



**EHESP**

---

**< Directeur d'établissement sanitaire,  
social et médico-social >**

Promotion : **< 2012 - 2013 >**

Date du Jury : **< décembre 2013 >**

---

# **L'évaluation interne comme outil de « médicosocialisation » d'un EHPAD rattaché à un centre hospitalier**

L'exemple de l'EHPAD du « Pays Vert », Mauriac, Cantal

---

**< Elisabeth PERETTI >**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier M. Vinet, Directeur des centres hospitaliers d'Aurillac et Mauriac pour m'avoir permis de réaliser mon stage de professionnalisation au sein de la CHT.

Je tenais également à apporter tous mes remerciements à l'ensemble du personnel des centres hospitaliers de Mauriac et d'Aurillac pour leur disponibilité et leur expertise qui ont grandement contribué à enrichir les propos et l'analyse de ce travail.

Je remercie également les personnels de l'ARS Auvergne pour m'avoir permis de passer quelques jours au sein de leurs locaux.

Mes remerciements se tournent également vers mes deux maîtres de stage, Mme Blandine Seguy et M. Laurent George pour leur accompagnement et leur disponibilité dans le cadre de ce mémoire.

Enfin, l'aboutissement de ce mémoire n'aurait pu avoir lieu sans le soutien de mes proches que je souhaitai tout particulièrement remercier.

---

# Sommaire

---

Introduction .....	5
1. Le concept d'évaluation et de démarche qualité .....	11
1.1 L'origine du concept de la démarche qualité et de l'évaluation .....	11
1.1.1 Du concept de qualité à la notion de démarche qualité .....	11
1.1.2 Evaluation et démarche qualité .....	13
1.1.3 Le management de la qualité .....	14
1.2 La démarche qualité et l'évaluation dans le secteur sanitaire.....	15
1.2.1 L'application de la démarche qualité dans le secteur sanitaire .....	15
1.2.2 La certification.....	17
1.2.3 La Haute Autorité de Santé (HAS) .....	18
1.3 La démarche qualité et l'évaluation dans le secteur médico-social .....	19
1.3.1 L'application de la démarche qualité dans le secteur médico-social.....	19
1.3.2 Les principes de l'évaluation interne et externe.....	21
1.3.3 L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) .....	23
1.4 Les enjeux du développement d'une démarche qualité dans le secteur de la santé .....	24
1.4.1 Comparaison de l'évaluation et de la démarche qualité entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social (cf. Annexe n° 3) .....	25
1.4.2 La gestion des risques .....	26
1.4.3 L'impact de l'évaluation et du développement de la démarche qualité pour les autorités de contrôle et de tarification, et pour les directeurs et organismes gestionnaires.....	28
2 Les problématiques soulevées autour de la « médicosocialisation » de l'EHPAD du « Pays Vert » de Mauriac .....	31
2.1 L'impact de la procédure d'évaluation sur l'EHPAD de Mauriac .....	31
2.1.1 La démarche de certification .....	31
2.1.2 La démarche d'évaluation interne .....	33
2.2 La nécessité d'une « médicosocialisation » .....	34
2.2.1 Le développement d'une démarche d'humanisation de la structure .....	35
2.2.2 Le redéploiement d'un lieu de vie par opposition au lieu de soin .....	35
2.3 Les contraintes d'une « médicosocialisation » de l'EHPAD de Mauriac .....	37
2.3.1 L'EHPAD du « Pays Vert » défini en tant qu'EHPAD hospitalier.....	37
2.3.2 Les impacts humains et financiers d'une « médicosocialisation » .....	38

2.3.3	L'évaluation interne comme outil de « médicosocialisation » en réponse aux injonctions des organismes de contrôle et organismes financeurs .....	39
3	Les objectifs définis sur l'EHPAD de Mauriac permettant une « médicosocialisation »	41
3.1	La négociation de la convention tripartite (CTP) .....	41
3.1.1	Définition et principes de la convention tripartite .....	41
3.1.2	La convention tripartite sur l'établissement de Mauriac.....	42
3.1.3	L'élaboration de fiches actions.....	43
3.2	Le développement d'une culture de la bienveillance .....	44
3.2.1	L'impact de la rénovation architecturale.....	44
3.2.2	Le maintien du rôle social des résidents .....	45
3.2.3	L'affermissement de la place des usagers .....	47
3.2.4	Le développement d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques au sein de l'EHPAD .....	49
3.3	L'impact de la réorganisation des services sur la diminution du jeûne nocturne	51
3.3.1	Les conséquences du jeûne nocturne pour le résident .....	51
3.3.2	Le projet de réorganisation des services de soins .....	53
3.4	Les outils permettant de développer l'attractivité de l'établissement .....	54
3.4.1	L'élaboration du projet d'établissement et des autres outils issus de la loi 2002-2	54
3.4.2	Le développement de la communication extérieure .....	55
3.4.3	La recherche de partenariats et l'adhésion à un contrat local de santé (CLS)	56
	Conclusion.....	59
	Bibliographie.....	61
	Liste des annexes.....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

- AFGSU** : Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence
- AFNOR** : Association française de normalisation
- AMP** : Aide médico- psychologique
- ANAES** : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- ANAP** : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
- ANCREAI** : Association nationale des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée
- ANDEM** : Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale
- ANESM** : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- ANGELIQUE** : Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la qualité pour les Usagers des Etablissements
- ANSP** : Agence nationale des services à la personne
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- AS** : Aide- soignant
- ASG** : Assistante de soins en gérontologie
- ASHQ** : Agent des services hospitaliers qualifié
- CAMSP** : Centre d'Action Médico- Sociale Précoce
- CASF** : Code de l'action sociale et des familles
- CH** : Centre hospitalier
- CHA** : Centre hospitalier d'Aurillac
- CHM** : Centre hospitalier de Mauriac
- CHSCT** : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
- CHT** : Communauté hospitalière de territoire
- CHU** : Centre hospitalier universitaire
- CLAN** : Comité de liaison en alimentation et nutrition
- CLIC** : Centre local d'information et de coordination
- CLIN** : Comité de lutte contre les infections nosocomiales
- CLS** : Contrat local de santé
- CME** : Commission médicale d'établissement
- CNESM** : Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale
- CNSA** : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- CPOM** : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

**CRUPEC** : Commission des relations avec les usagers et de la qualité de prise de la prise en charge

**CSIRMT** : Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

**CTE** : Comité technique d'établissement

**CTP** : Convention tripartite

**CVS** : Conseil de la vie sociale

**DESSMS** : Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social

**DGAS** : Direction générale de l'action sociale

**DHOS** : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

**DPJJ** : Direction de la protection judiciaire de la jeunesse

**DREES** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

**DT** : Délégation territoriale

**EFQM** : European Foundation for Quality Management (Fondation européenne pour le management par la qualité)

**EHESP** : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

**EHPAD** : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

**EPP** : Evaluation des pratiques professionnelles

**FHF** : Fédération hospitalière de France

**GCS** : Groupement de coopération sanitaire

**GIP** : Groupement d'intérêt public

**GMP** : GIR moyen pondéré

**HAS** : Haute autorité de santé

**HPST** : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

**IDE** : Infirmier(e) diplômée d'Etat

**IDEC** : Infirmière diplômée d'Etat coordinatrice

**IFAS** : Institut de formation d'aide- soignant

**IGAS** : Inspection générales des affaires sociales

**IMC** : Indice de masse corporelle

**ISO** : International Standardization Organisation (organisation internationale de normalisation)

**MAIA** : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

**MAPA** : Marché à procédure adaptée

**MAS** : Maison d'accueil spécialisée

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

**MDPH** : Maison départementale des personnes handicapées

**MECSS** : Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale

**OMS** : Organisation mondiale de la santé  
**ONED** : Observatoire national de l'enfance en danger  
**PASA** : Pôle d'activité et de soins adaptés  
**PMP** : Pathos moyen pondéré  
**PNNS** : Programme national nutrition santé  
**PPRGDR** : Programme pluriannuel régional de gestion du risque  
**RBPP** : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles  
**SCIE** : Social Care Institute for Excellence  
**SMTI** : Soins médicaux techniques importants  
**SROMS** : Schéma régional d'organisation médico-sociale  
**SSIAD** : Services de soins infirmiers à domicile  
**SSR** : Soins de suites et de réadaptation  
**TPMR** : Transport de personnes à mobilité réduite  
**TQM** : Total Quality Management  
**USLD** : Unité de soins longues durées

## Introduction

La notion d'évaluation dans le secteur social et médico-social est apparue avec la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale<sup>1</sup>. Ce n'est qu'avec la modification des calendriers des évaluations interne/externe, imposée par la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) de juillet 2009 et son décret d'application<sup>2</sup> du 3 novembre 2010, qu'une accélération de cette procédure s'est faite ressentir au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Sensibilisée à la notion d'évaluation au cours de mon parcours professionnel, il m'est apparu essentiel durant ma formation d'élève directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social (DESSMS) d'orienter mes missions et choix de stages en rapport avec cette démarche. Ainsi, pendant mon cursus de formation à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), j'ai réalisé un stage au sein d'une collectivité territoriale<sup>3</sup>. La mission principale a consisté en l'élaboration d'une grille d'analyse des rapports d'évaluation externe, remise par la suite aux autorités de tarification. Ce stage m'a également permis d'intégrer un groupe de travail à l'Agence Régionale de Santé (ARS) Languedoc-Roussillon en lien avec l'évaluation externe. Cette première expérience avec la démarche d'évaluation interne/externe m'a permis de parfaire mes connaissances et d'anticiper les futures missions sur mon stage de professionnalisation.

En tant que futur directeur DESSMS, il me semble important de maîtriser la démarche d'évaluation interne/externe. Ceci afin d'en faire un outil de management, d'une part, et d'autre part, un outil de gestion de la démarche qualité sur l'établissement. Œuvrer sur ce sujet au cours de mon stage de professionnalisation a été un moyen de pouvoir tester l'impact de cette démarche auprès du personnel et usagers de l'établissement.

Le centre hospitalier (CH) de Mauriac où j'ai réalisé mon stage, est un établissement public autonome, constitué d'un secteur sanitaire [(urgences, médecine, soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins longues durées (USLD)] et d'un secteur médico-social [(établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)]. L'établissement est également en direction commune et Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) avec le CH d'Aurillac. L'EHPAD du « Pays Vert » s'est engagé dans une démarche d'évaluation interne. Cette évaluation consiste en une autoévaluation, par l'établissement, sur la base de recommandations ou de bonnes pratiques. Elle repose sur une démarche continue

---

<sup>1</sup> Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

<sup>2</sup> Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, et décret n°2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux.

<sup>3</sup> Stage au Conseil Général du Gard au sein de la Direction Générale Ajointe du Développement Social (DGADS) à la Direction de l'Appui, du 26 août au 26 octobre 2012.

d'amélioration de la qualité. Il s'agit d'une obligation réglementaire. La loi HPST de juillet 2009 et son décret d'application du 3 novembre 2010 ont modifié le calendrier des évaluations et les modalités de restitution de leurs résultats aux autorités publiques. Les établissements et services préexistants à la loi HPST sont donc tenus, avant le renouvellement de leur autorisation, en janvier 2017, à au moins une évaluation interne et une évaluation externe. L'EHPAD de Mauriac doit ainsi réaliser son évaluation interne avant le 01 janvier 2014 pour un renouvellement d'autorisation en 2017.

A mon arrivée sur le terrain de stage en novembre 2012, cette autoévaluation venait d'être réalisée. J'ai participé avec la responsable qualité et la cadre supérieure de santé au constat des différents axes d'amélioration. Le rapport à remettre aux autorités de tarification est en cours de rédaction. Les constats de cette autoévaluation font apparaître une « sanitarisation » de l'EHPAD. L'ensemble de la démarche qualité est en effet bien respecté. L'EHPAD met en œuvre la plupart des protocoles de la partie hospitalière. Cette notion de sanitaire se rattache à tout ce qui est relatif à la santé publique<sup>4</sup>, en termes de « législation, d'organismes et de mesures à mettre en œuvre pour la conservation de la santé publique, de l'hygiène collective, et de la préservation de l'environnement<sup>5</sup> ». Ainsi, la « sanitarisation » pourrait se traduire comme un excès d'utilisation de la législation en lien avec la santé publique. Cela remonte à la réforme des EHPAD (passage de maison de retraite en EHPAD) dans les années 2000. En effet, la médicalisation apparaissait comme prioritaire, notamment par la mise en place d'une démarche qualité telle qu'elle est imposée par les critères de la Haute Autorité de Santé (HAS).

L'« EHPAD du Pays Vert » du CH de Mauriac a été créé en 2009, suite à la partition de 90 lits d'USLD et de 70 lits d'EHPAD, ouvert en janvier 2010. Cette partition s'est inscrite dans le processus de redéfinition des USLD. Ainsi, les personnes dépendantes et atteintes de polyopathie, nécessitant des soins médicaux et techniques importants (SMTI), ont été amenées à rester dans le secteur sanitaire lorsque que les autres personnes dépendantes ont été dirigées, en EHPAD, en secteur médico-social. Pour réaliser cette partition, l'outil PATHOS<sup>6</sup> a été utilisé impliquant une transformation de lits USLD en lit d'EHPAD.

En revanche, il apparaît qu'une « médicosocialisation » de l'EHPAD semble également nécessaire. Le terme de « médicosocialisation » n'a pas de définition propre. La notion de « médico-social » s'apparente à celle de la médecine du social. Le domaine du médico-social regroupe, d'une manière générale, « l'ensemble des actions relevant de l'amélioration des conditions de vie d'une société »<sup>7</sup>. On y retrouve ainsi, toutes les

---

<sup>4</sup> Selon le dictionnaire Larousse

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sanitaire/70866?q=sanitaire#70099>

<sup>5</sup> Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL)

<sup>6</sup> Le modèle PATHOS est un système d'information sur les niveaux de soins nécessaires pour assurer les traitements des états pathologiques des personnes âgées.

<sup>7</sup> <http://www.portail-solidarite.org/domaines/social-medico-social>

activités ayant attiré à l'exclusion, l'insertion ou la réinsertion, l'enfance et la famille. Cela se définit également comme le fait de « tenir compte du contexte social et des conditions sanitaires d'une population » et d'agir sur les « maux sociaux et sanitaires qui amènent la détérioration de la santé »<sup>8</sup>. Il s'agit donc « d'apporter un accompagnement et une prise en charge aux publics dit 'fragile' »<sup>9</sup>.

L'article L.116-1 du CASF définit l'action sociale et médico-sociale comme tendant à « promouvoir [...] l'autonomie et la protection des personnes [...], l'exercice de la citoyenneté [...], et à corriger les effets ». Le secteur du médico-social est donc une logique de service à la personne et d'accompagnement, c'est-à-dire une prise en compte du confort de l'utilisateur, au-delà de la prestation déterminée par une pathologie ou un traumatisme. Cette « médicosocialisation » se traduit, sur l'établissement de Mauriac, par la nécessité d'agir sur le taux de dépendance en permettant un rééquilibrage de cette variable. Mais cela se traduit également, par la nécessité de développer une politique d'animation, et donc d'humaniser davantage l'EHPAD en appliquant, entre autre, les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm). L'implication des usagers notamment au travers de leurs participations aux instances apparaît nécessaire pour faciliter cette « médicosocialisation ».

J'ai ainsi pu constater que l'« EHPAD du Pays Vert » ne dispose pas de médecin coordonnateur, comme le prévoit le décret<sup>10</sup> du 11 avril 2007 relatif au temps d'exercice du médecin coordonnateur, mais de deux praticiens hospitaliers, impliquant une présence sur la journée de ces deux médecins gériatres. Le service des urgences prend le relais la nuit et le week-end. Le chef de service, de par son statut, assure donc les missions de coordination. Le médecin coordonnateur n'est, en effet, obligatoire qu'à partir du moment où des médecins libéraux interviennent, ce qui n'est pas le cas sur l'EHPAD de Mauriac. Ce dispositif renforce la notion de « sanitisation » de l'EHPAD.

L'établissement ne possède pas de temps d'animatrice dédié. Deux aides médico-psychologiques (AMP) exercent cette activité, mais en cas de nécessité, un des deux agents est amené à réintégrer les services de soins. Le projet d'animation s'en trouve ainsi fortement impacté.

La partition géographique des secteurs USLD et EHPAD n'a pas encore été réalisée. La prise en charge dans ce secteur est ainsi la même, que le résident soit en USLD, ou en EHPAD. Cette prise en charge est d'ailleurs source de confusion pour les soignants mais également pour les familles. La plupart du temps, les résidents sont nommés « patients »

---

<sup>8</sup> <http://www.portail-solidarite.org/domaines/social-medico-social>

<sup>9</sup> <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees-dependance,776/informations-pratiques,1329/les-etablissements-et-services,853/>

<sup>10</sup> Décret n° 2007-547 du 11/04/2007 relatif au temps d'exercice du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L.313-12 du CASF

par les équipes soignantes ou médicales renforçant la confusion. De plus, les locaux construits avant cette partition, étaient sous forme monobloc rappelant un fonctionnement davantage sanitaire que médico-social. Une opération architecturale en 2014, conduisant à un repositionnement et une rénovation de dix chambres d'EHPAD situées sur le bâtiment hospitalier, devrait permettre de réaliser de manière ergonomique la partition des lits USLD et EPHAD. L'implication des équipes sur cette part du projet immobilier sera aussi un levier pour réorganiser la disposition de l'EHPAD. En effet, en 2007, lorsque les plans du nouveau bâtiment de l'EHPAD ont été validés, ni l'encadrement de l'époque, ni les équipes n'ont été consultées. Cela a marqué la mémoire collective et n'a pas facilité l'appropriation rapide des nouveaux locaux qui restent désinvestis et très hospitaliers. Les plans ont été conçus, sur la base d'une unité USLD sanitaire de 90 lits, sans tenir compte des spécificités d'un lieu d'hébergement pour personnes âgées à niveau de dépendance variable. L'approche « milieu de vie » telle que préconisée dans le guide de conception des EHPAD n'est pas intégrée<sup>11</sup>. Un réaménagement des secteurs dans le cadre du projet d'animation fondé sur les projets de vie des résidents permettrait une « désanitarisation ». Les points d'améliorations issues de l'évaluation interne et de l'outil ANGELIQUE<sup>12</sup> convergent dans ce sens. La préparation de l'évaluation externe doit pouvoir s'appuyer sur ces éléments du passé pour conduire les équipes à un autre regard sur ce lieu de vie. Cette démarche sera aussi intégrée dans l'approche globale de bienveillance des résidents.

Des actions, en lien avec la certification, sont appliquées sur le secteur EHPAD alors qu'elles ne concernent initialement que le secteur sanitaire. Cela se traduit par la mise en place de trois évaluations des pratiques professionnelles (EPP) à visée initialement des 30 lits USLD mais qui, in fine, impliqueront les 70 lits d'EHPAD. La première EPP concerne l'évaluation de la iatrogénie médicamenteuse au cours du séjour hospitalier. Cette EPP s'est construite à partir de l'enquête « EHPAD pour les benzodiazépines et les neuroleptiques » demandée par l'ARS Auvergne. La deuxième EPP concerne la prévention et la prise en charge des chutes. A partir de cette EPP, il est prévu de mettre en place des référents, par résidents, pour les secteurs EHPAD et USLD. La troisième EPP se rattachant au secteur médicosocial concerne l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients accueillis en USLD et en EHPAD. La mise en place de ces EPP est tout à fait bénéfique car cela renforce la prise en charge des résidents mais conforte la confusion entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

L'autoévaluation de l'EHPAD a également mis en avant la nécessité d'améliorer la prestation « petits-déjeuners ». En effet, les petits-déjeuners sont servis sans forcément

---

<sup>11</sup> *Conception et rénovation des EHPAD*, Bonnes pratiques de prévention, INRS 2012

<sup>12</sup> Outil d'autoévaluation de la qualité des prestations offertes par les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements)

respecter le rythme horaire des résidents, se rapprochant ainsi plus d'une distribution rythmée sur un système hospitalier et ne correspondant pas aux recommandations nationales<sup>13</sup>, notamment pour ce qui concerne le jeûne nocturne et la prévention de la dénutrition en EHPAD.

De plus, de nouvelles structures ont récemment ouvertes sur le département. Ces structures neuves, répondant aux normes d'hébergement en matière de confort et d'espace, sont plus attractives pour les résidents et sont proposées à un tarif plus attractif. Le projet d'animation y est construit et développé. Depuis l'ouverture de ces nouvelles structures sur le même bassin de population, la liste d'attente de l'EHPAD de Mauriac a considérablement diminué. Les admissions externes sont désormais faibles, et ne se font quasi exclusivement qu'à partir des secteurs SSR et SSIAD dépendant du CH. Enfin, les outils issus de la loi 2002-2<sup>14</sup> sont peu développés alors qu'ils sont indispensables à la validation de l'évaluation interne par les autorités de tarification.

Ce qui m'amène à poser la question des **atouts et limites de l'évaluation interne pour « médicosocialiser » un EHPAD rattaché à un centre hospitalier.**

Et les sous-questions suivantes :

- ✓ Existe-t-il un intérêt à « médicosocialiser » un EHPAD qui intègre des personnes très dépendantes voire grabataires ?
- ✓ Est-ce que la « médicosocialisation » peut s'envisager différemment selon que l'EHPAD est autonome ou rattaché à un centre hospitalier ?
- ✓ Est-ce que l'évaluation interne peut être un outil, pour les autorités de financement et de tarification, pour « médicosocialiser » l'EHPAD de Mauriac ?

Afin d'enrichir et développer ma problématique, j'ai utilisé différentes méthodes. J'ai dans un premier temps effectué une recherche documentaire pour affiner mes connaissances de la thématique choisie (littérature sur l'évaluation dans le secteur médico-social et sanitaire, les concepts de bientraitance, les outils de la loi 2002-2, les recommandations de bonnes pratiques, la notion de « médicosocialisation » et de « sanitarisat[i]on »).

Une fois sur mon terrain de stage, j'ai procédé à l'observation directe en participant à différentes instances (Directoire, Conseil de la Vie Sociale (CVS), Comité technique d'établissement (CTE), Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)...) et réunions (réunions de direction, réunions qualité de suivi de la certification/évaluation interne, Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)...). Ce premier contact m'a permis de repérer quelques éléments dans le discours, les pratiques

---

<sup>13</sup> Recommandations professionnelles, HAS, *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée*, 2007

<sup>14</sup> Projet d'établissement/ service ; contrat de séjour ; charte des droits et libertés des personnes accueillies ; livret d'accueil ; règlement de fonctionnement ; recours à une personne qualifiée

des différents participants et d'annoter des remarques que je souhaitais développer dans l'analyse de ma problématique.

