



DESSMS

Promotion : **2013 - 2014**

Date du Jury : **décembre 2014**

**La problématique de la mise en oeuvre
d'une démarche d'amélioration de la
qualité dans un EHPAD autonome :
mythe de Sisyphe?**

Sébastien PIEDFERT

Remerciements

J'adresse ici mes remerciements aux nombreuses personnes qui m'ont apporté leur aide tout au long de cette formation, mon maître de stage qui a bien voulu m'accueillir dans son établissement et qui m'a proposé cette mission relative à la qualité, l'équipe du service des personnes âgées du Conseil général de Seine-Saint-Denis, les professionnels de l'Ehpad « Les Cerisiers » pour avoir accepté parmi eux un « directeur stagiaire », les résidents et toutes les personnes qui se sont prêtées au jeu des entretiens. Je remercie également mes collègues de la promotion Geneviève Laroque pour les échanges que nous avons pu avoir sur le sujet.

Toutes les bonnes idées pouvant figurer dans ce mémoire sont de leur part, toutes les erreurs sont évidemment de mon fait.

Merci enfin à ma compagne pour sa patience et son soutien.

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

ARS : Agence régionale de santé

AS : Aide-soignant

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CG : Conseil général

CODERPA : Comité départemental des retraités et personnes âgées

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

GIR : Groupes iso-ressources

GMP : GIR moyen pondéré

HAS : Haute autorité de santé

PMP : Pathos moyen pondéré

USLD : Unité de soins de longue durée

Sommaire

CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.	1
Introduction	1
I - Le concept de qualité et son affirmation progressive au sein des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes	6
1.1. La qualité : un concept et des méthodes issus du monde industriel	6
1.1.1. Les penseurs de la qualité	6
1.1.2. La vulgarisation de la démarche qualité au travers d'outils managériaux	7
1.2. Le développement continu de la qualité dans le secteur médico-social et dans les EHPAD : l'humanisation comme point de départ de la qualité	9
1.2.2. La loi n°75-535 du 30 juin 1975 : instrument de modernisation des établissements	10
1.2.3. La Loi n° 2002-2 du 2 janvier de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale : vers la maturité de la démarche qualité ?	12
1.3. Les acteurs de la qualité dans le domaine médico-social	14
1.3.1. Une constellation d'acteurs intervenants dans le domaine de la qualité	14
1.3.2. La standardisation de la démarche qualité	17
Conclusion de la 1° partie	18
II - La mise en œuvre de la démarche qualité au sein de l'EHPAD « les Cerisiers » et les problématiques liées à l'utilisation de certains outils	20
2.1. Les outils prévus par la loi du 2 janvier 2002 : socle de la démarche qualité	21
2.1.1. Le projet d'établissement	21
2.1.2. Les évaluations des activités et de la qualité des prestations des établissements : bases de la démarche qualité	22
2.1.3. La participation des usagers aux conditions de fonctionnement	24
2.1.4. Remarques sur les autres outils de la loi du 2 janvier 2002	25
2.2. Les outils d'amélioration de la qualité basés sur le recueil d'informations : problématiques d'utilisation	27
2.2.1. La boîte à idées	27
2.2.2. Les questionnaires de satisfaction des résidents	28
2.2.3. La fiche de signalement des événements indésirables : un outil d'amélioration continue de la qualité	31
2.2.4. Le registre des plaintes et des réclamations pour les résidents et les familles	33
2.3. L'amélioration des conditions de travail comme support de la stratégie d'amélioration de la qualité	35
2.3.1. le rôle du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)	36
2.3.2. Le projet social et la politique de formation	37

Conclusion de la 2° partie	38
III - La démarche qualité suppose une compréhension préalable des faiblesses structurelles d'un établissement	39
3.1. Les obstacles structurels à la démarche qualité	39
3.1.1. Des facteurs architecturaux, fonciers et institutionnels restreignant l'humanisation de l'établissement	39
3.1.3.. La question du ratio d'encadrement en personnels soignants en Ehpad	41
3.1.2. Une allocation de ressources inadaptée ?	44
3.2. L'importance des ressources humaines et du management	47
3.2.1. L'importance de la direction d'établissements en tant que pilote de projets	47
3.2.2. Continuer d'investir dans la formation des professionnels	48
3.2.3. Repenser la politique salariale des professions médico-sociales	49
Conclusion de la 3° partie	50
Conclusion	52
Bibliographie	54
Annexes	1

Introduction

Ce mémoire professionnel étudie la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité au sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) « les Cerisiers »¹, établissement public autonome qui a été le terrain du stage de professionnalisation de novembre 2013 à juin 2014.

Le terme de qualité est diversement employé et englobe de nombreuses définitions, car il recouvre plusieurs dimensions et dépend du champ de références qui peut lui être attribué, selon que l'observateur est un des résidents accueillis dans l'établissement, ou encore une famille ou des professionnels, sans omettre les différentes autorités de contrôle. Cette liste n'est pas exhaustive. L'étymologie du mot qualité provient du latin « *qualitas* »² — « manières d'être », « *caractéristique de nature, bonne ou mauvaise, d'une chose ou d'une personne* »³. Pour DOUCET (2005), le terme renvoie entre autres à une échelle de valeurs et à l'absence de défauts⁴, tandis que d'après KAMISKE et BRAUER (1994), la qualité dépend de la subjectivité de chacun, elle est « *reconnue de manière absolue et universelle, elle est le signe d'exigences et de travail de très haut niveau, on ne peut en donner de définition précise, on ne peut que la ressentir d'expérience* »⁵. Dans le secteur médico-social, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) s'attache à promouvoir la qualité du *point de vue* du résident⁶. Le sens de la qualité est ainsi fondu dans la notion de qualité de vie en Ehpad. Bref, la qualité est un concept ouvert, comme le montre la définition qu'en donne le schéma départemental en faveur des personnes âgées du Conseil général de Seine-Saint-Denis : « *La qualité de l'offre renvoie à un premier niveau au ressenti et à l'appréciation de l'utilisateur mais la notion de qualité s'inscrit dans un contexte plus large qui s'appuie sur les modalités et conditions de l'intervention des professionnels, les qualités relationnelles, les compétences techniques des intervenants (...)* »⁷.

D'un point de vue juridique, la qualité désigne un ensemble de missions attribué aux établissements médico-sociaux⁸, dont ceux accueillant des personnes âgées

¹ Le nom de l'établissement a été changé.

² Centre nationale de ressources textuelles et lexicales (CNRTL), <http://www.cnrtl.fr>

³ Ibid.

⁴ DOUCET C., La qualité, p 5.

⁵ KAMISKE G-F., BRAUER J.-P., Management de la qualité de A à Z, p 62.

⁶ ANESM, Qualité de vie en Ehpad, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, 4 tomes.

⁷ Département de Seine-Saint-Denis – 3ème schéma en faveur des personnes âgées, fiche action n°20, p. 77.

⁸ Au sens de l'article L 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

dépendantes. La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale dispose notamment que :

- « Tous les établissements doivent assurer une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité » (article 7) ;
- « *Le projet d'établissement doit définir des objectifs de la qualité des prestations* » (article 12) ;
- « *Les établissements doivent s'organiser en unités de vie favorisant le confort et la qualité de séjour des personnes accueillies* » (article 16).

Cette orientation législative fait suite aux nombreux cas de mauvais traitements médiatisés et à la prise de conscience par les pouvoirs publics que les institutions sociales et médico-sociales comportent des risques inhérents de maltraitance, du fait de la vulnérabilité des personnes accueillies. En parallèle à ces dispositions, et pour les renforcer, un cadre réglementaire et une collection d'outils se sont agrégés visant à évaluer en continu la politique qualité des établissements. Ainsi, la qualité est devenue un sujet périodiquement analysé (et contrôlé), par exemple lors des évaluations internes et externes des établissements, lors du renouvellement des conventions pluriannuelles, par le biais des différentes formes d'inspections diligentées par les agences régionales de santé et par les Conseils généraux. Incidemment, la qualité reflète les souhaits au quotidien des résidents et de leurs familles, mais également les aspirations des professionnels. Ajoutons que l'amélioration de la qualité est inscrite dans les objectifs des Ehpad, notamment dans leurs projets d'établissement et dans les conventions signées avec les Conseils généraux et les agences régionales de santé.

Au-delà de ces aspects juridiques, la mise en place d'une démarche qualité est associée à des enjeux de plus en plus importants pour les établissements. En effet, les Ehpad sont désormais soumis à ce que nous pourrions appeler le « risque comparatif », c'est-à-dire le fait d'être comparé et évalué par rapport à d'autres établissements, comparaison menant à une hiérarchisation et un classement du meilleur au plus mauvais⁹. La question de l'incidence de ces classements sera de plus en plus prégnante dans le choix d'un établissement, d'autant plus que les prix de journées appliqués sont en hausse constante et représentent une lourde charge pour les résidents et leurs familles. D'après l'enquête annuelle du cabinet KPMG¹⁰ sur ce sujet, le coût de l'hébergement mensuel en 2013 était de 1 804 € pour les établissements privés non lucratifs situés hors Île-de-France, et de 2 418 € pour les établissements franciliens. Pour le département de la Seine-Saint-Denis, le coût de l'hébergement mensuel est de 2 230 € pour les Ehpad publics et privés non lucratifs, soit un prix de journée de 74 € environ. Ces sommes sont à mettre en perspective avec le montant moyen mensuel des retraites : 1 102 € pour les

⁹ Par exemple, les classements opérés par le site www.maison-retraite-selection.fr qui revendique 10 000 établissements visités et notés (de 1 à 10).

¹⁰ KPMG, Observatoire des EHPAD, avril 2014.

femmes et 1 588 € pour les hommes¹¹. L'aide sociale et les ressources familiales permettent de compléter le financement du coût de l'hébergement.

Au regard du coût élevé d'hébergement dans un Ehpad, certains auteurs¹² de la qualité dans le domaine médico-social prônent une logique de service : puisque le résident paye, il a le droit en retour d'exiger que les prestations proposées atteignent un certain niveau de qualité et répondant à ses attentes. La finalité d'un établissement médico-social serait d'instaurer une philosophie du service au meilleur coût, pour satisfaire et garder une clientèle, car « *le client ne dépend pas de l'institution, c'est l'institution qui dépend de lui* »¹³. L'établissement est ainsi le fournisseur d'une prestation à destination d'un client qui achète cette prestation. La démarche qualité dans les Ehpad devrait ainsi s'appuyer sur cette relation marchande pour se justifier. Ce parallèle avec l'entreprise privée est intéressant, mais il soulève diverses questions. Nous ne pensons pas que la notion de client devrait être utilisée dans le secteur médico-social. Peut-on être client d'un service public ? Le terme de client renvoie lui-même à celui de dépendance, le « *clienteles* » est la personne qui dépend d'un protecteur, qui achète sa protection¹⁴. Ensuite parce que ce terme tend peut-être à occulter la valeur éthique et déontologique d'un établissement médico-social, dont la mission est l'accueil des personnes en situation de fragilité. Plus prosaïquement, un client est une personne qui *choisit* ce qu'elle achète. Or comment concevoir qu'une personne vulnérable, dépendante ou handicapée achète ce qui lui est simplement dû par la société, au titre de ses droits-créances ? La notion de client nous paraît inadaptée à penser la qualité au sein d'un Ehpad, même si cette qualification a du sens dans la recherche d'une forme d'équité : le prix payé donne le droit de recevoir une équivalence de service. Ce point devrait être gardé à l'esprit.

Parallèlement au développement de la démarche qualité entamée dans les Ehpad, les autorités de tarification — principaux financeurs des Ehpad¹⁵ — sont de plus en plus vigilantes dans leur politique d'allocation de ressources en raison du contexte de dégradation des finances publiques. Les ARS appliquent par exemple une « convergence tarifaire » touchant les établissements situés au-dessus des tarifs plafonds déterminés

¹¹ INSEE : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATCCF04564 ; montant moyen mensuel de la retraite globale en 2008.

¹² Par exemple RACINE G., *La démarche qualité dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, 2001, Berger-Levrault ; LOUBAT J.-R., *La démarche qualité en action sociale et médico-sociale*, 2009, Dunod.

¹³ RACINE G., *op. cit.*, p. 34.

¹⁴ CNRTL.

¹⁵ Les ressources financières des Ehpad ont plusieurs origines : le résident participe à hauteur de 90 % de ses ressources au paiement du tarif dit « hébergement » (recoupant l'hôtellerie, la blanchisserie, les personnels administratifs). La différence est prise en charge, le cas échéant, par l'aide sociale départementale. L'APA qu'il reçoit sert à payer le tarif dit « dépendance » (l'APA est versée par la CNSA par l'intermédiaire des départements). Les tarifs hébergements et dépendance sont arrêtés par le Président du Conseil général pour chaque établissement. Enfin, les crédits d'assurance maladie délégués à la CNSA (ONDAM médico-social) financent le tarif « soins » par l'intermédiaire des ARS.

par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé¹⁶. Les Conseils généraux cherchent à faire des économies sur leurs dépenses d'aide sociale qui rendent solvables les résidents¹⁷. Les établissements sont ainsi pris en tenaille entre des objectifs d'amélioration de la qualité de leurs prestations, tout en accueillant une population devenant de plus en plus dépendantes, et les demandes d'efforts de maîtrise budgétaire.

C'est à partir de ces éléments de contexte généraux que la direction de l'Ehpad « les Cerisiers » s'est fixée comme objectif de mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue de la qualité, dans le cadre du renouvellement de la convention tripartite de l'établissement. Présentons les principales caractéristiques de ce dernier.

*Population accueillie*¹⁸ : l'établissement est autorisé pour l'hébergement de 80 résidents. L'âge moyen est de 87 ans. La dépendance exprimée en GMP est de 640 pour les hommes (au nombre de 15) et de 770 pour les femmes (au nombre de 63), niveau de dépendance proche de celui d'une USLD ; 17 résidents sont en GIR 1 et 28 en GIR 2. Plus de la moitié des résidents est atteinte de syndromes démentiels, 31 sont totalement confinés au lit. Environ 70 % des résidents ne peuvent s'habiller et faire seuls leur toilette, la moitié d'entre eux ne peut assurer seule et correctement l'hygiène de l'élimination anale et urinaire ; enfin 90 % ne peuvent se déplacer à l'extérieur. La moitié des résidents présente des troubles du comportement et des symptômes dépressifs. Le PMP est quant à lui proche des 200 points. L'établissement a enregistré 16 décès dans l'année.

Caractéristiques d'ordre budgétaire : les dépenses de l'établissement s'élèvent à près de 3,8 M€¹⁹ dont 2,2 M€ imputés sur la section hébergement, 0,57 M€ sur la section dépendance et 1 M€ sur la section soins. Le tableau des effectifs fait apparaître 58,75 ETP, dont 15 ETP d'AS, 15 ETP d'ASH, 8 ETP d'IDE, un cadre de santé et un médecin coordonnateur. Les dépenses de personnel représentent 2,8 M€, soit 74 % du budget. Le ratio d'encadrement soignant est de 0,24 pour un résident²⁰.

Prix de journée : Le prix de journée payé par les résidents s'élève à 77 € (56 € en moyenne nationale pour les Ehpad publics). Ramené au mois, un résident non admis à l'aide sociale doit s'acquitter d'un tarif de près de 2 340 €. Cependant, 80 % des personnes bénéficient de l'aide sociale. Elles doivent néanmoins consacrer 90 % de leurs ressources aux frais d'hébergement.

¹⁶ Article 69 de la Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, codifié à l'article L 314-3 du CASF. Concrètement, les établissements voient leurs dotations soins diminuées progressivement pour atteindre le tarif plafond.

¹⁷ Les Conseils généraux tarifient les Ehpad que ces derniers sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

¹⁸ Les données qui suivent sont issues du logiciel Netsoins.

¹⁹ Compte administratif 2013

²⁰ Selon la FHF, le ratio moyen d'encadrement soignant est de 0,25 pour un résident dans les EHPAD autonomes (FHF, SNGC, Sécurité et qualité dans le secteur personnes âgées, dossier de presse, 2009).

La qualité véhicule des valeurs foncièrement positives : faire de la qualité, c'est chercher à atteindre une certaine forme d'excellence, à améliorer les conditions d'accueil des personnes. Qui pourrait être contre une telle démarche ? Or nous effleurons ici un paradoxe de la démarche qualité : la recherche de la mise en place concrète et active d'un processus qualité peut rencontrer certains obstacles. Ce mémoire professionnel est donc une étude de cas pratique, il s'agira d'analyser la mise en oeuvre d'outils de la qualité et de comprendre les difficultés qui peuvent en découler.

Le choix de ce sujet a été dicté par le souci d'approfondir une thématique qui n'est que partiellement abordée au cours de la formation à l'EHESP. Étant donné que le sujet de la qualité, *lato sensu*, renvoie à plusieurs dimensions techniques d'un établissement, par le biais des différents processus mis en oeuvre, il est nécessaire de délimiter notre champ d'études. Nous bornerons ce mémoire à la mise en place d'outils génériques destinés, en principe, à améliorer la qualité globale d'un EHPAD, tout en gardant à l'esprit que ces outils ne sont pas les seuls à contribuer à l'amélioration de la qualité. Ainsi, certaines méthodes spécifiques de la qualité ne seront pas traitées (par exemple, nous n'aborderons pas la méthode HACCP pour la restauration ou encore la méthode RABC pour la blanchisserie²¹).

Enfin, pourquoi associer la mise en place de la démarche qualité au mythe de Sisyphe ? L'un des outils les plus connus de la démarche qualité est la « Roue de Deming »²². Cette roue synthétise les différentes étapes de la démarche qualité ; elle doit être « poussée » afin de gravir une pente symbolisant les difficultés et les obstacles rencontrés. Elle risque de dévaler la pente si notre Sisyphe s'épuise, et quand bien même atteindrait-il vaillamment le sommet de la qualité qu'il ne pourrait sans doute pas maintenir cet équilibre, car d'autres problèmes viendraient provoquer une rupture, et la pente serait à gravir de nouveau. Cette métaphore tente d'illustrer les difficultés de la démarche qualité

Pour mener à bien ce travail, nous avons réalisé des observations in situ, sur notre terrain de stage. Nous avons également rencontré des professionnels d'autres établissements et administrations (cf. annexe I). Nous aborderons dans un premier temps une mise en perspective du concept de qualité, en déterminant son origine et comment il a été transposé dans le secteur médico-social. La deuxième partie de ce mémoire s'attachera à décrire la mise en oeuvre pratique de quelques outils de la qualité. Une troisième partie tentera enfin d'identifier les facteurs susceptibles de limiter le processus de la démarche qualité et proposera des pistes de réflexion.

²¹ HACCP : Hazard Analysis Critical Control Point ; RABC : Risk Analysis Biocontamination Control system

²² DEMING W.-E., *Out of the Crisis*, MIT Center for Advanced Engineering Study, 1982.

I - Le concept de qualité et son affirmation progressive au sein des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes

Le concept de qualité et ses domaines d'application sont relativement neufs. D'abord restreintes à l'industrie et utilisées comme une méthode d'organisation pour accroître la part de marché des firmes automobiles, les méthodes de la qualité se sont par la suite transmises à d'autres branches d'activité, en particulier celle de la santé, puis assez récemment dans le domaine médico-social, où de nombreux acteurs institutionnels promeuvent la qualité dans les établissements. Nous rappellerons brièvement l'origine du développement de la qualité, puis nous montrerons par quel biais la qualité s'est diffusée dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, pour finalement évoquer les acteurs qui se mobilisent sur ce sujet.

1.1. La qualité : un concept et des méthodes issus du monde industriel

La démarche qualité trouve ses sources dans l'industrie, et il est à noter que l'humain n'entre pas dans la finalité de cette discipline. Conçues par des ingénieurs cherchant à réformer l'organisation des entreprises, les méthodes de la qualité s'appuient sur des concepts radicalement étrangers (voire antagonistes) aux valeurs portées dans le domaine médico-social. Mais puisque la méthodologie actuelle de la démarche qualité dans les établissements fait appel à ces outils, voyons brièvement quelle est leur origine.

1.1.1. Les penseurs de la qualité

La qualité est d'abord un concept formalisé et mis en pratique par des ingénieurs et qui voit notamment le jour avec l'industrialisation des pièces détachées et le mouvement de production de masse. W.-E. Deming (1900 – 1993) est le maître à penser de la qualité. C'est un statisticien et un ingénieur de formation, témoin (et acteur) du miracle japonais de l'après-guerre, où en l'espace de quatre ans, les produits manufacturés japonais, qui jusqu'alors souffraient d'une très mauvaise réputation, se répandirent à travers toute la planète. Deming analyse ce changement et note que l'arrière-plan militariste n'est pas étranger à ce rebond²³. Après son séjour au Japon, il développe dans les années 50 une série de principes qui vulgarise la démarche qualité dans le monde de l'entreprise, comme les "14 points", les "Sept maladies mortelles" de

²³ W.-E. DEMING, Out of crisis, MIT, 1986, p. 486..

l'entreprise (cf. annexe II) et bien sûr sa fameuse roue éponyme (cf. p. 8). Selon lui, la recherche de la qualité est un chemin vertueux que doivent emprunter les entreprises si elles veulent accroître leurs performances économiques.

