation* ("un changement d'organisation", "réunification de

deux secrétariats gynécologie afin de présenter une meilleure réponse à la demande des patients", etc.), **la structure** ("construction d'un nouveau bâtiment pour le service d'accueil des urgences, répondant aux normes exigées pour un tel service" en réponse à la recommandation "améliorer les locaux disponibles" pour les urgences), la mise en place d'une **démarche qualité** ("réactivation du comité qualité", "démarche d'évaluation", "mise en place de façon courante des procédures d'accréditation et d'évaluation", "élaboration, mise en place et suivi d'indicateurs", etc.), **le fonctionnement** ("formalisation des procédures", "rédaction de protocoles", "poursuite de la prise en charge multidisciplinaire", etc.) et donc **les personnes**, aussi bien en termes organisationnels ("mise en place de la GPEC", "formation des équipes médicales et paramédicales", "réorganisation du corps médical des urgences", etc.) que culturels ("intégrer les acteurs à la démarche qualité", "écrire un livre de procédures (donc des conduites à tenir)", "création de comités de travail sur des thèmes précis", etc.).

L'exemple de la clinique du Lac nous a permis de déterminer les répercussions d'une accréditation sur la stratégie de l'établissement. Il a mis en évidence que le projet d'établissement devait intégrer les axes d'amélioration définis au cours de la démarche si la clinique voulait inscrire ce plan dans une stratégie plus globale. Le projet d'établissement constitue le vecteur du changement et l'auto-évaluation cherche à déterminer les changements à mettre en place. Dès lors, il semble difficile de ne pas les associer : les résultats de l'auto-évaluation et de l'accréditation doivent s'inscrire dans ce projet, d'autant plus que l'ARH sera destinataire des résultats de l'accréditation. Cela permettra à l'établissement de montrer qu'il a pris conscience des dysfonctionnements et qu'il tente d'y remédier.

Par ailleurs, nous constatons au travers de cet exemple que l'auto-évaluation semble être une source plus efficace de changement que la visite. Cela nous amène, en fait, à formuler deux hypothèses :

- L'établissement a davantage pris conscience des dysfonctionnements constatés par lui-même et s'est donc employé à y répondre plus qu'à ceux définis par le CCASS.
- Les éléments mis en évidence au cours de l'auto-évaluation sont plus faciles à appliquer que certaines recommandations du CCASS et sont surtout moins nombreux.

Signalons cependant que les remarques du CCASS ne relevaient pas d'un caractère obligatoire comme c'est le cas pour les résultats de l'accréditation à la française.

Si le projet d'établissement constitue un vecteur possible des changements décidés au cours de l'auto-évaluation, ce n'est pas une condition suffisante pour en garantir une mise en place effective. Il est à ce sujet encore trop tôt pour évaluer avec précision les améliorations déclenchées par cette procédure et les freins rencontrés.

Dans une troisième section, nous allons donc présenter le discours des acteurs sur le sujet, pour essayer de déterminer les conséquences attendues en termes de changement, les limites perçues et les conditions de réussite identifiées à ce jour.

Section 3

Auto-évaluation et changement dans les discours à l'hôpital

*(...) tout homme bien sage
Doit faire des habits ainsi que du langage,
N'y rien trop affecter, et sans empressement
Suivre ce que l'usage y fait de changement (...)*

MOLIERE, l'École des maris, I, 1.

A ce jour, il ne nous est pas possible de déterminer avec précisions les conséquences de l'auto-évaluation. Cette section dresse quelques pistes à ce sujet. Pour ce faire, elle présente les réponses des responsables d'accréditation rencontrés concernant les conséquences de l'auto-évaluation, les types de changements proposés et/ou attendus, les limites perçues pour mettre en place ces changements et les conditions de réussite pressenties.

Nous rappelons qu'il ne s'agit que de discours et de perceptions, donc que ces réponses ne sont en rien généralisables. Elles permettent seulement d'indiquer où en sont les établissements aujourd'hui en termes de changement suite à l'auto-évaluation et de préciser les réflexions faites sur le sujet.

1 LES CONSEQUENCES DE LA PHASE D'AUTO-EVALUATION PERÇUES PAR LES RESPONSABLES DE LA DEMARCHE DANS LES ETABLISSEMENTS

"Le diagnostic est un acte de gestion, à partir d'un diagnostic partagé, il faut définir des actions en commun" (H). Structures très hiérarchisées, les établissements de soins sont peu habitués à regrouper des acteurs de tout métier et de toute catégorie pour discuter des problèmes de l'organisation, de ce qui est à renforcer et de ce qui est améliorer. L'auto-évaluation introduit donc une nouveauté, pour ne pas dire une "révolution". *"Je ne sais pas dans quel sens (...) mais c'est forcément un vent nouveau, c'est forcé qu'on avance, c'est forcé qu'on modifie quelque chose. Donc ça ne peut être que positif"* (A).

L'auto-évaluation *"change en bien les choses, parce que les gens prennent conscience petit à petit en discutant, en observant, en réfléchissant à d'autres modes d'organisation"* (E). *"Pour l'établissement c'est la prise en compte de problèmes c'est-à-dire qu'il est face à ses problèmes et que les problèmes sont carrément visibles et exposés. Pour les acteurs, l'auto-évaluation fait ressortir en fait tous les points négatifs et positifs mais surtout toutes les urgences au niveau de l'établissement, donc ils ne peuvent pas y échapper. Il est devant ses responsabilités"* (EV2). Il y a une part de "réaction immédiate", c'est-à-dire que cela concerne les problèmes dont tout le monde parle depuis des années, que personne n'a réussi à traiter, *"et là c'est marqué noir sur blanc, on sait qu'on va être montrés du doigt, c'est réglé le soir-même"* (D). Elle est complétée par un plan d'améliorations avec un échéancier, dont l'objectif temporel est différent selon les établissements. Les groupes d'auto-évaluation sont d'ailleurs souvent transformés en groupes d'actions, ou groupes d'amélioration. En fait, l'auto-évaluation constitue un *"accompagnement au changement"* (F).

1.1 LES CONSEQUENCES DE L'AUTO-EVALUATION SONT FONCTION DE LA CULTURE QUALITE DE L'ETABLISSEMENT

L'auto-évaluation a pour objectif d'initier ou de renforcer une politique d'amélioration continue de la qualité au sein des établissements. Les conséquences varient de ce fait dans les structures de soins selon leur degré d'avancement dans une démarche qualité :

- Soit l'établissement en a déjà initié une : dans ce cas, l'auto-évaluation booste cette démarche, et c'est la démarche qualité qui initie les changements (*"ce n'est pas l'auto-*

évaluation, c'est plus la démarche qualité qui faisait...", l'auto-évaluation "est un booster bénéfique parce qu'il remet en situation les choses et c'est vrai que la démarche qualité, il y a des moments on ne sait plus très bien où on va" – B) ou permet de la formaliser davantage, comme cela a été le cas au centre médical et chirurgical de réadaptation des Hauteurs.

- Soit l'établissement n'est pas encore entré dans une culture et une démarche qualité. Dans ce cas, l'auto-évaluation permet de prendre conscience de l'ensemble des éléments qui posent problème : elle est alors la source des changements ("*S'il n'y a pas une (grosse) culture qualité et des choses faites pour la qualité, sûrement que l'auto-évaluation améliore bien la situation*" – B). L'auto-évaluation y déclenche la prise de conscience et la mise en place d'améliorations nécessaires ; elle lance l'établissement dans une dynamique qui se poursuivra au travers d'une politique d'amélioration continue de la qualité. Le plan d'actions marque le point de départ et la formalisation d'une démarche qualité.

L'auto-évaluation ne s'attache donc pas aux mêmes choses dans la première version qu'elle le fera dans les suivantes : dans cinq ans, les établissements évalueront les démarches qualité mises en œuvre et leurs conséquences, tandis qu'aujourd'hui il s'agit bien souvent de faire un état des lieux afin d'introduire des démarches qualité, notamment d'amélioration continue. "*Il y a une prise de conscience, donc il y a une pose de jalons pour que l'on puisse évoluer*" (G). Dans la deuxième vague d'auto-évaluations, la démarche d'amélioration continue de la qualité deviendra source du changement, l'auto-évaluation servira à la redynamiser et en constituera une étape.

Notons que l'auto-évaluation, par l'initiation d'une démarche qualité désormais obligatoire, constitue un moyen de faire rentrer la qualité dans la stratégie d'un établissement, la sélection n'étant en effet plus seulement financière, et le point ISA étant un élément insuffisant pris seul. Elle vient également compléter la planification ("*planifier sans avoir un outil quelque part qualitatif, ça me paraît extrêmement difficile*" –B).

1.2 L'AUTO-EVALUATION : LEVIER DE QUEL CHANGEMENT ?

Les personnes interrogées ont été plus réservées sur les questions relatives au changement que sur l'analyse critique de l'auto-évaluation en elle-même. En effet, toutes avaient déjà expérimenté la démarche, ce qui leur permettait d'en faire une analyse pertinente. Par contre, les suites de la démarche n'en sont qu'à leur début. De ce fait, les réponses ci-dessous contiennent une part de présupposés dans la mesure où les changements se mettent juste en place. Il est en fait "*trop tôt*" (B) pour déduire et affirmer les évolutions qui vont avoir lieu, une étude complémentaire faisant suite à la deuxième vague d'auto-évaluations et d'accréditations permettrait de confirmer ou d'infirmer les changements projetés par les acteurs.

Néanmoins, l'auto-évaluation est perçue par les acteurs comme une phase d'une démarche d'amélioration continue de la qualité. En outre, ils reconnaissent l'intérêt de déterminer ces changements par le biais des acteurs : "*il est vrai aussi que quand on veut mettre en place des modifications il faut bien connaître le terrain, pour ne pas monter des usines à gaz*" (E).

1.2.1 Micro- ou macro-changement?

Les plans d'actions sont actuellement élaborés et les premiers changements se mettent juste en place dans les établissements étudiés. Dès lors, nous avons cherché à savoir quel pouvait être le

niveau d'amélioration attendu ou prévu par les responsables de la démarche et les directions des établissements ayant déjà mené une auto-évaluation.

La majorité des acteurs optent pour des micro-changements plus que pour des macro-changements. En effet, selon eux, il n'y a pas de grands changements possibles, l'auto-évaluation ne permet pas de faire une "révolution" (EV3). Par contre, elle permet de changer les comportements. A la clinique de la Croix-Verte, la responsable qualité explique : "*Je ne crois pas qu'on arrivera à un changement global. Si déjà chacun dans sa fonction pensait l'importance d'une démarche qualité, de travailler en qualité, ça changerait globalement l'hôpital. Déjà changer l'habitude de chacun sans attendre que l'autre change pour changer*" (A).

En fait, beaucoup s'accordent sur le fait que les changements se font petit à petit, et que les grandes avancées sont rares : "*des choses qui avancent petit à petit, ce ne sont pas toujours des résultats spectaculaires*" (E). Néanmoins, rien n'empêche d'aboutir à terme à des macro-changements : "*Ne serait-ce que dans l'organisation entre les services. Les services sont très cloisonnés et on arrive à écrire des organisations de circulation de dossiers, de circulation de patients, de passage d'information, ... Pour moi ce sont des macro-changements. Petit à petit...*" (E).

Ainsi, la plupart des personnes rencontrées focalisent sur les premiers changements réalisés qui sont les plus simples et les plus rapides à mettre en place car ils ne bouleversent pas toute l'organisation. Ce sont donc majoritairement des micro-changements. Sur les grands changements, la démarche manque encore de maturité pour affirmer des conclusions.

Quoiqu'il en soit, certains estiment tout de même que l'auto-évaluation peut mener à de grandes décisions et à des changements importants, tels que des changements architecturaux, par exemple une "*reconfiguration du circuit déchets*" (D). Cette phase permet aussi d'accélérer des changements importants qui avaient été décidés. Souvent, la démarche définit de petits changements mais elle permet aussi d'ancrer les plus grosses modifications en venant renforcer leur intérêt.

Il est difficile de déterminer aujourd'hui le niveau des changements qui vont se mettre en place. La démarche est encore trop jeune. En outre, la qualification de micro- ou macro-changement demanderait à être précisée pour déterminer la limite à laquelle une personne situe le micro et le macro : ainsi, par exemple, EV3 parle de micro-changement lorsqu'elle évoque un changement de comportement, alors que pour d'autres, il s'agit d'un macro-changement.

Nous pouvons seulement affirmer que les personnes interrogées estiment toutes que l'auto-évaluation va initier une forme de changement dans l'établissement, que ce soit pour répondre aux exigences de l'ANAES ou dans une véritable optique d'amélioration continue de la qualité, suite à la prise de conscience des problèmes et des enjeux. Ce changement semble davantage **réactif**, dans la mesure où les acteurs identifient des dysfonctionnements pour ensuite proposer des solutions permettant d'y remédier. A cette fin, des plans d'actions et des cellules de gestion de la qualité se mettent en place : le changement est donc **planifié**. Le mode de détermination implique la participation des acteurs : de ce fait, l'établissement cherche à s'inscrire dans un changement **formatif**, favorisant l'adhésion des personnels.

Enfin, nous pouvons émettre l'hypothèse selon laquelle le niveau de changement (micro ou macro) sera variable selon les structures et qu'il sera fonction :

- de l'historique qualité de l'établissement,
- de l'importance des améliorations à mettre en place,
- de la démarche d'auto-évaluation mise en place et de l'implication des acteurs.

1.2.2 Essai de typologie des changements attendus

La phase d'auto-évaluation n'est pas le problème, c'est sa concrétisation en termes de changement qui est la plus difficile ("*ça provoque un changement mais c'est le plus difficile*" - C). Il existe des différences d'application des améliorations en fonction de leur contenu. Ainsi, des changements mineurs ou techniques sont simples à mettre en place : "*pour les points d'amélioration, je pense qu'il est très facile d'améliorer des points techniques, mais on se heurte à des points essentiels de la démarche qualité. Parce que là il faut des moyens et des gens formés à la qualité. Je pense que la phase d'auto-évaluation est facile en fin de compte. C'est le passage à l'acte qui n'est pas facile*" (A). Les évolutions les plus importantes sont plus difficiles à mettre en place.

D'autre part, la concrétisation des améliorations préconisées est une question de facteurs humains et de volonté de changement : "*Ca dépend comment les différents acteurs s'impliquent dans l'hôpital. Je crois qu'après c'est une implication dans son travail, comment on a envie que ça change*" (A).

Quoiqu'il en soit, l'auto-évaluation modifie les actions avant tout parce que cette procédure "*change les comportements*" (EV3).

Les changements déjà observés dans les différents établissements sont les suivants :

A la clinique de la Croix-Verte, la responsable de la démarche a noté les améliorations suivantes :

- Pour certains, une modification de la façon dont ils travaillaient jusque maintenant, notamment en termes d'implication dans la démarche qualité.
- Une prise de conscience par l'administration et les médecins de la nécessité de collaborer.
- Un changement dans les façons de travailler, avec élaboration systématique, suivi, analyse et évaluation des protocoles, même si sur le champ évaluation la responsable précise que c'est ce qu'ils ont le plus de mal à faire.

Au centre médical de l'Est, les changements se sont faits à tous les niveaux (humains, stratégiques, organisationnels, culturels). La culture de l'écrit est rentrée dans l'hôpital, de même que la transparence et les partages du pouvoir : un véritable changement de mentalités s'est opéré. L'établissement pointe également des défauts d'organisation, mais l'auto-évaluation a permis de reconnaître le droit à l'erreur et la recherche des causes : "*on ne cherche plus forcément un coupable*" (D).

A la clinique du Lac, différents problèmes ont d'ores et déjà été résolus suite à la démarche :

- Un problème de signature des prescriptions.
- Face au problème d'ouverture de l'office d'infirmières avec une armoire à pharmacie non fermée à clefs, des digicodes ont été mis en place.
- Des changements physiques et organisationnels tels que l'hygiène ("*les travaux qui ont été fait en cuisine*" - E) ou le bloc opératoire ("*le fonctionnement du bloc opératoire a quand même évolué*" - E),
- Des changements culturels ("*on a réussi à ouvrir le dialogue entre les différents acteurs principaux, entre les cadres, les médecins, au niveau de la communication il y a des choses qui ont avancé*" - E).

Les responsables estiment que certaines améliorations sont simples à mettre en place (matérielles bien souvent), mais qu'"il y a d'autres choses, par exemple sur l'organisation de la gestion des risques et de la politique qualité dans l'établissement qui vont être plus difficiles à mettre en œuvre" (C).

Néanmoins, les responsables de démarche d'accréditation à la clinique du Lac s'accordent sur le fait qu'avant tout, l'auto-évaluation "sème la graine du changement culturel. C'est tout à coup la prise de conscience d'une autre culture, d'un autre mode de fonctionnement dans l'activité de l'établissement. Cela permet de dépasser les clivages" (C) : les acteurs de chaque métier se rendent compte du travail fourni par les autres et prennent conscience de leur dépendance réciproque. "Ca permet le dialogue et ça permet de connaître un peu les autres" (C). L'auto-évaluation permet alors d'instaurer une culture qualité qui devient la source des changements.

Au centre médical et chirurgical de réadaptation des Hauteurs, le changement "numéro un" sera "le passage de l'oral à l'écrit" (F). Une évolution des mentalités est également à prévoir suite à l'auto-évaluation.

Au CHU des Gaules, dans les établissements accrédités, "on a l'impression d'une forme d'accélération" (H), notamment dans la réflexion sur l'organisation et au niveau des mentalités. Mais le CHU des Gaules n'est qu'au début de son accréditation : le premier établissement à être passé attend actuellement son rapport d'accréditation. Il ne nous a pas été possible d'observer et de connaître concrètement les conséquences de l'auto-évaluation et de la visite en termes de changement. Quoiqu'il en soit, la direction de l'accréditation et de la qualité estime que la démarche devrait permettre :

- Une évolution vers l'assurance qualité, grâce à une formalisation des pratiques et à une gestion des procédures.
- Un inflexionnement des pratiques professionnelles, suite à une prise de conscience des écarts ou manquements par rapport au référentiel-cible. L'accréditation devrait, selon la DAQ, donner l'envie aux acteurs de poursuivre la réflexion de manière transversale et multi-professionnelle.

Le problème que rencontre ce CHU est qu'il y a des propositions qui relèvent d'un plan d'actions locales et d'autres qui relèvent d'un plan d'actions transversales, c'est-à-dire qui vont mettre en jeu des contributions au-delà du site. Il s'agit alors de voir comment "mixer les deux de manière à ce que tout le monde s'y retrouve" (G), c'est-à-dire l'ANAES par rapport à ses recommandations dans l'effet d'affichage d'actions que le CHU va mener, l'institution dans l'effet d'affichage sur l'émergence d'une politique qualité continue et le site et ses acteurs de terrain par rapport à ce que sont leurs préoccupations quotidiennes.