Afin de répondre à ces questionnements, j'ai souhaité réaliser des entretiens. L'entretien est une technique qui permet de recueillir des données en lien avec la sensation qu'a le sujet interrogé. Ainsi l'entretien ne donne pas d'informations sur ce que les personnes font mais sur ce qu'elles perçoivent et/ou pensent du thème proposé, et ce qu'elles déclarent faire. L'avantage de cette méthode est qu'elle permet d'amasser un certains nombres de données, tout en conservant une certaine souplesse dans l'approche de la personne interrogée. J'ai donc opté pour la réalisation d'entretiens individuels semi-directifs. Cette technique permet d'avoir davantage de liberté pour mener l'entretien, car elle n'impose pas de questions ordonnées. Cette technique permet également de s'adapter au contenu de la personne interrogée et elle est davantage participative pour les deux interlocuteurs. L'inconvénient est qu'il peut être difficile, à l'issue de l'entretien, de tirer des conclusions générales. Cela nécessite un important travail de relecture et d'interprétation de l'ensemble des entretiens réalisés.

J'ai réalisé huit entretiens au cours de mon stage (cf. Annexe n°1 et n°2). Ces entretiens se sont adressés à des personnels du centre hospitalier de Mauriac (CHM), du centre hospitalier d'Aurillac (CHA) et de l'ARS Auvergne. Les personnes interrogées sont des responsables qualité, des cadres de santé, Infirmière diplômé d'Etat (IDE) hygiéniste, Directeur qualité, chefs de service. Ces entretiens ont duré en moyenne 25 minutes, certains ont été enregistrés, d'autres pris de façon manuscrite. Un entretien a été réalisé par voie téléphonique

J'ai choisi d'interroger des professionnels des CH de Mauriac et Aurillac concernés par le secteur médico-social. J'ai volontairement choisi de ne pas interroger des personnes sans connaissance du secteur et de la notion d'évaluation interne/externe. J'ai réalisé des entretiens auprès de 2 personnes exerçant en ARS représentant les tutelles.

Afin de réaliser le traitement et l'analyse des informations récoltées au cours de mes divers entretiens, j'ai choisi d'opter pour la technique de l'analyse thématique. Lors de la construction de mon guide d'entretien, j'ai annoté sous chaque question les thèmes que je souhaitais aborder durant l'entretien. Ces thèmes ont ensuite été repris pour l'analyse de mes différents entretiens. Cette analyse a combiné une analyse verticale (conduite entretien par entretien) à une analyse horizontale (ou transversale).

Ainsi, ce mémoire s'attachera dans un premier temps, à retracer l'origine de l'évaluation en tant qu'outil d'amélioration de la qualité, et apportera une comparaison entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social (I). Dans un deuxième temps les problématiques liées à cette « médicosocialisation » seront analysées (II). Et enfin, les différents axes d'amélioration entrepris sur l'EHPAD, seront exposés (III).

# **1. Le concept d'évaluation et de démarche qualité**

Au cours de cette première partie, l'origine du concept de la démarche qualité et de l'évaluation sera abordée, ainsi que la mise en œuvre dans le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Puis les enjeux du développement d'une telle démarche dans le secteur de la santé seront analysés.

## **1.1 L'origine du concept de la démarche qualité et de l'évaluation**

Après avoir défini l'origine du concept de qualité, puis de celui de démarche qualité, nous verrons que les notions de démarche qualité et d'évaluation sont étroitement liées. Et enfin, tout comme la mise en œuvre d'une démarche qualité ne peut avoir lieu sans démarche d'évaluation, nous verrons qu'une démarche qualité n'est opérationnelle que si elle est associée à un management de qualité.

### **1.1.1 Du concept de qualité à la notion de démarche qualité**

C'est au début du XX<sup>e</sup> siècle que le concept de qualité a vu son apparition, au sein du secteur industriel. Les clients, de plus en plus exigeants, attendent des produits qu'ils consomment, un contrôle en matière de qualité. Ainsi, ce concept s'est peu à peu développé.

Au sein de la littérature, on retrouve plusieurs définitions de cette notion de qualité. Selon l'Association française de normalisation AFNOR (2005), il s'agit de l' « aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences ». Cette notion de qualité reste toutefois très variable. C. DOUCET<sup>15</sup> évoque une première définition associée à la notion de « bon ou mauvais », par opposition à celle de « quantité ». Une deuxième définition a attiré son attention, davantage en lien avec la notion de « supériorité » ou « d'excellence ». Cette deuxième définition introduit, ainsi, la notion de hiérarchie. Mais, dans la pratique, comme l'évoque C. DOUCET, la notion de qualité est plutôt associée à la notion de service ou d'objet sans défaut. La qualité se rapproche donc de la satisfaction, des attentes du client, et de la performance dégagée par le produit ou service.

De plus, une évolution de la société implique une demande de plus en plus axée sur le besoin de traçabilité, de transparence et de respect à la norme. Parallèlement à la qualité est apparue la notion de réorganisation car afin d'être plus efficient, il apparaît nécessaire de parer aux risques. Ainsi, obtenir une qualité implique de faire appel à des techniques et des méthodes de plus en plus complexes. Cette notion de qualité a ensuite évolué pour se rapprocher aujourd'hui de la notion de « satisfaction aux normes de certification ». La

---

<sup>15</sup> DOUCET C., *La qualité*, coll. Que sais-je ?., Paris : Presses Universitaires de France, p5

qualité dans le secteur de l'entreprise renvoie à la notion de « contrôle qualité » des produits et à la surveillance de la qualité.

C'est la vision managériale qui a fait évoluer ce concept. De nombreuses méthodes et approches se sont progressivement développées telles les normes ISO 9000<sup>16</sup>-dont la différence avec les autres méthodes est que la certification de la qualité est faite par un organisme indépendant- le modèle EFQM<sup>17</sup> ou encore le 6 sigma<sup>18</sup>. L'apparition, notamment du programme « Total Quality Management » (TQM) et du concept de la roue de Deming ont permis une évolution considérable, sur le terrain, de ce processus de démarche qualité.

Ainsi, le concept de qualité a évolué vers la notion de démarche qualité. Ces deux notions sont donc distinctives. La qualité se rapproche davantage d'un « état de fait » alors que la démarche qualité est un « processus volontaire »<sup>19</sup>.

La roue de Deming ou cycle universel de Deming est un processus dynamique comprenant 4 étapes dites PDCA pour « Préparer, Développer, Comprendre, Agir »<sup>20</sup>.

La première étape (Préparer/ *Plan*) consiste à élaborer un plan d'action en lien avec le changement ou l'expérience prévue. Lors de la préparation de ce plan il s'agit d'anticiper, de faire des prévisions en dressant une liste, de cadrer le listing en imposant des règles communes dès le départ de son élaboration. Afin d'éviter tout échec de ce processus, cette étape ne doit pas être négligée et reste essentielle dans la réussite de la démarche. Ainsi, cette étape fondamentale permet d'identifier le problème et de proposer des améliorations.

La deuxième étape (Développer/ *Do*) consiste à réaliser le changement ou l'essai proposé dans le plan d'action. Cette étape ne peut se réaliser qu'en respectant scrupuleusement le plan établi. Au cours de cette étape, il peut être noté ce qui ne convient pas, de façon à ce que cela soit pris en compte sur le deuxième cycle.

La troisième étape (Comprendre/ *Check*) consiste à analyser le résultat produit et observer les effets du changement ou de l'essai. Cette étape consiste donc à s'assurer de l'efficacité de l'action.

La quatrième et dernière étape (Agir/ *Act*) consiste à appliquer le changement si l'essai est concluant. Si cela n'est pas le cas, il faut alors recommencer le cycle en utilisant les données recueillies au cours des différentes étapes.

---

<sup>16</sup> Cette grande école a permis de définir un "système qualité" qui supervise l'activité de l'entreprise, et permet la mise par écrit des procédures.

<sup>17</sup> European Foundation for Quality Management- Fondation européenne pour le management par la qualité

<sup>18</sup> Né des approches statistiques fondé sur la mesure précise des défauts constatés et leur analyse, ainsi que le « lean » qui optimise les processus.

<sup>19</sup> JAEGER.E, 2013, *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, p544

<sup>20</sup> En anglais « *Plan, Do, Check, Act* »

La démarche PDCA est une démarche à long terme. Il paraît difficile d'accéder dès le premier cycle à un niveau de qualité adéquate. Il s'agit bien d'un processus d'amélioration progressive et continue de la qualité.

Mais le développement d'une démarche qualité implique la nécessité de passer par l'étape de l'évaluation. Cette évaluation se retrouve au sein de l'étape 3 (Comprendre/Check) du cycle de Deming.

### 1.1.2 Evaluation et démarche qualité

L'évaluation se définit comme « l'action d'évaluer, de déterminer la valeur de quelque chose »<sup>21</sup>. Comme le souligne DUCALET et LAFORCADE, l'évaluation « consiste à porter un jugement sur une intervention dans le but d'aider à la décision »<sup>22</sup>. Mais trop souvent cette notion d'évaluation est associée à celle de contrôle. J. ARDOINO par ses travaux a permis de clarifier la notion d'évaluation de celle de contrôle. Ainsi le contrôle consiste à « mesurer les écarts et les variations entre un référé et un référant constant », alors que l'évaluation consiste « à produire, à construire, à créer un référent en même temps qu'elle s'y rapporte »<sup>23</sup>. L'évaluation reste une action dynamique faisant intervenir des efforts, le mouvement et le temps. Ainsi, il ne s'agit pas seulement de savoir dans quelle mesure les objectifs fixés ont été atteints mais aussi de repérer les effets induits.

L'évaluation et la démarche qualité sont donc deux notions très proches mais qui se différencient l'une de l'autre dans la notion de durée. En effet l'évaluation se produit ponctuellement, contrairement à la démarche qualité qui est un processus qui s'accomplit dans la continuité. L'évaluation s'appuie sur une méthodologie qui permet de comparer les faits à des attentes définies dans un référentiel. Elle peut être réalisée par les acteurs eux-mêmes- il s'agira alors d'autoévaluation- ou être confiée à des évaluateurs externes. La démarche qualité, quant à elle, permet aux acteurs de se projeter sur du long terme en inventoriant les points forts et en réduisant les points à améliorer. L'évaluation peut donc être considérée comme une démarche, à partir du moment où, un objet d'évaluation est identifié et défini. Et lorsque ce dernier va permettre une mesure, une confrontation, permettant d'agir pour corriger et réajuster les actions à mettre en place<sup>24</sup>. L'évaluation se différencie d'un audit qui consiste à vérifier une situation par rapport à une autre et suivant une grille préétablie. De même que l'évaluation ne doit pas se confondre avec la

---

<sup>21</sup> Larousse <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9valuation/31794>

<sup>22</sup> DUCALET.P., LAFORCADE.M., 2000, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Paris/ Seli Arslan

<sup>23</sup> <http://warmaths.fr/ControlEvuaDef.htm>

<sup>24</sup> LAFAYE I, 2008, IRTS Aquitaine, Formation des Responsables de secteur, *Evaluation et démarche qualité* <http://lafaye.isabelle.free.fr/wp-content/evaluation-et-demarche-qualite.pdf>

certification dont le but est d'obtenir un label et du contrôle dont l'objectif est de vérifier la conformité à une règle (administrative, législative ou réglementaire).

Ainsi, l'évaluation reste un moyen d'atteindre la démarche qualité et il ne peut pas y avoir de démarche qualité sans démarche d'évaluation. Tout comme une démarche qualité ne peut se mettre en œuvre sans un management de qualité.

### 1.1.3 Le management de la qualité

Historiquement, le management de la qualité est apparu, il y a près d'un siècle sous la dénomination de TQM. Cette technique, d'origine américaine, est devenue une science à part entière. Après avoir connu un important développement au Japon, cette technique s'est très largement répandue dans le monde.

En France, cette méthode est enseignée dans la plupart des instituts universitaires de technologie et au sein de grandes écoles proposant des mastères spécialisés<sup>25</sup>.

C. DOUCET définit le management de la qualité comme la manière de « se donner pour objectif de gagner en étant meilleur que les autres, à la fois en cherchant à satisfaire les clients et à acquérir une image d'excellence, et en constituant en interne des équipes performantes, compétentes et motivées » et comme « le management qui fixe la qualité l'une de ses priorités »<sup>26</sup>. D'un point de vue terminologique, on parle de management, même si cette notion ne peut en théorie s'appliquer qu'à un individu et non pas à un concept. On pourrait tout aussi bien parler de gestion de la qualité.

Une des erreurs à éviter, pour le développement d'un management de la qualité au sein d'une structure, est de confier à une seule personne, la responsabilité de la gestion de la qualité. Le management de la qualité implique un travail d'équipe, de collaboration. Tous les agents sont acteurs de la démarche. De plus, afin d'éviter tout risque d'épuisement professionnel, il semble important que les actions soient coordonnées, organisées. La proposition d'une méthodologie, à l'ensemble des équipes, est indispensable à la réussite d'un management par la qualité.

Cette technique utilisée dans le domaine industriel peut tout a fait s'appliquer dans le domaine de la santé. Cette méthode repose certes sur la qualité mais avant tout sur le management. Afin de développer cette méthode au sein d'un l'établissement de santé, le directeur doit avoir une place prépondérante. Il doit pour cela mettre en œuvre une politique stable connue de l'ensemble des personnels. Cela demande également d'éviter l'utilisation d'un management par objectifs qui selon JM. GOGUE<sup>27</sup> est responsable d'une dégradation des performances. Le management par objectifs est une technique considérée aujourd'hui comme désuète car elle permet peu d'échange et de

---

<sup>25</sup> GOGUE JM ., 2009, *Management de la qualité*, Paris : Economica.p9

<sup>26</sup> DOUCET C., 2013, *La qualité*, coll. Que sais-je ?.,Paris : Presses Universitaires de France,p12

<sup>27</sup> GOGUE JM ., 2009, *Management de la qualité*, Paris : Economica.pp103-105

communication entre la direction et les équipes. Le directeur, en tant que supérieur hiérarchique, ne doit pas demander plus que possible aux cadres ou autres agents. Les objectifs doivent rester réalistes. Il n'est pas concevable de surestimer les capacités des agents, il paraît souhaitable de former les agents et d'éviter toutes formations sur le tas dans un souci d'économie, d'organiser des réunions non préparées. JM. GOGUE insiste sur le caractère « nuisible » et « incompatible » de ces pratiques avec celle du management par la qualité.

L'application du cycle PDCA, ou roue de Deming, est indispensable au développement de ce type de management. Le management de la qualité ne peut se développer au sein de l'établissement qu'en utilisant des méthodes basées sur la simplicité, il est également important d'éviter toutes multiplicités de méthodes. « Ce n'est pas nécessairement en travaillant davantage qu'on travaille mieux »<sup>28</sup>. Le directeur doit ainsi faire preuve de capacités organisationnelles, avoir une bonne connaissance de la méthode du management par la qualité et de ces objectifs.

Ainsi les procédés d'évaluation et de démarche qualité ont pour origine le secteur marchand. Mais face à l'émergence de nouveaux risques, la qualité devient alors prégnante dans le secteur de la santé. Ainsi le secteur sanitaire s'est inspiré le premier de ces processus laissant place par la suite au secteur du médico-social.

## **1.2 La démarche qualité et l'évaluation dans le secteur sanitaire**

Nous verrons que la mise en œuvre de la démarche qualité dans le secteur sanitaire est associée à la notion de certification, cette dernière étant réalisée sous la responsabilité de la HAS.

### **1.2.1 L'application de la démarche qualité dans le secteur sanitaire**

Ce processus a été adapté au domaine du sanitaire, il ne pouvait, en effet, être totalement transposé malgré les similitudes avec le domaine de l'industrie. Le souci et la nécessité, depuis les années 80, d'améliorer le service rendu à l'utilisateur sont de plus en plus prégnants. Dès 1986, la mise en place de la démarche qualité a introduit peu à peu cette culture de la qualité au sein des services publics dans un souci d'amélioration de la compétitivité des services<sup>29</sup> et donc de réduction des coûts. En 1987, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini la qualité dans les établissements de santé, en précisant qu'il s'agit d'une démarche permettant de « Délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assure le meilleur résultat en

---

<sup>28</sup> Ibid., p105

<sup>29</sup> CLUZEL-METAYER L., 2004, *Le service public et l'exigence de qualité*, Thèse pour le doctorat en droit, Université Panthéon-Assas, p2

termes de santé, conformément à l'état de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour la plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins<sup>30</sup> ».

Avec la mise en place des démarches d'évaluation et d'accréditation au sein du secteur hospitalier, la qualité a pris peu à peu sa place. La méthode du TQM a été lancée. Mais la qualité de l'industrie reste toutefois associée à la notion de contrôle, c'est-à-dire un contrôle à la norme, ce qui correspond pour le secteur sanitaire à la notion d'inspection. Le secteur sanitaire est basé sur la notion d'évaluation proprement dite, issue d'une méthodologie basée sur l'utilisation d'un référentiel. Il s'agit donc davantage d'évaluer des pratiques que des individus. Comme le précise C.AVENEL, « l'enjeu de l'évaluation est de passer de l'activité de contrôle de conformité à l'activité de jugement sur l'efficacité »<sup>31</sup>. Ainsi l'évaluation ne s'entend pas comme une procédure mais bien comme un processus. La démarche qualité dans le secteur sanitaire se traduit par la nécessité de standardiser les pratiques sous forme de protocoles de façon à uniformiser les pratiques professionnelles et améliorer ainsi le service rendu à l'utilisateur.

C'est la loi Evin de 1991 portant réforme hospitalière qui, en créant l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM<sup>32</sup>), met en œuvre les prémices de l'évaluation dans les établissements de santé. En effet, il est alors demandé aux établissements de santé de s'engager dans une procédure d'évaluation de leurs activités, des coûts et des surcoûts qu'elles peuvent engendrer. Ce n'est réellement qu'à partir de 1996, que le gouvernement imposera, dans un souci de maîtrise des dépenses de santé et notamment des coûts de fonctionnement des établissements de santé, une démarche d'assurance de la qualité. Il s'agit alors, par la mise en place de cette nouvelle démarche, de resituer la qualité des soins et les droits des malades au sein du fonctionnement du système de santé. Avec la mise en place de ces nouvelles procédures, dont la France a essayé d'adopter le fonctionnement sur celui des pays anglo-saxons, le retard est enfin rattrapé en termes de méthodes et d'outils d'évaluation des activités de santé.

Ainsi les procédures d'accréditation puis de certification, managées par la HAS, sont un moyen pour rendre compte à la société de la qualité et des démarches entreprises par l'établissement pour y aboutir.

---

<sup>30</sup> Projet Régional de Santé [http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/0\\_INTERNET\\_ARS\\_MIP/PRS/Diagnostic/DIAGNOSTIC\\_QUALITE\\_DES\\_SOINS\\_VFinal.pdf](http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/0_INTERNET_ARS_MIP/PRS/Diagnostic/DIAGNOSTIC_QUALITE_DES_SOINS_VFinal.pdf)

<sup>31</sup> AVENEL C., 2003, « L'évaluation des politiques publiques », in GIROUD D. (éd), *Le diagnostic de la qualité*, Paris : Edition Seli Arslan, p 18.

<sup>32</sup> Association loi 1901

## 1.2.2 La certification

La certification pour le secteur de l'entreprise correspond à « une opportunité pour mener un grand nombre d'améliorations en peu de temps et non comme la simple recherche du certificat »<sup>33</sup>. Pour le secteur de la santé, la certification des établissements a été introduite par l'ordonnance du 24 avril 1996<sup>34</sup>. Elle s'inspire des modèles canadien et américain. Elle est axée sur le parcours du patient et responsabilise l'établissement par une approche pédagogique.

Elle consiste en une procédure d'évaluation externe réalisée par des professionnels mandatés par la HAS. Ces experts réalisent les visites de certification, sur la base d'un référentiel. L'objectif est de permettre l'évaluation du fonctionnement global de l'établissement de santé et de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations de l'établissement.

Cette procédure de certification est indépendante de l'établissement et des organismes de tutelle. Elle est mise en œuvre par la HAS et s'effectue tous les quatre ans. Elle concerne les établissements de santé publics et privés, les installations autonomes de chirurgie esthétique et les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS).

Cette procédure a évolué et continue de s'adapter aux exigences en matière de qualité et sécurité des soins. La première procédure a eu lieu en juin 1999 sous l'appellation d'accréditation et visait à promouvoir la mise en œuvre d'amélioration continue de la qualité dans les établissements de santé.

Par la suite, l'appellation a été modifiée pour devenir la certification. A partir de 2005 et jusqu'au dernier semestre 2010 s'est déroulée la procédure de certification dite V2-V2007. Cette nouvelle procédure visait à mesurer à la fois la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et le niveau de qualité atteint. Cette procédure de certification permettait d'évaluer sept thématiques dont la politique et la qualité du management, les ressources humaines, les fonctions hôtelières et logistiques, l'organisation de la qualité et de la gestion des risques, la qualité et la sécurité de l'environnement, le système d'information et enfin la prise en charge du patient. Cette deuxième version a permis de renforcer la médicalisation de la démarche en faisant porter un des axes prioritaires sur l'évaluation des pratiques professionnelles.

En 2010, une troisième version dite V2010 a été mise en œuvre. Cette nouvelle procédure devait permettre une efficacité et une continuité dans la démarche de certification. Les réponses apportées aux usagers, aux professionnels de santé et aux pouvoirs publics se devaient d'être précises et efficaces. La certification V2010 est devenu ainsi un réel outil de management pour les établissements. Le manuel de certification a subi, par la suite, quelques modifications afin de s'adapter au

---

<sup>33</sup> DOUCET C., 2013, *La qualité*, coll. Que sais-je ?., Paris : Presses Universitaires de France

<sup>34</sup> Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière

développement de nouveaux secteurs tels que l'hospitalisation à domicile, la santé mentale et la biologie.

Une quatrième procédure de certification est également prévue sur la période 2014-2018, sous l'appellation V2014. L'un des enjeux de cette nouvelle procédure est de faciliter la démarche d'amélioration de la qualité et de gestion des risques de l'établissement en introduisant davantage de continuité. Comme le précise le président du Collège de la HAS<sup>35</sup>, il s'agit de permettre à l'établissement de « manager les risques pour prendre en charge le prochain patient avec des processus maîtrisés ».

Ainsi après ces douze années de pratique, la certification aura permis d'inculquer au secteur de la santé une démarche qualité. Son impact aura été plus que positif en termes d'organisation, de structuration des services de soins. Mais certaines limites et points à améliorer, quant à l'application de cette procédure, ont été rapportés par les professionnels de santé. Cette quatrième procédure devrait s'axer sur l'optimisation du travail en équipe, en permettant une réduction de la charge de travail imposée aux professionnels de santé. Le déploiement de cette méthode de gestion de la qualité reste toutefois sous la responsabilité de la HAS.

