



Les enjeux stratégiques de la qualité dans les établissements médico-sociaux : le cas des établissements d'accueil pour personnes âgées

Sandra BERTEZENE

Maître de Conférences
IREGE - Université de Savoie
4 chemin de Bellevue, BP 806
74016 Annecy-Le-Vieux cedex
Tél : 04 50 09 24 26 - Fax : 04 50 09 24 10
E-mail : sandra.bertezene@univ-savoie.fr

Résumé

La réforme de la tarification de 1999 a initié l'engagement des établissements d'accueil pour personnes âgées dans une démarche qualité continue formalisée lors de la signature d'une convention tripartite qui engage l'établissement, le Conseil Général et la DDASS. Cette convention permet de formaliser la stratégie et de l'articuler à une démarche d'amélioration continue de la qualité pour obtenir les ressources nécessaires au fonctionnement et les autorisations à fonctionner. Dans ce contexte, notre problématique est centrée sur la nature des défauts de qualité et le pilotage stratégique de la démarche qualité. Nous développons ici une double hypothèse. D'une part, les défauts de qualité et le manque de traçabilité peuvent remettre en question la survie des établissements dans le cadre de la réforme de la tarification. D'autre part, les établissements peuvent définir et formaliser une stratégie qualité basée sur ses propres exigences et celles du référentiel qualité fourni par la tutelle. Notre recherche-intervention, menée au sein de deux établissements d'accueil pour personnes âgées du secteur privé associatif, nous a permis de mettre en évidence différents résultats : le premier établissement tend à mettre en œuvre les critères qualité imposés par le référentiel qualité transmis par la tutelle, mais que la prédominance de la culture de l'oral ne permet pas la traçabilité exigée par l'assurance qualité, ce qui constitue un risque pour la survie et le développement des établissements ; l'expérimentation du programme stratégique qualité rédigé par les établissements suite à l'évaluation qualité montre la formalisation de la stratégie de l'établissement dans une perspective de qualité totale qui permet d'allier les objectifs propres à l'établissement et ceux de la tutelle.

Mots clés

Etablissements d'accueil pour personnes âgées, réforme de la tarification, démarche qualité, convention tripartite, outil de pilotage stratégique.



Les enjeux stratégiques de la qualité dans les établissements médico-sociaux : le cas des établissements d'accueil pour personnes âgées

1. INTRODUCTION

En France, depuis la réforme de la tarification du 26 avril 1999, ces établissements médico-sociaux sont regroupés sous le terme d'Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Cette réforme impose également l'engagement des établissements dans une démarche qualité continue qui nécessite d'analyser, au-delà de la qualité technique des actes de soins, la qualité des dispositifs organisationnels qui régissent l'ensemble des missions de l'établissement¹ en fonction d'indicateurs qualité spécifiques liés aux soins et à l'ensemble des activités et des services nécessaires à la prise en charge des résidents. Cette démarche qualité est formalisée lors de la signature d'une convention tripartite qui engage l'établissement, le Conseil Général et la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS). Son objectif est de rendre compte des résultats de l'évaluation qualité, de contractualiser les objectifs qualité à atteindre dans un délais de cinq ans tout en précisant les ressources à mobiliser, les dispositifs et les indicateurs de mesure à mettre en place. La convention tripartite permet donc de formaliser la stratégie de l'établissement et de l'articuler à une démarche d'amélioration continue de la qualité pour obtenir les ressources nécessaires au fonctionnement et les autorisations à fonctionner. Dans ce contexte, notre problématique sera centrée sur la nature des défauts de qualité et le pilotage stratégique de la démarche qualité. Nous développons ici une double hypothèse. D'une part, les défauts de qualité et le manque de traçabilité peuvent remettre en question la survie des établissements dans le cadre de la réforme de la tarification. D'autre part, les établissements peuvent définir et formaliser une stratégie qualité basée sur leurs propres exigences et celles du référentiel qualité fourni par la tutelle. Dans cette perspective, nous présentons dans une première partie le nouvel enjeu stratégique de la qualité dans les EHPAD. Pour cela, nous formulons le lien conceptuel entre stratégie et qualité à travers la littérature en gestion. Nous présentons ensuite la convention tripartite et l'articulation entre qualité et stratégie qu'elle implique, ainsi que les approches théoriques et pratique de l'évaluation de la qualité dans les EHPAD. Enfin, il nous

¹ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. JORP n°98 du 27/04/1999 .



a paru important de conclure cette première partie sur les limites des démarches et de la gestion de la qualité. La deuxième partie de cette communication présente notre méthodologie de recherche et les résultats qui en découlent. La conduite d'une recherche-intervention au sein de deux établissements de type associatif nous permet d'exploiter les données issues de ces deux études de cas. Nous essayons ainsi de montrer les zones de risques pour la survie et le développement des EHPAD grâce à l'identification du respect des critères qualité imposés par un référentiel spécifique. Un second cas nous permet de montrer le passage de cette première analyse à la formalisation de l'outil de pilotage stratégique de l'amélioration de la qualité fourni par la tutelle.

2. LE NOUVEL ENJEU STRATEGIQUE DE LA QUALITE DANS LES ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EHPAD)

Dans un premier temps, nous formulons le lien conceptuel entre stratégie et qualité avant d'en présenter l'application à travers la signature de la convention tripartite. Nous présentons ensuite les approches théoriques et pratiques de l'évaluation de la qualité dans les EHPAD. Enfin, nous mobilisons la littérature critique sur la qualité afin d'en démontrer les limites.

2.1. LE LIEN CONCEPTUEL ENTRE QUALITE ET AVANTAGE STRATEGIQUE

La majorité des auteurs s'accordent à dire qu'il faut intégrer la gestion de la qualité à la gestion stratégique de l'entreprise (WISLER M., 1986). Une stratégie de qualité autonome supposerait que la qualité peut être managée à l'intérieur des organisations par une structure fonctionnelle particulière. Par exemple, la cellule qualité d'un établissement définirait et contrôlerait des principes qualité sans associer les autres services à la démarche. Cette analyse semble contraire au concept de qualité totale pour lequel la préoccupation qualitative doit être présente partout dans l'organisation grâce à un état d'esprit ouvert à cette idée, et non pas par l'intermédiaire d'une structure hiérarchique imposant ses directives aux autres : « (Mieux vaut) définir des politiques de qualité pour les principaux départements de l'entreprise et s'assurer de la cohérence de ces politiques par la stratégie générale dont la qualité constitue une des dimensions » (WISLER M., 1982). Par ailleurs, la norme ISO 9004-2 explique qu'il incombe à la direction la responsabilité d'établir une politique relative à la qualité du service et à la satisfaction de la clientèle. La mise en œuvre réussie de cette politique dépend de l'engagement de la direction vis-à-vis de l'élaboration et du fonctionnement efficace d'un système qualité. Dans ce cadre, l'engagement de la direction doit être consigné dans un



document écrit qui regroupe également les objectifs de la politique définis de manière à ce qu'ils puissent être évalués. L'engagement de la direction doit également se manifester par l'affichage d'orientations en matière de qualité, la sensibilisation et la mobilisation du personnel pour qu'il s'implique et soit responsabilisé et enfin, la création des conditions favorables à l'esprit d'équipe. Cette norme montre clairement le lien étroit entre l'engagement de la direction et la place de la qualité dans la stratégie de l'établissement.