Les changements évoqués sont propres à chaque établissement. Il n'existe pas de typologie réelle des évolutions attendues. Néanmoins, nous pouvons les regrouper par grands thèmes. Ainsi, les actions d'amélioration qui découlent des constats élaborés au cours de la démarche peuvent être d'ordre organisationnel, matériel, stratégique et/ou culturel et social.

Le tableau ci-après fournit des exemples de contenu par thème.

Tableau 19 : Quelques exemples de changements attendus suite à une auto-évaluation

Changements d'ordre culturel et social	<ul style="list-style-type: none"> - développement de l'écrit - introduction d'une culture évaluation dans les établissements - démarche qualité - changement de mentalités, par la formalisation - transparence - partage des pouvoirs - décloisonnement
Changements organisationnels	<ul style="list-style-type: none"> - mise en place de protocoles et de procédures systématiques - dossier patient - mise en place de CLIN - amélioration de la sécurité - signature de conventions avec le CHU voisin ou les laboratoires de ville
Changements architecturaux et matériels	<ul style="list-style-type: none"> - circuit déchet - signalétique
Changements stratégiques	<ul style="list-style-type: none"> - révision de projet suite à une insuffisance d'orientations - entrée dans une politique qualité

Cette liste est loin d'être exhaustive et varie clairement en fonction des établissements. Un point semble cependant récurrent et marque le préalable à toute autre évolution : le changement de mentalités et de culture. La maîtrise par les acteurs des notions de qualité, de formalisation, d'écrits, etc. est la condition préalable à la mise en place des autres améliorations.

La connaissance mutuelle des acteurs, la reconnaissance des missions de chacun permet de mettre en place "*des organisations différentes*" (EV1). Ainsi, EV1 pense, qu'à terme, l'auto-évaluation va essentiellement engendrer une "*modification de culture*" : "*Quand les gens de manière récurrente et perpétuelle vont devoir travailler en groupe, et qu'il n'y aura pas que des groupes de médecins, que des groupes de soignants et que des groupes de techniciens, et des groupes d'agents d'entretien, etc., quand ça va être des groupes où il y aura tous ces représentants et qu'ils vont retravailler perpétuellement là-dedans, il y aura un nivellement des hiérarchies, une mise en commun des savoirs et je pense que culturellement ça va modifier la manière de faire des établissements, les modes opératoires et les prises en charge du patient in fine. Parce que dans le groupe de travail, le médecin est quasiment sur le même pied d'égalité que la femme de service*" (EV1). Les autres changements seront fonction de la volonté de la direction et de la capacité et volonté des acteurs à les mettre en place.

Au terme des entretiens, il nous semble que les changements organisationnels seront micros dans un premier temps et que la concrétisation des macro-changements dépend en fait de la dynamique et des actions mises en place. En revanche, le changement culturel, qui est selon nous un macro-changement, devrait devenir une réalité, permettant aux établissements de rentrer réellement dans une politique qualité. En effet, les décloisonnements, l'entrée dans une culture de l'écrit et de l'évaluation, l'implication dans des démarches qualité et les notions de partage de pouvoirs représentent une véritable révolution à l'hôpital.

Néanmoins, comme dans tout changement, des résistances apparaissent.

2 LIMITES ET CONDITIONS DE REUSSITE DU CHANGEMENT

2.1 LES LIMITES PERÇUES DE MISE EN PLACE DES CHANGEMENTS

L'auto-évaluation cherche à susciter une amélioration continue de la qualité, donc à générer des améliorations. Cependant, même si certains estiment rencontrer une "*bonne adhésion*" aux changements suscités par les résultats de l'auto-évaluation et de la visite (F), d'autres estiment que des difficultés, voire des freins, doivent d'abord être dépassés.

❖ *Un blocage économique et financier*

"Beaucoup de gens font encore une confusion entre qualité et moyens. Ils partent du principe qu'ils feront de la qualité quand on leur donnera des moyens" (G). Encore trop d'établissements et de directions accolent la notion de ressources à celle d'amélioration. Certes, certains axes du rapport d'accréditation peuvent nécessiter des moyens supplémentaires, mais d'autres supposent une réorganisation ou un redéploiement à moyens constants.

Par exemple, à la clinique de la Croix-Verte, la mise en place du livret d'accueil est une amélioration qui a pu être appliquée car il ne s'agit "*que de quelques papiers à éditer, il ne faut pas beaucoup de sous, l'administration ne dit rien*" (A). En revanche, concernant les vigilances, un problème se pose parce que les actions à mettre en place, en termes de systèmes de surveillances de tous les risques (eau, air, déchets) "*coûtent*" (A) et qu'il faut "*ponctionner*" le budget global ou négocier avec l'ARH.

D'autres établissements réussissent à organiser le redéploiement des moyens en fonction des priorités. Ainsi, au CHU des Gaules, il existe une "*enveloppe qualité*", c'est-à-dire une provision de crédits, destinée à faciliter la mise en œuvre d'un certain nombre d'actions dans l'objectif de rentrer dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Il reste encore beaucoup de chemin à parcourir sur les notions de coût et de qualité. Un double discours existe dans les hôpitaux : améliorer la qualité et baisser les dépenses – ce qui pose encore problème pour beaucoup. En fait, ces établissements n'incluent pas le coût de la non-qualité, puisque les dysfonctionnements sont révélateurs de coûts cachés. La mise en place de la qualité devrait permettre un gain de coût, une meilleure rotation et une amélioration de la satisfaction. Cet investissement de départ va à l'encontre de la rigueur budgétaire à court terme, mais devrait permettre une amélioration sur le long terme et donc un gain économique.

❖ *Des habitudes à combattre*

La culture n'est pas neutre pour la mise en place d'améliorations. Par exemple, l'EV1 raconte, concernant la mise en place du dossier unique patient, qu'il a visité des établissements où des modes de fonctionnement historiques existent entre les médecins, les soignants, les services médico-techniques, les services administratifs, qui rendent une mise en commun des informations culturellement très difficiles. Dès lors, certaines personnes se montrent particulièrement réfractaires au changement.

Les personnels non médicaux et non cadres semblent parfois plus "flexibles", d'autant plus qu'"ils ont une hiérarchie qui les oblige quelque fois" (A). Mais il existe toujours des gens qui n'ont pas envie de changer, il y a des aides-soignant(e)s ou des infirmier(e)s qui disent "*ça fait 20 ans que je travaille comme ça*", et pour lesquels il est difficile de changer les habitudes. Dans ce cas-là, "*il y a dans un premiers temps négociation et puis après quelqu'un dit c'est comme ça, vous rentrez dans cette démarche*" (A). Il est plus difficile pour ce type d'acteurs de refuser catégoriquement un changement que pour le corps médical ou un directeur. Les jeux de pouvoir ne sont pas les mêmes et les capacités et moyens de résistance différents. Néanmoins, l'acceptation du changement reste très difficile quand il s'agit de modifier des habitudes.

Quand il s'agit de modifier les habitudes et les façons de faire des acteurs, il est nécessaire d'expliquer le "pourquoi changer". Mais l'ancienneté peut également être source de "*résistance au changement*" (F) ; ces personnels ont des habitudes difficiles à modifier et "*se méfient*" : "*on a toujours fait comme cela, pourquoi voulez-vous que l'on change ?*" (F). L'ancienneté de certains personnels peut engendrer des difficultés à se remettre en question dans leurs pratiques et dans leur fonctionnement.

Enfin, des freins sont liés au "*manque de culture générale en matière de qualité et de gestion des risques*" (G) : les priorités des acteurs sont souvent plus opérationnelles et plus immédiates.

Les changements décidés vont, en partie, modifier les habitudes des acteurs. Même si les axes sont proposés par les personnels, il n'est guère facile de les convaincre de modifier parfois radicalement leur organisation et leurs façons de faire et de fonctionner. Des résistances peuvent apparaître et la négociation a de meilleures chances d'aboutir que la coercition.

Le changement culturel et des mentalités évoqué par les établissements rencontrés constitue de ce fait un préalable indispensable à la mise en œuvre des changements organisationnels, structurels ou stratégiques. Il devrait permettre aux acteurs d'intégrer de nouvelles façons de faire et de prendre conscience de l'enjeu de la qualité et des améliorations.

❖ *Le corps médical et sa culture*

Les médecins sont souvent ancrés dans une certaine pratique et dans des habitudes dont ils ont du mal à se défaire. La résistance au changement est d'autant plus forte que le corps médical n'a pas de hiérarchie puisque la direction d'un établissement n'applique pas son autorité aux médecins : "*Chaque médecin se targue d'être responsable*" (A). En outre, ils ne sont pas du tout formés à la démarche qualité, ni à travailler ensemble et fonctionnent sur des bases individualistes. Ainsi, de nombreux établissements déplorent cet immobilisme du corps médical. A la clinique de la Croix-Verte par exemple, la responsable évoque la difficulté de changer le dossier du patient : "*la réalisation est plus dure car les partenaires sont les médecins et les médecins sont les plus mauvais pour changer les habitudes*" (A). L'implication des médecins devient un facteur déterminant du changement. Sa mise en place dépend donc entre autres de la manière dont "*le corps médical se réapproprie cette affaire*" (H), c'est-à-dire l'auto-évaluation, ses résultats et le plan d'actions qui en découle.

❖ *Des résistances au changement générées par l'énergie et le temps que cela suppose*

Le changement suppose du temps et une mise en place de nouveaux fonctionnements que certains acteurs ne sont pas toujours prêts à accepter. Il existe parfois un "*défaut de volonté de changement, parce qu'en fin de compte on s'est aperçu que changer ça veut dire se donner un peu de temps, mettre en place des procédures, ça prend énormément de temps, travailler dans la*

qualité, ça veut dire que dans deux ans, on fera peut être moins de travail, mais pendant un an ou deux en anesthésie ou ailleurs, tout écrire ce que l'on fait, faire ce que l'on écrit et évaluer, ça prend un temps énorme et les uns les autres ne sont pas toujours prêts à prendre du temps au delà de son temps de fonction propre, à travailler un peu plus le soir pour faire les procédures, mettre en place, former les infirmières, le personnel, etc." (A). Cette réaction correspond à une résistance volontaire au changement.

Le temps et l'énergie nécessaires pour mettre en place et s'investir dans de nouveaux modes d'organisation et de fonctionnement font échos à la charge de travail des acteurs. La difficulté est de s'organiser pour rentrer dans un mouvement d'amélioration continue de la qualité tout en parvenant à gérer les autres projets et chantiers qu'ils soient stratégiques, médicaux, ... Ainsi, par exemple, au centre médical et chirurgical de réadaptation des Hauteurs, où le directeur estime rencontrer une bonne adhésion du personnel aux changements envisagés, le frein principal se trouve être "la charge de travail, compte-tenu du grand nombre de projets lancés" (F). Déjà très sollicités sur d'autres sujets, les acteurs rencontrent des difficultés pour s'investir dans les changements.

Enfin, il est souvent difficile de motiver les acteurs les plus anciens, d'abord parce qu'ils fonctionnent d'une certaine manière depuis plusieurs dizaines d'années, et aussi parce qu'il y a ceux qui disent "on ne sera plus là, on sera à la retraite, pourquoi se fatiguer pour dans cinq ans, ...". Ces acteurs se limitent alors à leur intérêt personnel sans regarder celui collectif. Ils ne fonctionnent pas dans une logique de système et génèrent de la résistance au changement.

❖ **Une démarche encore trop associée à un contrôle plus qu'à un moyen de mettre en place une politique d'amélioration continue de la qualité**

Pour certains, l'auto-évaluation est encore trop vécue comme une étape obligatoire préalable à un contrôle, ce qui ne motive pas les acteurs au changement. Les aspects "autonomie", "responsabilisation" et "prise en charge de l'amélioration continue de la qualité" sont encore trop insuffisamment ancrés dans les habitudes et la culture hospitalière : "parce qu'ici on avance quand on a peur du loup. On a eu quelques visites là soit de l'ambulatorio, soit de la pharmacie, qui n'ont pas été trop méchantes, alors qu'on pourrait être très méchant, du coup on se glorifie du travail médiocre qu'on a fait. C'est dommage. Ici on baisse le dos et si on passe c'est bien. Donc pour l'instant on passe. Mais on n'a pas envie d'être meilleurs." (A)

De plus, même si la démarche cherche à occasionner des changements réels, certains établissements peuvent être tentés de mettre en place des comités et des commissions afin de répondre aux exigences du manuel, mais qui restent inactives ("des commissions papiers" - EV2).

Dès lors, pour être efficace, la démarche doit occasionner des changements concrets et ne pas se contenter d'améliorations "factices".

❖ **Un manque d'outils pour la mise en place d'une démarche continue de la qualité et de changements**

Les établissements souffrent encore d'un manque d'outils et de méthodologie dans la mise en place d'une politique d'amélioration continue de la qualité. La responsable de l'accréditation de la clinique de la Croix-Verte reconnaît qu'il faudra des indicateurs et des tableaux de bords pour

suivre la mise en place des améliorations, les changements et leurs conséquences. Néanmoins, comme dans beaucoup d'établissements, elle ne sait pas comment les formaliser.

Le directeur adjoint à la clinique du Lac explique à ce sujet que la suite de la démarche et ses conséquences doivent être suivis "*sous forme de tableaux de bords organisés*", mais que le niveau de connaissance des acteurs concernant le choix d'indicateurs pertinents et représentatifs pose problème pour le suivi des changements et des améliorations. L'idée est de retravailler les indicateurs pour en garder un nombre minimum, mais suffisant, et offrant une vision globale de la qualité et de son évolution au sein de l'établissement. En effet, "*il y a une très grande richesse des bases de données et une très grande pauvreté des outils de synthèse. On a une telle richesse que les gens ne peuvent plus trier l'information et transformer une donnée en information*" (H).

❖ *Un problème de cloisonnement des structures*

La structuration des établissements de soins n'est pas sans conséquence sur les résistances au changement. Ainsi, l'expérience de la clinique du Lac illustre ce frein : cet établissement a expérimenté le manuel canadien centré sur les services avant de s'engager dans l'auto-évaluation et l'accréditation à la française. La mise en place de modifications au sein des services ne semblait pas poser de problèmes. Par contre, la mise à plat des dysfonctionnements sur une base transversale a posé quelques difficultés en termes de plans d'action : "*la démarche française est complètement transversale, donc ça oblige à casser les services : les gens d'un service de chirurgie, d'un service de médecine, de la direction doivent travailler ensemble. Ça les a un petit peu dérangé dans l'élaboration de projets ultérieurs, car ils arrivaient difficilement à voir comment ils pourraient aboutir sur un projet de service à partir d'une constatation d'établissement*" (E).

Dès lors, la culture doit également évoluer vers les notions de transversalité pour mettre en place des actions efficaces et calquées sur une recherche de la meilleure prise en charge du patient.

Il s'agit désormais de dépasser ces résistances, en définissant des facteurs facilitant l'appropriation et la mise en place de ces changements.

2.2 LES CONDITIONS DE REUSSITE IDENTIFIEES PAR LES RESPONSABLES DE LA DEMARCHE D'AUTO-EVALUATION

"*L'avantage de l'organisation hospitalière, c'est qu'une fois qu'un changement (culturel et organisationnel) est approprié, il est rapidement mis en place*" (H). Mais le problème actuel est de trouver "*comment utiliser la démarche comme levier d'une politique de changement*" (G). L'idée est de trouver un moyen de "*créer les conditions d'une acculturation collective et progressive de la qualité*" (G), c'est-à-dire de rentrer dans une action continue et non pas une action ponctuelle avec des phases de procédure ponctuelle.

Les entretiens ont permis de cibler les éléments suivants comme facteurs potentiels permettant de faciliter la mise en œuvre des changements.

❖ *Une large communication sur le plan d'améliorations défini*

La communication est importante pour s'assurer que les acteurs participent à l'auto-évaluation, mais doit se poursuivre après la démarche car c'est un vecteur d'information et de compréhension

par les acteurs des suites de l'accréditation en termes d'améliorations et de qualité. En outre, elle doit atteindre un maximum de personnes pour ne pas laisser de côté des acteurs-clés des processus : "*si eux ne sont pas absolument persuadés qu'il faut repenser autrement un certain nombre de choses, on va rapidement trouver les limites de la réflexion*" (G). En effet, le danger de la démarche est de ne convaincre du bien-fondé des améliorations que les acteurs ayant pris part à la phase d'auto-évaluation.

"*Mais surtout, ce qu'il faut que l'on fasse, c'est bien la synthèse de tout ça et qu'on communique sur la synthèse de tout ça*" (F) : l'idée est d'avoir un dispositif qui permette à tous les acteurs de comprendre les suites à donner à l'auto-évaluation, les changements à mettre en place, et s'assurer que tous vont évoluer dans la même direction. "*Je crois qu'un des éléments qui permet d'introduire le changement et la dynamique, c'est de donner la même information en même temps à tous les acteurs. C'est important pour l'information elle-même, parce qu'au moins elle circule, mais ça renforce également de façon quasi-absolue la crédibilité*" (F). Les modes de communication varient ensuite en fonction des établissements et de leur culture.

❖ *L'implication des acteurs dans les améliorations décidées*

Pour qu'il y ait une évolution, il faut que "*le diagnostic qui est posé au niveau de l'organisation soit partagé par tous les acteurs*" (G). Cela concerne l'ensemble du personnel afin de ne pas laisser de côté des acteurs clés du processus. "*A partir du moment où l'on donne aux acteurs de terrain des outils pour s'approprier, maîtriser leurs objectifs, on a probablement plus de chances de pouvoir travailler autrement*" (G). Il y a en outre dans les grands établissements "*une très grande opacité et une asymétrie d'information entre ce qui se passe dans les unités et ce que la direction en sait*" (H). La seule façon de compenser cela et de s'assurer que les changements se réalisent, c'est de responsabiliser les gens.

L'auto-évaluation initie ce processus en conférant un pouvoir de décisions aux acteurs prêts à participer, mais cet aspect ne suffit pas. Les établissements doivent trouver des moyens d'associer les acteurs au plan d'actions et à la définition des priorités.

Les priorités d'action doivent "*correspondre à ce que les gens attendent ou illustrer la manière dont les gens souhaitent poursuivre*" (G). Enfin, cette implication dans les décisions doit concerner un maximum d'acteurs et non seulement ceux présents dans les groupes de travail. L'ouverture des groupes à d'autres personnels pour le suivi des améliorations représente un pas dans cette direction.

❖ *Un calendrier stratégique adéquat*

Certains changements majeurs nécessitent une inscription dans le COM ou dans le projet d'établissement, ou doivent tout au moins concorder avec les projets qui y prennent place. Cela pose le problème de la concordance dans l'établissement des différents plans et projets afin de permettre une adéquation entre les différents documents et ce qui se met en place.