### **1.2.3 La Haute Autorité de Santé (HAS)**

La HAS est une autorité publique indépendante à caractère scientifique. Elle a été créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Mise en place au 1<sup>er</sup> janvier 2005, elle est dotée de la personnalité morale et dispose d'une autonomie financière. La HAS reprend les missions dévolues à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et à la commission d'évaluation des produits et prestations de santé prévue à l'article L.5123-3 du code de la sécurité sociale. La commission de la transparence lui a également été rattachée<sup>36</sup>. La HAS est ainsi chargée de trois dispositifs d'évaluation et d'amélioration de la qualité des pratiques et des soins, en établissements de santé et en médecine de ville. Ces évaluations se retrouvent sous la forme de certification des établissements, d'accréditation des médecins et des équipes médicales, et enfin sous forme d'évaluation des pratiques professionnelles.

La HAS est constituée d'un Collège, de huit Commissions spécialisées, de services et directions comprenant 410 agents dont la plupart sont des professionnels de santé, et enfin d'un réseau d'experts- visiteurs. Ce Collège est responsable des orientations stratégiques, de la programmation et de la mise en œuvre des missions ordonnées à la HAS par le législateur. Il s'agit d'une instance délibérante permettant d'être garant de la rigueur et de l'impartialité des rapports de la HAS. Les Commissions spécialisées sont en

---

<sup>35</sup> Pr. Jean-Luc HAROUSSEAU

<sup>36</sup> Art.L.5123-3 et R.163-15 du code de la sécurité sociale

lien direct avec le Collège. Elles sont chargées d'instruire les dossiers élaborés par les services opérationnels dans les divers domaines de compétence de la HAS. Quant aux experts - visiteurs, au nombre d'environ 750, ils sont habilités à réaliser la visite de certification des établissements de santé.

La HAS est chargée de diverses missions dont l'évaluation du service rendu des produits, actes ou prestations de santé. Elle apporte également une aide aux pouvoirs publics dans leurs décisions de remboursements des médicaments et de services médicaux. Elle participe au développement de la concertation et de la collaboration avec les acteurs du système de santé afin d'améliorer la qualité des soins au sein des établissements de santé.

Elle appuie les professionnels de santé dans l'amélioration continue de leurs pratiques cliniques pour prodiguer des soins plus efficaces, plus sûrs et plus efficaces dans les établissements de santé et en médecine de ville. Elle participe à l'information du grand public et à l'amélioration de la qualité de l'information médicale

Et enfin, elle promeut, en élaborant des guides, les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des usagers.

La démarche qualité a su progressivement s'adapter au domaine de la santé. La certification d'un établissement reste une garantie pour le citoyen. Le secteur médico-social a quant à lui un peu plus de difficulté à s'adapter à cette nouvelle procédure.

### **1.3 La démarche qualité et l'évaluation dans le secteur médico-social**

Nous verrons que la démarche qualité dans le secteur médico-social est associée au principe d'évaluation interne et externe, ce dernier étant réalisé sous la vigilance de l'Anesm.

#### **1.3.1 L'application de la démarche qualité dans le secteur médico-social**

L'application de la démarche qualité dans le secteur médico-social n'est pas aussi simple que dans le secteur du sanitaire plus habitué à ce type de pratique. La tradition dans le secteur médico-social reste principalement orale. Les professionnels du secteur médico-social restent suspicieux et circonspects à l'idée de mettre en place une démarche d'amélioration de la qualité. La mise en place d'une démarche qualité au sein du secteur médico-social est un moyen d'harmoniser les pratiques et de revoir une organisation parfois très routinière.

La définition de la qualité dans le secteur médico-social est assez difficile du fait de la complexité des différents secteurs qui le compose. En effet, le secteur médico-social se caractérise par une hétérogénéité de ces structures (organismes publics, privés à but non

lucratif, privés à but lucratif) et d'une prise en charge des usagers différente en fonction du secteur (personnes âgées, enfance, handicap). Il faudra attendre 1999<sup>37</sup> pour qu'un arrêté évoque clairement la notion de qualité dans le secteur médico-social. Tout comme dans le secteur sanitaire, c'est la notion de rationalisation des coûts qui imposent cette nécessité de démarche qualité au sein des établissements et services médico-sociaux. Les EHPAD sont les premiers concernés par cette évolution et doivent, dans le cadre de la réforme de leur tarification, signer une convention pluriannuelle avec le représentant de l'assurance maladie et le conseil général. Il faudra attendre la loi du 2 janvier 2002 pour que ces mesures de démarche qualité et d'évaluation soient appliquées à l'ensemble des établissements et services médico-sociaux.

Des outils sont nécessaires à la réalisation de ces évaluations. Le référentiel le plus connu dans le secteur du médico-social est l'Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements (ANGELIQUE). Cet outil d'autoévaluation, créé en 2000 par la Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement en Etablissement (mission MARTHE)<sup>38</sup>, s'adapte davantage aux EHPAD. Cette trame a pour principal objectif d'aider les établissements à réaliser un état des lieux de leurs structures et de faire ressortir des points forts et des points à améliorer. Par la suite les axes d'améliorations en matière de qualité sont alors établis. Cet outil est composé de quatre parties dont « attente et satisfaction des résidents et familles », « réponses apportées aux résidents en termes d'autonomie, d'accompagnement et de soins », « l'établissement et son environnement », et « démarche qualité et gestion des risques ».

D'autres outils ont par la suite été élaborés permettant aux autres établissements et services de bénéficier d'une aide dans leur démarche d'évaluation. L'Association Nationale des Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée (ANCREAI) a élaboré un référentiel<sup>39</sup>, sous forme de logiciel, permettant d'être utilisé dans l'ensemble du champ social et médico-social. Il existe également la grille « Bouchard-Mathieux »<sup>40</sup>, il s'agit d'un kit, développé sous Excel® permettant de procéder à l'évaluation interne de l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

---

<sup>37</sup> 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°75-735 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

<sup>38</sup> La mission MARHTE était composée de représentants des services de l'Etat, des conseils généraux, de l'assurance maladie, de responsable et professionnels d'établissements et de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

<sup>39</sup> Périclès V2 est une méthode d'évaluation interne participative des établissements et services sociaux et médico-sociaux. <http://ancreai.org/content/%C3%A9valuation-interne-derni%C3%A8re-version-de-pericles-0>

<sup>40</sup> *Evaluation interne des établissements et services sociaux et médico-sociaux : Kit informatique*, MATHIEUX.C et BOUCHARD. JM, août 2007, ISBN 2-84533-174-6, <http://www.bouchard-mathieux.com/secteur-social-et-medico-social/259-evaluation-interne-des-etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux--kit-informatique-9782845331746.html>

Depuis 2007, l'Anesm a permis une grande avancée en créant les recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Bien que ces dernières puissent être critiquables dans le sens où elles ne font que donner des éléments littéraires sans apporter davantage d'aide méthodologique pour les mettre en place. Ainsi, afin d'aider les établissements dans la mise en œuvre de l'évaluation interne, l'Anesm a élaboré une recommandation intitulée « La conduite de l'évaluation interne »<sup>41</sup> qui concerne les établissements et services médico-sociaux. De plus, même si l'évaluation reste distincte du contrôle des normes en vigueur et se différencie de la certification, la loi HPST du 21 juillet 2009 permet d'articuler ces deux démarches. En effet, certaines certifications<sup>42</sup> peuvent être prises en compte dans le cadre de l'évaluation externe des établissements/services médico-sociaux. Cela n'est possible qu'à condition qu'elles aient été réalisées par un organisme certificateur bénéficiant d'une accréditation délivrée par le Comité français d'accréditation (Cofrac) conformément à un référentiel de certification<sup>43</sup>.

Aujourd'hui avec l'obligation des évaluations internes et externes, de nombreux organismes voient le jour afin d'apporter une méthodologie aux structures pour la réalisation de leur autoévaluation. Ce marché est en pleine expansion dans le secteur du médico-social et demande une vigilance constante de la part des directeurs ou organismes gestionnaires.

### **1.3.2 Les principes de l'évaluation interne et externe**

La loi 2002-2 impose à tous les établissements et services médico-sociaux le principe d'une évaluation continue de la qualité de leurs activités ainsi que des prestations délivrées. Les établissements ou services médico-sociaux sont ainsi tenus de s'engager dans cette démarche en réalisant une évaluation interne tous les cinq ans et une évaluation externe tous les sept ans. A cela, la loi HPST de juillet 2009 et son décret d'application ont modifié le calendrier des évaluations et les modalités de restitution de leurs résultats aux autorités publiques. Ainsi les établissements et services préexistants à la loi HPST sont tenus, avant le renouvellement de leur autorisation, en janvier 2017, à au moins une évaluation interne et une évaluation externe. Le décret du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux dispose qu'une évaluation externe ne peut être engagée que si l'évaluation interne a été réalisée. Les

---

<sup>41</sup> ANESM, 2009, Recommandations de Bonnes pratiques, *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du CASF*.

<sup>42</sup> Dans les conditions fixées par le décret n°2012-147 du 30 janvier 2012 relatif aux conditions de prise en compte de la certification dans le cadre de l'évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

<sup>43</sup> En application de l'article L.115-27 du code de la consommation.

résultats de l'évaluation interne, appelée aussi autoévaluation, doivent être communiqués aux autorités compétentes.

En cas d'insuffisances du rapport d'évaluation interne transmis, notamment si les quatre domaines d'évaluation n'ont pas été traités dans leur totalité, en référence à la circulaire du 21 octobre 2011<sup>44</sup>, l'autorité pourra signifier à l'établissement la nécessité de parfaire son évaluation, même si le renouvellement d'autorisation n'est uniquement subordonné qu'aux résultats de l'évaluation externe. Les rapports d'évaluation externe sont adressés, par l'établissement ou service, aux autorités ayant délivrées l'autorisation pour le renouvellement de cette dernière. Ce renouvellement est réputé automatique sauf si, au moins un an avant la date de renouvellement (soit le 01/01/2016 pour les établissements et services créés avant 2002), l'autorité compétente, au vu de l'évaluation externe, enjoint à l'établissement ou au service de présenter dans un délai de six mois une demande de renouvellement. Lorsque la transmission de l'évaluation externe est tardive, l'autorité est fondée à demander à l'établissement ou service, la présentation d'une demande de renouvellement express en application de l'article L.313-5 du CASF.

Concernant l'évaluation interne, elle doit porter sur quatre grands domaines que sont la promotion de l'autonomie et de la qualité de vie, la personnalisation de l'accompagnement, la garantie des droits et la participation des usagers et enfin la protection et la prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers. Cette évaluation doit également porter une appréciation sur l'insertion et l'ouverture de l'établissement sur son environnement, son organisation interne (ressources humaines et financières, système d'information), et sur les effets constatés pour les usagers. La mise en œuvre d'une autoévaluation demande la prise en compte d'un temps d'élaboration d'un outil d'évaluation. Contrairement à la certification, dans le secteur sanitaire, où le référentiel d'évaluation est national, les établissements du secteur médico-social doivent, quant à eux, élaborer leur propre outil. Le choix de ce dernier est primordial car lors de l'évaluation externe, les experts mesureront les écarts entre ce que l'établissement a souhaité améliorer et ce qu'il a effectivement réalisé. Cette démarche doit être participative et mobiliser l'ensemble des catégories de professionnels. L'encadrement a un rôle majeur dans la mise en œuvre de ce processus. Il est important que cette démarche reste un outil de management pour les équipes. De plus, il paraît important de faire participer les usagers à cette démarche, cette dernière étant issue de la loi 2002-2 dont l'objectif principal est de garantir le droit des usagers. Bien que la plupart du temps, les usagers et les proches se retrouvent davantage impliqués lors du recueil d'informations et beaucoup moins, pour la proposition d'amélioration des constats

---

<sup>44</sup> Circulaire DGCS/SD5C n°2011-398 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.

soulevés<sup>45</sup>. De plus, cette implication reste variable selon le secteur d'activité. Quant à l'évaluation externe, les objectifs, au nombre de quatre, sont de porter une appréciation globale sur l'établissement, d'examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne, d'examiner certaines thématiques et des registres spécifiques et enfin d'élaborer des propositions et/ou des préconisations. Les enjeux de cette évaluation externe sont le renouvellement des autorisations ainsi que le soutien à la démarche qualité. Elle doit permettre d'avoir une vision prospective de l'organisation de l'établissement ou du service et d'établir des préconisations pour permettre des actions immédiates et un respect de la législation et de la réglementation.

La mise en œuvre de l'ensemble des évaluations internes et externes, réalisées au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux, est suivie par l'Anesm.

### **1.3.3 L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm)**

L'Anesm a été créée en 2007 suite à la loi de financement de la sécurité sociale<sup>46</sup>. Elle fait suite au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale (CNESM). L'Anesm a été constitué sous forme d'un groupement d'intérêt public (GIP) regroupant l'Etat - représenté par la direction générale de l'action sociale (DGAS), l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), la direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ), la direction des populations et des migrations et la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)- , la Caisse Nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), ainsi que des représentants d'organismes<sup>47</sup> gérant des établissements et services médico-sociaux.

L'Agence est également dotée d'une assemblée générale et d'un conseil d'administration aux missions classiques. Le GIP est également constitué de deux instances spécifiques : le Conseil scientifique et le Comité d'orientation stratégique. Le Conseil scientifique, composé de quinze personnalités, a pour but d'apporter une expertise et de formuler des

---

<sup>45</sup> L'enquête nationale réalisée par l'Anesm en 2012 précise que 58% des usagers et/ou leur entourage sont associés à l'évaluation interne mais que seulement 37% participent à l'élaboration de propositions d'améliorations.

<sup>46</sup> Loi du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale 2007 (article 85)

<sup>47</sup> Ces organismes sont représentés par la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, à but non lucratif, la fédération hospitalière de France (FHF), la fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale, le syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées, l'union nationale des associations de parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis, l'union nationale des associations de sauvegarde de l'enfance, de l'adolescence et des adultes, l'union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles, l'union nationale des centres communaux d'action sociale, l'union nationale inter fédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux, la fédération nationale avenir et qualité des personnes âgées, l'aide à domicile en milieu rural.

avis d'ordre méthodologique et technique, ainsi que de veiller à la qualité scientifique des travaux. Le Comité d'orientation stratégique est, quant à lui, composé de représentants de l'Etat, d'élus, d'usagers, de collectivités territoriales, de fédérations, de directeurs d'établissements, de salariés, d'employeurs... Il s'agit d'une instance d'échange et de concertation participant à l'élaboration du programme de travail de l'Agence. Cette dernière formule alors un avis sur les projets de recommandations.

L'Anesm a pour mission principale de développer une culture de la « bientraitance » dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux visés à l'article L.321-1 du CASF. L'agence intervient dans la validation, l'actualisation ou, le cas échéant, l'élaboration de références, de procédures et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP). L'Anesm en assure la diffusion et le suivi dans un but de promotion d'amélioration de la qualité. L'ensemble de ces productions peut être utilisé par les établissements et services médico-sociaux dans le cadre de leur évaluation interne. De plus, l'agence habilite les organismes indépendants qui procéderont à l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations délivrées par les établissements et services et en établit la liste consultable en ligne.

En 2013, l'Anesm est composée de 29 personnes, elle a publiée 32 recommandations de bonnes pratiques professionnelles et a signé 7 conventions avec la CNSA, la HAS, la DPJJ, l'Agence nationale des services à la personne (ANSP), l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (Oned), le Social Care Institute for Excellence (SCIE<sup>48</sup>) et l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

Ainsi la démarche qualité et l'évaluation se sont progressivement mises en œuvre au sein des établissements de santé et médico-sociaux. Les enjeux de ce processus sont ainsi patents, entre les deux secteurs, en termes de comparaison de méthodologie, de gestion des risques et d'impact pour les autorités de contrôle et de tarification.

#### **1.4 Les enjeux du développement d'une démarche qualité dans le secteur de la santé**

Une comparaison de l'évaluation entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social sera réalisée. Nous verrons, également, que la notion de gestion des risques est similaire et s'applique sur l'ensemble de ces secteurs. Puis les enjeux de l'évaluation et de la mise en œuvre d'une démarche qualité, dans le secteur du médico-social, seront abordés d'un

---

<sup>48</sup> Le SCIE est l'homologue de l'Anesm au Royaume-Uni. Elle a été créée en 2001. Il s'agit d'une organisation caritative indépendante agréée et financée par le ministère de la Santé. Elle est en charge de l'enfance, de l'enseignement et de la famille, ainsi que par les administrations décentralisées du Pays de Galles et de l'Irlande du Nord.

point de vue des autorités de contrôle et de tarification mais également pour les directeurs ou organismes gestionnaires.

#### **1.4.1 Comparaison de l'évaluation et de la démarche qualité entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social** (cf. Annexe n° 3)

Le secteur sanitaire et le secteur médico-social sont soumis tous les deux à la mise en œuvre d'une démarche qualité et à l'obligation de réaliser une évaluation. Le point commun est que les deux secteurs sont soumis à une première phase d'autoévaluation. Pour le secteur sanitaire, cette autoévaluation fait suite à un référentiel, pour le médico-social, cela reste à l'initiative de l'établissement. La finalité des évaluations pour ces secteurs est différente. Dans le cas de la certification, cela peut permettre une comparaison entre établissements de santé alors que pour le médico-social, l'évaluation n'a pas pour principe de comparer des structures entre elles.

La durée de prise en charge est également un élément à prendre en compte dans la distinction de ces deux secteurs. Pour le secteur sanitaire, la durée réduite de prise en charge permet une standardisation du parcours de soins. Et si la prise en charge dans le secteur sanitaire est une prise en charge sur du court terme, l'accompagnement dans le médico-social est quant à lui sur du long terme. Les établissements médico-sociaux sont ainsi dans une prise en charge qui va bien au delà du domaine du soin, d'où cette distinction entre lieu de vie et lieu de soin. Lors de l'étude d'enquêtes nationales<sup>49</sup>, il ressort que les usagers évaluent leur satisfaction sur le cadre de vie, les repas, les activités et le lien avec l'extérieur et que ces éléments sont leurs préoccupations majeures. Ainsi les résultats attendus d'une évaluation dans le médico-social sont en lien avec la prestation de services et le service rendu à l'utilisateur. La place de l'utilisateur et de sa famille est d'ailleurs très importante. Les usagers doivent d'ailleurs être fortement sollicités pour la réalisation de l'autoévaluation. La démarche qualité prend en considération leurs demandes (réalisation de questionnaires de satisfaction, participation aux instances spécifiques comme le CVS).

La qualité est certes définie par les textes dans le sanitaire mais l'hétérogénéité du secteur médico-social la rend difficilement transposable à celui-ci.

Les établissements et services médico-sociaux doivent eux-mêmes financer leurs évaluations externes, contrairement aux structures du sanitaire, qui bénéficient de la présence des experts visiteurs issus de la HAS. Dans tous les cas, La HAS n'a pas les moyens humains et financiers pour prévoir une évaluation de l'ensemble des

---

<sup>49</sup> Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et de la Statistique- dossier solidarité et santé, 2011, n°18, « La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches ».

établissements et services médico-sociaux, au nombre de 35 000, au même titre que les hôpitaux.

S'il apparaît des distinctions entre les deux secteurs, la notion de gestion des risques semble être similaire et s'applique globalement sur l'ensemble des établissements sanitaires ou médico-sociaux.

#### 1.4.2 La gestion des risques

Cette notion de gestion des risques est issue des concepts de qualité et d'évaluation. Elle a été introduite dans le secteur sanitaire avec la loi hospitalière de 1991<sup>50</sup> et renforcée avec les ordonnances de 96<sup>51</sup> concernant l'accréditation, la loi du 1<sup>e</sup> juillet 98<sup>52</sup> sur la sécurité sanitaire, la loi du 4 mars 2002<sup>53</sup> sur les droits des patients (politique de sécurité sanitaire centrée sur le patient) et la loi du 21 juillet 2009<sup>54</sup>. Pour le secteur médico-social, cette notion s'inscrit au sein de la loi du 2 janvier 2002<sup>55</sup>. L'article 5 de cette loi évoque la notion de « risque social », quant à l'article 8, il fait référence au risque de maltraitance.

Le risque se définit comme un « danger éventuel plus ou moins prévisible »<sup>56</sup>. E.ZOLLA a élargi cette définition aux notions d'éventualité et de prévisibilité. Ainsi, le « risque est une combinaison de probabilité d'événements et des conséquences négatives qui en résultent »<sup>57</sup>. Faire de la gestion de risque implique donc de commencer par évaluer avant tout le risque. Pour l'AFNOR, le risque se mesure par la criticité c'est-à-dire la multiplicité de deux facteurs que sont la fréquence (probabilité de survenance du risque) et la gravité (importance des impacts envisagés). Ainsi plus le risque est probable, plus il est grave, plus il devient critique et inversement. La démarche qualité répond à une demande croissante de la société. Il s'agit d'être dans l'éradication des risques avec le développement du principe de prudence<sup>58</sup> et du principe de précaution<sup>59</sup>. Suite aux

---

<sup>50</sup> Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

<sup>51</sup> Ordonnances n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière

<sup>52</sup> Loi n°98-535 du 1<sup>e</sup> juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.

<sup>53</sup> Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

<sup>54</sup> Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>55</sup> Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

<sup>56</sup> Dictionnaire Le Petit Robert

<sup>57</sup> ZOLLA.E., 2013, *La gestion des risques dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Paris : Dunod, p16

<sup>58</sup> « On protège le risque (afin qu'il devienne supportable) quand on sait qu'on ne peut l'éviter (afin qu'il devienne supportable) », ibidem, p22

<sup>59</sup> « On prévient le risque (afin qu'il devienne improbable) lorsqu'on essaie de faire diminuer son apparition », ibidem, p22

affaires de la vache folle et du sang contaminé, la société est en demande de transparence.

Les secteurs sanitaires et médico-sociaux sont de plus en plus confrontés à l'exigence des usagers. Les pouvoirs publics imposent également de plus en plus d'obligations réglementaires. Ainsi, le secteur médico-social, à l'image du secteur sanitaire, est de plus en plus concerné par cette problématique de gestion des risques. En effet, la loi 2002-2 et la nouvelle place qu'elle donne aux usagers, impliquent pour ces derniers d'avoir un regard plus critique quant à la qualité et au « service rendu ».