K. Ishikawa (1915 - 1989) a été ingénieur dans l'industrie automobile. Il prolonge les concepts de Deming avec celui de "*company-wide quality control*", selon lequel « *le personnel doit être concerné à tous les niveaux* » et que « *des cercles de qualité (groupes de travail) doivent être introduits à tous les niveaux de la hiérarchie* »²⁴. Parmi d'autres, mentionnons J.Juran (1904 — 2008), qui transpose la loi de Pareto à la qualité (la majorité des problèmes n'est due qu'à quelques causes), et P. Crosby (1926 – 2001) qui, après avoir collaboré à la fabrication de missiles nucléaires²⁵, a promu l'objectif du "*zéro défaut*". Les défauts représentent en réalité des coûts cachés pour les entreprises, c'est-à-dire des « *non-conformités aux exigences qui augmentent considérablement le coût global* »²⁶.

Le point commun de ces hommes est, outre leur formation commune d'ingénieur ou de statisticien, leur appartenance à une même génération, celle qui a été témoin de la rupture dans le développement de l'industrialisation, avec l'apparition du taylorisme puis du fordisme. Leurs préoccupations ont été d'améliorer la qualité des pièces produites en très grande série, pour éviter les défaillances dans le produit final. D'après eux, la qualité doit être une préoccupation centrale. Pour ce faire, ces penseurs de la qualité ont bâti de nombreuses théories accompagnées d'outils censés mettre en pratique leurs recommandations.

1.1.2. La vulgarisation de la démarche qualité au travers d'outils managériaux

L'universalisation de la qualité est due aux représentations visuelles simples de ses outils, utilisés comme supports de management. Le plus connu d'entre eux est sans doute la « roue de Deming ». Il s'agit d'une méthode cyclique, qui n'a pas de fin, reposant sur quatre étapes : *plan, do, check, act* (planifier, effectuer, contrôler, agir). La roue de Deming (ou méthode PDCA) est l'icône de la démarche qualité et de la recherche de son amélioration constante. Les réflexions des penseurs de la qualité ont irrigué des courants de pensée valorisant avant tout un modèle « productiviste - qualité ». Ainsi en est-il par exemple du "*toyotisme*", qui met en avant certaines valeurs telles que « *l'ordonnement, l'amour de l'ordre, la propreté, le sens de l'ordre personnel, la discipline* »²⁷, par l'intermédiaire de la méthode dite des « 5 S », ou encore celle des « 5 zéros » qui se propose d'identifier les coûts liés aux défaillances et aux gaspillages. Le concept de

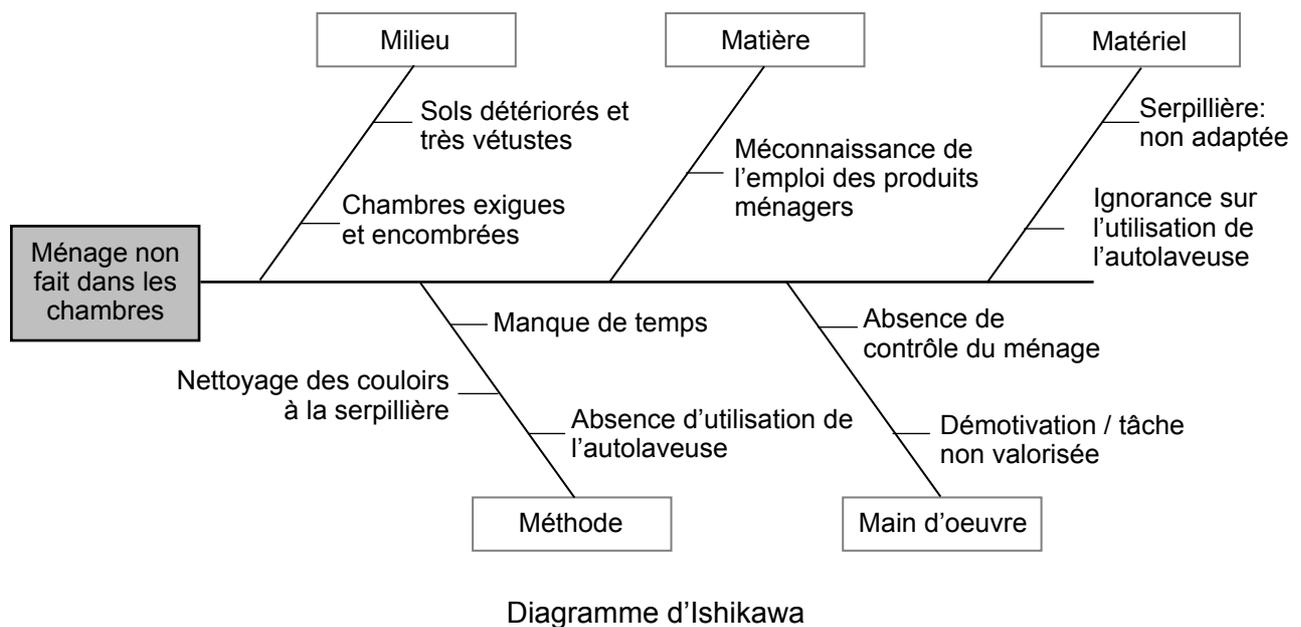
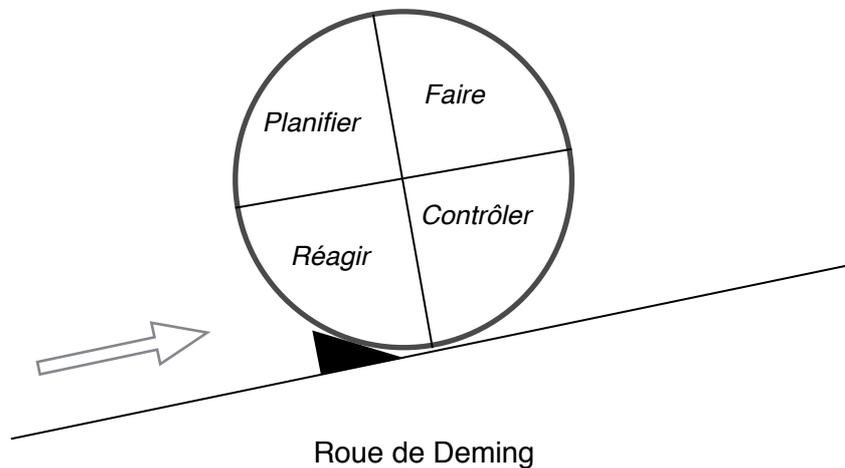
²⁴ KAMISKE G-F., BRAUER J.-P., Management de la qualité de A à Z, p 8.

²⁵ Source : http://en.wikipedia.org/wiki/Philip_B._Crosby

²⁶ KAMISKE G-F., BRAUER J.-P., *op. cit.*, p 57.

²⁷ *Ibid.*, p 37.

“Kaizen” (progrès) tend vers une « *amélioration continue et infinie* »²⁸ ; c’est un « *état d’esprit qui représente, à la foi, un but et une attitude fondamentale dans la journée de travail quotidienne* »²⁹. L’arbre des causes d’Ishikawa (diagramme dit en « arrêtes de poisson ») propose une méthode pour analyser l’origine de dysfonctionnements. Ci-dessous, un exemple de diagramme d’Ishikawa utilisant la méthode des “ 5 M ” (Milieu, Méthode, Matière, Main-d’oeuvre, Matériel) à partir d’un exemple de situation rencontrée à l’Ehpad, « les Cerisiers ».



Pour résumer, la qualité est donc une discipline qui prend ses sources dans le monde industriel et militaire. Sa préoccupation est productiviste et rationaliste, elle se greffe au taylorisme. L’être humain, instrument essentiel de la qualité, doit se consacrer entièrement à cette voie. Le vocabulaire employé par l’école japonaise de l’organisation résonne comme une soumission absolue de l’humain dans le corps organisationnel de

²⁸ *Ibid.*, p 34.

²⁹ *Ibid.*, p 34.

l'entreprise³⁰. L'expression de « *management total de la qualité* »³¹ rappelée par Racine (2000), rappelle ce cadre quasi militaire. Si la qualité est une valeur cardinale pour l'industrie, il est intéressant à présent d'observer comment, et à partir de quel moment, la notion de qualité a trouvé un écho dans le secteur sanitaire et médico-social français.

1.2. Le développement continu de la qualité dans le secteur médico-social et dans les EHPAD : l'humanisation comme point de départ de la qualité

La recherche de l'amélioration de la qualité est une réalité ancienne dans notre pays. L'accueil des personnes âgées et de leur prise en charge suit une trajectoire historique commençant par les familles prenant en charge leurs parents vieillissants, dans la demeure familiale. Puis s'ajoute la prise en charge dans les hospices — ou dans les dépôts de mendicité pour les vieillards isolés — lentement transformés en maisons de retraite, et enfin en Ehpads. À chaque changement de forme d'accueil a correspondu une rupture qualitative. L'évolution de l'architecture hospitalière témoigne de cette ambition, procédant du mouvement hygiéniste, suivi du mouvement d'humanisation des hospices, premier jalon de l'amélioration des conditions d'accueil des personnes âgées.

1.2.1. Le processus d'humanisation des hospices : une première prise de conscience de l'importance de la qualité des conditions d'accueil des personnes

L'amélioration de la qualité de l'accueil s'est en effet d'abord inscrite dans le mouvement d'humanisation des hôpitaux et des hospices. « *L'expression "humaniser l'hôpital" est employée pour la première fois (...) en 1943. Cependant, la volonté d'humaniser l'hôpital est antérieure à cette date. Dès les années 1930, elle s'exprime à travers les mots "accueil", "confort", "bien-être". Aujourd'hui, ce sont des expressions comme "qualité" et "bienveillance" qui ont pris le relais* »³². Cette volonté d'humanisation émanant des pouvoirs publics s'est traduite par de nombreuses idées, malheureusement restées dans l'ombre de leur époque. Déjà une circulaire du 19 juin 1947 invitait « *les établissements hospitaliers à remettre à chaque malade, au moment de sa sortie, un bref questionnaire destiné à recueillir ses impressions, ses critiques et ses suggestions* »³³ — ancêtre du questionnaire de satisfaction. Une circulaire du 5 décembre 1958 relative à

³⁰ PESQUEUX Y., TYBERGHEIN J.-P., « L'école japonaise d'organisation », *Innovations*, 2010/1 n° 31, p. 11-31. Les auteurs expliquent par ailleurs que des composantes culturelles propres au Japon (promotion du groupe par rapport à l'individu...) expliquent certaines particularités des outils de la qualité.

³¹ RACINE G., *ibid.*, p 161.

³² Musée de l'AP-HP, L'humanisation de l'hôpital, une affaire à suivre, p 10. <http://musee-aphp.fr/wp-content/uploads/2013/10/Exposition-humanisation-DP.pdf>

³³ Circulaire n°132 du 18 décembre 1970

l'humanisation des hôpitaux³⁴ traitait quant à elle des questions des visites et de la présence des familles, des effets personnels, les horaires du lever, des repas et du coucher et de l'accueil. Il était préconisé une durée des visites de 2 heures au minimum, sur les tranches 13h30 / 15h30 et 18h30 / 19h30 (*après le repas du soir*). Plus radicale, l'administration se dote d'outils juridiques permettant de fermer des établissements défaillants sur le plan de l'hygiène et de la salubrité³⁵. La circulaire n°132 du 18 décembre 1970 relative à l'humanisation des hôpitaux rappelle l'ambition de la circulaire du 1958 en la complétant : « *J'entends en effet que la politique d'humanisation se développe de façon continue et que ses progrès puissent être mesurés d'année en année. Dans ce but, une prochaine circulaire instituera une grille de contrôle qui, reposant sur quelques critères objectifs, donnera [...] aux autorités de tutelle, d'apprécier les réalisations de chaque hôpital dans ce domaine* ». Elle présente en annexe un exemple de questionnaire de sortie portant sur l'appréciation de l'attitude du personnel, la satisfaction (ou l'insatisfaction) de la chambre, la qualité et la qualité des repas et, enfin, l'appréciation d'ensemble du séjour. Remarquons la méthodologie employée : il est question de contrôle à l'aide d'une grille de référence. Mais c'est la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales qui ouvre véritablement une nouvelle phase d'amélioration de la qualité des conditions d'accueil dans les établissements.

1.2.2. La loi n°75-535 du 30 juin 1975 : instrument de modernisation des établissements

Cette « *loi fondatrice* »³⁶ prévoit en effet l'extinction des hospices publics dans les dix ans qui suivent et leur transformation soit en structures sanitaires, soit en structures de type médico-sociales. Rappelons que les conditions d'hébergement dans les hospices publics étaient particulièrement inhumaines³⁷. De nombreux travaux et

³⁴ Circulaire écrite par Bernard CHENOT, ministre de la santé publique de 1959 à 1961, puis président du Conseil constitutionnel. Citons-le à propos des horaires de visites : « *Les solutions apportées au problème des horaires du lever, des repas et du coucher des malades constituent beaucoup trop souvent un facteur à l'encontre du souci d'humanisation de l'hôpital. Il s'agit là, assurément d'un problème qui touche à la vie même de la collectivité hospitalière, groupant à la fois les malades et le personnel, et dont les incidences sont multiples. Il faut bien reconnaître cependant que souvent ces horaires ne sont fixés qu'en considération des nécessités touchant à l'administration du personnel, et sans tenir suffisamment compte des malades eux-mêmes. Or il ne faut pas perdre de vue que les rythmes de la vie hospitalière classique ne coïncident qu'exceptionnellement avec ceux auxquels sont habitués la plupart des malades* ».

³⁵ Le décret n°58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics précise dans son article 3 : « *il est procédé [...] à la suppression de tout établissement qui cesse de répondre à l'exigence de l'hygiène et de la salubrité* ».

³⁶ Expression employée dans l'exposé des motifs du projet de loi rénovant l'action sociale et médico-sociale par la ministre de l'emploi et de la solidarité, Madame M. AUBRY, le 26 juillet 2000.

³⁷ Pour ne prendre l'exemple que de l'hospice de l'Hôpital de Nanterre, un millier d'hébergés (de plus de 65 ans) étaient en dortoirs collectifs, avec interdiction d'accès à la bibliothèque, institutionnalisation des punitions et distribution de vin comme rétribution du travail (NdA : certainement pour l'enterrement d'autres hébergés). Source : Sénat, Rapport fait au nom de la Commission de contrôle des établissements chargés d'accueillir des personnes âgées, tome 2, 14 juin 1983, p 67 et s.

témoignages décrivent le quotidien des personnes accueillies et des professionnels³⁸. Le texte initial de la loi du 30 juin 1975 prévoyait que les établissements d'hébergement pour personnes âgées puissent comporter des sections de « cure médicale » (article 5), mais le décret d'application de cet article était muet quant aux conditions de fonctionnement et d'organisation. Ce n'est qu'à l'approche des années 2000, grâce à la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 instituant la prestation spécifique dépendance, que les établissements doivent désormais respecter un *cahier des charges*, par l'intermédiaire d'une convention pluriannuelle avec les autorités de contrôle³⁹. La loi de 1997 modifie le corps de la loi de 1975 en ce sens.

Le cahier des charges de la convention tripartite promeut une démarche « *d'assurance qualité* ». Ce terme est intéressant dans le contexte de la fin des années 90 : les pouvoirs publics prennent lentement conscience des risques engendrés par l'accueil de personnes de plus en plus dépendantes, dans des structures marquées par la culture sanitaire — celle du court séjour et de la technicité médicale — et sans point de repère quant aux particularités des conditions d'accompagnement des personnes âgées. L'*assurance qualité* a vocation ici à couvrir un *risque*, c'est-à-dire clairement le risque de maltraitance. Il suffit de lire les articles publiés dans le journal Le Monde de cette période pour comprendre le retentissement dans la société française des faits de maltraitance sur les personnes vulnérables. Cette prise de conscience a été stimulée notamment par le mouvement associatif, en particulier par l'association ALMA France, créée en 1994.

Ce cahier des charges est une véritable feuille de route pour l'amélioration de la qualité : il énumère des recommandations, traduites en objectifs à atteindre, « *visant à garantir la qualité des prises en charge des personnes âgées dépendantes* ». Les objectifs portent sur le recueil de la satisfaction des résidents et des familles, le maintien des liens familiaux, la préservation de l'autonomie, les objectifs d'amélioration de la qualité de vie et de la prise en charge, la formation des professionnels, etc. Des indicateurs permettent de mesurer les actions réalisées et les progrès devant être accomplis. Pour réaliser ces objectifs, les établissements sont accompagnés dans le temps par une trajectoire budgétaire en principe adaptée. Les autorités de contrôle et l'établissement négocient en effet les moyens financiers et les effectifs nécessaires. Il y a là une véritable individualisation de l'organisation des établissements selon leurs projets institutionnels. La convention pluriannuelle est donc un puissant levier d'amélioration de la

³⁸ « *Dans ces salles communes, il y avait une batterie de 4 lavabos pour une salle de 40 en moyenne. La plupart des gens été lavés à la cuvette. On donnait un bain par mois, quand on pouvait !* » — M.-A. FOURRIER, Hommage à Geneviève LAROQUE (15 avril 1930 – 19 septembre 2012), grande dame de la gérontologie française. Voir également l'ouvrage de DIVAY S., Soignantes dans un hôpital local, 2013, p 41 et s., Presses de l'EHESP.

³⁹ 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 n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

qualité, dû moins en théorie. Elle repose en outre sur le référentiel ANGELIQUE⁴⁰ — outils d'auto-évaluation de la qualité — traduction du cahier des charges publié par l'arrêté en date du 26 avril 1999. La loi de 1975 a donc contribué à structurer un champ médico-social autonome du secteur sanitaire et à lancer le grand processus d'humanisation des maisons de retraite transformées en Ehpad, mais il faudra attendre le début des années 2000 pour voir s'orienter une démarche qualité qui s'appuie cette fois-ci sur une nouvelle branche spécifique du droit : les droits des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

1.2.3. La Loi n° 2002-2 du 2 janvier de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale : vers la maturité de la démarche qualité ?

Si la loi de 1975 « a représenté une étape déterminante et un progrès considérable dans l'histoire de l'action sociale de notre pays »⁴¹, par le biais de l'humanisation, la qualité devient quant à elle une exigence essentielle à partir de la loi du 2 janvier 2002, dans une perspective d'amélioration de l'accueil des personnes, de promotion de la bienveillance et de lutte contre la maltraitance. Cette loi rend donc obligatoire une série d'outils destinés à garantir le droit des usagers accueillis en établissements : livret d'accueil remis à la personne à son entrée dans la structure, accompagné d'une charte des droits et des libertés de la personne accueillie et du règlement de fonctionnement, possibilité de recourir à une personnalité qualifiée. L'accueil dans la structure fait naître des obligations contractuelles, d'où l'établissement d'un contrat de séjour. Mais surtout la loi inscrit la participation des usagers à la vie et l'organisation quotidienne par l'intermédiaire d'un conseil de la vie sociale. Le projet d'établissement, enfin, est en quelque sorte la trame architecturale des modalités d'accompagnement.

Le projet d'établissement, parce qu'il définit des objectifs de la qualité des prestations⁴², nous semble être le document grâce auquel la démarche qualité peut s'appliquer sur le long terme. Il s'agit d'un document collectif dans sa conception, s'appuyant sur des groupes de travail pluridisciplinaires, et qui réclame la consultation obligatoire du comité technique d'établissement⁴³ et du conseil de la vie sociale⁴⁴. Enfin, le conseil d'administration délibère sur ce document⁴⁵. Le projet d'établissement et ses

⁴⁰ Application Nationale pour Guider l'Évaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Établissements. Outils diffusé par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, mission MARTHE.

⁴¹ Exposé des motifs de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002.

⁴² Article L311-8 du CASF : « Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement (...) ».

⁴³ Article L 315-13 du CASF

⁴⁴ Article D 311-26 du CASF

⁴⁵ Article L 315-12 du CASF

objectifs de qualité des prestations sont ainsi légitimés par la participation des professionnels, par les instances représentatives et par l'organe délibérant.