Les EHPAD devraient s'inscrire dans cette logique car ils mettent désormais en œuvre des démarches qualité sous la pression du législateur. C'est pourquoi, la qualité se manifeste pour l'heure essentiellement par le développement d'un système d'assurance qualité² visant à satisfaire simultanément les exigences de la tutelle et les résidents. Les établissements semblent rechercher ainsi une certaine image au regard des résidents potentiels et actuels et plus généralement, une légitimité vis-à-vis de la tutelle. Par le biais de la qualité, la réforme de la tarification met en concurrence les différents établissements publics et privés d'un même département lors de la signature de la convention tripartite dont dépend l'attribution de budgets. Les organismes de tutelles disposent en effet d'une enveloppe annuelle à répartir entre les établissements en fonction du contenu de la convention. Il apparaît donc assez clairement que les établissements les plus ambitieux du point de vue de leur stratégie qualité seront les mieux dotés.

La qualité constitue donc un moyen de créer un avantage concurrentiel centré sur le contrôle des coûts ou sur une image de différenciation acquise par la maîtrise des processus de production de soins et d'information, visant à offrir des services répondant aux évolutions (WEILL M, GUILHON A, 1996) de l'état de dépendance de la population. L'avantage concurrentiel résulte de la façon dont une organisation applique les stratégies de base. Aussi, la structure d'un secteur détermine qui s'empare de la valeur créée et dans quelles proportions. La qualité constitue donc un moyen de s'adapter aux évolutions de la demande et des exigences de la tutelle et c'est en cela qu'elle constitue un enjeu de survie et de développement pour les EHPAD. La chaîne de valeur (WEILL M., 1994) est basée sur la décomposition des clients, des fournisseurs et d'une organisation d'après les activités distinctes mais interconnectées : principales (production de soins, de services d'accompagnement, logistique interne, etc.) et de soutien (gestion des ressources humaines, développement technologique, etc.), ces dernières visant à conforter le rôle des activités

² Ensemble des actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée en ce qu'un produit ou un service satisfera aux exigences données relatives à la qualité, norme ISO 8402, 1994.



principales et à leur permettre de créer de la valeur pour les clients (résidents et familles). L'action conjointe et coordonnée de ces deux types d'activités permet à l'organisation d'obtenir une marge, synonyme d'avantage concurrentiel, égale à la différence entre la valeur totale créée et l'ensemble des coûts associés à l'exercice de ces activités.

2.2. L'ARTICULATION DE LA QUALITE A LA STRATEGIE POUR ASSURER LA SURVIE ET LE DEVELOPPEMENT DES EHPAD : LA SIGNATURE D'UNE CONVENTION TRIPARTITE

La qualité prend pour les EPHAD toute sa dimension stratégique avec la mise en place de conventions tripartites pluriannuelles entre l'établissement et sa tutelle, c'est-à-dire la DDASS et le Conseil Général. En effet, la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité et la définition d'objectifs d'amélioration et d'évolution passent par la signature d'un contrat de manière à formaliser les engagements de l'établissement en matière de développement de réseaux, d'amélioration de la qualité et de satisfaction des résidents. En contrepartie, la tutelle s'engage à fournir les moyens de ces projets de changement. De cette convention dépend également l'autorisation de fonctionner de tout établissement. Les établissements doivent signer la convention obligatoirement avant le 31 décembre 2006, elle est valable pour une durée de cinq ans. La convention contient les conditions de fonctionnement de l'établissement, les plans financiers et d'amélioration continue de la qualité, les objectifs d'évolution et leur mode d'évaluation. La réforme de 1999 fait ainsi de la qualité un enjeu stratégique en obligeant légalement les établissements à prendre non seulement en considération dans la définition de la stratégie et du fonctionnement quotidien les budgets, les éléments relatifs au niveau d'activité en fonction du degré de dépendance des personnes accueillies, la capacité à travailler en réseau, mais également la démarche qualité mise en œuvre.

Pour définir le contenu de cette convention et donc pour permettre la permanence des moyens nécessaires à la qualité (Frutiger P., Fessler J.M., 1991), les dirigeants ont besoin d'analyser un certain nombre d'informations. Afin de prendre des décisions, les dirigeants intègrent des informations financières à leur analyse, mais la pertinence des choix dépend également de la prise en considération des informations liées à la production des services. Dans le champ qui nous intéresse, ce type d'informations orientées sur des besoins tactiques et stratégiques (Anthony R.N. 1988, Sicotte C. et coll. 1991) sont essentiellement fournies par l'évaluation qualité effectuée à partir d'un référentiel qualité diffusé par le Ministère des Affaires Sociales. L'analyse qui en découle produit les informations nécessaires à l'élaboration et à la mise en



œuvre de la stratégie (Boisvert H., 1991) qualité en fonction de critères financiers et de fonctionnement.

La recherche de l'atteinte des objectifs fixés par la tutelle, conjointement à ceux déterminés par l'établissement, s'inscrivent dans la convention tripartite. Celle-ci rejoint par conséquent le projet de management stratégique dont le rôle est de « concevoir, piloter, activer les processus de finalisation, d'organisation et d'animation susceptibles d'assurer dans la durée, une congruence suffisante entre les buts et projet, les exigences perçues de l'environnement, et les capacités attribuées à l'entreprise » (Martinet A.C., 1997). La structure même de la réforme de la tarification se retrouve dans la stratégie qualité de l'établissement qui définit des intentions et le projet des actions, favorisant ainsi le passage à l'acte (Brechet J.P., 1997). La convention précise les choix effectués et/ou à venir quant à l'organisation interne et les prestations offertes et représente les axes qualité, conjonction des projets de soins, de prise en charge de la perte d'autonomie de la personne âgée, hôtelier, d'animations, ainsi que des optiques financières et budgétaires souhaitées, comme cela est déjà le cas avec le projet d'établissement (Brami G., 2000). Les objectifs fixés pour cinq années dans la convention tripartite sont par conséquent reportés dans le projet d'établissement et selon la période, le projet d'établissement comme la convention tripartite, peuvent faire l'objet soit d'une mise à jour, soit d'une reformulation totale. La stratégie, base de toute organisation, peut ainsi être déployée, développée, réorientée, etc. en fonction des structures, de la culture d'entreprise, etc. (Goldschmidt H., 1998). La convention tripartite est donc l'outil de la mise en œuvre de la stratégie qualité de l'établissement et les actions concrètes mises en œuvre en sont le reflet (Midler C., 1993). La mission de la convention relève donc de la gestion stratégique, qui s'inscrit ainsi dans une logique de gestion opérationnelle et de gestion de projet (Navarre C., Schaan J.L., 1988), dont les interfaces permettent le passage du projet à l'opération.

2.3. L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DANS LES EHPAD

Le préalable obligatoire à la signature de la convention est l'évaluation du niveau de qualité des établissements en termes d'offre de services, de prise en charge des résidents, de fonctionnement, d'organisation et de satisfaction des clients (résidents et des familles). Selon COUX N. (1997) l'évaluation a pour objectif d'interpréter des données, des actions, des faits, etc. Le dictionnaire nous dit qu'évaluer, c'est émettre un jugement sur une valeur. C'est justement cette notion de jugement qui donne à l'évaluation une connotation négative. Elle est ainsi assimilée au contrôle, ce qui entraîne pour les acteurs, la peur de la remise en question.