Que ce soit le secteur sanitaire ou le secteur médico-social, la notion de risque semble la même. Il apparaît en effet, difficile de distinguer l'apparition d'un événement improbable quelque soit le secteur. En revanche, la prise en compte n'est pas la même. Actuellement, le secteur du médico-social semble s'être peu emparé de cette notion. Elle commence à faire son apparition avec les évaluations internes et externes mais toutes les structures de l'ensemble du secteur du médico-social ne se sont pas appropriées de la même manière ce concept. De plus en plus, de nouveaux métiers font leur apparition tel la fonction de gestionnaires de risques qui permet de faire appels à une expertise que certaines structures ne sont pas en capacité de gérer. Ceci implique la nécessité de faire appel à des « compétences internes » ou sous-traiter avec des organismes extérieurs<sup>60</sup>.

Que l'on soit dans le secteur sanitaire ou médico-social, les évaluations qui en résultent (certification et évaluation interne) sont concernées par l'item de la gestion des risques et de la politique de lutte mise en place sur la structure. La politique de gestion des risques déployée, au sein des structures sanitaires et médico-sociales, doit permettre de rendre le risque acceptable. Ceci est possible en développant une connaissance du risque, en participant à l'élimination de certains d'entre eux et en mettant en œuvre des actions de prévention et de protection vis-à-vis des risques à prendre.

Ainsi la gestion des risques sert à la sécurité des personnes, à la sécurité financière de la structure, à la préservation de son image mais également à sa sécurité juridique et assurantielle. Mais d'autres enjeux, en lien avec la démarche qualité, l'évaluation et la gestion des risques, ont un impact auprès des autorités de tarification et de contrôle, et des directeurs et organismes gestionnaires.

---

<sup>60</sup> Ibidem, p36-37

### **1.4.3 L'impact de l'évaluation et du développement de la démarche qualité pour les autorités de contrôle et de tarification, et pour les directeurs et organismes gestionnaires**

Le fait de faire appel à des gestionnaires de risques ou qualitatifs a un coût pour les établissements. Ce coût se répercute sur les prix de journée des résidents d'où un impact pour les autorités de tarification qui seront amenées à prendre en considération cette évaluation. Il apparaît de plus en plus difficile pour les structures de répondre à des attentes en termes de qualité sans que cela ait un impact financier. On ne peut pas faire de qualité sans un investissement minimum.

La place des ARS dans la gestion du risque est prépondérante puisque la législation leur donne une mission en matière de prévention du risque. En effet, les ARS ont le devoir de mettre en place un programme pluriannuel régional de gestion du risque (PPR GDR)<sup>61</sup>. Elles ont donc la possibilité d'encourager ou au contraire d'inhiber toutes actions en matière de gestion du risque pour les établissements. Toutefois cette politique s'applique davantage dans le secteur du sanitaire que celui du médico-social, cela reste également très régions- dépendantes, certaines étant plus en avance que d'autres sur la mise en œuvre de ce programme.

Les directeurs/organismes gestionnaires doivent être vigilants quant au choix de l'organisme qui va réaliser l'évaluation externe de leurs structures. En effet, contrairement à la HAS qui dispose de ses propres experts visiteurs, l'Anesm ne fait qu'habiliter des organismes sur la base d'un cahier des charges renseigné. Cette habilitation résulte d'une déclaration administrative. L'Anesm n'est pas garante de la compétence de l'organisme pour réaliser une évaluation externe.

Même si l'évaluation interne/externe est imposée depuis la loi 2002-2, la seconde enquête nationale<sup>62</sup> réalisée par l'Anesm, montrait que seulement 66% des établissements/ services médico-sociaux<sup>63</sup> étaient engagés dans une démarche d'évaluation interne. En 2012, avec l'approche des renouvellements d'autorisation, 93% des établissements étaient engagés dans un processus d'évaluation. Parmi ces établissements engagés, 71% l'étaient dans une démarche telle que préconisée par l'Anesm et 22% déclaraient ne pas être engagés dans cette démarche, mais davantage dans « un processus d'amélioration de la qualité tel que l'actualisation du projet d'établissement/service, la conclusion ou le renouvellement d'une convention tripartite ou d'un contrat pluriannuel

---

<sup>61</sup> Article R.1434-14 du Code de la santé publique et décret n°2010-515 du 18 mai 2010 relatif au programme pluriannuel régional de gestion du risque

<sup>62</sup> Enquête nationale relative à la mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L.312-1 du CASF. [http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id\\_article=233](http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=233)

<sup>63</sup> Sur un échantillon représentatif de 3000 établissements et services sociaux et médico-sociaux visés à l'article L.312-1 du CASF en partenariat avec la Drees. [http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id\\_article=233](http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=233)

d'objectifs et de moyens (CPOM) ou l'engagement dans une démarche quasi formalisée »<sup>64</sup>.

Il est beaucoup plus difficile d'entrer dans un tel processus pour des structures isolées que pour des structures appartenant à un organisme gestionnaire<sup>65</sup>. Ces établissements isolés sont surtout représentés par le secteur des personnes âgées (47% des établissements et services sociaux et médico-sociaux du secteur). L'Anesm préconise ainsi de mener des actions d'informations, de sensibilisation ou d'accompagnement auprès des petits établissements ou services « isolés ».

Il paraît difficile, au vu des moyens humains et financiers que cela implique, d'entrer dans une telle démarche. Certains établissements ont prévu de ne pas respecter le délai réglementaire et de transmettre leurs résultats après la date du 3 janvier 2014. Les autorités de contrôle et de tarification risquent de se retrouver en difficulté.

En effet, si les établissements ne s'engagent pas dans un tel processus, c'est parce qu'ils sont concernés par d'autres priorités réglementaires (renouvellement de la convention tripartite (CTP)). Il est très difficile, surtout pour des petits établissements, limités en personnels, de mener plusieurs projets. Le manque de temps est également un facteur évoqué. L'association avec d'autres structures pour mener la démarche est judicieuse. Lors d'un stage réalisé en administration décentralisée, j'ai eu pour mission de contacter l'ensemble des établissements du département pour recenser les établissements engagés dans cette démarche. Certains d'entre eux étaient en difficulté, tels les foyers logements, ceci par manque de connaissance dans le domaine de la démarche qualité et par manque également en moyens humains et financiers pour mener à bien une autoévaluation. La proposition de se rapprocher d'autres structures du même secteur à sembler les rassurer.

La qualité doit rester une démarche d'amélioration. La notion de dynamique est importante afin que les équipes ne se retrouvent pas dans un mouvement routinier. L'évaluation ne consiste alors qu'à répondre à un certain formalisme. La démarche qualité perd alors tout son sens. M.JAEGGER<sup>66</sup> insiste sur la nécessité de parler d'amélioration continue de la qualité. Les équipes doivent avoir le sentiment d'être impliquées dans ce processus. Le directeur a tout intérêt à favoriser cette dynamique participative. Le directeur doit avoir une attention toute particulière concernant les outils d'évaluation. Un

---

<sup>64</sup> Enquête nationale 2012, Anesm, *La mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux visés à l'article L.312-1 du CASF* [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete\\_nationale\\_2012\\_Eval\\_interne\\_Fevier\\_2013.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_nationale_2012_Eval_interne_Fevier_2013.pdf).

<sup>65</sup> Les structures rattachées à un organisme gestionnaire sont 1,4 fois engagées dans la démarche que les structures isolées. [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete\\_nationale\\_2012\\_Eval\\_interne\\_Fevier\\_2013.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_nationale_2012_Eval_interne_Fevier_2013.pdf)

<sup>66</sup> JAEGGER.M., 2013, *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, p542-543

outil ou référentiel, trop complexe ou présentant des indicateurs incomplets, n'a pas d'intérêt. Il doit pouvoir être compris et adopté par l'ensemble des équipes.

La démarche qualité est censée réduire les coûts or cela n'est pas évident, notamment, si le directeur doit faire appel à un qualicien ou gestionnaire de risque. L'évaluation externe a également un coût. Le prix moyen d'une évaluation externe<sup>67</sup> est compris entre 4600€ et 7800€ en fonction du type de structure. Ces prix moyens ont évolués à la hausse pour certaines catégories d'établissements tels que les EHPAD.

Les autorités de contrôle n'apportent qu'un cadre général, elles demandent que les établissements respectent scrupuleusement un « cahier des charges ». Il paraît difficile que les directeurs d'établissements en attende autre chose. Elles ne font qu'appliquer le respect du cadre réglementaire et législatif. De toute façon les directeurs doivent pouvoir conserver une part de créativité dans le déroulement ou la mise en œuvre de leur démarche qualité et donc dans la création de leurs outils ou référentiels. L'évaluation ne doit pas être seulement un outil pour les autorités de tarification et de contrôle, elle doit rester un outil managérial pour les directeurs. Elle doit permettre aux professionnels de prendre du recul par rapport à leurs pratiques afin de les améliorer. Comme le souligne M.LAFORCADE<sup>68</sup> « la démarche qualité se propose d'explorer de façon critique les moyens mis en œuvre par les professionnels ».

Déjà dès 2004<sup>69</sup>, la DGAS s'était préoccupée du développement intensif d'organismes proposant des méthodes « clé en main ». La DGAS rappelait alors que cette démarche demandait un temps d'appropriation nécessaire à l'ensemble des équipes.

Que ce soit pour les établissements sanitaires ou médico-sociaux, la démarche d'évaluation permet de répondre aux attentes des clients ou usagers. Il s'agit dans ce cas d'une démarche à visée commerciale. En revanche, afin de répondre aux attentes des autorités de tarification et de contrôle, ces dernières vérifient la conformité aux référentiels ou standards de bonnes pratiques. Ceci correspond davantage à une démarche administrative.

Cette première partie a permis d'apporter quelques sources conceptuels et statistiques permettant d'apporter des éléments de compréhension en lien avec les problématiques soulevées autour de la « médicosocialisation' de l'EHPAD de Mauriac.

---

<sup>67</sup> Source Anesm, *Bilan des évaluations externes au 31 décembre 2012*, p4 [http://www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/Note%20d'information%20Bilan%20EE%20au%2031dec2012\\_Juin2013.pdf](http://www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/Note%20d'information%20Bilan%20EE%20au%2031dec2012_Juin2013.pdf)

<sup>68</sup> LAFORCADE.M, Directeur adjoint de la DRASS d'Aquitaine, « L'évaluation et la démarche qualité face au défi de la complexité » in les Cahiers de l'Actif, n°330/331, p71-82 [http://www.actif-online.com/fichiers/texteLegislatif/art\\_laforcade\\_loi\\_renov.pdf](http://www.actif-online.com/fichiers/texteLegislatif/art_laforcade_loi_renov.pdf)

<sup>69</sup> La DGAS a mis en place un groupe de travail technique constitué de représentants de services de l'Etat, de directeurs d'établissements, de prestataires du secteur marchand et non marchand, et d'experts. Les travaux ont porté sur les bonnes pratiques du recours au prestataire, et permis de formaliser les résultats de réflexion conduite, sous la forme d'un guide méthodologique « Démarche qualité- évaluation interne et recours à un prestataire ». [http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/g\\_metho.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/g_metho.pdf)

## **2 Les problématiques soulevées autour de la « médicosocialisation » de l'EHPAD du « Pays Vert » de Mauriac**

Dans la région Auvergne plus d'un habitant sur dix a plus de 75 ans. Pour le bassin de Mauriac, la part de la population de 75 ans et plus représente 15, 3%<sup>70</sup>. En raison de l'augmentation de la durée de l'espérance de vie à la naissance et du développement de politiques en faveur du maintien à domicile, les établissements sont amenés à accueillir des résidents avec un niveau de dépendance de plus en plus important. L'EHPAD de Mauriac n'échappe pas à ce constat.

Suite à la coupe PATHOS, en date du 6 février 2013, sur le secteur EHPAD et USLD de Mauriac, le GMP<sup>71</sup> est de 937 pour l'USLD et 690 pour l'EHPAD. Le PMP<sup>72</sup> est quant à lui de 326 pour l'USLD et de 251 pour l'EHPAD. Une étude nationale<sup>73</sup> montre que le GMP moyen pour les EHPAD publics est de 691 et le PMP moyen de 196.

### **2.1 L'impact de la procédure d'évaluation sur l'EHPAD de Mauriac**

Le centre hospitalier de Mauriac a connu au cours de l'année 2013, deux évaluations. Une évaluation sur le secteur sanitaire (certification) et une évaluation sur le secteur médico-social (autoévaluation). La politique de démarche qualité, mise en œuvre sur l'EHPAD de Mauriac, permet à la structure de bénéficier des avantages de ces deux secteurs en termes d'amélioration de la qualité.

#### **2.1.1 La démarche de certification**

La durée de l'autoévaluation est variable selon la taille de l'établissement. Sur le CHM, cette autoévaluation s'est déroulée sur une période de 9 mois. Au cours de l'année 2013, la responsable qualité de l'établissement, secondée par la cadre supérieur de santé, a mené l'autoévaluation. Elles ont été également assistées par la Commission médicale d'établissement (CME) et la direction qualité du CHA. L'établissement a réalisé une autoévaluation en utilisant les indicateurs fournis par les guides et manuels de la HAS. Cette autoévaluation a pris en compte les mesures prises par l'établissement pour

<sup>70</sup> Rapport annuel ARS Auvergne, *Portraits de santé : L'état des territoires d'Auvergne*, Edition 2012

<sup>71</sup> Le GMP mesure, en nombre de points, le niveau de prestations fournies par l'établissement et la prise en charge de la dépendance.

<sup>72</sup> Le PMP (Pathos Moyen Pondéré) est un indicateur global unique de charge en soins médicaux et techniques pour une population.

<sup>73</sup> Etude KPMG « Observatoire des EHPAD », janvier 2013, réalisée à partir des données portant sur l'exercice 2011, recueillies auprès de 323 établissements publics et privés non lucratifs. <http://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Observatoire-EHPAD-2013-KPMG.pdf>

assurer le respect des droits des malades et l'analyse des résultats de l'enquête de satisfaction des patients.

Des réunions qualité ont eu lieu mensuellement les premiers mois puis bimensuellement à l'approche de la visite des experts- visiteurs. Ces différentes rencontres ont permis de faire un état des lieux de l'avancée des groupes de travail et des EPP.

Les résultats de l'autoévaluation ont été transmis, en ligne, via la plateforme de saisie des autoévaluations et des rapports de certification (SARA), à la HAS. Puis ces derniers ont été adressés aux experts- visiteurs déclenchant la phase de procédure dite de visite de certification. Les experts- visiteurs sont des professionnels de santé sélectionnés par la HAS. Leur rôle consiste à analyser l'organisation de l'établissement autour de la prise en charge du patient, d'évaluer le niveau de qualité atteint par rapport à ce que préconise la HAS, et d'apprécier la dynamique d'amélioration. Les experts missionnés sur le CHM étaient au nombre de trois (un médecin, un soignant et un cadre de direction). La visite des experts- visiteurs a eu lieu du 02 au 05 juillet 2013. La planification des différentes séquences de visite, visant à appréhender le fonctionnement de l'établissement, a été communiquée à l'établissement quinze jours avant la visite officielle. Il a été précisé lors de l'envoi de cette planification que seuls les secteurs d'activité, déterminés dans le cadre du périmètre de visite défini par la HAS, seraient visités par les experts-visiteurs. Concernant la séquence d'investigation, des critères ont été tirés au sort, avec une vérification prévue sur le deuxième jour. Les thématiques retenues étaient essentiellement sur le service de SSR. Sur le service USLD, les critères concernaient « l'accueil et l'accompagnement de l'entourage », « le respect des libertés individuelles et mesures de restrictions de liberté », « la continuité et la prise en charge des patients », ainsi que la « prescription d'exams de laboratoire, prélèvements, conditions de transports et transmissions de résultats ».

Ainsi le CHM a été audité, non seulement, sur la prise en charge des patients mais également sur les fonctions dites supports (restauration, blanchisserie, entretiens des locaux, maintenance logistique...).

A l'issue de la visite de certification, les experts- visiteurs ont restitué à l'établissement leurs principales observations. Ces observations sont données à titre informatif et n'engage aucunement la HAS sur la décision qu'elle prendra. Le rapport établi par les experts est transmis à la HAS pour être soumis à l'avis du Collège de la HAS. L'établissement est actuellement en attente du rapport final.

La direction a ainsi défini une politique qualité commune entre le secteur hospitalier et l'EHPAD, en intégrant des axes répondant aux spécificités d'accueil et de prise en charge en structure médico-sociale. La démarche d'autoévaluation a ainsi pu être menée, sur le secteur médico-social, en parallèle à celle du secteur sanitaire.

## 2.1.2 La démarche d'évaluation interne

La démarche d'évaluation interne a été menée par la qualitiennne et la cadre supérieure de santé. Cette autoévaluation a été réalisée à la fois pour répondre à la demande réglementaire de renouvellement d'autorisation mais également dans le cadre du renouvellement de la convention tripartite. Les attentes de cette démarche d'autoévaluation ne sont pas les mêmes. Dans le cadre de l'autoévaluation<sup>74</sup>, un rapport doit être remis aux autorités de tarification et de financement. Dans le cadre du renouvellement de la convention, le conseil général du cantal souhaite une évaluation basée uniquement à partir de l'outil ANGELIQUE. La grille d'évaluation a été constituée par la qualitiennne. Elle correspond à la synthèse du support ANGELIQUE, de l'outil du GRIEPS<sup>75</sup> et du manuel de certification de la HAS.

Ce support a été réalisé sur un logiciel de type Excel®. L'outil est constitué de quatre parties. La première partie s'intitule « Attentes et satisfaction des résidents et des familles », la deuxième partie correspond à « Réponses apportées aux résidents en termes d'autonomie, d'accompagnement et de soins », la troisième partie s'intitule « L'établissement et son environnement », et la quatrième partie « Démarche qualité et gestion des risques ».

La méthodologie imposait de répondre aux items par un système de cotation de type A, B, C, D<sup>76</sup> ou de type « oui/ non », ou « SO » si la question était sans objet. Dans un deuxième temps, il s'agissait de cocher la colonne « point fort » s'il avait été jugé que l'établissement était bien positionné par rapport au sujet traité ou la colonne « point d'amélioration » dans le cas contraire. En troisième étape, il s'agissait de cocher la colonne « objectif », chaque fois qu'un objectif était considéré à atteindre par l'établissement. Dans le cadre de la convention, il devait être précisé les détails et les moyens nécessaires pour y parvenir. Enfin, la quatrième et dernière phase a consisté, selon les spécificités de l'établissement, à rajouter des items ou indicateurs complémentaires. Cette cotation se rapproche du système mis en place dans le processus de certification du secteur sanitaire.

Il a été fait le choix d'associer le maximum de soignants dans cette autoévaluation et la plupart se sont investis dans cette démarche. Deux représentants des familles ont participé à la démarche. Le retour des résultats de l'autoévaluation sera fait lors de réunions d'équipes, de réunion qualité et lors du CVS. La démarche a été ainsi pluridisciplinaire. Avant tout, deux chefs de projets ont été désignés par la direction. Un comité de pilotage a également été créé. Ce comité est constitué du directeur de site, des

---

<sup>74</sup> Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux

<sup>75</sup> Institution de formation continue médico-sociale et de conseil certifiée Anesm

<sup>76</sup> A = « la structure correspond **totalem**ent aux exigences du critère », B = « la structure satisfait **en grande partie** aux exigences du critère », C = « la structure ne satisfait que **très partiellem**ent aux exigences du critère », D = « la structure **ne satisfait pas** aux exigences du critère »

chefs de projet, des deux médecins gériatres, de l'IDE coordinatrice (IDEC), d'infirmiers (suite à un appel à candidature), de la psychologue, de l'ergothérapeute et de deux représentants des usagers. Le comité de pilotage a, par la suite, désigné des personnes ressources tels que des représentants du CVS, des aides-soignants (AS), des agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ), une AMP, un pharmacien, des représentants des secteurs médico-techniques (kinésithérapeute, diététicienne, IDE hygiéniste), des responsables des services logistiques, du personnel de l'administration et la secrétaire de l'EHPAD. L'ensemble des professionnels et des représentants des familles se sont ainsi investis dans la démarche.

Concernant l'évaluation externe, le CHM s'est associé au CHA, dans le cadre de la CHT, et a procédé à un marché public de type marché à procédure adaptée (MAPA). Ce MAPA a consisté en la rédaction d'un rapport reprenant les recommandations du décret du 15 mai 2007<sup>77</sup>. Dix organismes ont répondu à cet appel d'offre. Une réunion entre le CHA et le CHM, auquel j'ai participé, a permis de retenir trois d'entre eux. Chacun des membres du groupe pilote, pour l'évaluation externe, a eu pour missions de se renseigner auprès des établissements ayant fait appel à ces différents organismes. Un organisme a été retenu et viendra réaliser les évaluations externes de l'EHPAD et du SSIAD sur le CHM, et de la Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), de l'EHPAD, du SSIAD et du Centre d'Action Médico- Sociale Précoce (CAMSP) sur le CHA.

Afin de pallier à une partie de la répercussion des coûts de la mise en œuvre de la démarche d'évaluation externe, la Délégation territoriale du cantal (DT-ARS 15) a apporté une contribution financière à l'ensemble des établissements du département.

Ainsi, deux démarches d'évaluation ont eu lieu sur le CHM. L'autoévaluation de l'EHPAD, a quant à elle, fait apparaître la nécessité d'une « médicosocialisation » de ce secteur. A l'issue des différents entretiens réalisés, des éléments d'analyse permettront d'évoquer les atouts et limites de cette « médicosocialisation ».

## **2.2 La nécessité d'une « médicosocialisation »**

Les constats de l'évaluation font apparaître la nécessité de « médicosocialiser » l'EHPAD. Cette « médicosocialisation » peut être réalisée en mettant en place une démarche d'humanisation mais également en améliorant l'environnement des résidents de l'EHPAD et en privilégiant un lieu de vie.

---

<sup>77</sup> Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

### **2.2.1 Le développement d'une démarche d'humanisation de la structure**

Une démarche d'humanisation de la structure s'entend comme « l'action de modifier un environnement en vue du mieux être des hommes »<sup>78</sup>. Dans le cadre de l'EHPAD, il s'agit de développer une culture de la bienveillance en poursuivant l'amélioration du cadre de vie des résidents. La difficulté d'une architecture inadaptée et d'une partition des services USLD et EHPAD non réalisée à ce jour, font apparaître un EHPAD davantage sanitaire.

De plus, lors de la construction des locaux, en 2009, le personnel n'a pas été impliqué et la superficie des locaux de l'EHPAD étant très importante, il est très difficile aux équipes en charges de l'entretien du bionettoyage d'assurer un travail de qualité.

Une entrée commune à l'EHPAD et l' USLD ne favorise pas la distinction de ces deux secteurs.