Le concours des résidents était déjà prévu par une circulaire du 20 mars 1978 relative à la participation des personnes âgées résidant en établissement, puis par la loi n°85-10 du 3 juillet 1985 avec la création des conseils d'établissement. La loi du 2 janvier 2002, en créant les conseils de la vie sociale, a pour objectif d'associer les résidents au fonctionnement de l'établissement. Le conseil peut ainsi soumettre des propositions sur l'organisation intérieure, les activités, les services thérapeutiques, les projets de travaux, la nature et le prix des services rendus. Il est obligatoirement consulté pour avis dans ces domaines⁴⁶. Le conseil de la vie sociale est donc un acteur de premier ordre, dont les observations doivent nourrir la politique qualité des établissements.

Outre ces outils, la loi du 2 janvier 2002 franchit une étape déterminante en rendant obligatoire l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements. Cette évaluation est réalisée à la fois par les établissements (évaluation interne, tous les 5 ans), et par un organisme extérieur indépendant de l'établissement, tous les 6 ou 7 ans. Les rapports d'évaluation sont portés à la connaissance des autorités de contrôle. La réalisation des évaluations, et leurs résultats positifs, conditionnent le renouvellement de l'autorisation administrative de fonctionnement. En effet, un établissement n'est pas propriétaire de son activité médico-sociale par nature réglementée. Depuis la loi de 2002, les autorisations sont accordées pour une période de 15 ans, et elles sont renouvelables au regard des résultats des évaluations. Si une autorisation n'est pas renouvelée, la personnalité gestionnaire ne peut plus assurer le fonctionnement et fait donc l'objet d'une fermeture administrative. Bien entendu, les résidents ne sont pas expulsés ; un transfert de gestion est opéré par les autorités de contrôle, qui confère l'autorisation à un autre gestionnaire. Le contrôle de la qualité en établissement par le truchement des évaluations n'est pas neutre. Des évaluations qui mettraient en lumière une mauvaise qualité des prestations pourraient théoriquement se voir dessaisir de son autorisation administrative⁴⁷. En pratique, l'établissement ferait l'objet d'une inspection des services compétents, dont le rapport définitif servirait de base juridique à la fermeture et au transfert de gestion. Cependant, on peut questionner l'objectivité réelle des évaluations. Dans le cas des évaluations internes, les professionnels acceptent-ils de reconnaître des défauts de fonctionnement interne ? De même, un prestataire chargé de l'évaluation externe fera-t-il preuve de sens critique sachant qu'il est rétribué par l'établissement ? Il y a là un possible conflit d'intérêts. Sans omettre que la réalisation effective de ces évaluations pose question, comme le montrent les dispositions de la loi du 21 juillet 2009 et un futur décret en préparation qui reporte le calendrier des évaluations au-delà de la date limite, fixée initialement au 3 janvier 2015.

⁴⁶ Articles D 311-15 du CASF

⁴⁷ VIALLA F. *et al.*, Jurisprudences du secteur social et médico-social, DUNOD, 2012, p. 59.

Les établissements rencontrent, certes, des difficultés pour réaliser leurs évaluations, mais le secteur médico-social est épaulé par de nombreux acteurs intéressés de près ou de loin à la démarche qualité.

1.3. Les acteurs de la qualité dans le domaine médico-social

La promotion de la qualité dans le secteur médico-social est une mission solidement établie au sein d'administrations ou d'agences spécialisées, certaines encourageant des aspects normatifs. Elle émane également de la volonté et parfois même du combat de nombreux acteurs.

1.3.1. Une constellation d'acteurs intervenants dans le domaine de la qualité

En premier lieu, le politique au sens large est producteur de normes intéressant la qualité dans les établissements. Il est l'auteur de toute l'architecture juridique, réglementaire et administrative, en tant qu'il se fait l'écho des besoins de la société. Mais la promotion de la qualité est avant tout déléguée à de nombreux acteurs dans notre pays.

D'abord, la *Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie* (CNSA) — établissement public national à caractère administratif créé par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, suite à l'épisode de canicule de 2003. Cet établissement collecte le produit de la journée de solidarité et répartit les financements pour la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées. Au-delà de cette mission, le développement de la qualité et l'amélioration de la qualité de la prise en charge font partie des premiers objectifs de la Convention d'objectifs et de gestion pour la période 2012 – 2015 : « *Assurer une gestion performante des financements aux établissements et aux services médico-sociaux, garantissant l'égalité d'accès, la qualité et l'adaptation de l'accompagnement, l'efficacité, le suivi et le contrôle de la dépense* ». Pour la CNSA, « *le terme qualité renvoie avant tout à la prise en charge de la personne accompagnée, mais également à la professionnalisation et à l'engagement des équipes dans leurs missions, ainsi qu'au management mis en place au sein des structures*⁴⁸ ». La caisse soutient le volet formation professionnelle dans le domaine des plans nationaux. Elle participe à des enquêtes sur l'efficacité et les modes de prise en charge des personnes. Mais l'objectif final de la CNSA est de définir une nouvelle forme d'allocation de ressources (dans le cadre de la réforme de la tarification) qui intégrera les résultats produits par des indicateurs d'évaluation de la qualité, dans le cadre d'une tarification équitable et

⁴⁸ CNSA, Convention d'objectifs et de gestion, p 14.

performante, corrélée aux besoins des personnes⁴⁹. La CNSA s'intéresse à la qualité dans la mesure où elle a un impact sur la tarification. Précisons que la CNSA est membre du conseil d'administration de l'ANESM et contribue à une partie de son financement⁵⁰.

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), créée en 2006⁵¹, préexistait déjà sous la forme d'un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, issue de loi du 2 janvier 2002. Cette agence est chargée de promouvoir l'évaluation interne et externe des établissements et d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques professionnelles⁵². Les publications de l'ANESM couvrent de nombreux domaines du champ médico-social, en particulier la qualité de vie en Ehpad. Ces recommandations sont fondées sur la synthèse de publications et reflètent l'obtention d'un consensus sur une problématique donnée.

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), créée par la loi du 21 juillet 2009⁵³ « a pour objet d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils »⁵⁴. Certains travaux de l'ANAP inspirent la politique qualité dans les établissements, comme la prise en charge médicamenteuse en Ehpad⁵⁵. Selon l'ANAP, la politique d'amélioration continue de la qualité est un des objectifs traduisant la performance intrinsèque d'un établissement⁵⁶.

La Haute Autorité de Santé (HAS), instituée par la loi du 13 août 2004⁵⁷, est chargée notamment d'élaborer des « guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information

⁴⁹ Le projet de réforme de la tarification des établissements médico-sociaux fait l'objet de nombreux rapports des inspections générales des finances et des affaires sociales.

⁵⁰ À hauteur de 1,6 millions d'euros pour 2013 (arrêté du 19 décembre 2013 relatif au montant de la dotation globale versée au titre de l'exercice 2013 par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie à l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux).

⁵¹ Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007

⁵² Décret n°2003-1134 du 26 novembre 2003 relatif au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale mentionné à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles

⁵³ Article 18 de la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁵⁴ Article L 6113-10 du Code de la santé publique.

⁵⁵ http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_TBMS_Parcours_sante.pdf

⁵⁶ ANAP, Piloter la performance dans le secteur médico-social - Expérimentation d'un tableau de bord de pilotage, mai 2012.

⁵⁷ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

des professionnels de santé et du public dans ces domaines »⁵⁸. À cet effet, la HAS diffuse des protocoles nationaux de diagnostics et de soins relatifs entre autres à la prise en charge des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou encore la prise en charge des chutes.

Les Agences régionales de santé (ARS), créées par la loi HPST, se substituent aux anciens services déconcentrés du Ministère de la santé qu'étaient les DDASS, les DRASS et les ARH, et intègrent en plus les services du contrôle médical des CRAM. Les ARS pilotent les schémas régionaux d'organisation médico-sociale, dont la conception programmatique s'appuie sur un bilan qualitatif de l'offre⁵⁹. Les ARS accompagnent les établissements dans leurs politiques d'amélioration de la qualité, via des programmes thématiques⁶⁰. En tant que financeurs, elles peuvent soutenir les établissements dans leur démarche qualité grâce à l'octroi de crédits appelés « non reconductibles »⁶¹ en plus de leur budget pérenne. En outre, les ARS sont responsables de la fonction inspection - contrôle des établissements. L'inspection, au-delà de sa dimension coercitive, peut représenter un moyen d'améliorer le fonctionnement d'un établissement grâce aux observations et aux injonctions consignées dans un rapport, rédigé par des professionnels habilités⁶².

Les Conseils généraux s'impliquent dans la qualité des établissements par le truchement des schémas en faveur des personnes âgées. Par exemple, le Conseil général de la Seine-Saint-Denis, dans son schéma de troisième génération, a adopté une orientation visant à « améliorer la qualité de l'offre (...) en établissements »⁶³. Le Conseil général utilise à la fois les résultats des évaluations internes et externes et les renouvellements conventionnels pour restructurer et rénover les établissements (souvent vieillissants). Les conseils généraux disposent de plus, au même titre que les ARS, d'une compétence de contrôle⁶⁴.

⁵⁸ Article L 161-37 du Code de la sécurité sociale

⁵⁹ Article L 312-4 du CASF

⁶⁰ Par exemple l'opération de prévention des escarres « sauve ma peau » menée par l'ARS Île-de-France, ou encore le programme « RIDE » de l'ARS Auvergne concernant la prévention du risque iatrogène et de la dénutrition.

⁶¹ L'emploi des crédits non reconductibles est encadré par des circulaires annuelles conjointes entre la DGCS et la CNSA. Ils sont alloués pour soutenir des opérations d'investissement, le financement d'actions de professionnalisation et de formation des personnels.

⁶² Ces professionnels sont mentionnés à l'article L 1421-1 et L 1435-7 du Code de la santé publique. Il s'agit principalement des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale.

⁶³ Département de Seine-Saint-Denis – Troisième schéma en faveur des personnes âgées, fiche action n°20, p. 77.

⁶⁴ Article L 133-2 du CASF

Outre ces administrations, n'omettons pas les organisations représentatives des personnes âgées, qu'elles soient associatives ou institutionnelles et qui relaient des messages. Citons le Comité national de l'organisation sanitaire et sociale, le Comité national de vigilance et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés, le comité national et les comités départementaux des retraités et des personnes âgées (Coderpa), la fédération nationale des associations de personnes âgées et de leurs Familles, l'Association des Directeurs au service des Personnes Âgées, etc. Loin d'avoir un rôle négligeable, ces acteurs ont vocation à porter des causes et parfois mobiliser les pouvoirs publics sur tel ou tel sujet.

On le voit, le nombre des acteurs de la qualité est important, chacun intervenant dans des domaines qui se complètent, et parfois se superposent. Un projet de rapprochement entre l'ANESM et la HAS devrait figurer dans la prochaine loi sur la santé. Il reste à évoquer un dernier acteur de la qualité, l'Organisation Internationale de Normalisation (ISO), qui propose des référentiels qualité par lesquels les établissements peuvent prétendre une certification ISO.

1.3.2. La standardisation de la démarche qualité

Les processus de la démarche qualité ont été structurés par des normes, notamment la norme ISO 9001 « *Management de la qualité* » et la norme ISO 31000:2009 « *management du risque* »^{65,66}. Ces normes peuvent s'appliquer dans n'importe quel type d'organisation.

Pour la norme ISO 31000 « *Management du risque* », l'entreprise doit intégrer dans son organisation la gestion du risque par la mise en œuvre d'un management spécifique, fondé sur des processus, et une surveillance devant amener à une amélioration continue. Nous retrouvons là les principes de Deming. L'entreprise doit identifier les différents risques auxquelles elle est exposée, elle doit les analyser, les évaluer, et mettre en œuvre un plan de traitement des risques. La norme ISO 9001 concernant le « *Management de la qualité* », repose sur huit principes clefs⁶⁷ : « *l'Orientation client* » : les entreprises dépendent de leurs clients, il est donc essentiel de les satisfaire ; le « *Leadership* » : les dirigeants d'entreprises doivent motiver leurs collaborateurs pour maintenir leur engagement ; l'« *Implication du personnel* » :

⁶⁵ Organisation internationale de normalisation : <http://www.iso.org/iso/fr/home.htm>

⁶⁶ Ces normes n'ont pas été étudiées dans le cadre de ce mémoire, pour deux raisons : leur cherté relative et surtout leur diffusion restreinte au sein du système universitaire de documentation français. Seuls quatre centres de documentation disposent en consultation de la norme ISO 9000 et deux pour la norme ISO 31000. Cette confidentialité ne dénote-t-elle pas un signe d'indifférence aux problématiques de la qualité et de la gestion des risques ?

⁶⁷ Organisation internationale de normalisation, principes de management de la qualité, http://www.iso.org/iso/fr/qmp_2012.pdf

concomitamment, les personnels doivent s'impliquer dans la vie de l'entreprise ; l'« *Approche processus* » : l'organisation doit être rationnelle et fondée sur une méthodologie ; le « *Management par approche système* » : l'ensemble des processus doit obéir à une orientation stratégique cohérente ; l'« *Amélioration continue* » : qui se doit d'être un objectif constant et enfin l'« *Approche factuelle pour la prise de décision* » : les décisions doivent naître d'une analyse objective. Nous retrouvons là l'écho de certaines recommandations de W.-E. Deming.

Précisons que les Ehpa (non médicalisés) et services font l'objet de leur propre norme (NF X 50 058 « EHPA, cadre éthique et engagement de services »). Ces établissements sont certifiés à l'issue d'une visite par un organisme agréé. Une fois certifiés, les établissements sont référencés dans la base NF services⁶⁸. Cette certification est prise en compte lors de l'évaluation externe de l'établissement⁶⁹.

Les principes de la norme ISO 9001 sont-ils transposables au domaine médico-social, et plus particulièrement aux Ehpad ? Certains établissements ont incorporé ces normes dans leur organisation, par exemple l'Ehpad de la MGEN à Saint-Cyr-sur-Mer⁷⁰. Mais bien que l'ISO revendique l'universalité de ces normes, force est de constater que les terminologies employées peuvent être distantes de la philosophie portée par le secteur médico-social, qu'il soit public ou associatif.

Conclusion de la 1^o partie

Le concept de qualité s'est lentement diffusé au sein des établissements médico-sociaux, porté par la préoccupation des pouvoirs publics concernant les conditions d'accueil dans les hospices. Des orientations plus précises ont été définies à partir du milieu des années 90. La qualité est désormais une valeur cardinale à laquelle tous les établissements se réfèrent. Or il n'est guère aisé d'y voir clair parmi la multitude d'outils permettant d'appréhender la démarche qualité. Les ouvrages sur le sujet proposent de transposer des méthodes provenant en fait de la sphère des organisations industrielles à des organisations médico-sociales, sans évoquer les éventuelles difficultés pouvant être rencontrées lors de l'application de ces méthodes. Dès lors émerge la question de l'opportunité de la transposition des méthodes actuelles de la qualité au sein d'établissements centrés sur les personnes. Par exemple, Racine (2000), avance que la

⁶⁸ Liste des EHPA certifiés NF services au 30 mai 2014 <http://www.marque-nf.com/download/produits/FR/NF386.pdf>

⁶⁹ Arrêté du 17 avril 2013 portant reconnaissance de correspondance partielle entre le référentiel de certification de services constitué de la norme NF X 50-058 et des règles de certification NF 386 pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées de la société par action simplifiée AFNOR certification et le cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes prévue à l'annexe 3-10 au code de l'action sociale et des familles

⁷⁰ Manuel qualité de l'EHPAD de Saint-Cyr-sur-Mer, septembre 2013. <https://www.mgen.fr/fileadmin/documents/Etablissements/saint-cyr-sur-mer/2014/ManuelQualite20132014.pdf>

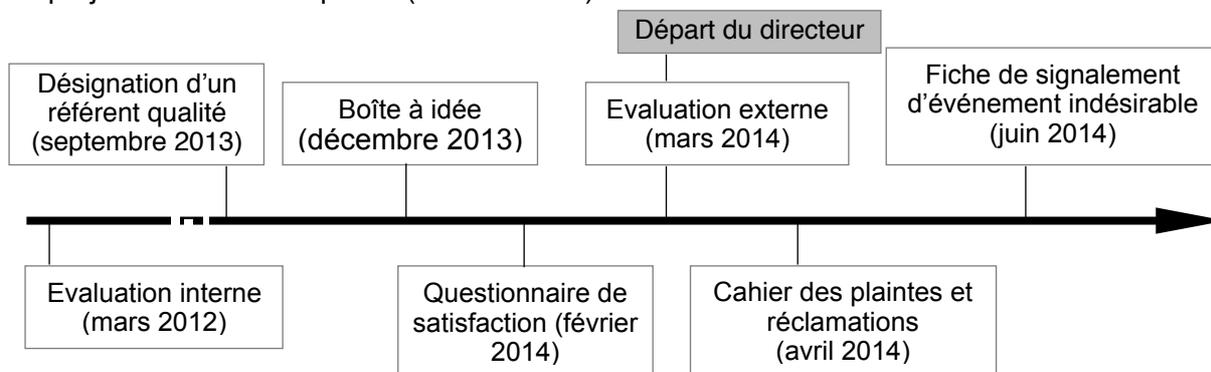
maîtrise de la qualité passe par « *la boucle de rétroaction, ou roue de Deming*⁷¹», comme s'il suffisait d'employer cette méthode pour répondre au cahier des charges de la qualité. Mais s'agit-il bien d'une méthode (au sens technique du terme) ou bien d'un outil de communication managériale pour illustrer ce que devrait être le comportement des professionnels tournés vers la qualité ? Dans le registre très visuel qu'est la roue Deming, n'oublions pas deux variables apparemment non prises en compte : la caractéristique de la pente qui reflète la difficulté pour une organisation à pouvoir agir et à se réformer, et la « cale » qui empêche la roue de chuter en arrière. Avant d'utiliser cette fameuse roue de Deming, ne devrions-nous pas préalablement créer les conditions pour que la pente soit la plus faible possible ? Sans quoi nous risquons de lancer une action sur une pente de difficulté bien trop raide pour qu'elle n'aboutisse, accablant la personne désignée pour soutenir la démarche qualité (figurée comme la « cale » du dispositif). Nous verrons dans la deuxième partie la construction d'un projet de démarche qualité à l'Ehpad « les Cerisiers », à partir de l'idée exprimée par Deming dans sa roue, c'est-à-dire la mise en place d'outils pour détecter la non qualité.

⁷¹ RACINE G., *ibid.* p 66.

II - La mise en œuvre de la démarche qualité au sein de l'EHPAD « les Cerisiers » et les problématiques liées à l'utilisation de certains outils

La mise en oeuvre d'une démarche qualité au sein d'un établissement est un projet qui ne peut s'inscrire que dans le temps long, à l'échelle de plusieurs années. Il s'agit d'opérer un véritable processus d'acculturation progressive afin d'inscrire la qualité dans la dynamique de l'établissement. La qualité est une discipline associée à des outils et des pratiques, or les professionnels des établissements ne sont pas initialement formés à l'utilisation de ces instruments. Pis, une politique qualité peut générer des réactions anxigènes parmi les personnels si aucun projet qualité n'est défini en amont. La démarche qualité n'est-elle pas une forme de remise en cause des pratiques, ou encore un jugement univoque et diffus porté sur la valeur professionnelle des agents ? D'où l'importance de disposer d'une vision stratégique de la qualité par l'intermédiaire d'un projet qualité adossé au projet d'établissement et partagé par l'ensemble des professionnels.

La démarche qualité au sein de l'Ehpad « les Cerisiers » a été introduite en 2012, lors des négociations pour le renouvellement de la convention tripartite⁷². Des objectifs propres à la qualité ont été affichés par la direction : informatisation du dossier de soins, mise en place d'indicateurs de soins, élaboration de protocoles des régimes types, affichage de diverses procédures pour lutter contre le risque infectieux, protocole d'entretien des locaux, instauration d'un cahier des consignes d'urgence, mise en place d'un cahier sanitaire de l'eau, dispositif d'évaluation d'application des procédures et surtout, désignation et formation d'un référent qualité chargé de superviser la démarche, dans le périmètre de ses attributions professionnelles. En l'occurrence, la fonction de référent qualité est assurée par la responsable hôtelière, avec laquelle nous avons travaillé pour mettre en place les outils à partir d'un plan d'action initial, sous forme de projet de démarche qualité (cf. annexe III).



Chronologie de la mise en place des outils de la démarche qualité

⁷² La convention tripartite initiale a pris effet le 1^o août 2007.