Or, le contrôle est destiné à mesurer des résultats (BOUVIER A., 1994) et à permettre aux « dirigeants de conduire efficacement leur entreprise » (BENEDICT G, KERAVEL R., 1990). Le contrôle et l'évaluation qualité vont par conséquent permettre aux dirigeants d'effectuer des mesures et d'opérer des choix grâce à la production d'informations décisives. L'évaluation qualité va également constituer un outil de la décision stratégique de la tutelle, lui permettant ainsi le passage à l'acte, en vue de sanctionner les établissements par l'attribution ou non de ressources, ou encore par le renouvellement ou non des autorisations de fonctionner. Cette prise de décision dépendra de la production d'une évaluation des points forts et faibles de l'organisation et la définition d'objectifs d'amélioration et de changement formalisés dans la convention tripartite.

Le Ministère des Affaires Sociales a élaboré et diffusé, en juin 2000, un guide d'évaluation qualité à l'ensemble des établissements d'accueil de personnes âgées prêts à entrer dans la réforme. Ce manuel qualité rassemble des indications pour la mise en œuvre de l'évaluation et des items qualité regroupés au sein du référentiel « Angélique » (Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements). Ce guide a été élaboré par la mission « Marthe » (Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement des personnes âgées) : un groupe de travail initié par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, composé d'acteurs du secteur médico-social public et privé. Ce document n'a pas de valeur légale, les établissements sont libres d'utiliser un autre guide d'auto-évaluation s'ils le souhaitent tels que ceux élaborés par des fédérations professionnelles du secteur privé. Cependant, ces guides restent peu nombreux, méconnus, et pour l'heure, le référentiel « Angélique » demeure le document de référence en la matière.

Pour l'établissement, le suivi des objectifs après la signature de la convention nécessitera l'analyse d'autres informations décisives, obtenues par le biais d'indicateurs de mesure pertinents des différents critères qualité recommandés par la tutelle. Nous rejoignons ainsi BOUQUIN H. (1997) qui fait de l'évaluation et du contrôle deux instruments complémentaires. Selon cet auteur, la finalisation, le pilotage et l'évaluation, sont indispensables, quel que soit l'objet du contrôle car « il faut être capable de mener à bien un processus qui avant l'action l'oriente, en cours d'action l'ajuste, et qui une fois l'action faite, en évalue la performance pour en tirer les leçons utiles ». La finalisation représente la définition des objectifs à atteindre, le pilotage permet de mettre en œuvre des actions correctives en fonction du constat d'un écart entre un objectif fixé et un résultat inadéquat constaté. Enfin, la post-évaluation mesure les résultats du contrôle et donc, la performance des



éléments qui le composent. Les concepts de contrôle et d'évaluation convergent par conséquent vers celui de management défini par MORIN E. (1997), dont le rôle est d'assurer « la convergence de tous les instants entre le fonctionnement réel et le fonctionnement désiré, entre le normatif et la réalité observée ». Il considère d'ailleurs que prévoir, organiser, appliquer et contrôler sont des actions qui constituent le squelette d'une action collective. C'est de cette manière que la stratégie est influencée, en retour, par le système de contrôle mis en place (BURLAUD A., SIMON C., 1997).

2.4. LES LIMITES DES DEMARCHES QUALITE DANS LES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX

Le cahier des charges du 26 avril 1999 concernant les recommandations relatives à la qualité, aux objectifs d'évolution et à leur évaluation va dans le sens du concept de qualité totale (WEILL M., 2001) pour lequel la préoccupation qualitative doit être présente partout dans l'établissement grâce à un état d'esprit ouvert à cette idée, et non pas par l'intermédiaire d'une structure hiérarchique imposant ses directives aux autres. La qualité totale correspond à un système d'organisation qui implique les différentes unités organisationnelles et les partenaires de l'entreprise dans un processus d'amélioration de la qualité, pour une meilleure efficacité des moyens choisis en vue d'améliorer la qualité des services, mais également de réduire les coûts (PERIGORD M., 1987). Néanmoins, la qualité totale présente certaines limites telles que la difficulté de mettre en place l'amélioration continue tout en continuant à demander au personnel d'adhérer aux procédures en place, mettre en œuvre la délégation du pouvoir sans menacer le contrôle hiérarchique traditionnel (HACKMAN R.J., WAGEMAN R., 1995), le manque d'implication des salariés, l'absence d'amélioration du climat social, de la productivité et de la créativité (IGALENS J., 1998). Enfin, l'amélioration de la qualité sur le long terme semble difficile à mettre en œuvre car, au fil du temps, d'autres objectifs deviennent prioritaires et le personnel perd sa motivation pour la démarche (JUBAN J.Y., 2000)

Les composantes de la qualité totale découlent de la volonté de l'établissement à satisfaire ses résidents, mais aussi la tutelle, ceci dans l'objectif d'en tirer des bénéfices divers. Différemment, l'assurance qualité (normes ISO 9001, 9002, 9003) essaie de donner confiance au client. Pour cela, on met en place des normes qui permettront de développer la qualité du fonctionnement général, ce qui est censé rendre les services, ou les biens, conformes aux attentes des clients. D'un point de vue théorique, il est possible d'opposer l'assurance qualité et la qualité totale. En effet, l'assurance qualité est empreinte d'un rationalisme (appliquer la



norme) qui semble être en contradiction avec l'interaction des processus, des acteurs, préconisée par la qualité totale (DOMENC M., 1996). Nous pensons plutôt que ces deux conceptions de la qualité se rejoignent (CANDAU P., DUTRAIVE P., VARNIER T., 1996) même si des écarts peuvent apparaître lors de la mise en œuvre (BERNY L., PEYRAT O., 1995). La démarche de qualité totale qui sous-tend la réforme de la tarification ne peut être dissociée de l'assurance qualité. Cette dernière est en effet nécessaire pour rendre visible la qualité par les tiers et ce, par le biais de la traçabilité des processus (conception, production, etc.) (DOUCET C., 1990 ; IGALENS J., PENAN H., 1994) : rédaction d'un manuel qualité et d'indicateurs de mesure, comme le préconise le référentiel qualité Angélique.

L'assurance qualité, bien qu'indispensable dans un processus d'amélioration continue du fait de la traçabilité, présente des effets pervers. La formalisation excessive et inutile (surqualité) conduit à l'apparition d'une organisation mécanique et bureaucratique (REIX R., 1996). Des difficultés peuvent résulter d'une stratégie exclusivement tournée vers une approche commerciale de la qualité, au détriment d'une approche de changement en vue d'améliorer les processus internes. Le risque est également de voir les acteurs interpréter, modifier, le sens des normes, ce qui favorise l'apparition de zones d'incertitudes (DUBOIS M, DOUTRE E., REMI D., 1999). Dans le cadre de la certification de type ISO, on remarque une faible contribution de la démarche qualité aux objectifs stratégiques (CAMPESINOS-DUBERNET M., JOUGLEUX M., 2002) et un manque d'adhésion du personnel (BOIRAL O., 2002 ; MORRISON E.W., MILLIKEN F.J., 2000). L'expérience américaine de Peer Review menée par la Professional Standards Review Organizations depuis 1972 montre les limites de l'assurance qualité dans les hôpitaux (D'HOORE W., 1993). D'une part, l'assurance qualité n'a pas permis d'intégrer les innovations technologiques et les procédures médicales pour favoriser la mise en œuvre de pratiques efficaces. Par conséquent, l'assurance qualité n'a pas permis d'améliorer la qualité des soins. D'autre part, ce processus n'est pas parvenu à maîtriser l'inflation des dépenses. A ces résultats, on attribue plusieurs causes : l'assurance qualité est envisagée sur le long terme mais de façon ponctuelle, l'audit médical est peu valide, le corps médical est méfiant à l'égard du traitement simultané de la qualité des soins et de l'utilisation des ressources, le comportement des médecins n'est pas modifié, la démarche manque de transparence, les acteurs manquent de mobilisation et de responsabilisation. En référence au manque de mobilisation, nous pouvons d'ailleurs ajouter que la performance dépend de la mobilisation du personnel, et que la performance signifie, pour les directeurs d'établissement, la qualité du service offert (SAULQUIN J.Y., 2000).