Ainsi, si certains établissements, comme la clinique du Lac sont en décalage ("*on vient de faire l'auto-évaluation mais on a un COM qui nous mène jusqu'à l'année prochaine*" - B), d'autres, tel que le centre médical et chirurgical de réadaptation des Hauteurs, sont "*bien calés en termes de calendrier*" (F) : ce centre vient en effet de terminer son auto-évaluation et sa visite (décembre 2002) et est en train de travailler sur le projet d'établissement avec pour objectif de le présenter aux instances tutélaires en mars 2003. "*On est dans une suite logique*" (F). Ainsi, il sera possible de faire apparaître dans le projet d'établissement un certain nombre d'actions déterminées dans le

plan d'actions final. *"L'idée est de travailler sur le projet d'établissement pour que l'on ait un enchaînement et enclencher la négociation du COM"* (F).

Les suites de la démarche ne possèdent dès lors pas le même écho dans les deux établissements. *"De mon point de vue, il ne faut pas que la démarche d'accréditation soit une action déconnectée du reste de la politique de l'établissement"* (F). Il y a une alimentation réciproque : *"la qualité alimente le projet d'établissement et le projet d'établissement alimente la qualité"* (F). Il ne s'agit pas de ne voir que l'outil et la démarche accréditation, mais bien de les *"mettre en perspective sur autre chose"* (H).

L'inscription des changements majeurs dans les documents stratégiques est un élément essentiel d'intégration de la qualité dans les politiques de l'établissement. Pour ce faire, l'établissement doit trouver un calendrier adéquat.

❖ ***Définir un plan opérationnel précis de mise en œuvre des améliorations***

Le danger du stratégique, *"c'est de se couper de la phase opérationnelle"* (H). Il est donc nécessaire de décliner les améliorations en un plan d'actions qui :

- définisse concrètement l'ensemble des changements et améliorations à mettre en place,
- priorise ces actions,
- *"canalise les initiatives"* (G).

Les établissements doivent trouver un mode opérationnel qui permette d'organiser la mise en place des améliorations, sans que cela ne ressemble à une application anarchique des propositions. Il n'est en effet pas possible de mettre en place toutes les actions, à la fois proposées par les groupes et par les experts-visiteurs (environ cent vingt à l'hôpital de la Tête et du Cœur par exemple).

L'idée est donc de lister l'ensemble des propositions, à la fois des acteurs et des experts-visiteurs, de travailler sur leur convergence, de les regrouper par thème et de les prioriser, avec un échéancier.

❖ ***La formation ou l'arrivée de personnels compétents pour la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité***

Certains estiment que l'encadrement doit se faire par des gens qualifiés dans la qualité : *"pour la qualité, il faut des gens qualifiés"* (E), et encore plus au moment de la mise en œuvre des actions d'amélioration. Ainsi, par exemple, au CHU des Gaules, les conseillers qualité de chaque établissement vont être chargés du suivi de la mise en place des plans d'actions. Ces personnels sont formés à la qualité et peuvent trouver un soutien méthodologique auprès de la direction de l'accréditation et de la qualité au siège. Ce sont donc bien des professionnels de la qualité qui sont en charge de la mise en œuvre de la politique d'amélioration continue de la qualité. Leur rôle est de resensibiliser régulièrement les acteurs et de vérifier où l'établissement en est dans l'état d'avancement de la démarche par rapport aux objectifs.

❖ ***Accorder du temps aux acteurs pour accepter les changements***

Les acteurs ont souvent besoin de temps pour accepter les évolutions et les mettre en place, d'autant plus à l'hôpital. Ainsi, il y a quinze ans, *"quant à l'époque en milieu hospitalier on parlait de la satisfaction des clients, on vous disait "attendez, le marketing ce n'est pas pour nous", alors qu'aujourd'hui, quand on vous parle qualité –ANAES, tout le monde est d'accord"* (F). Les mentalités et la culture évoluent, mais cela nécessite du temps. Dès lors,

l'accréditation et ses suites en termes de changement n'échappent pas à la règle. Les personnels des établissements de soins ont besoin de temps pour intégrer la démarche mais aussi les mécanismes et les conséquences qu'elle génère, d'autant plus que la mise en place des améliorations et évolutions suppose un changement de mentalités : "*là, on est proche de la révolution culturelle*" (G).

3 CONCLUSION QUANT AUX DISCOURS SUR AUTO-EVALUATION ET CHANGEMENT

L'auto-évaluation se met en place depuis trois années dans les établissements de soins. Encore récente, il ne nous a pas été possible d'évaluer les changements qu'elle occasionne et si elle en occasionne avec certitude. Nous sommes donc allée recueillir la parole des acteurs pour comprendre quels changements ils en attendaient ou voyaient déjà apparaître, les limites repérées pour la mise en place de ces améliorations et les conditions de réussite identifiées à ce jour pour favoriser ce changement.

Il ressort de ces discours que l'auto-évaluation s'inscrit comme un levier potentiel de changement :

- réactif, puisqu'il s'agit de remédier à des dysfonctionnements diagnostiqués,
- planifié dans un plan d'actions,
- formatif puisqu'il est défini et implique la participation d'une majorité d'acteurs.

Si les premiers changements perceptibles sont micro, certains établissements espèrent également introduire des macro-changements.

Aujourd'hui, l'auto-évaluation a introduit un changement culturel dans les établissements, en termes de démarche qualité, de formalisation, de développement de l'écrit, de rencontres entre acteurs. Elle cherche à générer d'autres changements, d'ordre organisationnel, matériel et/ou stratégique.

Même si les actions d'amélioration à mettre en place sont déterminées par des groupes d'acteurs et validées par un comité de pilotage et devraient être acceptées plus facilement par les personnels, des freins subsistent et la résistance au changement se manifeste pour différentes raisons :

- un blocage économique et financier, les acteurs liant encore trop qualité et ressources supplémentaires,
- un problème culturel, du fait des habitudes du personnel qu'il faut changer et d'une culture médicale peu apte au changement,
- un problème de temps et d'énergie dans un emploi du temps chargé,
- un manque de visibilité sur l'enjeu de ces changements, encore perçus comme la suite d'un contrôle,
- une insuffisance des outils de suivi et d'évaluation.

La récurrence de la démarche d'accréditation est un moyen de garantir une prise en compte des changements proposés, puisque la phase suivante d'auto-évaluation va venir en vérifier l'application.

Néanmoins, face à la résistance au changement, d'autres facteurs ont été identifiés par les responsables de la démarche comme pouvant faciliter leur mise en œuvre :

- une large communication sur le plan d'actions défini suite à l'auto-évaluation, afin d'atteindre l'ensemble du personnel, y compris ceux n'ayant pas pris part à la démarche,
- une implication importante des acteurs dans les décisions et les actions déterminées,
- un calendrier adéquat afin d'inscrire ces changements dans la stratégie,
- la définition d'un plan opérationnel précis de mise en œuvre des améliorations,
- l'encadrement par du personnel qualifié en termes de qualité,
- un délai d'appropriation des changements.

Aujourd'hui, les questions suivantes restent en suspens :

- Comment capitaliser la dynamique collective générée par la démarche d'auto-évaluation ?
- Comment créer les conditions d'une acculturation collective et progressive à la qualité ?
- Comment utiliser la démarche comme levier efficace d'une politique de changement ?

CONCLUSION DU CHAPITRE

Ce chapitre avait pour objectif de dresser quelques pistes et hypothèses concernant la mise en application du changement suite aux constats et aux solutions préconisées par l'auto-évaluation.

Dans une première section, nous nous sommes intéressée aux suites de l'auto-évaluation. Cette démarche s'inscrit comme une étape de l'amélioration continue de la qualité et vise, dans ce sens, à identifier des actions de progrès à mettre en œuvre dans l'établissement pour assurer une meilleure prise en charge aux patients.

L'ANAES préconise la détermination d'un plan d'actions, postérieur à l'évaluation et prenant en compte les axes d'amélioration prioritaires parmi ceux proposés. Dans le cadre d'un changement planifié, ce plan d'actions s'inscrit dans la continuité de la démarche en interne. Il peut aider à mettre en place des changements, à condition :

- de s'appuyer sur les réponses apportées par les acteurs au cours du diagnostic,
- de définir concrètement et précisément, c'est-à-dire de façon opérationnelle, les actions à mener,
- d'impliquer les personnels dans cette déclinaison opérationnelle.

Il semble, en effet, que la participation à ce stade de la démarche soit plus à même de faire comprendre aux acteurs l'intérêt et l'enjeu du changement, même si ce plan doit également s'appuyer sur les remarques des experts-visiteurs et du rapport d'accréditation. L'idée est de générer une "envie" de changement chez les acteurs en les associant à l'ensemble du processus, de la définition jusqu'à sa mise en place et même son évaluation au cours de la deuxième auto-évaluation. De plus, il doit être communiqué à l'ensemble des acteurs de l'établissement.

Mais pour être pertinent et mener à des améliorations, un tel document doit présenter un plan applicable, c'est-à-dire réaliste, en termes d'actions à mener, et réalisable en termes de moyens et de délais. Le rôle du comité de pilotage et de la direction est donc d'adapter ce plan d'actions de telle sorte qu'il reste conforme aux propositions des personnels, afin que ces derniers s'y retrouvent, mais qu'il soit également faisable

Enfin, pour être compris et avoir davantage de chances d'être appliqué, ce plan doit proposer des actions concrètes. Or les plans d'actions élaborés aujourd'hui suite à une auto-évaluation ressemblent plus à un catalogue d'objectifs qu'à un plan de changement concret.

Dans une deuxième section, nous nous sommes intéressée à la prise en compte des résultats de l'auto-évaluation dans la stratégie des établissements. Nous avons donc étudié le projet d'établissement d'une clinique en lien avec les résultats de la démarche d'accréditation qui l'avait précédée, afin de déterminer les répercussions de cette démarche sur la stratégie de l'établissement.

Nous sommes partie du postulat qu'une inscription des solutions proposées par l'auto-évaluation et la visite dans la réflexion stratégique est une condition nécessaire, mais non suffisante, de mise en application des changements préconisés. Le projet d'établissement constitue en effet un vecteur de changement, accréditation et projet d'établissement apparaissent de ce fait complémentaires.

Il ressort de l'exemple de la clinique du Lac qu'une partie des recommandations a effectivement induit des éléments de réponse dans le projet d'établissement, mais que :

- le niveau de réponses est inégal selon les services (l'expérience d'accréditation s'était faite par service),
- les réponses apportées dans le projet sont issues principalement des constats établis au cours de l'auto-évaluation, beaucoup moins du rapport des visiteurs,
- que les objectifs fixés dans le projet d'établissement restent généraux.

Ces éléments appellent deux remarques :

- La priorité donnée aux éléments de l'auto-évaluation par rapport à ceux issus de la visite peut trouver plusieurs explications :
 - ~ l'établissement a davantage tenu compte des éléments définis par lui-même (c'est-à-dire par ses acteurs au cours de l'auto-évaluation) et s'est donc employé à y répondre en priorité. Cela signifierait que la prise de conscience générée par l'auto-évaluation est un moteur de changement plus fort que la visite, tout au moins au cours de la planification stratégique,
 - ~ les recommandations élaborées au cours de l'auto-évaluation sont moins nombreuses et plus simples à mettre en œuvre, donc plus faciles à appliquer en priorité,
 - ~ la visite du CCASS était élaborée à titre d'expérimentation : l'établissement a pu être davantage motivé par la mise en place d'actions qui avaient été détectées en interne et paraissaient de ce fait essentielles.
- Un projet d'établissement se décline toujours en objectifs généraux, mais il est essentiel de décliner un plans d'actions de manière plus opérationnelle.

A ce jour, il est encore trop tôt pour évaluer avec certitude les conséquences de l'auto-évaluation en termes de changement dans les établissements. Pour étayer nos réflexions, nous avons donc recueilli le discours des acteurs, qui ont mis en évidence que selon eux :

- L'auto-évaluation introduit un changement culturel dans les établissements, préalable incontournable aux autres types de changements (organisationnels, matériels, stratégiques, façons de faire) préconisés à la suite de la démarche.
- Le reste des changements reste encore à un niveau "micro", même si certains cherchent à tendre vers des modifications "macro".
- Malgré l'association des acteurs aux définitions des améliorations et aux décisions, des freins subsistent, générant de la résistance au changement. Les responsables d'accréditation évoquent le blocage économique et financier, le problème culturel, le manque de temps et d'énergie, l'absence de visibilité chez les acteurs sur l'enjeu du changement et l'insuffisance des outils de suivi et d'évaluation. Cette résistance se manifeste parmi ceux qui ont participé et encore plus parmi les acteurs qui n'ont pas pris part à la démarche.
- La récurrence de la démarche ne suffira pas à garantir la mise en application des modifications préconisées. Les personnes rencontrées ont identifié différents facteurs qui devraient, selon elles, motiver davantage les personnels à ces changements. Ces facteurs leur semblent nécessaires, mais non suffisants. On trouve une inscription des améliorations dans la stratégie, l'opérationnalisation des objectifs et axes définis, une large communication sur le plan d'actions afin de toucher l'ensemble des personnels de l'établissement et un encadrement au cours de la mise en place des actions par un personnel qualifié en matière de qualité. Il leur semble enfin nécessaire de laisser un délai d'appropriation des changements aux acteurs.

Ces éléments sont issus de discours et demanderaient à être vérifiés et complétés dans une prochaine étude. Quoiqu'il en soit, il apparaît que l'auto-évaluation mise en place par l'auto-évaluation cherche à générer un changement :

- réactif puisqu'il tente de remédier aux dysfonctionnements,
- planifié, puisqu'un plan d'actions le précise et en donne les échéances,
- formatif dans la mesure où les acteurs doivent y être associés depuis la définition jusqu'à l'évaluation.

Aujourd'hui, rien ne permet d'affirmer pourtant que cette auto-évaluation mènera véritablement à des changements.

CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE

L'auto-évaluation a été introduite dans les établissements sanitaires français par le biais de l'accréditation. Cette démarche trouve son origine aux Etats-Unis, au Canada, en Australie et en Angleterre, où elle est volontaire et met l'accent sur l'"auto-évolution" par le biais d'une auto-évaluation qui s'inscrit comme le vecteur du changement et de l'amélioration continue de la qualité. Le système se veut éducatif et non punitif, et cherche à favoriser le changement en associant les acteurs au diagnostic et aux décisions.

En France, l'accréditation a été introduite par les ordonnances de 1996. Même si elle peut être considérée comme "une forme hybride d'accréditation et d'inspection" du fait de son caractère obligatoire, non confidentiel et associant qualité à la sécurité⁷⁹⁵, l'accréditation s'inscrit au service du changement, puisqu'elle vise à introduire une politique d'amélioration continue de la qualité au sein des établissements de santé, via une auto-évaluation suivie d'une visite par des pairs.

Sa méthodologie repose sur la participation d'acteurs de tout métier, de toute discipline et de toute catégorie, afin qu'ils portent un regard pluriculaire sur l'établissement. Grâce aux échanges qu'elle doit générer, la démarche cherche à favoriser une prise de conscience quant aux dysfonctionnements et changements nécessaires. Dès lors, l'auto-évaluation apparaît comme une phase diagnostique qui ne sera réellement valable que si les établissements se l'approprient en tant qu'outil de changement et non comme une simple reconnaissance du respect des procédures.

En pratique, la démarche est récente et plusieurs centaines d'établissements seulement l'ont mise en œuvre. Néanmoins, elle apparaît, aux dires des responsables d'accréditation rencontrés, comme un outil offrant l'occasion d'introduire une évaluation qualitative à l'hôpital. L'auto-évaluation est en effet considérée par les acteurs comme un outil permettant de réaliser une "photographie" de l'établissement et permettant aux agents de reconnaître ou de prendre conscience des points forts et des dysfonctionnements en interne. Dès lors qu'une participation d'acteurs de tout métier, de toute discipline et de toute catégorie est mise en œuvre, l'auto-évaluation semble générer des échanges et une négociation quant à la représentation qui peut être faite de la réalité de l'établissement. La confrontation de cette réalité pluriculaire aux objectifs et critères définis dans le manuel de l'ANAES permet de réaliser un diagnostic de l'établissement en termes de points forts, points faibles et dysfonctionnements.

La méthodologie doit de ce fait être définie avec attention dans les établissements, de manière à favoriser l'implication d'un maximum de personnels. Néanmoins, si cette participation apparaît nécessaire pour favoriser la mise en place d'un changement, elle n'est suffisante.

L'auto-évaluation est mise en œuvre selon un référentiel et un processus définis par l'ANAES. Elle s'appuie sur une confrontation entre un référent, défini dans le manuel de l'ANAES, et un référé, qui correspond à la représentation de la réalité par les acteurs sur la base des objectifs et critères fixés dans le manuel. L'auto-évaluation, telle que définie conceptuellement, doit permettre aux acteurs-évaluateurs de confronter la réalité face à un référent comprenant des attentes sociales collectives et individuelles.

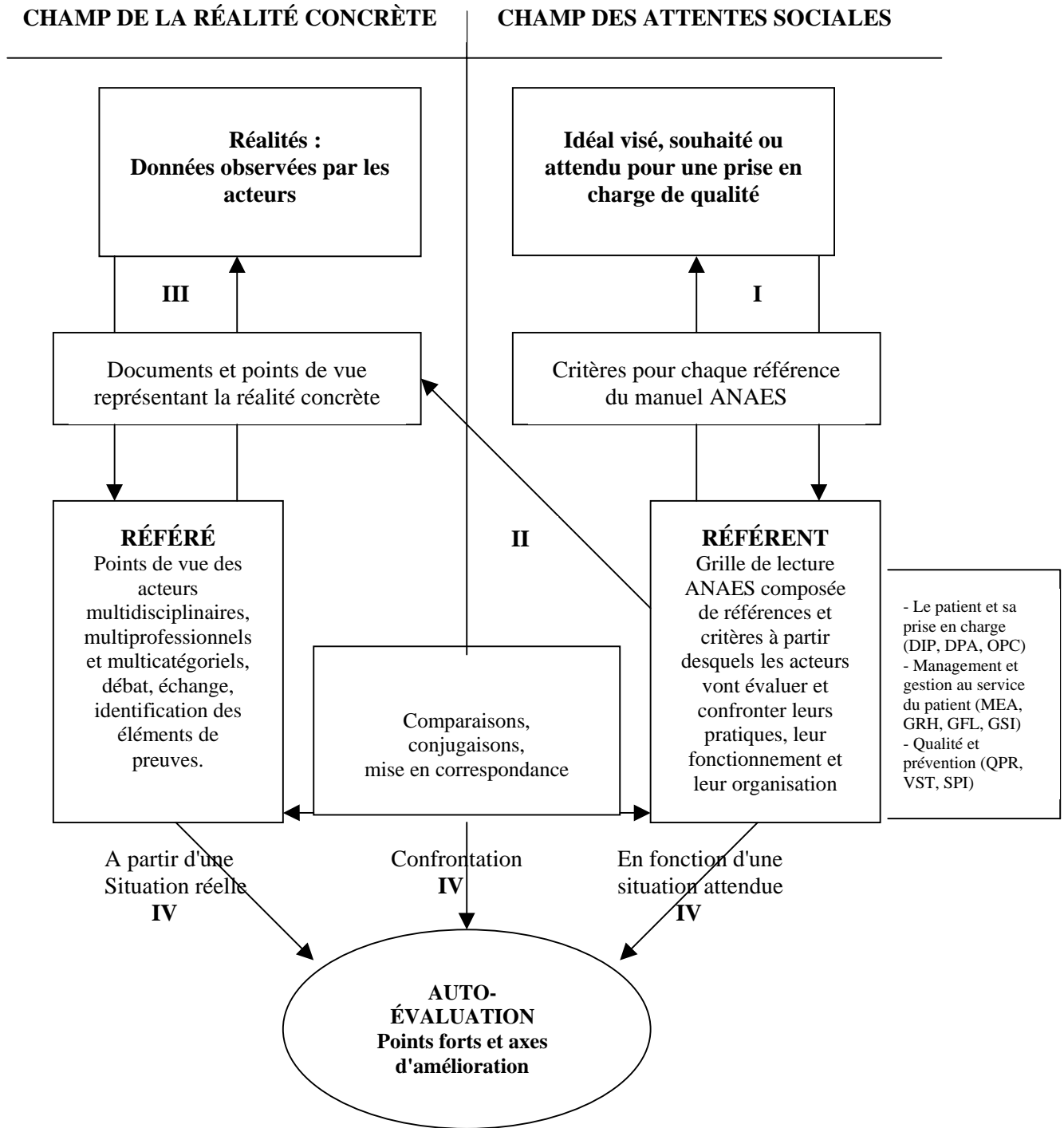
⁷⁹⁵ POMEY, M. P., *La préparation à l'accréditation : un outil de changement organisationnel ?*, Thèse de doctorat en Santé Publique, Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal, Faculté de médecine Lariboisière St Louis – Université Paris VII, mai 2002, p. 334.