La figure ci-dessus illustre la chronologie de mise en place de quelques instruments de la qualité. Certains sont obligatoires car prévus par la loi (les évaluations...), d'autres proviennent des méthodes de la qualité proprement dites. La gamme d'instrument de la qualité est potentiellement très étendue, c'est pourquoi nous avons souhaité par commencer à mettre en avant quelques outils *a priori* aisés à mettre en oeuvre dans une structure médico-sociale. Ces outils visent d'abord à détecter la non qualité pour ensuite proposer un axe d'amélioration. Fait d'importance à signaler : le directeur a quitté l'établissement en mars, suite à une mutation. Nous reviendrons sur cet élément par la suite pour évoquer l'importance du rôle de direction dans la conduite de projet.

Nous analyserons donc dans un premier temps l'utilisation faite des outils réglementaires, c'est-à-dire la déclinaison concrète des outils de la loi du 2 janvier 2002 au sein de l'Ehpad « les Cerisiers », puis nous évoquerons la mise en place de quelques outils de la démarche qualité. Nous mentionnerons enfin la qualité des conditions de travail comme un vecteur d'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers.

2.1. Les outils prévus par la loi du 2 janvier 2002 : socle de la démarche qualité

Les établissements médico-sociaux sont déjà engagés dans les démarches qualité sans en avoir conscience. En effet, la loi du 2 janvier 2002 comporte des outils juridiques permettant aux établissements de formaliser et d'améliorer la qualité de leurs prestations. Toute démarche qualité entreprise devrait au préalable s'appuyer sur l'existence effective des outils de la loi du 2 janvier 2002, à laquelle la démarche qualité doit procéder, telle la substruction d'un édifice. Si ce socle est imparfait, la démarche qualité risque de ne pas s'ancrer dans l'organisation de l'établissement.

2.1.1. Le projet d'établissement

La démarche qualité doit émaner du projet d'établissement. La dimension stratégique de ce document doit intégrer la dimension de la qualité, car il s'agit d'un objectif à moyen et à long terme, qui doit être soutenu par les autorités de tarification. La démarche qualité n'est pas nécessairement un objectif ambitieux à atteindre. La conception du projet d'établissement doit être l'occasion de faire un état des lieux de la qualité, et en fonction de cette analyse, proposer un projet en adéquation avec le diagnostic de départ. En effet, le projet qualité devrait éviter de mentionner des objectifs hors d'atteintes compte tenu des moyens de l'établissement. Des objectifs raisonnables, clairs, en petits nombres, devraient constituer la base de départ. L'un des fondements du

projet d'établissement est la définition d'objectifs de qualité des prestations. Que doit comporter le projet qualité de l'établissement ? La méthodologie de la démarche projet propose que les objectifs à atteindre soient déclinés en objectifs opérationnels, associés à des actions concrètes, elles-mêmes précisées par des conditions de mise en oeuvre. La dimension temporelle doit également être spécifiée. Si l'Ehpad « les Cerisiers » dispose bien d'un projet d'établissement, ce dernier date de 2007 et n'intègre pas d'orientations sur la démarche qualité conformément aux textes. Le nouveau projet d'établissement — en cours de rédaction — intégrera des objectifs d'amélioration de la qualité, dès que le renouvellement de la convention tripartite aura été validé par les autorités de contrôle.

2.1.2. Les évaluations des activités et de la qualité des prestations des établissements : bases de la démarche qualité

Plus qu'une intention de sanction (le retrait d'autorisation), le législateur a donné des outils destinés à faire progresser les pratiques. Les évaluations sont des épisodes qui permettent aux établissements de questionner leur organisation et de s'améliorer à partir d'un diagnostic de leur fonctionnement. Les évaluations, qu'elles soient internes ou externes, découlent de la démarche qualité. C'est pourquoi nous présenterons les séquences d'évaluation réalisées à l'EHPAD « les Cerisiers » et nous verrons en quoi elles ont soutenu la démarche qualité de l'établissement.

a) L'évaluation interne :

L'établissement a réalisé une seule évaluation interne depuis son autorisation de 2002. L'évaluation s'est déroulée au mois de mars-avril 2012. Des groupes de travail thématiques ont été constitués, associant tous les corps de métiers, afin de proposer des axes d'amélioration. Le référentiel d'auto-évaluation ANGELIQUE a été utilisé comme support principal, car l'établissement s'est engagé en parallèle dans le renouvellement de sa convention tripartite. L'établissement s'est fait accompagner par un prestataire pour piloter la démarche d'évaluation interne.

L'accueil et les admissions, les droits et libertés, la restauration, la vie sociale, le maintien de l'autonomie, l'organisation des soins, l'hôtellerie, la maintenance et la sécurité, le projet institutionnel et la démarche qualité ont fait l'objet d'un état des lieux. De nombreuses améliorations possibles ont été identifiées dans tous ces domaines. La direction a établi un tableau listant les actions à entreprendre par ordre de priorité, avec un point annuel de réalisation.

Cependant, cette évaluation ne s'est pas appuyée sur les recommandations de l'ANESM, en dépit de la présence d'un prestataire. La prochaine évaluation interne devra suivre le cadre établi par le ministère⁷³ et porter sur les thématiques de la promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé et de la participation, la personnalisation de l'accompagnement, l'analyse des garanties des droits et de la participation des usagers, la protection et la prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité. Le respect de ce cadre permet de dresser un parallèle avec les critères de l'évaluateur externe.

b) L'évaluation externe :

L'évaluation externe s'est quant à elle déroulée en mars 2014. L'évaluateur a abordé les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement, l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers, l'expression et la participation individuelle et collective des usagers, la garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques (avec un centrage sur la maltraitance), et enfin l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur. Le référentiel de l'ANESM a ici été utilisé par l'évaluateur. Il est ressorti de cette évaluation que l'établissement offrait des prestations de qualité, conformes aux missions données par l'Etat. Les représentants des usagers ont fait part de leur satisfaction concernant les prestations. Les évaluateurs ont noté une ambiance sereine dans l'établissement. Les droits des usagers sont respectés avec l'effectivité des outils de la Loi du 2 janvier 2002.

En revanche, les évaluateurs ont constaté que les méthodes de travail étaient peu formalisées, reposant sur une organisation verbale et avec des problèmes de traçage des informations. Il est apparu que l'encadrement intermédiaire (cadre de santé) n'assurait pas le contrôle de la traçabilité et de certaines tâches. Ainsi, il s'est avéré que le ménage et le bionettoyage n'étaient pas systématiquement effectués dans toutes les chambres. Autre critique : la bonne acquisition des connaissances lors des formations continues n'est pas vérifiée ; il y a également une absence de visibilité des changements apportés sur le terrain auprès des résidents par ces formations. L'établissement doit en définitive réfléchir à son organisation et les procédures à appliquer.

D'autres remarques pertinentes ont été formulées : par exemple dédier les aides-soignants à des résidents en particulier, afin d'éviter que les toilettes ne soient faites par des professionnels différents d'un jour à l'autre, et tenir compte des professionnels des résidents ; améliorer le lien entre le recueil des goûts des résidents inscrits sur la fiche de renseignements du résident et l'information donnée à la cuisine, ou encore permettre des

⁷³ Circulaire DGCS/SD5C du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux

sorties courtes et plus fréquentes dans l'environnement immédiat de l'Ehpad, développer les temps d'animation entre 16h30 et 18h00... S'agissant des projets personnalisés, ces derniers devraient comporter des objectifs et des indicateurs simples, suivis par un soignant référent pour chaque projet. Enfin, la qualité de vie des personnes désorientées et des résidents alités devrait être évaluée. Il s'agit là d'une faiblesse de l'établissement. Le recueil d'information se fait vers les résidents qui ont conservé une capacité à exprimer leurs propres besoins. Cet écueil se retrouve également dans le fonctionnement du conseil de la vie sociale. Au final, l'évaluation externe aura permis d'objectiver certaines faiblesses de l'Ehpad « Les cerisiers », premier pas vers l'amélioration de la qualité. Cependant, ce n'est qu'à partir du prochain cycle d'évaluations que nous pourrons dire si ces dernières constituent de véritables leviers d'amélioration de la qualité.

2.1.3. La participation des usagers aux conditions de fonctionnement

La participation des usagers aux conditions de fonctionnement est non seulement déterminante, mais également légitime. Le résident d'Ehpad est un usager particulier d'un service public puisqu'il y consacre la majorité de ses revenus. À ce titre, l'usager est fondé à questionner l'offre de prestation qu'est l'établissement sur tous les sujets touchant de près ou de loin à son accueil. Ce questionnement est organisé au sein des conseils de la vie sociale (CVS), mais également lors des commissions des menus ou des enquêtes annuelles de satisfaction.

La constitution du CVS de l'Ehpad « les Cerisiers » est conforme à la législation. Son fonctionnement est effectif et il se réunit au moins quatre fois par an. Les demandes du CVS sont de manière générale prises en compte. Le CVS présente cependant beaucoup de difficultés à identifier les besoins des autres résidents ; les besoins propres de chaque membre du CVS sont privilégiés lors des séances. Les ordres du jour sont presque toujours avancés par la direction de l'établissement. Le rôle du directeur d'Ehpad est ici d'aider les membres du CVS à faire remonter des observations et les besoins des autres usagers, pour ensuite les traduire par de réelles actions sur le terrain favorisant l'amélioration de la qualité de vie et de la prise en charge des personnes. Devant ce constat, l'Ehpad « les Cerisiers » va proposer une formation pour les membres du CVS afin de les aider à faire remonter les besoins des autres résidents. Le CVS est un instrument précieux de la démarche qualité, pour peu que cette instance fonctionne selon l'esprit des textes qui le consacrent et, plus concrètement, que chaque séance soit suivie d'un compte-rendu écrit ou d'un tableau listant les actions à entreprendre pour assurer un suivi dans le temps.

Les remarques des résidents sont également sollicitées lors des enquêtes annuelles de satisfaction, et plus régulièrement lors des commissions des menus. Ces commissions doivent se tenir en principe tous les mois, mais des problèmes d'emploi du

temps des professionnels font qu'elles sont plutôt bimestrielles. Les commissions des menus apportent un éclairage sur la restauration. Il n'est pas question d'aborder dans ces séances les protocoles d'hygiène alimentaire, mais le ressenti des résidents sur la qualité gustative des plats, les différents problèmes rencontrés, ainsi que la validation des menus. Nous sommes ici dans la dimension qualité de vie. Mais les commissions des menus souffrent des mêmes écueils que le CVS : l'implication des résidents n'est pas égale et seul le point de vue d'une minorité d'entre eux ressort.

2.1.4. Remarques sur les autres outils de la loi du 2 janvier 2002

Les personnes entrant en établissement se plient à l'organisation collective instituée. Cette organisation peut altérer les droits des personnes, c'est pourquoi le directeur doit veiller au respect et à la promotion des droits des résidents. Or au sein de l'EHPAD « les Cerisiers », l'effectivité de ces droits est à nuancer. Même si l'intégralité des outils de la Loi du 2 janvier 2002 est techniquement mis en place, il reste des points à améliorer. La venue dans un EHPAD, et l'abandon du domicile qui s'ensuit, ne sont presque jamais un choix délibéré, mais reflètent une posture de résignation, soit parce que la personne ne peut faire autrement, soit parce que les solutions alternatives à l'établissement sont encore insuffisamment développées. C'est avec une grande douleur que les personnes quittent leur vie pour intégrer l'institution. Il en résulte une prévalence très importante de la dépression chez les résidents (37%). Le libre choix du mode d'accueil est donc à relativiser.

Autre point : sur les 80 résidents de l'Ehpa, seule une quinzaine dispose d'un *projet individualisé*. Les projets individualisés viennent de se mettre en place suite à l'arrivée d'un nouveau médecin coordonnateur, il y a un an⁷⁴. Pour illustrer les conséquences de l'absence du projet individualisé, il faut être conscient que c'est l'institution et son organisation qui domine la vie des personnes. Par exemple, le rythme de vie du résident est celui d'une institution collective : le couché se fait vers 19 h, le premier change à 22 h, le deuxième change à partir de 4 h, le levé à 7 h, et le petit déjeuner à 8 h. La personnalisation de l'accompagnement, la prise en compte des souhaits des résidents, de leurs habitudes de vie, etc., peine à se mettre en place, et le risque de « dépendance⁷⁵ institutionnelle » est une réalité. Le travail sur les projets individualisés est un moyen de casser cette uniformité des prises en charge et contribue à l'amélioration de la qualité de l'accueil.

⁷⁴ Il a donc fallu une douzaine d'années avant que certains points de la Loi du 2 janvier 2002 irriguent l'établissement.

⁷⁵ Rappelons que le terme de « dépendance » renvoie à un lien de sujétion ou de subordination à une personne et qu'il provient du latin « *dependere* », « être suspendu à » (source : CNRTL).

Mais, quand bien même l'institution pourrait-elle accéder aux souhaits des personnes, la contrainte budgétaire borne les projets. La liberté d'aller et venir est par exemple fortement limitée pour les personnes à mobilité réduite. La liberté de circulation des résidents nécessiterait l'accompagnement individuel d'un professionnel de l'établissement. Dans l'Ehpad, sur 80 résidents, seuls 4 peuvent sortir sans restriction, pour aller faire quelques petites courses, acheter le journal, se promener, etc. Les autres résidents sont confinés dans l'établissement faute d'accompagnateur. La qualité de vie en établissement devrait comporter une dimension externe, c'est-à-dire l'accessibilité à l'environnement de l'établissement, envisagée de manière individualisée, et pas exclusivement collective.

S'agissant des *personnes qualifiées*, ces dernières ont bien été désignées. Le résident peut connaître leur existence à condition qu'il ait connaissance de ces dispositions législatives. Le rôle du directeur est ici de promouvoir le rôle des personnes qualifiées auprès des résidents et des familles, de préciser comment elles peuvent être saisies et pour quels types de questions. Le rôle du représentant du défenseur des droits gagnerait également à être connu au sein des établissements.

Le *règlement de fonctionnement* rappelle les droits et garanties des personnes accueillies. Il ne restreint pas la plupart des libertés individuelles (liberté d'aller et venir, possibilité de fumer dans sa chambre sous réserve de prudence...). Le contrôle *a priori* de légalité échoit au directeur, qui doit veiller à ce qu'il n'y ait pas de clauses contraires aux lois et règlements et surtout à l'éthique de l'accueil des personnes âgées dépendantes. Pensons à certaines clauses comme les privations de visites ou l'isolement en cas de manquement au règlement qui avaient lieu par le passé dans certains établissements.

Le directeur est de fait le premier garant des droits et des libertés des personnes. Le projet d'établissement doit non seulement rappeler le cadre juridique et éthique de l'accueil des personnes âgées, mais également chercher à appliquer concrètement, « sur le terrain », ce corpus fondamental. Cet ensemble de valeurs ne dépend pas de facteurs budgétaires, mais bien de l'éthique des professionnels. Toute démarche qualité devrait commencer par s'appuyer sur un examen attentif des outils offerts par la Loi du 2 janvier 2002. Ce n'est que dans un second temps que peuvent être employés des instruments plus spécifiques à la démarche qualité.

2.2. Les outils d'amélioration de la qualité basés sur le recueil d'informations : problématiques d'utilisation

Nous présentons ici des exemples d'outils dont la mise en place à l'Ehpad « les Cerisiers » a été impulsée par le directeur ou proposée par les professionnels. Il s'agit d'outils servant à remonter des informations sur le fonctionnement de l'établissement, telles les fiches de signalement d'événements indésirables ou les enquêtes de satisfaction. Leurs particularités sont de mettre en avant la participation des professionnels, des résidents ou des familles. Nous analyserons les spécificités d'utilisation de ces outils et en quoi ils peuvent contribuer à la démarche qualité.

2.2.1. La boîte à idées

La boîte à idées est une manière informelle de recueillir de façon anonyme les suggestions des collaborateurs, en dehors des réunions, et sans jugement de la part des collègues ou du supérieur hiérarchique. Les professionnels ont une bien meilleure connaissance des conditions d'accueil des personnes, il s'agit de les encourager à questionner leur environnement de travail. Ils peuvent écrire leurs suggestions dans un calepin figurant dans une boîte placée dans le poste de soins.

La référente qualité est chargée de relever périodiquement les idées et d'en faire part à la direction. Les idées sont évoquées en réunion et une suite est donnée, favorable ou non. Puis les réponses sont apportées en retour en début de transmission par la référente qualité. Les suggestions recueillies sont de deux sortes : les idées orientées vers les résidents et les suggestions concernant les professionnels eux-mêmes. Citons quelques remarques qui illustrent des aspects du travail en Ehpad du point de vue des professionnels. Par exemple, un professionnel a suggéré qu'une intervention technique se fasse sur les ascenseurs, car il existe un différentiel de niveau d'un ou deux centimètres qui gêne le passage des chariots de soins, des résidents en déambulateurs et en fauteuils roulants, ou encore de mettre en place des animations dans les salons des étages pour les résidents qui ne descendent pas dans la salle à manger principale, de pouvoir disposer de suffisamment de plateaux, de vaisselles et de couverts au niveau des étages pour servir les repas, pouvoir servir les repas encore chaud dans les chambres (les plats refroidissent entre le moment de la préparation et le service), installer des chaises le long des couloirs afin de permettre aux résidents déambulants de pouvoir s'asseoir plus souvent et se reposer, etc. Les personnels ont quant à eux signalé un manque de sécurisation des accès à l'Ehpad durant la nuit et le risque que des résidents se retrouvent bloqués dans le jardin en pleine nuit. Les professionnels souhaiteraient en outre disposer d'un lieu de repos dans les étages.

Ces suggestions collectées sur une période de deux mois illustrent les diverses préoccupations des professionnels travaillant en Ehpad, préoccupations invisibles aux yeux de la direction sans cet outil de boîte à idées, mais dont leurs résolutions peuvent apporter des améliorations substantielles en termes de qualité d'accueil. La boîte à idées constitue un espace d'expression libre et un moyen simple et efficace d'impliquer les professionnels dans la démarche qualité, en les associant aux décisions touchant leur quotidien ainsi que celui des résidents. C'est un outil participatif et valorisant. Évidemment, l'inscription d'une idée, quelle qu'elle soit, ne doit pas conduire à une sanction disciplinaire.

Cependant, quelques écueils sont à éviter dans la mesure du possible : les idées inscrites doivent effectivement donner lieu à une réponse, qu'elle soit favorable ou non (et dans ce cas de figure, avec les raisons pour lesquelles la suggestion ne trouve pas de suite). Car si les réponses ne sont pas apportées, ou bien de manière trop tardive, les professionnels se détourneront tout simplement de cet outil. C'est ce qui a fini par arriver à l'Ehpad « les Cerisiers » avec le départ du directeur. À côté de ce moyen réservé aux professionnels, il faut ajouter le recueil d'information auprès des résidents.

2.2.2. Les questionnaires de satisfaction des résidents

L'ANESM recommande de sonder la satisfaction des résidents et des familles par le biais d'enquêtes de satisfaction au moins annuelles. La conception et l'utilisation d'un tel outil sont assez complexes. Outre la compréhension des questions pour l'utilisateur et le type de réponse attendue (ouverte ou fermée), le questionnaire doit être similaire d'une année sur l'autre pour pouvoir identifier des marges de progression. De plus, comme il existe autant de questionnaires de satisfaction que d'établissements, aucune comparaison n'est possible entre les structures.

« L'éphadomètre » est un questionnaire de satisfaction qui cherche à résoudre ces difficultés. Conçu et mis à disposition par le groupement de coopération sanitaire des hôpitaux et établissements locaux de proximité d'Ardèche méridionale⁷⁶, ce questionnaire interroge neuf thématiques, telles que la qualité de l'accueil, le bien-être, la restauration, la sécurité, l'animation, la qualité des soins et du relationnels, sans omettre le coût payé par le résident. L'intérêt de ce questionnaire se trouve dans le balisage des réponses qui ne permet pas l'à-peu-près. Par exemple, à la question de savoir si les repas sont adaptés aux goûts et aux besoins des résidents, des questions secondaires doivent être au préalable complétées uniquement par des réponses de type oui ou non : est-ce que les goûts et non-goûts des résidents et leurs besoins spécifiques sont recueillis avant la

⁷⁶ <http://www.fhf.fr/Actualites/Autonomie/Initiatives-medico-sociales/L-Ehpadometre-un-outil-pour-bien-choisir-son-Ehpad> Son concepteur, M. MOULAIRE, est ingénieur risques et qualité au GCS. Cet outil a reçu un prix au 15^e journées internationales de la qualité hospitalière et en santé.

préparation des repas ? Est-ce que ceux-ci sont reportés sur des fiches individuelles et pris en compte pour chaque repas ? Est-ce que les quantités sont adaptées à l'appétit des résidents ? Le type de réponse génère un score qui reflète la qualité de la prestation. Le score global permet d'identifier les points d'amélioration et éventuellement de se comparer à d'autres structures similaires. L'autre avantage de ce questionnaire est que le recueil de réponses peut se faire à la fois auprès des résidents qu'auprès des professionnels, pour confronter les perceptions de chacun.