Enfin, au-delà du type de démarche mise en œuvre (qualité totale ou assurance qualité), certains auteurs (ROBERGE R., 1991 ; GODFREY A.B., BERWICK D.M., ROESSNER J., 1993 ; ETHIER G., 1994 ; LABOUCHEIX V., 2000) admettent qu'il est difficile de mettre en œuvre une gestion de la qualité dans le secteur sanitaire du fait de son caractère public et du cloisonnement à l'intérieur des organisations. Cette remarque vaut également pour le secteur médico-social qui présente les mêmes caractéristiques générales (fonctionnement soumis à une autorité de tutelle et frontière entre les différentes professions qui cohabitent au sein des établissements). Les démarches et la gestion de la qualité présentent d'autres effets pervers dus à l'enjeu vital que constitue la signature de la convention tripartite et les restrictions budgétaires. En effet, la qualité est considérée comme une contrainte légale impliquant la mise en œuvre d'un système d'assurance qualité, mais qui ne nécessite pas de placer au centre des préoccupations la satisfaction des besoins des résidents (LOZEAU D, 1996). D'autre part, la rationalisation des dépenses imposée par l'Etat depuis une dizaine d'année peut faire de la qualité un instrument de contrôle et d'économie des ressources s'opposant à l'amélioration continue des prestations et du fonctionnement de l'établissement (LOZEAU D., 1999).

3. LES RESULTATS DE LA RECHERCHE : UNE ASSURANCE QUALITE REMISE EN QUESTION PAR LA PREDOMINANCE DE LA CULTURE DE L'ORAL ET UN PROGRAMME STRATEGIQUE GARANT DU SUCCES DE LA CONVENTION TRIPARTITE

Nous définissons dans un premier temps la méthodologie de recherche adoptée pour nos deux études de cas (établissements d'accueil pour personnes âgées de type associatif). Nous présentons ensuite les principaux résultats de la recherche : l'identification des zones de danger pour la survie et le développement (établissement A) dans le cadre de la réforme tarifaire, et les résultats du passage de cette identification à la formalisation du programme stratégique qualité imposé par la tutelle dans le cadre de la convention tripartite (établissement B).

3.1. LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Nous présentons ici les résultats de deux études de cas issues d'une recherche-intervention. Alors que la littérature ne permet pas d'aborder l'organisation dans son ensemble, la présence du chercheur sur le terrain permet de développer les connaissances sur le fonctionnement des entreprises et des organisations (RIVELINE C., 1995). La recherche-intervention (PLANE J.M., 2000), basée sur l'expérimentation et l'observation sur le terrain relève d'une véritable



démarche empirique qui consiste à produire des connaissances et des concepts qui permettent « de penser des trajectoires » dans lesquelles les entreprises et organisations pourraient s'engager (HATCHUEL A., 1994). La recherche-intervention « constitue un modèle de conception et de pilotage du changement particulier, dans lequel conception et implémentation des nouveautés sont gérées en simultané » (DAVID A. 2000). Ainsi, une « méthode heuristique et hypothético-inductive alterne avec une démarche à caractère logico-déductif, enchaînées dans une démarche de synthèse dialectique » (SAVALL H., ZARDET V., 1996). Nous avons donc conduit une recherche-intervention qui consiste en un jeu d'aller-retours entre les théories et les observations effectuées au cours de l'année 2002 au sein de deux établissements d'accueil pour personnes âgées de statut associatif (A et B). Au moment de l'étude, l'établissement A comptait 32 personnes pour 75 résidents et l'établissement B, 43 personnes pour 80 lits.

Dans l'établissement A, afin d'identifier les éléments pouvant remettre en question la survie et le développement des organisations médico-sociales, nous avons administré un **questionnaire** en face en face à 26 personnes dans l'objectif d'identifier les **points forts** et **points faibles** de l'organisation selon le référentiel qualité Angélique. Afin de garantir l'objectivité des propos recueillis, nous avons multiplié les questionnaires et varié les répondants (MILES M.B. et HUBERMAN A.M., 1991). Nous avons retraité les matériaux de manière à mettre en évidence les critères respectés, partiellement respectés, non respectés et le niveau de traçabilité existant et participant de l'assurance qualité. Nous avons souhaité opérer cette ventilation afin de rendre la situation de l'établissement la plus réaliste possible. L'analyse des données montre en effet que la plupart des critères sont respectés, mais simplement qu'aucune trace écrite n'en apporte la preuve du fait de la prédominance de la culture de l'oral dans ce type d'organisation. La seconde étude de cas (établissement B) nous permet de montrer le passage de cette première analyse à la formalisation d'un outil de pilotage stratégique de l'amélioration de la qualité. Nous rappelons que la matrice vierge de cet outil est présenté dans le cahier des charges de la convention tripartite.

3.2. LES ZONES DE RISQUE REMETTANT EN QUESTION LA SURVIE ET LE DEVELOPPEMENT DE L'ETABLISSEMENT A

Le référentiel qualité comporte quatre thèmes : attentes et satisfaction des résidents et de leurs familles (53 critères), réponses apportées aux résidents en termes d'autonomie, d'accompagnement et de soins (60 critères), l'établissement et son environnement (23



critères) et la démarche qualité (11 critères). Nous avons neutralisé ce dernier thème car lors de l'évaluation, l'établissement n'avait mis en œuvre aucun dispositif, ni outil qualité.

L'établissement observe plus de la moitié des prescriptions imposées par le référentiel (72 critères respectés ou partiellement respectés sur 136). En revanche, leur traçabilité n'est pas suffisamment assurée, avec seulement 22% de documents d'enregistrement. Cette traçabilité (compte-rendus de réunion, plannings de travail, procédures, protocoles, documents d'enregistrement, indicateurs, etc.) est exigée par la tutelle de manière à fournir la preuve écrite du respect des critères qualité. Elle permet également à l'établissement de capitaliser les informations, d'assurer le suivi des actions et du travail de manière régulière et donc, d'opérer des choix le cas échéant (CRUCHANT L., 1995).

