

ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin-Inspecteur de Santé Publique

Date du Jury : avril 2000

**INTRODUCTION DE LA DEMARCHE QUALITE DANS LES
EHPAD :
A PROPOS DU TEST EN SEINE SAINT DENIS
DE LA GRILLE D'AUTO-EVALUATION ELABOREE PAR LE
MINISTERE**

ERAULT Chantal

SOMMAIRE

Liste des sigles utilisés

Introduction.....	1
Le contexte	4
1 -La problématique des personnes âgées dépendantes.	5
1.1 -Démographie des personnes âgées dépendantes.	5
1.1.1 -Les données structurelles.	5
1.1.2 -Les données actuelles sur la dépendance des personnes âgées.	5
1.1.3 -Les projections concernant le nombre de personnes âgées dépendantes en 2020.....	6
1.2 -Le concept de dépendance.	7
1.2.1 -Les besoins de prise en charge.....	8
1.2.2 -La qualité de vie des personnes âgées en établissement.	10
1.3 -Le dispositif actuel de prise en charge des personnes âgées dépendantes.	11
1.3.1 -Le secteur sanitaire.	11
1.3.2 -Le secteur social ou médico-social.	11
1.3.3 -Données socio-démographiques concernant les établissements d'hébergements.	12
2 -La réglementation.....	13
2.1 -Création de la prestation spécifique dépendance.	13
2.2 -La réforme de la tarification et du financement des EHPAD.	14
2.2.1 -Le système antérieur de tarification des EHPAD.	14
2.2.2 -Les objectifs de la réforme.....	14
2.2.3 -Le volet tarifaire de la réforme.	15
2.2.4 -Le volet qualité de la réforme.	16
2.2.5 -La mission MARTHE.....	17
3 -La démarche d'amélioration de la qualité.	18
3.1 -La notion de qualité.	18
3.2 -Historique : du secteur industriel au secteur sanitaire puis au médico-social.	19
3.3 -..... Le principe de la démarche d'amélioration de la qualité.	20
3.3.1 -Les définitions.	20
3.3.2 -Les préalables à cette démarche.....	20
3.3.3 -Le principe de cette démarche.	21
3.4 -L'assurance de la qualité.....	22
3.5 -L'évaluation et son référentiel.....	23
3.5.1 -L'évaluation.....	23
3.5.2 -Le référentiel et les indicateurs.	24
L'étude.....	25
1 -Les objectifs de l'étude.....	26
2 -Le contexte local de l'étude.....	27
2.1 -Le département de la Seine Saint Denis.....	27
2.2 -Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en Seine Saint Denis.....	28
3 -La comparaison avec d'autres outils d'évaluation de la qualité en EHPAD.	28
3.1 -Matériel.....	28
3.2 -Méthode.	29
3.3 -Résultats.....	30
3.3.1 -L'analyse globale.....	30
3.3.2 -L'analyse des domaines particuliers.	30
4 -Le test de faisabilité de la grille.	32
4.1 -Matériel : La grille d'auto-évaluation élaborée par la mission MARTHE.	32

4.1.1 -Les questions.	32
4.1.2 -La cotation.	33
4.1.3 -Les indicateurs.	33
4.1.4 -La présentation.	33
4.2 -Méthode.	34
4.2.1 -Le choix des établissements.	34
4.2.2 -Le déroulement du test.	34
a -Présentation de la démarche aux établissements.	34
b -Utilisation de l'outil par les établissements.	35
c -Recueil des données.	35
d -L'exploitation des données.	36
4.3 -Résultats.	36
4.3.1 -Un test réalisé en grande partie selon les consignes et globalement bien accepté :	36
4.3.2 -Des réserves sur une interprétation de l'auto-évaluation qui ne prendrait en compte que le niveau de cotation.	37
a -Le système de cotation ne permet pas de nuancer les réponses.	38
b -La formulation des questions est parfois complexe.	39
4.3.3 -Un regard critique sur les questions proposées.	39
a -Certains thèmes sont peu développés.	40
b -Certains thèmes ne sont pas abordés par l'angle le plus important.	40
c -Un accent très important est mis sur la médicalisation et le rôle du médecin coordonnateur.	40
d -L'abord privilégie un des aspects de la démarche qualité : le système documentaire, au dépend d'un autre : la prise en compte des attentes et des besoins des "clients".	41
4.3.4 -Au regard des résultats, la qualité des établissements ayant participé au test apparaît globalement satisfaisante.	43
5 -Le groupe de travail sur la qualité en EHPAD.	46
5.1 -Matériel et méthode.	46
5.2 -Résultats.	48
6 -Discussion et propositions.	50
6.1 -Discussion sur la méthode.	50
6.2 -Sur les résultats concernant le test de faisabilité de l'outil.	52
6.2.1 -Les partenaires ont des attentes différentes.	52
6.2.2 -Les points forts.	53
a -Un outil répondant à une attente de la part des établissements.	53
b -Un outil, utilisable par l'ensemble des EHPAD.	53
c -Un outil abordant les différentes composantes de la qualité en EHPAD.	54
6.2.3 -Les points faibles.	55
a -Une mise en page, une formulation de questions et un système de cotation perfectible.	55
b -Une importance inégale accordée dans les questions, aux différents acteurs.	56
c -Une importance inégale accordée dans les questions aux différents aspects de la démarche d'amélioration de qualité.	57
6.3 -L'apport des groupes de travail sur l'évolution des relations entre les partenaires.	65
6.4 -L'appropriation de la démarche d'amélioration de la qualité par les établissements.	67
a -Les obstacles d'ordre culturel.	67
b -Une particularité liée à la vulnérabilité des "clients".	69
Conclusion.	71
Bibliographie.	73
Glossaire.	77
liste des annexes.	78

LISTE DES SIGLES UTILISES

AGGIR	Autonomie, gérontologie, groupe iso ressource
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
CIM	Classification internationale des maladies
CODERPA	Comité départemental des retraités et des personnes âgées
COFIL	Comité de pilotage
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRRR	Syndicat national des cliniques de convalescence, régime, repos et établissements d'accueil pour personnes âgées
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personne âgée dépendante
ENSP	Ecole nationale de santé publique
ERNEST	Echantillon représentatif national des établissements simulant la tarification
FNACPA	Fédération nationale accueil et confort pour personnes âgées
FNEAPAD	Fédération nationale des établissements d'accueil pour personnes âgées dépendantes
FNG	Fondation nationale de gérontologie
GERHSE	Groupe d'étude et de recherche sur les handicaps de la sénescence
GIR	Groupe iso ressource
IASS	Inspecteur des affaires sanitaires et sociales
ISO	International organization for standardization
MAPA	Maison d'accueil pour personnes âgées
MAPAD	Maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes
MARTHE	Mission d'appui à la réforme de la tarification des EHPAD
MISP	Médecin inspecteur de santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
UNNEPPA	Union nationale des établissements privés pour personnes âgées

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population constitue une donnée de société importante pour les années à venir. Il est lié à la diminution du nombre de naissance et l'augmentation de l'espérance de vie tant à la naissance qu'après 60 ans. Il conduit à une augmentation du nombre de personnes très âgées. Cette problématique est prise en considération tant au niveau international, avec le choix des Nations Unis de déclarer 1999 "année internationale des personnes âgées" qu'au niveau national avec la réflexion conduite par la dernière Conférence Nationale de Santé.

L'augmentation de l'espérance de vie s'est fait surtout au bénéfice des tranches de population les plus âgées. Certaines pathologies spécifiques du grand âge comme la maladie d'Alzheimer et les démences apparentées ou la prise en charge des personnes âgées présentant des maladies chroniques, vont prendre de ce fait une ampleur considérable. Les réponses à y apporter, leurs coûts, et leurs évaluations deviennent un problème majeur de santé publique. Les politiques publiques ont cherché à développer le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes et les modes de prises en charge se sont diversifiées. Si une grande partie des personnes âgées dépendantes est prise en charge à domicile grâce le plus souvent à l'aide des proches, les autres sont hébergées en établissement. Le temps n'est plus où la personne âgée entrait en maison de retraite jeune et surtout valide. Actuellement la personne âgée est accueillie en institution de plus en plus tard et de plus en plus dépendante.

Jusqu'aux années 70, les établissements, tels les hospices assuraient essentiellement un rôle d'hébergement. Les soins se limitaient à des soins d'entretien de la vie quotidienne comme la toilette ou la prise des repas. Aujourd'hui, les établissements doivent prendre en charge des personnes âgées très dépendantes physiquement et/ou psychiquement nécessitant une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Cette médicalisation des établissements, dans le contexte actuel de limitation des ressources, conduit les financeurs à s'assurer de la qualité du service rendu. Ceci d'autant qu'il existe une grande disparité entre établissements dans les pratiques liées à la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Dans le même temps, le comportement des usagers c'est modifié, ils sont mieux instruits, plus à même de définir des critères de qualité et des besoins nouveaux. L'hôpital a déjà pris en compte cette variable. Ils sont aussi des consommateurs qui souhaitent des "services à la hauteur du prix payé", les personnes âgées et leurs familles étant du fait d'une solvabilité accrue, de plus en plus souvent des financeurs à part entière. Parallèlement, une culture "qualité" s'est développée, venue du milieu industriel des Etats-Unis dans les années 30, elle a diffusé progressivement dans tous les pays

industrialisés, d'abord dans l'industrie, puis dans les services, le sanitaire et plus récemment dans le domaine médico-social.

C'est dans cet environnement que la législation concernant les personnes âgées a évolué ces dernières années, avec en 1997, la Loi instaurant la prestation spécifique dépendance¹ (PSD) et en 1999, un Décret d'application² portant sur la réforme de la tarification et du financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ce décret introduit de façon conjointe une réforme de la tarification et la prise en compte d'une dimension qualitative dans le cadre d'une démarche conventionnelle. L'arrêté du 26 avril 1999 précise le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle tripartite que l'établissement, l'autorité compétente pour l'assurance maladie et le Président du conseil général doivent signer. Il détaille aussi les principales recommandations qui visent à garantir la qualité de prises en charge des personnes âgées dépendantes dans les EHPAD.

Un groupe de travail dans le cadre de la mission MARTHE³ a élaboré au cours de l'été 1999, à partir de ce cahier des charges une grille d'auto-évaluation utilisable par les établissements. Cette grille a pour objectif de permettre une évaluation de la structure et d'aider les établissements à préparer le contenu de ces conventions et leurs engagements dans une démarche d'amélioration de la qualité.

Avant cette réforme, les médecins inspecteurs de santé publique (MISP) intervenaient dans les EHPAD, essentiellement lors de visites de conformité ou d'inspections souvent motivées par l'instruction de plaintes. Les indicateurs de suivi de la qualité de prise en charge étaient peu nombreux (ratio de personnels soignants, données sur les décès). Les dispositions du cahier des charges, fournissent un support pour accroître quantitativement et qualitativement les données pour les contrôles, les inspections, et les évaluations sur les EHPAD. La mise en œuvre de cette réforme de la tarification et du financement des EHPAD impliquent de faire évoluer les relations entre d'une part les différents professionnels (médecins et inspecteurs) au sein des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), d'autre part les différents organismes de contrôle : DDASS, conseil général, caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) et enfin avec les établissements.

Par ailleurs, ainsi qu'il est rappelé dans une circulaire récente⁴, les MISP sont amenés à promouvoir l'évaluation dans l'ensemble de l'institution sanitaire et

¹ Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 instaurant la prestation spécifique dépendance

² Décret du 26 avril 1999 modifiant la tarification et le financement des EHPAD

³ Mission nationale d'appui à la mise en place de la réforme de la tarification.

⁴ Circulaire n° 99 339 du 11 juin 1999 relative aux missions des médecins inspecteurs de santé publique : les MISP sont amenés « à promouvoir l'évaluation dans l'ensemble de l'institution sanitaire et sociale. Ils la

sociale. Avec cette réforme, il ne s'agit pas seulement de procéder directement à une évaluation, mais donc d'aider les établissements à mettre en œuvre une démarche d'amélioration de la qualité. La première phase de cette démarche comporte une auto-évaluation qui permet un bilan de l'existant.

C'est dans ce contexte que s'inscrit le travail que j'ai mené lors d'un stage à la DDASS de Seine Saint Denis et dont **l'objectif est d'apprécier dans quelle mesure la grille d'auto-évaluation de la qualité élaborée par la mission MARTHE peut structurer l'introduction de la démarche d'amélioration de la qualité dans les EHPAD**. Il est apparu qu'il convenait en premier lieu de tester l'acceptabilité et la faisabilité de cet outil nouvellement élaboré et dont il n'existait à cette époque qu'une version initiale, ce test devant aussi contribuer à lui proposer d'éventuelles évolutions. C'est ainsi que dans un premier temps, j'ai élaboré un protocole et réalisé ce test dans treize EHPAD situés en Seine Saint Denis. Dans un second temps, afin d'envisager les mesures d'accompagnement qu'il pourrait être souhaitable de développer pour accompagner l'engagement de cette démarche d'amélioration de la qualité en EHPAD, un groupe de travail sur la qualité en EHPAD a été organisé. Ce groupe de travail c'est inscrit dans une réflexion sur la mise en œuvre de la réforme de la tarification conduite dans le département en partenariat avec le conseil général, l'assurance maladie, les établissements et les usagers.



Dans une première partie les différentes composantes du contexte seront évoquées : Les personnes âgées dépendantes (1), les évolutions de la réglementation (2) et la démarche qualité (3). Dans la deuxième partie, l'étude réalisée sera présentée : d'abord en rappelant les objectifs de ce travail (1), puis en présentant le contexte départemental (2), ensuite en exposant la méthodologie et les résultats pour chacun des trois volets de ce travail : l'étude comparative de différents outils (3), le test de faisabilité (4), et les groupes de travail (5), enfin la discussion (5) intégrera les propositions qui paraissent devoir être faites.

mettront en œuvre dans le domaine des politiques de santé... des projets d'établissement ou des projets thérapeutiques au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux sous tutelle, évaluation des procédures de sécurité et de qualité des soins, évaluation du service rendu par les dispositifs de soins et leurs organisations au niveau départemental. »

LE CONTEXTE

Dans cette partie nous évoquerons la problématique des personnes âgées dépendantes (1), puis les évolutions récentes de la réglementation (2) avant de présenter les principes de la démarche d'amélioration de la qualité (3).

1 - LA PROBLEMATIQUE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES.

1.1 - Démographie des personnes âgées dépendantes.

1.1.1 - Les données structurelles.

En 1995, on comptait 11 millions de personnes de plus de 60 ans, soit 20% de la population, 4 millions (environ 7 %) de 75 ans et plus d'1 million (environ 1,8%) de plus de 85 ans.

1.1.2 - Les données actuelles sur la dépendance des personnes âgées.

Il est difficile de fournir un effectif des personnes âgées dépendantes. Les estimations sont en partie liées aux concepts utilisés et aux sources d'informations qui sont différentes pour les populations à domicile et en institutions.

Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, on estimait en 1995 qu'il y avait entre 700 000 et 800 000 personnes présentant une dépendance sévère⁵ soit 8 à 9% de la population. 500 000 de ces personnes vivent à domicile, 280 000 sont hébergées en institutions⁶. Si l'on prend en compte les personnes atteintes de dépendance modérée, il y a alors 870 000 personnes à domicile et 360 000 en établissements. 60 % des résidents en institution présentaient un état de dépendance sévère ou modérée⁷.

L'enquête EHPA 1996 a montré que 44 % des résidents en maison de retraite présentaient une détérioration intellectuelle. 17 % de l'ensemble des résidents sont confinés au lit ou au fauteuil et 50 % ont besoin d'aide pour la toilette. Enfin, 42 % sont incontinents⁸.

⁵ Selon les définitions du Dr COLVEZ, la dépendance sévère comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil, et les personnes non confinées mais aidées pour la toilette et l'habillement.

⁶ JOURDAIN Alain, Martin Claude, *de quoi dépend la dépendance*, in Cahiers de sociologie et de démographie médicales, 1999, avril- septembre, n°2-3, pp 179-193

⁷ BREUIL Pascal, *La dépendance des personnes âgées*, in Portrait social 1998-1999, INSEE 1999

⁸ *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées : Enquête EHPA situation au 31.12.1996*, SESI documents statistiques, 1998, janvier, n°297

Les personnes âgées vivent de plus en plus souvent à leur domicile, et sont de moins en moins hébergées par des proches. On observe, lorsque survient la dépendance, une tendance à l'augmentation de leur prise en charge en institution et à un moindre degré à leur maintien à domicile⁹.

Tableau 1 : Lieu de résidence d'une personne âgée dépendante

	1986	1990	1995
Pris en charge en EHPA	25 %	33 %	39 %
Hébergée chez un parent	46 %	36,1 %	27,9 %
A son domicile	29 %	30,9 %	32,8 %

(CREDOC enquête sur les conditions de vie et aspiration des français)

1.1.3 - Les projections concernant le nombre de personnes âgées dépendantes en 2020.

La poursuite attendue de la baisse de la mortalité et de l'arrivée aux âges élevés de générations nombreuses conduit à un vieillissement accéléré de la population à partir de 2006¹⁰. En 2020, la population comporterait alors 20,6 % de personnes de 65 ans et plus¹¹.

L'évaluation du nombre de personnes dépendantes est nécessaire pour anticiper l'évolution des services à leur proposer ainsi que le niveau d'aide que devra leurs apporter la collectivité. Si le risque de dépendance reste au niveau actuel, le nombre de personnes âgées dépendantes sera multiplié annuellement par 1,8 à 1,9¹². Toutefois l'augmentation de l'espérance de vie ne se traduit pas forcément par une hausse de la durée de vie avec incapacité.

Trois scénarios ont été envisagés pour évaluer cette progression du nombre de personnes âgées dépendantes. Le scénario pessimiste considère que le taux de dépendance sera constant dans le temps. Les scénarios intermédiaires et optimistes supposent que les gains d'espérance de vie s'accompagneront d'un gain d'espérance de

⁹ DELBES Christiane, GAYMU Joëlle, *Les retraités en France : d'hier à demain*, in Cahier de sociologie et de démographie médicale, 1999, avril - septembre, n°2-3, pp 113-131

¹⁰ La population de 60 ans et plus, augmente actuellement de 1,1%. Elle va croître deux fois plus vite à partir de 2006 au rythme de 2,53% par an, jusqu'en 2035. A cette date l'effet du "papy boom" sera épuisé.

¹¹ LEBAPIN Anne, NORTIER Frédérique, *Situation actuelle et perspective d'avenir*, in INSEE Données Sociales, 1996, pp 468-473

¹² BREUIL pascal, op. cit.

vie sans incapacité¹³ en effet des études plaident en faveur d'une diminution de la prévalence des incapacités physiques aux âges élevés.

En 2020 le nombre de personnes dépendantes serait en augmentation de 78% par rapport à 1990 dans le scénario pessimiste (1,2 millions de personnes) et de 14% (760 000 personnes) dans le scénario le plus optimiste. Dans ce cas, l'amélioration de l'état de santé vient largement compenser l'effet du vieillissement de la population¹⁴.

1.2 - Le concept de dépendance.

L'approche de ce problème correspond le plus souvent à une vision stéréotypée, négative des personnes âgées associant grand âge et dépendance et met l'accent sur le déclin physique et mental. Il est important de préciser ce que recouvre le terme de dépendance. En effet la vision qu'a une société de cette notion influe sur les politiques sociales qu'elle est amenée à définir et à appliquer. Par ailleurs, il existe une multiplicité de définitions et de grilles d'analyse.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini la dépendance à l'intérieur d'un cadre conceptuel¹⁵ qui intègre les notions de déficience¹⁶, d'incapacité¹⁷ et de désavantage¹⁸ ou de handicap. Elle décrit six dimensions fondamentales du comportement humain qui intègrent la notion de dépendance :

- la mobilité physique des individus,
- l'indépendance physique pour les actes élémentaires de la vie,
- l'exercice des occupations habituelles à son âge et à son sexe,
- l'orientation dans le temps et l'espace,
- l'entretien de relations sociales,
- l'indépendance ou la suffisance économique.

La loi instituant la PSD en fourni une définition en précisant que la dépendance est la situation " d'une personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, à besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert

¹³ LEBaupin Anne, op. cit.

¹⁴ JOURDAIN Alain, MARTIN Claude, *De quoi dépend la dépendance*, in Cahiers de sociologie et de démographie médicales, 1999, avril - septembre, n°2-3, pp 179-193

¹⁵ Etabli par Wood à l'occasion de la 9^{ème} révision de la classification internationale des maladies (CIM).

¹⁶ Altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique.

¹⁷ Réduction, résultant d'une déficience, des possibilités d'accomplissement de certaines activités telle que se lever, se déplacer.

une surveillance constante. ». Dans cette définition apparaissent deux notions distinctes, la sujétion à un handicap et la relation d'aide entre deux personnes. Pour les personnes âgées, cette distinction s'exprime par la spécificité du vieillissement et la dépendance sociale induite.

Bien qu'il existe un lien fort entre la dépendance et l'autonomie, la distinction entre ces deux concepts est importante. L'autonomie correspond littéralement à la capacité qu'a un individu de se gouverner lui-même. Un sujet peut être dépendant pour les gestes de la vie quotidienne tout en exprimant son autonomie, en conservant le choix et la gestion de ses moyens d'assistance. En gériatrie, le respect et la recherche de l'autonomie de la personne âgée doivent être l'objectif principal¹⁹.

Il existe de nombreux outils de classification et d'évaluation de la dépendance, chaque utilisateur doit disposer d'une mesure adaptée à l'usage qu'il veut en faire. Ainsi chaque grille a sa spécificité, son champ d'application, ses critères de validation, ses objectifs.

La grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource (AGGIR) a été conçue pour l'évaluation de la charge de travail liée à la dépendance de personnes âgées à domicile ou en institution. Cette grille qui repose sur dix items discriminants²⁰ permet par un algorithme complexe déterminé par un logiciel, de classer la personne dans un des six Groupes Iso Ressource (GIR) (*Annexe 1*). Cette grille est utilisée pour évaluer la dépendance des personnes âgées lors de l'attribution de la PSD²¹.

1.2.1 - Les besoins de prise en charge.

Les besoins des personnes âgées, tant à domicile qu'en établissement, sont très divers. Ils peuvent être en relation avec des difficultés d'ordre physique : adaptation de l'habitat, soins médicaux, soins d'hygiène, aide à la vie quotidienne ou d'ordre psychologique : manque de communication, de vie sociale, sentiment d'inutilité. Il existe aussi des besoins particuliers liés à l'accompagnement en fin de vie.

¹⁸ Qualifie les difficultés qu'a un individu atteint d'une déficience ou d'une incapacité à avoir une activité sociale jugée normale.