Cependant, nous avons établi que :

- La démarche définie par l'ANAES laisse peu de place aux souhaits des acteurs dans le processus d'évaluation ; les réponses données au cours de l'auto-évaluation ne traduisent pas toujours les attentes individuelles. Le changement risque alors d'être contraint et non approprié par les acteurs.
- Le processus de négociation correspond dans ce cas à la traduction de la réalité en une représentation qui convienne à l'ensemble des acteurs présents dans les groupes de travail, et ne concerne nullement les objectifs à atteindre. La démarche risque d'être perçue par beaucoup comme un contrôle de conformité et/ou une reconnaissance du respect des procédures.
- Le référentiel de l'ANAES reste général et peu opératoire. Dès lors, la lecture qui en est faite par les acteurs se fait sur la base de leur propre référent. L'auto-évaluation peut alors s'apparenter à un processus de justification des pratiques passées.

Le modèle de l'auto-évaluation telle que définie par l'ANAES, présenté ci-après, ne correspond donc pas à celui présenté en conclusion de la première partie. Le référent est fixe et la réalité est traduite sur cette base au travers des référents de chaque acteur. Le processus de négociation se fait au niveau du référent pour aboutir à une vision commune de la réalité, mais n'agit pas sur la détermination du référent.

Figure 11 : Une modélisation de l'auto-évaluation dans le cadre de l'accréditation



Face à cette analyse, les discours des responsables d'accréditation font ressortir l'intérêt de la démarche en termes de diagnostic, dans le sens où ils la considèrent avant tout comme un "outil de prise de conscience", permettant d'établir des échanges sur des problèmes permanents, d'aboutir à une analyse de l'établissement en termes de points forts, points faibles et dysfonctionnements et donc de formuler des solutions nouvelles face aux dysfonctionnements rencontrés.

Les freins évoqués à la démarche sont contextuels, organisationnels et culturels. Le processus d'évaluation, lui, n'est pas remis en question par les acteurs, sachant qu'ils n'ont pas réalisé de réflexion sur les concepts.

Concernant la mise en œuvre du changement suite à l'auto-évaluation, les freins identifiés par les acteurs s'apparentent pour certains davantage à des prétextes (blocage économique et financier, manque de temps), d'autres, tels que le problème culturel, les habitudes à combattre ou l'absence de visibilité concernant l'enjeu du changement, viennent renforcer l'idée selon laquelle les décisions ne sont pas appropriées par les acteurs. Les personnes rencontrées estiment cependant que la démarche génère un changement culturel et des améliorations locales.

Aujourd'hui, l'auto-évaluation nous apparaît donc comme une démarche :

- qui permet de réaliser un diagnostic d'une organisation,
- qui aboutit à une représentation négociée de la réalité par les acteurs, sur la base de laquelle ils identifient des actions d'amélioration.

Aujourd'hui, le changement recherché par l'auto-évaluation dans le cadre de l'ANAES est :

- réactif, puisqu'il s'appuie sur la remédiation des dysfonctionnements constatés,
- planifié, puisque les axes d'amélioration sont définis et inscrits dans un plan d'actions traduisant un échéancier,
- formatif, en partie seulement, puisque les acteurs sont associés à la définition des améliorations, mais ne s'approprient pas les décisions.

Pour favoriser la mise en place du changement, l'auto-évaluation devrait s'inscrire dans un mouvement en continu. Or, même si la démarche est récurrente, elle n'a lieu que tous les cinq ans et les responsables de l'accréditation reconnaissent avoir du mal à conserver la dynamique initiée au cours de l'auto-évaluation : dès lors, elle risque de s'inscrire dans un mouvement discontinu, peu favorable au changement.

Enfin, pour générer du changement, l'auto-évaluation doit être reliée au projet et aboutir à un plan d'actions opérationnel, c'est-à-dire concret et réalisable par les acteurs. Aujourd'hui pourtant, les acteurs ont tendance à élaborer un plan qui s'apparente à une liste d'objectifs, et non à un véritable plan de changement, démontrant par ce biais la non-appropriation du changement.

Pour conclure, il semble que l'auto-évaluation au cœur de l'accréditation favorise l'élaboration d'un diagnostic basé sur une pluralité de visions de la réalité, mais qu'elle ne permette pas de garantir actuellement la mise en place de changements autres que locaux.

Conclusion générale

*L'union de deux choses sans changement ne fait point
qu'on puisse dire que l'une devient l'autre :
ainsi l'âme étant unie au corps, le feu au bois,
sans changement; mais il faut changement
qui fasse que la forme de l'une devienne la forme de l'autre,
ainsi l'union du Verbe à l'homme.*

PASCAL, Pensées, VII, 512.

Le changement organisationnel est "au cœur d'une problématique d'adaptation et d'évolution des organisations à laquelle n'échappe pas l'hôpital"⁷⁹⁶. Aujourd'hui, en effet, les établissements de soins doivent s'améliorer pour remédier à leurs dysfonctionnements et changer afin de s'adapter aux évolutions contextuelles, aux exigences nouvelles et aux contraintes auxquelles ils sont confrontés. Il apparaît que l'organisation et le fonctionnement des structures de soins ne peuvent plus faire l'impasse d'une évaluation, l'idée étant d'instaurer une démarche d'analyse de l'établissement dans son ensemble permettant de dégager des leviers d'action sur la base des points forts, des points faibles et des dysfonctionnements observés. Une évaluation globale apparaît alors comme un préalable nécessaire à tout changement, mais non suffisant dans la mesure où ce dernier doit être accepté par les acteurs.

C'est dans ce contexte qu'est né le concept d'accréditation en France, formalisé par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996. L'objectif affiché de cette démarche est de permettre à l'établissement de santé de réaliser son diagnostic qualité, dans le but de définir puis de mettre en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité. L'accréditation s'inscrit alors "pleinement" dans la problématique du changement⁷⁹⁷. La démarche associe les acteurs de l'établissement à l'évaluation au cours de la phase d'auto-évaluation, l'implication de toutes les catégories professionnelles devant permettre de "*faire émerger les véritables problèmes, d'en obtenir une représentation objective, et d'assurer l'appropriation des changements éventuellement nécessaires*"⁷⁹⁸. L'auto-évaluation s'inscrit alors comme un vecteur de changement, dans l'idée que c'est au moment de la participation des personnels dans le processus de décision que se forgera l'adhésion des acteurs aux améliorations et aux modifications à mettre en œuvre.

La question de l'accréditation pose le problème de l'adaptation des établissements à la demande sociale, qui est la recherche d'une qualité certifiée et non décrétée. Cette recherche passe par l'évaluation et par l'auto-évaluation, mais aussi par les présupposés du changement.

Dans ce contexte, notre conviction est que seule une évaluation globale impliquant les acteurs de l'établissement de soins à la mise en évidence des dysfonctionnements et aux décisions pourra faire changer l'hôpital. C'est une condition nécessaire, mais non suffisante. De ce fait, l'auto-évaluation peut être un levier au service du changement, mais à condition qu'un véritable travail soit réalisé au niveau des concepts. Dans ce travail, nous avons donc cherché à définir en quoi l'auto-évaluation pouvait constituer un levier ou un frein au changement pour l'hôpital.

La réponse à une telle question nécessitait de confronter une analyse conceptuelle à la mise en pratique du concept afin d'en évaluer les conséquences en termes de changement et de déterminer les raisons de ces (non)-conséquences.

Dans une première partie, nous avons défini et analysé les concepts d'évaluation et de changement, à la fois de façon "anatomique", c'est-à-dire de manière statique en les prenant isolément, et de façon "physiologique", c'est-à-dire en étudiant la relation les réunissant.

Cette partie nous a permis de mettre en évidence qu'évaluation et changement sont des concepts réflexifs. En effet, l'évaluation est à la base du changement dans la mesure où elle doit permettre de définir les modifications à mettre en œuvre ou de les réorienter en cours d'action. Par ailleurs,

⁷⁹⁶ HUSSER, J., *Le pilotage du changement par l'encadrement intermédiaire : le cas de l'accréditation à l'hôpital*, Thèse pour le Doctorat ès sciences de gestion, Université Montesquieu-Bordeaux IV, 12 décembre 2002, p. 34.

⁷⁹⁷ Ibid.

⁷⁹⁸ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ, Direction de l'accréditation, *Préparer et conduire votre démarche d'accréditation*, op. cit., p. 22.

le changement appelle l'évaluation lorsqu'il s'agit d'en mesurer les conséquences et de s'assurer que les objectifs ont bien été atteints. Dès lors, l'évaluation est à la fois une source du changement, un support éventuel au cours de la mise en place et un moyen d'en déterminer les conséquences. Evaluation et changement sont donc complémentaires.

L'évaluation s'inscrit comme une phase clé du changement, à la fois en termes de levier, mais également de frein, car elle peut conforter l'organisation dans son fonctionnement actuel. L'analyse de la complémentarité entre évaluation et changement nous a d'ailleurs conduit à penser que les limites de l'évaluation pouvaient constituer des sources de résistances au changement. Dès lors évaluation et changement sont non seulement complémentaires, mais s'inscrivent dans une contradiction.

Pour que le changement soit efficace, il semble nécessaire aujourd'hui d'introduire une nouvelle démarche d'évaluation qui réintègre les acteurs et leurs jeux d'interaction, et combine un effet sur les relations et sur les connaissances produites.

L'auto-évaluation s'inscrit dans ce sens : elle tente de sortir de la contradiction entre changement et évaluation en associant les acteurs à la mise en évidence des problèmes et des dysfonctionnements et à la définition des améliorations à apporter au sein de l'organisation. Par le biais d'une réflexion collective et multi-professionnelle, cette forme particulière d'évaluation cherche à renforcer la responsabilisation et l'apprentissage, donc à favoriser le changement.

La modélisation de l'auto-évaluation dans le cadre du changement se traduit par la confrontation entre un référent exprimant les attentes sociales et le changement énoncé, déclinées en termes d'objectifs, et un référé représentant la traduction de la réalité par les acteurs sur la base des critères du référent. L'évaluation dans ce modèle repose alors sur une comparaison objective et subjective, implicite et explicite entre une réalité perçue et un idéal souhaité. Le processus repose sur une négociation à deux niveaux : une négociation au niveau de la représentation de la réalité et une autre concernant l'idéal visé.

Néanmoins, l'auto-évaluation apparaît comme une condition nécessaire, mais non suffisante, pour mener à bien un changement, car elle peut également le freiner :

- Si les acteurs ne se rencontrent pas sur des objectifs communs. L'évaluation est dans ce cas menée par les personnels, mais elle se fait au regard d'un référent prédéfini qui ne correspond pas forcément à une situation souhaitée par les acteurs. Dans ce cas de figure, l'auto-évaluation peut être biaisée, menée de manière à conforter les acquis et les façons de faire actuels.
- Si les acteurs ne parviennent pas à se rejoindre dans leurs visions de la réalité. Dès lors, la mise en évidence d'écart et la définition de solutions devient difficile, voire impossible.

Dans une deuxième partie, nous nous sommes intéressée à la mise en pratique de l'auto-évaluation au sein des établissements de soins français, au travers d'expériences et de paroles d'acteurs. Nous l'avons contextualisée en l'inscrivant dans l'accréditation, puis nous avons observé et analysé les expériences d'auto-évaluation et les jeux d'acteurs au sein de ces expériences, afin d'ébaucher quelques pistes concernant les suites de l'auto-évaluation en termes de changement.

Il ressort des discours que l'auto-évaluation est perçue comme un outil permettant d'introduire une évaluation qualitative à l'hôpital et permettant de réaliser un diagnostic nuancé de l'organisation en termes de points forts, de points faibles et de dysfonctionnements, grâce à la participation de toutes les catégories d'acteurs et aux échanges qui s'en suivent. Selon les acteurs,

elle s'apparente à un outil de diagnostic et de prise de conscience, qui permet d'enrichir, par le biais de la confrontation des points de vue, les solutions et les décisions face aux objectifs fixés. Pour ce faire, la méthodologie mise en œuvre doit favoriser la confrontation des regards et des points de vue : la formation et la communication sont apparues comme des éléments essentiels permettant de motiver les acteurs à contribuer à cette démarche, mais non suffisants sachant que le contexte et la mise en pratique des solutions préconisées par les acteurs ont été identifiés comme deux facteurs non négligeables.

Par le biais de la réflexion plurielle qu'elle permet, l'auto-évaluation peut conduire à une évaluation jugée pertinente. Mais si la participation devient de ce fait une condition nécessaire du changement, elle n'est pas suffisante.

Les expériences d'auto-évaluation étudiées nous enseignent que le référentiel et le processus d'auto-évaluation constituent également des facteurs-clés. Le référentiel, constitué par le manuel ANAES, détermine des objectifs fixés auxquels les établissements doivent répondre pour satisfaire la qualité de la prise en charge. La méthodologie et le processus mis en place par l'ANAES associent les acteurs de l'hôpital à l'évaluation : ils confrontent alors leur vision de la réalité face aux objectifs et critères définis, et échangent afin d'aboutir à une représentation commune du réel. En ce sens, la confrontation des regards enrichit le diagnostic.

Nous avons cependant mis en évidence que la démarche s'appuie sur des attentes sociales collectives, déterminées par des experts parisiens, mais qui laissent peu de place à l'expression des référentiels correspondant aux situations vécues par les établissements au quotidien. Cette analyse signifie que les réponses apportées par les acteurs se font en fonction des objectifs fixés dans le manuel, mais ne correspondent pas forcément à leurs attentes ou à leurs intérêts individuels. Les personnels ne se retrouvent pas toujours dans la situation souhaitée et fixent en retour des objectifs plus qu'un véritable plan de changement. Dès lors, la démarche s'apparente plus à un contrôle de conformité face à des objectifs extérieurs qu'à une réelle source de changement : l'auto-évaluation s'inscrit dans un processus de changement "contraint, imposé par les organismes de tutelles"⁷⁹⁹ plus que dans un changement approprié par les acteurs.

D'autre part, le référentiel reste général et peu opératoire. Les acteurs le lisent sur la base de leur propre référent et y répondent bien souvent de manière à justifier les pratiques passées.

Ainsi, l'auto-évaluation permet la formulation d'un diagnostic sur l'établissement sans garantir pour autant qu'un changement sera mis en œuvre sur la base de ce diagnostic, d'autant que les personnels peuvent être tentés de s'en saisir pour conforter les positions antalgiques qui leur permettent d'enkyster toute réforme.

L'analyse des discours est venue enrichir notre analyse : elle nous a permis de mettre en évidence que les limites et les freins identifiés relèvent plus d'une confusion dans l'appropriation des concepts que de situations seulement culturelles, contextuelles ou organisationnelles. De la même façon, l'analyse du terrain montre que les acteurs préfèrent se référer au manque de moyens, au manque de temps, à la culture ou à l'insuffisance des outils de suivi et d'évaluation pour expliquer leurs dysfonctionnements plutôt que de s'interroger sur les raisons véritables des difficultés de faire ensemble et des moyens pour y répondre.

Cette analyse nous permet de conclure sur une confrontation entre le type de changement visé par l'auto-évaluation et celui atteint dans la pratique.

⁷⁹⁹ HUSSER, op. cit., p. 104.

L'auto-évaluation cherche à instaurer une démarche menant à un changement de type :

- *Formatif*, dans la mesure où les acteurs doivent "s'autonomiser", apprendre à reconnaître les problèmes et tenter de les résoudre par eux-mêmes.
- *Planifié*, puisque les acteurs décident des actions à mener pour améliorer l'organisation, mais également *émergent*, notamment sur le plan culturel.
- Encore très souvent *réactif*, puisque les acteurs évaluent les écarts afin de déterminer les actions à mener pour y remédier. Néanmoins, à force de récurrence et une fois les personnels rentrés dans la logique, l'auto-évaluation cherche, à terme, à positionner les acteurs en état d'alerte permanente, donc prêts à mettre en œuvre des changements de manière *pro-active*.

La démarche élaborée par l'ANAES et mise en œuvre par les établissements de soins cherche à mettre en place un changement formatif, sur lequel nous avons montré la difficulté des acteurs à s'approprier les décisions. Le changement identifié reste réactif puisqu'il se base sur une analyse de dysfonctionnements auxquels il tente de remédier. Enfin, il devrait être planifié puisque les axes d'amélioration doivent être inscrits dans un plan d'actions et dans le projet d'établissement. Aujourd'hui, néanmoins, nous ne pouvons assurer que le changement est planifié dans la mesure où le plan d'actions issu de l'auto-évaluation s'apparente plus à un catalogue d'objectifs qu'à une véritable politique. Les changements qui se mettent en place restent locaux.

L'auto-évaluation est une démarche encore récente dans les établissements de soins français. Le temps de notre thèse s'est inscrit dans le temps de la démarche. Du fait du retard pris par l'accréditation, il ne nous a pas été possible de tester sur un nombre de terrains significatif les modèles proposés d'auto-évaluation et de changement. Il n'en reste pas moins que chaque auto-évaluation conduite montre la nécessité d'inscrire celle-ci dans un référentiel théorique, seul capable de donner du sens à l'action.