Dans le cas de l'Ehpad « Les Cerisiers », les résidents ont été librement conviés à compléter ce questionnaire, en participant à des temps de réunion d'une heure et demie environ par semaine, en fin d'après-midi. L'enquête s'est déroulée sur un mois (temps nécessaire pour couvrir l'intégralité des thématiques). Beaucoup d'enseignements ont été retirés de ce questionnaire, qui apporte une connaissance plus précise de l'organisation, de l'accueil et du fonctionnement de l'établissement.

Par exemple, concernant l'accueil des arrivants, l'enquête montre qu'une présentation pourrait être faite aux nouveaux résidents autour d'un moment de convivialité. Un résident pourrait par exemple « parrainer » un nouvel arrivant pour faciliter son intégration dans la maison de retraite. Une visite complète de l'établissement pourrait également être proposée, avec présentation des activités, des services, des différents professionnels... S'agissant du bien-être dans ce domicile un peu particulier, il s'avère que les chambres sont exiguës (16 m²), avec absence de douche et d'un coin cuisine ; les étagères des armoires sont bien trop hautes ; il y a un manque d'espace privatif pour accueillir les familles des résidents et certains lieux ne sont pas adaptés à la circulation en fauteuil. L'intimité n'est pas du tout respectée dans les chambres doubles. (pas de paravent). Les ascenseurs tombent assez souvent en panne, ce qui oblige les résidents à des parcours plus longs pour accéder aux salles communes. Le sentiment d'insécurité est évoqué par un résident qui ne peut pas fermer sa chambre à clef (il semblerait que les clefs perdues ne soient pas refaites). Les résidents n'ont pas de coffre à disposition pour les effets de valeur.

La restauration en institution est un sujet éminemment important. Il apparaît que les horaires des repas pourraient être plus souples et adaptés aux souhaits des résidents. Les résidents pourraient prendre leur repas, même s'ils arrivent en retard. Le jeûne nocturne ne devrait pas dépasser 12 heures 30 (il est de 14 h). Davantage de repas festifs pourraient être organisés, les personnels de cuisine ne s'informent pas suffisamment auprès des résidents de la qualité gustative des plats, les informations concernant les régimes des résidents pourraient être transmises plus rapidement. En soirée, le chariot-repas devrait être monté vers 18 h 00 plutôt qu'à 17 h 30, car sinon les aliments refroidissent et deviennent durs après réchauffage au micro-ondes. Les résidents pourraient disposer de plus de temps pour prendre leur repas (il est de 15 à 20

minutes). Une collation et une tisane pourraient être distribuées en début de nuit. Enfin, il a été signalé que des plateaux arrivaient incomplets (il manque parfois un yaourt, un gâteau, du sucre...).

Enfin, les résidents souhaiteraient avoir des temps d'animation en fin d'après-midi, avant le repas de 18 h 30. La fin d'après-midi est vécue comme un moment d'ennui. Concernant la qualité du site en lui-même, il s'avère que les résidents à mobilité réduite ne peuvent accéder sans accompagnement à la vie du quartier, alors qu'un cinéma et un espace culturel sont tout proches. Davantage de petites sorties individuelles dans le quartier pourraient être proposées et le choix des films pourrait être plus étendu. S'agissant de la thématique « écoute et respect », les personnels semblent parfois n'avoir pas assez de temps à consacrer aux résidents : la qualité de l'écoute et du respect peut s'en ressentir. Enfin, les habitudes de vie devraient davantage être prises en compte (choix de l'heure du levé, des repas...).

Ces observations issues de l'enquête ne doivent pas pour autant masquer les nombreux points positifs de l'établissement, bien au contraire, tous les éléments favorables devraient être valorisés auprès des équipes. Les questionnaires de satisfaction ont tendance à souligner les points négatifs, ce qui peut avoir un effet démoralisant auprès des personnes. Les enquêtes comportent également des limites importantes : seules les personnes ayant gardé une certaine autonomie peuvent évidemment répondre, ce qui exclut une grande partie des résidents pour lesquels le recueil de satisfaction n'est jamais abordé. Les questionnaires ne reflètent que l'opinion des personnes en capacité de répondre. Il faudrait concevoir des questionnaires de satisfaction adaptés aux facultés des personnes interrogées, en tenant compte de la perte d'autonomie et des troubles cognitifs éventuels. Le repérage des signes de dépressions chez la personne peut par exemple être un premier indice que quelque chose ne va pas dans l'accompagnement et la prise en charge. La place des psychologues exerçant en Ehpad est ici déterminante. À l'Ehpad « les Cerisiers », l'évaluation externe a mis à jour ce déficit de connaissance de la satisfaction des résidents avec des troubles cognitifs.

Les réponses à « L'éphadomètre » sont venues conforter certaines décisions du directeur. Un projet de réorganisation de la distribution du petit déjeuner a été entamé, pour tenir compte des souhaits des horaires de levé des résidents, la sécurisation du site a été renforcée, la distribution de la tisane du soir s'est mise en place... Pour autant, certains types de problèmes n'ont pour l'instant pas été corrigés (la durée du jeûne nocturne, les plateaux arrivants incomplets, la nourriture froide...). Un outil autre que le questionnaire de satisfaction doit permettre d'identifier plus systématiquement des problèmes rencontrés : la fiche de signalement des événements indésirables.

2.2.3. La fiche de signalement des événements indésirables : un outil d'amélioration continue de la qualité

Cet outil a une origine hospitalière et repose sur l'obligation réglementaire de signaler des événements indésirables particulièrement graves aux autorités compétentes. Le recueil et le traitement des événements indésirables est un item concernant l'accréditation des établissements suite à l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, codifiée à l'article L 6113-3 du Code de la santé publique qui instaure l'accréditation (devenu certification). L'accréditation des établissements de santé est préceuse des évaluations externes des établissements médico-sociaux instituées par la loi du 2 janvier 2002.

Un événement indésirable peut se définir comme un « *accident, incident, risque d'incident ou dysfonctionnement qui survient dans l'établissement et qui révèle un défaut dans l'organisation ou dans le fonctionnement, entraînant ou non des conséquences dommageables pour les patients/résidents, visiteurs, personnels ou pour les biens de l'établissement* »⁷⁷. Il s'agit par exemple d'événements touchants :

- la sécurité des biens et des personnes (risque de chute, dégradations / vandalisme, intrusion d'une personne extérieure dans l'établissement...),
- les soins des résidents (absence de mesure de la douleur, retard ambulance...),
- des comportements inadéquats (intrusion d'un résident chez un autre résident, violence entre résidents et personnels, insultes...),
- les défaillances techniques (panne d'ascenseur, panne d'appel malade...),
- les prestations hôtelières (hygiène des locaux, intoxication alimentaire...).

L'objectif d'une fiche de signalement d'événement indésirable est d'identifier objectivement des problèmes qui surviennent au quotidien pour ensuite proposer des actions correctives ou des actions de protection. Le recueil de ces fiches permet d'identifier, d'analyser et de traiter les risques liés à l'activité. Si les problèmes rencontrés ne sont pas notés, l'établissement ne pourra jamais proposer des pistes d'amélioration. Précision importante : la fiche de signalement ne sert pas à dénoncer des professionnels, mais à poser un problème de manière la plus neutre possible pour améliorer ensuite collectivement l'organisation.

De plus, le Ministère de la Santé demande aux établissements de signaler les événements indésirables, notamment les suicides et tentatives de suicide, les décès de personnes consécutifs à un défaut de surveillance ou de prise en charge, les situations de maltraitance ayant une conséquence directe sur la santé et la sécurité, notamment les violences physiques (coups, brûlures...), les défaillances techniques pouvant entraîner un

⁷⁷ Définition reprise de la fiche de signalement d'événement indésirable du Centre hospitalier de Dourdan.

risque pour la santé et la sécurité des personnes (telles que pannes électriques ou autre), les problèmes récurrents avec une famille (menaces, demandes inadaptées, défiance à l'encontre du personnel ...)»⁷⁸.

L'Ehpad « les Cerisiers » disposait d'un outil enregistrant des événements notables : un cahier administratif. Les agents inscrivait dans ce cahier les événements notables, comme la chute d'un résident, l'absence ou le retard d'un professionnel. Il s'agissait en fait d'une main courante. Cependant, les problèmes inscrits ne donnaient jamais lieu à un examen rétrospectif. C'est pourquoi le directeur a souhaité remplacer le cahier administratif par un outil permettant l'analyse des problèmes, la recherche des causes et la proposition d'actions correctrices.

La méthodologie de réalisation a consisté à former un groupe de travail pour réfléchir aux besoins des équipes. Le groupe a été constitué à partir de février, il associait le médecin coordonnateur, la psychologue, une IDE, une AS, une ASH et la référente qualité. Trois réunions de travail se sont tenues pour proposer un modèle de fiche propre à l'Ehpad « Les Cerisiers », à partir d'exemples de fiches de signalement utilisés dans d'autres Ehpad. Ces réunions ont été complétées par une enquête auprès des professionnels soignants pour recueillir leur avis sur le modèle proposé à l'issue du groupe de travail.

La fiche, reproduite à l'annexe IV, a ensuite été présentée au comité technique d'établissement à la fin du mois de mai. Une période de test doit encore être effectuée pour valider définitivement le circuit de signalement. La fiche a été accueillie tantôt favorablement par le représentant des personnels (soignants), tantôt défavorablement par l'animateur. D'après les directeurs et responsables qualités interviewés dans d'autres structures, le signalement d'un événement indésirable est « vécu comme la remise en cause du travail de ces collègues », comme un « acte de délation » (avec toute la connotation infamante de ce terme). L'animateur craignait ainsi un « flicage » des agents, avec le risque d'être réduits à un rôle de bouc émissaire en cas de dysfonctionnement. Nous avons constaté une forte appréhension et des positions clivantes, sans doute liées à la vacance du poste de direction et au désinvestissement du cadre de santé sur ce projet.

À la date d'écriture de ce mémoire, les professionnels n'avaient pas encore rédigé de fiche. D'après F. AMALBERTI⁷⁹, les signalements demeurent principalement oraux. L'auteure met en exergue le phénomène de sous-déclaration des événements

⁷⁸ Circulaire N°DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au « renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS et

⁷⁹ F. AMALBERTI, Le développement d'une culture de la sécurité pour une réduction efficiente des risques associés aux soins en EHPAD, mémoire IEP de Paris, 2012, p 28.

indésirables, de l'ordre de 90 % selon les études. L'initiative de déclarer un évènement indésirable est perçue négativement par les professionnels.

Des fiches tests ont cependant été rédigées pour deux évènements indésirables. Dans le premier cas, il a été constaté l'absence d'appel malade dans la chambre d'un résident. L'appel malade a été retrouvé rangé au fond de la commode, sur le linge. Une fiche a été complétée et transmise au cadre de santé. Les professionnels ont été invités à être vigilants concernant la fonctionnalité des appels malades. Dans le second cas, un intervenant extérieur a constaté dans la chambre d'un résident une accumulation particulièrement importante de DASRI⁸⁰ (deux conteneurs de 47 litres non fermés et rempli à ras bord, un collecteur d'aiguilles). Les causes de cet évènement ont été traitées et un protocole d'enlèvement des DASRI réalisé. En l'occurrence, l'organisation du partage des tâches des IDE n'était pas adéquate.

Ces deux évènements indésirables appellent quelques commentaires. Comme le remarque judicieusement la qualitiennne d'un établissement : « *les évènements indésirables ne devraient pas être traités mais plutôt anticipés* ». En effet, de tels évènements traduisent une organisation fragile, sans doute fragilisée par certaines causes, et enfin fragilisante pour les résidents et les professionnels. Les raisons profondes d'un manque d'organisation doivent être investiguées. Non pas pour aboutir à un management de type sanction de chaque erreur, mais plutôt une conduite d'équipe basée sur la recherche du progrès collectif et la responsabilisation individuelle. Enfin, un dernier outil de remontée d'information a été mis en place, cette fois-ci plus tourné vers les familles.

2.2.4. Le registre des plaintes et des réclamations pour les résidents et les familles

À côté des outils de signalement à destination des professionnels, la démarche qualité s'intéresse aux demandes faites spontanément par les familles des résidents. C'est pourquoi un « cahier des plaintes et des réclamations » a été installé à partir du mois d'avril, à l'entrée de l'établissement pour recueillir les observations des familles, et dans une moindre mesure celles des usagers. Ce type de registre est en réalité importé du monde hospitalier⁸¹ et n'a pas d'existence dans le droit des établissements médico-sociaux. L'hôpital a une avance dans ce domaine, illustrée également par les mises en

⁸⁰ DASRI : déchet d'activité de soins à risque infectieux.

⁸¹ Décret n° 2005-213 du 02/03/2005, article R.1112-80 du Code de la santé publique : "La commission veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches. À cet effet, l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la commission, selon les modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement."

place des Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)⁸².

Les familles et les résidents peuvent inscrire dans ce cahier tous dysfonctionnements rencontrés au sein de la structure, à l'exception des plaintes touchant le domaine médical et les écrits pouvant être diffamatoire. Le cahier doit être vérifié quotidiennement par la référente qualité ou l'agent d'accueil administratif ; les plaintes et réclamations doivent faire l'objet d'une réponse écrite apportée par le responsable du service concerné par la réclamation. Les réclamations rencontrées dans un autre établissement portent sur la perte de linge, le nettoyage insuffisant des locaux, ou des problèmes ponctuels dans la prestation restauration. À l'Ehpad « Les Cerisiers », seule une plainte a été inscrite en deux mois. Élément notable : la page de la plainte — qui concernait une famille virulente avec d'autres résidents — a été déchirée. En outre, certaines familles ont rapporté qu'elles ne souhaitaient pas écrire sur le cahier, étant donné que l'anonymat des plaintes n'est pas assuré (les résidents sont identifiables), craignant des « représailles » sur leurs parents⁸³. Les ressorts de cette crainte n'ont pas été étudiés dans le cadre de ce mémoire ; elle témoigne néanmoins d'un certain climat de défiance vis-à-vis des professionnels de l'établissement dont il serait éclairant de chercher les causes⁸⁴. Enfin, écrire sur le cahier reviendrait en quelque sorte à braver un interdit, en mettant en cause l'institution dans son ensemble.

En fait, le canal des plaintes et des réclamations passe par l'agent administratif d'accueil, de manière orale et informelle. Les familles se sentent en confiance pour évoquer les divers problèmes rencontrés dans la structure. C'est pourquoi l'agent d'accueil a été missionné pour expliquer aux familles l'intérêt et l'importance de relater par écrit les éventuels dysfonctionnements constatés, afin que l'établissement améliore son organisation et sa qualité interne. L'agent d'accueil a également été habilité par la direction à consigner les plaintes orales des familles, mais avec l'accord de ces dernières.

Selon nous, le cahier des plaintes et des réclamations est un outil précieux ; il participe à la remontée d'informations qui sans cela seraient invisibles pour l'établissement, il complète également les enquêtes de satisfaction. Encore faut-il que cet outil soit approprié à la fois par les professionnels et par les familles. Les professionnels, car ces derniers doivent apporter des réponses devant elles-mêmes se traduire concrètement sur le terrain. Les familles, enfin, parce qu'elles doivent se saisir de cette possibilité de participer à l'amélioration de la qualité globale de l'accueil au travers des problèmes rencontrés par leurs parents.

⁸² Loi du 4 mars 2002 et décret n°2005-213 du 2 mars 2005

⁸³ Teneur des propos recueillis par l'agent administratif d'accueil — cela concernerait trois familles.

⁸⁴ *A priori*, cela s'expliquerait par un manque de communication entre les équipes et les familles — parfois exigeantes — menant à une rupture du dialogue. Les familles ont été reçues par le médecin coordonnateur et la psychologue pour renouer les liens.

Certes, le cahier des plaintes et des réclamations comporte des inconvénients : anonymat non respecté, plaintes exposées à la connaissance des autres familles et des professionnels, appréhension concernant d'éventuelles rétorsions, inquiétudes des professionnels d'être mis en cause... Les systèmes de réclamation ne peuvent de toute façon pas garantir l'anonymat des résidents. Même des plaintes adressées par une famille à une ARS ou un Conseil général finissent par faire l'objet d'une enquête interne de l'établissement. Le cahier des plaintes vise à éviter qu'un tel extrême se produise — il s'agit là d'une situation de rupture de communication entre l'établissement et la famille. Les familles, tout comme les professionnels, doivent par ailleurs être persuadés du bien fondé de la démarche. La plainte peut être un support à une sanction disciplinaire contre un agent, dans le cas d'événements suffisamment graves. Ce n'est donc pas un outil tout à fait neutre ; les professionnels peuvent s'estimer en situation d'évaluation permanente par les familles des résidents. D'autre part, certaines familles peuvent dénaturer le cahier, en inscrivant des réclamations dont les réponses sont hors de portée de l'établissement, par exemple certaines contraintes induites par la vie en collectivité. Le rôle du directeur est d'aplanir les inquiétudes que peut susciter cet outil auprès des professionnels, de convaincre les familles réticentes à écrire, de veiller à ce que chaque plainte ou réclamation soit suivie d'une réponse appropriée, gage de crédibilité et de pérennité de l'outil.

Concluons cette sous-partie par la relative difficulté à accompagner la mise en place des outils évoqués ci-dessus, à plus forte raison en cas de poste de direction devenu vacant. En outre, ces outils ont débouché sur des épisodes de tensions qui ont fini par décourager la référente qualité de l'établissement de continuer dans la démarche. Les difficultés de mise en place de ces instruments s'expliquent également par l'absence de relais opéré par l'encadrement intermédiaire (cadre de santé). La référente qualité s'est donc retrouvée isolée par rapport à ses collègues. De plus, des problèmes d'organisation du travail des personnels soignants ont pris le devant sur la démarche qualité. Mais la désignation d'un nouveau directeur pourra éventuellement relancer le processus. Il reste à évoquer un autre vecteur de la démarche qualité : l'amélioration des conditions de travail.

2.3. L'amélioration des conditions de travail comme support de la stratégie d'amélioration de la qualité

La démarche qualité doit être réfléchie corrélativement aux conditions de travail des professionnels. De mauvaises conditions de travail bloqueront de manière rédhibitoire la démarche qualité. C'est pourquoi l'observation stricte du droit du travail doit conduire à construire un cadre de travail cohérent avec les missions attribuées à l'établissement. Le

comité d'hygiène et de sécurité est l'instance par laquelle se réalise l'amélioration des conditions de travail, et, parallèlement, un projet social doit favoriser l'intégration de tous les professionnels.

2.3.1. le rôle du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

La qualité des conditions d'accompagnement des résidents est liée aux conditions de travail des professionnels. Le travail en EHPAD présente des spécificités, comme le travail de nuit, les manipulations des résidents lors des toilettes, l'exposition à des contraintes de temps ou à l'organisation du travail, etc. Ces particularités induisent une exposition à des risques professionnels et à des pénibilités, se traduisant elles-mêmes par des pathologies : douleurs du dos, des épaules, troubles du sommeil, troubles musculosquelettiques, risques psychosociaux... Or selon le Code du travail, l'employeur est responsable de la santé et de la sécurité au travail⁸⁵, c'est-à-dire les conditions par lesquelles les accompagnements des résidents peuvent se dérouler sans nuire à la santé des professionnels. Certaines instances et outils permettent ainsi d'objectiver les conditions de travail et d'améliorer la qualité de vie au travail.

Le CHSCT⁸⁶ a des missions d'investigation (en cas d'accident de travail et de maladies professionnelles), d'analyse des risques et des facteurs de pénibilité, des missions de contrôle interne, d'inspection et d'alerte. Mais la bonne conduite de ces missions — il est vrai très technique — dépend de l'implication des membres du CHSCT et des formations reçues. Par exemple, à l'Ephad « les Cerisiers », les professionnels se sont fait accompagner d'un prestataire pour la réalisation du document unique d'évaluation des risques⁸⁷ et du programme annuel de prévention des risques professionnels⁸⁸ (PAPRIPACT), qui découle du document unique. Ces documents ont mis à jour les problématiques rencontrées par les professionnels, comme le stress (ressenti ou évoqué) en relation avec la fin de vie du résident, la difficulté de travailler auprès de résidents atteints de troubles du comportement (Alzheimer), les agressions verbales ou physiques des résidents ou des familles, la pénibilité liée aux manipulations des

⁸⁵ Article L 4121-1 du Code du travail : « *l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent : 1° Des actions de prévention des risques professionnels ; 2° Des actions d'information et de formation ; 3° La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés* ».