¹⁹ COLVEZ Alain, *Elargir les conceptions habituelles de la santé et de la maladie, une exigence de la gérontologie*, in Laennec, 1998, juin, n°5, pp.10-12

²⁰ Ils portent sur la cohérence, l'orientation, la toilette du haut et du bas du corps, l'habillement, l'alimentation, l'élimination urinaire et fécale, les transferts, les déplacements à l'intérieur et à l'extérieur et la communication à distance.

²¹ C'est à partir de cette classification que sont calculés les tarifs dépendances et soins dans le cadre de la réforme de la tarification. Elle permet aussi le calcul du GIR moyen pondéré

L'ensemble de ces besoins pose la définition des soins au sens large du terme, lesquels doivent prendre en compte les besoins humains fondamentaux²² tels qu'ils ont été définis par Virginia Henderson²³. Maslow²⁴ a fait une classification de ces besoins qui est souvent pris comme référence par les professionnels de santé (*annexe 2*). Les soins aux personnes âgées dépendantes en institution doivent privilégier les actions qui premièrement visent à améliorer les processus de guérison et leurs capacités, deuxièmement celles qui promeuvent le bien être, le confort, la sécurité et l'accompagnement des handicaps et troisièmement celles qui soutiennent le cheminement vers la mort. De ce fait, ils exigent une approche multidisciplinaire coordonnée, qui tient compte du système de valeurs de la personne âgée.

Les personnes accueillies en établissement sont de plus en plus dépendantes, ce qui a conduit à une demande croissante de médicalisation, mais à l'inverse certains types de prises en charge comportent des risques iatrogènes, qui peuvent induire une régression des personnes. Ces pratiques tendent à se modifier. Depuis une dizaine d'années, les établissements connaissent une évolution qui les conduit à passer d'un lieu de soins à un lieu de vie. L'élaboration par la Fondation Nationale de Gérontologie de la Charte des Droits des personnes âgées dépendantes a contribué à cette évolution.

Ainsi comme le dit Mme Gunchard-Kunstler²⁵ dans un rapport, l'enjeu pour les établissements "consiste à organiser ces lieux en véritables lieux de vie, permettant aux personnes âgées de continuer de mener une vie la plus "normale" possible. L'hébergement constitue une rupture spatiale puisque la personne âgée va vivre dans un espace complètement nouveau. Elle est ensuite temporelle car la vie en collectivité s'organise selon des règles propres, celles du groupe. Enfin l'hébergement peut générer pour la personne, un sentiment d'inutilité et d'enfermement. Il est donc nécessaire de développer dans la prise en charge en hébergement des animations autour des personnes, en tenant compte de leur singularité, de l'histoire de leur vie. L'individualisation est en effet essentielle pour comprendre le vieillissement dans sa complexité."

²² BURRUS O, *Les 14 besoins fondamentaux...selon Virginia Henderson*, in Revue de l'infirmière, 1998, septembre, n°42, pp 55-58

²³ Virginia Henderson est une infirmière américaine qui a identifié 14 besoins fondamentaux des êtres humains et en a fait le point central de sa théorie sur les soins infirmiers.

²⁴ VERCAUTEREN Richard, *Animer une maison de retraite*, Toulouse, Erès, 1995

²⁵ *Vieillir en France : pour une prise en charge plus juste et solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie*, Rapport à M. le Premier ministre, septembre 1999

1.2.2 - La qualité de vie des personnes âgées en établissement.

La notion de qualité de vie devient une dimension importante de la prise en charge institutionnelle. Un des objectifs de la gériatrie est exprimé par l'aphorisme de l'OMS selon lequel "Il ne suffit pas d'ajouter des années à la vie, il faut ajouter de la vie à la vie". L'évaluation des politiques sanitaires et sociales s'efforce de prendre en compte cette dimension. De nombreuses définitions de la qualité de vie existent, sans pour autant faire l'objet de consensus. Ce concept se situe au carrefour de la médecine, de la psychologie, des sciences économiques et sociales.

En s'appuyant sur la définition de la santé donnée par l'OMS, "un état complet de bien-être physique, moral et mental", on peut décliner la qualité de vie d'un adulte en quatre dimensions²⁶: la condition physique, l'intégration sociale, l'équilibre psychique, et le bien-être.

Chez la personne âgée, tout laisse à penser que le concept de qualité de vie n'a pas le même contenu que chez l'adulte jeune. En effet, chez les personnes âgées, la qualité de vie « subjective » semble devoir être privilégiée. Elle ne peut être restreinte ni à celle de la santé, ni à celle des conditions matérielles de vie. Elle consiste à aborder le problème par une approche individuelle et à s'intéresser à la perception et à l'expression du sujet lui-même²⁷. Elle repose sur ce que peut exprimer le sujet et sur la possibilité pour lui de faire des choix, même s'il est atteint de démence, mais dans ce contexte, parler de qualité de vie pose un réel problème. Il est difficile de parler de la qualité de vie d'une personne qui a perdu une partie des capacités qui font son humanité.

Même s'il s'agit d'une notion essentiellement subjective, les professionnels s'accordent sur des points de convergence permettant d'appréhender ce que recoupe ce concept : le besoin de communication, la possibilité d'exprimer des choix, le respect de l'intimité, le respect de la dignité, et le respect du rythme de vie.

L'évaluation de la qualité de vie des personnes âgées en institution pose des problèmes éthiques (choix de vie) et de santé publique (qualité des soins et de la prise en charge) et doit tenir compte du fonctionnement des établissements²⁸.

²⁶ FERMONT Béatrice. JOEL Marie Eve, *Evaluation de la qualité de vie des personnes âgées*, in *Gérontologie et société*, 1996, N° 78, pp17-28

²⁷ CASSOU Bernard, *Evaluer la qualité de vie des personnes âgées : une entreprise problématique*, in *Gérontologie et société*, 1996, n°78, pp8-16

²⁸ HENRARD Jean Claude, ANKRI Joël, *Grand âge et santé publique*, Rennes, éditions ENSP, 1999

1.3 - Le dispositif actuel de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Ce dispositif relève à la fois du secteur sanitaire et du secteur social ou médico-social. Il est complexe, avec une multiplication d'institutions, relevant de statuts juridiques et de financements divers. Il existe par ailleurs des disparités départementales voire régionales dans ces dispositifs.

1.3.1 - Le secteur sanitaire.

Les personnes âgées peuvent bénéficier de la même manière que la population générale des prestations des établissements de santé. S'il n'existe pas de système de soins spécifiques, toutefois les personnes âgées ont recours de manière privilégiée aux services de moyens et de longs séjours.

☞ **Les moyens séjours** sont destinés à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation.

☞ **Les services de soins de longue durée**²⁹ ont pour vocation d'accueillir des personnes âgées pour qui aux soins liés à la perte d'autonomie, s'ajoutent des soins techniques médicaux qui ne pourraient être pleinement assurés dans des institutions sociales ou médico-sociales même dotées d'une section de cure médicale. Ils peuvent soit faire partie d'un hôpital de court séjour, soit être autonomes. Ce sont alors souvent des hôpitaux ruraux restructurés en service de soins de longue durée.

1.3.2 - Le secteur social ou médico-social.

Il comprend d'une part des structures visant au maintien à domicile et d'autre part des établissements d'hébergement.

☞ **Les structures de maintien à domicile** : Les premières ont été les services d'aide ménagère. Les services de soins infirmiers à domicile se sont développés ensuite. Ils s'articulent souvent avec l'intervention d'une aide ménagère. Il existe d'autres types de prestations telles que la téléalarme ou le portage des repas. Ces services peuvent être gérés par des associations ou des centres communaux d'action sociales.

☞ **Les établissements d'hébergements**³⁰ :

²⁹ Loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 modifiant et complétant des dispositions des lois du 31 décembre 1970 et du 30 juin 1975. Elle définit notamment les unités et services de long séjour.

³⁰ Régis par la Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Les foyers soleil et foyers logement, initialement ils étaient destinés à des personnes âgées autonomes. Ils sont confrontés pour la plupart au vieillissement de leur population et à la survenue d'un état de dépendance dans un environnement inadéquat.

Les maisons de retraite accueillent des personnes âgées valides ou dépendantes. Leur statut juridique est variable. Les maisons de retraite publiques sont rattachées à un hôpital ou autonomes. Les maisons de retraite privées sont soit à but non lucratif (associatif), soit à caractère commercial. Certains établissements sont conventionnés auprès de l'aide sociale. On observe depuis quelques années une diversification des modes d'accueil, allant du domicile collectif aux petites unités de vie de type "Cantou" pour les personnes désorientées. On inclut dans cette catégorie les maisons d'accueil pour personnes âgées (MAPA) et les maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes (MAPAD).

Depuis 1978 ces établissements peuvent comporter une section dite de cure médicale³¹ financée par l'assurance maladie sous la forme d'un forfait soins. Celle-ci est destinée à prendre en charge les résidents dépendants ou atteints d'une affection stabilisée nécessitant des soins médicaux. Ainsi les institutions deviennent à la fois des lieux de soins et des lieux de vie. 40 % des établissements sociaux et médico-sociaux sont dotés d'une section de cure médicale³².

1.3.3 - Données socio-démographiques concernant les établissements d'hébergements.

Fin 1996, on recense un peu plus de 10 000 établissements d'hébergement³³ pour personnes âgées qui offrent 647 000 places. Les maisons de retraites sont les structures les plus nombreuses (environ 6100)³⁴. Ces établissements accueillent, fin 1994, 13 % des personnes âgées de 75 ans et plus (proportion qui atteint 17,5% pour les 80 ans et plus). Si en 10 ans le nombre de places a augmenté de 26 %, la population âgée, elle aussi a crû. Aussi le taux d'équipement en France est-il passé de 179 à 169 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus. Le taux d'équipement est très variable d'un département à l'autre. Paris et la petite couronne sont faiblement équipés.

³¹ Décret n° 77-1289 du 22 novembre 1977 portant application de l'article 5 de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. : "l'hébergement et à la surveillance médicale que nécessite l'état des pensionnaires ayant perdu la capacité d'effectuer seuls les actes ordinaires de la vie ou atteints d'une affection somatique ou psychique stabilisée qui nécessite un traitement d'entretien et une surveillance médicale ainsi que des soins paramédicaux"

³² NEISS Martine, *les établissements pour personnes âgées*, in SESI informations rapides, 1998, septembre, n°102, pp 1-4

³³ 9254 établissements sociaux, médico-sociaux et 984 services de soins de longue durée.

³⁴ NEISS Martine, *opp. Cit.*

L'âge moyen des résidents dont les trois quart sont des femmes, est de 83 ans. Leur âge moyen d'entrée en institution augmente, il était en 1998 de 79,2 ans pour les hommes et de 84,4 ans pour les femmes. Cette augmentation semble suivre l'évolution de l'âge d'entrée dans la dépendance³⁵. On assiste par ailleurs à une augmentation du nombre de personnes de très grand âge qui entre en institution.



2 - LA REGLEMENTATION.

La réglementation a évolué ces dernières années avec la Loi portant création de la prestation spécifique dépendance, suivi du décret sur la réforme de la tarification des EHPAD.

2.1 - Création de la prestation spécifique dépendance.

Instaurée par la Loi n°97-60 du 24 janvier 1997, la PSD vient en substitution de l'allocation compensatrice pour tierce personne qui est maintenant réservée aux personnes handicapées de moins de soixante ans³⁶. Placée sous le régime de l'aide sociale, elle relève de la compétence et du financement des conseils généraux. Cette prestation, soumise à conditions de ressources, n'est actuellement attribuée qu'aux personnes âgées les plus dépendantes (GIR 1, 2 et 3).

Fin mars 1999, parmi les 97 000 personnes qui bénéficiaient de la PSD, 48 % vivaient en établissement³⁷. Pour les personnes hébergées en établissement, le dispositif actuel est provisoire dans l'attente de la mise en place de la réforme de la tarification.

En décembre 1999, madame Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité s'est prononcée en faveur d'une réforme de la PSD en raison de son caractère inégalitaire. Différentes mesures devraient être soumises au vote du parlement dans le cadre de diverses mesures d'ordre social, au début de l'an 2000. Des propositions visant à permettre à 80% des résidents en établissement de satisfaire aux conditions d'attribution de cette prestation devraient être faites.

³⁵ MORMICHE Pierre, *La dépendance : Le poids et le souci*, in Cahier de la démographie médicale, 1999, avril-septembre, n°2-3, pp 161-177

³⁶ Les personnes handicapées peuvent continuer de bénéficier de l'ACTP après 60 ans sous certaines conditions.

³⁷ Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)

2.2 - La réforme de la tarification et du financement des EHPAD.

Elle est précisée dans deux décrets : le Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées et le Décret n°99-317 relatif à leur gestion budgétaire et comptable. Elle comporte un volet tarifaire et un volet qualitatif. Avant de les envisager, le système de tarification antérieur sera évoqué.

2.2.1 - Le système antérieur de tarification des EHPAD.

A ce jour, la tarification en établissement est fondée sur une répartition binaire des charges entre l'hébergement et les soins. Elle comporte :

☞ **Un forfait hébergement** qui pour les établissements publics ou privés conventionné par l'aide sociale, est fixé par le Président du conseil général. Ce tarif sert parfois de variable d'ajustement en finançant des dépenses relatives aux soins (personnels paramédicaux...)

☞ **Les soins** relèvent de deux modes de financement différents selon que la personne âgée est simplement hébergée (prise en charge classique par le régime général de l'assurance maladie) ou bien prise en charge dans une section de cure médicale relevant d'un prix forfaitaire journalier fixé annuellement par l'assurance maladie. Les établissements non "médicalisés" font appel à des personnels médicaux et paramédicaux libéraux.

2.2.2 - Les objectifs de la réforme.

Selon la direction de l'action sociale du ministère de l'emploi et de la solidarité³⁸, les principaux objectifs de cette réforme de la tarification des EHPAD sont les suivants :

- Améliorer la qualité de prise en charge des personnes en établissement
- Permettre une allocation équitable des ressources en faisant reposer la tarification sur les besoins réels de l'établissement.
- Introduire davantage de transparence sur les services rendus et la gestion.

³⁸ *Les principales interrogations suscitées par la réforme de la tarification des EHPAD : les réponses à dix questions de fond*, direction de l'action sociale, 1999, mars

2.2.3 - Le volet tarifaire de la réforme.

Il apporte une répartition des dépenses et des recettes de l'établissement en trois groupes (appelés sections tarifaires) reflétant les trois composantes de la prise en charge gériatrique en institution.

☞ **Le tarif journalier hébergement** couvre les prestations non liées à l'état de dépendance des résidents : hôtellerie, restauration, entretien, animation, administration générale. Ce tarif est arrêté par le Président du conseil général, il est le même pour tous les résidents. Il est à la charge de la personne ou de l'aide sociale en cas d'insolvabilité.

☞ **Le tarif journalier dépendance** couvre les prestations spécifiques " hors soins " notamment le surcoût hôtelier résultant d'interventions logistiques plus importantes pour le ménage, la lingerie, auxquels s'ajoutent les prestations relationnelles et d'aide à la vie quotidienne (composante sociale de la dépendance). Ce tarif est modulable en fonction du niveau de dépendance de la personne. Il comporte six niveaux, un par GIR, fixé par le président du conseil général. Il peut être financé pour tout ou partie par la PSD, mais il est à la charge de la personne si elle ne satisfait pas aux conditions d'attribution de la PSD ou si elle n'en fait pas la demande.

Le classement de la personne dans l'un des six Groupe Iso Ressource est effectué par l'équipe médico-sociale de l'établissement et validé par un médecin du conseil général et un médecin de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).

En cas de désaccord entre ces deux médecins, la commission départementale de coordination médicale³⁹ tranche et transmet le classement définitif aux autorités chargées de la tarification.

☞ **Le tarif journalier relatif aux soins** couvre les prestations paramédicales liées à l'état de dépendance c'est à dire les soins de nursing (composante sanitaire de la dépendance) et les prestations liées aux affections somatiques et psychiques des résidents. Un tarif soin différent est fixé pour chacun des six GIR par le préfet du Département (pour l'assurance maladie) ou par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pour les soins de longue durée. Il est payé par l'assurance maladie (dotation globale)

L'établissement peut opter entre un tarif journalier global ou partiel. Le tarif global comprend notamment les rémunérations versées aux médecins généralistes et aux auxiliaires libéraux, ainsi que les médicaments, les examens de biologie et de radiologie

³⁹ Arrêté du 26 avril 1999 relatif aux modalités de fonctionnement de la commission départementale de coordination médicale. Cette commission se compose de trois médecins : médecin du conseil général, médecin de la CPAM et médecin inspecteur de santé publique.

courante. Le tarif partiel ne comprend que les charges relatives au médecin coordonnateur et aux infirmières libérales.

La mise en œuvre de ces dispositions doit se faire progressivement. Les établissements dont la capacité est supérieure à 85 places, ainsi que ceux accueillant des personnes dépendantes (GIR moyen pondéré supérieur à 400⁴⁰) seront prioritaires. Les autres établissements devront signer les conventions avant le 27 avril 2001 (sous réserve de prolongation des délais par le ministère).

2.2.4 - Le volet qualité de la réforme.

Il est contenu dans l'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

Il s'appuie sur une contractualisation. En effet la signature d'une convention tripartite, respectant le cahier des charges sera à l'issue de la mise en place de cette réforme, un préalable à la possibilité pour un établissement d'accueillir des personnes âgées dépendantes. Les partenaires conventionnels en cause sont la direction de l'établissement, le président du conseil général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie⁴¹. Les conventions sont passées pour une durée de cinq ans.

Cet Arrêté comporte deux annexes, la première est consacrée au cahier des charges proprement dit, la seconde aux missions, fonctions et compétences professionnelles du médecin coordonnateur introduit par le cahier des charges.

Le cahier des charges s'attache à préciser les contenus de la démarche qualité dans laquelle doivent s'engager les partenaires conventionnels. Il se présente sous la forme d'un guide leurs permettant de fixer des objectifs de qualité. Il comporte des recommandations qui constituent des références qualitatives souples concernant la prise en charge des personnes âgées dépendantes et sert de référentiel à l'introduction d'une démarche qualité.

☞ Il précise le contenu des conventions qui doivent définir :

- les conditions de fonctionnement de l'établissement tant sur le plan financier que sur celui de la qualité des prises en charge et des soins,
- les objectifs d'évaluation de l'établissement,

⁴⁰ Le calcul du GIR moyen pondéré est présenté en annexe 3

- les modalités de son évaluation qui doivent être proposées par chaque établissement dans le cadre d'un rapport formalisé. Cette démarche d'évaluation doit concerner l'ensemble des fonctions de l'institution ainsi que l'ensemble du personnel.

☞ **Il comporte des recommandations** qui visent à garantir la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes sous forme d'objectif à atteindre et d'indications sur les éléments de mise en œuvre pour les atteindre. Ces recommandations concernent :

- la qualité de vie des résidents,
- la qualité des relations avec les familles et amis,
- la qualité des personnels exerçant dans l'établissement,
- l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique comportant des soins coordonnés.

☞ **Il précise les principaux indicateurs** recommandés pour aider à apprécier les différents éléments concourant à la qualité de prise en charge. Ces indicateurs portent sur :

- la vie dans l'institution (le rythme de vie des résidents, les activités proposées, le personnel, les relations avec l'environnement immédiat et l'intégration dans la vie sociale, autres indicateurs),
- des problématiques spécifiques (résidents avec détérioration intellectuelle, incontinence, état douloureux, escarres ou encore en fin de vie).

☞ **Enfin, des outils de suivi** sont recommandés pour favoriser les adaptations des moyens et des financements (tableau de bord annuel regroupant les principaux paramètres médicaux, sociaux et économiques de l'établissement, tableau pluriannuel d'évolution des effectifs du personnel).

2.2.5 - La mission MARTHE.

Une mission d'appui à la mise en place de la réforme (MARTHE) a été mise en place auprès de la ministre de l'emploi et de la solidarité et du secrétaire d'État à la santé et à l'action sociale. Un groupe de travail s'est constitué en juin 1999 comprenant des représentants du ministère, des organismes de contrôle, des établissements et de l'ENSP.

⁴¹ Le Préfet du Département (pour l'assurance maladie) ou par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pour les soins de longue durée.

Ce groupe intitulé " qualité - réforme " a traduit le cahier des charges fixé dans l'arrêté du 26 avril 1999 en un outil d'auto-évaluation utilisable par les établissements. Cet outil d'auto-évaluation doit non seulement permettre de préparer le volet qualité des conventions tripartites, mais aussi guider les établissements dans la mise en place d'une démarche qualité. Il a donc un double objectif, à la fois diagnostique en permettant aux établissements de mettre en évidence les points forts et les points faibles et pédagogique en servant de support à l'engagement d'une démarche qualité.

Les établissements peuvent se doter de l'outil d'auto-évaluation⁴² de leur choix surtout s'ils sont déjà engagés dans une telle démarche. Toutefois dans le cadre de la signature des conventions tripartites, il est souhaitable de définir une méthodologie commune au niveau d'un département et il est nécessaire de s'assurer que les autres outils choisis abordent les différents aspects de la qualité tels qu'ils sont définis dans le cahier des charges.



3 - LA DEMARCHE D'AMELIORATION DE LA QUALITE.

Dans le cadre conventionnel, les établissements doivent s'engager dans une démarche qualité. Avant de présenter le concept de démarche « d'assurance qualité » il convient de définir la notion de qualité.

3.1 - La notion de qualité.

Chacun croit comprendre le mot "qualité", mais il peut avoir des sens différents. D'un point de vue étymologique, la qualité provient des termes "*qualis*" et "*poïotês*," qui qualifient un état, et se réfèrent aux catégories fondamentales de l'être, synonyme d'attribut ou de caractère. Le deuxième sens a une connotation de perfection et d'excellence, "c'est ce qui nous fait apprécier une personne ou une chose"⁴³.

dans le champ sanitaire l'OMS indique qu'elle "permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le meilleur

⁴² En effet, d'autres outils ont été développés par ailleurs, notamment par des fédérations d'établissements. Plusieurs sont présentés dans l'étude.