S'agissant du premier thème, attentes et satisfaction des résidents et de leurs familles, les résultats montrent, par exemple, qu'en l'absence de secrétaires, le week-end et en soirée, ce sont les personnels soignants qui assurent les tâches liées à l'accueil. Le travail effectué dans ce cadre manque de fiabilité et la traçabilité n'est pas assurée : les secrétaires ne disposent pas de check-list des documents et renseignements à fournir, ni d'une procédure capable d'assurer le suivi de chaque dossier demandé. A ce manque s'ajoute l'absence de concertation entre secrétariat et service de soins, qui ne permet pas d'harmoniser les tâches d'accueil en journée, le soir et le week-end. Les établissements sanitaires et sociaux souffrent de cloisonnements entre services et entre catégories de personnels. Ces clivages qui recourent « les fonctions de conception (les grands projets de recherche, la recherche de clientèle et la détermination des thérapeutiques) et celles d'exécution (la réalisation des soins et l'entretien des malades), est préjudiciable (...) à une approche globale et donc efficace du malade » (MOISDON J.C., TONNEAU T., 1999). L'inadéquation des flux d'informations et de l'organisation du travail est donc en grande partie due aux cloisonnements entre métiers et catégories de personnel. Concernant l'admission, l'établissement fait signer un contrat de séjour au résident dès son admission, mais il n'a pas de livret d'accueil ni de règlement intérieur, alors que ces documents sont imposés par le référentiel. Les étapes de l'admission ne sont pas formalisées au sein d'une procédure, ni enregistrées lors de leur réalisation. L'absence de ces documents ne permet pas de mettre notamment en évidence le consentement de la personne quant à son entrée dans la résidence. Les arrivées non programmées de résidents perturbent l'organisation du travail et ne permettent pas la prise en charge correcte de la personne, essentiellement lorsqu'il s'agit d'une personne arrivant de l'hôpital, avec un traitement à prendre alors qu'il n'y a pas d'infirmière. La gestion du temps est liée aux contraintes de l'environnement



(STORA J.B., 1988) et l'amélioration des méthodes individuelles de gestion du temps s'insère normalement dans un processus collectif au sein d'un système de relations et d'interactions (DUFOURMENTELLE P., 1986) qui n'est pas, dans ce cas, mis en oeuvre. Le personnel dit également manquer d'informations fiables sur l'état de dépendance des résidents à leur arrivée. Cette observation laisse supposer qu'il est effectivement difficile de maîtriser l'ensemble des variables du système d'information du fait de la coexistence d'éléments formels et informels, intégrant les individus (MELESE J., 1979). Des bénévoles interviennent dans la résidence mais leurs actions ne sont pas articulées à celles de l'animatrice et manquent donc d'efficacité. Ceci s'explique par l'absence de charte des bénévoles et de procédure d'encadrement à leur égard, l'objectif de ces documents étant de formaliser leur présence et leur action pour une meilleure coordination avec le travail des équipes. Le manque de pouvoir de décision concernant l'organisation des activités est un des facteurs qui explique l'inertie (SIMON H.A., MARCH J.G., 1974) des acteurs en matière de pilotage. C'est précisément le pouvoir qui permet d'amener les hommes à se comporter d'une façon donnée (TOFFLER A., 1992) et le mode de management en est l'instrument.

Concernant les réponses apportées aux résidents en termes d'autonomie, d'accompagnement et de soins, l'analyse des données montre notamment que le médecin se concerte avec la direction et l'équipe de soins au coup par coup, il n'existe aucune réunion régulière et organisée selon un ordre du jour précis. Ce manque de communication entraîne la transmission tardive d'informations importantes, ce qui constitue un risque pour la santé des résidents et un risque de contentieux pour l'établissement. Dans ce cadre, l'information est à distinguer de la communication, cette dernière étant entendue comme un ensemble de techniques permettant l'expression au sein d'une organisation. Elle est donc la capacité à mettre en relation des hommes entre eux en vue de faciliter leur action collective (LEHNISCH J.P., 1985) et le système d'information est l'instrument de cette mise en relation. Il existe une infirmière référente, mais elle n'est pas clairement identifiée dans l'organisation, ses missions ne sont pas suffisamment claires et se confondent avec celles du personnel. Les cadres sont souvent sollicités sur certaines questions spécifiques (MINTZBERG H., 1984) et perturbatrices, ils n'ont pas le temps de réfléchir aux missions d'encadrement (nouvelles procédures, gestion de leur équipe, mise en place de solutions d'amélioration, etc.). Certains auteurs pensent que dans beaucoup de situations, les personnes donnent la primauté à l'action plutôt qu'à la réflexion du fait de l'investissement psychologique que cette dernière nécessite (BERRY M., 1983). Il est difficile pour l'infirmière référente de se distinguer des autres



membres de l'équipe, d'autant que l'établissement ne dispose ni d'organigramme, ni de fiche de poste clarifiant le rôle de chacun et les liens hiérarchiques, fonctionnels et opérationnels. Pourtant, il semble nécessaire de donner des responsabilités claires aux cadres (MARSCHESNAY M., 1993) car ils jouent un rôle important qui évolue et passe par la transmission d'ordre et l'animation d'une équipe (CROZIER M., 1985). Les informations liées aux soins ne figurent pas dans un dossier individuel comprenant le suivi et les objectifs pour chaque résident. Les informations sont dispersées sur de multiples supports, ce qui ne permet pas de les interpréter, d'être alerté, et de prendre des décisions rapidement. Les données médicales ne sont pas régulièrement enregistrées par les médecins libéraux intervenant au sein de la résidence, ce qui ne permet pas le suivi correct des résidents par l'équipe. MC KAY D. et BOULDING K.E. (ATLAN H. 1977) considèrent d'ailleurs que l'information peut changer la représentation d'un événement ou d'un objet du fait de sa réception par son destinataire et dans notre cas, cette information ne permet pas d'assurer rapidement une prise en charge adaptée. L'acquisition de compétences n'est pas organisée selon un plan pluriannuel de formation permettant de définir les besoins et d'y répondre en fonction d'un calendrier et d'un budget précis (par métier, par formation, par période, etc.). Le personnel suit des formations de manière irrégulière, sans analyse préalable des compétences disponibles et des besoins, d'où certains manques de compétences en soins, en hôtellerie et en animation. Par conséquent, les compétences restent virtuelles car peu actualisées (LEVY-BOYER C., 1993), elles ne contribuent pas ou peu au développement de la culture stratégique de base (AVENIER M.J., 1992). Dans notre cas, la formation ne permet pas toujours d'améliorer les compétences « en rapport avec les responsabilités individuelles » (TALBOT J.R, ELLIS C.D, 1988), de manière à ce que les individus soient aptes à réagir face à une situation qui a pu évoluer par rapport aux compétences acquises au cours de la formation initiale.

Pour le dernier thème étudié, l'établissement et son environnement, les résultats montrent que le personnel n'applique pas systématiquement les règles d'hygiène et de sécurité (lavage des mains, conduites à tenir lors d'exposition au sang) car il n'y a pas été formé, il n'existe pas, par conséquent, de protocole formalisé dans ces domaines. Le matériel d'entretien et les stocks de produits dangereux ne sont pas rendus inaccessibles aux résidents, ce qui peut être un danger pour certains d'entre eux. Enfin, l'établissement n'organise pas d'enquête de satisfaction à l'égard des résidents et des familles comme le recommande la tutelle. S'agissant de ce type d'enquête, les établissements hospitaliers également soumis à cette contrainte,



reconnaissent le manque d'information, leur manque de fiabilité et la faiblesse des actions mises en œuvre suite à leur exploitation (BERTEZENE S., 2000).