Ainsi, la nécessité d'humaniser l'EHPAD est ressortie dans la plupart des entretiens réalisés. Cette remarque a également été faite par les autorités de tarification et de contrôle lors d'une visite de conformité sur le secteur sanitaire (USLD). Le constat d'une structure peu accueillante et manquant notamment d'espace vert intérieur, a été évoqué. De plus, un secteur de dix chambres, à deux lits, disposant d'une taille inférieure à 20 m<sup>2</sup>, associé à une absence de salle de bain, n'est pas satisfaisant tant pour les résidents, que pour leurs proches. Mais cette insatisfaction a également été évoquée par les autorités de contrôle et de tarification qui ont fait apparaître la nécessité d'une réhumanisation des locaux.

Enfin, la construction de nouveaux EHPAD autour du bassin de Mauriac ne favorise pas la venue de nouveaux résidents. Ces nouvelles structures, davantage accueillantes, possèdent un environnement plus chaleureux et modernisé. Ils disposent à ce titre de chambres individuelles avec salle de bain.

Une démarche d'humanisation a été mise en œuvre sur le CHA, ainsi, dans le cadre de la CHT le CH de Mauriac peut s'inspirer de la réhabilitation des locaux mise en œuvre.

Mais cette démarche d'humanisation des locaux ne peut se réaliser qu'en prenant en compte la notion de lieu de vie et celle de lieu de soin.

### **2.2.2 Le redéploiement d'un lieu de vie par opposition au lieu de soin**

Un lieu de vie doit pouvoir « être organisé pour garantir l'accessibilité, les déplacements et garantir les meilleures conditions de sécurité »<sup>79</sup>.

---

<sup>78</sup>Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, *Humanisation de l'environnement*, Daget-Godron 1974 <http://www.cnrtl.fr/definition/humanisation>

<sup>79</sup>Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante, Article II- *Domicile et environnement. Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins*. Fondation nationale de gérontologie, 1999, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Une question évoquée au cours de l'un de mes entretiens « peut-on avoir moins d'exigence en médico-social qu'en sanitaire ? ». En effet, si l'on se penche sur les définitions du lieu de vie et du lieu de soins, quelle distinction peut-on faire entre les deux ? Pour la personne interrogée, ces deux notions sont inséparables, la seule différence est une question de durée. Si on prend le secteur du sanitaire, ce sont les soins qui prédominent, le concept de « lieu de soin » a donc toute sa place, mais cela peut être considéré comme un lieu de vie également, si la personne hospitalisée le reste pour un temps prolongé. Si on prend le secteur du médico-social, c'est le concept de lieu de vie qui prédomine puisqu'il s'agit de remplacer le domicile de la personne mais des soins sont également dispensés. Il apparaît donc important de distinguer « le concept du soin de la prise en charge globale ».

Lors des entretiens réalisés plusieurs personnes ont fait part de cette remarque. Trop souvent les EHPAD hospitalier ont centré leur prise en charge sur le soin. Or, si les usagers sont nommés des résidents, ils doivent pouvoir bénéficier d'un lieu de vie.

Les résidents ont, à leur charge, le forfait hébergement. En échange, il paraît sensé qu'il bénéficie d'un lieu adapté à leurs attentes. Mais ces dernières méritent d'être évaluée afin d'apporter des réponses adaptées. C'est la réflexion que nous nous sommes fait lors du remplissage de l'outil d'évaluation avec la responsable qualité et la cadre supérieure de santé.

En échangeant avec la responsable qualité de la sécurité et des soins de l'ARS Auvergne, la remarque et le schéma, sur la distinction concernant la notion de lieu de vie et lieu de soin a été très judicieuse (cf. annexe n°4). Plusieurs des interrogés ont également fait cette distinction.

Lors de l'un de mes entretiens, les propos suivants m'ont été rapportés « dans le sanitaire, on est dans la prise en charge alors que pour le médico-social on est dans l'accompagnement pour l'autonomie de la personne ». On va ainsi s'attacher avant tout au « projet de vie » de la personne.

Il m'a été fait la remarque de plutôt « socialiser » l'EHPAD que davantage le « médicosocialiser ». L'EHPAD doit rester un lieu de vie avec une prise en compte de l'utilisateur davantage axée sur le « côté humain et social ». Ce qui rejoint les propos d'une autre personne interrogée souhaitant voir l'utilisation des transmissions ciblées orientée sur le comportement et le relationnel et beaucoup moins sur l'aspect soins.

Afin que l'EHPAD soit davantage un lieu de vie, la mise en œuvre d'un temps dédié d'animatrice a été évoqué au cours des entretiens.

Toutefois, les établissements médico-sociaux sont des lieux de vie mais ils sont soumis à une réglementation calquée sur celle du sanitaire. Les contraintes à une « médicosocialisation » sont donc prégnantes.

## **2.3 Les contraintes d'une « médicosocialisation » de l'EHPAD de Mauriac**

Dans une première partie, nous verrons que les limites d'une « médicosocialisation » sont associées au fait que l'EHPAD de Mauriac est avant tout un EHPAD hospitalier, bénéficiant d'une politique de gestion des risques et d'une démarche d'amélioration de la qualité très sanitaire. De plus, nous verrons que cette « médicosocialisation » a un impact non négligeable en termes de gestion des ressources humaines et financières. Enfin, nous aborderons les limites de cette notion de « médicosocialisation » en réponse aux injonctions des organismes de contrôle et financeurs.

### **2.3.1 L'EHPAD du « Pays Vert » défini en tant qu'EHPAD hospitalier**

Le public accueilli sur l'EHPAD du « Pays Vert » est un public très dépendant. Il s'agit de l'ensemble des usagers qui ne sont pas acceptés par les autres EHPAD, au vu de la grande dépendance de ces derniers. On constate d'ailleurs que le GMP et le PMP de l'EHPAD et du secteur USLD de Mauriac sont très proches. Le tarif hébergement de l'EHPAD de Mauriac est un des plus important du département, ce qui ne facilite pas l'accueil de résidents.

Certains usagers (et surtout leur famille) font le choix de l'EHPAD du « Pays Vert » parce qu'il est rattaché à un CH. Cela est rassurant en cas de complications médicales. Le service d'urgence étant sur place. La présence d'un médecin 24h/24h, contrairement à un EHPAD autonome, est un avantage et rassure les usagers et leur famille. Sur un EHPAD autonome, cela implique, en cas d'incident la nuit, de faire appel aux services de secours. Le personnel de nuit ne comprend la plupart du temps qu'une AS ou veilleur de nuit mais aucun IDE.

Dans certains entretiens il ressort que l'application des protocoles issus du sanitaire, dans le cadre de la démarche de certification, est utile au secteur EHPAD. Cela est perçu par les personnes interrogées comme fortement bénéfique et elles ne voient pas l'intérêt de modifier ce type de pratique. Ce qui pose la question de l'uniformisation des pratiques. Un EHPAD hospitalier ne pourrait-il pas bénéficier des mêmes avantages qu'un USLD ? La différence entre les deux étant peu palpable.

D'un point de vue de la qualité, la plupart des personnes interrogées ne font pas la distinction entre la qualité dans le secteur sanitaire et celle du médico-social. Pour l'établissement de Mauriac, l'absence de partitions des services EHPAD et USLD fait apparaître une exigence, en termes de qualité, identique. Ainsi quel que soit le secteur lors de la réalisation d'un audit, celui-ci est fait sur les deux secteurs et les attentes sont identiques.

Une des personnes interrogée évoque la notion de « risques critiques » et le fait qu'un EHPAD y est moins soumis qu'un service de soin. Dans le cas de l'EHPAD, les risques

concernent les toxi-infections alimentaires, les fugues, les chutes..... Pour cette interrogée, la distinction, entre un EHPAD autonome et un EHPAD rattaché un CH, n'a pas lieu d'être. En effet, dans le cas d'un EHPAD autonome, ce dernier fonctionne à partir de protocoles alors qu'un EHPAD hospitalier est rattaché à un service d'urgences. Les EHPAD rattachés ont ainsi inéluctablement une culture de la qualité issue de la HAS. Cette interrogée évoque la « tendance à vouloir 'sanitariser' » les EHPAD autonomes.

### **2.3.2 Les impacts humains et financiers d'une « médicosocialisation »**

L'impact financier pour les établissements doit être également pris en compte. Le fait de vouloir « médicosocialiser » l'EHPAD peut avoir un impact financier. En effet, si l'on considère que ça n'est qu'un lieu de vie alors le financement par le conseil général et l'ARS n'a plus sa place. Une diminution du « tarif soin » aurait un impact non négligeable sur l'encadrement soignant auprès des résidents. Les personnes âgées sont de plus en plus dépendantes et intègrent la plupart du temps un EHPAD quand elles ne peuvent plus rester à domicile. Cela les amène à intégrer un EHPAD à un stage avancé de dépendance. Il est important de veiller au risque de « maltraitance institutionnelle » en diminuant de façon trop importante les effectifs soignants.

L'impact humain n'est pas négligeable. En effet, « les établissements se sentent surchargés, débordés » et n'ont pas toujours de temps à consacrer à cette démarche. La notion de renouvellement d'autorisation n'a pas forcément été intégrée ou assimilée par les équipes.

Le problème du manque de formation des directeurs évoqués au cours de mes entretiens - « ils ne savent pas par quel bout le gérer, et comment s'y prendre » - pose question. Est-ce un manque de formation ou une difficulté d'appropriation de la démarche ? Car au cours de la formation de DESSMS, des cours ont été dispensés sur le sujet.

Mon parcours professionnel a fait que la réalisation de l'évaluation interne du SSIAD rattaché au CH de Mauriac, m'a été facilitée. Il est vrai que la construction d'un outil n'est pas évidente et l'achat d'un logiciel m'a grandement facilitée la tâche. Je dirai que cela relevait davantage d'un facteur 'temps' que la création de l'outil en lui-même. La réalisation d'un outil est, en effet, assez chronophage. La présence d'une responsable qualité sur l'établissement étant également un réel gain pour l'établissement.

Une distinction intéressante a été faite entre le « management de terrain » s'appliquant aux cadres de santé et le « management supérieur » s'appliquant au directeur. Pour que l'évaluation soit un outil de management, il faut que celui soit impliqué dans la démarche. Une des personnes interrogées a insisté sur la notion de « management participatif » à mettre en place au sein de l'établissement. L'engagement dans une telle démarche qualité est un moyen de montrer aux équipes « les points forts », et donc « ce que l'on fait

de bien », et d'être ainsi un excellent outil de communication. Mais une attention particulière doit être portée sur la mise en œuvre d'un tel processus qui peut s'avérer chronophage pour les équipes.

Certains évoquent l'idée d'utiliser les résultats de l'évaluation comme une possibilité pour pouvoir comparer les établissements entre eux. Bien que la vocation première des résultats d'une évaluation n'est pas de permettre un acte comparatif, contrairement à la certification dans le sanitaire. Cette comparaison pourrait avoir un impact en termes d'accueil d'usagers.

Pour les directeurs et organismes gestionnaires, l'impact de la démarche qualité est présent au niveau d'une part de la sécurité des soins, mais aussi au quotidien pour les équipes. Cela permet en effet, « d'améliorer les pratiques, de créer de nouveaux protocoles, de se réinterroger sur ces pratiques et sur l'organisation des soins ».

### **2.3.3 L'évaluation interne comme outil de « médicosocialisation » en réponse aux injonctions des organismes de contrôle et organismes financeurs**

L'évaluation interne peut être un outil pour les autorités de contrôle et de tarification, cela a été abordé au cours de plusieurs entretiens. Certains ont soulevé la différence qu'il peut y avoir au niveau des attentes pour la convention tripartite qui n'est pas forcément la même pour l'ensemble des autorités.

On peut s'interroger de la pertinence de faire réaliser des évaluations externes par des organismes indépendants de l'Anesm qui n'ont reçu qu'une autorisation. Ces organismes ont tout intérêt à valider une évaluation externe s'ils veulent être éventuellement contactés par d'autres établissements. Deux des personnes interrogées m'ont fait part de ces remarques lors des entretiens. « L'expert pourra-t-il donner un avis contraire alors qu'il est rémunéré directement par l'établissement ? ». Contrairement au secteur sanitaire où les experts sont mandatés directement par la HAS.

Les autorités de contrôle de la région ont fait un réel travail sur la notion d'évaluation afin de la distinguer de celle de l'inspection. Leur souhait est que les directeurs d'établissements intègrent cette notion. Car la plupart du temps, comme cela a été évoqué au cours de l'un de mes entretiens avec un représentant de l'ARS Auvergne, il semblerait que les directeurs ne soient pas formés à cette démarche d'évaluation. Il a également été évoqué le « sentiment de panique » des directeurs, notamment avec l'accélération de la démarche pour 2014, alors que cela devrait être davantage perçu comme un « moyen dynamisant » pour la structure.

Certes une contribution financière a été apportée aux établissements de la région et notamment à l'EHPAD de Mauriac. Mais cet apport n'est destiné qu'à la réalisation de l'évaluation externe. Or l'investissement humains et financiers pour la réalisation de la

l'autoévaluation n'est pas négligeable, et aucune aide n'a été apporté par les autorités de contrôle ou de tarification.

Des craintes ont été formulées au cours des entretiens quand au respect de la notion d' « évaluation » et non pas de « contrôle ». Et si l'ARS, avec ses groupes de travail, a étudié et analysé ces concepts, les directeurs ne semblent peut être pas en avoir été informés.

L'évaluation interne reste un outil intéressant pour les organismes financeurs ou de tarification car cela leur permet d'obtenir une « photographie à l'instant 't' » de l'établissement. Pour certains, il faudrait que les directeurs perçoivent cette démarche comme un moyen de pouvoir donner de la cohérence à l'ensemble des projets en cours comme la CTP par exemple.

Quant à l'évaluation externe, plusieurs personnes interrogées ont fait part de leur incompréhension, du fait que cette démarche externe ait un impact financier direct sur les prix de journée. Car si la qualité est une obligation réglementaire « on ne devrait pas faire payer la qualité aux résidents ».

Concernant l'évaluation interne, il s'agit de répondre à une obligation réglementaire. Les directeurs doivent donc s'y soumettre. Cette évaluation interne sert à la fois à répondre au renouvellement d'autorisation mais également, à répondre dans le cadre des conventions tripartites. Plusieurs objectifs ont été définis à partir des éléments d'analyse issus des entretiens réalisés permettant de mener à bien une « médicosocialisation » de l'EHPAD de Mauriac.

### **3 Les objectifs définis sur l'EHPAD de Mauriac permettant une « médicosocialisation »**

Les différents axes d'amélioration permettant une « médicosocialisation » de l'EHPAD vont pouvoir être mis en œuvre, d'une part, par le renouvellement de la CTP et la négociation de nouveaux objectifs mais, d'autre part, par la mise en œuvre d'outils permettant de développer l'attractivité de l'établissement.

#### **3.1 La négociation de la convention tripartite (CTP)**

Nous verrons tout d'abord en quoi consiste la CTP puis quelle a été son application sur l'EHPAD de Mauriac. Puis nous aborderons l'élaboration des fiches actions nécessaires à la renégociation de cette CTP.

##### **3.1.1 Définition et principes de la convention tripartite**

Cet outil a été mis en place suite à la réforme sur la tarification des EHPAD en 1999. En effet, le mode de financement des EHPAD était très inégalitaire. Certains établissements trouvaient leurs recettes en utilisant une logique forfaitaire alors que d'autres favorisaient la logique du prix de journée. De plus, face à l'accueil de personnes âgées de plus en plus dépendantes, il est apparu nécessaire aux pouvoirs publics de légiférer en la matière. La formalisation d'un outil contribuant au développement de la qualité s'est avérée nécessaire. La création de la convention tripartite a été un moyen d'intégrer les contraintes réglementaires à une démarche qualité, nécessaires à une humanisation des institutions. Ainsi les établissements assurant l'hébergement de personnes âgées dépendantes sont tenus de passer, en l'application de l'article L.312-12 du CASF, une convention pluriannuelle avec le Président du conseil général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie représentée par le Directeur général de l'ARS. Cette convention a pour objectifs de définir les axes stratégiques d'évolution de l'établissement pour les cinq années à venir. Ainsi, la CTP reste un levier privilégié pour la mise en œuvre du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) de l'ARS et des schémas départementaux en faveur des personnes âgées du conseil général. La CTP définit les conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan budgétaire, mais également en matière de qualité de la prise en charge des personnes âgées, sur les objectifs d'évolution de l'établissement et sur les modalités de l'évaluation de l'établissement. Les signataires de la CTP s'engagent à respecter le cahier des charges<sup>80</sup> défini

---

<sup>80</sup> 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.

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=323D819CC640AC8FC263CA22841E1F73\\_tpdjo13v\\_2?cidTexte=JORFTEXT000000395786&idArticle=&dateTexte=20130905](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=323D819CC640AC8FC263CA22841E1F73_tpdjo13v_2?cidTexte=JORFTEXT000000395786&idArticle=&dateTexte=20130905)

nationalement. Celui-ci aborde l'ensemble des aspects de la vie institutionnelle ainsi que des recommandations relatives à la qualité de vie des résidents, à la qualité des relations avec les familles et les amis du résidents, à la qualité des personnes exerçant dans l'établissement et à l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique comportant des soins coordonnés. De plus, afin d'évaluer les points forts et les points à améliorer, impliquant la mise en œuvre d'axes d'amélioration, les établissements sont invités à utiliser le référentiel d'auto-évaluation de la qualité « ANGELIQUE » mis à disposition par le Ministère.

La convention tripartite apparaît donc comme un outil fédérateur permettant d'instaurer une démarche qualité. L'intérêt d'un tel conventionnement est de pouvoir développer une culture de la bientraitance.

### **3.1.2 La convention tripartite sur l'établissement de Mauriac**

En 2007, lors de la signature de la précédente (et première) convention tripartite<sup>81</sup>, l'établissement disposait de 90 lits d'USLD dans un bâtiment ancien ne répondant plus, d'une part, aux standards de confort attendus pour de l'hébergement, et d'autre part, aux normes de sécurité<sup>82</sup>. La restructuration architecturale s'est faite en deux étapes nécessitant une démolition- reconstruction, en site occupée pour la deuxième phase. Une fois l'opération terminée, l'établissement a obtenu un avis favorable de la commission d'accessibilité et de sécurité. En 2009, suite à la partition, des lits USLD ont été requalifiés en EHPAD<sup>83</sup>. Lors de la création de l'entité juridique EHPAD, il n'y a pas eu de négociation de CTP. Seul un avenant à la convention en cours pour l'USLD a été signé. Depuis 2010, l'USLD comporte 30 lits et l'EHPAD 70 lits. Ces 70 lits, autorisés et installés, ont donné lieu à des autorisations budgétaires calculées sur cette base. En juillet 2010, sur les 70 lits de l'EHPAD, 10 ont ouverts en unité d'hébergement sécurisé. En 2011, un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA), de 14 places, a été ouvert sur l'EHPAD, grâce à une réaffectation de locaux sur le bâtiment neuf. En 2012, le PASA a obtenu sa labellisation. En 2013, suite aux recommandations de la commission de sécurité, mais aussi dans le cadre de la démarche qualité et gestion des risques, les offices alimentaires des trois étages ont été repositionnés et réaménagés. Les recrutements autorisés par la CTP ont également été réalisés<sup>84</sup>.

De plus, ces derniers mois, l'accueil de résident sur l'EHPAD de Mauriac s'est amoindri. Ceci est dû notamment à l'augmentation de lits sur le département. En effet, ces

---

<sup>81</sup> Coupe PATHOS réalisée en 2006

<sup>82</sup> Présence d'un agent de nuit imposée par la commission de sécurité incendie et réserve émise par la HAS sur l'ancienne cuisine.

<sup>83</sup> 60 lits transformés et création de 10 nouveaux lits issus des anciens lits MCO, suite à la fermeture de la chirurgie.

<sup>84</sup> Recrutement d'une psychologue, d'une ergothérapeute, de deux AMP et d'IDE.

nouveaux EHPAD disposent de chambres neuves, avec une architecture très peu sanitaire et des tarifs plus attractifs, conduisant à une baisse du taux d'occupation des lits de Mauriac. Le profil des résidents accueillis est souvent un profil de résident refusé par les autres EHPAD, en raison notamment, de la lourdeur médicale de ce type de profil (traitement pharmaceutiques onéreux, dépendance importante, troubles cognitifs sévères). Afin de garantir aux personnes âgées dépendantes une amélioration des conditions de vie, d'accompagnement et de soins, et d'améliorer les conditions dans lesquelles fonctionne l'établissement, des fiches actions ont été élaborées.

### **3.1.3 L'élaboration de fiches actions**

Plusieurs étapes ont été nécessaires à la réalisation de ces fiches actions. Dans un premier temps, lors d'une rencontre préliminaire à la négociation de la CTP, il a été précisé par les services du conseil général et de la DT-ARS15, de se limiter à la proposition de dix objectifs pour les secteurs EHPAD et USLD. Ces services ont également précisé que la négociation de la CTP se réaliserait en deux phases.

La première phase a consisté en une visite des locaux et des chambres afin d'en vérifier la conformité. A l'issue de cette visite, un bilan et une étude sur pièces de la mise en œuvre des actions contractualisées, lors de la première CTP, ont eu lieu. Cette rencontre s'est réalisée en présence du directeur adjoint- directeur de site, de la cadre supérieure de santé, du chef de pôle du service gériatrie, du gériatre PH, de la qualitiennne et de moi-même. En fin de réunion, une date a été programmée afin d'enclencher la seconde phase des négociations.

Cette deuxième étape s'est déroulée au mois de juin, soit deux mois après la première étape. Cette rencontre a eu lieu dans les locaux du conseil général, en présence de représentants de la DT-ARS 15 et du conseil général, du directeur des CH de Mauriac et Aurillac, de la directrice des affaires financières des CH de Mauriac et Aurillac, du directeur adjoint- directeur de site du CH de Mauriac et de moi-même. A la demande du directeur des CH d'Aurillac et Mauriac, j'ai été amené à présenter les fiches « projets » ou fiches « actions » élaborées en collaboration avec la cadre supérieure et la qualitiennne.

Ces fiches sont construites sous un format présentant la situation actuelle, des objectifs et des indicateurs de réalisation, ainsi qu'une partie exposant les incidences financières en termes d'investissement et d'exploitation (cf. annexe n°5).

Ainsi, six fiches actions, pour l'EHPAD, ont fait l'objet d'une présentation, et quatre pour l'USLD. Les thématiques concernaient « le développement d'une culture de la bientraitance », « la diminution du jeûne nocturne, l'accompagnement de la professionnalisation de l'ensemble des personnes intervenant auprès des résidents », « l'accompagnement à l'accueil et la gestion du dossier résident », « la pérennisation

d'une politique qualité et gestion des risques » et « le développement d'une politique d'animation régulière ».