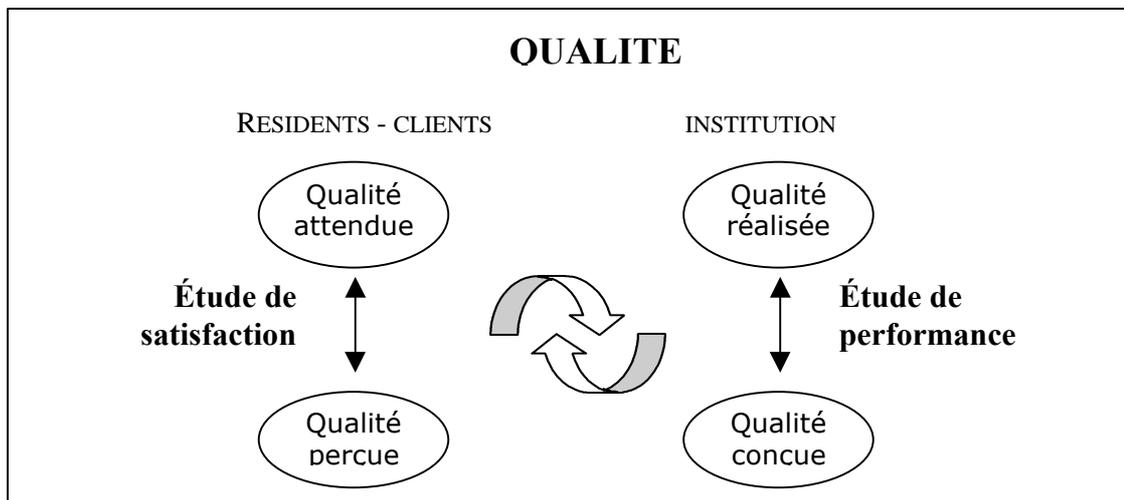
⁴³ Dictionnaire Littré année 1978.

résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins."

Dans le champ de l'assurance qualité, l'International organization for standardization (ISO) la définit comme "l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins explicites ou implicites"⁴⁴. Cette définition peut s'appliquer pour les EHPAD malgré la difficulté des résidents-clients à exprimer leurs opinions. Les professionnels ont un rôle essentiel dans l'émergence de ces besoins qui exprimés ou implicites, doivent être précisés.

On peut décliner la qualité en quatre aspects qui sont complémentaires. La qualité sera atteinte pour un service lorsque les processus seront maîtrisés et que la qualité réalisée et la qualité perçue correspondront à la qualité conçue.

Figure 1 : La qualité : complémentarité entre la satisfaction du résident-client et les performances de l'institution⁴⁵.



3.2 - Historique : du secteur industriel au secteur sanitaire puis au médico-social.

Dans le domaine médical, le développement de l'évaluation des soins et de la démarche d'amélioration de la qualité est en relation d'une part avec l'observation d'importantes variations des pratiques professionnelles et d'autre part avec l'émergence

⁴⁴ Norme ISO 8402 définit le vocabulaire utilisé dans le champ de la qualité, in « *Gérer et assurer la qualité* » recueil de normes française, AFNOR, Paris la Défense, 1996.

⁴⁵ JOING Jean-Luc, *Maîtriser la démarche qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Paris, ESF, Collection Actions Sociales / Société, 1998

d'une crise de confiance des usagers, dont les exigences en matière de santé se sont par ailleurs accrues.

Cette démarche a été initialement développées et appliquées dans l'industrie dans le première moitié du XX^e siècle aux États-Unis avec le travail de standardisation entrepris par l'International Organisation for Standardisation (ISO) avant de diffuser dans tous les pays industrialisés. De l'industrie, elle s'est étendue aux services avant de gagner le secteur sanitaire et en fin le médico-sociale.

Les normes de la série ISO 9000 ont été adaptées au secteur de la santé. Elle a été renforcée par le contenu de l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée et par le décret du 7 avril 1997 précisant les modalités de mise en place de la politique nationale d'accréditation.

Son extension à des structures médico-sociales ne peut se satisfaire d'une simple transposition du sanitaire vers le social. Elle doit dépasser des obstacles méthodologiques (systèmes d'information, indicateurs, référentiels...), des réticences culturelles et des difficultés pratiques.

3.3 - Le principe de la démarche d'amélioration de la qualité.

3.3.1 - Les définitions.

L'amélioration continue de la qualité se définit comme toute "action entreprise dans un organisme en vue d'accroître l'efficacité et le rendement des activités et des processus pour apporter des avantages accrus à la fois à l'organisme et à ses clients"⁴⁶.

Ce concept regroupe un ensemble de méthodes de gestion de projets et d'évaluation qui permet d'intégrer la recherche de la qualité dans les activités de tous les professionnels d'un établissement et ceci à tous les niveaux de l'organisation.

3.3.2 - Les préalables à cette démarche.

La création d'un environnement favorable à l'amélioration de la qualité doit prendre en considération les points suivants⁴⁷ :

⁴⁶ Norme ISO 8402, in AFNOR, op. cit.

⁴⁷ *Gérer et assurer la qualité*, AFNOR, Paris, 1996

☞ **L'engagement de la direction dans la conduite de cette démarche :** Il lui appartient de fixer les objectifs ainsi que la façon de procéder pour les atteindre et de s'assurer de la permanence et de l'efficacité de cette politique.

☞ **L'identification des buts essentiels des objectifs qualités :** Ces buts doivent prendre en compte la satisfaction du client en tenant compte des normes et de l'éthique professionnelle ainsi que les exigences de la société et de l'environnement. Ils doivent aussi assurer l'efficacité de la prestation et s'inscrire dans une amélioration permanente du service.

☞ **La motivation du personnel :** Le comportement de chaque individu a une influence sur la qualité du service. La direction doit promouvoir les valeurs, attitudes et comportements qui stimulent l'amélioration et la motivation (condition de travail, méthodes de travail cohérentes et créatives, reconnaissance et prise en considération, évolution de carrière, formation...).

☞ **La formation aux principes et méthodes de la démarche qualité :** Cette formation doit concerner aussi bien l'encadrement que le personnel.

☞ **La communication :** Améliorer la communication entre les membres du personnel permet de favoriser une attitude coopérative et participative dans la résolution des problèmes. L'existence d'un système d'information approprié est un outil essentiel pour une bonne communication (réunions, information écrite...).

3.3.3 - Le principe de cette démarche.

L'amélioration de la qualité est construite sur l'idée que les défaillances et les non-conformités peuvent-être une source importante d'information et de progrès. Elle repose sur une approche pragmatique et progressive dans laquelle toute action est conduite par les professionnels et associée à une mesure objective. Elle prend en compte la dimension organisationnelles⁴⁸. Son principe est présenté dans Le cycle PDCA (ou roue de Deming). Ce cycle associe successivement⁴⁹ :

- **P** (plan) : Engagement de la direction au travers d'une politique affirmée (planifier, préparer)
- **D** (do) : Mise en œuvre des actions pour atteindre les objectifs et maîtriser les processus
- **C** (check) : Contrôle, mesure, évaluation, analyse et traçabilité des actions

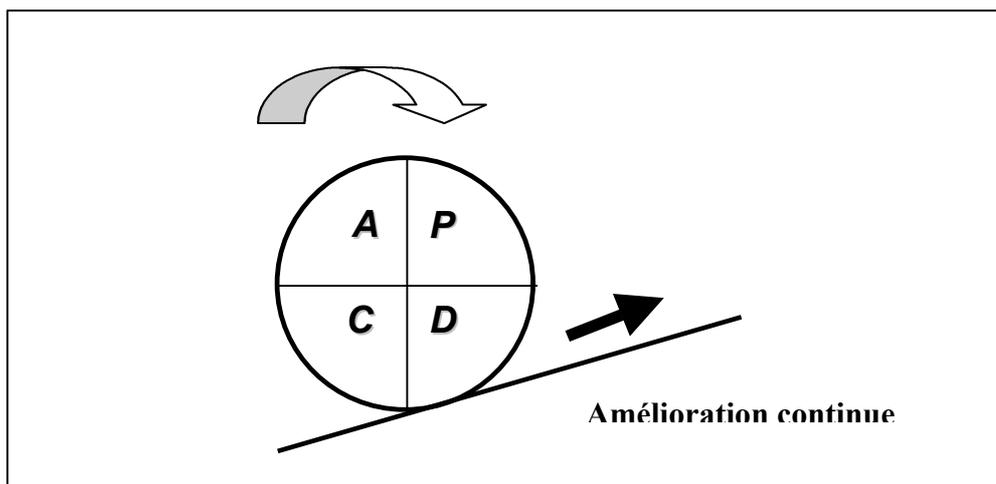
⁴⁸ Préparer et conduire votre démarche d'accréditation : un guide pratique, ANAES, 1999, juin

- **A** (act) : Comparaison entre les résultats et les objectifs pour constamment analyser le système.

Chaque cercle représente un cycle PDCA. L'amélioration continue de la qualité peut être représentée par une spirale, chaque cycle donnant naissance et se prolongeant dans le cycle suivant en une démarche itérative.

Le mode d'entrée dans ce cercle vertueux peut être celui d'une évaluation initiale permettant d'effectuer un état objectif des lieux et des pratiques. Ceci afin de mettre en évidence les forces et les faiblesses d'une organisation, puis de bâtir un plan d'actions sur des objectifs jugés prioritaires. Une nouvelle évaluation pourra être menée au terme des actions mises en œuvre ou bien encore de façon systématique et périodique, chaque année par exemple, pour mesurer les améliorations réalisées et aider à définir de nouveaux objectifs pour la période suivante.

Figure 2 : principe et application de la roue de Deming⁵⁰



3.4 - L'assurance de la qualité

L'objectif de l'assurance qualité, est d'obtenir la confiance de son client en lui prouvant qu'elle a prise en compte ses besoins et mis en place les dispositions permettant de les satisfaire. La terminologie ISO 8402 la définit comme "L'ensemble des activités préétablies et systématiques mises en œuvre dans le cadre du système qualité

⁴⁹ AFNOR, *op. cit.*

⁵⁰ *Guide méthodologique d'accompagnement de la démarche qualité en établissement de santé*, Département MATISS, ENSP, 1999.

et démontrées en tant que de besoin, pour donner la confiance appropriée en ce qu'une entité satisfera aux exigences de la qualité"⁵¹.

Un système documentaire exhaustif et normatif et un système de contrôle contraignant sont donc les pivots de l'assurance qualité⁵².

3.5 - L'évaluation et son référentiel.

3.5.1 - L'évaluation.

La notion d'évaluation regroupe des réalités multiples. On peut retenir la définition suivante qui fait aujourd'hui l'objet d'un consensus : "Évaluer consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes dans le but d'aider à la prise de décision. Ce jugement peut résulter de l'application de normes (évaluation normative) ou s'élaborer à partir d'une démarche scientifique (recherche évaluative)"⁵³.

L'évaluation normative correspond aux fonctions de contrôle, de suivi et de démarche d'amélioration de la qualité. Elle a pour objet d'apprécier trois dimensions : la structure, le processus, les résultats. L'appréciation de la structure vise à mesurer l'adéquation entre les ressources employées et les résultats escomptés (compétence du personnel,..), celle du processus cherche à mesurer si les services (dimension technique, relation interpersonnelles, organisationnelle) sont adéquats pour atteindre les résultats escomptés et celle des résultats consiste à se demander si les résultats observés correspondent à ceux attendus.

D'un point de vue opérationnel, évaluer c'est apprécier objectivement l'efficacité d'une démarche et en vérifier la bonne réalisation, détecter et quantifier les écarts, fournir les éléments favorisant l'amélioration. Il s'agit donc d'un processus d'aide à la décision, en particulier pour une affectation pertinente des ressources, mais dont le principe n'est pas toujours accepté sans réticence. L'évaluation est un préalable à l'introduction d'une démarche qualité. Cette évaluation peut être conduite selon différentes techniques qui dans le cas d'une organisation sanitaire peuvent-être celle de

⁵¹ AFNOR, op. cit.

⁵² *Préparer et conduire votre démarche d'accréditation : un guide pratique*, ANAES, 1999, juin

⁵³ CONTANDRIOPOLULOS André Pierre, *L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes*, Lille, GREGE, 1992

l'audit interne (évaluation interne ou auto-évaluation) ou de l'audit externe réalisée par un organisme tiers (accréditation ou certification⁵⁴).

Dans le cadre de la réforme de la tarification des EHPAD, la modalité retenue est celle de l'auto-évaluation. Pour être crédible, elle exige une méthode rigoureuse du point de vue technique et déontologique. Elle nécessite d'avoir une honnêteté vis-à-vis de l'appréciation du niveau de performance rencontré et de le traduire dans une valeur adéquate pour la cotation. La finalité de l'auto-évaluation n'est pas de s'attribuer le score maximal mais de situer son niveau de référence et mesurer l'écart entre le réel et le possible (non entre le réel et l'idéal). Il s'agit d'une part de vérifier la conformité à un référentiel pré établi et d'autre part de comprendre et de résoudre une conjonction d'événements qui conduisent à une erreur (et non pas de révéler une culpabilité).

3.5.2 - Le référentiel et les indicateurs.

Il peut se définir comme l'énoncé d'une attente ou d'une exigence permettant de satisfaire la délivrance de prestation de qualité. Il se décline en critères⁵⁵.

L'utilisation d'indicateurs⁵⁶ permet de faciliter l'appréciation des actions entreprises par l'établissement. Un indicateur n'a de signification que s'il permet de caractériser une situation et d'effectuer des comparaisons dans le temps ou dans l'espace. Les indicateurs retenus pour être considérés comme valides doivent être simples et compréhensibles par l'utilisateur, faciles à mettre en œuvre et en nombres limités, pertinents, reproductibles et fiables, le résultat de la mesure devant être identique si celle-ci est effectuée à plusieurs reprises dans un temps considéré comme court. Ils sont le plus souvent exprimés sous forme de ratio. Un indicateur peut donner lieu à une interprétation erronée. Il doit être examiné dans son contexte et confronté aux appréciations issues d'autres sources.



⁵⁴ Procédure qui sert à faire valider la conformité d'un système qualité aux normes ISO 9000 par un organisme certificateur compétant et indépendant permettant de donner une assurance écrite qu'un produit, un processus, ou un service est conforme aux exigences spécifiées (AFNOR).

⁵⁵ Le critère est l'énoncé d'un moyen ou d'un élément plus précis permettant de satisfaire l'exigence du référentiel. Il doit dans la mesure du possible être mesurable, objectif et réalisable

⁵⁶ Donnée objective qui décrit une situation d'un point de vue quantitatif.

L'ETUDE

Après la présentation des objectifs de ce travail (1), et le contexte départemental dans lequel il s'inscrit (2), sont présentés la méthodologie et les résultats pour chacun des trois volets qui le compose : l'étude de différents outils (3) le test (4), les groupes de travail (6). La discussion (5) qui suit intègre les propositions qui peuvent être faites. Celles ci sont présentées dans un encadré à la fin de chaque chapitre.

1 - LES OBJECTIFS DE L'ETUDE.

L'objet de ce travail est d'apprécier dans quelle mesure la grille d'auto-évaluation de la qualité en EHPAD, élaborée par le ministère, va permettre aux établissements de s'approprier une démarche d'amélioration de la qualité dans le cadre de la réforme de la tarification. Lors de la phase exploratoire préalable à ce travail, quatre hypothèses ont été émises :

☞ **Hypothèse 1** : L'outil est utilisable en l'état par les établissements et permet d'atteindre les objectifs qui lui sont assignés.

☞ **Hypothèse 2** : L'outil nécessite des aménagements ou des mesures d'accompagnement.

☞ **Hypothèse 3** : L'outil complexe à utiliser, comportant des questions sur des points connus par ailleurs ou sur lesquels les acteurs n'ont pas prise, n'est pas accepté par les établissements.

☞ **Hypothèse 4** : Cet outil d'auto-évaluation ne permet pas aux établissements d'initier une démarche d'amélioration de la qualité.

Pour répondre à la question initiale, j'ai effectué en préalable une recherche bibliographique, et une comparaison avec les autres outils existants.

J'ai ensuite conduit un travail sur le terrain, dans le cadre d'un stage en Seine Saint Denis, qui a comporté deux volets :

- **L'organisation du test de la grille d'auto-évaluation** dans une douzaine d'établissements du département. En effet à cette période, la rédaction de la version initiale de cette grille venait d'être achevée, il convenait donc dans un premier temps d'apprécier la faisabilité et l'acceptabilité de cet outil lors d'une première utilisation par les établissements. Les résultats de ce test devant être transmis au groupe "qualité – réforme" de la mission MARTHE afin de contribuer à proposer d'éventuelles évolutions de l'outil vers une version définitive utilisable en pratique quotidienne.

- **L'engagement d'une réflexion sur la qualité** et sur l'introduction de la démarche qualité en EHPAD avec les partenaires. Compte tenu de l'importance de communiquer de façon globale autour de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, il a été envisagé dès la phase exploratoire, d'intégrer ce travail dans une réflexion conduite au niveau du département de la Seine Saint Denis sur la mise en place de cette réforme.



2 - LE CONTEXTE LOCAL DE L'ETUDE.

Un schéma départemental de la prise en charge des personnes âgées est en cours d'élaboration, piloté par le conseil général. Un des volets du programme régional de santé sera consacré aux personnes âgées. Le Directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de Seine Saint Denis, assure avec l'échelon régional la liaison entre différents groupe de travail abordant plusieurs thématiques.

2.1 - Le département de la Seine Saint Denis.

Le département de la Seine Saint Denis est "peu âgé" si on se réfère aux chiffres nationaux.

Tableau 2 : Population en 1995⁵⁷

	-20 ans	60 ans et plus	75 ans et plus	85 ans et plus
nombre en Seine st Denis	405 000	192 000	54 000	18 000
% en Seine st Denis	29 %	13,7 %	3,9 %	1,3%
% France	26,4 %	19,8 %	6 %	1,9 %

INSEE

Selon l'INSEE, au 1^{er} janvier 1997, il y avait 56 837 personnes de 75 ans et plus.

L'espérance de vie y est inférieure à la moyenne nationale, 71,9 ans pour les hommes et 80,2 ans pour les femmes versus 72,6 et 80,8 ans en moyenne nationale⁵⁸.

Les projections pour 2020⁵⁹ prévoient pour le département, 178 212 personnes de 65 ans et plus (12,4 % de la population) et 28 464 personnes de 85 ans et plus (2 %).

⁵⁷ CID, op.cit.

2.2 - Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en Seine Saint Denis.

Le département est sous doté en équipements d'hébergements pour personnes âgées, si on se réfère aux moyennes nationales. Le nombre de places en hébergement et soins de longue durée est de 111,2 pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus, la moyenne nationale est de 168,5⁶⁰. Le taux de place de section de cure médicale est de 22,8 versus 35,5 en France.

Il y a 34 maisons de retraite pour une capacité d'accueil de 2951 lits.

15 établissements comportent plus de 85 lits.

22 établissements bénéficient d'un agrément aide sociale.

Tableau 3. : Capacité d'accueil des établissements pour personnes âgées en Seine Saint Denis

	Maisons de retraite publiques		Maisons de retraite privées		Foyers logements	Longs séjours
	hôpitaux	autonomes	Non lucratifs	commerciales		
Nombre d'établissements	2	8	14	10	46	4
Capacité d'accueil	160	1084	1747	624	2902	396

SESI : enquête EHPA situation au 31.12.1996



3 - LA COMPARAISON AVEC D'AUTRES OUTILS D'EVALUATION DE LA QUALITE EN EHPAD.

3.1 - Matériel.

A ce jour, plusieurs outils d'évaluation de la qualité en EHPAD ont été conçus. Nous en avons étudié plus particulièrement quatre.

⁵⁸ CID : Chiffres et indicateurs départementaux CID 1998, la Documentation Française, Paris, 1998

⁵⁹ *Projection des populations des régions françaises*, in Horizon 1990-2020, INSEE démographie et société, 1995, janvier, n°39 à 41

⁶⁰ *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées : Enquête EHPA situation au 31.12.1996*, SESI documents statistiques, 1998, janvier, n°297

- La "**méthode d'évaluation de la qualité de vie en établissements d'hébergement pour personnes âgées**". Cette grille a été élaborée par la Fondation Nationale de Gérontologie (FNG) et le Groupe d'Étude et de Recherche sur les Handicaps de la Sénescence (GERHSE) en 1987.
- Le "**guide d'évaluation de la qualité**" : Cette grille a été élaborée par Sud retraite, un syndicat regroupant des établissements privés à caractère commercial en 1998.
- Le "**guide d'évaluation pour les EHPAD**" : Cette grille a été élaborée en 1999 par deux syndicats regroupant des établissements privés à caractère commercial : Le Syndicat national des cliniques de convalescence, régime, repos et établissements d'accueil pour personnes âgées (CRRR) et la fédération nationale des établissements d'accueil pour personnes âgées dépendantes (FNEAPAD). La société SOCOTEC SA. A également participé a ce travail.
- Le "**référentiel de certification de services**" : Ce référentiel a été élaboré par une fédération regroupant des établissements privés à but non lucratif, Fédération nationale accueil et confort pour personnes âgées (FNACPA) et une fédération regroupant des établissements privés à caractère commercial ou à but non lucratif union nationale des établissements privés pour personnes âgées (UNEPPA) en 1999.

Les deux derniers outils ont été élaborés dans le cadre de la réforme de la tarification et en vue d'une démarche de certification de service.

3.2 - Méthode.

Les outils ont été comparé et analysé selon une grille contenant les éléments suivant :

- l'auteur,
- les objectifs de l'outil,
- la structure (mode de cotation, présentation...),
- les thèmes développés.

Dans un second temps, les thèmes concernant l'organisation des soins et la prise en compte de l'avis des usagers ont été analysés en comptabilisant et comparant les questions en fonction de mots clefs.

3.3 - Résultats.

3.3.1 - L'analyse globale.

La grille d'évaluation de la FNG est antérieure aux autres. Elle a été élaborée en 1987 afin de mener sur le terrain des études au sein de structures volontaires souhaitant travailler un projet de vie. Cette évaluation est effectuée avec la participation de l'ensemble du personnel, par un membre de l'équipe de la FNG. Les autres outils ont été conçus dans le cadre de la réforme de la tarification. Ils ont aussi un objectif de certification par des organismes accrédités.

Les outils élaborés par CRRR et Sud retraite sont des outils d'auto-évaluation, en revanche le manuel de la FNACPPA est un référentiel présentant pour différents thèmes les caractéristiques d'un objectif à atteindre.

Les réponses aux différentes grilles se font par une cotation en 4 niveaux. Pour l'une il s'agit d'une cotation standard, pour les deux autres, il est proposé pour chaque question, un choix de réponse détaillant différents niveaux de qualité. Les réponses font l'objet d'une cotation chiffrée. La grille CRRR comporte à la fin de chaque thème, une page permettant de faire le récapitulatif des points forts et des points faibles de l'établissement ainsi que de noter les objectifs à atteindre.