3.3. LA FORMALISATION DES OBJECTIFS QUALITE A MOYEN-LONG TERME POUR SIGNER LA CONVENTION TRIPARTITE ET ASSURER LA SURVIE ET LE DEVELOPPEMENT DE L'ETABLISSEMENT B

L'approche stratégique de la qualité est renforcée par la mise en place des conventions tripartites entre les établissements publics et privés, le Conseil Général et la DDASS. Les moyens, c'est-à-dire les investissements et les autres ressources nécessaires à la mise en œuvre des objectifs, sont déterminés à partir de cette convention. En cas d'inexécution, d'une part le développement de l'établissement peut être affecté par des sanctions financières et d'autre part, sa survie peut être remise en question par le non renouvellement des autorisations de fonctionnement. La qualité constitue certes une préoccupation pour les EHPAD, mais le risque est de voir des démarches essentiellement mises en œuvre du fait de la réforme tarifaire. Ceci aurait pour conséquence la mise en œuvre de démarches d'amélioration de la qualité déconnectées du projet d'établissement et pour lesquelles on assisterait à un manque d'engagement des directions (BERTEZENE S., 2001). Dans cette perspective, il nous a donc paru important d'étudier la stratégie qualité adoptée et formalisée en vue d'être contractualisée. Dans ce contexte, nous souhaitons montrer comment les établissements passent des résultats de l'évaluation qualité à la convention tripartite. Pour cela, nous avons réfléchi à l'élaboration d'un programme stratégique qualité basé sur les résultats de l'évaluation qualité conduite grâce au référentiel Angélique et les objectifs propres de l'établissement.

Les résultats expérimentaux de la recherche conduite au sein d'un second établissement montrent que la stratégie qualité prend en considération non seulement les objectifs déterminés par la direction en fonction des résultats de l'évaluation qualité, mais également des objectifs de changement internes (par rapport à l'organisation) et externes (par rapport à l'environnement) relatifs à la stratégie générale de l'établissement (SAVALL H., ZARDET V., 1995). La formulation de la stratégie qualité contribue à donner confiance aux salariés, aux clients et à la tutelle grâce à l'élaboration d'objectifs par la direction et mis en œuvre par le personnel. Ces objectifs permettent ainsi de contrôler et de coordonner certains processus (accueil des résidents, accompagnement social, etc.) tout en exprimant les politiques, la culture de l'établissement (JAMEUX C., 1998).

Tableau n°1

Le programme stratégique de l'établissement B pour la période 2002-2007

Objectifs à atteindre	Déclinaison	Objectifs nécessitant :			
		Nouvelle organisation	Actions de formation	Investissement	Fonctionnement (recrutements)
Renforcer la qualité des soins	Individualiser la prise en charge des résidents	X		X	
	Développer le soutien psychologique des résidents	X	X		X
	Développer l'accompagnement en fin de vie	X	X		
Objectifs à atteindre	Déclinaison	Objectifs nécessitant :			
		Nouvelle organisation	Actions de formation	Investissement	Fonctionnement (recrutements)
Lutter contre la perte d'autonomie des résidents	Développer un plan de lutte contre la dépendance	X	X		
	Développer les repas thérapeutiques	X	X	X	
Renforcer la qualité de l'accueil et de l'accompagnement des résidents	Développer l'accompagnement social individualisé du résident, conformément à son projet de soins et de vie individualisé	X			
	Associer les acteurs externes (familles, bénévoles) à l'accompagnement des résidents	X			
	Répondre aux besoins physiques et psychiques des résidents dans leur vie quotidienne	X	X		X
Développer et améliorer l'organisation interne de l'établissement	Renforcer le professionnalisme du personnel conformément à la philosophie de prise en charge des résidents	X	X		
	Renforcer qualitativement et quantitativement les ressources humaines	X	X		X
	Développer l'utilisation des nouvelles technologies	X	X	X	

Le premier objectif, renforcer la qualité des soins, donne lieu à la formulation de trois sous-objectifs centrés sur le résident. D'abord, l'individualisation de la prise en charge donnera lieu au développement d'un partenariat avec les autres établissements et services pour personnes âgées du secteur géographique qui ira plus loin que la simple relation client-fournisseur et passera par des décisions concertées et une coordination des opérations (MARMUSE C,



1996). Ce sous-objectif nécessitera également la mise en place d'un projet de vie et de soins individualisé basé sur un travail commun des équipes, la réorganisation du travail des soignants et des agents hôteliers de manière à respecter le rythme de vie des résidents, l'amélioration de la sécurité des soins grâce à la modernisation du dispositif des appels malades et de recherche des résidents. Ensuite, le développement du soutien psychologique apporté au résident repose sur le recrutement d'une psychologue. Ce sous-objectif nécessite également la mise en œuvre de moyens spécifiques capables d'aider les résidents en fonction de leurs souffrances explicites et implicites, l'écoute et le conseil des parents et des proches des résidents et une réflexion éthique continue des professionnels de l'établissement. Enfin, le développement de l'accompagnement en fin de vie donnera lieu à la formation du personnel, la mise en œuvre d'un programme de soins spécifiques (soins palliatifs etc.) sur la base des conclusions d'une réflexion pluridisciplinaire.

Le deuxième objectif, lutter contre la perte d'autonomie des résidents, comporte deux sous-objectifs. Développer un plan de lutte contre la dépendance consiste à mettre en place des animations axées sur la stimulation physique et cognitive et à organiser une réflexion sur la contention. Ce sous-objectif prend également en considération l'adaptation des compétences du personnel aux situations de travail avec des formations aux gestes et postures et à la prévention des chutes. L'autre sous-objectif, développer les repas thérapeutiques, passe par la formation du personnel afin de développer une compétence clé (PRAHALAD C.K., HAMEL G., 1990), décisive dans la prise en charge des résidents, mais encore marginale dans les établissements d'accueil pour personnes âgées, la réorganisation du temps et des méthodes de travail liées à l'aide au repas et l'acquisition de matériel adapté (table, fauteuils, couverts, etc.)

Le troisième objectif, renforcer la qualité de l'accueil et de l'accompagnement social des résidents, décline trois sous-objectifs. Le premier est centré sur le développement de l'accompagnement social individualisé du résident, conformément au projet de soins et de vie individualisé. Ce sous-objectif devrait être atteint par le développement de l'intégration des habitudes de vie de la personne âgée par les différentes équipes avant son entrée dans la résidence, et grâce à la prise en considération des choix et des préférences des résidents tout au long de leur accompagnement, ce qui permettra de valoriser l'offre de services selon les clients (KOENIG G., 1996). Le deuxième sous-objectif consiste à associer les acteurs externes à l'accompagnement des résidents, grâce à l'association des familles aux instances de consultation des résidents, à la formation et à l'encadrement des bénévoles. Le dernier sous-



objectif traite des réponses apportées aux besoins physiques et psychiques des résidents dans leur vie quotidienne. Dans ce cadre, les actions mises en œuvre consistent à développer les animations et les sorties, à former le personnel à l'animation et à recruter une animatrice supplémentaire.

Le dernier objectif porte sur le développement et l'amélioration de l'organisation interne. Pour atteindre cet objectif, la direction souhaite renforcer le professionnalisme du personnel afin de renforcer la philosophie de prise en charge des résidents grâce à la mise en œuvre de différentes actions : organiser une sensibilisation continue du personnel sur le respect des procédures et l'éthique à observer à l'égard des personnes âgées, élaborer des fiches de poste pour tous, développer un système de coopération entre les membres des équipes de soins et hôtellerie, et un système de communication et d'échange d'informations entre les différents métiers (personnel soignant, hôtelier, administratif et d'animation). L'amélioration de l'organisation interne conduit également la direction à vouloir renforcer qualitativement et quantitativement les ressources humaines grâce à l'évaluation des besoins en personnel (grâce à l'identification de la charge de travail impliquée par le degré de dépendance des résidents) et à la mise en œuvre des recrutements nécessaires. Le renforcement quantitatif des ressources humaines donnera lieu à l'élaboration et la mise en œuvre d'un système d'évaluation des besoins individuels de formation, et d'un plan de formation à moyen terme fondé sur l'adaptation aux évolutions de l'environnement (techniques de soins, nouvelles technologies, vieillissement de la population, dépendance accrue, etc.) qui apparente ainsi l'établissement à une organisation apprenante (BOBLIN N., BRENNER P, 1996). Enfin, la direction mettra en place un dispositif d'évaluation régulière de l'adéquation entre le projet d'établissement et les actions réalisées afin de mesurer l'écart stratégique entre objectifs et réalisations (KALIKA M et coll., 1989). Un troisième sous-objectif consiste à développer l'utilisation des nouvelles technologie afin d'informatiser le dossier de soins et de créer le site internet de la résidence afin de diffuser des informations sur la résidence à l'égard des clients potentiel.