⁸⁶ Articles L et R 4611-1 et suivants du Code du travail. Les dispositions propres aux CHSCT s'appliquent dans les établissements publics médico-sociaux (cf. article R 4615-1 du même code)

⁸⁷ Article R 4121-1 du Code du travail : « *L'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs à laquelle il procède en application de l'article L. 4121-3. Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement (...)* ».

⁸⁸ Article L 4612-16 du Code du travail : « *Au moins une fois par an, l'employeur présente au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (...) un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Ce programme fixe la liste détaillée des mesures devant être prises au cours de l'année à venir, ainsi que, pour chaque mesure, ses conditions d'exécution et l'estimation de son coût* ».

résidents (atteintes dorso-lombaires,...). À ces constats succèdent des préconisations pour neutraliser les risques identifiés. L'établissement s'est appuyé sur ces diagnostics pour proposer un plan d'action : par exemple former le personnel à la conduite à tenir face à un résident atteint de problèmes psychologiques ou agressif, ou encore s'assurer que les professionnels soient effectivement formés aux gestes et postures et à l'utilisation des équipements de manutention.

Le taux d'absentéisme est un facteur qui doit alerter sur d'éventuelles problématiques de fonctionnement. Aux « Cerisiers », il s'établit à 7,5 % pour les titulaires et à 15 % pour les contractuels (la moyenne dans les Ehpad est de 8,90 %⁸⁹). Les causes précises de l'absentéisme ne sont pas identifiées. Cependant, l'établissement lutte contre l'absentéisme ayant pour origine les douleurs du dos en proposant des formations spécifiques et en faisant l'acquisition de matériels adaptés. Aux côtés de ces éléments de prévention, le directeur de l'Ehpad « les Cerisiers » a choisi d'endosser une posture sociale et de valorisation des professionnels par les formations.

2.3.2. Le projet social et la politique de formation

L'établissement ne dispose pas d'un « projet social » au sens de l'article L 6141-2 du Code de la santé publique. Les établissements relevant de l'article L 312-1 du Code de l'action sociale et des familles ne sont pas soumis à cette obligation (d'ailleurs, en auraient-ils les moyens ?). Néanmoins, une politique sociale existe bel et bien, même si elle n'est pas formalisée. L'établissement fait ainsi des efforts au niveau de la résorption de l'emploi précaire. Des contractuels au long cours (ancienneté supérieure à 6 ans) sont proposés à la titularisation depuis l'arrivée de la nouvelle direction en 2009. En outre, la direction a souhaité embaucher trois contrats d'avenir. Malheureusement la mission locale de Pôle emploi n'a jamais donné suite.

La politique de formation continue est également volontariste. Le budget dédié aux formations permet de proposer un plan de formation assez élargi, par exemple des stages collectifs sur la promotion de la bientraitance, les soins palliatifs, les gestes et postures adaptés, la prise en charge de l'incontinence, la prise en charge des personnes atteintes d'Alzheimer, les soins bucco-dentaires... Prochainement, une formation « humanitude » sera organisée. Ces formations enrichissent bien évidemment les pratiques des agents, et donc la qualité de la prise en charge, mais comme évoqué plus haut, la déclinaison concrète des formations auprès des résidents n'est pas évaluée. Des agents peuvent également s'engager dans la reconnaissance des acquis de l'expérience. Ainsi, la promotion des corps d'ASH vers celui des AS est encouragée, d'autant plus que les ASH font en réalité fonction d'AS.

⁸⁹ Source : 4^{ème} baromètre de l'absentéisme, ALMA CG 2012

Le directeur a globalement un rôle de promoteur des droits (quels qu'ils soient). Il est le garant de la cohésion interne des équipes, de la prévention des risques professionnels et psychosociaux et de la sécurité. La qualité du cadre de travail et des relations professionnelles, les perspectives offertes par l'activation d'une politique de la formation continue influent *in fine* sur la qualité d'accompagnement des résidents.

Conclusion de la 2^o partie

La mise en oeuvre d'une démarche qualité est un processus qui s'inscrit dans le long terme, grâce aux outils réglementaires et à ceux propres à la qualité. Si les outils de la Loi du 2 janvier 2002 sont bien intégrés, les outils tels que la fiche de signalement d'événement indésirable ou le cahier des plaintes et des réclamations n'ont pu être pleinement opérationnels à la fin du stage de professionnalisation. Il convient de se demander pourquoi et d'examiner quels sont les facteurs pouvant contrarier la démarche qualité. Soulignons en effet que la qualité ne peut s'ancrer dans le fonctionnement d'un établissement qu'à la condition que son organisation interne soit prête à franchir le pas en adoptant un point de vue partagée sur l'intérêt d'une telle démarche. A cela s'ajoute la position en retrait des autorités de contrôle. Ainsi, en juin 2014, le renouvellement de la convention tripartite datant du 1^o août 2007 n'était pas effectif. Ceci est naturellement préjudiciable pour l'établissement dans la mesure où l'actualisation de ses moyens financiers et budgétaires est retardée. De plus, la démarche qualité peut engendrer des difficultés inattendues. Selon une professionnelle interrogée, « *La qualité se fait toujours au détriment d'autres tâches, c'est quelque chose qui se surajoute au travail quotidien, ce n'est pas prioritaire pour les équipes. Il y a trop de formalisme, trop indicateurs et pas assez d'activation des outils. Il y a trop de reporting à faire* ». Il faut en effet être conscient que la démarche qualité comporte des risques lors de sa mise en oeuvre. D. COLMONT (2011)⁹⁰, dans une posture très critique, avance que le management de la qualité comporte des effets pervers qui détériorent la conduite des équipes. La démarche qualité est par nature contraignante, elle risque d'être par là même une source de démotivation, car la charge de travail ne permet pas de remplir des objectifs qualité de manière sereine. Conséquences : la démarche qualité instaurerait « *les conditions d'une culpabilité permanente*⁹¹ ». Il convient ainsi de faire preuve de prudence : mettre en place la démarche qualité peut être perçue par les professionnels comme une remise en cause de leur travail. Il convient également d'objectiver la situation de l'établissement en matière de moyens humains et financiers.

⁹⁰ COLMONT D., « *Le management de la qualité tuera-t-il le management des hommes ?* », Objectif soins, pp 35-38, novembre 2011

⁹¹ COLMONT D., op. cit. p. 36.

III - La démarche qualité suppose une compréhension préalable des faiblesses structurelles d'un établissement

Comme évoqué plus haut, la recherche d'un accueil de qualité des résidents est la finalité d'un établissement médico-social, rappelée par les intentions législatives. Il est vrai que le chemin parcouru a été important et que nous sommes loin des conditions d'hébergement déplorables des hospices. Pour autant, l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accueil doit sans cesse être questionnée, sous peine d'immobilisme. La démarche qualité suppose une dynamique insufflée dans tous les organes d'un établissement, et c'est là que nous rencontrons un paradoxe étonnant : certains professionnels sont indifférents à la mise en place de la qualité, d'autres seront dans une attitude d'opposition radicale. Un syndicat d'un établissement évoque même le « *boulet de la démarche qualité* » (cf. annexe V). Il semblerait que le rocher de Sisyphe soit une réelle damnation... Comment expliquer cette contradiction entre les valeurs positives portées par la qualité et la résistance à ce processus d'amélioration ? Nous présenterons quelques facteurs qui, selon nous, peuvent neutraliser la mise en place d'une démarche qualité et expliquer pourquoi elle ne peut s'inscrire que dans le temps long. Les établissements doivent être conscients de leurs points faibles afin de prévenir les difficultés liées à l'institution d'une démarche qualité. Cette dernière partie sera émaillée de recommandations résultant de la mise en évidence de certaines fragilités structurelles.

3.1. Les obstacles structurels à la démarche qualité

Les professionnels avancent plusieurs facteurs limitant *a priori* la démarche qualité : le manque de personnel, le manque de temps et le manque de moyens. La direction signale quant à elle une inadaptation des locaux et une problématique organisationnelle. Nous allons tenter d'objectiver l'effectivité de ces facteurs afin d'en tirer les conclusions dans la stratégie de mise en œuvre de la démarche qualité. Pour ce faire, nous avons analysé les comptes administratifs des autres Ehpad du département, les données du logiciel d'informatisation du dossier résident et les diagnostics architecturaux. Des entretiens informels avec les professionnels ont complété notre démarche.

3.1.1. Des facteurs architecturaux, fonciers et institutionnels restreignant l'humanisation de l'établissement

La démarche qualité peut être limitée par une architecture inadaptée ou la vétusté des bâtiments. L'Ehpad « les Cerisiers », construit dans le milieu des années 80, est en fait un établissement aux normes de cette période qui ne répondent plus du tout aux besoins des résidents. Par exemple, les chambres individuelles sont peu spacieuses (16 m² en moyenne), 28 résidents (sur 80) partagent des chambres doubles de 22 m², posant des problèmes de respect de l'intimité. Aucune chambre n'est dotée d'une salle de bains avec douche. Les WC et les lavabos des chambres ne sont pas adaptés aux résidents en fauteuil. Plus généralement, les bâtiments ne sont plus conformes aux normes réglementaires d'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite. Les locaux actuels ne favorisent donc pas le maintien de l'autonomie des résidents. En outre, l'établissement n'a pas été prévu pour l'accueil des personnes atteintes de troubles de type Alzheimer.

Le défi à venir, dans le cadre du projet de reconstruction envisagé, serait d'humaniser l'établissement, avec la mise aux normes des chambres, l'installation de salles d'eau privatives adaptées, l'augmentation de la superficie des chambres (pour atteindre 20 m² au minimum) et enfin la suppression des chambres doubles pour garantir le respect de l'intimité. Les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer bénéficieraient de la création d'un pôle d'activité et de soins adaptés⁹² (PASA). Les modalités de prise en charge s'enrichiraient d'un accueil de jour et de places d'hébergement temporaire (pour permettre des séjours de répit pour soulager les aidants familiaux). Cependant, le projet de reconstruction est bloqué par l'absence de terrain disponible dans la commune, et il n'est pas sûr que des opportunités foncières s'offrent à l'établissement. Une reconstruction sur site n'est pas non plus envisageable en raison de l'exiguïté du terrain.

Il semblerait que le système de tarification ternaire ait une incidence sur la qualité de vie. Par exemple, les anciens établissements situés en zone urbaine dense ne trouvent pas de terrains pour leur programme de reconstruction visant à l'humanisation. Puisque les dotations aux amortissements sont financées par le prix de journée de la section hébergement, déterminé par le conseil général et donc supporté par le résident (ou par l'aide sociale), tout programme d'investissement a nécessairement un impact sur le prix de journée. Pour contourner ce problème et limiter la hausse de ce prix, les reconstructions d'Ehpad se font en augmentant le nombre de places. Ces nouvelles constructions, faute de pouvoir se faire sur place, ont besoin d'un terrain plus vaste alors que les réserves foncières en zone urbaine dense diminuent, affectées à de l'immobilier de bureaux. En outre, si les ARS disposent de leviers financiers destinés à l'humanisation et à la modernisation dans le cadre d'une politique régionale, ce n'est pas le cas des conseils généraux. L'Ehpad « les Cerisiers » a reçu de la part de l'ARS une subvention d'investissement de 1,7 million d'euros. Or le Conseil général n'est pas en mesure

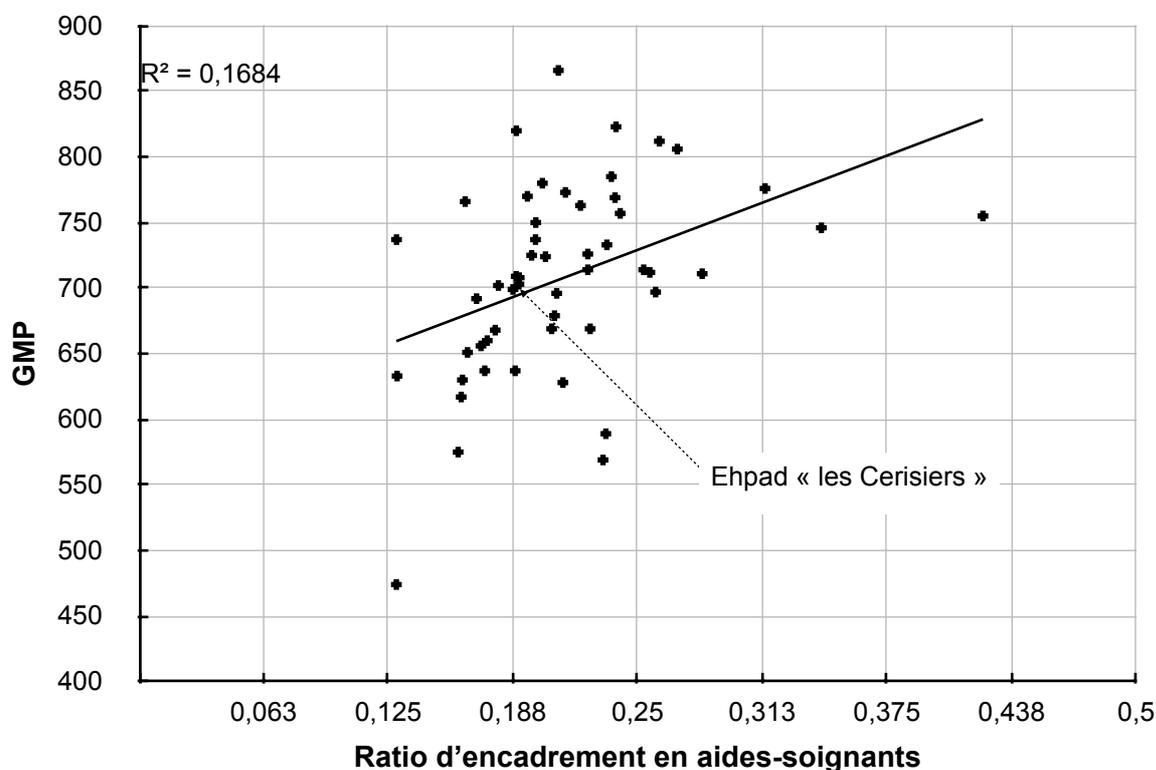
⁹² Les PASA sont une modalité d'accompagnement prévu par le Plan Alzheimer 2008 - 2012 (mesure 16).

d'accepter une augmentation du prix de journée qui serait lié à un emprunt ou des dotations aux amortissements. La situation est donc bloquée et l'Ehpad « Les Cerisiers » est loin de se moderniser. Au regard de ce constat, nous proposons de découpler investissement et amortissements payés par les usagers. Ces derniers ne devraient pas supporter le poids de l'humanisation des établissements, pas plus que l'aide sociale départementale. Le financement de la modernisation des Ehpad devrait intégralement émaner de la solidarité nationale.

3.1.3.. La question du ratio d'encadrement en personnels soignants en Ehpad

Le ratio d'encadrement (nombre de soignants pour un résident) traduit la présence humaine auprès des résidents. Il s'agit d'une question sensible, car un manque de personnel soignant peut être un facteur pouvant contrecarrer la démarche qualité. Mais comment établir que le ratio d'encadrement en professionnels est suffisant ? Nous ne pouvons, hélas, répondre de manière certaine à cette question. Toutefois, en comparant les ratios d'encadrement en aides-soignants d'autres Ehpad du département avec le niveau de dépendance de la population accueillie (le GMP), nous obtenons un résultat fort curieux. Le graphique ci-dessous révèle en effet qu'il n'y a aucune relation logique entre le niveau de dépendance de la population accueillie et le ratio d'encadrement en aides-soignants.

Relation entre le ratio d'encadrement en aides-soignants et le GMP



Source : Conseil général de Seine-Saint-Denis, Comptes administratifs 2011 Exploitation : S. PIEDFERT

On pourrait penser de prime abord que plus le niveau de dépendance des résidents est important, plus le ratio d'encadrement sera adapté au surcroît de prise en charge. Or ce n'est pas le cas. Des établissements peuvent disposer d'un ratio d'encadrement similaire avec un écart de GMP de 350 points ; de même, pour un GMP identique, le ratio d'encadrement peut varier du simple au triple. Le graphique ne fait état que d'un ratio d'encadrement théorique⁹³ — effectif total des AS divisé par le nombre de places — et le ratio d'encadrement réel, sur une matinée par exemple, n'est pas pris en compte. L'Ehpad « les Cerisiers » dispose des personnels suivants sur un cycle de 24 heures.

Effectifs et ratios d'encadrement en personnels soignants

Soignants	Effectifs en matinée	Effectifs après-midi	Nuit
Médecin coordonnateur	0,5	0,5	0
Cadre de santé	1	1	0
IDE	3	2	0
AS	4	2	2
AMP	2	2	0
ASH	4	2	0
Total	14,5	9,5	2

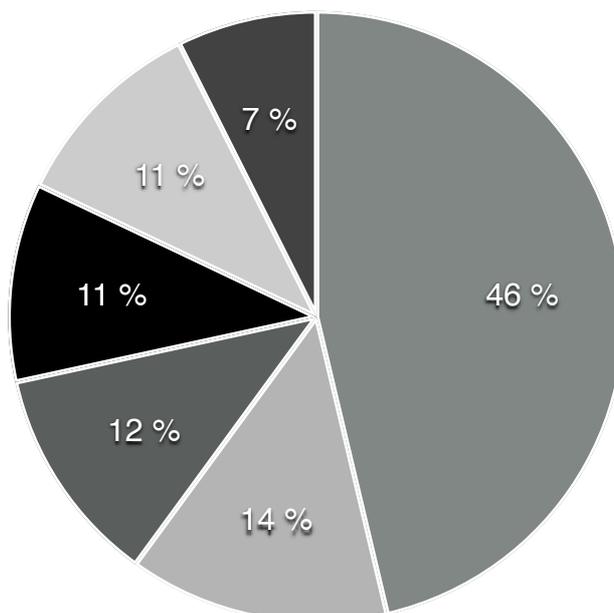
	Matinée	Après-midi	Nuit
Ratio d'encadrement	0,18	0,12	0,03

Le ratio d'encadrement en AS est donc d'un pour 20 résidents. Ce ratio est à mettre en relation avec les caractéristiques de la population accueillie, présentées en introduction, et la durée de travail effective théorique auprès des résidents. Cette durée est d'environ 6 h 30⁹⁴, soit moins de 20 minutes par résident. Durée théorique qu'il conviendrait encore de diminuer pour tenir compte des déplacements dans les couloirs et des différents types d'interruption de tâches (événement imprévu, communication avec les familles, etc.). Le diagramme en camembert ci-dessous décrit le temps consacré par les AS à certaines tâches. Les soins d'hygiène occupent la moitié de leur activité, suivie des soins d'élimination.

⁹³ Rappelons qu'il faut 1,7 professionnel à temps complet pour assurer sur l'année une présence constante auprès des personnes.

⁹⁴ 7h32, moins 20 minutes de pause, 20 minutes de transmission, 10 minutes pour compléter le logiciel d'informatisation du dossier résident et 8 minutes de temps d'habillage/déshabillage (chiffres indicatifs).

- Hygiène
- Organisation
- Autre
- Elimination
- Habillage
- Alimentation



Répartition des tâches quotidiennes d'un AS

Or les missions des aides-soignants rentrent directement dans la qualité de la prise en charge des résidents, et donc de la qualité de vie globale, grâce aux multiples aides qu'ils apportent (aides aux toilettes, à l'habillage, à l'alimentation, hygiène bucco-dentaire, soins de confort, etc.). Ces tâches, pour être réalisées correctement tout en respectant le résident, réclament du temps, à plus forte raison quand la personne âgée est très dépendante et qu'elle souffre de troubles du comportement.

Selon nous, cette fragilité des effectifs en aides-soignants met en difficulté non seulement l'organisation de la prise en charge, mais également la qualité de l'accueil. Une étude de la Fédération Hospitalière de France portant sur la qualité dans le secteur des personnes âgées a analysé le différentiel « soins requis / soins réalisés » en Ehpad⁹⁵, à partir des recommandations de bonnes pratiques. Avec un ratio de 0,3 soignant (AS, AMP, IDE) par résident dans un établissement avec un GMP de 820 et un PMP de 250, il s'avère que les toilettes ne sont que partielles et réalisées le plus souvent au lit — avec pour conséquence un risque de perte d'autonomie pour la personne — les bains ne sont pas effectués tous les 15 jours, les soins bucco-dentaires ne sont pas faits... La prise en charge globale de la personne est donc à la fois sommaire et irrégulière. L'Ehpad « les Cerisiers » dispose d'un ratio de 0,28 soignant (AS, AMP, IDE) par résident. Les toilettes sont majoritairement effectuées au lit, à l'aide de chariots douche, les résidents ne sont

⁹⁵ FHF, SNGC, Sécurité et qualité dans le secteur personnes âgées : Produire des indicateurs de qualité associés à des indicateurs de résultats. Dossier de Presse, avril 2009.

pas installés aux toilettes⁹⁶ (utilisation de protections à la place), les repas aux étages sont pris très rapidement (15 / 20 minutes environ), les professionnels mentionnent également de fortes contraintes de temps. Pour autant, l'argument du « manque de personnels » ne doit pas servir de faire-valoir à un certain immobilisme ou pis, à une victimisation. Une réflexion sur l'organisation du travail peut aboutir à des gains de productivité.