Les domaines couverts par les différents outils se recoupent en grande partie même si les intitulés et le découpage des questions sont parfois différents. Toutefois les différents thèmes n'ont pas un développement identique, notamment pour ce qui concerne la prise en charge médicale, mais aussi pour les droits et liberté, le projet institutionnel ou la prise en charge de la dépendance. Les thèmes abordés dans chaque outil sont détaillés dans le tableau présenté en annexe 8.

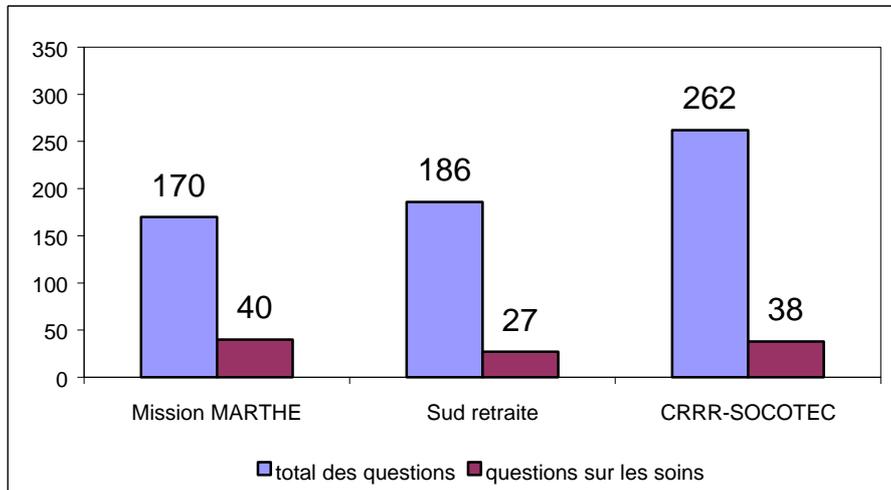
3.3.2 - L'analyse des domaines particuliers.

Cette analyse a été faite entre les trois grilles d'auto-évaluation qui avaient des objectifs comparables à savoir la grille élaborée par le ministère, celle par le CRRR et enfin par Sud retraite (la grille d'évaluation de la FNG ne comporte aucune question sur l'organisation des soins). A travers l'analyse de thèmes spécifiques, les différences entre les outils sont plus explicites.

Concernant l'organisation et la prise en charge des soins, la proportion des questions sur ce thème est différente, la grille du ministère abordant ce chapitre dans un

nombre plus important de questions (ont été comptabilisées les questions se référant aux soins ou au rôle du médecin dans l'ensemble du questionnaire).

Figure 3 : nombre de questions portant sur les soins



Les trois questionnaires différents aussi en fonction des sujets abordés. On voit ainsi que dans la grille de Sud retraite, le médecin n'est mentionné qu'à travers l'une des propositions de réponses à la question portant sur l'existence d'un "responsable de la médicalisation". Si le questionnaire élaboré par le ministère aborde les différents aspects des soins spécifiques, il n'en va pas de même pour les deux autres questionnaires. Dans le questionnaire de Sud retraite l'hydratation et la prévention des escarres sont abordés dans le cadre de la prise en charge de la dépendance. En revanche ce dernier aborde en détail la préparation et la distribution des médicaments. Comme CRRR, SOCOTEC, il détaille les procédures à mettre en œuvre lors d'une hospitalisation.

L'importance de la prise en compte de l'avis des résidents est relativement comparable dans les trois questionnaires. Ils reprennent les mêmes éléments : Questionnaire de satisfaction, réunions institutionnelles ou autres, recueil des habitudes... Toutefois, seul le questionnaire du ministère évoque le suivi des plaintes. Le tableau présenté en annexe 9, récapitule par mots clefs, le nombre de questions dans chaque grille.



4 - LE TEST DE FAISABILITE DE LA GRILLE.

4.1 - Matériel : La grille d'auto-évaluation élaborée par la mission MARTHE.

Elle reprend, traduite sous forme de questions, les recommandations contenues dans le cahier des charges. La version zéro de l'outil, qui a fait l'objet du test se trouve en annexe 4.

4.1.1 - Les questions.

Elles sont au nombre de 170 dans cette version. Elles sont regroupées en cinq grands chapitres qui abordent :

I - Attentes et satisfaction des résidents et familles

- 1 - Accueil et admissions
- 2 - Droits et libertés
- 3 - Restauration
- 4 - Vie sociale

II - Besoins d'accompagnement et de soins des résidents et réponses apportées

- 1 - Maintien de l'autonomie
- 2 - Organisation des soins
- 3 - Aides et soins spécifiques
- 4 - Hôtellerie
- 5 - Personnel

III - L'établissement et son environnement

- 1 - Ouverture sur l'extérieur et communication
- 2 - Réseau gérontologique et soins coordonnés
- 3 - Respect de la législation
- 4 - Sécurité et maintenance
- 5 - Projet institutionnel

IV - Démarche qualité

V - Convention et qualité

4.1.2 - La cotation.

Deux modes de cotation sont utilisés : soit en binaire, oui / non (85% des questions) soit en quatre niveaux, A, B, C, D.

Pour la cotation en quatre niveaux, chaque proposition de réponse fait l'objet d'une formulation personnalisée dont l'énoncé reprend les niveaux de qualités évoqués dans la référence. La graduation des niveaux de réponses reprend le principe de l'échelle d'appréciation du manuel d'accréditation élaboré par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)⁶¹ :

4.1.3 - Les indicateurs.

A chaque question est associé un ou plusieurs indicateurs. Ces indicateurs ont pour objet d'aider à apprécier de la façon la plus objective possible les éléments concourant à la qualité de prise en charge des résidents. De plus, comme pour les questions, leurs seuls énoncés peuvent avoir aussi une vertu pédagogique dans le cadre de l'auto-évaluation. Cette colonne reste à compléter pour enrichir la démarche. A défaut d'indicateur, la ou les sources possibles d'information permettant de répondre à la question sont évoquées.

4.1.4 - La présentation.

La grille d'auto-évaluation version 0 n'est disponible pour les établissements que sous forme papier. Une présentation sur disquette informatique est envisagée pour la version définitive.

Elle se présente sous l'aspect d'un tableau qui comporte six colonnes où sont mentionnées : le thème, les mots clefs, les questions, les indicateurs et / ou les sources d'information, la cotation, pour laquelle plusieurs colonnes sont prévues et les commentaires. Cette colonne est destinée à recevoir des informations complémentaires éventuelles, voire à indiquer les actions correctives possibles, évoquées collectivement au cours des séances d'auto-évaluation et à partir desquelles des priorités pourront être dégagées pour préparer le contenu des conventions tripartites et l'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité.

Cet outil est prévu pour effectuer une auto-évaluation chaque année, pendant 5 ans⁶². La colonne an 0 permet "un état des lieux" avant la signature de la convention

⁶¹ **A** : l'établissement satisfait à la référence, **B** : l'établissement satisfait en grande partie à la référence, **C** : l'établissement satisfait partiellement à la référence, **D** : l'établissement ne satisfait pas à la référence.

⁶² la convention tripartite à une durée de 5 ans

pluriannuelle. Elle peut ainsi les objectifs prioritaires à atteindre pour parvenir à une prise en charge de qualité au terme des cinq ans.

4.2 - Méthode.

4.2.1 - Le choix des établissements.

Il a été décidé de réaliser le test sur environ un tiers des établissements du département, soit une douzaine d'établissements. Les établissements retenus étaient tous volontaires. Un accord de principe pour participer à ce travail a été recueilli lors d'une pré-enquête téléphonique qui c'est déroulée en août 1999. Une liste initiale a été constituée de manière à compter un nombre équivalent d'établissements publics, privés associatifs et privés à but lucratif. Pour chacune de ces catégories juridiques, des établissements de capacité différente, plus de 85 lits et moins de 85 lits, ont été retenus. Lorsque plusieurs établissements satisfaisaient aux mêmes critères, il a été procédé à un tirage au sort. Au cours de la réunion de présentation, il a été proposé d'étendre le test à tout établissement volontaire. Un établissement supplémentaire a souhaité se joindre à ce travail.

Lors de la phase du test, parmi les établissements retenus, trois souhaitaient signer rapidement une convention tripartite.

4.2.2 - Le déroulement du test.

Le test a comporté quatre phases :

a - Présentation de la démarche aux établissements.

Une réunion a été organisée conjointement par la DDASS et le conseil général de la Seine Saint Denis le 25 octobre 1999 afin de présenter aux différents partenaires l'organisation d'une réflexion collective sur la mise en œuvre de la réforme de la tarification. J'ai exposé dans le cadre de cette réunion, le protocole de ce test, en présentant :

- un rappel des principes de la démarche qualité,
- les objectifs de la grille d'auto-évaluation élaborée par la mission MARTHE,
- les objectifs de ce test : Apprécier en priorité la faisabilité et l'acceptabilité de cet outil dont la vocation est d'être utilisé par l'ensemble des établissements dans le cadre de la réforme de la tarification. Il a été précisé que les résultats concernant ces deux

points seraient transmis au groupe qualité de la mission MARTHE afin de contribuer à faire évoluer cet outil non encore finalisé.

- la grille d'auto-évaluation et les consignes pour son utilisation : Elle doit être renseignée par une équipe multiprofessionnelle intégrant les différents secteurs de l'établissement, les questions devant être examinées collectivement, si possible dans une unité de temps restreinte (quelques heures),
- les deux questionnaires spécifiques de l'étude,
- les modalités de recueil des données du test.

b - Utilisation de l'outil par les établissements.

La grille d'auto-évaluation était lors du test, accompagnée par deux questionnaires élaborés spécifiquement pour cette étude.

L'un était destiné à recueillir l'avis de l'établissement sur la globalité du test pour évaluer des éléments de faisabilité et d'acceptabilité. Il abordait des aspects pratiques : durée du test, personnes ayant participé, mais aussi des aspects techniques sur l'apport de cette grille pour évaluer la qualité des prises en charge et la capacité de l'outil à identifier les points forts et les points faibles (*annexe 5*) .

L'autre abordait pour chaque question, des éléments d'appréciation concernant la pertinence et l'applicabilité du critère ainsi que la compréhension de l'énoncé (*annexe 6*).

Les réponses à ces questionnaires devaient se faire à l'aide d'une cotation en quatre niveaux A, B, C, D⁶³. Pour les réponses « D », il était demandé que les équipes expliquent leurs positions et présentent si besoin, des propositions (facultatif pour les autres réponses).

Le test s'est déroulé dans les établissements sur une période d'un mois.

c - Recueil des données.

J'ai effectué le recueil des données en me déplaçant dans chaque structure, et en reprenant pour chaque question de la grille, lors d'un entretien avec tout ou partie de l'équipe, les éléments suivants : l'énoncé de la cotation, le commentaire sur la réponse, les critiques de la question (cotation, formulation, définitions...) et les réponses au questionnaire destiné à recueillir l'avis global sur la grille d'auto-évaluation.

⁶³ A : oui B : en grande partie C : partiellement D : non

d - L'exploitation des données

Elle a consisté en un tri à plat des réponses des établissements, en séparant d'une part les remarques sur l'outil et d'autre part le contenu de l'évaluation de la qualité afin de procéder à une analyse essentiellement qualitative.

4.3 - Résultats

4.3.1 - Un test réalisé en grande partie selon les consignes et globalement bien accepté :

Ce projet a été réalisé selon la méthode et le calendrier prévu, toutefois les deux questionnaires spécifiques ont rarement été renseignés lors de l'utilisation de la grille, ils ont servi de grille d'entretien lors de la phase de recueil. Tous les établissements initialement prévus ont effectué le test dans sa totalité. En revanche pour l'un d'entre eux, il n'a pas été possible pour des raisons de disponibilité, de se rendre dans l'établissement afin de procéder au recueil des données selon le même protocole. Les résultats obtenus dans cet établissement n'ont pas été pris en compte.

La moitié des établissements l'ont utilisé en équipe pluridisciplinaire, 4 en équipe de direction comportant le directeur, l'infirmier référent et le médecin, dans les deux autres structures, le directeur l'a rempli seul. Le déroulement du test a mobilisé les personnes en moyenne une demi-journée mais les écarts sont importants : d'une heure lorsque la grille a été remplie par le directeur seul à plusieurs demi-journées dans un établissement qui a souhaité faire participer l'ensemble du personnel en organisant plusieurs réunions dans les différents services.

Concernant la consigne de remplissage de la grille, malgré le rappel à chaque page du mode de cotation⁶⁴, deux établissements ont répondu à l'ensemble des questions en utilisant une cotation à 4 niveaux A, B, C, D où A correspondait à un critère complètement satisfait.

Les établissements n'ont pas mentionné de difficultés particulières pour organiser le test. Toutefois cette démarche a suscité des inquiétudes dans certaines équipes qui l'ont perçu au départ comme une menace ou un contrôle de leur activité. Ces réticences ont été levées par les directeurs concernés, en expliquant à nouveau les objectifs du test. A l'inverse, des équipes se sont senties reconnues et valorisées d'être associées à une telle démarche.

⁶⁴ "en l'absence de cotation A, B, C, D, coter Oui ou Non à chaque question"

Les établissements ont eu plusieurs types d'appropriation du test. Pour certains, l'objectif prioritaire au travers du test, était de montrer leur capacité à rentrer rapidement dans le cadre de la réforme. D'autres l'ont utilisé comme support pour engager une réflexion sur les pratiques de travail avec les équipes, notamment pour reprendre les consignes sur le respect des personnes. Ces consignes ne sont en effet pas toujours appliquées par les équipes.

Ce test a permis de mettre en évidence le faible niveau de connaissance des acteurs sur les principes de la démarche qualité, même si certains des directeurs commencent à y être formés. Les équipes ont eu des difficultés pour comprendre les questions du chapitre sur la qualité.

La longueur du questionnaire n'a pas posé de problème. Il a même été regretté que certains thèmes⁶⁵ ne soient pas plus développés.

Les établissements ont dressé un bilan globalement positif de l'outil, considérant qu'il permettait d'évoquer les différents champs de la qualité. Toutefois, ils ont estimé que le test ne leur avait pas permis de repérer des dysfonctionnements jusque là inconnus à l'exception de l'absence de formalisation et de la faiblesse du système documentaire. Les établissements qui ont utilisé un autre questionnaire⁶⁶ préfèrent son "ergonomie" : formulation des questions, système de cotation, présentation et existence d'un espace permettant de faire une synthèse des points forts et des points faibles et de formuler des objectifs qualité. On peut noter que cette grille permet aussi de mieux valoriser leurs points forts tel que l'accueil, la restauration....

Les établissements, bien que sollicités n'ont pas été en mesure de proposer de formulations alternatives aux questions ou de nouvelles questions (ce qui témoigne de la difficulté de "l'exercice").

4.3.2 - Des réserves sur une interprétation de l'auto-évaluation qui ne prendrait en compte que le niveau de cotation.

Les deux derniers chapitres concernant la démarche qualité et les conventions ont posé des problèmes particuliers qui ont déjà été évoqués. Les résultats présentés dans ce paragraphe portent sur le reste du questionnaire soit 143 des 170 questions de la grille d'auto-évaluation.

Pour de nombreuses questions (84 soit environ 60 %), les auto-évaluateurs ont rencontré des difficultés dans le choix du niveau de cotation. **Ces difficultés n'ont pas**

⁶⁵ L'animation et la gestion de l'incontinence ont été souvent cités

⁶⁶ Deux établissements ont utilisé précédemment celui établi par la socotec.

permis de faire un traitement statistique des réponses obtenues à partir de la cotation, néanmoins une analyse a été réalisée en comparant le commentaire et la cotation retenue. Elles se sont traduites par :

- Un choix de cotation différent entre les établissements, avec un commentaire identique et une pratique comparable.
- A l'inverse, une même cotation peut correspondre à des commentaires différents.
- Un aménagement de la cotation avec le plus souvent, une transformation en 4 niveaux d'une cotation initialement en oui /non.
- Une réponse ne portant que sur l'un des aspects de la question.

Figure 4 : L'origine des erreurs de cotations

Ces difficultés sont le plus souvent en relation soit avec le système de cotation retenu soit avec la formulation des questions.

a - Le système de cotation ne permet pas de nuancer les réponses.

☞ **La cotation en oui / non ne permet pas d'apporter de nuance** dans la réponse pour 11 questions. Par exemple : «le médecin coordonnateur participe-t-il à des réunions de directions ? » dans plusieurs établissements le médecin ne participe qu'occasionnellement (manque de temps ou ne vient que si les sujets abordés le concernent)

☞ **La formulation des réponses A, B, C, D ne permet pas de trouver la bonne proposition** pour 8 questions. Par exemple : « Existe t-il des plans d'actions d'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne basés sur des évaluations individuelles ? A : oui, formalisé avec évaluation périodique – B : oui, formalisé sans évaluation périodique – C : oui, non formalisé et absence d'évaluation périodique – D : absence de protocole » dans la pratique si les plans d'actions ne sont pas formalisés, certains établissements procèdent à des évaluations de la situation des personnes.

b - La formulation des questions est parfois complexe.

☞ **La question comprend dans son énoncé, plusieurs propositions**, ce qui rend difficile le choix de la cotation si une partie seulement de ces propositions est satisfaite (14 questions) : « la protection des biens et des personnes est-elle organisée ? » ; « existe-t-il un dispositif permettant de recueillir les attentes et souhaits des résidents et de leurs familles à propos des repas (bilan d'entrée sur les habitudes alimentaires antérieures, les goûts et les dégoûts, enquêtes périodiques de satisfaction, réclamations...) »

☞ **Certaines questions ne sont pas comprises** (33 questions) ; « les chutes font-elles l'objet d'un suivi des fractures secondaires ? » ; « l'organisation des espaces et le fonctionnement de l'établissement sont-ils conformes au projet de vie ? ».

Pour d'autres questions, certaines expressions nécessitent des précisions « l'établissement organise-t-il les moyens permettant aux résidents de pratiquer le culte de leur choix » ; « Existe-t-il une permanence des soins médicaux, interne ou externe, incluant les urgences ? ».

Enfin certains termes nécessitent une définition plus précise : « Système de soins coordonnés », « médecin coordonnateur », « référent institutionnel », « avis médical ».

☞ **Autres** : certaines questions ont une formulation longue et complexe, les équipes ont alors tendance à ne faire porter la réponse que sur une partie de la question. Ces difficultés de compréhension des questions contribuent à augmenter la durée de passation du test, certaines ont nécessité une nouvelle formulation de la part de la personne qui pilotait l'auto-évaluation.

4.3.3 - Un regard critique sur les questions proposées.

Les établissements ont reconnu que la grille abordait les principaux champs qui participent à appréhender la qualité d'un établissement toutefois ils émettent des remarques sur l'importance accordée à certains aspects de la prise en charge.

a - Certains thèmes sont peu développés.

On peut citer notamment l'incontinence (1 question) et l'animation (3-4 questions). Pour cette dernière, les établissements ont estimé qu'elles ne permettaient pas de cerner ce champ. Ils ont regretté l'absence de critères pour apprécier la pertinence du programme d'animation au regard de la dépendance et des troubles des fonctions supérieures des résidents. Ils ont évoqué d'autres éléments à prendre en compte pour évaluer cette activité : personnes contribuant aux animations, liste des activités proposées, prise en compte des besoins et des attentes des résidents, nombre de résidents impliqués dans ces différentes activités...

b - Certains thèmes ne sont pas abordés par l'angle le plus important.

On peut citer en exemple la question évoquant le dossier médical⁶⁷ qui porte sur les personnes ayant contribué à son élaboration et non à son contenu. De même, les questions sur les chutes⁶⁸ s'attachent à préciser à qui elles sont signalées et s'il y a un suivi des fractures secondaires mais n'abordent pas les circonstances et la réflexion nécessaire sur les mesures préventives.

c - Un accent très important est mis sur la médicalisation et le rôle du médecin coordonnateur.

Le nombre de fois où le terme « le médecin coordonnateur » figure parmi les 32 mots clefs qui mentionnent un des acteurs de l'établissement, en est un symbole

Figure 5 : Nombre de citations des différents acteurs dans les mots clefs

⁶⁷ Existe-t-il un dossier médical type ? : **A** oui, élaboré par le médecin coordonnateur, en lien avec l'infirmier référent et l'équipe soignante, dont les intervenants les libéraux. - **B** oui, élaboré par l'infirmier référent sans l'équipe soignante. - **C** oui, sans précision sur l'élaboration. - **D** non

Cet aspect apparaît aussi si l'on étudie la fréquence d'apparition dans les questions, des différents acteurs concernés par le fonctionnement d'un EHPAD.

Figure 6 : Nombre de questions où figure les différents acteurs

Peu de questions s'adressent directement aux équipes, elles concernent essentiellement l'élaboration du projet de soin et les transmissions entre les équipes. Certaines abordent sous un angle médicalisé des domaines pris en charge au quotidien par les soignants tel que les repas mixés ou la prise en charge de l'incontinence.

Les processus de décisions par les soignants (seul, lors de transmissions, en réunion d'équipe..) des prises en charge individuelles (toilette, incontinence, repas mixé...) ne sont abordés que dans une question⁶⁹.

Le travail de réflexion des équipes sur leurs pratiques et les différents aspects de la prise en charge n'est pas valorisé en l'absence de procédure écrite.

d - L'abord privilégie un des aspects de la démarche qualité : le système documentaire, au dépend d'un autre : la prise en compte des attentes et des besoins des "clients".

⁶⁸ les chutes font-elles l'objet d'un signalement systématique, si oui à qui ? d'un suivi des fractures secondaires ? d'un protocole de prise en charge clairement défini ?

⁶⁹ Existe t-il des plans d'actions d'aide aux actes de la vie quotidienne (toilette, déplacement...) basés sur des évaluations individuelles ?

Les questions qui cherchent à mettre en évidence la présence d'un système documentaire sont très nombreuses (directement dans la question ou par l'intermédiaire des indicateurs mentionnés).

Pour plusieurs de ces questions (13 questions), la réponse de certains établissements portait sur la prise en compte de ce domaine et non pas sur l'existence d'un protocole. Par exemple à la question "la survenue d'une dénutrition fait-elle l'objet d'un protocole de prise en charge adapté ?", la plupart des établissements ont dans leurs commentaires expliqué qu'il n'y avait pas de protocole formalisé, la prise en charge des personnes dénutries faisait l'objet d'une prescription individualisée. Cette réponse a été cotée de différentes façons : oui, non et oui plus ou moins.

A l'issue du test, la plupart des établissements citaient l'absence de système documentaire comme principal point faible, parfois aux dépens d'une analyse plus critique de certaines de leurs pratiques.

Si les établissements prennent conscience de la nécessité de ce système documentaire et commencent à travailler sur l'élaboration de certains protocoles, il existe encore des freins culturels et matériels (manque de temps) à son développement.