Toutes les actions définies par la direction de l'établissement et signalées dans la convention nécessiteront des changements dans l'organisation du travail, des actions de formations et des recrutements. Elles traduisent le passage de l'évaluation qualité effectuée sur la base du référentiel Angélique à la définition d'une stratégie qualité impliquant l'établissement pour sa mise en œuvre et la tutelle pour l'attribution des moyens.



4. CONCLUSION

Les résultats de notre recherche, menée au sein de deux établissements d'accueil pour personnes âgées du secteur privé associatif, nous ont permis de mettre en évidence différents résultats :

- la réforme de la tarification de 1999 impose l'évaluation de la qualité des établissements d'accueil pour personnes âgées selon un référentiel spécifique transmis par la tutelle. Nous constatons que l'établissement tend à mettre en œuvre les critères qualité imposés par le référentiel, mais la prédominance de la culture de l'oral ne permet pas la traçabilité exigée par l'assurance qualité ;
- le programme stratégique qualité doit être rédigé par les établissements suite à l'évaluation qualité. Dans le cadre de la convention tripartite, il a pour objectif de contractualiser les objectifs d'amélioration de la qualité entre l'établissement, le Conseil Général et la DDASS. L'expérimentation de cet outil montre la formalisation de la stratégie de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et dans une perspective de qualité totale : le programme stratégique est ainsi le garant du suivi de l'évolution de la démarche sur le terrain et son évaluation périodique permet de reformuler certains objectifs, de déterminer de nouvelles actions, tout en évaluant les moyens nécessaires à sa mise en œuvre.

Notre recherche comporte néanmoins certaines limites. L'analyse de questionnaires offre la possibilité de standardiser et comparer les données, mais les données recueillies restent **sommaires** et il peut exister des écarts entre les données déclaratives et les mesures comportementales (WACHEUX F., 1996). En outre, il est impossible de pallier une insuffisance des données collectées ou une erreur de la mesure. Par ailleurs, la recherche-intervention est une méthode de recherche longitudinale qui offre une grande richesse d'information (THIETART R.A. et coll., 1999) mais, du fait du temps nécessaire à sa mise en œuvre, elle ne peut pas offrir un nombre de terrains suffisants pour que les résultats soient généralisés. Nous manquons également de recul quant à la pérennité de l'outil stratégique au sein de l'établissement B. Il serait intéressant de compléter et d'enrichir nos travaux, de renouveler cette expérimentation au sein d'autres établissements et de vérifier la mise en œuvre dans le temps des programmes stratégiques qualité.



5. REFERENCES

- ALTAN H., *Modélisation et maîtrise des systèmes*, Editions Hommes et Techniques, 1977, pp.118-150.
- ANTHONY R.N., *The management control function*, Havard Business School Press, Boston 1988.
- AVENIER M.J., *De la planification au pilotage stratégique*, Encyclopédie du Management, Tome 2, Vuibert, 1992, pp.321-339, p.331.
- BENEDICT G., KERAVEL R., *Evaluation du contrôle interne dans la mission d'audit*, Edition Comptable Malesherbes, 1990, 95p., p. 11.
- BERNY L., PEYRAT O., *La certification d'entreprise : vrais enjeux et faux débats*, Revue Française de Gestion, novembre-décembre 1995, pp.99-104.
- BERRY M., *Une technologie invisible ? L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains*, publication du Centre de Recherche en Gestion (CRG), Ecole Polytechnique, 1983, 93 p.
- BERTEZENE S., *Démarche qualité : état des lieux*, Revue Gestions Hospitalières, n°410, novembre 2001, pp.710-721.
- BERTEZENE S., *Les démarches qualité dans les hôpitaux français*, thèse de doctorat de sciences de gestion, université Lumière Lyon 2, 2000, 389 p. + annexes.
- BOBLIN N., BRENNER P., *L'art de mesurer l'apprentissage organisationnel*, Management Review, mars 1996.
- BOIRAL O., *ISO 9000 : de l'impératif commercial au « rite de passage » organisationnel*, Actes de la 11^{ème} Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique, juin 2002, Paris, 25p.
- BOIVERT H., *Le contrôle de gestion, vers une pratique renouvelée*, Edition du renouveau pédagogique, Montréal, 1991.
- BOUQUIN H., *Comptabilité de gestion*, éditions Sirey, 2^{ème} édition, 1997, 580p., pp.198-210.
- BOUVIER A., *Management et projet*, Editions Hachette, Collection Education, 1994, 272p., p.84.
- BRAMI G., *Le projet institutionnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées*, 2000, 218 p., p. 19.
- BRECHET J.P., *Projets individuels et collectifs, paradigme stratégique et réalité construite. Pour une lecture constructiviste du développement des organisations*, Actes du



- Colloque de l'IAE, *Constructivisme(s) et sciences de gestion*, Tome 1, Lille, octobre 1997, pp. 218-233, p.224.
- BURLAUD A., SIMON C., *Le contrôle de gestion*, La découverte, 1997, 123 p., pp.19-23.
 - CAMPESINOS-DUBERNET M., JOUGLEUX M., *ISO 9000 dans le changement stratégique d'une bureaucratie de service*, Actes de la 11^{ème} Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique, juin 2002, Paris, 20p.
 - CANDAU P., DUTRAIVE P., VARNIER T., *Ne ratez pas votre certification, mettez-la sous qualité*, dans *Qualité en Mouvement*, 1996, pp.52-56.
 - COUX N., *Evaluation « chemin faisant » et mise en actes d'une stratégie tâtonnante*, ouvrage collectif coordonné par AVENIER M.J, *La stratégie « chemin faisant »*, 1997, op. cit. p. 165 à 187, p. 165
 - CROZIER M., *L'entreprise dans 10 ans, Les nouveaux modes d'organisation*, Institut de l'Entreprise, 1985, 75 p.
 - CRUCHANT L., *La qualité*, Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition, 1995, 128 p.
 - D'HOORE W., *Quelles leçons tirer de l'expérience américaine de l'assurance qualité par Peer Review ?*, dans *Acta Hospitalia*, n°2, 1993.
 - DAVID A., *La recherche intervention, un cadre général pour les sciences des gestion ?*, Actes de la 9^{ème} Conférence Internationale de Management Stratégique, Montpellier, 24, 25 et 26 mai 2000, 22 p., p.11.
 - DOMENC M., *Certification ISO 9000 : atout ou risque pour l'organisation*, *Qualité : changement d'organisation et performance*, Editions ANACT, 1996, p. 77 à 81.
 - DOUCET C., *Qualité et certification des entreprises* dans, *Traité de la qualité totale*, sous la direction de LABOUCHEIX V., Dunod, 1990.
 - DUBOIS M., DOUTRE E., REMI D., *Participation dans les démarches qualité et confiances sociale*, *Sciences de la Société*, n°46, 1999, pp.49-65.
 - DUFOURMENTELLE P., *La dimension temps, gestion du temps, délégation, prise de décision*, Editions d'Organisation, 1986.
 - FRUTIGER P., FESSLER J.-M., *La gestion hospitalière médicalisée*, ESF éditeur, Paris, 1991.
 - GODFREY A.B., BERWICK D.M., ROESSNER J., *La gestion de la qualité peut-elle réussir dans le domaine de la santé ? Oui, si l'on suit dix principes*, *Qualité en mouvement*, volume 7, pp.63-69, 1993.
 - GOLDSCHMIDT H., *Meeting demands for hospital quality*, dans *European Hospital Management*, 1998, volume 4, issue 5, 96 p., p. 31.