A l'issue de cette présentation, il a été proposé par les services du conseil général et de la DT-ARS 15 de reprogrammer une rencontre fin septembre- début octobre afin de finaliser la contractualisation. Certaines thématiques ont, en effet, suscité l'intérêt des autorités et demandaient donc un temps de concertation avant la validation définitive des propositions.

## **3.2 Le développement d'une culture de la bientraitance**

Diverses réflexions ont été menées sur l'organisation des services de l'EHPAD afin de limiter le turn-over des professionnels et d'impliquer davantage les équipes. Cette implication repose sur les attentes des résidents et sur la réalisation de leur projet de vie. Des conduites en matière de signalement de maltraitance sont régulièrement rappelées aux personnels lors de réunions qualité mensuelles. Une procédure d'accueil des nouveaux arrivants, récemment élaborée, propose un support à renseigner sur la question de la prévention de la maltraitance. Diverses actions ont ainsi été déployées sur l'EHPAD mais il reste toutefois d'autres actions à développer afin de consolider cette culture de la bientraitance.

### **3.2.1 L'impact de la rénovation architecturale**

Le bâtiment a été construit en 2008 et permet d'accueillir 90 résidents. Cette première restructuration architecturale de l'EHPAD a permis de proposer un cadre convenable avec des locaux clairs et lumineux.

La rénovation architecturale sur le secteur des dix lits, ne répondant pas aux critères de confort et de sécurité, va permettre d'adapter les locaux au déplacement de personnes handicapées, y compris celles en fauteuil roulant. Les autres secteurs de l'EHPAD disposent de mains courantes, à chaque étage, dans les lieux de circulation. Les sanitaires sont accessibles en fauteuil roulant au rez-de-chaussée, au premier étage ainsi que dans les chambres de chaque résident. En revanche, sur le deuxième étage, où sont situés les dix lits, seules les personnes présentant des difficultés motrices (sans fauteuil roulant) peuvent accéder aux sanitaires. Concernant les ascenseurs, tous les boutons d'appel sont situés à hauteur pour une personne handicapée. Toutes les chambres situées sur le secteur EHPAD/USLD sont équipées d'une salle de bain avec une douche et des sanitaires accessibles aux personnes handicapées. De plus au 1<sup>e</sup> et au 2<sup>e</sup> étage de la structure, il existe une salle de bain à usage collectif, accessible aux personnes handicapées. Seul le secteur des dix lits ne bénéficie pas de ce confort. En effet, ces chambres disposent d'un sanitaire et d'un lavabo. L'accès à cette salle reste, par ailleurs,

difficile d'accès à un fauteuil roulant. Toutefois, les résidents de cette unité ont la possibilité d'accéder à une salle de bain collective aux personnes handicapées située au 2<sup>e</sup> étage de l'ancien bâtiment. De plus, le bâtiment neuf compte, uniquement, quatre chambres doubles sur l'ensemble des étages alors que dans l'ancien bâtiment, on retrouve quatre chambres doubles pour dix résidents accueillis.

Concernant la prise des repas, l'ensemble des résidents dispose d'une salle à manger sauf sur l'étage hébergeant ces dix résidents. Actuellement l'architecture ne permet pas l'installation d'une salle à manger dans cette unité impliquant un repas en chambre. La création d'une salle dédiée à ces résidents est prévue dans le projet architectural. Des réaménagements sont également à prévoir dans le hall d'entrée de l'EHPAD, en plus des salles à manger et des salons, ce afin de rendre ces lieux plus conviviaux.

Des améliorations seront alors à prévoir lors de la restructuration architecturale. La difficulté pour la mise en œuvre de cette restructuration concerne le financement des travaux. En effet, dans le cadre de la préparation de l'opération de restructuration architecturale du bâtiment hospitalier, des échanges avaient eu lieu, dans un premier temps, entre la direction et l'ARS, puis dans un deuxième temps, avec le conseil général. Ces échanges concernaient la dernière phase de travaux de l'EHPAD, comprenant la réhabilitation des dix chambres situées sur le bâtiment hospitalier. Par la suite, des courriers ont été envoyés, à ce sujet, pour intégrer la réhabilitation de ces dix lits, en option de la 2<sup>e</sup> tranche conditionnelle de l'opération de réhabilitation du bâtiment hospitalier. Une demande d'accompagnement financier a également été adressée au conseil général puisqu'il s'agit d'un hébergement de lits existants et non pas d'un projet d'extension. Or ces demandes se sont révélées infructueuses. Chaque partie estimant qu'elle n'a pas à financer ces travaux.

### **3.2.2 Le maintien du rôle social des résidents**

Actuellement, les propositions d'animation sont construites par les AMP en collaboration avec l'équipe soignante et la psychologue. Le programme d'animation est élaboré de façon hebdomadaire et respecte le souhait des résidents. Le calendrier des animations est ainsi affiché à chaque étage et sur le tableau d'information à destination des familles. Malgré la participation des AMP, de l'équipe soignante et de la psychologue, la présence d'une animatrice paraît indispensable pour maintenir le rôle social des résidents. Il est prévu de réaliser un aménagement des lieux d'animation afin d'optimiser les espaces actuels. Au cours de la renégociation de la CTP avec le conseil général et la DT-ARS 15, il a été demandé la possibilité de créer un poste d'animateur en gérontologie. Le recrutement d'un professionnel qualifié permettrait à l'EHPAD d'impliquer davantage le personnel soignant autour d'un projet d'animation mais également de construire les

animations autour du projet de vie et des besoins des résidents. Plusieurs axes seront à développer tels que la formalisation d'un projet d'animation, la rédaction de fiches de postes des personnels assurant l'animation. L'attribution d'un lieu (bureau) pour l'animatrice paraît indispensable.

De plus dans la mesure du possible, la participation des résidents à la vie de la cité est favorisée. Cela se traduit par la participation à des séances de cinéma, la participation à des manifestations spécifiques à la région, la participation aux courses pour la préparation des repas thérapeutiques sur le PASA. Mais cela se traduit également par la possibilité de réaliser des visites d'exposition et de se rendre à la médiathèque afin de sélectionner des livres.

La difficulté est que les résidents sont de plus en plus dépendants et les moyens de transports limités sur le canton. L'établissement ne dispose pas de véhicule permettant le transport de personnes à mobilité réduite (TPMR) et il n'existe pas de moyens de transports sur la commune. Au cours de mon stage, j'ai monté un dossier en collaboration avec la cadre supérieure de santé, l'IDEC du service et la psychologue, afin de participer au « Prix Initiative Région des sociétaires »<sup>85</sup>. Ce projet récompense les initiatives dans les domaines de la culture, de la solidarité, du patrimoine, des richesses naturelles et du sport. Nous avons choisi de proposer un projet consistant à développer une action culturelle à l'initiative des personnes âgées.

L'EHPAD pas été retenu parmi les finalistes. Ce prix nous aurait permis de financer une partie du véhicule. Ce véhicule a également fait l'objet en demande d'investissement lors de la négociation de la CTP.

La structure dispose d'un parc aménagé (bancs) et arboré, mais également thérapeutique permettant aux usagers de recevoir des proches et de la famille. Diverses activités, pour lutter contre la perte des relations sociales, sont également proposées aux résidents telles que le jardinage, la lecture du journal. Des rencontres inter- établissements et intergénérationnelles sont organisées ponctuellement. La psychologue participe à ces activités par la conduite d'ateliers mémoires et l'animation de groupes de paroles pour les résidents. Pour toutes animations ou activités, une collaboration est effective avec une association de bénévoles<sup>86</sup>. Toutefois, un temps d'animatrice paraît indispensable à la poursuite de l'ensemble des ces actions.

Il existe également un partenariat avec France Alzheimer Cantal qui se traduit par la présence d'un membre de l'association le premier mercredi de chaque mois. Par l'intermédiaire de France Alzheimer et à destination du bassin mauriacois, un bistrot mémoire est organisé une fois par mois en présence de la psychologue et d'un gériatre

---

<sup>85</sup> Prix Initiative Région des sociétaires de la Banque populaire du massif central, 10<sup>e</sup> édition, 2013.

<sup>86</sup> L'association « Ensemble » intervient dans la structure de façon régulière. Une convention a été formalisée entre la structure et l'association de bénévoles. La Présidente de l'association est la référente des bénévoles qui interviennent au sein de la structure.

de l'établissement (à titre bénévole). Il est également prévu par la suite, en complément de ce bistrot mémoire, que le médecin gériatre et la psychologue organisent un groupe de parole à destination des familles, dans l'enceinte de l'EHPAD.

Au cours de mon stage, un travail a été réalisé en partenariat avec l'IDEC sur la mise en place de projet personnalisé. Le déploiement de ce projet personnalisé se réalisera au cours du dernier trimestre 2013.

Les proches participent activement au maintien du rôle social des résidents. Ils ont ainsi toute leur place dans la vie de l'établissement. Leur participation au CVS en est un exemple. Il reste toutefois à renforcer la communication auprès des familles et amis des résidents afin de renforcer leur participation aux activités d'animation, dans la mesure de leur envie et de leur disponibilité. Actuellement, ces derniers participent aux anniversaires, aux manifestations inter- générationnelles et au loto annuel organisés par l'association « Ensemble ».

Certains résidents présentant des troubles cognitifs, à leur entrée en EHPAD, peuvent bénéficier de l'accès au PASA. Ce pôle a été créé en 2011 en réponse à un appel à projet de l'ARS Auvergne. Il permet de prendre en charge des personnes présentant une détérioration intellectuelle. Des activités spécifiques sont proposées par des AS formées en tant qu'assistante de soins en gérontologie (ASG). Seul les résidents présentant des troubles cognitifs ou une démence, mais ne nécessitant pas d'être dans un secteur sécurisé, sont orientés vers ce PASA. Au sein du PASA, l'accent est mis sur la prise en charge non médicamenteuse des démences ou des troubles cognitifs.

Actuellement, l'EHPAD de Mauriac ne dispose pas d'accueil de jour. Une réponse à un appel à projet permettrait d'augmenter l'offre de service et répondre ainsi aux besoins des usagers du bassin mauriacois.

### **3.2.3 L'affermissement de la place des usagers**

Dans un premier temps, une enquête de satisfaction a été lancée début avril à l'attention des résidents de l'EHPAD. En collaboration avec la responsable qualité et la cadre supérieure de santé, nous avons élaboré ce questionnaire à partir d'un support existant. Ce support a été modifié afin de tenir compte des constats issus de l'autoévaluation. Ce support, d'une dizaine de page, comprend 58 questions fermées et 12 ouvertes, en lien avec les thématiques de la chambre, des soins dispensés, du linge, des réparations, des repas, des déplacements effectués par le résident, de l'animation, de la vie dans la structure, du contact avec le personnel, de la vie avec les autres résidents, des relations avec l'administration, et enfin de l'image de l'établissement. Un accompagnement par les bénévoles de l'association « Ensemble » a été prévu afin de permettre aux résidents, ayant des difficultés pour renseigner le questionnaire, de pouvoir le remplir. Les

bénévoles ont été privilégiés aux familles, afin de conserver une certaine neutralité dans les réponses données et permettre de faire ressortir les remarques des résidents. Puis dans un deuxième temps cette enquête sera adressée aux familles de façon à leur permettre d'exprimer leur ressenti.

Les premiers éléments ressortant de cette enquête ont montré que les résidents axaient leurs attentes sur le cadre de vie, les repas, l'animation. Ce constat correspond aux résultats de l'enquête réalisée par la DRESS en 2011. Lors d'un CVS, le Président a fait remarquer, que ce questionnaire toutefois complet restait trop long à remplir, ce qui entraînait une certaine lassitude à sa lecture. Ainsi, il a été vu en concertation avec la cadre supérieure de santé et la responsable qualité de réaliser ce questionnaire en deux temps.

Le nom de la structure ainsi que l'appellation des différentes unités ont été choisis par les résidents et le personnel de la structure. Le choix a été par la suite présenté et validé en CVS. Un projet de décoration intérieure de la structure a été mené par les résidents avec la participation des deux AMP (en fonction d'animatrice), et en collaboration avec la famille d'un résident. Par la suite cette famille a offert à l'EHPAD des photographies, représentant le département du cantal. Cela a permis aux AMP d'organiser des après-midi « séances photos » afin d'en sélectionner quelques unes. Ces photos permettront, par la suite, d'illustrer l'appellation des différentes unités.

Le CVS permet un échange entre les usagers et le personnel chaque trimestre. Ainsi, le CVS permet aux proches de participer à la vie de l'établissement. Les comptes-rendus du CVS sont diffusés aux membres de cette instance mais sont également transmis systématiquement à l'ensemble des familles.

Les familles sont invitées aux animations ou autres manifestations (vente de vêtements...).

Il existe également un système d'enregistrement des réclamations et des plaintes. Une procédure a également été rédigée à cet effet. En revanche, des représentants des familles ont fait part du manque de connaissance de ce type de procédure par l'ensemble des usagers. Il a été ainsi proposé lors d'une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge<sup>87</sup> (CRUPEC) de réaliser une permanence plusieurs fois par an au sein du CH. Ainsi, entre avril et juin, deux permanences ont eu lieu. Les représentants des usagers ont également fait une campagne d'information au sein de la presse locale en précisant les lieux et horaires de ces permanences. Ces interventions sont à poursuivre afin de renforcer la place des représentants des familles au sein de la structure. Les représentants des usagers ont également souhaité mettre en place une

---

<sup>87</sup> La CRUPEC joue un rôle essentiel dans la mise en œuvre des mesures contribuant à améliorer l'accueil et la prise en charge des patients. Le décret n°2005-213 du 2 mars 2005 fixe les missions, composition et modalités de fonctionnement de cette instance qui a été créée par la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades. Cette instance a été mise en place sur le CH de Mauriac.

« boîte à suggestion » au niveau de l'accueil. Le CVS est également consulté pour toute insatisfaction du résident en lien avec les domaines d'application de cette instance.

### **3.2.4 Le développement d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques au sein de l'EHPAD**

La direction a établi une politique commune entre le secteur hospitalier et l'EHPAD. Les axes d'amélioration sont ainsi intégrés dans le plan d'action pluriannuel « Qualité et gestion des risques ». Une réévaluation de ce plan est effectuée annuellement. La démarche d'amélioration de la qualité est orchestrée par le comité de pilotage. Cette démarche est également suivie de manière plus spécifique en réunion d'encadrement<sup>88</sup> et au cours des réunions de direction<sup>89</sup>.

Le déploiement d'une démarche qualité passe aussi par la formation et la sensibilisation du personnel à la notion d' « humanitude ». Au niveau de l'EHPAD, des réunions 'qualité' sont organisées afin de permettre le déploiement d'une démarche qualité et d'assurer des suivis. Des groupes de travail pluridisciplinaires ont été créés afin de travailler sur divers projets d'humanisation tels que la mise en place d'offices alimentaires adaptés à l'accueil de résidents. Des réunions de services sont régulièrement organisées par l'IDEC et la cadre supérieure de santé au cours desquelles des rappels sur les pratiques sont abordés. L'organisation de la démarche qualité et gestion des risques est décrite dans une procédure. Cette organisation est ainsi évaluée au travers de la convention tripartite ou de l'évaluation interne. Les actions d'amélioration de la qualité et de gestion des risques sont communiquées auprès des professionnels, lors du CVS ou en CRUPEC.

Lors de la renégociation de la CTP, il a été proposé, par le biais d'une fiche action, de pérenniser la politique « qualité et gestion des risques » en développant les démarches d'évaluation interne/externe afin d'en faire des outils de management et de gestion de la démarche qualité continue. En effet, l'encadrement sur l'EHPAD est sensibilisé à la notion de qualité en lien avec le secteur sanitaire, en revanche une appropriation de la démarche d'évaluation interne/ externe reste encore à développer. Cette fiche action a semblé retenir l'attention de la DT-ARS qui dispose d'enveloppes dédiées à cette démarche.

L'EHPAD est intégré dans la démarche qualité et gestion des risques du CH. De ce fait, il participe aux EPP, à des audits, à des évaluations des connaissances des protocoles dans le cadre de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT). Des formations sont organisées, en lien avec les pratiques professionnelles telles que les formations aux transmissions ciblées, en hygiène, en manutention ainsi que

---

<sup>88</sup> Réunion en présence du directeur de site, du Président de la CME, du cadre supérieur de santé et de la responsable qualité.

<sup>89</sup> Réunion en présence du directeur de site, des cadres de santé de l'ensemble de l'établissement, des IDEC, du responsable du service financier, du responsable du bureau du personnel, du responsable des services logistiques et du responsable qualité.

la formation d'ASG. Cette formation d'ASG est réalisée sur l'Institut de formation d'aide-soignant (IFAS) de Mauriac. Les cours sont dispensés et mis en place par le personnel de l'IFAS. Généralement, deux agents de l'EHPAD sont envoyés annuellement, ce qui permet de disposer de personnels formés. A ce jour, six agents sont formés sur l'EHPAD de Mauriac.

Mais d'autres formations sont également proposées aux personnels soignants afin de promouvoir la bientraitance et la prévention de la maltraitance. Les thèmes de formation proposés abordaient « la place du toucher massage dans les soins », « le toucher : une relation sans parole », « le goût dans la prise en charge des patients », « de la maltraitance à la bientraitance », et « agressivité et gestion du stress ». Ces formations sont reconduites annuellement dans le plan de formation.

A la demande des professionnels de santé de l'EHPAD, il reste, toutefois, à poursuivre le développement de formation à l'«humanité». La « Philosophie de l'humanité » est basée sur le concept de bientraitance. Elle permet de rapprocher le soignant et le soigné, et participe à l'amélioration des soins et du « prendre soin » des personnes<sup>90</sup>. Ainsi la bientraitance « vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant à l'esprit le risque de maltraitance »<sup>91</sup>.

L'établissement dispose d'un outil intitulé « trousse de bientraitance ». Cet outil est proposé par MobiQual. Il a été mis en œuvre par la Société Française de Gériatrie et Gériatrie avec le soutien de la CNSA. Cet outil a pour objectif la promotion de l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées résidant en EHPAD et des professionnels y travaillant. Cet outil est constitué de documents vidéo, d'outils d'évaluation prenant en compte les critères de l'Anesm. Cet outil n'est pas encore utilisé sur la structure et mérite d'être développé. L'équipe doit s'approprier l'outil. L'encadrement supérieur, formé au concept de bientraitance et maltraitance, doit être un élément moteur dans la mise en œuvre de l'outil MobiQual. Un groupe a été constitué mais il reste à le dynamiser.

Au cours du 3<sup>e</sup> trimestre 2012, il était prévu que le thème de la bientraitance soit abordé par la diffusion d'un film, suivi d'un débat, avec pour objectif une sensibilisation marquée sur deux thématiques que sont « la toilette et soins du corps » et « un trouble du comportement », à partir de l'outil MobiQual. Cet outil est également mis à disposition de l'IFAS de Mauriac.

Lors de la renégociation de la convention tripartite, la présentation d'une fiche action a permis d'insister sur la nécessité de développer une prise de conscience des risques de maltraitance ainsi qu'une connaissance des moyens de prévention, auprès des

---

<sup>90</sup> Philosophie de soin de l'Humanité® et Méthodologie de soin Gineste- Marescotti ® [http://www.igm-formation.net/index.php?option=com\\_content&task=blogsection&id=4&Itemid=75](http://www.igm-formation.net/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=4&Itemid=75)

<sup>91</sup> Anesm, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, p16

professionnels, des usagers et de leurs proches. Une demande en investissement pour moderniser le mobilier a été demandée ainsi qu'une demande d'aide non reconductible permettant la mise en place de formations ciblées.

Ainsi, du fait de la proximité avec le CH, les professionnels de l'EHPAD sont sensibilisés aux méthodes d'amélioration de la qualité. Le personnel d'encadrement est formé à cette démarche et intervient en tant que référent qualité de la structure. Toutefois une formation plus spécifique au secteur médico-social reste à prévoir. Concernant les formations, il existe un plan de formation annuel commun avec le centre hospitalier d'Aurillac, ce qui permet de renforcer les liens avec la CHT. Mais suite à cet objectif de déploiement de démarche qualité, un autre axe a également été défini et renégocié lors de la CTP, permettant de participer à la « médicosocialisation » de l'EHPAD.

### **3.3 L'impact de la réorganisation des services sur la diminution du jeûne nocturne**

Un des axes d'amélioration consiste en l'amélioration de la durée du jeûne nocturne. Ce dernier, ayant un impact sur la santé des résidents, va nécessiter une réorganisation des services de soins.

#### **3.3.1 Les conséquences du jeûne nocturne pour le résident**

Le délai maximal entre la fin du dîner et le début du petit déjeuner est compris entre 12h et 14h. Ce qui ne correspond pas aux recommandations prévues par le programme national nutrition santé<sup>92</sup> (PNNS) et augmente ainsi le risque de dénutrition des résidents. En effet, une période de jeûne nocturne supérieur à 12h ne favorise pas l'appétit et entraîne par la suite un risque de dénutrition. Ainsi les résidents à risque bénéficient d'un suivi spécifique avec la mise en place d'une fiche de suivi alimentaire sur 72h. L'évaluation de cette fiche est réalisée par la diététicienne en collaboration avec le médecin. Un suivi de l'indice de masse corporelle<sup>93</sup> (IMC) est également réalisé mensuellement. Généralement, les résidents prennent leur repas en salle à manger afin de maintenir le lien social et de privilégier un moment de convivialité. Les repas ne sont pris en chambre qu'en cas de fatigue pour le résident ou si la prise du repas en salle à manger s'avère être un échec. En juin 2011, l'EHPAD a également participé à une

---

<sup>92</sup> Lancé en 2001, le PNNS a pour objectif principal l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur la nutrition. Ce programme a été prolongé en 2006 puis en 2011. <http://www.mangerbouger.fr/pnns/le-pnns-c-est-quoi.html>

<sup>93</sup> Selon l'OMS, l'IMC est une « mesure simple du poids par rapport à la taille couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez l'adulte. Il correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m<sup>2</sup> » [http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood\\_what/fr/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/fr/)

enquête sur la dénutrition<sup>94</sup>, lancée par l'ARS Auvergne avec l'appui du centre hospitalier universitaire (CHU) de Clermont- Ferrand. Cette étude a permis de réaliser un bilan sur l'état de dénutrition des résidents. La présence d'un comité de liaison en alimentation et nutrition<sup>95</sup> (CLAN) sur le CH facilite le suivi et la composition des menus.