La recherche de la prise en considération des attentes, des souhaits et des besoins de la personne âgée est peu développé même si l'individualisation des prises en charge est bien mentionné notamment dans les questions portant sur les plans d'actions d'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne et le contenu du projet de soins. On peut noter que cette prise en considération est essentiellement associée à l'organisation d'enquête de satisfaction.

Figure 7 : Nombre de questions portant respectivement sur l'existence d'un système documentaire et le recueil de l'avis des personnes.

4.3.4 - Au regard des résultats, la qualité des établissements ayant participé au test apparaît globalement satisfaisante.

Cette analyse a pris en compte pour chaque question la cotation et les commentaires. Elle reprend les 14 thèmes développés dans la grille d'auto-évaluation.

La plupart des objectifs de qualité sont pris en compte dans les établissements, avec toutefois des niveaux de réflexion différents. En effet on peut remarquer que les établissements n'ont pas la même perception de leurs points faibles ni la même approche critique de leurs pratiques.

☞ **Accueil et admissions** : Il existe une certaine convergence des pratiques pour ce chapitre. La réponse à une demande externe de renseignement est organisée mais non formalisée.

Tous les établissements ne disposent pas d'un contrat de séjour ou d'un règlement intérieur (pour 1/3 il est en cours). Lorsqu'ils existent, ces documents sont le plus souvent remis à l'arrivée.

La charte « droits et libertés des personnes âgées » est affichée (une exception), connue et appliquée dans la mesure du possible.

☞ **le respect des personnes** : Il y a unanimité dans les réponses aux questions concernant ce thème.

Concernant la tenue, tous les résidents qui ne sont pas confinés au lit portent une tenue de ville, certains ont signalé l'importance qu'elle soit maintenue propre et adaptée aux évènements. L'importance des sous-vêtements a été rappelée une fois.

La consigne de frapper à la porte est le plus souvent respectée (dans plusieurs établissements, il y a eu un débat pour savoir s'il faut frapper à la porte des résidents qui ne peuvent répondre).

La consigne concernant les expressions de familiarités est de ne les utiliser qu'avec l'accord des résidents, mais il y a parfois des dérapages ou des habitudes difficiles à faire évoluer.

Ces questions ont eu un intérêt pédagogique pour certaines équipes, en effet si les consignes concernant le respect des personnes sont clairement affirmées par les directions, leurs applications au quotidien ne sont pas toujours respectées.

☞ **l'information** : Les badges pour identifier les personnels existent dans la moitié des établissements. Ils sont envisagés dans la plupart des autres. Par contre les organigrammes sont peu diffusés (1/3 des établissements).

☞ **Restauration** : Il existe une certaine convergence des réponses dans ce domaine. Les repas étant des temps forts pour les personnes âgées, beaucoup d'établissements ont travaillé ce thème.

Pour le recueil des attentes et des souhaits des résidents, les enquêtes de satisfaction sont peu souvent organisées et leur exploitation est parfois difficile. Tous signalent l'importance de l'écoute au quotidien des remarques des résidents (par le personnel, le directeur, le cuisinier). Dans deux établissements, un cahier de réclamation est tenu par le personnel pour recueillir au quotidien les remarques des résidents.

Le délai maximal entre la fin du repas du soir et le petit déjeuner est jugé par beaucoup d'établissements comme trop long. Il est compris soit entre 12 et 13h, soit entre 13 et 14h. Les solutions semblent difficiles à mettre en œuvre (liées à la gestion du personnel)

Les résidents sont la plupart du temps pesés à l'arrivée (9/12). En cours de séjour, dans la moitié des établissements les pesées sont régulières, dans l'autre elles ne sont effectuées qu'en cas de problème de santé avéré.

Les régimes font l'objet d'une prescription médicale.

Les repas mixés : la question porte sur leur suivi médical mais en pratique les repas mixés font l'objet d'une décision d'équipe, le médecin en étant le plus souvent informé.

☞ **Vie sociale** : Trois questions abordent l'animation. Ces questions sont jugées trop globales, ne permettant pas de cerner ce champ. Le manque d'éléments sur la dépendance et les troubles des fonctions supérieures des résidents pour apprécier la pertinence du programme d'animation est signalé. D'autres éléments à prendre en compte ont été cités : personnes contribuant aux animations, liste des activités proposées, nombre de résidents impliqués dans ces différentes activités...

Des échanges intergénérationnels sont organisés dans 9/12 établissements.

La participation des familles est très variable suivant les établissements : dans la moitié des établissements, elles s'impliquent beaucoup, voire de plus en plus, alors que dans l'autre moitié leur investissement dans la vie de l'établissement est peu important.

La coiffure et à un niveau moindre l'esthétique font l'objet d'une prise en compte importante (sous différentes formes : dans le quartier, à domicile, en interne ou dans le cadre d'une animation).

☞ **Maintien de l'autonomie** : La prévention des chutes par les barres d'appui est assurée dans tous les établissements à l'exception d'une structure qui indique travailler sur un autre mode de prévention des chutes. La mention de sièges régulièrement disposés dans les espaces de circulation pose des problèmes au regard de la réglementation sur la sécurité.

☞ **Organisation des soins :** La fonction de médecin coordonnateur récemment définie pose de multiples problèmes : définition du rôle, relation avec les autres médecins libéraux, problème de disponibilité. Il est souvent « confondu » avec le médecin de cure.

Il existe un infirmier référent dans tous les établissements (dans deux, la directrice en fait office)

La participation du médecin à l'élaboration du projet institutionnel est variable, elle n'est effective que dans la moitié des établissements (parfois seulement ponctuellement)

Le projet des soins n'est formalisé que dans trois établissements. Dans cinq des établissements, il est en cours d'élaboration ; Dans deux autres il est en projet à court terme. Il existe un dossier médical et un dossier de soins infirmiers (une exception) dans tous les établissements. Le problème est plus sur le contenu de ce dossier et l'effectivité de son utilisation.

☞ **Aide spécifique :**

Dénutrition : pas de protocole mais des prescriptions individualisées et un suivi si problème.

Hydratation : le plus souvent il n'y a pas de protocole de formalisé. Un établissement estime que sa prise en charge n'est pas satisfaisante. Un autre a été en mesure de montrer une diminution des problèmes de déshydratation après un travail de réflexion sur cette prise en charge.

Incontinence : il est souhaité que cet item soit développé. Le plus souvent ce problème est géré par l'équipe. Des protocoles existent dans trois établissements.

Les chutes font l'objet d'un signalement systématique (une exception). Un établissement utilise une fiche spécifique de déclaration.

Le recours au secteur psychiatrique est toujours souhaité, il est réalisé régulièrement dans six établissements mais ne donne lieu qu'à deux conventions. Des psychiatres ou psychologues interviennent dans la moitié des établissements.

Les questions sur la prise en charge des personnes atteintes de détérioration intellectuelle n'ont pas été comprises.

La douleur n'est pas toujours prise en charge de façon satisfaisante.

La plupart des établissements ont occasionnellement recours à des contentions (9/12) surtout en prévention des chutes. Dans la moitié des cas il y a prescription médicale. Il y a toujours recherche d'alternative.

La fin de vie a fait l'objet d'une formation dans la moitié des établissements. Elle fait l'objet d'une prise en charge au cas par cas. Des réunions d'équipes sont organisées dans 4 établissements. Tous signalent la difficulté de formuler un protocole pour ce type de prise en charge, qui doit être individualisée pour prendre en compte les souhaits du résident et de sa famille.

☞ **Hôtellerie** : deux établissements sont concernés par des plans de rénovation.

La méthode HACCP est mise en œuvre dans la plupart des établissements (10/12).

Les circuits du linge propre et sale sont organisés mais non formalisés dans tous les établissements (sauf un). L'hygiène des sols et de surfaces fait l'objet de procédure écrite. L'absence de question sur le linge personnel a été regrettée (le linge personnel fait souvent l'objet de litige avec les familles).

☞ **Personnel** : Des actions de soutien psychologique au personnel sont organisées dans 7 établissements. Il a été signalé que l'avis du personnel sur ses conditions de travail fait l'objet d'une réglementation (délégué du personnel, CTP).

☞ **Communication** : 4 questions concernant ce thème ont été jugées peu importantes. Il a été signalé que la signalétique extérieure fait l'objet d'une réglementation.

☞ **Réseau gérontologique et soins coordonnés** : Des collaborations existent avec des établissements de santé publics ou privés, mais il n'y a pas de convention. Des collaborations existent avec les services sociaux ou médico-sociaux (8/12).

☞ **Sécurité et maintenance** : Tous les établissements font l'objet d'un avis favorable de la commission communale de sécurité. Plusieurs questions de ce chapitre sont liées à cet avis (unanimité).

☞ **Projet institutionnel** : Aucun établissement n'a de projet institutionnel mais certains ont des projets de vie et / ou des projets de soins.

☞ **Démarche qualité** : Ces questions ont été jugées le plus souvent comme trop précoces. Elles ont souvent posé des problèmes de compréhension qui étaient en relation avec un problème de connaissance des concepts d'une démarche d'amélioration de la qualité .



5 - LE GROUPE DE TRAVAIL SUR LA QUALITE EN EHPAD.

5.1 - Matériel et méthode

Ainsi que nous l'avons déjà vu, l'ensemble de ce travail s'est inscrit dans une démarche globale conduite au sein du département avec la participation des différents

partenaires concernés. Lors de la réunion de présentation du 25 octobre, l'organisation d'un comité de pilotage (COPIL) à l'initiative de la DDASS, en partenariat avec le conseil général est mis en place. Ce COPIL fonctionne avec :

- les organismes de contrôles : DDASS, Conseil général, CRAM et CPAM,
- les établissements d'hébergement pour personnes âgées, sur la base du volontariat,
- les usagers représentés par le Comité Départemental des Retraités et des Personnes Âgées (CODERPA).

Les objectifs de ce COPIL sont :

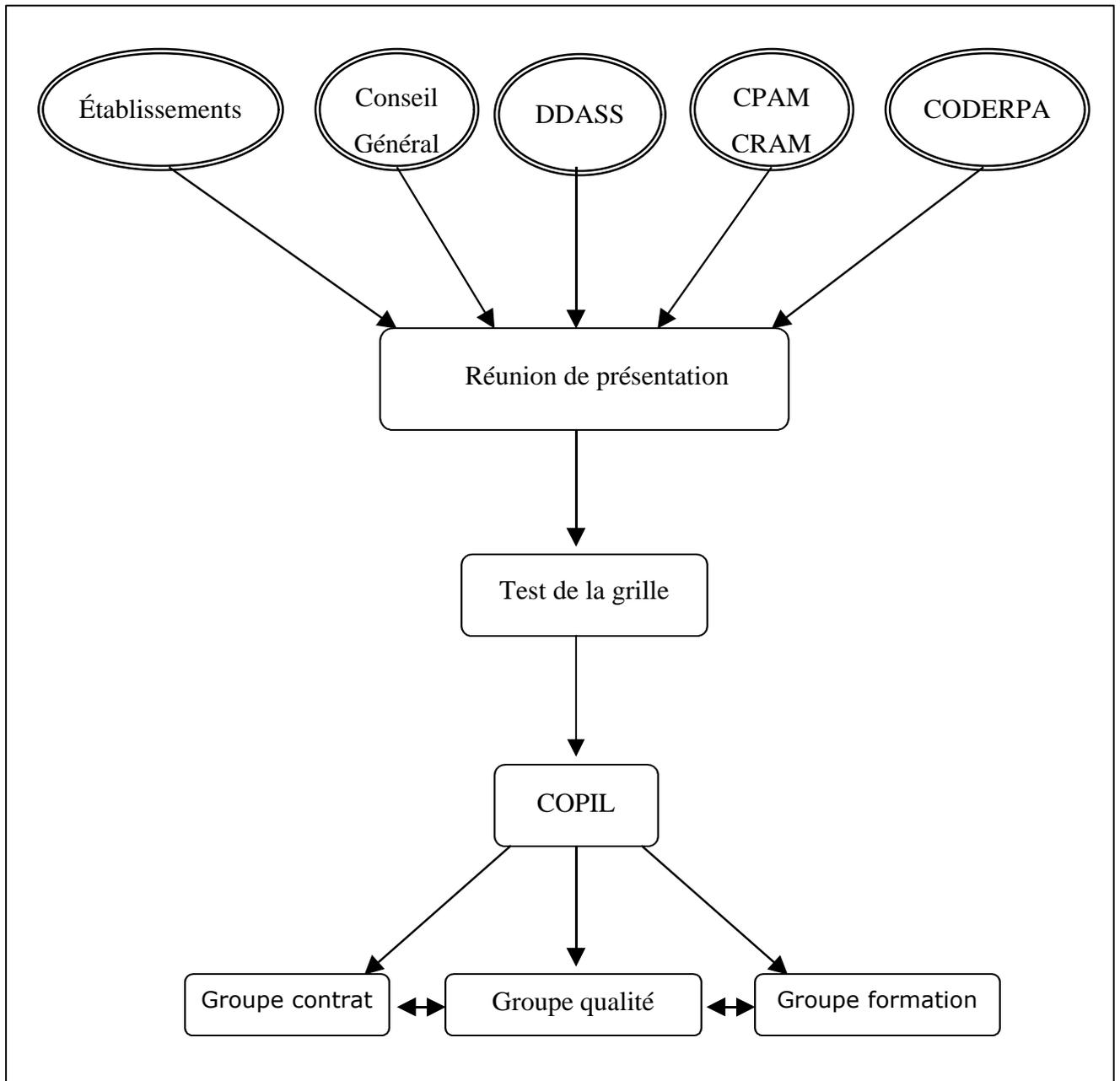
- de mieux communiquer, d'expliquer la réforme, de procéder à un échange en direct d'information,
- de préparer un cadre commun, dans un esprit de partenariat, pour les conventions,
- de soutenir l'introduction de la démarche qualité dans les établissements, notamment en repérant les difficultés et en initiant un échange d'expérience.

Trois groupes de travail ont été formés : l'un concerne le contenu des conventions tripartites, un autre traite les problèmes de formation des personnels. Le troisième, que j'ai contribué à animer lors des deux premières réunions aborde la qualité. Les objectifs de ce groupe "qualité" ont été dans un premier temps de permettre :

- un retour sur le bilan du test de la grille d'auto-évaluation,
- l'expression des établissements sur les éléments qui concourent à la qualité de la prise en charge dans leur structure,
- l'évocation des difficultés rencontrées en préalable à l'introduction de la démarche qualité. réunions ont lieu au moins une fois par mois.

Il est prévu qu'il aborde ensuite le contenu qualitatif des conventions.

Figure 8 : Organisation du travail préparatoire à la mise en place de la réforme de la tarification des EHPAD en Seine Saint Denis.



5.2 - Résultats

S'il est prématuré de faire le bilan du COPIL et des groupes de travail, leur mise en place correspond à une attente et a permis une communication appréciée des différents partenaires qui ont été informés rapidement : des résultats de la simulation budgétaire

de la réforme de la tarification⁷⁰, des évolutions de la réglementation, des aménagements envisagés sur l'initiative de la mission MARTHE et des résultats du test de la grille d'auto-évaluation.

La participation à ces réunions et notamment à celle du "groupe qualité" a été importante, elle a concerné une grande partie des établissements du département, toutes catégories juridiques confondues. Ils ont été représentés le plus souvent par le directeur mais aussi par l'infirmier référent ou un médecin.

Les résultats du test de la grille ont été présentés lors de la réunion du COPIL le 12 décembre, les participants en attendaient principalement un bilan sur la qualité des établissements rencontrés. Les débats qui ont suivi, lors du groupe de travail, ont été riches, ils ont rapidement dépassé les réserves émises par différents syndicats ou associations d'établissements à l'encontre de la réforme de la tarification.

Ils ont permis aux établissements d'exprimer leurs attentes mais aussi leurs difficultés face à la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité. Il est à noter que les établissements présents ont tous exprimé la nécessité qu'il y avait pour eux d'engager une telle démarche, en dehors même de l'obligation réglementaire liée à la réforme de la tarification. Il s'agit pour eux, en priorité de créer un climat de confiance avec les familles. En effet les relations qu'ils entretiennent avec les familles sont marquées par une exigence accrue de qualité (les familles veulent des prestations en rapport avec le prix payé), une multiplication de plaintes et l'apparition d'un contentieux sur les tarifs.

Les premières difficultés repérées par les établissements pour la mise en place de cette démarche et l'application des recommandations du cahier des charges portent :

- sur la motivation du personnel qu'ils associent notamment à l'augmentation de la charge de travail (liée à l'état de dépendance croissante des personnes âgées). Le problème de l'augmentation des moyens a été ainsi évoqué. Les organismes de contrôles ont à ce propos rappelé que la qualité ne se limite pas à une question de moyen, elle peut être améliorée par une modification de l'organisation.
- le rôle du médecin coordonnateur,
- la sécurité,
- le niveau des soins médicaux pouvant être assumés dans leurs établissements.

⁷⁰ Il s'agit de l'échantillon représentatif national d'établissement pour simuler la réforme (ERNEST), elle s'est déroulée en juillet 1999 et a concerné un échantillon de mille établissements français dont dix en Seine Saint Denis.

Les usagers ont pour leur part estimé que l'on ne pouvait parler de qualité sans prendre en compte l'avis des personnes âgées, notamment lors de l'admission. Ils estiment nécessaire de s'assurer de l'accord de la personne âgée avant une entrée en établissement. Ils ont conjointement avec les établissements, rappelé la nécessité de développer différents modes d'accueil.



6 - DISCUSSION ET PROPOSITIONS.

6.1 - Discussion sur la méthode.

L'axe retenu pour ce travail a été d'étudier en priorité la faisabilité et l'acceptabilité de cette grille d'auto-évaluation. Ce choix a été dicté pour plusieurs raisons.

- La première tient au contexte, il est en relation avec l'un des objectifs assignés à cet outil par la mission MARTHE. En effet si cette grille doit permettre d'évaluer la qualité de l'établissement au regard d'une démarche d'assurance qualité, elle doit aussi avoir un rôle pédagogique destiné à guider les établissements dans l'engagement de cette démarche.
- La deuxième tient au fait que lors de l'élaboration d'une grille d'auto-évaluation, une étape essentielle de son évaluation consiste à l'expérimenter auprès des professionnels. Ce type d'outil paraît en effet devoir trouver son crédit dans l'action, pas seulement dans une réflexion d'experts. La problématique d'un questionnaire d'auto-évaluation et sa valeur intrinsèque ne sont pas les uniques déterminants de son applicabilité, en revanche le travail de réflexion interne, d'analyse des items et du sens qu'il faut leur donner, constitue une étape essentielle dans son appropriation. La méthodologie n'a donc pas été élaborée pour aborder de manière "scientifique" les propriétés métrologiques⁷¹ de ce questionnaire tel que sa validité⁷², sa fiabilité⁷³ ou sa

⁷¹ MIDY F., BEJEAN S., *propriétés psychométriques des questionnaires de qualité de vie. Une synthèse méthodologique*, in journal d'économie médicale, 1997, janvier, n°1, pp. 35-48

⁷² Aptitude pour un questionnaire à mesurer ce qu'il est supposé mesurer.

⁷³ Capacité à donner des résultats comparables dans des situations comparables.

sensibilité⁷⁴, toutefois elle a permis d'envisager l'importance et le type de certaines des "erreurs de mesure" qui surviennent lors de l'utilisation de cet outil.

La méthode de recueil de donnée s'est inscrite dans les objectifs de l'étude et a consisté en un recueil des réponses des établissements (déclaratif) sans vérification sur pièce de la validité de ces réponses afin de privilégier une relation de confiance et de partenariat avec les établissements et de ne pas induire de confusion avec une démarche d'accréditation⁷⁵ ou d'inspection. Cette étape d'expérimentation et de communication a été privilégiée sur la validation des réponses apportées.

Au regard des objectifs fixés, le nombre des établissements retenus pour ce travail s'est révélé satisfaisant. Cet ordre de grandeur a été initialement fixé en s'inspirant de l'exemple de travaux comparables⁷⁶ et des motifs de faisabilité pour la réalisation dans le cadre qui lui était imparti. De fait les principales informations ont été mentionnées lors des premiers entretiens, les suivants n'ont fait que confirmer les tendances.

Les limites de ce travail sont pour partie liés à la problématique retenue, en effet il ne s'agissait pas seulement de tester un outil, mais aussi d'avoir une réflexion autour de l'introduction de la démarche qualité dans les EHPAD. Compte tenu de la mise en place de la réforme de la tarification, il a semblé opportun qu'il y ait une cohérence départementale au projet. Si on se pose le problème de la représentativité nationale de données observées localement, ce projet s'est intégré dans le cadre plus général de la phase d'expérimentation de cet outil avant qu'il ne soit diffusé sous une version définitive. A cet effet la mission MARTHE a eu recours à différentes sources d'informations : les fédérations d'établissements et les organismes de contrôle par une diffusion lors de sessions de formation qui ont organisé à propos de la mise en place de la réforme de la tarification. Cela a été l'occasion d'une remontée d'informations rendant compte de contextes différents, portant le plus souvent sur la globalité de l'outil. Ce travail a permis de "passer au crible" chaque question quant aux problèmes rencontrés.

D'autres limites portent sur la proposition de modification de la formulation des questions qui ont posé problème aux équipes. Si les établissements étaient critiques sur la formulation ou le contenu des questions, ils ont rarement été en mesure de proposer des alternatives. Toutefois en tenant compte des observations et des réactions quelques pistes ont été envisagées, mais des contraintes de calendrier n'ont pas permis de

⁷⁴ Capacité à mettre en évidence un changement.

⁷⁵ En particulier la phase où une équipe d'experts - visiteurs se rend sur place pour procéder à l'analyse de l'établissement.

⁷⁶ Le test du référentiel d'accréditation de l'ANAES a été effectué auprès d'une douzaine d'établissements

développer un travail en ce sens notamment pour valider l'opportunité de ces propositions.

6.2 - Sur les résultats concernant le test de faisabilité de l'outil.

Les points forts et les points faibles seront successivement abordés.

6.2.1 - Les partenaires ont des attentes différentes.

Les différents partenaires ont des attentes différentes quand à la finalité d'un outil d'auto-évaluation périodique de la qualité en EHPAD. En effet les organismes de contrôle attendent d'un tel outil qu'il permette :

- une évaluation de l'efficacité des établissements (ce qui correspond à un contrôle d'efficacité⁷⁷ notamment en vue d'instaurer des règles d'allocations de ressources qui soient plus transparentes)
- une évaluation de la qualité des prestations (audit qualité⁷⁸ ou inspection⁷⁹)
- évaluation de la sécurité (contrôle de régularité⁸⁰)

Les établissements, pour leur part attendent qu'il permette une évaluation des pratiques, avec pour beaucoup d'entre eux une intention de donner confiance aux usagers (démarche de certification).