- HACKMAN R.J., WAGEMAN R., *Total quality management : empirical, conceptual and practical issues*, dans, *Administrative Science Quarterly*, 1995, volume 40, n°2, pp.309-342.
- HATCHUEL A., *Les savoirs de l'intervention en entreprise*, *Entreprise et Histoire*, n°7, pp.59-75, p.70.
- IGALENS J., PENAN H., *La normalisation*, Presses Universitaires de France, 1994, 128 p., p.17.
- IGALENS J., *Perception par les DRH des liaisons entre quelques pratiques de gestion de la qualité et des indicateurs de mobilisation des ressources humaines*, *Economie et Société, Sciences de Gestion*, n°8-9, 1998, pp. 169-180.
- JAMEUX C., *Pouvoir et confiance : retour sur la nature et le rôle de l'autorité dans le fonctionnement des organisations*, Note de recherche n°98-11, juin 1998, 12 p.
- JUBAN J.Y., *L'implication du personnel de maîtrise dans les politiques de la qualité*, *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, n°36, juin 2000, pp.32-47.
- KALIKA M., DUPUY Y., MARMUSE C., TRAHAND J., *Les systèmes de gestion*, Vuibert, 1989. p.331.
- KOENIG G., *Management stratégique – paradoxe, interactions et apprentissages*, Nathan, 1996, 543p., p.160.
- LABOUCHEIX V., *Traité de la qualité totale*, Bordas, 2000.
- LEHNISH J.P., *La communication dans l'entreprise*, Presses Universitaires de France, 1985, p.120.
- LEVY-BOYER C., *Le bilan des compétences*, Editions d'Organisation, 1993, 117 p., p.94.
- LOZEAU D., *L'effondrement tranquille de la gestion de la qualité : résultats d'une étude réalisée dans douze hôpitaux publics au Québec*, *Ruptures*, 1996, volume 3, n°2, pp.187-208.
- LOZEAU D., *La ritualisation de la gestion de la qualité : études de cas dans deux hôpitaux au Québec*, Actes de la 8^{ème} Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique, mai 1999, Paris, 20p.
- MARCHESNAY M., *La stratégie d'entreprise*, Editions Eyrolles, 1993, 200 p.
- MARMUSE C., *Politique générale – langages, intelligence, modèles et choix stratégiques*, *Economica*, 1996, 646 p., pp.555-573.
- MARTINET A.C., *Les jeux du management stratégique. Formes et figures élémentaires*, *Euristik*, n°6, IAE de Lyon, 1997, 21p.
- MELESE J., *Approches systémiques des organisations, Vers l'entreprise à complexité humaine*, Les Editions d'Organisation, 1979, 157p.



- MIDLER C., *Pilotages de projet et entreprises. Diversités et convergences*, Economica, 1993, pp.17-31, p. 20.
- MILES M.B. et HUBERMAN A.M., *Analyse des données qualitatives: recueil de nouvelles méthodes*, De Boeck Université, 1991.
- MINTZBERG M., *Le manager au quotidien*, Editions d'Organisation, 1984, 200 p.
- MOISDON J.C., TONNEAU D., *La démarche gestionnaire à l'hôpital*, Editions Seli Arslan, 1999, 254 p., p. 195.
- MORIN E., *L'art du manager, de Babylone à Internet*, Les Editions d'Organisation, 1997, 228 p., p.31.
- MORRISON E.W., MILLIKEN F.J., *Organizational silence : a barrier to change and development in a pluralistic world*, The Academy of Management Review, volume 25, n°4, 2000, pp.706-725.
- NAVARRE C., SCHANN J.L., *Techniques et méthodes spécifiques de la gestion de projet*, Revue Française de Gestion, n°68, mars-avril-mai 1988, pp. 36-37, p.37.
- PERIGORD M., *Réussir la qualité totale*, Les Editions d'Organisation, 1987, p.72
- PLANE J.M., *Méthodes de recherches-interventions en management*, Préface de PEREZ R., L'Harmattan, 2000, 256 p.
- PRAHALAD C.K., HAMEL G., *The core competence of the corporation*, Harvard Business Review, mai-juin, 1990.
- REIX R., *Savoir tacite et savoir formalisé dans l'entreprise*, Revue Française de Gestion, 1995, n°105, p.17.
- RIVELINE C., *De Maurice Allais à Emile Durkheim. Itinéraire d'un chercheur en gestion*, Les Annales de l'Ecole de Paris, Volume 1, 1995, pp.367-378, p.369.
- ROBERGE R., *Le réseau hospitalier : du contrôle de la qualité à la gestion intégrale de la qualité*, Qualité totale, 1991, pp.11-14.
- SAULQUIN J.Y., *Gestion des ressources humaines et performance des services : le cas des établissements socio-sanitaires*, Revue de Gestion des Ressources Humaines, n°36, juin 2000, pp.19-31.
- SAVALL H., ZARDET V., *Ingénierie stratégique du réseau*, Economica, 1995, 517 p., pp.222-224.
- SAVALL H., ZARDET V., *La dimension cognitive de la recherche-intervention : la production de connaissances par interactivité cognitive*, Revue Internationale de Systémique, volume 10, n°1-2, 1996, pp.157-189.



- SICOTTE C., TILQUIN C., VALOIS M., *La gestion de l'information dans les établissements de santé*, Presse de l'Association canadienne des Hôpitaux, Ottawa, 1991.
- SIMON H.A., MARCH J.G., *Les organisations*, Dunod, 1974, 253p.
- STORA J.B., *Le coût du stress*, dans Revue Française de Gestion, janvier-février 1988.
- TALBOT J.R., ELLIS C.D., *La formation dans l'entreprise, conditions requises, coûts, évaluation des résultats*, Editions d'Organisation, 1988, 185p., p.11.
- THIETART R.A. et coll., *Méthodes de recherche en management*, Dunod, 1999, 535 p.
- TOFFLER A., *Les nouveaux pouvoirs*, Fayard, 1992, 650p., p.33.
- WACHEUX F., *Méthodes qualitatives et recherche en gestion*, Economica, 1996, 290p.
- WEILL M, GUILHON A, *Démarche qualité : de la stratégie d'adaptation aux processus stratégiques de changements dans les PME – Résultats d'un test empirique*, Actes de la 5ème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique, Lille, mai 1996, 17p.
- WEILL M., *Le management de la qualité*, La découverte, 2001, 120 p., pp.51-74.
- WISSLER M., *Compétitivité de l'entreprise et projet qualité*, article de recherche G86/8, IAE Université Jean Moulin Lyon III, mars 1986.
- WISSLER M., *Qualité des produits et gestion stratégique*, thèse de troisième cycle en sciences de gestion, IAE de Lyon, 1982, p.258.