A la fin de cette thèse, il est temps de faire un bilan. Il n'est pas question pour nous de nier ce que l'accréditation apporte et apportera au système de soins. Il n'est pas question pour autant de parer l'accréditation à la française de toutes les vertus. L'accréditation permet le diagnostic, elle n'est qu'une condition du changement, elle ne peut se confondre avec lui.

Un des pièges des thuriféraires de l'accréditation est de croire que les acteurs vont changer leurs pratiques parce que le diagnostic aura été plus ou moins bon ou plus ou moins mauvais. Le changement implique la recherche et l'énoncé de sens, sa mise en œuvre oblige les responsables à sortir de l'illusion ontologique et à comprendre qu'une organisation est une collection d'individus appartenant à de multiples réseaux⁸⁰⁰ et que le changement implique, pour être mis en œuvre, la participation de chacun et la recherche d'un optimum entre l'intérêt collectif et l'intérêt individuel.

Faute de ne pas tenir compte de cette dernière remarque, l'accréditation ira rejoindre dans le "grenier" des illusions et des occasions perdues la comptabilité analytique, le budget global, les points ISA, témoins de l'intelligence administrative française et de sa fragilité managériale.

⁸⁰⁰ CLAVERANNE, J.P., LARRASQUET, J. M., "Les relations individu/groupe au cœur du changement et de l'apprentissage organisationnel", in *Gestion des connaissances dans les activités organisées par projet*, Actes des Journées de Projectique, Bidart, San Sébastian, 30 et 31 janvier 2003, pp. 41-42.

Bibliographie

1. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, Direction de l'accréditation, *Manuel d'accréditation – Version expérimentale-*, Paris, ANAES, juillet 1998, 136 p.
2. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, Direction de l'accréditation,, *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, Paris, ANAES, février 1999, 132 p.
3. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTÉ, Direction de l'accréditation, *Préparer et conduire votre démarche d'accréditation – Un guide pratique*, ANAES, Paris, juin 1999, 111 p.
4. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, *Guide de l'expert-visiteur*, Paris, septembre 1999, 92 p.
5. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTÉ, Service évaluation économique, Service évaluation en secteur libéral, Service évaluation en établissements de santé, "Principes d'évaluation des réseaux de santé", ANAES, Paris, août 1999, 140 p.
6. AKRICH, M., CALLON, M., LATOUR, B., "A quoi tient le succès des innovations. Premier épisode : L'art de l'intéressement", *Gérer et comprendre, Annales des Mines*, juin 1988, n° 111, pp. 4-17.
7. ALTER, N., "Organisation et innovation – Une rencontre conflictuelle", *Sciences Humaines*, Hors série, n°20, mars-avril 1998, pp. 56-59.
8. ALTER, N., *Sociologie de l'entreprise et de l'innovation*, Presses Universitaires de France, 1996.
9. Anonyme, "Du signe au sens", *Sciences Humaines*, n°83, mai 1998, p. 19.
10. Anonyme, en commentaires à CARDINET, J., "Plaidoyer pour l'auto-évaluation", conclusions des expériences genevoises, 3 p.
11. ANSOFF, H. I., *Implanting Strategic Management*, Prentice Hall International (UK), University Press, Cambridge, 1984.
12. ANSOFF, H.Y., "The Emerging Paradigm of Strategic Behavior", *Strategic Management Journal*, vol. 8, winter 1982.
13. ANSOFF, I., *Corporate Strategy : an Analytic Approach to Business Policy for Growth and Expansion*, McGraw Hill, New-York, 1965.
14. ARCELLUS, F.J., SCHAEFFER, N.V., "Social Demands as Strategic Issues : Some Conceptual Problems", *Strategic Management Journal*, vol. 3, 1982, pp. 347-357.

15. ARDOINO, J., "Au filigrane d'un discours : la question du contrôle et de l'évaluation", in MORIN, M., *L'imaginaire dans l'éducation permanente*, Gauthier-Villars, 1976, p. I-XXXIX.
16. ARDOINO, J., BERGER, G., "L'évaluation au pouvoir", *Pour*, n°107, Privat, juillet-août 1986.
17. ARGYRIS, C., "Reasoning, Action Strategies, and Defensive Routines : The case of OD Practitioners", *Research in Organisational Change and Development*, vol 1, pp. 89-128
18. ARGYRIS, C., SCHÖN, D., *Organizational Learning : A theory of Action Perspective*, Reading, Addison-Wesley, 1978.
19. ARGYRIS, C., *Strategy, Change, and Defensive Routines*, Boston, Pitman, 1985.
20. ARMENAKIS, A.A., HARRIS, S.G., MOSSHOLDER, K.W., "Creating Readiness for Organizational Change", *Human Relations*, vol. 46, n°6, 1993, pp. 681-703.
21. ARNAUDO, L., "L'auto-évaluation, une démarche innovante", *Audit*, n° 148, février 2000, pp. 28-30.
22. ASTLEY, W., VAN de VEN, A., "Central Perspectives and Debates in Organizational Theory", *Administrative Science Quarterly*, vol. 28., 1983, pp. 245-273.
23. AUGE, M., "Ambivalence et ambiguïté", *Traverses*, n° 47, nov. 1989, pp. 21-24.
24. AUZIOL, E., SODINI, M., "Approche méthodologique de l'évaluation d'un centre de prévention – Analyse de situation et démarche d'évaluation appliquées à l'Espace de Prévention des Cancers de Val d'Aurelle", mémoire en vue de l'obtention du DEA "Société, communication, nouveaux médias", oct. 1988.
25. BACHMAN, C., "De la vertu à la nécessité", *Informations sociales*, numéro spécial : "évaluation du travail social, où en est-on ?", juin 1982, pp. 76-80.
26. BARATTA, N., "Quels enseignements la France peut-elle tirer de l'exemple québécois", *Décision Santé*, n° 123, janvier 1998, pp. 24-25.
27. BARBIER, J.-M., *L'évaluation en formation*, Presses Universitaires de France, Paris, 4^{ème} édition, 2000, 309 p.
28. BARBIER, R., *La recherche action*, 1996, Economica, Paris, 112 p.
29. BARBIN, B., BOISSIER RAMBAUD, C., CHAMPION DAVILLER, M.-N., FESSLER, J.-M., NEBESAROVA, J., *Hôpitaux, cliniques : De l'accréditation à la qualité*, Lamarre, mars 1997, 141 p.
30. BARNARD, C. H., *The Functions of the Executive*, Harvard University Press, Cambridge, MA, 1938.
31. BAZIN, A., "L'autoévaluation, pour avancer ensemble", *Soins*, n° 653, mars 2001, pp. 55-57.
32. BECHU, T., "Evaluer. Pourquoi (ou pour quoi) ? Par Qui ? Le rôle des professionnels", *Hospitalisation Nouvelle*, n° 230, juillet 1995, pp. 33-36.
33. BECKHARD, R., *Organization development : strategies and models*, Addison Wesley, 1969.
34. BEER, M., *Organization Development : A System View*, Santa Monica, Calif., Goodyear, 1980.
35. BEN AISSA, H., "Quelle méthodologie de recherche appropriée pour une construction de la recherche en gestion ?", XI^{ème} Conférence Internationale de Management Stratégique, juin 2001, Québec, 27 p.
36. BENNIS, W. G., *Changing organizations : Essays on the Development and Evolution of Human Organizations*, New York, McGraw-Hill, 1966.
37. BERETZ, L., GOURIEUX, B., GOETZ, M.-L., "L'auto-évaluation, outil de pilotage d'une démarche qualité en stérilisation", *Interbloc*, n°I, Tome XIX, mars 2000, pp. 44-47.
38. BERNOUX, P., *La sociologie des entreprises*, Paris, Le Seuil, mai 1995, 402 p.
39. BERTALANFFY, (Von), L., *Théorie générale des Systèmes*, Dunod, Paris, 1973.
40. BIGNOLAS, G., FORT, F., HAFID, B., "Vers une exigence de la qualité pour les établissements de soins : Approche conceptuelle des risques liés à la problématique du projet accréditation", *Gestions Hospitalières*, n° 396, mai 2000, pp. 356-363.

41. BONNIOL, J.-J., VIAL, M., *Les modèles de l'évaluation*, De Boeck Université, Bruxelles, 2^{ème} édition, 2000, 368 p.
42. BORDELOUP, J., "Les agences régionales de l'hospitalisation : clarification ou nouvelles ambiguïtés", *Droit Social*, n° 9/10, septembre-octobre 1996, pp. 878-887.
43. BOUDON, R., *La place du désordre*, Paris, PUF, 1984.
44. BOURGEON, L., "Nouveaux produits, temps et apprentissage organisationnel", *Revue Française de Gestion*, n° 132, janvier-février 2001, pp. 103-111.
45. BOURGUIGNON, A., "L'évaluation de la performance : un instrument de gestion éclaté", Papier de recherche ESSEC n°98042, novembre 1998, 33 p.
46. BOUTINET, J.-P., *Anthropologie du projet*, Presses Universitaires de France, Paris, 5^{ème} édition, 1999, 350 p.
47. BREACK, P., "Maîtriser ou obérer son avenir. Les enjeux de l'évaluation", *Hospitalisation Nouvelle*, n° 230, juillet 1995, pp. 44-47.
48. BREMOND, M., "L'agrément des services de santé au Canada : un exemple pour la France ?", ENSP, *La lettre d'image*, n° 9, Rennes, juin 1996, pp. 1-3.
49. BRENOT, J., TUVÉE, L., *Le changement dans les organisations*, Que sais-je, PUF, mai 1996, 127 p.
50. BRETIN, D., SEBÖK, O., "Le rapprochement des deux démarches passe par l'implication dynamique de l'audit interne", *Audit*, n° 153, février 2001, pp. 18-21.
51. BROWN, S. L., EISENHARDT, K. M., "The Art of Continuous Change : Linking Complexity Theory and Time-paced Evolution in Relentlessly Shifting Organizations", *Administrative Science Quarterly*, vol. 42, 1997, pp. 1-34.
52. BRUNEAU, C., LACHENAY-LLANAS, C., MOUNIC, V., PAZART, L., MATILLON, Y., "La procédure d'accréditation", *Technologie et Santé*, numéro spécial, n° 32, décembre 1997, pp. 77-80.
53. BURGELMAN, R. A., "Intraorganizational Ecology of Strategy Making and Organizational Adaptation : Theory and Field Research", *Organization Science*, vol. 2, n° 3, August 1991, pp. 239-262.
54. BURKE, W.W., *Organization Development : A Normative View*, Reading, Mass., Addison-Wesley, 1987.
55. BUTTNER, M., GARNIER, M., DUQUESNE, D., WITZ, J.C., "L'accréditation : une nouvelle donne pour les établissements de soins – La confrontation des cultures de nos métiers à une démarche qualité", Mémoire de maîtrise en management des services de santé, IFROSS, Université Lyon 3, mars 2000, 90 p + annexes.
56. CALVI, R., "Pilote de changement, pratiques d'achat et « juste à temps »", *Revue Française de Gestion*, n°118, mars-avril-mai 1998, pp. 46-58.
57. CANADIAN COUNCIL ON HEALTH SERVICES ACCREDITATION, *1998 Annual Report*, 1999.
58. CARDINET, J., "Plaidoyer pour l'auto-évaluation", conclusions des expériences genevoises, 3 p.
59. CARTON, G.D., *Eloge du changement : Leviers pour l'accompagnement du changement individuel et professionnel*, Paris, Anact, 1997.
60. CAUSSE, D., "Modalités concrètes d'une visite d'accréditation du Conseil Canadien d'Agrément des Etablissements de Santé. Compte-rendu d'une expérience d'observateur invité au CH de Hull (Québec)", Journée de Formation EFE, 28 juin 1996, non paginé.
61. CCASS, "Normes à l'intention des établissements de soins de courte durée – Une approche centrée sur le client", Ottawa, 1995.
62. CHAFFEE, E., Three Models of Strategy, *Academy of Management Review*, vol. 10, 1985, pp. 89-98.
63. CHAMBAUD, L., "Les mécanismes d'accréditation hospitalière dans les systèmes de santé étrangers", *Gestions Hospitalières*, n° 332, janvier 1994, pp. 42-57.

64. CHAPLAIN, J.-M., "La réalisation de grands chantiers en commun devient souhaitable", *Audit*, n°153, février 2001, pp. 14-18.
65. CHARREIRE, S., HUAULT, I., "Cohérence épistémologique et recherche en management stratégique", XI^{ème} Conférence Internationale de Management Stratégique, juin 2001, Québec, 26 p.
66. CHEVALLIER, C., *Des mesures en travail social*, mémoire de DESS politiques sociales, Lyon, 10 oct. 1985, 99 p.
67. CHILD, J., "Organization Structure and Strategies of Control : A Replication of the Aston Study", *Administrative Science Quarterly*, vol. 17, n°3, juin 1972, pp. 163-176.
68. CHILD, J., "Organizational Structure, Environment and Performance : The Role of Strategic Choice", *Sociology*, vol. 6, n°1, 1972.
69. CLAVEAU, N., *Conception d'Outils Informatisés d'Aide au Diagnostic Stratégique en PMI. Expérience et enseignements*, Thèse de doctorat, Université Lyon 3, 1993.
70. CLAVERANNE, J. P., "L'évaluation : nature et formalisation d'un concept mou", *Les cahiers lyonnais de recherche en gestion*, numéro 15, avril 1994, pp. 232-246.
71. CLAVERANNE, J. P., KEPENEKIAN, G., MONTEGU, D., "L'hôpital médiconomique intégré", in CLAVERANNE, J.P., LARDY, C., (coord.), *La Santé demain - Vers un système de soins sans murs*, op. cit., pp. 277-289.
72. CLAVERANNE, J.P., "Conduite stratégique de l'organisation et gestion du changement", Systed' 94 pré-conférence "A la recherche du temps perdu" – "Evaluation et promotion de la qualité dans les systèmes de soins pour les personnes âgées", Lausanne, Institut Suisse de la Santé Publique, 28 avril 1994, 133 p.
73. CLAVERANNE, J.P., "Organisation et qualité", document support de l'allocution à l'hôpital neuro-cardio, 21 octobre 1999.
74. CLAVERANNE, J.P., "Pour une accréditation à la française", *Note à M. Le Ministre de la Santé*, Document GRAPHOS, Lyon, 5 sept. 1996, 3 p.
75. CLAVERANNE, J.P., LARDY, C., (coord.), *La Santé demain - Vers un système de soins sans murs*, Economica, Paris, 1999, 298 p.
76. CLAVERANNE, J.P., LARRASQUET, J. M., "Les relations individu/groupe au cœur du changement et de l'apprentissage organisationnel", in *Gestion des connaissances dans les activités organisées par projet*, Actes des Journées de Projectique, Bidart, San Sébastien, 30 et 31 janvier 2003, pp. 41-42.
77. CLEMENT, J. M., *Essai sur l'hôpital*, ed. Berger Levrault, août 1994, 93 p.
78. COALITION CANADIENNE DES RESEAUX D'AFFAIRES, Cahier d'auto-évaluation CCRA, février 1999, 18 p.
79. COCH, L., FRENCH, J.R.P., "Overcoming resistance to change", *Human Relations*, vol. 11, 1948, pp. 512-532.
80. COLLECTIF DE RECHERCHE SUR L'IMMATERIEL, "Gestion de l'immatériel : fondements d'une méthodologie générale d'évaluation et de contrôle", papier de préparation au congrès de l'IAAER, mars 1997, 12 p.
81. COLLIN, J. N., *L'assurance de qualité dans l'activité hospitalière*, Thèse pour le doctorat en médecine, Paris V Cochin, 1993.
82. COLLINS, L., (dir.), *Questions de contrôle*, Gestion PUF, Paris, 1999, 338 p.
83. COLLOPY, B.T., "Extending facility accreditation to the evaluation of care : the australian experience", *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 10, 1995, pp. 223-229.
84. CONSEIL CANADIEN D'AGREMENT DES SERVICES DE SANTE, "L'accréditation au Canada", transparents, conférence internationale de Paris, 4 mars 1997.
85. CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'EVALUATION, Dossier, Paris, 1990, non paginé.

86. CONTANDRIOPOULOS, A-P., CHAMPAGNE, F., DENIS, J-L., PINEAULT, R., "L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes", in LEBRUN, T., SAILLY, JC, AMOURETTI, M., *L'évaluation en matière de santé : des concepts à la pratique*, CRESGE, Lille, 1991, pp. 13-32.
87. CONTI, T., *L'autodiagnostic de l'entreprise. L'auto-évaluation : un moyen efficace pour atteindre l'excellence*, ed. JVDS, 1998, 319 p.
88. CORNET, A., DIEU, A.-M., "Jeux et enjeux d'un réengineering dans un organisme de prêt social", *Gérer & comprendre, Annales des Mines*, décembre 2000, pp. 29-39.
89. COULOMB, A., "L'accréditation : alibi d'une réforme institutionnelle ou amorce d'une révolution des comportements", *Droit social*, n° 9/10, sept-oct. 1996, pp. 888-891.
90. COUTY, E., "Existe-t-il un lien entre planification, financement et accréditation ?", *Hospitalisation Privée*, nov./déc. 1999.
91. CREMADEZ, M., GRATEAU, F., *Le management stratégique hospitalier*, 2^{ème} édition, Interédition Masson, 1997, 445 p.
92. CROZIER, M., FRIEDBERG, E., *L'acteur et le système*, Paris, Le Seuil, 1992, 500 p.
93. CROZIER, M., *Le phénomène bureaucratique : essai sur les tendances bureaucratiques des systèmes d'organisation modernes et sur leurs relations en France avec le système social et culturel*, Paris, Le Seuil, 1963, 328 p.
94. CYERT, R. M., MARCH, J. G., *A Behavioral Theory of the Firm*, Englewoods Cliffs, J., Prentice-Hall, 1963.
95. DAVID, A., "La recherche intervention, un cadre général pour les sciences de gestion ?", IX^{ème} Conférence Internationale de Management Stratégique, Montpellier, mai 2000, 22 p.
96. DAVID, A., "Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion", Actes de la VIII^{ème} Conférence Internationale de l'AIMS, Ecole Centrale de Paris, mai 1999, 23 p.
97. DE BAETS, P., "La formation : performante ; l'apprenant : responsable", *Gestion 2000*, juin 1991.
98. DEJEAN, J., BOURASSIN, V., MORTREUX, K., "Culture de l'évaluation et fascination pour les indicateurs", *Politiques et Management Public*, vol. 16, n° 2, juin 1998, pp. 161-174.
99. DELANOË, N., "Les dernières orientations du programme canadien d'agrément", *Revue Hospitalière de France*, n° 3, mai-juin 1998, pp. 362-367.
100. DELORME, C., *L'évaluation en questions*, ESF ed., Paris, 2^{ème} édition, 1988, 215 p.
101. DEMIL, B., "Le pionnier et les suiveurs", *Revue Française de Gestion*, n°119, juin-juillet-août 1998, pp. 107-116.
102. DENIZE, C., "Auto-évaluation des pratiques de soins", *Soins – Formation, Pédagogie, Encadrement*, n° 28, 4^{ème} trimestre 1998, pp. 27-28.
103. DERVAUX, B., éditorial, *Le Courrier de l' Evaluation en Santé*, n° 19, novembre 2000, p. 1
104. DESREUMAUX, A., *Structures d'entreprise*, Vuibert gestion, Paris, 1992, 334 p.
105. DESTAIS, N., VINCENT, G., "Renforcement des fonctions d'inspection de premier degré dans le domaine sanitaire et social", Inspection générale des Affaires Sociales, rapport n° 97088, septembre 1997, 111 p.
106. DONABEDIAN, A., "Evaluating the Quality of Medical Care", *Health and Society*, Milbank Memorial Fund, 1966, p. 166-206.
107. DONABEDIAN, A., *Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. 1 : The definition of quality and approaches to its assessment.*, Ann. Arbor, Health Administration Press edition, 1980.
108. DONAHUE, K. T., "L'expérience de la *Joint commission on accreditation of healthcare organizations*", *Gestions Hospitalières*, n° 369, octobre 1997.