La grille d'auto-évaluation périodique de la qualité des EHPAD élaborée par la mission MARTHE s'inscrit dans la logique des dispositions du cahier des charges qui demande aux établissements de s'engager dans une démarche d'assurance qualité. Dans cette optique il s'agit pour le questionnaire de vérifier le niveau et la fiabilité de la mise en place d'un système d'assurance qualité par les établissements.

Avec cette grille d'auto-évaluation la mission Marthe a deux objectifs. Le premier est de permettre un diagnostic des points forts et faibles afin de déterminer des objectifs

⁷⁷ "Ensemble de procédure ayant pour objet de vérifier que les organismes visés (sous tutelle de l'État ou bénéficiaire de l'argent publics) se gèrent et délivrent des prestations de manière efficace et efficiente, au regard de leur mission, de leurs moyens et de leurs objectifs" DESTAIS Nathalie, VINCENT Gérard, *Renforcement des fonctions d'inspection de premier degré dans le domaine sanitaire et social*, Rapport IGAS, 1997, septembre

⁷⁸ "Il se rapproche du contrôle d'efficacité ; Il se caractérise par un angle d'analyse large et global. Il est parfois réservé aux missions déclenchées... dans une perspective de conseil, d'arbitrage ou d'éclairage de stratégie." In Rapport IGAS, op. cit.

⁷⁹ "Investigation approfondies mettant en œuvre l'autorité de l'État et effectuées à partir de démarche sur place (entretiens avec les personnes concernées, observations, examens de dossier et de documents, vérification de toute nature) et ce quelle que soit la finalité de ces investigations." In Rapport IGAS, op. cit.

d'actions dans le cadre des conventions tripartites. Le deuxième est d'être un support pédagogique pour une démarche d'assurance qualité.

On voit donc qu'il existe un écart entre les objectifs que s'est fixée la mission MARTHE et les attentes des différents partenaires. Cet écart est en relation avec d'une part les besoins spécifiques de chacun des acteurs et d'autre part une connaissance parfois limitée des différents concepts utilisés par les qualitiens. Les notions de qualité, démarche qualité et assurance qualité sont souvent confondues et résumées par le mot "qualité" utilisé dans son sens commun. Ceci explique une partie des remarques qui ont été faites par les utilisateurs de l'outil lors du test et ce qui a orienté les propositions dont certaines visent à adapter le contenu de la grille aux réalités du terrain afin de renforcer son aspect pédagogique et de le rendre plus "acceptable" par les établissements .

6.2.2 - Les points forts.

a - Un outil répondant à une attente de la part des établissements.

En dehors même du contexte de la réforme de la tarification, les établissements se sont montrés très demandeurs⁸¹ d'un outil permettant d'évaluer les prises en charges et d'engager une réflexion interne avec les équipes sur leurs pratiques. Cet outil a permis d'atteindre cet objectif dans les établissements où il a été utilisé en équipe pluridisciplinaire, où tous les niveaux hiérarchiques et tous les métiers étaient représentés. Cela a permis :

- l'instauration d'un dialogue transversal dans les équipes,
- une meilleure connaissance, par les équipes, du fonctionnement de l'ensemble de l'établissement,
- de réfléchir à des pistes de travail pour une amélioration de la qualité dans certains établissements.

b - Un outil, utilisable par l'ensemble des EHPAD.

⁸⁰ "Ensemble de procédure ayant pour objet de vérifier que les personnes ou organismes visés respectent les règles (au sens large) qui leur sont applicables" In Rapport IGAS, op. cit.

La grille a permis une sensibilisation à la démarche qualité même si une partie des questions portant sur la démarche qualité n'a pas été comprise. En effet dans beaucoup d'établissement, la lecture des questions a été pour les équipes, le premier contact avec cette démarche. La représentation qu'ils ont, au travers de ces questions, a donc des conséquences importantes sur son acceptation. A l'issue des différents tests, le premier élément diagnostique sur les points faibles retenu par les établissements était la faiblesse du système documentaire.

Cet outil a été élaboré par le ministère, il peut-être utilisé par tous les établissements, quel que soit leur statut juridique et leur appartenance ou non à un syndicat ou une fédération d'établissements, et ce même si quelques questions adaptées aux maisons de retraites, sont difficilement applicables aux autres types d'établissements, foyers logements⁸² ou services de soins de longue durée^{83, 84}.

c - Un outil abordant les différentes composantes de la qualité en EHPAD.

A l'image du cahier des charges dont il est une déclinaison, il aborde la plupart des champs qui doivent être pris en compte lorsque l'on parle de qualité dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées. Ces éléments ont été définis à travers différents cadres d'analyses élaborés antérieurement. On peut dire qu'il présente une « validité de contenu⁸⁵ ». A titre d'exemple on peut citer trois de ces cadres d'analyse :

- La FNG et le GERSHE proposent trois axes : L'intégration (implantation géographique, perception de l'établissement par le public, échanges avec l'extérieur), la vie quotidienne des personnes âgées (le cadre de vie, le respect des personnes, libertés et droits, individualisation, relation avec les familles, information, accompagnement des derniers moments) et la capacité de la structure à évoluer (administration).
- Richard Vercauteren⁸⁶ retient cinq thèmes qui concernent la qualité de l'accueil, de l'appropriation des lieux, de l'animation, des pratiques du personnel et de l'organisation du travail

⁸¹ Ils évoquent la nécessité de créer un climat de confiance avec les familles.

⁸² Des activités sont-elles proposées à l'intérieur de l'établissement ?

⁸³ Existe t-il un médecin coordonnateur ?

⁸⁴ L'institution a-t-elle passé une convention avec au moins un établissement de santé, public ou privé, prévoyant tant les modalités d'accueil et de prise en charge que celle du retour dans l'institution d'origine ?

⁸⁵ La validité de contenu s'assure que les items couvrent bien tous les aspects de la dimension qu'ils mesurent. Elle repose sur l'analyse qualitative de la dimension mesurée.

⁸⁶ VERCAUTEREN Richard, CHAPELEAU Jocelyne, *Evaluer la qualité de vie en maison de retraite*, Toulouse, Erès, 1995

- Gérard Brami⁸⁷ quand à lui décline la qualité en six aspects : qualité médicale et paramédicale (dont les contrôles biologiques et radiologiques), architecturale et hôtelière, humaine, de l'organisation du travail interne, des conventions et du partenariats avec les grandes institutions et collectivités et qualité culturelle

Si la grille étudiée reprend ces différents thèmes, elle y a ajouté une dimension relative à la mise en place d'une démarche d'assurance qualité et elle accorde une large part à la prise en charge médicale à travers le rôle du médecin coordonnateur et la prise en charge de troubles spécifiques.

6.2.3 - Les points faibles.

a - Une mise en page, une formulation de questions et un système de cotation perfectible.

La lecture des questions est difficile. La mise en page de la version test est d'un abord ardu. Elle ne laisse pas suffisamment de place pour formuler des commentaires, l'espace réservé à cet effet est trop restreint. L'exploitation des six colonnes réservées aux évaluations successives n'est pas aisée.

La formulation des questions est souvent trop complexe et fait parfois référence à des concepts que les personnes utilisant le questionnaire ne maîtrisent pas. Les questions plus longues n'ont pas toujours été lues complètement.

De nombreuses questions ont une cotation binaire en oui / non. Cette simplicité apparente est source de difficultés dans le choix de la réponse, d'autant plus que certaines questions ont une formulation complexe. Face à un critère partiellement satisfait, les établissements n'ont d'autres alternatives que de choisir une réponse « oui » surestimant leur niveau de réalisation ou une réponse « non » les dévalorisant. Il s'instaure alors un débat sur le niveau de cotation à prendre en compte (au détriment d'une réflexion sur la qualité même du service rendu). La cotation choisie ne permet alors pas de rendre compte des pratiques qui sont plus nuancées. En se référant aux résultats du test, on peut penser que cela nuit à la fiabilité de ce questionnaire.

⁸⁷ BRAMI Gérard, *La qualité de vie dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées*, Paris, Berger-Levrault, collection Repère-Age, 1997

Il faut donc en l'état actuel des choses être prudent sur l'interprétation des données ne mentionnant que le résultat de la cotation.

On peut aussi s'interroger sur la capacité de l'outil à prendre en compte les améliorations de la qualité lors de tests ultérieurs. En effet si la satisfaction d'un critère qui ne l'était pas précédemment sera mise en évidence, par contre comment sera valorisée l'amélioration d'un critère préalablement satisfait? L'utilisation d'une cotation en 4 niveaux avec une échelle de valeur standard⁸⁸ semble préférable. Elle est plus discriminante, plus sensible à détecter des écarts ou des améliorations, de plus ce type d'instrument est maintenant connu et facilement utilisable par beaucoup de personnes.

b - Une importance inégale accordée dans les questions, aux différents acteurs.

Nous avons vu que l'aspect médical est très développé, notamment par le nombre de question portant sur le rôle du médecin coordonnateur. La place faite aux soins médicaux et au médecin coordonnateur se justifie par la nécessité de créer les conditions d'une meilleure médicalisation, en effet les besoins en soins médicaux des résidents s'accroissent. Il s'agit aussi d'un domaine qui fait l'objet de plaintes auprès des DDASS (distribution des médicaments, recours aux soins...). Toutefois la place des autres professionnels apparaît comme minimisée dans les prises en charges spécifiques. Les autres aspects du soin ne sont pas valorisés. Beaucoup d'équipes ont vécu cela négativement, d'autant plus qu'actuellement le poste de médecin coordonnateur n'est pas réellement pourvu dans la plupart des structures et que les problèmes relatifs à sa formation, son rôle, ses relations avec les autres médecins et son statut, ne sont pas encore résolus. Elles ont considéré que cela allait à l'encontre du développement de la transversalité dans le travail, nécessaire pour organiser une prise en charge globale des personnes âgées dépendantes.

Tous s'accordent cependant à reconnaître l'importance qu'il faut accorder aux soins spécifiques. Il a été regretté que la grille ne permette pas de faire l'évaluation plus fine de ces pratiques notamment en ce qui concerne les chutes et la gestion des incontinences. Il en va de même pour l'animation qui n'est abordée que par quelques questions dont trois s'attachent à lister les différentes activités. La pertinence des

⁸⁸ Comme l'échelle d'appréciation de l'ANAES : **A** : L'établissement satisfait à la référence, **B** : l'établissement satisfait en grande partie à la référence, **C** : l'établissement satisfait partiellement à la référence, **D** : l'établissement ne satisfait pas à la référence.

activités proposées au regard des besoins, des attentes et des capacités des résidents n'est pas évoquée.

A l'inverse on peut remarquer que le rôle de la direction n'est pas posé directement, or elle a un rôle majeur à jouer dans l'introduction de la démarche d'amélioration de la qualité notamment en définissant les objectifs de l'institution et les objectifs de la démarche qualité pour l'établissement, en conduisant le projet et en suscitant l'adhésion des différents acteurs de l'établissement.

c - Une importance inégale accordée dans les questions aux différents aspects de la démarche d'amélioration de qualité.

De nombreuses questions portent sur l'existence d'un système documentaire (protocole, cahiers de réclamation...). L'assurance qualité implique en effet de formaliser les processus, non pour rigidifier l'organisation, mais pour éviter les erreurs et faciliter la tâche de chacun en guidant l'activité. De plus ces protocoles pour être valides, doivent être établis après une analyse de l'activité concernée et des dysfonctionnements. Cette analyse doit être conduite avec les acteurs de terrain, en respectant les contraintes réglementaire, les bonnes pratiques et le contexte local.

A l'inverse, un autre pilier de la démarche qualité, la recherche et la prise en considération des besoins et attentes des "clients" n'est pas assez mis en évidence. Il donne ainsi un aspect essentiellement procédurale à la démarche d'amélioration de la qualité aux dépends de la dimension humaine.

Nous avons vu que la démarche qualité nécessite de repérer, de comprendre et de résoudre les conjonctions d'évènements qui ont conduit à un dysfonctionnement :

- Dans quelle mesure cet outil permet-il de repérer des évènements "sentinelles" de dysfonctionnement ou de non-qualité ?
- Permet-il de mettre en évidence les conséquences négatives de la non-qualité (erreurs, inconfort, insécurité, durées, retards...) ?
- On peut évoquer aussi les dysfonctionnements relatifs au management (conflits dans les équipes, conflits sociaux) à la gestion, à la circulation des informations (transmissions), aux processus de décision concourant à déterminer les axes des prises en charges individuelles ou au repérage des situations à risques de maltraitance...

Cette grille est un point de départ intéressant pour l'évaluation d'un établissement mais elle ne permet pas de faire une évaluation très « fine » des pratiques de l'établissement. Elle n'a par exemple pas permis de mettre en évidence des dysfonctionnements dans un établissement. Ceux ci portaient sur notamment sur l'articulation entre les différentes catégories de personnel, en liaison avec des divergences sur le projet de vie et les missions de l'établissement.

Pour beaucoup d'établissements, la grille va structurer la démarche qualité. En dehors d'un effet d'affichage recherché par certains établissements, une partie des autres vont souhaiter répondre au plus prêt, à l'attente des organismes de contrôle symbolisée ici par les différentes questions. Ils vont ainsi, en fonction des items, enclencher leur démarche. Cette orientation est aggravée par une méconnaissance des principes de la démarche qualité.

Les éléments de propositions qui sont mentionnés, constituent des orientations autour desquelles une réflexion peut s'engager. Les pistes évoquées s'appuient sur les résultats du travail conduit en Seine Saint Denis. Il convient de les approfondir et de les enrichir au regard des expériences nationales.

La mise en place d'un suivi de cette grille d'auto-évaluation est souhaitable

- *Évaluer l'impact de cet outil sur la préparation des conventions et leurs suivis (mise en place de la démarche qualité), tant du point de vue des établissements que de celui des organismes de contrôles.*
- *Déterminer les évolutions de son contenu, afin de mieux répondre aux objectifs qui lui sont assignés. En effet cet outil doit pouvoir à terme rendre compte et intégrer l'évolution des pratiques professionnelles suscitée par réflexion qu'elle induit et l'introduction de la démarche qualité.*

La grille d'auto-évaluation périodique de la qualité en EHPAD doit être mise à disposition des établissements accompagnée d'un manuel de l'utilisateur. Celui ci devrait s'attacher à préciser le sens de la démarche, rappeler quelques définitions, et préciser la méthodologie à adopter pour la renseigner.

Des adaptations peuvent être proposées :

- Une formulation simplifiée de certaines questions
- Une séparation des questions comportant plusieurs items devraient dans un premier temps permettre une meilleure acceptabilité de l'outil et faciliter le travail de cotation.
- Une simplification de la présentation peut être envisagée avec notamment une réduction du nombre de colonnes, en enlevant celle réservée aux mots clefs et en plaçant l'énoncé du thème avant chaque séquence de questions. Cela permettrait aussi de dégager un espace plus important pour les commentaires. Il serait utile pour aider à fixer les objectifs et faciliter la synthèse de l'auto-évaluation de prévoir une zone afin de noter les points forts et les points faibles mis en évidence pour chaque chapitre.
- Une augmentation du nombre de question dont la cotation est en quatre niveaux, avec une échelle de valeur standard. On peut conserver une cotation binaire, en formulant pour un thème donné, plusieurs questions de portée limitée.

Une évolution de la grille doit être envisagée afin de mieux tenir compte du contexte :

Le nombre des questions n'étant pas apparu comme un facteur limitatif, on peut proposer d'intégrer trois types de nouvelles questions : celles enrichissant des thématiques peu développées (animation, incontinence..), celles permettant de décliner les questions qu'il convient de se poser dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité (prise en compte des besoins et des attentes des résidents, évaluation...).et celles évoquant des sources possibles de dysfonctionnement (transmissions, médicament..). Ces nouvelles questions doivent tenir compte de l'apport du groupe de suivi concernant le thème et le contenu. Toutefois on peut suggérer quelques thèmes : animation, chutes, distribution des médicaments, management...

Des propositions de questions nouvelles ou reformulées sont présentées dans le tableau suivant(La cotation peut se faire en oui /non ou en quatre niveaux). Cette liste n'est pas exhaustive.

Propositions de questions modifiées ou nouvelles

Question initiale	Problème	Question proposée
<p>La direction de l'établissement remet-elle au résident avant l'entrée en institution ou le cas échéant à son représentant légal :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un livret d'accueil - le règlement intérieur - un contrat de séjour 	<p>Deux aspects dans la question : l'existence d'un document et la date de sa remise.</p> <p>Absence d'élément sur le contenu des documents.</p>	<p>L'établissement a-t-il établi les documents suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un livret d'accueil - le règlement intérieur - un contrat de séjour <p>Sont-ils remis au résident avant l'entrée en institution ou le cas échéant à son représentant légal ?</p> <p>Ces documents précisent-ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les tarifs en vigueur dans l'établissement - les différentes prestations offertes par l'établissement.
<p>Le processus d'admission est-il systématiquement organisé,</p> <p>A oui, comprenant avant l'entrée une rencontre avec la personne et sa famille et un avis médical</p> <p>B oui comprenant avant l'entrée une rencontre avec la personne et sa famille mais sans avis médical</p> <p>C oui mais sans rencontre avec la personne et sa famille et sans avis médical</p> <p>D il n'existe pas de procédure d'admission</p>	<p>Problème de définition d'un « avis médical »</p> <p>Les réponses ne permettent pas de rendre compte des pratiques</p>	<p>Le processus d'admission est-il systématiquement organisé ?</p> <p>Cette procédure est-elle écrite ?</p> <p>Existe-t-il avant l'entrée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une rencontre avec la personne ? - Une recherche de l'avis de la personne sur ce projet d'admission ? - Une rencontre avec sa famille ? - Une visite de l'établissement par la personne ? - Un avis médical ? <p>Par le médecin traitant ou du service d'origine ?</p> <p>Par le médecin coordonnateur ?</p>
	<p>Absence de question portant sur ce domaine</p>	<p>L'institution propose-t-elle un cadre de vie agréable au plan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - visuel ? - des odeurs ? - du bruit ?
<p>La protection des biens et des personnes est-elle organisée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - A procédure formalisée, suivie et évaluée - B procédure formalisée et suivie - C uniquement protection des biens (accès au coffre) - D pas de procédure 	<p>Deux items dans la question</p> <p>Problème de définition de la notion de protection des personnes</p> <p>Ne prend en compte que la formalisation</p>	<p>La protection des biens est-elle organisée ?</p> <p>Fait-elle l'objet d'une formalisation ?</p> <p>Est-elle évaluée ?</p>

	<i>Absence de question portant sur ce domaine</i>	<i>Le consentement du résident ou de sa famille est-il requis pour toute pratique le concernant ? Le résident reçoit-il une information claire, compréhensible et adaptée sur les soins qui lui sont apportés ? Le respect de la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales et de la vie privée est-il garanti au résident ?</i>
<i>Existe-t-il un dispositif permettant de recueillir les attentes et souhaits des résidents et de leurs familles à propos des repas (bilan d'entrée sur les habitudes alimentaires antérieurs, les goûts et les dégoûts, enquêtes périodiques de satisfaction, réclamations,...) ?</i>	<i>plusieurs items dans la question</i>	<i>Existe-t-il un dispositif permettant de recueillir les attentes et souhaits des résidents et de leurs familles à propos des repas :</i> <ul style="list-style-type: none"> - bilan d'entrée sur les habitudes alimentaires antérieures, les goûts et les dégoûts ? - enquêtes périodiques de satisfaction ? - recueil des attentes et des réclamations ? - répartition des horaires dans la journée ? - composition des repas et choix des menus ? - durée de chaque repas, - aide apportée à la prise des aliments,
<i>La composition des menus fait-elle l'objet d'un avis médical ou d'un autre professionnel compétant en nutrition (permettant en particulier la prévention de l'ostéoporose)</i>	<i>Question trop longue avec deux items différents</i>	<i>La composition des menus fait-elle l'objet d'un avis médical ou d'un autre professionnel compétant en nutrition ?</i>
<i>Existe-t-il :</i> <ul style="list-style-type: none"> - un suivi des repas servis en chambre (dur demande du résident, état de santé défaillant...)? - un suivi des aliments effectivement absorbés ? 	<i>Problème de compréhension de la première question</i> <i>Problème de définition du champ de la question (tous les résidents ou ceux en chambre ?)</i>	<i>Les possibilités de prendre un repas en chambre sont-elles clairement définies et connues de tous ? Le motif pour le quel une personne prend ses repas en chambre est-il clairement identifié ? Existe-t-il un suivi des aliments et boissons effectivement absorbés par les résidents ?</i>
	<i>Absence de question portant sur ce domaine</i>	<i>Les soignants veillent-ils à ce que les personnes qui ont besoin d'un petit appareillage (lunette, dentier...) en soit pourvu ?</i>
<i>Des mesures sont-elles définies et mises en œuvre pour lutter contre la perte des relations des résidents : ouverture à la vie locale (marché, courses...), à l'actualité (journaux internes et locaux...), participation active au vote.. ? Des activités sont-elles proposées :</i> <ul style="list-style-type: none"> - à l'intérieur de l'établissement ateliers de créativité, activités physiques, ateliers divers) 	<i>Nombre limité de question sur ce thème ne permettant pas de rendre compte de cette activité.</i> <i>Plusieurs items dans la question</i>	<i>Les activités sont-elles organisées en tenant compte des besoins et des attentes des résidents ? Les activités proposées sont-elles adaptées à l'état de santé et de dépendance des résidents ? L'établissement organise t-il des activités à l'extérieur ? Existe-t-il un référent chargé de coordonner l'animation ?</i>