De plus l'état de dépendance des résidents concernant la prise des repas et l'installation est assez conséquente. En effet, 1/3 des résidents a besoin d'une aide pour la prise du repas et 2/3 pour l'installation. Le temps consacré à l'aide totale pour la prise du repas est d'environ dix minutes par résident. Une étude réalisée sur l'établissement montre que le temps consacré à chaque repas, comprenant un temps d'installation, un temps d'aide au repas et un temps de débarrassage, représente un temps cumulé de 20 à 30 minutes pour chaque résident.

De façon générale, l'organisation autour du repas est plus difficile le week-end puisque l'effectif actuel ne permet pas la présence d'ASHQ en fonction hôtelière. Afin d'évaluer le risque de dénutrition et de compléter le travail déjà effectué sur ce thème, une évaluation des pratiques professionnelles est en cours.

Cette étape ne pourra se réaliser que par la mise en place d'une nouvelle organisation. Il s'agit en fait de créer une équipe hôtelière chargée de prendre en charge les repas. Cela implique de mettre à disposition des ASHQ. Cette réorganisation ne peut s'envisager qu'en modifiant des horaires. Il s'agit de passer d'un système de temps continu à un temps coupé. Cet horaire est peu apprécié du personnel soignant qui y voit une contrainte, et un obstacle à l'amélioration des conditions de travail. Le dialogue avec les partenaires sociaux dans la réalisation de cette étape est fondamental. Il s'agit d'une étape au long court. Les changements ne pourront s'envisager qu'après de multiples échanges, la création de groupes de travail impliquant, entre autres, la médecine du travail et les partenaires sociaux.

Au cours de la renégociation de la CTP, une fiche action, sur la diminution du jeûne nocturne, a fait l'objet d'une présentation. La création de deux postes d'aides-soignants a ainsi été sollicitée. En effet, afin de réorganiser les horaires et renforcer l'équipe hôtelière, la présence de deux agents supplémentaires est nécessaire. Il s'agit en effet de mettre en place une équipe hôtelière à chaque étage y compris les week-ends. Cette nouvelle organisation doit tenir compte des habitudes de vie et du besoin d'aide des résidents. Il

---

<sup>94</sup> Cette étude d'une durée de 2 ans, a porté sur la dénutrition et la iatrogénie médicamenteuse dans les EHPAD de la région. [http://www.ars.auvergne.sante.fr/fileadmin/AUVERGNE/ARS\\_auvergne/soins\\_et\\_accompagnement/structure\\_medico\\_sociale/RIDE/resultats/\\_www\\_apmnews\\_com\\_print\\_story\\_php\\_numero22365\\_5.pdf](http://www.ars.auvergne.sante.fr/fileadmin/AUVERGNE/ARS_auvergne/soins_et_accompagnement/structure_medico_sociale/RIDE/resultats/_www_apmnews_com_print_story_php_numero22365_5.pdf)

<sup>95</sup> Conformément à une circulaire de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (circulaire DHOS/E1/n°2002-186 du 29 mars 2002), le CLAN est une structure consultative participant par ses avis ou propositions à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des malades et de la qualité de la prestation restauration.

reste à mener une réflexion pluridisciplinaire sur les modalités d'aide apportée au moment des repas.

### **3.3.2 Le projet de réorganisation des services de soins**

La réorganisation des services de soins apparaît nécessaire afin de renforcer l'équipe hôtelière au moment des repas. Ce projet, qui devrait être mené au cours de l'année 2014, implique un fort investissement du directeur de site. Un travail en collaboration entre le directeur, l'encadrement, l'équipe de restauration et la diététicienne, les équipes de soins avec les médecins, les IDE, les AS, et enfin la participation des partenaires sociaux, est nécessaire. Il apparaît important que l'ensemble des acteurs de l'alimentation, tels l'équipe de restauration et la diététicienne, soit impliqué dans cette démarche. Tout comme la présence des soignants est essentielle, de part leur rôle dans la surveillance de l'appétit et des prises alimentaires des résidents, ainsi que pour l'aide dispensée lors des repas en fonction des besoins des résidents.

Cela peut passer par une sensibilisation à l'importance du maintien d'un bon état nutritionnel, en termes de besoins mais aussi de plaisir de manger. L'équipe restauration s'est d'ailleurs impliquée dans cette démarche en proposant en réunion la possibilité de mettre en place des menus hachés reconditionnés, permettant une présentation soignée des plats (odeurs, saveurs, couleurs).

Le plus difficile reste la mise en place de nouveaux horaires des soignants adaptés au moment fort. Les équipes ne sont pas prêtes à modifier leurs horaires. Cela devrait en effet impliquer un passage à des horaires coupés. De plus la difficulté est renforcée du fait que la partition des services EHPAD et USLD n'a pas encore été réalisée. En effet, le personnel soignant intervient sur les deux secteurs. Dans un premier temps, il apparaît nécessaire de recalculer les ratios personnel/ résident en fonction des secteurs. Ce travail devait être réalisé fin juin par l'encadrement.

De plus, une réorganisation des horaires de travail ne peut se mener à bien qu'en impliquant les syndicats. Il ne s'agit en aucun cas pour la direction d'imposer de nouveaux horaires mais de travailler en collaboration avec les partenaires sociaux. La mise en place d'un groupe de travail permettra d'intégrer les partenaires sociaux à la réflexion sur la nécessité de modifier et réorganiser les services de soins de façon à améliorer le service rendu à l'utilisateur.

### **3.4 Les outils permettant de développer l'attractivité de l'établissement**

La diminution du nombre d'admissions de résidents suite à l'ouverture de nouvelles structures nécessite de développer une politique de communication interne et externe. Ainsi, afin d'améliorer l'attractivité de l'établissement, différents outils sont nécessaires.

#### **3.4.1 L'élaboration du projet d'établissement et des autres outils issus de la loi 2002-2**

Le projet d'établissement spécifique au secteur de l'EHPAD n'existe pas. Il est actuellement commun avec celui du CH. Un des axes d'amélioration est la réalisation d'un projet d'établissement ou projet de service spécifique à l'EHPAD de Mauriac.

Au cours de mon stage, j'ai programmé une réunion d'information sur la mise en œuvre du projet d'établissement. Ont été conviés à cette réunion, les personnels soignants et administratifs de l'EHPAD, les deux médecins gériatres, les représentants des résidents et des familles, les représentants des tutelles, les représentants des personnels, les cadres de santé, la cadre supérieur de santé, la qualitiennne, l'infirmière hygiéniste, le directeur de site.

J'ai réalisé une présentation sur la méthodologie d'élaboration du projet d'établissement en format power point au cours du mois de mars 2013. La première phase d'élaboration du projet d'établissement spécifique à l'EHPAD devrait commencer au cours du dernier trimestre 2013.

Concernant le projet de soins, ce dernier existe, il a été élaboré conjointement à celui du secteur sanitaire en tenant compte de la spécificité de la gériatrie. Il a été écrit dans le cadre de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT). Il se présente sous forme de fiches actions reprenant les grandes spécificités de la prise en charge du sujet âgé (chute, douleur, dénutrition, incontinence). Il est élaboré par les cadres de santé et les infirmiers coordonnateurs de l'ensemble du CH. L'équipe soignante est représentée par les membres élus à la CSIRMT et la partie médicale par le président de la CME. Le projet de soins intègre les protocoles de prise en charge des résidents selon leurs grandes spécificités telles que la mobilité, l'incontinence, les états déments, le diabète ou encore la douleur. La prise en charge de ces grandes spécificités est déclinée sous forme de plan d'action et de diagramme de soins.

Ce projet de soin devra en revanche être davantage personnalisé au secteur de l'EHPAD. Afin d'être plus exhaustif dans le recueil des informations, d'une part et afin d'identifier les soins et les besoins des résidents et de leurs famille, d'autre part, un document intitulé « dossier de vie sociale » est annexé au dossier du résident. Ce document permet de recueillir les éléments de la vie courante et des habitudes du résident à domicile. Cet outil participe à la construction du projet personnalisé du résident. Concernant le projet

personnalisé, l'IDEC de l'EHPAD a réalisé un travail sur la notion de référents du projet de vie. Cette notion a été présentée aux équipes soignantes. La mise en place de référents devrait avoir lieu au cours du dernier trimestre de l'année. Le support du projet de vie doit également être réajusté. Il reste à constituer un groupe de travail.

Lors de mon stage, nous avons été amenés avec l'IDEC à revoir ce document, de façon à l'adapter au nouveau dossier unique d'admission<sup>96</sup> mis en place.

Le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement existaient mais méritaient d'être réactualisés. Cela a fait partie d'une de mes missions au cours de ce stage. Nous les avons ajustés en collaboration avec la secrétaire médicale de l'EHPAD. Nous avons utilisé, pour cela, les supports élaborés par la Fédération Hospitalière de France (FHF)<sup>97</sup>.

La charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante est affichée dans la structure. Elle est connue du personnel soignant. Lors de l'entretien d'admission, les articles de la charte sont commentés et concrétisés au travers de divers documents tels que le dossier d'admission, le dossier de vie sociale et le contrat de séjour.

### **3.4.2 Le développement de la communication extérieure**

Le développement d'une communication extérieure paraît indispensable afin de faire connaître l'établissement du grand public. Les moyens d'information directs dont dispose l'établissement sont, d'une part, la plaquette de présentation de l'EHPAD, la plaquette de présentation de l'offre de soins, mais également la possibilité d'un accès au site Internet de l'établissement ainsi que celui de la Fédération hospitalière de France (FHF) et de « Maison de retraite ». De plus, la réalisation d'articles dans la presse locale renforce cette communication. D'autre part, des moyens d'information indirects existent également. Une communication est ainsi possible notamment avec les rapports d'activités pour les personnes ressources qui dispensent des informations tels le centre local d'information et de coordination (CLIC) (situé à Riom-ès-montagnes), les cabinets médicaux, les réseaux de soins et les élus locaux. La plaquette d'information reste à mettre à jour. Cela devrait se réaliser au cours du dernier trimestre de l'année.

Le développement de la communication extérieure permettra ainsi d'améliorer la perception de l'EHPAD à l'extérieur. Des démarches sont déjà mises en œuvre mais restent à poursuivre afin de faire connaître l'EHPAD en tant que centre de ressource. Tout d'abord l'EHPAD est un lieu de stage pour des personnes en recherche d'emploi dans le

---

<sup>96</sup> Ministère des affaires sociales et de la santé, *Dossier de demande d'admission en EHPAD*, article D.312-155-1 du CASF, Cerfa n° 14732\*01

<sup>97</sup> Modèle de contrat de séjour actualisé <http://www.fhf.fr/Actualites/Medico-social/Qualite-bientraitance-bonnes-pratiques-gestion-des-risques/Le-contrat-de-sejour/Modele-contrat-de-sejour-Mise-a-jour>; Modèle type de règlement de fonctionnement dans les epsms autonomes ou rattachés à un eps. <http://www.fhf.fr/Actualites/Medico-social/Qualite-bientraitance-bonnes-pratiques-gestion-des-risques/modele-type-de-reglement-de-fonctionnement-dans-les-epsms-autonomes-ou-rattaches-a-un-eps>

cadre d'une évaluation en milieu de travail (GRETA) et également pour les élèves de classe de 3<sup>e</sup>, dans le cadre de stage découverte. La structure est également une source d'emploi local et le service « ressources humaines » travaille en collaboration avec Pôle Emploi. La structure organise des formations sur certains thèmes (formation hygiène, formation d'Attestation aux gestes et soins d'urgences (AFGSU), formation d'ASG).

Des locaux ont été mis à disposition des associations « Don du sang » et « France Alzheimer ».

La mise en œuvre, au cours du dernier trimestre 2013, d'un questionnaire de satisfaction permettra d'évaluer l'image de l'établissement. Cet outil d'évaluation portera sur des éléments ayant attiré au nom de l'établissement, son histoire, son environnement physique et son architecture. Par la suite, une proposition des pistes permettra de participer à l'amélioration de l'image de l'établissement. Ce projet pourrait avoir un impact en favorisant l'augmentation de l'accueil de résidents.

La mise en ligne du projet d'établissement, lorsque celui-ci sera constitué permettra de faire connaître davantage l'EHPAD.

Il est prévu que le directeur de site participe, à la prochaine réunion départementale des directeurs. Cela permettra en effet de développer un réseau. Le directeur adjoint en charge du secteur médico-social du CH d'Aurillac m'a permis d'assister à un regroupement<sup>98</sup> départemental. L'intérêt de ces regroupements est d'échanger sur les pratiques et de créer un réseau partenarial.

Enfin, la mise en place d'un accueil de jour permettrait de proposer un panel de services élargi à la population et donnera davantage d'attrait à l'établissement.

### **3.4.3 La recherche de partenariats et l'adhésion à un contrat local de santé (CLS)**

L'EHPAD est une structure intégrante du CH de Mauriac et fait donc parti d'un système de soins coordonnés. De plus cette structure est intégrée dans la CHT, au travers notamment, de différentes conventions et de la fédération de gériatrie qui reste à développer.

Actuellement, il existe des partenariats avec des associations de la cité, notamment avec les établissements scolaires (maternelle et primaire). A ce titre des échanges intergénérationnels ont eu lieu.

Une prise de contact avec le CLIC le plus proche du bassin de vie a permis d'établir des liens et à participer, entre autre, à l'envoi de plaquette d'information de l'EHPAD. De plus, la stratégie pour développer un CLIC au sein de la structure est inscrite au sein du CPOM. En l'absence de CLIC sur Mauriac, l'utilisateur ou sa famille sont informés des lieux de ressources, soit par un responsable des soins, soit par l'assistante sociale, soit par la

---

<sup>98</sup> Celui de l'Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA).

secrétaire lors de la pré admission ou éventuellement lors d'une période d'hospitalisation avant l'admission en EHPAD. L'installation de la Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) permettra de renforcer entre autre ce partenariat avec le CLIC.

D'autre part, l'assistante sociale du CHM, transmet les informations concernant l'EHPAD, aux patients hospitalisés en leur remettant une plaquette d'information et un dossier d'admission (si nécessaire). La difficulté pour l'EHPAD de Mauriac reste de se faire connaître par les partenaires. En effet, l'établissement connaît peu les potentialités et limites des partenaires. Il existe peu d'échanges formalisés entre les responsables de structures, ce qui permettrait de faire davantage connaître les possibilités d'accueil spécifiques pour certains résidents. De plus, l'outil « Trajectoire »<sup>99</sup> n'est pas développé pour les EHPAD, mais il est prévu une extension vers le secteur médico-social dès la fin de l'année.

Dans le cadre de la CHT, le résident a la possibilité de bénéficier de consultations de chirurgie.

L'établissement a également formalisé des contrats ou des conventions avec les kinésithérapeutes, des associations telles que l'association « Ensemble » mais également avec l'aumônerie. Un projet expérimental est également à l'étude, à la demande de l'ARS Auvergne, sur l'amélioration de la prise en charge bucco-dentaire.

La signature d'un CLS<sup>100</sup> va permettre à l'établissement de développer davantage de coopérations entre les différentes structures nord- cantal. En effet ce CLS<sup>101</sup> devrait permettre l'organisation de la filière gériatrique et le parcours de santé des personnes âgées sur le territoire. Le CH de Mauriac est le pôle gériatrique de référence sur le bassin de santé. Il est ainsi le support de la filière à mettre en œuvre dans le bassin de santé. Il dispose en effet d'un service d'urgences, d'un service de médecine, d'un SSR à orientation gériatrique, d'un EHPAD, d'un USLD, d'un SSIAD dont un SSIAD renforcé, d'une équipe spécialisée Alzheimer et d'un PASA. Une consultation mémoire est également assurée par le personnel hospitalier de l'établissement.

Par ailleurs, l'installation d'une Maison de l'Autonomie devrait être mise en place dès 2014. Cette Maison de l'Autonomie sera chargée de l'accueil et de l'information des personnes âgées et des personnes handicapées en lien avec le CLIC et la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Une MAIA portée par le conseil

---

<sup>99</sup> Outil Internet sécurisé d'aide à l'orientation des patients hospitalisés au sein de services de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO) nécessitant des soins de suites et de réadaptation (SSR) ou de l'hospitalisation à domicile (HAD)

<sup>100</sup> Le CLS est une mesure issue de la loi HPST. L'objectif est de renforcer la qualité du partenariat autour de la politique de santé mise en œuvre au niveau local. Il est le prolongement du Projet Régional de Santé (PRS) de l'ARS.

<sup>101</sup> Les partenaires de ce CLS sont le CH de Mauriac (EHPAD et SSIAD), la MAIA, le CLIC, les professionnels de santé libéraux, les associations de maintien à domicile (ASED, ADMR), le conseil général (direction de la solidarité départementale) et le CCAS de Mauriac.

général sera également mise en place pour le département du cantal. La constitution de filières devrait avoir lieu par la mise en place de conventions entre les établissements de santé et les structures d'aval, d'une part, mais aussi par la mise en place de la fédération gériatrique avec le CH d'Aurillac dans le cadre de la direction commune et de la CHT. Il s'agira également de faciliter les passerelles entre les services à domiciles, l'accueil en structure médico-sociales (hébergement permanent et temporaire), l'accueil en établissement sanitaire et l'information des professionnels et usagers. La mise en place d'un « guichet unique » facilitera cette démarche. Ce « guichet unique » devrait regrouper les dispositifs territoriaux existants en matière de coordination gérontologique et gériatrique (maison de l'autonomie, CLIC, MAIA, équipes hospitalières...). Ce guichet aura pour missions de coordonner l'intervention des professionnels.

Le CH de Mauriac a également pour missions de développer les évaluations gériatriques standardisées. Pour cela il reste à l'établissement à réfléchir à la mise en place d'une équipe mobile de gériatrie d'évaluation et d'orientation dont l'intervention devrait avoir lieu en intra et en extrahospitalier (structures d'aval), voire au domicile du résident. Le médecin traitant aura, par ailleurs, la possibilité de contacter directement l'équipe mobile. La mise en place d'une équipe psycho-gériatrique pourra être également être envisagée. Le déploiement de ce CLS devrait permettre de renforcer les liens entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. L'ensemble de ces partenariats est un facteur favorisant pour la connaissance de l'établissement et des services dispensés.

## Conclusion

Suite aux modifications des calendriers des évaluations interne/externe, les établissements médico-sociaux se voient dans l'obligation de développer une démarche qualité. Mieux investi par le secteur sanitaire, cette démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques se met en œuvre ces dernières années au sein des structures médico-sociales. La qualité apparaît donc, comme un état d'esprit et une quête permanente de la recherche de l'excellence. La qualité est aussi une éthique et une garantie lorsqu'elle est associée à l'assurance qualité. Et enfin la qualité reste un mode de management indispensable au bon fonctionnement des structures. Mais la qualité est également une démarche et une méthodologie qui renvoie à la notion de démarche qualité

Un certain parallélisme peut d'ailleurs s'établir, pour la démarche d'évaluation, entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Même si la réalisation d'une évaluation interne/externe reste une obligation réglementaire, permettant d'obtenir un renouvellement d'autorisation, il n'en reste pas moins que le directeur a son rôle à jouer en développant un management de la qualité. Quant aux autorités de contrôle et de tarification, cela leur permet de vérifier le respect aux normes, même si l'évaluation n'a pas vocation à être du contrôle. Elle peut, toutefois, participer à l'impulsion d'une démarche d'inspection.

Par ailleurs, l'évaluation peut avoir un impact financier pour les résidents, notamment si l'établissement répercute le prix de cet investissement sur celui des prix de journées. Comme l'avait déjà évoqué la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale<sup>102</sup> (MECSS), la demande d'exigence en termes de normes sanitaires est de plus en plus importante pour les EHPAD sans pour autant disposer du financement adéquat. Ainsi, l'évaluation interne dans le secteur du médico-social ne doit pas s'attacher qu'au contrôle des normes mais doit aller au-delà en s'attachant au projet de vie. Il s'agit ainsi d'humaniser les lieux mais de conserver à l'esprit que les résidents arrivent en EHPAD de plus en plus dépendants avec des soins plus importants nécessitant une prise en charge sanitaire adaptée.

Au vu des résultats de l'autoévaluation de l'EHPAD du « Pays vert » de Mauriac, de nombreux constats ont fait apparaître la nécessité d'une « médicosocialisation ». Mais cette mesure de bientraitance doit s'appliquer avec parcimonie. Il apparaît en effet qu'un EHPAD, et d'autant plus, s'il est rattaché à un CH, doit conserver sa spécificité de lieu de soin. Face à l'augmentation de la dépendance et à l'accueil de résidents nécessitant

---

<sup>102</sup> Commission des Affaires Culturelles, Familiales et sociales. Compte rendu n°56 (application de l'article 46 du règlement), mercredi 17 mai 2006 (séance de 9h30), Présidence de M. Jean-Michel Dubernard, président, <http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/cr-cafc/05-06/c0506056.pdf>

davantage de soins techniques, l'EHPAD doit pouvoir répondre aux attentes de l'utilisateur. Toutefois l'EHPAD reste également un lieu de vie et doit ainsi pouvoir améliorer son service rendu à l'utilisateur afin de répondre aux besoins de socialisation des résidents valides. Ainsi, l'EHPAD de Mauriac, avec la renégociation de la CTP, a opté pour des propositions permettant d'allier la notion de lieu de vie à celle de lieu de soin. Le développement d'une culture de la bienveillance, déjà bien amorcée, doit pouvoir se poursuivre et permettre une amélioration du rôle social des usagers ainsi qu'un renforcement de la place des usagers. Le directeur a toute sa place, en tant que manager de la qualité, dans cette démarche. C'est à lui, en effet, que revient l'impulsion d'une telle démarche. Celui-ci a en effet un rôle fondamental en tant que chef d'équipe.

Sur l'EHPAD de Mauriac, le projet de réorganisation des services de soins permettra au directeur d'influer sur la collaboration entre les équipes de la structure. Mais le développement d'outils permettant l'amélioration de l'attractivité de l'établissement fait également partie des rôles et missions du directeur. En développant le projet d'établissement, le directeur incite le travail en équipe associé à la participation des usagers et de leurs représentants. De plus, la recherche d'outils pour développer la communication extérieure renforcera le lien avec l'ensemble des partenaires.

De nombreuses conventions ont été signées avec l'EHPAD de Mauriac, et la signature d'un CLS renforcera les partenariats. Cela a l'intérêt de faire connaître la structure à la population et favorise l'accueil de résidents.

La signature du CPOM sanitaire renforcera ces liens. Dans l'immédiat, il n'est pas prévu de CPOM médico-social, car les autorités dans le canton, favorisent le renouvellement des CTP. Mais dans les prochaines années, le secteur du médico-social pourra s'appuyer sur l'expérience de ce type de contractualisation dans le sanitaire afin de favoriser le développement du CPOM médico-social.