109. DOOLEY, K., VAN de VEN, A., "Organization Change and Innovation as Cycles of Divergence and Convergence", February 1999 Draft, Submitted for publication in special issue "Change and Development Journeys into a Pluralistic World" of *Academy of Management Review*, 52 p.
110. DREYFUSS, D., LEMAIRE, F., OUDIN, H. D., RAMEIX, S., *Recommandations, références médicales, accréditation : les enjeux éthiques*, Journées d'éthique médicale Maurice Rapin, Médecine-Sciences Flammarion, oct 2000, 77 p.
111. DRUCKER, P., *The Age of Discontinuity*, New York, Harper and Row, 1969.
112. DUNPHY, D.C., STACE, D.A., "Transformational and Coercitive Strategies for Planned Organizational Change : Beyond the O.D. Model", *Organization Studies*, vol. 9, n°3, 1988.
113. DURU, G., (coord.), *Analyses et évaluations en économie de la santé*, Ed. Hermès, Paris, 1994, 404 p.
114. DUTTON, J. E., DUNCAN, R. B., "The influence of the strategic planning process on strategic change", *Strategic Management Journal*, Vol. 8, 1987, pp. 103-116.
115. FELDMAN, S., "Management in Context : An Essay on the Relevance of Culture to the Understanding of Organizational Change", *Journal of Management studies*, vol. 6, n° 23, 1986.
116. FENINA, A., "Les comptes de la santé en 2001", *Etudes et Résultats*, n° 187, septembre 2002, DREES, Paris, 4 p.
117. FERGUSSON, M., *Les enfants du Verseau. Pour un nouveau paradigme*, Calmann-Lévy, 1981.
118. FESSLER, J.M., GEFFROY, L.R., "L'audit interne : Instrument de la qualité à l'hôpital", *Gestions hospitalières*, n° 300, novembre 1990, pp. 754-755.
119. FORD, R. C., FOTTLER, M. D., "Creating Customer-Focused Health Care Organizations", *Health Care Management Review*, volume 25, number 4, 2000, pp. 18-33.
120. FOURNIER, V., *L'hôpital sens dessus dessous*, ed. Michalon, Paris, 1996, 315 p.
121. FRANCHISTEGUY, I., "Changement organisationnel dans les activités de santé", Communication aux XVèmes Journées Nationales des IAE, 6/7/8 septembre 2000, 26 p.
122. FRANCHISTEGUY, I., "Un nouveau modèle de gestion de projets en santé", Actes des 6èmes journées de Projectique, Bayonne/San-Sebastian, 23-24 novembre 2000, 22 p.
123. FRANCHISTEGUY, I., *Gérer le changement à l'hôpital – Des diagnostics vers un modèle intégrateur*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, IFROSS, Université Jean Moulin - Lyon III, 19 octobre 2001, 370 p.
124. FRANCHISTEGUY, I., LARRASQUET, J.M., "Apprentissage individuel, apprentissage organisationnel : une "mécanique" complexe", ALCCA (Agents Logiciels Coopération Apprentissage et Activité humaine), Biarritz, septembre 2000, 13 p.
125. FRENCH, W. L., BELL, C. H., *Organization Development*, 3rd edition, Prentice-Hall, 1984.
126. FRIEDBERG, E., *Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée*, Le Seuil, Paris, 1993, 405 p.
127. GAREL, G., GODELIER, E., (propos recueillis par), "Une interview de James G. March : Mythes, organisations et changement", *Revue Française de Gestion*, n° 120, septembre-octobre 1998, pp. 37-42.
128. GEFFROY, L. R., VIENS, G., "L'évaluation des structures hospitalières : expériences américaines et canadiennes", *Décision Santé*, n° 12, nov. 1991, pp. 34-35.
129. GEPHART, W. J., "Watercolor painting", in SMITH, N. L., (ed.), *Metaphors for Evaluation*, Beverly Hills, Sage, 1981, pp. 247-272.
130. GERSICK, C.J.G., "Revolutionary Change Theories : A Multilevel Exploration of the Punctuated Equilibrium Paradigm", *Academy of Management Review*, vol. 16, n°1, 1991, pp. 10-36.
131. GIARD, V. *Gestion de projets*, Economica, 1991, 174 p.

132. GIORDANO, Y., "L'action stratégique en milieu complexe : quelle communication ?", in AVENIER, M.-J., (coord.), *la Stratégie "chemin faisant"*, Paris, Economica, 1997, pp. 136-164.
133. GIRARD, M., "Contrôler, évaluer, analyser les institutions d'enseignement", *Prospectives*, n°1, 1977.
134. GIRAUD, A., *La nouvelle évaluation médicale : pour une méthode de la pratique clinique*, Médica éditions, 2000, 212 p.
135. GIRIN, J., "L'analyse empirique des situations de gestion", in MARTINET, A-C., *Epistémologie et Sciences de Gestion*, Paris, Economica, 1990, pp. 141-182.
136. GIROUX, N., "La gestion du changement stratégique", *Revue Internationale de Gestion*, vol. 16, n°2, 1991.
137. GIROUX, N., GIORDANO, Y., "Les deux conceptions de la communication du changement", *Revue Française de Gestion*, n° 120, septembre-octobre 1998, pp. 139-151.
138. GLEIZES, M. P., GLIZE, P., "L'adaptation des organisations par et pour l'information émergente", *Solaris*, n° 5, janvier 1999, 19 p.
139. GODELIER, E. "Alfred Chandler contre Andrew Pettigrew. Le changement dans les entreprises : crise ou mutation", *Revue Française de Gestion*, n° 120, septembre-octobre 1998, pp. 24-36.
140. GODET, M., *Manuel de prospective stratégique. 1 – Une discipline intellectuelle*, DUNOD, Paris, 1997, 260 p.
141. GOODMAN, P.S., KURKE, L.B., "Studies of Change in Organizations : a status report", in GOODMAN, P.S., et al., *Change in Organizations*, Jossey-Bass, San Francisco, 1982.
142. GREFFEUILLE, J., *La planification stratégique dans les grandes entreprises françaises de service : théorie et pratique*, Thèse pour le Doctorat ès Sciences de Gestion, IAE, Aix en Provence, janvier 1983.
143. GREINER, L., "Evolution and revolution as organizations grow", *Harvard Business Review*, July-August 1972, pp. 37-46.
144. GUBA, E.G., LINCOLN, Y.S., *Fourth Generation Evaluation*, Newbury Park, Sage, 1990.
145. GUILHON, A., "Le changement organisationnel est un apprentissage", *Revue Française de Gestion*, n° 120, septembre-octobre 1998, pp. 98-107.
146. GUILHON, A., *Etude de la relation entre le changement organisationnel et l'investissement intellectuel dans les PME*, Thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Université Montpellier I, 15 octobre 1993, 380 p.
147. HADJI, C., *L'évaluation démystifiée*, ESF éditeur, Paris, 2^{ème} édition, 1999, 126 p.
148. HADJI, C., *L'évaluation, règles du jeu. Des intentions aux outils.*, ESF éditeur, Paris, 1989, 191 p.
149. HAFSI, T., FABI, B., *Les fondements du changement stratégique*, Les éditions Transcontinentales inc., Montréal, 1997, 372 p.
150. HAMEL, G., PRAHALAD, C. K., *Competing for the Future. Breakthrough Strategies for Seizing Control of your Industry and Creating the Markets of Tomorrow*, Cambridge, Mass., Harvard Business School Press ; édition française, (1995), *La conquête du future*, Paris, Interéditions.
151. HANNAN, M., FREEMAN, J., "Structural Inertia and Organizational Change", *American Sociological Review*, n° 29, 1984, pp. 149-164.
152. HANNAN, M., FREEMAN, J., "The Population Ecology of Organizations", *American Journal of Sociology*, vol. 82, n°5, 1977, pp. 929-964.
153. HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, *La Santé en France*, La Documentation Française, Paris, septembre 1996, 251 p.
154. HELLRIEGEL, SLOCUM, WOODMAN, *Management des organisations*, De Boeck Université, 3^{ème} édition, 1996, 693 p.

155. HOSPICES CIVILS DE LYON, "Auto-évaluation – Une démarche située par rapport aux enjeux de la politique qualité et de la procédure d'accréditation", juin 2000, 51 p.
156. HRONEC, S. M., *Vital Signs : des indicateurs – coût, qualité, délai – pour optimiser la performance de l'entreprise*, Paris, Editions d'organisation, 1995, 254 p.
157. HUMBLE, J., *L'audit social au service d'un management de survie*, Dalloz, 1975.
158. HUSE, E. F., CUMMINGS, T. G., *Organization Development and Change*, 3rd edition, St. Paul, Minn., West 1985.
159. HUSSER, J., *Le pilotage du changement par l'encadrement intermédiaire : le cas de l'accréditation à l'hôpital*, Thèse pour le Doctorat ès sciences de gestion, Université Montesquieu-Bordeaux IV, 12 décembre 2002, 454 p. + annexes.
160. ISABELLA, L.A., "Evolving Interpretations as a Change Unfolds : How Managers Construe Key Organizational Events ", *Academy of Management Journal*, vol. 33, 1990, pp. 7-41.
161. JANICHON, F., "Le management des risques : un enjeu majeur partagé par tous les acteurs de l'entreprise", *Audit*, n° 156, septembre 2001, p. 5.
162. JOHNSON, G., SCHOLES, K., *Exploring corporate strategy. Text and cases*, Prentice Hall, 1989, 575 p.
163. JOUFFROY, M., "L'auto-évaluation : du chemin au boulevard", *Audit*, n° 155, juin 2001, pp. 29-31.
164. KING'S FUND CENTRE, *Organisational Audit (Accreditation UK) – Standards for Acute Hospital, Quality Improvement Program*, London, second edition, 1990.
165. KOENIG, G., "L'apprentissage organisationnel : repérage des lieux", *Revue Française de Gestion*, n° 97, janvier-février 1994, pp. 76-83.
166. KOTTER, J.P., SCHLESINGER, L. A., "Choosing strategies for change", *Harvard Business Review*, vol. 57, pp. 106-114.
167. KOURILSKY-BELLIARD, F., *Du désir au plaisir de changer – Comprendre et provoquer le changement*, DUNOD, Paris, 2^{ème} édition, 2001, 328 p.
168. LACOSTE, C., *Coopération interhospitalière et modernisation de l'offre de soins – Entre concepts et réalité*, Thèse de doctorat es Sciences de Gestion, Université Jean Moulin Lyon III, 7 décembre 1999, 244 p. + annexes.
169. LANDELLE, J. J., "L'évaluation, une pratique scientifique", p. 64, in DELORME, C., (dir.), *L'évaluation en questions*, ESF ed., Paris, 2^{ème} édition, 1988, pp. 57-66.
170. LANT, T., MEZIAS, S., "Managing Discontinuous Change : A Simulation Study of Organizational Learning and Entrepreneurship", *Strategic Management Journal*, vol. 11, 1990.
171. LAREDO, P., VINCK, D., "Evaluer : médiation et préparation des actions futures", in VINCK, D., (ed.), *Gestion de la Recherche. Nouveaux problèmes, nouveaux outils*, De Boeck, Bruxelles, pp. 163-183.
172. LAROCHE, H., "Entre décisions et changement stratégiques : vers un modèle de l'action stratégique", ESCP, cahier de recherche n°95-128, Paris, 18 décembre 1995, 85 p.
173. LAWRENCE, P. LORSCH, P., *Adapter les structures de l'entreprise : intégration ou différenciation*, Paris, Editions d'Organisation, 1983, réédition, 1989.
174. LAWRENCE, P.R., "How to deal with Resistance to Change", *Harvard Business Review*, vol. 32, n°3, pp. 49-57.
175. LE MAUFF, P., "Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé", conférence des directeurs généraux de CHU, 19 août 1996, 30 p.
176. LE MOIGNE, J. L., "Epistémologies constructivistes et sciences de l'organisation", in MARTINET, A.C., (Coord.), *Epistémologie et Sciences de Gestion*, Paris, Economica, 1990, pp. 81-140.
177. LE MOIGNE, J.L., *Les épistémologies constructivistes*, Que sais-je, PUF, Paris, 1995, 127 p.

178. LEBRAUT, S., "Changement de stratégie / changement stratégique / stratégies de changement / stratégies de transformation", Etudes et documents, série "Recherche", Université de droit, d'économie et des sciences d'Aix-Marseille, IAE, Centre d'études et de recherche sur les organisations et la gestion, W. P. n° 458, sept. 1996, 25 p.
179. LECOMTE, J., "Comment nous percevons le monde", *Sciences Humaines*, n°49, avril 1995, pp. 16-17.
180. LECOMTE, J., "La construction de la réalité", *Sciences Humaines*, n°71, avril 1997, pp. 20-25.
181. LECOURT, D., "Réflexions sur la norme", in DREYFUSS, D., LEMAIRE, F., OUDIN, H. D., RAMEIX, S., *Recommandations, références médicales, accréditation : les enjeux éthiques*, Journées d'éthique médicale Maurice Rapin, Médecine-Sciences Flammarion, oct 2000, pp. 1-4.
182. LETOURMY, A., "Les formes économiques de la régulation des dépenses de santé en France : le gaspillage négocié", *Revue Française d'Administration Publique*, n° 76, oct.-déc. 1995, pp. 561-574.
183. LEVY, M., "L'audit marketing - une méthode d'auto-évaluation", *Direction et gestion des entreprises*, n°4, juillet-août 1982, pp. 33-46.
184. LEWIN, K., *Field Theory in Social Science*, New York, Harper and Row, 1951.
185. LIVIAN, Y. F., *Introduction à l'Analyse des Organisation*, Ed. Economica, 1995, 112 p.
186. LOIRAT, P., "Référentiels et éthique", in DREYFUSS, D., LEMAIRE, F., OUDIN, H. D., RAMEIX, S., *Recommandations, références médicales, accréditation : les enjeux éthiques*, Journées d'éthique médicale Maurice Rapin, Médecine-Sciences Flammarion, oct 2000, pp. 5-10.
187. LOMBRAIL, P., "Présentation du domaine étudié", in groupe IMAGE, *L'accréditation en France : comment ?*, Actes du séminaire des 6 et 7 octobre 1993 à Saint-Maurice, Rennes ENSP, 1994, pp. 15-29.
188. LORINO, P., *Méthodes et pratiques de la performance – Le pilotage par les processus et les compétences*, Editions d'organisation, 2^{ème} édition, 2001, Paris, 551 p.
189. Mac GREGOR, D., *La dimension humaine de l'entreprise*, Ed. Hommes et Organisations, Paris, 1969.
190. MALLERET, V., "Les évaluations de situations complexes : des processus à maîtriser", in COLLINS, L., (dir.), *Questions de contrôle*, Gestion PUF, Paris, 1999, pp. 149-172.
191. MANZINI, E., "Un monde qui semble", *Traverses*, n° 47, nov. 1989, pp. 127-134.
192. MARCH, J. G., "Exploration and exploitation in organizational learning", *Organization science*, n°2, 1991, pp. 71-87.
193. MARCH, J.G., "Réflexions sur le changement dans les organisations", in MARCH, J.G., (ed.), *Décisions et organisations*, Editions d'organisation, 1991, pp. 88-107.
194. MARMUSE, C., "Le diagnostic stratégique : une démarche de création de sens", Proposition de communication à la VIII^e conférence Internationale de Management Stratégique, Paris, mai 1999, 20 p.
195. MARTINET, A.-C., "Management en temps réel et continuité stratégique sont-ils compatibles ?", *Revue Française de Gestion*, n° 86, novembre-décembre 1991, pp. 52-56.
196. MATTEI, J.-F., Discours devant la Commission des comptes de la santé, communiqué de presse, 5 septembre 2002, 3 p.
197. Mc DANIEL JOHNSON, B., *Communication. The Process of Organizing*, Toronto, Allyn et Bacon, 1977.
198. Mc GREGOR, D., *The Human side of entreprise*, McGraw-Hill, 1960.
199. MERLIERE, Y., KIEFFER, R., *Le contrôle de gestion à l'hôpital – principes clés et outils nouveaux*, ed. Masson, Paris 1997, 260 p.