à l'extérieur de l'établissement ? (promenades, marchés, cinéma, culte, avec famille, bénévoles, membres du personnel) ?		Le programme des animations est-il affiché ? L'évaluation des activités est-elle organisée ? L'établissement met-il en œuvre les actions nécessaires à l'amélioration d'après les résultats de l'évaluation ?
Des mesures sont-elles définies et mises en œuvre pour permettre l'accès de tous les résidents à des prestations telles que coiffure, esthétique.. ?	Formulation compliquée	Tous les résidents ont-ils accès à des prestations telles que coiffure, esthétique.. ?
	Absence de question portant sur ce domaine	Le résident est-il interrogé sur ses habitudes antérieures ? Le résident est-il interrogé sur ce qu'il souhaite continuer à faire (ménage, cuisine..) ? Les besoins recensés du résident sont-ils notés sur un document ? Les besoins recensés du résident sont-ils analysés lors d'une réunion d'équipe ?
Existe-t-il des plans d'actions d'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne (toilettes, déplacements..) Basés sur des évaluations individuelles ? - A oui, formalisé avec évaluation périodique - B oui, formalisé sans évaluation périodique - C oui, non formalisé et absence d'évaluation périodique - D absence de protocole	Problème de compréhension de la question et pour le choix du niveau de cotation	Y a-t-il une évaluation individuelle des besoins d'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne ? Un plan d'action individualisé est-il établi pour chaque résident qui a besoin d'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne ? Ce plan d'action est-il déterminé en équipe ? Y a-t-il pour cela des réunions d'équipe organisées régulièrement ? Les décisions d'équipe sont-elles formalisées ?
		Les douleurs aiguës et chroniques sont-elles recherchées ? Sont-elles prévenues et prises en charges ? La souffrance psychique est-elle recherchée, prévenue, et prise en charge ?
L'incontinence urinaire fait-elle l'objet d'un suivi : Personnes à l'origine de l'indication d'un système absorbant (médecin, personnel paramédical, autre) ?	Nombre de question insuffisante pour évoquer ce problème	Des mesures sont-elles mises en œuvre pour éviter l'utilisation systématique de système absorbant chez les personnes ayant des difficultés d'élimination urinaire ? Y a-t-il une évaluation, avant tout recours à un système absorbant ? - de la réalité de l'incontinence ? - du type de système nécessaire ? Les personnes habilitées à poser l'indication d'un système

		<p>absorbant sont-elles clairement identifiées ?</p> <p>Les modalités de prise en charge des personnes ayant des difficultés d'élimination urinaire sont-elles notées dans un document ?</p>
<p>Les chutes font-elles l'objet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'un signalement systématique ? si oui à qui ? - d'un suivi des fractures secondaires ? - d'un protocole de prise en charge clairement défini ? 	<p>Sens de la question non compris</p> <p>Problème de compréhension du champ sur lequel porte la question (si fracture ou pour toute chute ?)</p>	<p>Les chutes font-elles l'objet d'un signalement systématique ?</p> <p>Existe-t-il une fiche type pour signaler les chutes ?</p> <p>Les chutes font-elles l'objet d'une analyse afin de prévenir leurs survenues ?</p> <p>Existe-t-il un protocole de prise en charge clairement défini ?</p>
<p>Les repas mixés font-ils l'objet d'un suivi médical ?</p>	<p>Problème de compréhension de la notion de suivi médical</p> <p>Formulation peu en rapport avec les pratiques</p>	<p>L'alimentation mixée fait-elle l'objet d'une évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avant d'en poser l'indication ? - à intervalle régulier ensuite ?
	<p>Absence de question portant sur ce domaine</p>	<p>Le stockage des médicaments est-il conforme à la réglementation ?</p> <p>Les prescriptions sont-elles écrites et signées par le médecin ?</p> <p>La préparation des médicaments est-elle assurée par un personnel qualifié ?</p> <p>Existe une procédure de contrôle de la préparation des médicaments ?</p> <p>La distribution des médicaments est-elle assurée sous la surveillance directe d'un personnel qualifié ?</p>
<p>Existe-t-il une permanence des soins médicaux interne ou externe, incluant les urgences ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - A oui, formalisé et organisé avec le médecin coordonnateur - B oui, mais non formalisé ou non organisé avec le médecin coordonnateur - C oui, ni formalisé ni organisé avec le médecin coordonnateur - D non 	<p>Problème de compréhension de la question, les réponses ne portent que sur les urgences</p> <p>propositions de réponse non adaptées aux pratiques</p>	<p>Existe-t-il une procédure pour les urgences ?</p> <p>Est-elle connue de tous ?</p> <p>Les circonstances d'appel des médecins sont-elles clairement définies ?</p> <p>Font-elles l'objet d'un protocole ?</p> <p>Ce protocole a-t-il été établi avec le médecin coordonnateur ?</p>
<p>Existe-t-il une procédure de change du linge à</p>	<p>Formulation complexe des propositions de réponses</p>	<p>Existe-t-il une procédure de change du linge à plat ?</p>

<p><i>plat ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - A <i>procédure écrite, revue régulièrement et réactualisée en fonction de la réglementation en vigueur</i> - B <i>procédure écrite non réactualisée</i> - C <i>pas de procédure écrite mais organisation du travail sur ce thème identique pour toute l'institution</i> - D <i>aucune procédure</i> 	<p><i>Absence de question sur le linge personnel</i></p>	<p><i>Est-elle formalisée ?</i></p> <p><i>Le respect de cette procédure est-il évalué ?</i></p> <p><i>Si l'établissement prend en charge le linge personnel des résidents, l'organisation mise en place est-elle évaluée régulièrement ?</i></p>
<p><i>Existe-t-il des moyens permettant de recueillir et de tenir compte de l'avis du personnel (condition de travail, l'amélioration de la vie quotidienne des résidents..) ?</i></p>	<p><i>Nombre réduit de question sur le management</i></p>	
	<p><i>Absence de question sur le recrutement</i></p>	<p><i>Le recrutement tient-il compte des profils de poste ?</i></p> <p><i>Donne t-il lieu à une vérification des conditions d'exercice portant sur les titres et diplômes?</i></p> <p><i>Une procédure d'accueil et d'intégration des professionnels est-elle en place ?</i></p>
<p><i>Existe-t-il des actions de formation continue, y compris ciblées et ponctuelles, du personnel basé sur la nature du poste, les besoins spécifiques et généraux clairement identifiés?</i></p>	<p><i>Formulation longue et compliquée</i></p>	<p><i>Les besoins de l'ensemble des personnels en matière de formation continue sont-ils identifiés ?</i></p>
<p><i>L'évolution de la réglementation fait-elle l'objet d'un suivi organisé ?</i></p>	<p><i>Question non comprise</i></p>	<p><i>L'établissement dispose t-il des textes réglementaires en applicables en EHPAD ?</i></p> <p><i>La mise a jour de ces textes est-elle organisée ?</i></p>
<p><i>Existe t-il un système permanent de notification et de suivi des anomalies dans le champ de la vie quotidienne ?</i></p>	<p><i>Problème de définition du champ de la vie quotidienne</i></p>	<p><i>Existe t-il un système permanent de notification et de suivi des anomalies dans le champ de la vie quotidienne (hôtellerie, restauration, linge...)?</i></p>

6.3 - L'apport des groupes de travail sur l'évolution des relations entre les différents partenaires.

Ainsi ces groupes de travail ont permis un contact direct de l'ensemble des partenaires : les établissements (tous types d'établissements confondus), les organismes de contrôle (DDASS, conseil général, CPAM, CRAM) et les usagers.

Cet échange a permis aux établissements d'exprimer leurs attentes mais aussi leurs difficultés face à l'introduction de cette démarche d'amélioration de la qualité et l'évolution de leurs structures. On a pu noter une convergence dans ce domaine. Les établissements ont aussi fait part de leurs expériences en ce domaine, permettant ainsi de les capitaliser et d'assurer la diffusion de pratiques destinées à organiser une meilleure prise en charge des personnes âgées dépendantes, même si ensuite elles doivent être retravaillées dans chaque établissement. Ils ont apprécié ce contact direct avec les organismes de contrôle et sont demandeurs de conseils et d'explications sur certains points de la réforme de la tarification. Ils ont ainsi précisé avoir apprécié les "correspondants MARTHE" dans les DDASS.

L'échange a permis aux organismes de contrôle de mieux se coordonner entre eux et de tisser des relations de partenariat dans un climat de confiance avec les différents établissements, notamment les établissements commerciaux avec lesquels les relations étaient jusqu'à maintenant réduites. Il a contribué à approfondir leurs connaissances des établissements, tant sur leurs pratiques que sur des points clefs de la qualité concernant les domaines évoqués.

Il semble que cette phase préalable soit une étape utile pour chacun de ces partenaires, de clarification des objectifs qu'ils convient d'assigner à cette démarche d'assurance qualité. Par ailleurs afin de la rendre effectivement opérationnelle et pérenne, il est nécessaire de prendre en compte les spécificités des prises en charges en EHPAD par rapport à celle effectuées dans le sanitaire. Ce qui nécessite de poursuivre ces échanges.

*La réforme de la tarification implique de **faire évoluer les relations entre les organismes de contrôle et les établissements**, en organisant un système de référent par administration afin d'apporter une assistance technique aux établissements sur les aspects tarifaires et qualitatifs.*

Ceci implique pour chacun de travailler en étroite collaboration et de développer une bonne connaissance du rôle de chacun au sein d'une telle équipe regroupant médecins et inspecteurs de la DDASS, du conseil général et de l'assurance maladie. Ces nouvelles relations, instaurées dans le cadre de la contractualisation, permettent de travailler de concert au profit d'une meilleure prise en charge des personnes âgées dépendantes.

IL serait intéressant de pérenniser ces rencontres, en les structurant, afin de poursuivre avec les différents partenaires une réflexion en vue de procéder aux aménagements nécessaires pour adapter cette démarche aux spécificités des EHPAD notamment en l'articulant avec la démarche de projet de vie.

Dans un souci de transparence, les organismes de contrôles doivent s'efforcer de clarifier les critères d'évaluation de la qualité notamment afin de respecter les objectifs initiaux de l'outil en lui préservant sa confidentialité (les résultats de l'auto-évaluation appartiennent à l'établissement). Il est souhaitable d'éviter une dérive du système qui serait d'utiliser la grille d'auto-évaluation comme un outil de contrôle de la qualité des soins et de tarification, ce qui nuirait à son "authenticité".

*Il est nécessaire qu'ils **développent leurs propres outils d'évaluation de la qualité** des EHPAD, à partir des éléments de la grille d'auto-évaluation . Ces outils doivent être utilisés lors de la phase d'évaluation et de validation du diagnostic établi par l'établissement. Cette phase devrait s'effectuer lors d'une visite conjointe organisée avec les partenaires.*

Ces outils doivent aussi, après la montée en charge du dispositif, permettre de faire le point périodiquement sur la réalisation des engagements pris dans le cadre de la convention. Il serait à cette fin, utile qu'ils intègrent des indicateurs spécifiques (indicateurs d'activité⁸⁹, de personnel⁹⁰, mais aussi de "performance"⁹¹ ?) afin d'établir des tableaux de bord permettant une rationalisation du suivi et un repérage de situations critiques.

⁸⁹ Age moyen des résidents, durée moyenne de séjour, taux annuel de nouvelles admissions, répartition des résidents par GIR, GIR moyen pondéré..

⁹⁰ Ratios d'encadrement, ancienneté moyenne, pourcentage des postes à temps partiel contrat...

⁹¹ Ces indicateurs sont à rechercher, un abord par la non qualité pourrait être intéressant, le nombre de plaintes parvenues à la DDASS peut par exemple, en faire partie, cette donnée présente l'avantage d'être directement accessible.

Ce travail de préparation de devra être conduite par le MISP et l'IASS, avec les partenaires du conseil général et de la CPAM.

Le MISP par les missions qui lui sont dévolues et par sa connaissance technique portant à la fois sur la mise en œuvre d'une évaluation et la connaissance des principes de prises en charges des personnes âgées dépendantes a un rôle privilégié à jouer dans l'élaboration, la validation et le suivi de ces outils.

Dans le cadre de la recherche d'indicateur de performance, un abord par la non qualité pourrait être intéressant, l'étude des plaintes parvenues à la DDASS peut par exemple, en faire partie. Cette donnée présente l'avantage d'être directement accessible même si elles ne reflète qu'une partie de la non satisfaction.

Il peut aussi contribuer à animer un travail de réflexion sur la qualité des prises en charges et notamment des soins en liaison avec les médecins coordonnateurs des EHPAD.

6.4 - L'appropriation de la démarche d'amélioration de la qualité par les établissements

Différents éléments peuvent avoir un impact sur la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité. Ils sont présentés sur le diagramme des causes et effets présenté (figure 9). Les difficultés, les obstacles ou les risques en rapport avec ces éléments, évoqués lors de la réflexion préalable à la mise en œuvre de cette démarche seront repris par acteurs ou facteurs.

a - Les obstacles d'ordre culturel.

- Il existe au sein des établissements un débat qui porte sur l'aspect individuel et subjectif de la notion de qualité (alors rattaché à la notion de qualité de vie) et sur le refus d'une standardisation et de normes. La place prépondérante que la grille d'auto-évaluation accorde au système de documentation, renforce ces réticences notamment par manque de connaissance des principes de leur élaboration.
- Il subsiste souvent une confusion dans l'emploi des termes qualité et qualité de vie qui sont en fait, deux concepts différents. Cette confusion participe à expliquer

certaines difficultés rencontrées par les établissements pour s'approprier une méthodologie d'assurance qualité

- L'intérêt d'une évaluation n'est pas perçu par tout le monde. Elle peut aussi être vécue comme une menace ou une remise en cause, mais si la démarche cherche à clarifier les processus de travail (procédures, protocoles..). Elle doit respecter "l'état de l'art" des professionnels et le caractère singulier du contact avec les personnes âgées. L'objectif d'une démarche qualité maîtrisée, n'est pas de normaliser ces rapports, mais au contraire de fournir aux intervenants, un cadre à la fois précis et souple pour qu'il se sente aidé, soutenu et valorisé
- L'engagement d'une telle démarche requiert une connaissance de ces principes et des outils nécessaires pour la conduire, leurs méconnaissances peuvent engendrer des phénomènes de rejets.
- Elle nécessite aussi un véritable engagement des directions. Certains peuvent ne voir dans cette démarche qu'une exigence réglementaire supplémentaire, sans percevoir l'intérêt qu'elle représente pour eux. Ils peuvent alors adopter un "affichage" sans réelle volonté de s'impliquer dans une démarche d'amélioration de la qualité. Ils recherchent alors une conformité minimale aux critères explicitement mentionnés dans les questions de la grille d'auto-évaluation. Cet engagement théorique de la direction peut se manifester aussi par des objectifs mal définis, une mise à disposition de moyens non effectifs ou une mauvaise utilisation des compétences du personnel.
- Un outil perçu comme étant destiné à l'usage des organismes de contrôles, risque d'être rejeté pour un usage interne (en effectuant un diagnostic des points forts et des points faibles afin de déterminer des objectifs d'amélioration de la qualité).
- La démarche d'amélioration de la qualité et les changements qu'elle suppose, nécessite une appropriation par les acteurs de terrain, avec un travail en groupe et une responsabilisation des équipes. Cela suppose pour les directions d'anticiper ce changement aussi bien culturel qu'organisationnel les établissements passant progressivement d'une organisation verticale à une organisation transversale. Ceci induit une évolution du rôle des hiérarchies intermédiaires qui ne va pas forcément dans le sens de leur renforcement comme certains l'envisagent.
- Les différentes sensibilités qui peuvent apparaître au moment d'un changement organisationnel doivent pouvoir s'exprimer. La réussite se joue aussi dans la coordination qui s'établit entre les professionnels. La direction doit favoriser une véritable culture transversale de réflexion afin de permettre l'appropriation et le consensus autour des projets, par les différents acteurs.

- La charge de travail est importante pour les soignants, liée en partie à l'état de dépendance des résidents. Elle peut-être source d'un certain découragement de ce personnel. Le manque de temps est un frein important à l'introduction de cette démarche, mais son instauration peut permettre, par une organisation plus efficiente et plus valorisante, de motiver un personnel en difficultés, permettant ainsi de réduire un absentéisme ou un turn-over important du personnel. L'organisation du travail est un aspect important en matière de qualité, en effet il est admis que 80% de la non qualité est en relation avec des défaut d'organisation.
- Le système documentaire est peu étendu. L'évaluation nécessite l'utilisation d'indicateurs. La pauvreté des sources d'informations en EHPAD représente une première difficulté. Les documents d'enregistrements sont souvent peu nombreux mais parfois au contraire, en trop grand nombre et mal organisé⁹². Tous les établissements ne disposent pas d'un matériel informatique pour faciliter la gestion des informations. Par ailleurs des indicateurs créés pour des besoins externes ne sont pas toujours les plus pertinents, pour une utilisation par les professionnels. Le système documentaire peut se développer plus facilement si les équipes perçoivent l'utilité des informations⁹³.
- La démarche ne doit pas introduire de lourdeur supplémentaire. Il faut éviter un effet de formalisme excessif ou « d'affichage » avec une expansion du système documentaire contenant des documents dont le contenu s'éloigne des pratiques réelles. Les protocoles et les procédures doivent être établis en tenant compte des pratiques, tout en respectant les "règles de l'art".

b - Une particularité liée à la vulnérabilité des "clients".

- Les personnes âgées dépendantes en raison de leurs fragilités ne peuvent pas être assimilées à des clients ordinaires. Elles ne sont pas toujours en mesure de formuler explicitement leurs besoins ou leurs attentes. Les questionnaires de satisfaction ne sont pas forcément des sources d'information très fiables. Ils sont souvent renseignés par des tiers. Il peut exister une censure de la part de personnes qui continuent de

⁹² Un établissement dispose de quatre documents différents de transmission entre soignants, mais les informations contenues dans chacun sont à la fois incomplètes et redondantes. En pratique, ils ne sont pas toujours renseignés ou lus, et il existe des défauts dans la transmission des informations.

⁹³ Un autre établissement a réalisé un travail sur les chutes. Les soignants ont réalisé, à partir d'un document établi dans une autre structure, une fiche de signalement portant sur les causes et les conséquences de la chute. Ils sont motivés pour la remplir d'autant qu'elle apporte une amélioration dans les relations avec les familles, en permettant une réponse plus précise à leurs questions (fréquentes lors de la survenue de ce type d'accident).

résider dans l'établissement. Cette variable temps est donc une différence importante à prendre en compte pour comprendre les particularités de ce secteur.

- Les besoins des personnes présentant des troubles du comportement, des détériorations intellectuelles, ou des troubles psychiatriques doivent faire l'objet d'une attention particulière, qui doit être pris en compte dans le projet de vie et la démarche qualité.
- Il peut exister des conflits d'intérêts entre les besoins et les attentes énoncés par les familles et ceux émis par les personnes âgées.
- Dans quelle mesure la personne âgée peut-elle jouer le rôle de client ? Elle sera pensionnaire si l'offre est faible et si elle n'a pas de possibilité de choix, elle sera un peu plus cliente s'il existe une palette de structures.

Certaines réticences à l'introduction de la démarche qualité peuvent être atténuées en introduisant des questions qui permettent explicitement de placer la personne âgée au centre du dispositif et ainsi établir un lien avec une démarche de projet de vie engagée dans certains établissements. .

Une réflexion doit s'engager sur des outils spécifiques à développer pour mieux prendre en compte les besoins et attentes de l'ensemble des personnes âgées dépendantes, de même un travail sur les bonnes pratiques de prises en charges en EHPAD et sur des indicateurs spécifiques.

La formation est un des points clefs dans l'introduction et la pérennisation de cette démarche. Elle doit porter sur les principes de la démarche qualité sans pour autant négliger des formations orientées sur les soins spécifiques aux personnes âgées dépendantes. Les équipes doivent être sensibilisées à la recherche de la non-qualité.

L'amélioration de la qualité en EHPAD est aussi en relation avec l'organisation de réseaux qui en tissant des liens avec les hôpitaux et les services de soins à domicile, permettent de préparer la transition entre les différents modes de prise en charge. Elle nécessite aussi le développement de différents modes d'accueil, afin d'offrir aux personnes une véritable possibilité de choix..



CONCLUSION

"la technique est un système composé de représentations exercées ensemble, en vue de quelque fin utile à la vie"

GALIEN

Ce mémoire m'a permis d'appréhender l'univers de la prise en charge institutionnelle des personnes âgées et celui de la démarche qualité. Il a été aussi l'occasion d'une mise en situation professionnelle. Les résultats sont marqués par un contexte local et un regard personnel. Ils ont toutefois permis d'envisager une réponse à la question initiale. En effet la grille d'auto-évaluation de la qualité en EHPAD élaborée par la mission MARTHE a un objectif à la fois diagnostic et pédagogique en servant de support à l'engagement d'une démarche qualité. Cet outil atteint dès maintenant ses objectifs pédagogiques notamment par l'inventaire qu'il fait des différents éléments qui concourent à apprécier la qualité dans les EHPAD et par la déclinaison des différents aspects de la démarche qualité dans le chapitre portant sur la qualité.

Il joue un rôle structurant dans l'introduction de la démarche d'amélioration de la qualité dans les EHPAD, et ce d'autant que le niveau de connaissance des principes de cette démarche est faible. Les questions qu'il pose, orientent de façon importante le diagnostic que les établissements sont amenés à faire de leurs points forts ou de leurs points faibles. Dans cette optique, il pourrait être utile qu'elles exposent de façon plus détaillées les composantes de cette démarche (système documentaire, modalités de prises en considérations des besoins et des attentes des résidents, processus de décision, indicateur de non-qualité, évaluation...) pour les champs les plus déterminants de la qualité.

L'outil tel qu'il se présente actuellement doit pouvoir évoluer afin d'être plus facilement exploitable par les établissements tant dans l'introduction de programmes d'amélioration continu de la qualité que dans la préparation du contenu des conventions tripartites (ce dernier aspect devra être évalué ultérieurement). Toutefois il faut rappeler la nécessité d'une formation spécifique des professionnels de terrain et l'adaptation des principes de cette démarche aux spécificités de ce secteur afin qu'elle se développe et se pérennise.

En effet, in fine, il s'agit d'assurer aux personnes âgées dépendantes des conditions d'existence digne et de qualité. La personne âgée doit être placée au centre des préoccupations et des pratiques des professionnels qui doivent prendre en compte ses désirs, ses besoins, ses attentes. On peut espérer que cette prise en compte de la parole des "vieux" soit l'amorce d'une évolution positive de la vision dévalorisante portée par la société sur la vieillesse.