Par conséquent, nous proposons que les établissements puissent disposer de financements pour réaliser des audits médico-organisationnels, destinés à identifier des gisements de productivité, ou bien établir clairement un taux d'encadrement insuffisant. Les charges de travail nécessaire pour être en conformité avec les recommandations de bonnes pratiques devraient être objectivées. Dans un second temps, le renforcement des moyens humains des établissements serait à envisager, pour atteindre un ratio d'encadrement en cohérence avec les besoins des personnes.

3.1.2. Une allocation de ressources inadaptée ?

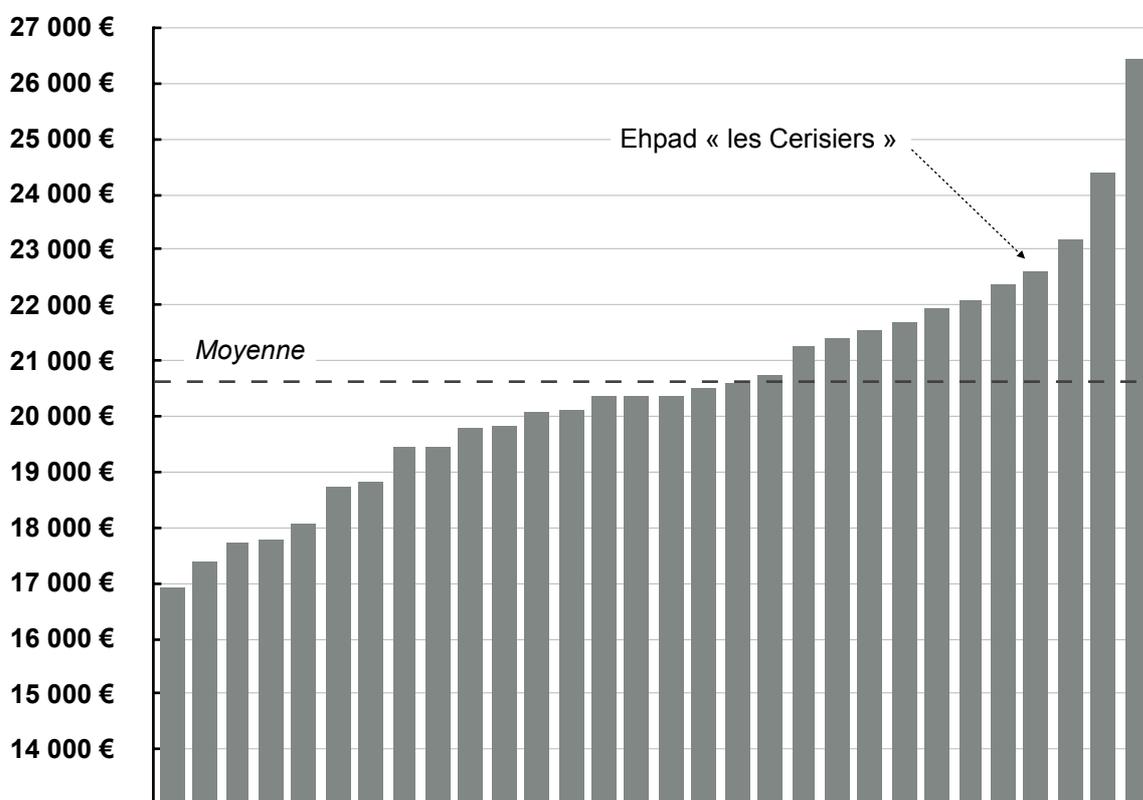
La comparaison des moyens alloués aux établissements dépasse quelque peu le cadre de ce mémoire. Il est néanmoins intéressant de se questionner sur le profil financier de l'Ehpad « les Cerisiers » par rapport à d'autres Ehpad, en partant du principe que la qualité est *a priori* corrélée au niveau de ressources. Plusieurs indicateurs peuvent être utilisés, nous avons choisi de nous restreindre à l'indicateur « *coût place hébergement hors de dépenses de structures* » pour situer l'établissement dans le département. Rappelons que les charges d'hébergement comprennent notamment l'hôtellerie (restauration et service, blanchissage, entretien des locaux) et l'animation. La tarification par le Conseil général de la section hébergement repose sur une négociation budgétaire annuelle, à la différence des sections soins et dépendance, dont la tarification est déterminée par le GMP et le PMP.

Le graphique ci-dessous montre que l'intervalle des coûts à la place est compris entre 17 000 et 26 000 € (soit une différence de 50 % !) avec une moyenne d'environ 20 500 €. Le coût à la place de l'Ehpad « les Cerisiers » s'établit à 22 500 €. Globalement, les établissements publics ont un coût à la place plus élevé que les établissements privés associatifs et privés lucratifs. Comment expliquer ce différentiel de coût ? Peut-on conclure que la qualité des prestations hôtelières est meilleure dans les établissements publics, étant donné que les ressources consacrées y sont plus importantes (à la condition que cette relation soit vraie) ? Ce graphique révèle que l'Ehpad « les Cerisiers » dispose d'un budget solide sur cette section de dépenses.

⁹⁶ Entretien avec la cadre de santé : « La rééducation n'est plus faite en raison du vieillissement des résidents. Des bilans uro-dynamiques avec les kinésithérapeutes étaient réalisés auparavant, mais ont été arrêtés car peu probants. La plus grande partie des résidents ont des protections ».

L'inconvénient selon de l'allocation de ressources sur cette base de trois tarifs est qu'elle n'est pas transparente et de surcroît difficilement compréhensible pour les résidents et des familles. Ce tarif administratif « hôtelier » contribue à créer des conditions d'accueil hétérogènes entre les établissements, en faisant par exemple payer à une génération donnée le prix d'une modernisation qu'elle ne verra pas, alors que l'humanisation des établissements avait à l'origine une dimension collective. Ce tarif met également en exergue les difficultés des établissements publics à mutualiser certaines fonctions supports et administratives, là où les établissements privés lucratifs et associatifs fonctionnent avec des sièges administratifs.

Coût place hébergement hors dépenses de structures des EHPAD de Seine-Saint-Denis



Calcul : Le « coût place hébergement hors dépenses de structures » est un indicateur médico-social économique réglementaire figurant à l'annexe 3-5 du CASF. Ce coût n'intègre pas les dépenses de structures, i.e. les dotations aux amortissements et aux provisions, les frais financiers, l'assurance de l'immobilier, l'entretien de l'immobilier, et les locations immobilières. Source : Conseil général de Seine-Saint-Denis, Comptes administratifs 2012. Exploitation : S. PIEDFERT

Certes, l'allocation de ressources passe par la négociation d'une convention tripartite tournée vers le développement des prestations offertes. Les coupes Pathos et le GMP doivent être correctement évalués, grâce à une attention particulière portée à la tenue du dossier de soins des résidents. Mais nous avons observé des différences de traitement dans trois établissements, selon la date de signature de leur convention tripartite. Les deux établissements qui ont été parmi les premiers à négocier leur convention tripartite ont bénéficié de solides moyens. Cela ne fut pas le cas pour l'Ehpad

« les Cerisiers », en queue de conventionnement. Les autorités de tarification suivent une orientation politique prédéterminée (par exemple, faire des économies sur les dépenses d'aide sociale). Les décisions tarifaires qui en résultent ne sont pas discriminées entre les établissements. Elles tendent à entériner des budgets historiques d'une année sur l'autre, par l'application d'un taux de reconduction similaire. A cela s'ajoute la complexité de la tarification ternaire, la confusion (volontaire ou non) au niveau de l'imputation des dépenses et certaines situations ubuesques, telle cette autorité de tarification rejetant des dépenses de savons pour les résidents, décision justifiée selon elle par le fait que les résidents, leur tuteur ou leur famille doivent pourvoir aux nécessaires de toilettes. Nous touchons ici aux limites du système de tarification.

Le volet « accompagnement » du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit de clarifier l'allocation de ressources au niveau du tarif hébergement. Mais cette partie du projet de loi ne semble pas pour tout de suite. La réforme de la tarification ne peut s'appuyer selon nous que par la mise en place d'une véritable comptabilité analytique dans les établissements, permettant d'identifier ce qui est du domaine de la rémunération des personnels administratifs que de la qualité de vie hôtelière (hors investissement). Cette qualité de vie devrait être définie par des référentiels opposables aux financeurs, plutôt que par des recommandations.

Puisque la création d'un « cinquième risque » est régulièrement évoquée, il ne serait pas illogique que le financement des Ehpad soit assuré par une branche dépendance, au même titre que le handicap est financé par la branche maladie. Les instituts médico-éducatifs pour enfants handicapés, ou les maisons d'accueil spécialisées pour adultes handicapés, sont par exemple intégralement financés par la branche assurance maladie⁹⁷. Ces établissements n'ont qu'un seul tarifificateur, l'ARS. Les dépenses, qu'elles soient d'hébergement, de dépendance ou de soins devraient être fondues en un seul et unique tarif. Pour cela, il faudrait changer de paradigme en reconnaissant la perte d'autonomie comme un aspect du handicap. La situation de la personne âgée se rapproche de celle d'une personne handicapée, avec des handicaps spécifiques liés au vieillissement. À la différence que les nombreux aspects de ces formes de handicap sont peu ou pas compensés. L'absence de prise en compte de ces déficiences (notamment quand la personne est atteinte de troubles démentiels) entraîne un repli sur soi des personnes et, *in fine*, une dégradation de leur qualité de vie.

Mais la démarche qualité ne saurait se réduire à des problématiques uniquement financières, d'autres facteurs rentrent en ligne de compte, comme la gestion des ressources humaines et le management.

⁹⁷ L'objectif national de dépense *d'assurance maladie* pour le handicap et la dépendance (soins en Ehpad) est de 16 milliards d'euros. Ces crédits sont pilotés par la CNSA.

3.2. L'importance des ressources humaines et du management

La qualité dans le domaine médico-social repose sur une attention particulière donnée au management, à une politique de formation opérante et une meilleure reconnaissance symbolique des métiers du domaine médico-social, en particulier ceux de la prise en charge des personnes âgées.

3.2.1. L'importance de la direction d'établissements en tant que pilote de projets

Les directions conduisent la réalisation du projet d'établissement et ont vocation à soutenir la démarche qualité. Celle-ci implique une mobilisation importante sur un plan humain et technique, qui se superpose aux tâches quotidiennes. Le rôle de direction est primordial dans le sens où elle assure un pilotage qui va au-delà de la simple gestion budgétaire et comptable. Elle doit être, elle-même, porteuse d'un projet de direction qui intègre la déclinaison concrète des projets individualisés. À l'inverse, les établissements sans direction risquent de fonctionner selon un mode autonome et itératif (le cycle de prise en charge des résidents se répète toutes les 24 heures tous les jours de l'année, sans tenir compte des projets de vie). En d'autres termes, les changements de cap organisationnels ne peuvent pas être entrepris seuls par les équipes. Même si des professionnels peuvent individuellement apporter des améliorations en termes de qualité, une direction et un encadrement intermédiaire sont nécessaires pour conduire un projet global. Or, des établissements demeurent sans directeur, en particulier dans certaines zones géographiques, comme le souligne un rapport du Centre national de gestion⁹⁸. Il peut être délicat de laisser trop longtemps des organisations en autonomie, et un intérim de direction ne peut être qu'une solution provisoire. Tous les établissements devraient avoir une direction. Une modulation du coefficient de la part fonction de la prime de fonction et de résultat pourraient par exemple attirer des directeurs et directrices dans certaines zones géographiques déficitaires.

Un autre facteur concerne l'adhésion des salariés à la démarche qualité. Celle-ci nécessiterait l'emploi de « *leviers de motivation* »⁹⁹, comme des gratifications financières (salaire au mérite, intéressement) ou honorifiques attribuées aux professionnels. Ces leviers devraient pouvoir être utilisés dans le cadre de la fonction publique hospitalière. Actuellement, la prime de service est reliée à la notation annuelle. La progression de la note reflète pour partie l'ancienneté des agents¹⁰⁰. Nous recommandons de toiletter le système de notation actuelle, en le remplaçant par un questionnaire de reconnaissance

⁹⁸ Centre national de gestion, Rapport d'activité 2012, p. 302. En outre, la moitié des postes de direction proposés n'a pas été pourvue en 2012, soit 150 postes demeurant vacants (cf. p 301).

⁹⁹ RACINE G., La démarche qualité dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Berger-Levrault, 2000, p 172.

¹⁰⁰ C. Queyroux, « La disparition de la notation des agents de la fonction publique hospitalière, pour quel gain en matière de management ? », <http://hopital-territoires.com/?p=113>

de la valeur professionnelle des agents. Par exemple, différentes questions permettraient de dresser un profil de compétences, d'attitudes, de points à renforcer, etc., et dont les réponses reposeraient sur des éléments factuels. L'évaluation par la notation peut en effet être vécue comme un système infantilisant, éventuellement démotivant. Dans l'un de ses « 14 points », W.-E. DEMING conseille d'ailleurs de supprimer la notation annuelle ou au mérite, ou encore le management par objectif.¹⁰¹ La « fierté » du travail ne devrait pas être remise en cause.

3.2.2. Continuer d'investir dans la formation des professionnels

La formation initiale est un aspect fondamental : elle prépare les futurs professionnels à l'accomplissement des gestes exigés par la prise en charge des résidents. La formation continue permet d'actualiser les compétences au regard de nouvelles techniques. L'axe « formation » est un instrument ouvrant la voie à la démarche qualité. Or le contenu des formations n'est pas immuable, il évolue au gré des attentes et des représentations des métiers. L'exemple de la construction de la formation d'aide-soignant est ainsi éclairant.

Dans la fonction publique hospitalière, les aides-soignants font partie d'un corps de catégorie C. Un arrêté de 1956 crée un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant dans les hôpitaux et hospices publics. Ce certificat est essentiellement axé sur l'hygiène du malade et de son environnement. La fonction était réduite à la dimension technique des actes, sans tenir compte des spécificités liées à la personne âgée. Puis, la création des instituts de formation d'aides-soignants a fait évoluer la formation initiale, en la portant à 1435 heures, dont 140 heures obligatoires (4 semaines) dans une structure pour personnes âgées. Le contenu de la formation s'est élargi dans le cadre de l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant. Les compétences attendues sont en particulier « *d'accompagner une personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et de son degré d'autonomie* ». L'arrêté de 2005 ajoute des formations sur la contention, la limitation des mouvements et, plus particulièrement, sur les droits des patients, avec une sensibilisation à la démarche éthique et la prévention de la maltraitance. Le métier d'aide-soignant est ainsi passé d'une dimension strictement hospitalière à une dimension d'accompagnement des personnes sur le long terme, où il s'agit de promouvoir l'autonomie et les besoins des personnes. Mesurons les progrès effectués en un demi-siècle. Pour autant, le programme actuel de formation nécessiterait peut-être quelques adaptations aux spécificités de l'accompagnement des personnes âgées. Ainsi, nous voyons se développer une forte

¹⁰¹ DEMING W.-E., *Out of crisis*, p. 24 : « *Remove barriers that rob people (...) of their right to pride of workmanship. This means, inter alia, abolishment of the annual or merit rating and of management by objective* ».

demande pour des formations de type « *humanitude* », sans doute la preuve qu'un hiatus existe dans la formation initiale des AS.

La formation initiale apporte un socle de compétence, qui doit cependant être enrichi par la formation continue. Outre l'acquisition ou la révision de techniques professionnelles, la formation continue est également une passerelle vers la promotion professionnelle. À ce titre, elle contribue à entretenir la motivation et l'investissement des agents. Elle est en outre nécessaire au regard de l'augmentation de la dépendance des personnes en établissements. La politique de formation des établissements doit correspondre à ces évolutions, par exemple sur la sensibilisation aux comportements des personnes atteintes d'Alzheimer.

3.2.3. Repenser la politique salariale des professions médico-sociales

Les métiers auprès des personnes âgées dépendantes sont exigeants, demandeurs de disponibilité physique et morale ; il faut accepter les symptômes des résidents, l'agressivité parfois des familles, sans oublier la responsabilité morale de prendre soin de personnes vulnérables. Mais ces professions sont médiocrement rémunérées, au regard du niveau de qualité humaine attendu. Ces personnels sont peu portés à la revendication statutaire, à la différence d'autres corps à l'identité professionnelle plus affirmée. Seul le SMIC sert de référence aux revalorisations indiciaires. Prenons un exemple : un AS débute sa carrière à l'indice majoré 316, soit une rémunération brute de 1 463 € (17 500 € annuel). En fin de carrière, ce même AS sera à l'indice majoré 457, soit 2 115 € bruts (25 380 € annuel). D'après l'INSEE, le salaire brut annuel moyens des aides-soignants est de 22 080 €¹⁰². C'est moins que le salaire des ouvriers *non qualifiés* de type industriel ou agricole. Cette fourchette de rémunération est cependant en cohérence avec le secteur d'activité. En effet, toujours selon l'INSEE, au sein de l'économie française, la catégorie « hébergement médico-social » est celle qui offre le plus faible salaire brut annuel moyen par ETP, tous secteurs d'activité confondus ! En plus d'un renforcement du taux d'encadrement, une revalorisation des professions médico-sociales est un facteur important dans l'amélioration de la qualité, car la qualité exige un surcroît de travail. Les travaux sur le management montrent que de meilleurs salaires ont un impact favorable : les professionnels sont davantage motivés et s'impliquent plus grandement dans l'organisation¹⁰³, car le salaire est aussi le pendant d'une forme de reconnaissance symbolique quant à l'importance sociale du travail effectué.

¹⁰² Insee, Résultats n°128, mars 2012, http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=dads2009®_id=0&page=irweb/dads2009/synt/cad/cadrage.htm

¹⁰³ F. ALEXANDRE-BAILLY *et al.*, Comportements humains et management, 2013, p. 163.

Conclusion de la 3^o partie

D'autres pistes peuvent être évoquées pour favoriser la démarche qualité dans les établissements. Ainsi, l'action des représentants des résidents, grâce à leurs observations et l'identification de leurs besoins, nous semble essentielle. C'est l'une des missions du CVS que d'être le relais des souhaits des autres résidents. Or il nous a semblé que ce rôle n'était pas toujours pleinement assuré. Le Coderpa de Seine-Saint-Denis avance une proposition intéressante pour élargir le point de vue des CVS : que les membres du CVS comprennent en plus un représentant du Coderpa avec voix délibérative. Ce représentant pourrait siéger dans plusieurs CVS afin d'avoir une vision croisée des Ehpad. Il serait en outre un trait d'union entre les établissements et le Conseil général.

Un autre problème récurrent dans les Ehpad est la gestion des plaintes. Les familles ou les résidents formulent leurs plaintes au Conseil général, et éventuellement à l'ARS. La direction de l'établissement est ensuite sollicitée par les autorités de contrôles pour disposer d'explications concernant les motifs de la plainte et les réponses que l'établissement compte apporter. Il semble que ce circuit des plaintes témoigne d'une forme de faiblesse du dialogue entre les familles et les directions. Nous proposons la formation d'un organe spécifique pour résoudre ce type de conflits, sur le modèle des Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC). Il s'agirait de rendre davantage transparent le fonctionnement des Ehpad et d'associer les représentants des usagers aux problématiques de l'établissement. Cette CRUQPC médico-sociale pourrait également être commune à plusieurs établissements.

Des synergies entre les établissements auraient également un effet favorable sur les projets qualité. Par exemple, certaines fonctions pourraient être mutualisées entre plusieurs établissements (quels que soient leurs statuts juridiques). Si un établissement ne peut recruter un temps complet de qualitatif, il peut en revanche être partagé sur deux ou trois structures. Plus globalement, certaines fonctions comme des pools de remplacement ou des IDE de nuit pourraient être mutualisées entre les établissements d'un même territoire. Cela vaut également pour des métiers connaissant des difficultés de recrutement (psychomotricité, kinésithérapie, podologie, AS dans certains territoires, etc).