200. MEYER, A., BROOKS, G., GOES, J., "Environmental Jolts and Industry Revolutions : Organizational Response to Discontinuous Change", *Strategic Management Journal*, vol. 11, 1990.
201. MIDLER, "Evolution des règles de gestion et processus d'apprentissage", communication au colloque Economie des conventions, Paris, 27-28 mars 1991.
202. MIGNOT, H., PENAN, H., "Le référentiel normatif", *Revue Française de Gestion*, n° 106, novembre-décembre 1995, pp. 77-85.
203. MILLER, D., FRIEDSEN, P., "Momentum and Revolution in Organizational Adaptation", *Academy of Management Journal*, vol. 23, n° 4, 1980, pp. 591-614.
204. MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE, Direction du budget, Guide d'auto-évaluation du contrôle de gestion à l'usage des administrations de l'Etat, août 2000.
205. MINNER, J. B., *Theories of Organizational Behavior*, Holt, Rinehart and Winston, 1980.
206. MINTZBERG, H., *Structure et dynamique des organisations*, Economica, 1982, 434 p.
207. MINTZBERG, H., WATERS, J., "Of strategies, Deliberate and Emergent", *Strategic Management Journal*, vol. 6, 1985, pp. 257-272.
208. MINTZBERG, H., WATERS, J., PETTIGREW, A., BUTLER, R., "Studying Deciding : An Exchange of Views", *Organization Studies*, vol. 11, n°1, 1990, pp. 1-16.
209. MINVIELLE, E., *Gérer la singularité à grande échelle*, thèse de doctorat ès sciences de gestion, Paris, Ecole Polytechnique, avril 1996, 411 p.
210. MIRAMON, J. M., *Manager le changement dans l'action sociale*, ed. ENSP, Rennes, 1996, 105 p.
211. MORIN, E., *Introduction à la pensée complexe*, ESF éditeur, 1990, 158 p.
212. MORIN, E., *La méthode*, 5 tomes, Paris, Le Seuil, 1977-2001.
213. MULLINS, J.L., *Management and organisational behaviour*, 2nd edition, Pitman Publishing, London, 1989, 546 p.
214. NEUSTADT, R.E., MAY, E.R., *Thinking in Time : the Uses of History for Decision-Makers*, Free Press, 1986.
215. NINEY, F., "Prises de vues réelles, images factices", *Traverses*, n°47, nov. 1989, pp. 151-158.
216. OCDE, *Méthodes et procédures d'évaluation de l'aide*, 1986.
217. OLOKO, G. E., *Innovation & changement*, 1998.
218. OUIMET, G., DUFOUR, Y., "Vivre et gérer le changement ensemble ?", *Revue Française de Gestion*, n° 113, mars-avril-mai 1997, pp. 23-40.
219. PAIRE, C., MARQUIS, J., (propos recueillis par -), "Un allié pour les consultants : l'audit interne", *Gestions Hospitalières*, n° 322, janvier 1993, pp. 27-37.
220. PASCAL, C., *Gérer les processus à l'hôpital. Une réponse à la difficulté de faire ensemble*, Thèse de Doctorat ès Sciences de Gestion, Université Lyon III, 24 janvier 2000, 475 p.
221. PATTON, M. Q., *Creative Evaluation*, Beverly Hills, Sage, 1981.
222. PATTON, M. Q., *Practical Evaluation*, Beverly Hills, Sage, 1982.
223. PATTON, M. Q., *Qualitative evaluation methods*, Sage publication, New York, USA.
224. PATUREL, R., SAVALL, H., "Recherche en management stratégique ou management stratégique de la recherche en stratégie", Proposition de communication, Colloque de l'AIMS, Ecole Centrale de Paris, mai 1999, 22 p.
225. PAULUS, O., "Musées publics et musées privés : les objectifs, l'évaluation", *Revue Française de Gestion*, n° 117, janv-fév. 1998, pp. 43-56.
226. PEIRCE, J. C., "The Paradox of Physicians and Administrators in Health Care Organizations", *Health Care Management Review*, vol. 25, number 1, winter 2000, pp. 7-28.

227. PELLETIER, L., "La notion d'évaluation", *Education permanente*, n° 9, 1971.
228. PENAN, H., Introduction, dossier "Gérer par les normes", *Revue Française de Gestion*, n° 106, novembre-décembre 1995, p. 76.
229. PERRET, V., RAMANANTSOA, B., "Un dirigeant séducteur pour gérer le changement", *Revue Française de Gestion*, n° 111, novembre-décembre 1996, pp. 143-151.
230. PETIT, F., "La renaissance de l'audit interne au cœur du changement des organisations", troisième cycle Audit – Contrôle de Gestion, ESC Lille, 2000.
231. PETIT, F., (entretien avec), "Un outil d'assistance au management", *Audit*, n° 155, juin 2001, pp. 32-33.
232. PETTIGREW, A., "Longitudinal Field Research on Change : Theory and Practice", *Organization Science*, vol. 3, n° 1, 1990.
233. PETTIGREW, A., *The Awakening Giant. Continuity and Change in ICI*, Oxford, Basil Blackwell, 1987.
234. PFEFFER, J., SALANCIK, G., *The External Control of Organizations : A Resource Dependence Perspective*, Harper & Row Publishers, New York 1978.
235. PICKERING, E., "Evaluating the benefits and limitations of an accreditation system", *World Hospitals and Health Services*, vol. 31, n° 1, 1995, pp. 31-35.
236. PLANTE, J., *Outils, pratiques et institutions pour évaluer les politiques publiques*, La Documentation Française, 1991.
237. POMEY, M. P., *La préparation à l'accréditation : un outil de changement organisationnel ?*, Thèse de doctorat en Santé Publique, Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal, Faculté de médecine Lariboisière St Louis – Université Paris VII, mai 2002, 367 p.
238. PONSSARD, J.-P., ZARLOWSKI, P., "Des outils satisfaisants pour l'évaluation interne des activités de l'entreprise", *Revue Française de Gestion*, n° 122, janvier-février 1999, pp. 91-98.
239. PORZIO, S., "Qualité : la santé a les idées confuses", *Horizon Clinique*, n° 83, mai 1997, p. 33.
240. POTVIN, L., "La magie des chiffres" (éditorial), *Ruptures*, vol 2., n°2.
241. PROBST, G., *Organiser par l'auto-organisation*, Editions d'organisations, Paris, 1994
242. QUERENET, J., "Evaluation et expérimentation ou comment tirer valeur de l'expérience ?", in DELORME, C. (dir.), *L'évaluation en questions*, ESF ed., Paris, 2^{ème} édition, 1988, pp. 129-147.
243. QUINN, J.B., *Strategies for Change : Logical Incrementalism*, New York, Irwin, 1980.
244. REICHERS, A.E., WANOUS, J.P., AUSTIN, J.T., "Understanding and Managing Cynicism about Organizational Change", *Academy of Management Executive*, vol. 11, n° 1, 1987, pp. 48-59.
245. REYNAUD, J.-D., *Les règles du jeu – L'action collective et la régulation sociale*, Paris, Armand Colin, 1989.
246. RIVELINE, C., "De l'urgence en gestion", *Annales des mines, Gérer et comprendre*, mars 1991, pp. 82-92.
247. ROGER, A., WEISZ, R., "L'auto-évaluation de groupe comme processus d'apprentissage", IAE Aix-en-Provence, Centre d'Etudes et de Recherche sur les Organisations et la Gestion, Etudes et documents, série "Recherche", W.P., n° 438, octobre 1994, 20 p.
248. ROMELAER, P., "Changement d'organisation et ressources humaines", in SIMON, Y., JOFFRE, P., (dir.), *Encyclopédie de gestion*, Economica, 2^{ème} édition, 1997, pp. 306-324.
249. ROSNAY (de), J., *Le microscope*, Le seuil, 1975, 346 p.
250. ROUSSEAU, A., WARNOTTE, G., "La responsabilisation des cadres face à la qualité totale : un construit social ?", *Gérer et comprendre, Annales des Mines*, n° 3, Décembre 1994, pp. 31-40.
251. ROZIERES, J.-L., "Le modèle canadien, le point de vue médical", *Soins psychiatrie*, n° 201, mars/avril 1999, pp. 10-12.

252. RUFFIÉ, A., PAOLAGGI, F., FABBRI, R., SIMON, J.-M., LAUNAY, J.-M., BERTRAND, D., "Promotion d'une démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations fournies par un service de biochimie", *Journal d'Economie Médicale*, mars/avril 1999, T.17, n°2-3, pp. 133-147.
253. SAINSEAULIEU, R., *L'identité au travail*, Presses de la FNSP, 1977, 1988 (3^{ème} éd.), 476 p.
254. SAMSON, P., *Le système d'information médicale pour évaluer la qualité des soins à l'hôpital*, Thèse pour le doctorat en médecine, Lyon I, 1994.
255. SANDIER, S., (synthèse de l'intervention de -), "France : concurrence et financement dans le secteur de la santé", *Hospitalisation Nouvelle*, n° 254, juillet 1995, pp. 13-15.
256. SCHEID, J. C., *Les grands auteurs en organisation*, ed. Dunod, Paris, 1980, 239 p.
257. SCHMITT, C., *La dynamique de la valeur : contribution à la création de valeur en PME par la notion de désordre*, Thèse en Génie des Systèmes Industriels, Institut National Polytechnique de Lorraine, 10 décembre 1999, 349 p.
258. SCHUMPETER, J., *Théorie de l'évolution économique*, Dalloz, 1912, traduction française, 1935.
259. SELZNICK, P., *Leadership in Administration*, Row, Peterson, Evanston, IL, 1957.
260. SELZNICK, P., *TVA and the Grass Roots*, Berkeley, University of California Press, 1949.
261. SHAW, C., "Hospital accreditation in Europe", *World Hospitals and Health Services*, vol. 34, n° 1, 1998, pp. 15-20.
262. SHAW, D., C., "La méthodologie d'accréditation en Grande-Bretagne", *Technologie et Santé*, numéro spécial, n° 32, décembre 1997, pp. 81-85.
263. SHIN, Y. S., "Hospital Accreditation – A Universal Perspective", *World Hospitals*, vol. 31, n° 1, 1995, pp. 22-28.
264. SIMON, H. A., *Administrative Behavior*, MacMillan Press, New York, 1945.
265. STEPHAN, J. C., FOURCADE, A., "Evaluation et gestion de la qualité : l'accréditation à l'hôpital", *Les cahiers de Gestions Hospitalières*, n° 110, *Gestions Hospitalières*, n° 326, mai 1993, pp. 381-390.
266. STEUDLER, F., "L'évaluation : mode ou raison", *Journal d'Economie Médicale*, 1991, T9, n° 6-7, pp. 279-288.
267. STRATEGOR. *Politique générale de l'entreprise*, 3^{ème} édition, DUNOD, Paris, mars 1998, 551 p.
268. STUFFLEBEAM, D., *L'évaluation en éducation et la prise de décision*, Ottawa, Editions NHP, 464 p.
269. TARONDEAU, J.-C., NACCACHE, P., "Introduction", Dossier : Le temps en gestion, *Revue Française de Gestion*, n° 132, janvier-février 2001, pp. 58-62.
270. TEIL, A., *Défi de la performance et vision partagée des acteurs. Application à la gestion hospitalière*, thèse de doctorat ès Sciences de Gestion, Université Jean Moulin Lyon III, 4 janvier 2002, 399 p.
271. TEISSIER, R., "Une taxonomie des entreprises de changement planifié", in TEISSIER, R., TELLIER, Y., (ed.), *Changement planifié et développement des organisations. Théorie et pratique*, EPI, 1973.
272. TERRE, F., "Que devient la norme par rapport à la loi ?", in DREYFUSS, D., LEMAIRE, F., OUDIN, H. D., RAMEIX, S., *Recommandations, références médicales, accréditation : les enjeux éthiques*, Journées d'éthique médicale Maurice Rapin, Médecine-Sciences Flammarion, oct 2000, pp. 21-26.
273. THIETART, R. A., et coll., *Méthodes de recherche en management*, Dunod, Paris, 1999, 535 p.
274. THOMAS, B.Sc.N., J., CONSEIL CANADIEN D'AGREMENT DES SERVICES DE SANTE (à la demande de), *L'amélioration de la qualité et le programme d'agrément centré sur le client*, Ottawa, 1995, 121 p.
275. THOMPSON, J. D., *Organizations in Action*, New York, McGraw-Hill, 1967.
276. TOBELEM, A., "Le changement : une question de méthode", document de recherche, WP CERAM n° 64, 1996, 24 p.

277. TONNEAU, D., "Organisation, logiques professionnelles et instrument de gestion", IXèmes entretiens Jacques Cartier, Colloque l'hôpital de demain, Montréal, 2 octobre 1996, 18 p.
278. TOURAINE, A., *La conscience ouvrière*, Le Seuil, Paris, 1963.
279. TREMBLAY, D., CORMIER, D., "Le modèle comptable traditionnel permet-il une évaluation pertinente de la performance des organismes sans but lucratif ?", Document de travail, oct. 1996, 27 p.
280. TUSHMAN, M., ROMANELLI, E., "Organizational Evolution : A Metamorphosis Model Of Convergence and Reorientation", *Research in Organizational Behavior*, vol. 7, 1985, pp. 171-222.
281. UNION HOSPITALIERE DE LA REGION ILE DE France, "Qualité et accréditation dans les Hôpitaux d'Ile de France, L'auto-évaluation et la mobilisation des personnels", 6 p.
282. VAN de VEN, A. H., "Central problems in the management of innovation, *Management Science*, vol. 32, n°5, may 1986, pp. 590-607.
283. VAN de VEN, A., ASQUIN, A., (propos recueillis par -), "Nous n'avons encore exploré qu'une faible partie de notre champ de recherche.", *Revue Française de Gestion*, n°125, sept.- oct. 1999, pp. 58-62.
284. VAN de VEN, A.H., POOLE, M.S., "Explaining Development and Change in Organizations", *Academy of Management Review*, vol. 20, n°3, 1995, pp. 510-540.
285. VANDANGEON-DERUMEZ, I., "Changement prescrit et changement construit : la conduite des processus de changement et les logiques d'action sous-jacentes", Actes de la VIIIème Conférence Internationale de l'AIMS, Paris, mai 1999, 25 p.
286. VANDANGEON-DERUMEZ, I., "La dynamique des processus de changement", *Revue Française de Gestion*, n° 120, septembre-octobre 1998, pp. 120-138.
287. VAS, A., VANDE VELDE, B., "La résistance au changement revisitée du top management à la base : une étude exploratoire", IXième Conférence Internationale de Management stratégique, "Perspectives en Management Scientifique", AIMS 2000, Montpellier, 24-25-26 mai 2000, 24 p.
288. VERA, J., "Audit interne et contrôle de gestion sont complémentaires et parfois concurrents", *Audit*, n° 152, décembre 2000, pp. 31-33.
289. VEROT, P., *L'analyse des processus dans les établissements pour personnes âgées. De l'évaluation à l'accréditation*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Jean Moulin Lyon III, 28 mars 1997, 461 p.
290. VIAL, M., *Organiser la formation : le pari sur l'auto-évaluation*, Paris, L'harmattan, 2000, 224 p.
291. VIEL, E., SEEGER, D.D., "Les groupes de praticiens en auto-évaluation", *Annales de Kinésithérapie*, nov. 2001, Tome 28, N° 7, pp. 289-293.
292. VIENS, G., "Evaluation hospitalière : l'exemplaire démarche du King's Fund", *Décision santé*, n° 34, déc. 1992, pp. 37-38.
293. VIENS, G., GEFFROY, L., "L'évaluation des structures hospitalières : expériences américaines et canadiennes", *Décision Santé*, n° 13, 15 nov. 1991, pp. 35- 36.
294. VIGNEAU, Y., "L'hôpital neuronal", *Décision Santé*, n° 112, avril 1997, pp. 27-29.
295. VIGNON, C., ZADDEM, F., "Changement de culture ou culture du changement", Working paper, Les Cahiers de la recherche, IAE de Lille, 1989.
296. VINOT, D., "De la "valeur médicale" à la "valeur organisationnelle" : l'hôpital français face à une nouvelle régulation", Journées des IAE, 28-29 avril 1998.
297. VINOT, D., *Le projet d'établissement à l'hôpital – de la formalisation du concept à son instrumentalisation*, thèse de doctorat ès sciences de gestion, Université Jean Moulin Lyon III, 19 janvier 1999, 441 p.
298. WACHEUX, F., *Méthodes qualitatives et Recherches en Gestion*, Economica, Paris, 1996, 290 p.
299. WACHEUX, F., *Processus organisationnels et jeux d'acteurs à l'œuvre dans les alliances entre firmes, étude explorative dans le BTP*, Thèse en sciences de gestion, Lille, 1993.

300. WAGNER, J. K., "Je lance le défi d'anticiper le changement et d'utiliser tous les outils et ressources à notre disposition pour acquérir l'ensemble des connaissances et compétences qui nous permettront de montrer le chemin", *Audit*, n° 152, Décembre 2000, pp. 6-8.
301. WATZLAWICK, P., (dir.), *L'invention de la réalité. Contributions au constructivisme*, Paris, Le Seuil, 1988, 377 p.
302. WATZLAWICK, P., *La réalité de la réalité. Confusion, désinformation, communication*, Paris, Le Seuil, 1978, 240 p.
303. WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J., FISCH, R., *Changements. Paradoxes et psychothérapie*, Paris, Le Seuil, 1975, 191 p.
304. WEICK, K., *The Social Psychology of Organizing*, Reading, Addison Westley, 1969.
305. WEINBERG, A., "Philosophie de la perception", *Sciences Humaines*, n°49, avril 1995, pp. 18-19.
306. WEISS, J. (dir.), *L'évaluation : problème de communication*, Cousset, Fribourg, De Val, 1991.