---

# Bibliographie

---

## TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n°75-535 du 30 juin 1975, Loi relative aux institutions sociales et médico-sociales, Journal officiel du 1<sup>er</sup> juillet 1975
- REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JO du 3 janvier 2002
- REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>

- REPUBLIQUE FRANCAISE , Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

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

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000817095&dateTexte=20130408>

- REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668>

- REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n°98-535 du 1<sup>er</sup> juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000573437&dateTexte=&categorieLien=id>

- MINISTRE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT ET LE MINISTRE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux, JO du 16 mai 2007,

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000822015&dateTexte>

- Décret n°2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023001910&dateTexte=&categorieLien=id>
- Décret n° 2007-547 du 11/04/2007 relatif au temps d'exercice du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L.313-12 du CASF  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000649660&dateTexte=&categorieLien=id>
- Ordonnances d'avril 1996 : apparition des notions « d'accréditation » et « gestion des risques »
  - Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins
  - Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière
- Circulaire interministérielle n°DGS/DHOS/DGAS/2009/264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins
- Circulaire du 15 mars 2012 : document d'analyse du risque infectieux (DARI) relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013
- Circulaire DHOS/E 1 n°2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé  
<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-16/a0161475.htm>
- 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°75-735 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
- Décret n°2012-147 du 30 janvier 2012 relatif aux conditions de prise en compte de la certification dans le cadre de l'évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- Circulaire DGCS/SD5C n°2011-398 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.  
[http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-11/ste\\_20110011\\_0100\\_0073.pdf](http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-11/ste_20110011_0100_0073.pdf)
- Décret n°2010-515 du 18 mai 2010 relatif au programme pluriannuel régional de gestion du risque

## OUVRAGES

- AMYOT JJ, MOLLIER A., 2007, *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personne âgée*, Paris : Editions Dunod, 242 p.
- CHARLEUX F, 2011, *Réussir l'évaluation externe*, ESF Editeur, collection Les guides direction(s)
- DOUCET C., 2013, *La qualité*, Paris : Presses Universitaires de France, coll. Que sais-je ?, 127 p
- DUCALET P, LAFORCADE M., 2000, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Paris : Seli Arslan
- GOGUE JM., 2009, *Management de la qualité*, 5<sup>e</sup> édition, Paris : Economica, 112 p
- JAEGER M. (éd), 2013, *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 1233 p
- LAUDE A, MATHIEU B, TABUTEAU D., 2009, *Droit de la santé*, 2<sup>e</sup> édition, Paris : Presse universitaire de France, Collection Thémis, 726 p
- MOQUET-ANGER ML., 2010, *Droit hospitalier*, Paris : Lextenso, 520 p
- SAVIGNAT P., 2010, *Conduire l'évaluation externe dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Paris : Dunod
- SAVIGNAT P., 2009, *Evaluer les établissements sociaux et médico-sociaux. Des savoir-faire à reconnaître*, Paris : Dunod
- VERCAUTEREN Richard, HERVY Bernard, SCHAFF Jean-Luc, (2010), *Le projet de vie personnalisé des personnes âgées, enjeux et méthodes*, Editions Eres, Toulouse, 175 p.
- ZOLLA E, 2013, *La gestion des risques dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Paris : Dunod, 426 p

## ARTICLES

- ARGOUD D, 2001, 2001-1, *Du projet de vie au projet d'animation*, *Gérontologie et Société*, Cairn Info, n°96, pp.125-135.
- AVENEL C., « L'évaluation des politiques publiques », in GIROUD D., *Le diagnostic de la qualité*, Paris : Edition Seli Arslan, p 18.
- LAFORCADE.M, Directeur adjoint de la DRASS d'Aquitaine, *L'évaluation et la démarche qualité face au défi de la complexité* in les Cahiers de l'Actif, n°330/331, p71-82 [http://www.actif-online.com/fichiers/texteLegislatif/art\\_laforcade\\_loi\\_renov.pdf](http://www.actif-online.com/fichiers/texteLegislatif/art_laforcade_loi_renov.pdf)

## RAPPORTS

- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, Recommandations de Bonnes pratiques, avril 2008, *Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du CASF*, 13 pages  
[http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/mise\\_en\\_oeuvre\\_evaluation\\_interne-2.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/mise_en_oeuvre_evaluation_interne-2.pdf)
- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, juin 2008, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*,  
[http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_bientraitance.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf)
- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, *Bilan des évaluations externes au 31 décembre 2012*, Note d'information, juin 2013, p4  
[http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/Note%20d'information%20Bilan%20EE%20au%2031dec2012\\_Juin2013.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/Note%20d'information%20Bilan%20EE%20au%2031dec2012_Juin2013.pdf)
- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, Recommandations de Bonnes pratiques, juillet 2009, *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du CASF*, 78 pages  
[http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_conduite\\_evaluation\\_interne\\_anesm.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_conduite_evaluation_interne_anesm.pdf)
- CONNANGLE S, décembre 2011, *Réflexion visant à proposer des pistes pour une meilleure appropriation des démarches d'évaluation dans le secteur médico-social consacré aux personnes âgées- 10 propositions-*,  
<http://www.solidarite.gouv.fr/documentation-publications,49/rapports,1975/personnes-agees,2021/rapport-sylvain-connange-decembre,14178.html>, site consulté le 15/09/13
- Recommandations professionnelles, *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée*, HAS 2007, [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denutrition\\_personne\\_agee\\_2007\\_-\\_argumentaire.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denutrition_personne_agee_2007_-_argumentaire.pdf)
- *Conception et rénovation des EHPAD*, Bonnes pratiques de prévention, INRS 2012, brochure de 64 pages, accès document PDF,  
<http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=ED%206099>
- Le « dispositif ITEP ». Pour un parcours de soins et d'accompagnement personnalisé, UNIOPPS, 2011 <http://www.aire-asso.fr/docs/actualite/dispositif-ITEP-AIRE-UNIOPSS.pdf>, site consulté le 15/04/13

- Résultat étude-action de l'ARS Auvergne sur la dénutrition et la iatrogénie médicamenteuse, site consulté le 16 août 2013  
[http://www.ars.auvergne.sante.fr/fileadmin/AUVERGNE/ARS\\_auvergne/soins\\_et\\_accompagnement/structure\\_medico\\_sociale/RIDE/resultats/\\_www\\_apmnews\\_com\\_print\\_story\\_php\\_numero223655.pdf](http://www.ars.auvergne.sante.fr/fileadmin/AUVERGNE/ARS_auvergne/soins_et_accompagnement/structure_medico_sociale/RIDE/resultats/_www_apmnews_com_print_story_php_numero223655.pdf)
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1999, Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante, Article II- *Domicile et environnement. Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.* Fondation nationale de gérontologie.
- Commission des Affaires Culturelles, Familiales et sociales. Compte rendu n°56 (application de l'article 46 du règlement), mercredi 17 mai 2006 (séance de 9h30), Présidence de M. Jean-Michel Dubernard, président, *Examen du rapport d'information de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées*  
<http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/cr-cafc/05-06/c0506056.pdf>
- Rapport annuel ARS Auvergne, Portraits de santé : L'état des territoires d'Auvergne, Edition 2012
- Recommandations professionnelles, HAS, *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée*, 2007
- Enquête nationale 2012, Anesm, La mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux visés à l'article L.312-1 du CASF  
[http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete\\_nationale\\_2012\\_Eval\\_interne\\_Fevrier\\_2013.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_nationale_2012_Eval_interne_Fevrier_2013.pdf). site consulté le 16 août 2013
- Anesm, Enquêtes nationales 2008 et 2009 relatives à la mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L.312-1 du CASF.  
[http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id\\_article=233](http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=233)

## THESES ET MEMOIRES

- LAVAUD D., 2010, *La place de l'hygiène dans les institutions médico-sociales, entre risques et opportunités* [en ligne], Mémoire M1 AP2S Actions de prévention en santé: Université Montpellier III, disponible sur Internet : [http://www.uriopss-lr.asso.fr/resources/laro/pdfs/publications//56762\\_memoire\\_hygiene.pdf](http://www.uriopss-lr.asso.fr/resources/laro/pdfs/publications//56762_memoire_hygiene.pdf)
- LANTUEJOUEL M, 2008, *La convention tripartite : un levier dans la promotion de la bientraitance des personnes âgées accueillies dans les EHPAD du Nord* [en ligne], Mémoire IASS : EHESP, 59 pages disponible sur <http://documentation.ehesp.fr/ressources-documentaires/memoires/iass/>

- BOURGEOIS S, 2009, *Le renouvellement des conventions tripartites de 1ere génération : l'opportunité de mesurer la qualité de la prise en charge dans les EHPAD charentais maritimes* [en ligne], mémoire EHESP, IASS, 51 pages disponible sur <http://documentation.ehesp.fr/ressources-documentaires/memoires/iass/>
- LE MER S, 2009, *Préparer le renouvellement de la convention tripartite, enjeux, méthodologie et avantages. L'exemple de l'EHPAD du Centre Hospitalier de la Réole* (33 [en ligne], mémoire EHESP, DESSMS, 56 pages, disponible sur <http://documentation.ehesp.fr/ressources-documentaires/memoires/dessms/>
- CLUZEL-METAYER L., 2004, *Le service public et l'exigence de qualité*, Thèse pour le doctorat en droit : Université Panthéon-Assas
- Groupe n°18, 2011, *L'intégration des établissements médico-sociaux dans une démarche d'évaluation est-elle un gage d'une prise en charge de qualité ?* [en ligne], Module interprofessionnel de santé publique, EHESP, 41 pages, disponible sur <http://documentation.ehesp.fr/ressources-documentaires/memoires/mip/>

## CONFERENCES

- Journée d'information du 29 juin 2011 organisée par l'ANESM en partenariat avec l'ANDASS: le dispositif d'évaluation dans le secteur social et médico-social [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/CR\\_journee\\_290611\\_Vfinal\\_031011.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/CR_journee_290611_Vfinal_031011.pdf), site consulté le 15/09/12
- Journée régionale du 16 décembre 2010, «L'évaluation externe, rappel du cadre réglementaire », URIOPSS, PACA et Corse [http://www.uriopss-pacac.asso.fr/ressources/paca/documents/GRH/Colloques\\_2010//59002\\_A\\_HAEFFLIN GER\\_16122010\\_eva.pdf](http://www.uriopss-pacac.asso.fr/ressources/paca/documents/GRH/Colloques_2010//59002_A_HAEFFLIN GER_16122010_eva.pdf), site consulté le 15/09/12
- Journées d'études organisées par les RT 7 « Vieillesse, vieillissements et parcours de vie » et 19 « Santé, médecine, maladie et handicap » de l'AFS ; et la Chaire « Social Care » : lien social et santé de l'EHESP, *Vieillir : entre médicalisation et démécalisation*, 20 et 21 décembre 2012
- Participation à la 3<sup>e</sup> rencontre régionale organisée par la HAS, Lyon, 7 février 2013
- Participation à la Formation « Gestion des risques et sécurité sanitaire » journées des 16 et 17 octobre 2008, GRIEPS, Mende (48)

## SITES INTERNET

- Le secteur médico-social : Missions, Organisation – Cofemer [www.cofemer.fr/UserFiles/ProjViesie2Leg07.pdf](http://www.cofemer.fr/UserFiles/ProjViesie2Leg07.pdf), site consulté le 18/03/13
- Le portail de la psychanalyse francophone : Une approche critique de la démarche qualité dans les institutions sanitaires et sociales <http://www.oedipe.org/fr/actualites/lademarchequaite#body>, site consulté le 10/06/13
- L'évaluation de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux, Jean-René Loubat, publication, n°719 du 2 septembre 2004 [http://www.lien-social.com/spip.php?article154&id\\_groupe=6](http://www.lien-social.com/spip.php?article154&id_groupe=6). Site consulté le 03/04/13
- La Haute Autorité de Santé, Ministère des Affaires sociales et de la Santé [www.sante.gouv.fr/la-haute-autorite-de-sante-has.html](http://www.sante.gouv.fr/la-haute-autorite-de-sante-has.html) consulté le 09/07/13
- Définition du devoir « contrôle et évaluation », <http://warmaths.fr/ControlEvauaDef..htm> consulté le 25/04/13
- Larousse <http://www.larousse.fr>
- Modèle de contrat de séjour actualisé <http://www.fhf.fr/Actualites/Medico-social/Qualite-bientraitance-bonnes-pratiques-gestion-des-risques/Le-contrat-de-sejour/Modele-contrat-de-sejour-Mise-a-jour>;
- Modèle type de règlement de fonctionnement dans les EPSMS autonomes ou rattachés à un EPS. <http://www.fhf.fr/Actualites/Medico-social/Qualite-bientraitance-bonnes-pratiques-gestion-des-risques/modele-type-de-reglement-de-fonctionnement-dans-les-epsms-autonomes-ou-rattaches-a-un-eps>
- Logiciel évaluation interne, PériclèsV2, ANCREAI <http://ancreai.org/content/%C3%A9valuation-interne-derni%C3%A8re-version-de-pericles-0>
- Ministère des affaires sociales et de la santé, *Dossier de demande d'admission en EHPAD*, article D.312-155-1 du CASF, Cerfa n° 14732\*01
- OMS : surpoids et obésité : Définitions [http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood\\_what/fr/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/fr/)
- Projet Régional de Santé [http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/0\\_INTERNET\\_ARS\\_MIP/PRS/Diagnostic/DIAGNOSTIC\\_QUALITE\\_DES\\_SOINS\\_VFfinal.pdf](http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/0_INTERNET_ARS_MIP/PRS/Diagnostic/DIAGNOSTIC_QUALITE_DES_SOINS_VFfinal.pdf), consulté en avril 2013
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé, *L'outil d'autoévaluation*, [http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/outil\\_auto\\_eval.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/outil_auto_eval.pdf)

- Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et de la Statistique- dossier solidarité et santé, 2011, n°18, « La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches ». <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-vie-en-etablissement-d-hebergement-pour-personnes-agees-du-point-de-vue-des-residents-et-de-leurs-proches.7816.html>
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé, *Les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces.770/personnes-agees-dependance.776/informations-pratiques.1329/les-etablissements-et-services.853/>
- Domaine Social et médico-social – Portail de la solidarité <http://www.portail-solidarite.org/domaines/social-medico-social>, site consulté le 13 août 2013
- PNNS, <http://www.mangerbouger.fr/pnns/le-pnns-c-est-quoi.html>
- Philosophie de soin de l'Humanitude® et Méthodologie de soin Gineste- Marescotti ® [http://www.igm-formation.net/index.php?option=com\\_content&task=blogsection&id=4&Itemid=75](http://www.igm-formation.net/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=4&Itemid=75)
- Observatoire des EHPAD 2013- KPMG  
<http://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Observatoire-EHPAD-2013-KPMG.pdf>
- LAFAYE I, 2008, IRTS Aquitaine, Formation des Responsables de secteur, *Evaluation et démarche qualité*  
<http://lafaye.isabelle.free.fr/wp-content/evaluation-et-demarche-qualite.pdf>

---

## Liste des annexes

---

**ANNEXE n°1** : Grille d'entretien

**ANNEXE n°2** : Tableau des entretiens

**ANNEXE n° 3** : Tableau comparatif des évaluations entre le secteur sanitaire et le secteur médicosocial

**ANNEXE n° 4** : Schéma explicatif des concepts de « lieu de vie » et « lieu de soin »

**ANNEXE n° 5** : Fiche « Action » / Fiche « Projet »

## ANNEXE n°1

### Grille d'entretien

- Comment distinguez-vous la notion de qualité entre le secteur médico-social (EHPAD) et le secteur sanitaire (CH) ?
- Pensez-vous que l'on puisse calquer la démarche qualité/ la démarche d'évaluation du secteur sanitaire au secteur MS ?
- Pensez-vous que l'évaluation puisse être un outil pour la tutelle/ organisme de financement ?
  - pour l'amélioration des pratiques ?
  - pour le management ?
- Que pensez-vous d'une évaluation standardisée pour tous les établissements du secteur MS ?
- Quel frein voyez-vous à la démarche d'évaluation ?
- La démarche d'évaluation peut-elle être un moyen d'améliorer la qualité ? De « médicosocialiser » davantage un EHPAD ?
- Quelle définition donneriez-vous au terme de « médicosocialisation » ?

## ANNEXE n° 2

Tableau des entretiens

<b>Jour et heure</b>	<b>Durée</b>	<b>Lieu</b>	<b>Objet</b>
Le 09/04/13	30mns	ARS Languedoc- Roussillon	Entretien manuscrit avec la chef du département de l'organisation de l'offre médico-sociale
Le 10/04/13	40mns	ARS Languedoc- Roussillon	Entretien manuscrit avec la responsable qualité de la sécurité et des soins, de la certification des établissements
Le 16/04/13	30mns	CH Mauriac	Entretien manuscrit avec la responsable qualité
Le 30/04/13	26mns	CH Mauriac	Entretien enregistré avec la cadre supérieure de santé
Le 07/05/13	20mns	CH Mauriac	Entretien enregistré avec l'IDEC du secteur EHPAD
Le 17/05/13	28mns	CH Mauriac	Entretien enregistré avec l'infirmière hygiéniste
Le 29/05/13	35 mns	CH Mauriac	Entretien enregistré avec le responsable qualité du CH d'Aurillac
Le 26/06/13	30mns	/	Entretien téléphonique avec la directrice des affaires générales, affaires médicales et qualité du CH d'Aurillac

### ANNEXE n° 3

	<b>Certification</b>	<b>Evaluation interne/externe</b>
<b>Réglementation</b>	Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière	Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
<b>Organisme</b>	HAS	ANESM
<b>Méthode</b>	Contrôle	Evaluation
<b>Professionnels réalisant l'évaluation</b>	Experts visiteurs de la HAS	Evaluateurs externes certifiés par l'Anesm
<b>Autoévaluation</b>	Réalisation d'une autoévaluation sur la base d'un référentiel HAS	Réalisation d'une autoévaluation sur la base d'un outil construit par la structure
<b>Outil utilisé</b>	Outil unique pour l'ensemble des secteurs du sanitaire (MCO, psychiatrie)	Outil variable suivant le secteur (personnes âgées, enfance, handicap) et suivant les établissements
<b>Calendrier de réalisation</b>	Réalisée tous les 4 ans	Réalisée tous les 5 ans pour l'évaluation interne et tous les 7 ans pour l'évaluation externe
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en valeur de la qualité des soins par la mesure des résultats et par l'évaluation des processus</li> <li>• Appréciation de la capacité qu'à l'établissement à prodiguer des soins de façon régulière, à réviser et améliorer son fonctionnement pour préjuger de l'administration de soins de qualité</li> <li>• Amélioration de la qualité des soins en mettant à la disposition de l'établissement des normes et mesures de performances validées, en lui faisant part des résultats de l'évaluation externe, en apportant une incitation externe par une reconnaissance publique de la performance de l'établissement, en proposant des aides et des recommandations</li> <li>• Volonté, par l'autoévaluation, par la visite de certification menée par les experts- visiteurs issus du milieu professionnel, par les recommandations et leur suivi, de favoriser l'amélioration de la qualité et des soins.</li> </ul>	Renouvellement d'autorisation
<b>Missions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation et recommandation</li> <li>• Accréditation et certification</li> </ul> <p>La HAS conçoit et met également à disposition des acteurs de santé des outils, guides et méthodes afin d'améliorer leur prise en charge ou la mise en œuvre de leurs projets.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir aux ESSMS les conditions pour que l'évaluation de leurs activités et de la qualité de leurs prestations soit mise en œuvre</li> <li>• Faire en sorte que les autorités qui les ont autorisées soient destinataires de ces résultats.</li> </ul>
<b>Durée de prise en charge des usagers</b>	Evalue un secteur où les usagers sont pris en charge pour une courte durée (sauf dans le cas de l'USLD)	Evalue un secteur où les usagers sont pris en charge pour une longue durée

## ANNEXE n° 4

### Schéma explicatif des concepts de « lieu de vie » et « lieu de soin »

Schéma réalisé au cours d'un entretien reprenant la notion de « lieu de vie » et de « lieu de soin ». Ainsi, que ce soit en secteur EHPAD ou USLD, la partie soin est toujours présente mais en quantité plus ou moins importante selon le secteur.

- En EHPAD (secteur médico-social)



- En USLD (secteur sanitaire)



## ANNEXE n°5

Fiche « Action » / Fiche « Projet »

Titre du projet ou de l'action proposé(e)			
<u>Situation actuelle</u>			
<u>Actions proposées</u>	<i>Intitulé :</i>		
	<i>Objectifs :</i> - - -		
	<i>Contenu :</i> - - -		
	<i>Indicateurs :</i> - - -		
<u>Incidences financières</u>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"><u>Investissement :</u></td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"><u>Exploitation :</u></td> </tr> </table>	<u>Investissement :</u>	<u>Exploitation :</u>
<u>Investissement :</u>	<u>Exploitation :</u>		
<u>Délai de réalisation</u>			
<u>Bilan à ce jour</u>			

PERETTI

Elisabeth

Décembre 2013

**Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social**  
Promotion 2013

**L'ÉVALUATION INTERNE COMME OUTIL DE  
« MEDICOSOCIALISATION » D'UN EHPAD HOSPITALIER  
RATTACHE A UN CENTRE HOSPITALIER**

**Résumé :**

Le secteur médico-social est soumis, depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale à la réalisation d'une évaluation interne et d'une évaluation externe, conditionnant le renouvellement d'autorisation. Avec la modification du calendrier imposé par la loi HPST, les établissements sont tenus d'accélérer la mise en œuvre de cette démarche qualité.

Les constats de l'autoévaluation réalisée sur l'EHPAD de Mauriac montre qu'une « médicosocialisation » pourrait être nécessaire. Une étude de cet EHPAD soulève des problématiques quant à son humanisation, à la fois pour la direction, mais également pour les usagers, leurs représentants et enfin les autorités de contrôle et de tarification. La spécificité du rattachement de l'EHPAD à un centre hospitalier, permet de se questionner sur la nécessité d'associer la notion de lieu de vie à celle de lieu de soin. Ainsi, les diverses pistes préconisées au cours de l'étude permettront d'apporter des axes d'amélioration.

**Mots clés :**

SECTEUR MEDICO-SOCIAL, SECTEUR SANITAIRE, EVALUATION INTERNE/ EXTERNE, CERTIFICATION, DEMARCHE QUALITE, MANAGEMENT DE LA QUALITE, REFERENTIEL, CONVENTION TRIPARTITE, SATISFACTION USAGERS, HUMANISATION

*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.*