Les autorités de contrôle devraient également renforcer leurs fonctions d'inspection, de contrôle et d'évaluation des établissements. Les Ehpad sont en définitive très rarement inspectés. Une inspection relève dès lors d'un épisode exceptionnel dans la vie d'un établissement, voire traumatisant pour les directions (à plus forte raison quand une inspection est diligentée suite à des courriers calomnieux). Pourquoi ne pas imaginer une inspection annuelle des établissements, axée uniquement sur certains critères ? Les évaluations externes nous semblent fragiles pour pouvoir

améliorer durablement la qualité dans les Ehpad, car elles ne se tiennent que tous les 5 ou 7 ans.

En définitive, les leviers pour accompagner la démarche qualité sont nombreux et devraient être utilisés de concert, à la condition toutefois qu'ils servent un projet solidement établi et communément partagé.

Conclusion

Ce mémoire a tenté de retracer un processus de mise en place d'une démarche qualité et a essayé d'analyser les points forts et les obstacles d'une telle démarche. Cependant, ce travail ne reflète qu'un instant de la vie d'un établissement, et la qualité, rappelons-le, s'inscrit sur le long terme. Un bilan définitif de la mise en place de la démarche qualité à l'Ehpad « les Cerisiers » ne pourra s'écrire que d'ici quelques années. Dès lors, nous ne pouvons que nous livrer qu'à une conclusion provisoire.

Premièrement, la démarche qualité ne peut s'envisager que si les conditions de sa réalisation sont réunies. Dans le cas contraire, il y a un risque de s'engager dans des actions qui draineront l'énergie des équipes sans résultat décisif. Certains paramètres devraient être au préalable respectés pour aboutir à une démarche opérante. La qualité ne peut s'envisager si elle n'est pas soutenue par certains piliers. La figure ci-dessous résume les prérequis nécessaires, selon nous, mis en avant dans ce mémoire — la pente que notre Sisyphe doit escalader.



Deuxièmement, il y a un paradoxe à employer les méthodes de la qualité telles qu'elles sont définies à l'origine, en tant qu'elles se rapportent à des institutions totales que sont les industries automobiles, et alors même que les établissements médico-sociaux peuvent être suspectés d'être également des institutions totales¹⁰⁴. Or un important travail de pédagogie est nécessaire pour pouvoir importer la boîte à outils de la qualité dans le domaine médico-social. La démarche qualité véhicule des présupposés et peut créer une forme d'anxiété au sein des professionnels. Nous pensons que la

¹⁰⁴ Selon le sociologue E. GOFFMAN, l'institution totale est un « lieu de résidence ou de travail où un grand nombre d'individus placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées ». GOFFMAN E., *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, 1968, p. 41.

démarche qualité doit procéder d'abord d'une réflexion éthique et déontologique de chacun. Les outils de la qualité devraient être choisis et adaptés en fonction de cette réflexion. Il nous semble que ces outils sont parfaitement adaptés pour ce qui est d'évaluer des processus identifiables, dont le non-respect expose l'établissement à des risques. La démarche qualité sert en définitive à gérer des risques et à les rendre évitables. Mais quid de la dimension humaine et relationnelle inhérente à l'accueil des personnes en établissement ? Plus que des outils, ce sont les qualités d'empathie des professionnels qui importent.

Bibliographie

Ouvrages

ALEXANDRE-BAILLY F. *et al.*, Comportements humains et management, 2013.

AMALBERTI F., Le développement d'une culture de la sécurité pour une réduction efficace des risques associés aux soins en EHPAD, mémoire IEP de Paris, 2012.

AUBRY G., La démarche qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Paris, 2010.

CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., PEYRAT O., Gérer la démarche qualité en établissement pour personnes âgées. La culture gérontologique dans les équipes multiprofessionnelles, Editions Erès, 2007.

DARIOS M., Pour un management au service d'une démarche d'amélioration continue de la qualité. Mobiliser et encadrer les acteurs, Mémoire ENSP de Directeur d'Établissement Sanitaire et Social Public, 2007.

DEMING W.-E., Out of crisis, Massachusetts Institute of technology , 1986.

DOUCET C., La qualité, « Que sais-je ? », PUF, 2010.

FRA JOING J.-L., Maîtriser la démarche qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux, 1998.

GALLUT X., QRIBI A. (dir), La démarche qualité dans le champ médico-social, ERES, 2010.

JACQUET D., LELONG P., Le guide de la dépendance, J.T.L. Editions, 2012.

JANSSOONE D., La boîte à idées : une richesse pour l'entreprise, Management et société, 2003.

KAMISKE G.-F., BRAUER J.-P., Management de la qualité de A à Z, Masson, 1994.

LOUBAT J.-R., La Démarche qualité en action sociale et médico-sociale, Dunod, 2009.

MEZIERES C., Promouvoir et conduire une démarche d'amélioration continue de la qualité en EHPAD : du management de la qualité au management par la qualité. Mémoire EHESP de Directeur d'Établissement Sanitaire Social et Médico Social, 2010.

PICOT V., La mise en oeuvre d'une démarche qualité : une opportunité managériale pour un directeur d'EHPAD. L'exemple de l'EHPAD Saint-Jacques de Grenade sur Garonne (31). Mémoire ENSP de Directeur d'Établissement Sanitaire et Social Public, 2007.

RACINE G., La démarche qualité dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Berger-Levrault, 2000.

Articles

BASS N., « *“Non, la qualité n'est pas une mode”. Petite histoire de la qualité du 18ème siècle avant JC à nos jours. La qualité à l'hôpital* », Technologie et santé, n° 32, 1997/12, p. 11-17.

BRUNO I., « *Le Malcolm Baldrige National Quality Award : des « gourous » aux « missionnaires » de la qualité* », Sociétés contemporaines, n°89, 2013/1, p. 47-71.

CAN LOZEAU D., « *L'effondrement tranquille de la gestion de la qualité : résultats d'une étude réalisée dans douze hôpitaux publics au Québec* », Ruptures, vol. 3, n° 2, 1996, p. 187-208.

COLMONT D., « *Le management de la qualité tuera-t-il le management des hommes ?* », Objectif soins, 2011/11, p. 35-38.

DOUTRELIGNE S., « *Qualité et évaluation en secteur social et médico-social* », La revue hospitalière de France, n° 527, 2009/03-04, p. 40-44.

ENDROIT A., « *La démarche qualité dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* », Bulletin juridique de la santé publique, n°96, 2006/09, p. 13-14.

GINESTE Y., MARESCOTTI R., « *L'humanité dans les soins* », Recherche en soins infirmiers, n° 94, 2008/3, p. 42-55.

LADSOUS J., « *Oui à l'évaluation, non à la démarche qualité...* », VST - Vie sociale et traitements, n°92, 2006/4, p. 43-52.

PESQUEUX Y., TYBERGHEIN J.-P., « *L'école japonaise d'organisation* », Innovations, n°31, 2010/1, p. 11-31.

PUISIEUX F., « *Évaluation de la qualité en EHPAD : de plus en plus contrainte, encadrée et réglementée* », La revue de gériatrie, n°36, 2011/3.

RACINE G., « *La démarche qualité dans les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes* », Bulletin juridique de la santé publique, n°39, 2001/04, p. 17-18.

SAILLOUR-GLENISSON F. *et al.*, « *Le coût de la non-qualité dans les établissements de santé* », Les Tribunes de la santé, n° 20, 2008/3, p. 85-96.

VILLECOURT C., « *La nouvelle tarification des Ehpad implique une démarche qualité : La démarche qualité en gérontologie* », Soins gérontologie, n°33, 2002, p. 16-17.

WOLMARK Y., « *Evaluer la qualité. Evaluer pour quoi faire ?* », Gérontologie et société, n° 99, 2001/12.

Annexes

Annexe I : liste des personnes consultées

Centre de gérontologie « Constance Mazier », Aubervilliers : qualitiennne
Ehpad « les Marronniers », Levallois-Perret : infirmière coordonnatrice
Ehpad et Usld « Casanova », Saint-Denis : cadre de santé
Ehpad « Cousin de Méricourt », Cachan : directrice, directeur adjoint, directeur stagiaire
ARS Île-de-France, délégation territoriale des Hauts-de-Seine : chargée de mission établissements pour personnes âgées.
Conseil général de Seine-Saint-Denis : chef du bureau des équipements
Comité départemental des retraités et personnes âgées de Seine-Saint-Denis.

Annexe II : Les recommandations de W. E. Deming (abrégées)

Les « 14 points »

Source : http://fr.wikipedia.org/wiki/William_Edwards_Deming#Les_.C2.AB_14_points.C2.BB_de_W._Edwards_Deming

1. Garder fermement le cap de la mission de l'entreprise en améliorant constamment les produits et les services.
2. Adopter la « nouvelle philosophie ». Les cadres dirigeants doivent prendre conscience des défis d'une nouvelle ère économique, apprendre quelles sont leurs responsabilités et conduire le changement d'une main sûre.
3. Faire en sorte que la qualité des produits ne demande qu'un minimum d'inspection. Intégrer la qualité dès la conception et la fabrication du produit.
4. Mettre fin à la pratique des achats au plus bas prix. Chercher plutôt à réduire le coût total. Minimiser le nombre de fournisseurs par article, en établissant des relations à long terme de loyauté et de confiance.
5. Améliorer constamment tous les processus de production et de service, ce qui entraînera une réduction des coûts.
6. Instaurer une formation permanente pour tous les cadres et tous les membres de la société.
7. Instituer une nouvelle forme de direction ayant pour but d'aider les personnes à mieux remplir leur mission.
8. Faire disparaître la crainte, en sorte que chacun puisse travailler efficacement pour sa société.

9. Abattre les barrières entre les départements. Le travail en équipe de toute l'entreprise doit prévoir les problèmes qui peuvent apparaître au cours de la réalisation et de l'utilisation des produits.

10. Éliminer les exhortations, les slogans et les objectifs qui demandent aux ouvriers d'atteindre le zéro-défaut et d'augmenter le niveau de productivité.

11. Éliminer les quotas de production, la direction par objectifs et toute forme de direction par les chiffres.

12. Supprimer les obstacles qui privent les ouvriers, agents de maîtrise, ingénieurs et cadres de leur droit à la fierté du travail.

13. Instaurer un programme énergique d'éducation et d'amélioration personnelle.

14. Mettre tout le personnel à l'œuvre pour accomplir la transformation.

« Les sept maladies mortelles »

Source : KAMISKE, BRAUER, p 15.

1. Absence d'objectif d'entreprise déterminé
2. Mise en avant des bénéfices à courte échéance
3. Appréciations annuelles, appréciation de la performance, système d'appréciation personnel
4. Grande fluctuation des performances de l'entreprise, changement d'usine à répétition
5. Utilisation des grandeurs caractéristiques par la direction, sans prise en compte de valeurs inconnues ou non quantifiables
6. Coûts sociaux trop élevés
7. Excès de frais dus aux procès sur la responsabilité du fait du produit.

Annexe III : projet initial de la démarche qualité au sein de l'Ehpad « les Cerisiers »

Objectifs	Objectifs opérationnels	Description	Actions concrètes à mettre en oeuvre	Conditions de mise en oeuvre	Réalisation	Indicateurs de réalisation
Piloter la démarche qualité	Mettre en place un COPIL qualité bi-annuel	La direction de l'établissement pilote la démarche qualité. Le COPIL permet de faire un point à intervalle régulier au cours de l'année sur l'avancée de la politique qualité de l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> - Définir un calendrier prévisionnel - Organiser la tenue des COPILs qualité, en coordination avec les cadres - Assurer le suivi des décisions prises 	- Disponibilité du directeur et des équipes de cadres	2014	Compte-rendus des COPILs
Identifier et résoudre les événements indésirables	Création d'une fiche de signalement d'événement indésirable (FSEI)	La FSEI est un outil de remontée d'information sur les dysfonctionnements pouvant survenir dans l'établissement. Chaque événement fait l'objet d'un traitement	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un groupe de travail pluridisciplinaire pour concevoir la FSEI- Définir un circuit de traitement des fiches - Validation en COPIL qualité - Présentation aux instances (CTE) - Information des professionnels - Test de la FSEI, puis adoption 	<ul style="list-style-type: none"> - Adhésion des cadres et des professionnels de l'établissement au principe d'une FSEI - Disponibilité / temps des professionnels pour participer aux groupes de travail 	1 ^o semestre 2014	Mise en place effective des FSEI
Tenir compte des souhaits des résidents	Réalisation d'une enquête annuelle Ehpadomètre auprès des résidents pour évaluer les points forts et les points à améliorer	<p>L'Ehpadomètre est une enquête de satisfaction qui aborde 8 thématiques centrées autour de la vie du résident :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vivre dans un site agréable - Etre bien chez soi - Bien manger en institution - S'occuper - Etre écouté et respecté - Etre bien accueilli 	<p>Communiquer auprès des résidents pour les intéresser à participer à cette enquête</p> <p>Prévoir plusieurs sessions en raison de la longueur du questionnaire</p> <p>Faire la synthèse de l'enquête et la présenter aux instances et aux résidents</p>	- Nécessité de motiver les résidents autour de cette enquête	1 ^o semestre 2014 et chaque année	Réalisation de l'enquête
Sensibiliser les professionnels en interne sur des thématiques	Utilisation des outils MobiQual	<p>Les outils « MobiQual » sont mis à la disposition des établissements par la SFGG. Ceux sont des supports traitant de manière très complète :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La dépression de la personne âgée - La bientraitance - La maladie d'Alzheimer - La nutrition - La douleur - Les soins palliatifs 	<ul style="list-style-type: none"> - Choix d'une thématique par le médecin coordonnateur et les équipes - Identifier les professionnels devant prioritairement suivre la session - Organiser les remplacements pour détacher des professionnels de leur temps de travail - Organiser le roulement de la formation 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité / temps du médecin coordonnateur pour organiser la formation - Disponibilité / temps des professionnels pour participer aux sessions MobiQual 	Un thème par an selon les besoins identifiés par les équipes	Nombre de professionnels ayant suivi une formation MobiQual
Faire un bilan annuel des actions réalisées	Rédaction d'un bilan qualité	Le référent qualité dresse un bilan annuel permettant de tracer les actions entreprises par l'établissement. Ce bilan est présenté au CVS et aux instances de l'EHPAD	<ul style="list-style-type: none"> - Faire le point sur les actions réalisées, les obstacles rencontrés et les perspectives 	- Implication de la direction	Jusqu'au 30/04/n+1	Rédaction du bilan annexé au compte administratif

Annexe IV :

Fiche de signalement des événements indésirables			N° de fiche :
1 - Personne déclarante :			
Nom :	Prénom :	Fonction :	
2 - L'événement concerne :			
<input type="checkbox"/> Résident	<input type="checkbox"/> Famille de résident	<input type="checkbox"/> Personnel de l'établissement	<input type="checkbox"/> Autre
3 - Que s'est-il passé ?			
Date :	Heure :	Lieu :	Témoin ?
<input type="checkbox"/> Violence verbale / menace	<input type="checkbox"/> Agression physique	<input type="checkbox"/> Vol / Disparition d'objet	
<input type="checkbox"/> Disparition d'un résident	<input type="checkbox"/> Risques infectieux et toxiques	<input type="checkbox"/> Linge	
<input type="checkbox"/> Dégradation d'un matériel / locaux	<input type="checkbox"/> Entretien des chambres et des locaux	<input type="checkbox"/> Ascenseur	
<input type="checkbox"/> Problème technique	<input type="checkbox"/> Eau	<input type="checkbox"/> Déchets	
<input type="checkbox"/> Sécurité incendie	<input type="checkbox"/> Hôtellerie	<input type="checkbox"/> Autre	
4 - Circonstance et description des faits :			
<i>Écrire au dos de la feuille si besoin</i>			
5 - Conséquences de l'événement (exemples : décès, retard, hospitalisation, blessures, perte de temps...)			
Pour le résident :		Autre :	
Pour le personnel :			
<i>Écrire au dos de la feuille si besoin</i>			
6 - Gravité de l'événement :			
<input type="checkbox"/> Importante	<input type="checkbox"/> Modérée	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Aucune
a) Mesures prises immédiatement par la personne déclarante :			
b) Personne informée :			
c) Selon vous, quelle action corrective serait à mettre en place ?			
<i>Espace libre</i>			
7 - Traitement de l'événement			
Partie à remplir par le responsable du service concerné par l'évènement			
Personne en charge du traitement (nom et fonction) :			
Action(s) corrective(s) :	A faire pour le :	<input type="checkbox"/> <u>Fait</u> , en date du : <input type="checkbox"/> <u>Non fait</u> , Expliquer les raisons :	Conclusions :
8 - Partie réservée au référent qualité			
Signalement reçu le :	<input type="checkbox"/> Action corrective en cours	Suivie par :	
	Échéance le :		
	Remarques :		
<input type="checkbox"/> Évènement clôturé à la date du :			

Annexe V : Résistance à la démarche qualité

(document aimablement transmis par X. BOUGEARD, directeur stagiaire à l'EHPAD
« Cousin de Méricourt » à Cachan)



*Syndicat CGT des personnels
du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris*

Le boulet de la démarche qualité

A combien est chiffré le coût de la démarche qualité et de la labellisation au CASVP ?

Ni la direction générale, ni la Mairie de Paris ne répondent à cette question...

La démarche qualité ne s'intéresse pas véritablement au travail des agents, elle prône le résultat (mais lequel ?) comme 1^{er} objectif et à n'importe quel prix... et peu importe l'intérêt que le salarié va trouver dans son travail.

La démarche qualité enlève du sens au travail et notamment au travail collectif puisqu'ici tout est individualisé. Le temps de la réflexion sur le travail effectué et l'intérêt que le salarié en retire n'entrent pas en ligne de compte.

La direction du CASVP n'est plus à un paradoxe près

Les effectifs sont tellement compressés dans certaines sections que la polyvalence est menée à un point où la qualité du service public ne peut plus être rendue.

Comment parler de démarche qualité quand vous devez : faire l'accueil, répondre au téléphone, instruire les prestations et à l'occasion participer au classement des dossiers...

Nous assistons à une intensification du travail, une multiplication des contraintes et à l'isolement des salariés qui sont en permanence débordés.

La CGT note une montée de la souffrance au travail dans tous les services.

Pour la CGT, la dégradation du contexte social, la création de nouvelles aides, l'augmentation de celles consacrées à la solidarité, les suppressions de postes, l'introduction de la performance et de l'évaluation dans le travail social fait peser sur les personnels une pression considérable qui altère des conditions de travail déjà très difficiles.

- **Fatigue, stress, horaires variables réduits, difficultés à prendre ses congés ou à s'inscrire aux formations, absence de visibilité sur le déroulement de carrière, agressivité des usagers due au temps trop restreint consacré à l'entretien, impossibilité de tenir des délais de traitement raisonnables...**
- **C'est cette réalité professionnelle que les salariés sont de plus en plus nombreux à vivre avec les répercussions sur leur vie familiale.**
- **Devenus des machines à instruire, la reconnaissance des efforts est remise au grenier de l'indifférence, les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur métier s'effacent au profit des tableaux de bords d'activité, de la démarche qualité et de la Labellisation.**

Ne laissons pas nos conditions de travail nous détruire !

Refusons une démarche qualité basée sur le contrôle permanent, le rendement, les statistiques, avec pour conséquence une altération de notre santé...

CGT/CASVP - 23/25, rue Bobillot 75013 Paris - Tél : 01 53 80 97 60 Fax : 01 53 62 94 25

Courriel : cgt-casvp.syndicat@paris.fr – Site : <http://cgt-casvp.blogspot.com> 6/02/2014

PIEDFERT

Sébastien

Décembre 2014

Directeur d'Établissement Sanitaire, Social et Médico-Social

Promotion 2013 - 2014

La problématique de la mise en oeuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité dans un EHPAD autonome : mythe de Sisyphe?

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

La mise en place d'une démarche qualité est un objectif assigné aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Cette démarche s'appuie sur l'utilisation d'outils spécifiques, comme les enquêtes de satisfaction ou les fiches de signalement d'événements indésirables. Ces outils ont vocation à identifier des problèmes, permettre l'analyse de leurs causes et enfin proposer une solution. Un parallèle est dressé entre l'usage de la roue de Deming et le mythe de Sisyphe.

Après un rappel historique de la notion de qualité, ce mémoire décrit la mise en place d'une démarche qualité dans un l'Ehpad, au travers le déploiement des outils évoqués ci-dessus. Il aborde les avantages et les difficultés d'utilisation de ces outils et présente les obstacles structurels à la démarche qualité.

Mots clés :

EHPAD, démarche qualité, enquête de satisfaction, fiche de signalement d'événement indésirable, réclamations des usagers.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.