Index des tableaux

TABLEAU 1 : PART DES SOINS HOSPITALIERS DANS LA CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX.....	11
TABLEAU 2 : UN CADRE INTÉGRATEUR POUR QUATRE DÉMARCHE DE RECHERCHE EN GESTION	26
TABLEAU 3 : QUELQUES DÉFINITIONS DE L'ÉVALUATION	47
TABLEAU 4 : TABLEAU COMPARATIF ENTRE L'AUTO-ÉVALUATION ET L'AUDIT INTERNE.....	87
TABLEAU 5 : LES OBJECTIFS ATTRIBUÉS AUX DÉMARCHES D'AUTO-ÉVALUATION EXISTANTES	90
TABLEAU 6 : QUELQUES DÉFINITIONS DU CHANGEMENT	119
TABLEAU 7 : CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES DES DEUX PROFILS-TYPES DE CHANGEMENT.....	147
TABLEAU 8 : TYPOLOGIE DES APPRÉCIATIONS FORMULÉES APRÈS UNE ACCRÉDITATION	226
TABLEAU 9 : TABLEAU DE COMPARAISON ENTRE LES DÉMARCHES DE CERTIFICATION ET D'ACCRÉDITATION.	231
TABLEAU 10 : LOGIQUE DE CONTRÔLE VERSUS LOGIQUE D'INVESTIGATION	239
TABLEAU 11 : ANALYSE PAR MÉTIERS DES PERSONNELS AYANT COMPOSÉ LES GROUPES D'AUTO-ÉVALUATION.....	272
TABLEAU 12 : ORGANISATION DE L'AUTO-ÉVALUATION À L'HÔPITAL DE LA TÊTE ET DU CŒUR	279
TABLEAU 13 : UN EXEMPLE DE CONFRONTATION DE LA RÉALITÉ PERÇUE PAR LES ACTEURS DU CENTRE MÉDICAL ET CHIRURGICAL DE RÉADAPTATION DES HAUTEURS AVEC LE RÉFÉRENTIEL ANAES286	
TABLEAU 14 : ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS.....	290
TABLEAU 15 : APPORTS, FREINS ET LIMITES DE L'AUTO-ÉVALUATION PERÇUS PAR LES ACTEURS.....	326
TABLEAU 16 : ÉCHÉANCIER DES AXES D'AMÉLIORATION - ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS	334
TAB 17 : ACTIONS DU GROUPE MÉDICAL / SOINS INFIRMIERS / RÉADAPTATION.....	337
TABLEAU 18 : TABLEAU RÉCAPITULANT LES RECOMMANDATIONS VERSUS LES OBJECTIFS DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT	350
TABLEAU 19 : QUELQUES EXEMPLES DE CHANGEMENTS ATTENDUS SUITE À UNE AUTO-ÉVALUATION	362

Index des figures

FIGURE 1 : FORMES DE MANIFESTATION DE L'ÉVALUATION	43
FIGURE 2 : LA DOUBLE FACE D'UNE DÉMARCHE D'AUDIT	51
FIGURE 3 : LA TRIPLE ARTICULATION DANS L'OPÉRATION D'ÉVALUATION.....	71
FIGURE 4 : UNE MODÉLISATION DE L'AUTO-ÉVALUATION	95
FIGURE 5 : LA COMPLÉMENTARITÉ DE L'AUTO-ÉVALUATION AVEC LES AUTRES DÉMARCHES ORGANISATIONNELLES.....	109
FIGURE 6 : LES DÉTERMINANTS DU CHANGEMENT.....	124
FIGURE 7 : LES FORCES D'ACTION DU CONTEXTE ORGANISATIONNEL	151
FIGURE 8 : LES RÉACTIONS DES ACTEURS FACE AU CHANGEMENT	161
FIGURE 9 : UNE MODÉLISATION DE L'AUTO-ÉVALUATION CONFRONTÉE AU CHANGEMENT	183
FIGURE 10 : LES CONTENUS DE L'ACCRÉDITATION	205
FIGURE 11 : UNE MODÉLISATION DE L'AUTO-ÉVALUATION DANS LE CADRE DE L'ACCRÉDITATION.....	376

Table des matières

Introduction générale	1
1 Introduction	3
2 De la nécessité du changement à l'hôpital.....	6
2.1 L'hôpital : une organisation complexe.....	6
2.1.1 Une organisation soumise à des contraintes	6
2.1.2 Une production de service spécifique	7
2.2 Une organisation soumise à de fortes turbulences.....	8
2.2.1 Des turbulences liées aux dysfonctionnements d'origine organisationnelle.....	8
2.2.2 Des turbulences liées aux comportements et mentalités	9
2.2.3 Des turbulences liées à l'insuffisance des moyens de la connaissance et à leur traitement	9
2.3 Une organisation soumise à une nouvelle donne.....	10
2.3.1 La donne économique et budgétaire.....	11
2.3.2 La donne contextuelle.....	12
2.3.3 Les exigences émergentes	13
3 ... A la nécessité d'une évaluation globale et participative sous contrainte.....	15
3.1 Le retard français dans le développement de l'évaluation en santé.....	15
3.2 Un défaut d'évaluation globale.....	16
3.3 L'évaluation des établissements de soins : une obligation désormais légale	17
3.4 Problématique	19
4 La méthodologie.....	20
4.1 Des expériences variées	21
4.2 Fondements épistémologiques	23
4.2.1 Une approche constructiviste.....	23
4.2.2 La structuration des savoirs	24
4.2.3 Un contexte de recherche action.....	25
4.2.4 ... Mais une méthodologie d'études de cas	26

4.3	Le mode de collecte des données.....	28
4.4	Plan de la thèse	31

Première partie	L'évaluation et le changement entre anatomie et physiologie	33
-----------------	---	----

CHAPITRE 1	LA PLACE DE L'AUTO-ÉVALUATION DANS LES THÉORIES DE L'ÉVALUATION	35
------------	---	----

<i>Section 1</i>	<i>L'évaluation en gestion : du concept à l'ingénierie.....</i>	<i>37</i>
------------------	---	-----------

1	L'évaluation entre théories et pratiques	38
1.1	L'approche historique	39
1.1.1	Les quatre dimensions historiques de l'évaluation.....	39
1.1.2	Les relations entre ces dimensions.....	40
1.2	L'approche multidimensionnelle	41
2	L'évaluation entre méthode et méthodes	45
2.1	L'acte évaluatif.....	46
2.1.1	Définitions de l'évaluation : la polysémie du concept	46
2.1.2	Ce que n'est pas l'évaluation	48
2.1.3	Ce qu'est l'évaluation	52
2.1.4	Les objectifs de l'évaluation	52
2.2	La pratique évaluative	54
2.2.1	Le contexte de l'évaluation.....	55
2.2.2	Les temps de l'évaluation.....	55
2.2.3	Les formes de l'évaluation	56
2.2.4	Le contenu de l'évaluation	59
2.2.5	Les outils de l'évaluation	59
2.2.5.1	Les indicateurs.....	60
2.2.5.2	Les critères.....	61
2.2.5.3	Le référentiel	62
2.2.5.4	Les règles.....	62
2.2.5.5	La norme	62
2.2.6	Les acteurs et leurs discours	63
2.2.6.1	L'évaluateur.....	63
2.2.6.2	L'évalué.....	64
2.2.7	L'évaluation au service de la construction du sens	65
3	Les formalisations de la démarche évaluative	68
3.1	La confrontation entre référe et referent : un modèle source	69
3.2	Les étapes de l'évaluation.....	72
3.2.1	Le rôle déterminant du référent dans l'évaluation	73
3.2.2	Le référé ou la représentation conventionnelle du réel	74
3.2.3	L'évaluation ou la confrontation référent/référé.....	76

4	Obstacles et limites.....	77
5	Conclusion sur le concept d'évaluation.....	79
<i>Section 2 : L'auto-évaluation, une forme particulière d'évaluation</i>		<i>81</i>
1	L'analyse d'une praxis	83
1.1	L'auto-évaluation : un concept récent en gestion	83
1.1.1	Vers une définition du concept.....	84
1.1.2	Auto-évaluation, auto-contrôle et audit interne.....	86
1.2	Des objectifs convergents vers le diagnostic et les améliorations.....	88
1.2.1	Les invariants.....	88
1.2.2	Les divergences.....	89
2	L'auto-évaluation : la construction du modèle.....	92
2.1	Les invariants évaluatifs	92
2.2	Les spécificités de l'auto-évaluation : des référents implicites multiples	96
2.3	L'auto-évaluation en tant que une démarche participative et dynamique : méthodologie ou idéologie ?	98
3	L'auto-évaluation en pratique.....	99
3.1	Les périmètres d'application de la démarche.....	100
3.2	Une mise en œuvre à élaborer avec soin	100
3.3	Des outils à définir avec précision	102
3.4	Un processus non fini.....	104
3.5	La prise en compte du temps.....	105
3.6	L'auto-évaluation : une nouvelle forme de management ?	105
4	Les limites de l'auto-évaluation	106
5	Conclusion : Auto-évaluation, évaluation et contrôle, la complémentarité des démarches	108
<i>Conclusion du chapitre : l'évaluation et ses rapports au changement</i>		<i>111</i>

CHAPITRE 2 LES RÉFÉRENTS ÉVALUATIFS IMPLICITES : LES THÉORIES DU CHANGEMENT	115
<i>Section 1 Les théories du changement</i>	<i>117</i>
1 Le changement : concepts et enjeux autour d'un concept protéiforme.....	118
2 Le changement : un modèle toujours contextualisé	122
3 Permanence et changement : une relation dialogique	124
4 Le changement dans la littérature : des approches univoques aux approches complexes	126
4.1 Les approches univoques.....	127
4.1.1 La coopération, élément majeur du changement	127
4.1.2 Rationalité limitée et changement	127
4.1.3 La crise comme base du changement	128
4.1.4 Le champ des forces comme modèle explicatif du changement.....	129
4.1.5 Les valeurs comme élément essentiel d'un processus de changement.....	129
4.1.6 Les acteurs en tant que frein ou moteur du changement.....	130
4.2 Les approches complexes : multidimensionnalité du changement.....	131
4.2.1 Le développement organisationnel	131
4.2.2 L'environnement et ses contraintes face à la flexibilité des organisations	133
4.2.3 Les deux types de changement selon Watzlawick et al.	134
4.2.4 Le changement et les cycles de comportements convergents et divergents	134
4.3 Conclusion de ces approches	135
5 Conclusion	136
<i>Section 2 Vers une ingénierie du changement.....</i>	<i>137</i>
1 Les caractéristiques du changement	138
1.1 Les différentes formes de changement	139
1.1.1 Coercitif ou formatif.....	141
1.1.2 Micro- ou macro-changement(s)	142
1.1.3 Emergent ou planifié	144
1.1.4 Proactif ou réactif.....	146
1.2 Changement prescrit versus changement construit.....	147
2 Les points clés de la mise en œuvre du changement.....	149
2.1 Le contexte.....	150
2.2 Le contenu	152
2.3 Le processus.....	153
2.4 Les acteurs.....	154
2.5 Le temps	156
3 Le jeu des acteurs : un élément clé dans l'introduction du changement	158
3.1 Résistance au changement ou apprentissage collectif : une réaction conditionnée par les	
représentations des acteurs	160
3.1.1 Les facteurs de résistance au changement.....	162

3.1.2	Les facteurs favorisant l'apprentissage collectif	163
3.2	Les mécanismes d'appropriation du changement.....	166
3.2.1	La communication : un élément essentiel d'intégration du changement	166
3.2.2	un contexte participatif	168
3.3	Tout changement s'appuie sur une nouvelle construction de la réalité	170
4	Le concept de projet, vecteur du changement institutionnel	172
5	Conclusion	174
	<i>Conclusion du chapitre.....</i>	<i>175</i>
CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE : LA DIALOGIE DU CHANGEMENT ET DE L'ÉVALUATION		177
5.1	Certaines limites de l'évaluation constituent des sources de résistance au changement	177
5.2	L'auto-évaluation au coeur de la contradiction entre évaluation et changement	178
Deuxième partie Cliniques évaluatives : du contexte à leurs mises en œuvre		185
<hr/>		
CHAPITRE 1 L'AUTO-ÉVALUATION AU CŒUR DE L'ACCREDITATION.....		187
<i>Section 1 L'accréditation : les périmètres d'un concept importé des pays anglo-saxons.....</i>		<i>189</i>
1	Présentation des expériences étrangères d'accréditation	190
1.1	Naissance et évolution de l'accréditation dans les pays anglo-saxons : quelques dates-clés 190	
1.1.1	L'expérience américaine	190
1.1.2	L'expérience canadienne	193
1.1.3	L'expérience australienne	195
1.1.4	L'expérience britannique	197
1.2	Définition(s) de l'accréditation.....	199
1.3	Le rôle du contexte : des motivations similaires à l'origine de la démarche dans les systèmes de santé étrangers	200
1.4	Les fondamentaux de la démarche.....	201
1.4.1	Les principes de la démarche d'accréditation	201
1.4.2	La procédure d'accréditation	202
1.4.2.1	Un processus opérationnel identique dans tous les pays	202
1.4.2.2	Une composition pluridisciplinaire des équipes d'évaluation.....	203
1.4.2.3	Des évolutions sans conteste similaires.....	203
2	L'auto-évaluation : une étape fondamentale dans les expériences étrangères	207
2.1	Les discours relatifs à l'auto-évaluation et au changement dans les démarches étrangères .	207
2.2	L'auto-évaluation : vecteur de changement et d'amélioration continue de la qualité	210

3	Conclusion concernant les démarches étrangères	212
<i>Section 2 L'auto-évaluation et l'accréditation à la française.....</i>		<i>215</i>
1	L'accréditation à la française : les origines du concept.....	216
1.1	L'accréditation : une procédure obligatoire légale au service du changement	216
1.1.1	L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996	217
1.1.2	La mise en œuvre du changement par le biais d'une accréditation	217
1.2	L'adaptation du concept d'accréditation en France	218
1.3	La mise en œuvre de la démarche	220
1.3.1	Création d'un organisme accréditeur : l'ANAES.....	220
1.3.2	Le champ d'application : le secteur sanitaire	221
1.3.3	Les référentiels : une évaluation axée sur les processus et la transversalité.....	222
1.3.4	Une démarche en six étapes	225
1.3.5	La double formation des experts-visiteurs : acteurs et évaluateurs	228
1.3.6	Confrontation de l'accréditation à la française avec les fondamentaux déterminés par les expériences étrangères.....	228
1.4	Analyse de la démarche.....	229
1.4.1	Ce que n'est pas l'accréditation	229
1.4.2	L'accréditation, étape d'un processus de changement au service de l'amélioration continue de la qualité	232
1.4.3	Les conséquences externes de la démarche.....	232
1.4.4	Les apports de la procédure d'accréditation : changer l'hôpital.....	235
1.4.5	Les lacunes et limites repérées de la démarche	235
1.4.6	Perspectives futures	237
2	Les spécificités de l'auto-évaluation à la française.....	238
2.1	L'auto-évaluation : un regard pluriculturel sur les établissements de soins	238
2.2	L'auto-évaluation en pratique.....	240
2.2.1	Une confrontation entre les réalités vécues et perçues par les acteurs de l'hôpital et le manuel ANAES	241
2.2.2	Des préconisations à respecter.....	241
2.2.3	Une méthodologie définie	243
2.2.3.1	Le pilotage de l'auto-évaluation en interne.....	244
2.2.3.2	Mise en place des groupes de travail : les équipes d'auto-évaluation.....	244
2.3	Apports et enjeux de la phase d'auto-évaluation	247
2.4	Les freins rencontrés.....	248
<i>Conclusion du chapitre : l'auto-évaluation au cœur du changement organisationnel</i>		<i>251</i>
CHAPITRE 2 L'AUTO-ÉVALUATION EN ACTION.....		255
<i>Section 1 La méthodologie de mise en œuvre de l'auto-évaluation dans les établissements de soins</i>		<i>257</i>
1	Exposé de la méthodologie mise en œuvre dans six établissements	258
1.1	La clinique de la Croix- Verte : une méthodologie sans distance.....	259
1.1.1	La méthodologie d'auto-évaluation	259
1.1.2	Analyse de la méthodologie mise en œuvre	261
1.2	La clinique des Thermes : une méthodologie travaillée et axée sur le développement de la qualité	262

1.2.1	La méthodologie d'auto-évaluation	262
1.2.2	Analyse de la méthodologie mise en œuvre	263
1.3	La clinique du Lac : une démarche trop directive.....	264
1.3.1	La méthodologie d'auto-évaluation	264
1.3.2	Analyse de la méthodologie mise en œuvre	266
1.4	Le centre médical de l'Est : une méthodologie qui favorise un temps d'apprentissage	267
1.4.1	La méthodologie d'auto-évaluation	267
1.4.2	Analyse de la méthodologie mise en œuvre	269
1.5	Le centre médical et chirurgical de réadaptation des Hauteurs : une auto-évaluation rapide.....	269
1.5.1	La méthodologie d'auto-évaluation	269
1.5.2	Analyse de la méthodologie mise en œuvre	272
1.6	Le CHU des Gaules : une méthodologie cherchant à combiner les actions locales et les actions transversales entre les différents établissements.....	274
1.6.1	La méthodologie d'auto-évaluation	274
1.6.1.1	La structuration d'une politique qualité	274
1.6.1.2	Les grands principes méthodologiques de la procédure au CHU des Gaules	275
1.6.1.3	La procédure mise en place à l'hôpital Pierre Gérard et à la Fondation Bernard Maurice.....	277
1.6.1.4	L'auto-évaluation à l'hôpital de la Tête et du Cœur	278
1.6.2	Les enseignements des auto-évaluations réalisées au CHU des Gaules	280
2	Analyse critique de la méthodologie d'auto-évaluation.....	281
<i>Section 2 Le processus d'auto-évaluation et les résultats de la démarche au centre médical et chirurgical de réadaptation des Hauteurs.....</i>		
<i>283</i>		
1	L'auto-évaluation : une confrontation entre la réalité perçue par les acteurs de l'établissement et les objectifs déterminés dans le manuel de l'ANAES	284
1.1	Le processus d'auto-évaluation	287
1.2	Analyse critique du processus d'auto-évaluation.....	288
2	Les résultats de l'auto-évaluation : un exemple de synthèse réalisée par l'établissement	289
<i>Section 3 La mise en discours de l'auto-évaluation</i>		
<i>293</i>		
1	Les perceptions concernant l'auto-évaluation	295
1.1	Essai de définition(s) de l'auto-évaluation	295
1.1.1	Les réponses spontanées	295
1.1.2	Les choix fermés.....	296
1.2	L'auto-évaluation : un élément essentiel du processus global d'accréditation	297
1.3	...même si elle a besoin d'être complétée par la visite pour être efficace et rigoureuse	298
2	Le référentiel et son utilisation	300
3	Une analyse de la démarche par les acteurs.....	307
3.1	Les aspects positifs de la démarche.....	307
3.2	Les freins évoqués par les responsables d'accréditation	312
3.3	Les limites de l'auto-évaluation perçues par les établissements	319
3.4	L'auto-évaluation fait face à l'appréhension des acteurs.....	322

4	Conclusion sur les perceptions de l'auto-évaluation.....	324
	<i>Conclusion concernant l'auto-évaluation en action.....</i>	<i>328</i>
CHAPITRE 3 L'AUTO-ÉVALUATION ET LE DISCOURS SUR LE CHANGEMENT EN ACTION		330
	<i>Section 1 Les suites de l'auto-évaluation : la réalisation d'un plan d'actions au centre médical et chirurgical de réadaptation des Hauteurs.....</i>	<i>332</i>
1	Un plan d'actions déterminé sur la base des axes d'amélioration définis au cours de l'auto-évaluation	333
2	Une cartographie déterminée par les axes définis au cours de la visite	336
3	Dans l'attente d'un plan d'actions définitif	338
	<i>Section 2 La répercussion de l'auto-évaluation sur le projet d'établissement à la clinique du Lac.....</i>	<i>340</i>
1	Le regard des acteurs et des canadiens	342
1.1	La démarche mise en œuvre au cours de l'expérimentation	342
1.2	Les résultats de l'auto-évaluation et de la visite	343
1.3	Les nouveaux enjeux : relecture transversale du rapport canadien.....	347
1.4	Les autres regards permettent de compléter les résultats	348
2	Les orientations stratégiques décidées au regard des recommandations : quelle influence de la démarche ?	349
	<i>Section 3 Auto-évaluation et changement dans les discours à l'hôpital</i>	<i>356</i>
1	Les conséquences de la phase d'auto-évaluation perçues par les responsables de la démarche dans les établissements.....	357
1.1	Les conséquences de l'auto-évaluation sont fonction de la culture qualité de l'établissement 357	
1.2	L'auto-évaluation : levier de quel changement ?.....	358
1.2.1	Micro- ou macro-changement?	358
1.2.2	Essai de typologie des changements attendus	360
2	Limites et conditions de réussite du changement	363
2.1	Les limites perçues de mise en place des changements	363
2.2	Les conditions de réussite identifiées par les responsables de la démarche d'auto-évaluation 366	
3	Conclusion quant aux discours sur auto-évaluation et changement.....	369
	<i>Conclusion du chapitre.....</i>	<i>371</i>
CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE		374

Conclusion générale378

Bibliographie384

INDEX DES TABLEAUX398

INDEX DES FIGURES400

TABLE DES MATIÈRES402