BIBLIOGRAPHIE

Textes réglementaires

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

Loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 modifiant et complétant la loi précédente ainsi que la loi hospitalière de 1970 notamment pour la définition des longs séjours

Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 instaurant la prestation spécifique dépendance

Décret n° 77-1289 du 22 novembre 1977 relatif à l'application de l'article 5 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975

Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées

Décret n° 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées

Arrêté du 26 avril 1999 relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission départementale de coordination médicale

Arrêté du 26 avril 1999 relatif à la composition du tarif journalier afférant aux soins, résultant du droit d'option tarifaire mentionné à l'article 9 du décret n° 99-316

Arrêté du 26 avril 1999 relatif au 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 sanitaires et sociales

Circulaire n° 99 339 du 11 juin 1999 relative aux missions des médecins inspecteurs de santé publique

Ouvrages

BRAMI Gérard, *La qualité de vie dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées*, Paris, Berger-Levrault, collection Repère-Age, 1997

CONTANDRIOPOULOS André Pierre, CHAMPAGNE François, DENIS Jean Louis, PINEAULT Raynald, *L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes*, Lille, Crege, 1992

ETCHEGOYEN Alain, *Peut-on faire l'économie de la qualité de vie du patient âgé ?*, Paris, Fondation Nationale de Gérontologie, 1999

FOURCADE Alexandra, RICOUR Alain, GARNERIN Philippe, HERGEON Eric, DURIEUX Pierre Yves, *La démarche qualité dans un établissement de santé*, Paris, Doin éditeurs / Assistance publique – Hôpitaux de Paris, 1997

FROMENTIN Daniel, BRUN Jacqueline, LENGART Jacques, *Santé et assurance qualité*, Paris, Berger-Levrault, 1998

HENRARD Jean Claude, ANKRI Joël, *Grand age et santé publique*, Rennes, éditions ENSP, 1999

ISHIKAWA Kaoru, *La gestion de la qualité : Outils et applications pratiques*, Paris, Dunod, 1996

JASMIN Claude, BUTLER Robert, *Longévité et qualité de vie. Défis et enjeux*, Le Plessis Robinson, Institut Sunthelabo, 1999

JOING Jean-Luc, *Maîtriser la démarche qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Paris, ESF, Collection Actions Sociales / Société, 1998

LAIRY Gérard, MATILLON YVES, *La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé, revue de la littérature médicale*, Paris, ANDEM, 1996

LETEURTRE Hervé, PATRELLE Irène, QUARANTA Jean-François, RONZIERE Nathalie, *La qualité hospitalière vers l'accréditation*, Paris, Berger-Levrault, Collection Audit hôpital, 1999

VERCAUTEREN Richard, *Animer une maison de retraite*, Toulouse, Erès, 1995

VERCAUTEREN Richard, CHAPELEAU Jocelyne, *Evaluer la qualité de vie en maison de retraite*, Toulouse, Erès, 1995

Articles

ANONYME, *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées : enquête, EHPAD situation au 31/12/1996*, in SESI documents statistiques, 1998 janvier, n°297

ALBRAND G., *De la maladie vers la dépendance. Évaluation de la personne âgée malade*, in Revue de gériatrie (la), 1998, mai, n°5, pp 439-446

ANKRI Joël, *Éthique et politique médico-sociales en faveur des personnes âgées*, in Laennec, 1998, juin, n°5, pp10-12

ARGOUD Dominique, *La qualité : Une réalité faussement évidente*, Regard croisé sur la qualité en gérontologie, 1998, décembre, n°2, pp 27-32

BARATTA Nadine, *Gérontologie. Regards croisés sur la qualité*, in Décision santé – stratégie santé, 1999, janvier – février, n°140, pp 22-24

BEAUFILS Beatrice, *De la mesure de la dépendance*, in Actualité et dossier en santé publique, 1997, septembre, n°20, pp 6-7

BECHU Thierry, *Évaluer, pourquoi ? Par qui ? le rôle des professionnels*, in Hospitalisation nouvelle, 1995, juillet, n°230, pp 33-36

BREUIL Pascal, *la dépendance des personnes âgées*, in Portrait social 1998 – 1999, INSEE, 1999, pp 91-107

BURRUS O., *Les 14 besoins fondamentaux...selon Virginia Henderson*, in Revue de l'infirmière, 1998, septembre, n°42, pp 55-58

COLVEZ Alain, *Élargir les conceptions habituelles de la santé et de la maladie : une exigence de la gérontologie*, in Laennec, 1998, juin, n°5, pp10-12

CASSOU Bernard, *Évaluer la qualité de vie des personnes âgées : une entreprise problématique*, in Gérontologie et société, 1996, octobre, n°78, pp 8-16

- CHOUAID Christos, MOREL martine, CANIS Lionel, WATRIN Jean Claude, VIEL Eric**, *Qualité et accréditation dans les établissements de santé*, in Gestions hospitalières, 1998, mars, n°374, pp 223-227
- CHWALOW Judith**, *méthodologie de l'évaluation de la qualité de vie dans les essais cliniques*, le Courrier de l'évaluation en santé, 1995, mai, pp 11-15
- CORTEN Philippe**, *Le concept de « qualité de vie » vu à travers la littérature anglo-saxonne*, in L'Information psychiatrique, 1998, novembre, n°9, pp 922-932
- DELBES Christiane, GAYMU Joëlle**, *Les retraités en France : d'hier à demain*, in Cahiers de sociologie et de démographie médicales, 1999, avril - septembre, n°2-3, pp 113-131
- FERMONT Béatrice, JOEL Marie Eve**, *Évaluation de la qualité de vie des personnes âgées*, in Gérontologie et société, 1996, octobre, n° 78, pp 17-28
- GARDEUR Patrick / coor.**, *Evaluation en santé publique*, Actualité et dossier en santé publique, 1996, décembre, n°17, pp18-23
- GUESNIER Martine, FOURCADE Alexandra, RAVAUD Philippe, GUEZ Patrick**, *Qualité, évaluation, accréditation : les concepts*, in Technologie Santé, 1997, décembre, n°32 pp 5-10
- GUILLET Pierre**, *La difficulté de préserver l'autonomie des personnes âgées*, in Regards croisés sur la médicalisation en établissements gérontologiques, 1995, décembre, n°1, pp 55-58
- GROSSHANS Claire**, *Médicaliser, soigner : Deux termes ambigus*, in Regards croisés sur la médicalisation en établissements gérontologiques, 1995, décembre, n°1, pp 55-58
- HADDAD Slim, ROBERGE Danièle, PINEAULT Raynald**, *Comprendre la qualité : en reconnaître la complexité*, in Rupture revue transdisciplinaire en santé, 1997, janvier, n°1, pp 59-78
- HERBE Monique, BIANCHI Philippe**, *Qualité et certification mode d'emploi*, in Gérontologie et société, 1996, octobre, n°78, pp 102-108
- JARNO P., RIOU F., RIMBERT A.**, *Comment évaluer l'organisation d'un hôpital ? Analyse comparative de quatre manuels*, in Journal d'économie médicale, 1999, mars-avril, n°2-3, pp 201-208
- JOURDAIN Alain, Martin Claude**, *de quoi dépend la dépendance*, in Cahiers de sociologie et de démographie médicales, 1999, avril- septembre, n°2-3, pp 179-193
- LABEDAN Christian**, *La qualité en gestion des ressources humaines*, in Hospitalisation nouvelle, 1995, juillet, n°230, pp 36-43
- LAUNOIS R.**, *La qualité de vie : Finalités et méthodes*, Regard croisé sur la qualité en gérontologie, 1998, décembre, n°2, pp 23-29
- LEBAUPIN Anne, NORTIER Frédérique**, *Situation actuelle et perspective d'avenir*, in INSEE données sociales, 1996, pp 468-473
- LEONE Colette**, *La qualité des soins dans la qualité de vie*, in gérontologie et société, 1996, octobre, n°78, pp 65-77
- MAGUERES Georges**, *La mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité : Quelle démarche choisir ?*, in Technologie santé, 1997, décembre, n°32, pp 42-45
- MIDY F., BEJEAN S.**, *Propriétés psychométriques des questionnaires de qualité de vie. Une synthèse méthodologique*, in Journal d'économie médicale, 1997, janvier, n°1, pp 35-48
- MINVIELLE Etienne, BREMOND Marc, DEVELAY Aude, LOMBRAIL Pierre, BRODIN Marc**, *Vivent les « démarches qualité » à l'hôpital ?*, in Gestion hospitalière, 1994, novembre, n°340, pp 728-738
- MOLLIER Annie**, *L'éthique, le droit et les procédures au service de la qualité de vie*, Regards croisés sur la qualité en gérontologie, 1998, décembre, n°2, pp 17-20

MOLLIER Annie, GUCHER Catherine, *Les enjeux du projet de vie en établissement*, in Gestions hospitalières, 1999, mars, pp 164-168

MORMICHE Pierre, *La dépendance : Le poids et le souci*, in Cahier de la démographie médicale, 1999, avril- septembre, n°2-3, pp 161-177

NEISS Martine, *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées : une croissance ralentie*, in SESI information rapide, 1998, septembre, n°102, pp 1-4

PARANT Alain, *la dépendance du grand âge*, in Cahiers de sociologie et de démographie médicales, 1999, avril - septembre, n°2-3, pp 133-159

PELLERIN D., BAULIEU E.E., *rapport sur le vieillissement*, in Cahier du comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, 1999, janvier, n°18, pp 3-28

PLANTET Joël, *Loi du 30 juin 1975 : droits des usagers, qualité des prestations, évaluation*, in Lien social, 2000, février, n°519, pp 4-6

RICOUR Loïc, PRAT Caroline, DELAVALLEE François, BUGEON Catherine, *Le programme d'amélioration continue de la qualité de la compagnie générale de santé*, in Gestions hospitalières, 1998, mars, n°374, pp 223-227

ROUILLEAULT Henri, *Travail en gériatrie. Au-delà du soin, une qualité de vie*, in Travail et changement, 1997, novembre, n°231, pp 9-19

VILLENEUVE Anne, PRIGNEAU Fabrice, *Accréditation sanitaire et accréditation sociale : Similitudes et divergences*, in Revue hospitalière de France, 1999, mars – avril, n°2, pp 56-57

Autres documents

ANONYME, *Préparer et conduire votre démarche d'accréditation : un guide pratique*, ANAES, 1999, juin

BROUGERE Dominique, *Face aux enjeux internes et externes d'un SSADPA, impulser une démarche qualité spécifique, centrée sur le sujet âgé*, Rennes, ENSP, Mémoire CAFDES, 1998

CAILLE Laurence, *Initiation d'une démarche qualité en maison de retraite*, Rennes, ENSP, Mémoire DESS, 1998

DESTAIS Nathalie, VINCENT Gérard, *Renforcement des fonctions d'inspection de premier degré dans le domaine sanitaire et social*, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, 1997, septembre

GUNCHART-KUNSTLER Paulette, *vieillir en France pour une prise en charge plus juste et plus solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie*, Rapport à M. le premier ministre, 1999, septembre

LAROCHE Danielle, ROBERGE Danièle, PINEAUL Raynald, *L'évaluation de la qualité par les usagers*, Notes de présentation au séminaire « la performance hospitalière : du malade au système hospitalier », INSERM, 1998 octobre

TAILLANDIER Hélène, *Mettre en place la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes en Loire Atlantique*, Rennes, ENSP, mémoire IASS, 1999

THIERRY Michel, PALACH Jean Marie, *Une société pour tous les âges*, Rapport du comité de pilotage de l'année internationale des personnes âgées, 1999, octobre

GLOSSAIRE

- **Accréditation :**

Procédure externe à un établissement de santé dont le but est d'obtenir une appréciation indépendante de la qualité de cet établissement ou le cas échéant d'un ou plusieurs services ou activités de cet établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères ou de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement (ordonnance du 24 avril 1996 relative à l'hospitalisation publique et privée).

- **Amélioration de la qualité :**

Ensemble des actions préétablies et systématiques pour donner la confiance appropriée en ce qu'un produit ou service satisfera aux exigences données relatives à la qualité.

- **Assurance qualité :**

Ensemble des activités préétablies et systématiques mise en œuvre dans le cadre du système qualité et démontrées en tant que de besoin, pour donner la confiance appropriée en ce qu'une entité satisfera aux exigences de la qualité (ISO 8402).

- **Audit qualité :**

Examen méthodique et indépendant en vue de déterminer si les activités et les résultats relatifs à la qualité satisfont aux dispositions préétablies, et si ces dispositions sont mises en œuvre de façon effective et apte à atteindre les objectifs (ISO 8402).

- **Certification :**

Procédure qui sert à faire valider la conformité d'un système qualité aux normes ISO 9000 par un organisme certificateur compétant et indépendant permettant de donner une assurance écrite qu'un produit, un processus, ou un service est conforme aux exigences spécifiées (AFNOR).

- **Client :**

Destinataire d'un produit fourni par le fournisseur (ISO 8402).

- **Indicateur :**

Donnée objective qui décrit une situation d'un point de vue quantitatif (ANAES).

- **Procédure :**

manière spécifiée d'accomplir une activité (ISO 8402).

- **Protocole :**

Descriptif des techniques à appliquer et /ou consignes à observer (AFNOR).

- **Qualité :**

Ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites (ISO 8402)

- **Référence :**

Énonce d'une attente ou d'une exigence permettant de satisfaire le délivrance de soins ou de prestations de qualité (ANAES).

- **Référentiel :**

Ensemble de référence couvrant un domaine d'activité d'un établissement (ANAES).

- **Système qualité :**

Ensemble de l'organisation, des procédures, des processus et des moyens nécessaires pour mettre en œuvre le management de la qualité (norme ISO 8402).

LISTE DES ANNEXES

- 1** – Définition des groupes iso ressources
- 2** – Pyramide des besoins selon Maslow
- 3** – Le calcul du GIR moyen pondéré
- 4** – La version test de la grille d'auto-évaluation de la qualité en EHPAD
- 5** – Le questionnaire spécifique portant sur l'appréciation globale de la grille d'auto-évaluation de la qualité en EHPAD
- 6** – La grille d'analyse pour chaque question
- 7** – La liste des établissements ayant participé au test
- 8** – Tableau de présentation générale des différents outils d'évaluation de la qualité en EHPAD
- 9** – Tableau de l'analyse des domaines particuliers : la prise en compte de l'avis des résidents et les soins médicaux
- 10** – Le compte rendu des réunions du groupe "qualité" des 6 et 25 janvier 00
- 11** – Calendrier des étapes du projet

Annexe 1

Les groupes Iso ressources (GIR)

Un logiciel permet de passer des dix variables déterminantes de la perte d'autonomie que comprend la grille AGGIR. Un groupe GIR comprend des personnes âgées dont le niveau de perte d'autonomie nécessite une mobilisation de ressources en terme d'aide significativement proche. On peut ainsi présenter des exemples des profils les plus fréquemment rencontrés dans les six groupes GIR.

Groupe 1 :

Comprend des personnes ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants.

Groupe 2 : Il comprend deux sous groupes

Les grabataires lucides ou dont les fonction mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plus part des activités de la vie courante.

Les déments déambulants ou les détériorés mentaux graves qui ont conservé totalement ou significativement leurs facultés locomotrices ainsi que certaines activités corporelles que souvent, ils n'effectuent que stimulés.

Groupe 3 :

Comprend des personnes ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. Ces personnes n'assurent généralement pas l'hygiène de leur élimination tant anale qu'urinaire.

Groupe 4 : Il comprend deux sous groupes

Celui des personnes n'assurant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, se déplacent à l'intérieur du logement et qui, par ailleurs, doivent être aidées ou stimulées pour la toilette et l'habillement.

Celui des personnes n'ayant pas de problème locomoteur mais qu'il faut aider pour les activités corporelles, y compris pour les repas.

Groupe 5 :

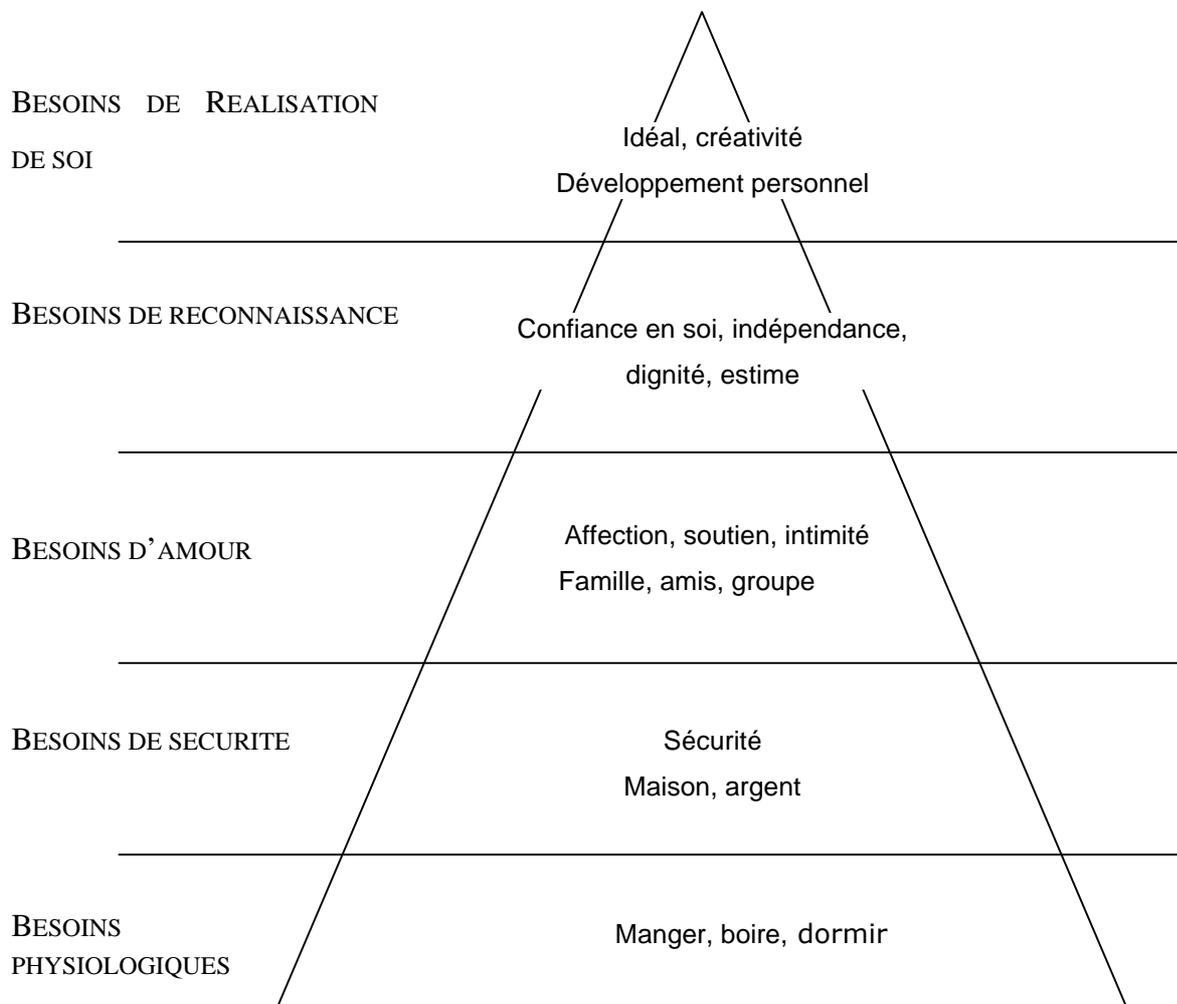
Les personnes assument seules leurs transferts et les déplacements à l'intérieur du logement. Elles s'alimentent et s'habillent seules. Une surveillance ponctuelle étalée dans la semaine peut être nécessaire pour la toilette, la préparation des repas et la ménage. Ce sont des personnes qui peuvent avoir besoin d'une aide ménagère.

Groupe 6 :

Ce sont les personnes autonome pour les gestes de la vie quotidienne.

Annexe 2

Hierarchie des besoins selon maslow⁹⁴



⁹⁴ LEONE COLETTE, *LA QUALITE DES SOINS DANS LA QUALITE DE VIE*, GERONTOLOGIE ET SOCIETE, 1996, OCTOBRE, N°78, PP 65-77

Annexe 3

GIR moyen pondéré (GMP) :

chaque personne est classée dans un groupe GIR. A chaque groupe GIR est associé une cotation en point. Il est procédé à une totalisation des cotations pour l'établissement. Le total des points dans les différents groupes de toutes les personnes âgées dépendantes hébergées dans l'établissement est divisé par le nombre de personnes.

Tableau de valorisation en points du classement en niveaux de dépendance (groupe GIR) des personnes âgées dépendantes accueillies dans un établissement

	Cotation GIR	Valorisation en points GIR (1)	Nombre de personnes (2)	Total en points GIR (1)*(2)
GIR 1	1	1000		
GIR 2	0,84	840		
GIR 3	0,66	660		
GIR 4	0,42	420		
GIR 5	0,25	250		
GIR 6	0,07	70		
Total			(A)	(B)

$$\text{GIR moyen pondéré} = (B) / (A)$$

ANNEXE 5

QUESTIONNAIRE SPECIFIQUE POUR LE TEST DE LA GRILLE D'AUTO-EVALUATION PERIODIQUE DE LA QUALITE EN EHPAD

Cette partie du questionnaire est destinée à recueillir des informations sur la globalité de la grille d'auto-évaluation.

Les réponses à ces questions sont collectives et doivent refléter l'avis de l'équipe.

Pour la dernière possibilité de réponse, il est nécessaire que l'équipe explique sa position et présente si besoin des propositions (facultatif pour les autres réponses)

1 - CETTE GRILLE D'AUTO-EVALUATION PERMET-ELLE D'EVALUER LA QUALITE DES PRISES EN CHARGES REALISEES DANS VOTRE ETABLISSEMENT ?

oui complètement oui en grande partie oui partiellement Non, pourquoi ?

2 - CETTE GRILLE D'AUTO-EVALUATION EXPLORE-T-ELLE LES CHAMPS LES PLUS IMPORTANTS DE LA QUALITE DES PRISES EN CHARGES REALISEES DANS VOTRE ETABLISSEMENT ?

oui complètement oui en grande partie oui partiellement Non, quels aspects manquent-il ?

AVEZ-VOUS RENCONTRE DES PROBLEMES POUR ORGANISER LE TEST ?

non non partiellement non en grande partie oui, lesquels ?

3 - AVEZ-VOUS RENCONTRE DES PROBLEMES POUR ACCEDER A CERTAINES DONNEES ?

non non partiellement non en grande partie oui, lesquels ?

4 - COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS CONSACRE POUR LA REMPLIR ?

Moins d'une demi-journée une demi-journée une journée plus d'une journée, combien ?

5 - FONCTIONS ET NOMBRE DE PERSONNES PAR FONCTIONS AYANT PARTICIPE A L'AUTO-EVALUATION :

6 - LA CONSIGNE POUR REMPLIR CETTE GRILLE D'AUTO-EVALUATION EN EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE A-T-ELLE ETE RESPECTEE ?

oui complètement oui en grande partie oui partiellement Non, pourquoi ?

7 - CETTE GRILLE D'AUTO-EVALUATION A-T-ELLE ETE BIEN ACCUEILLIE PAR L'EQUIPE ?

oui complètement oui en grande par oui partiellement Non, pourquoi ?

8 - CETTE GRILLE D'AUTO-EVALUATION PERMET-ELLE D'IDENTIFIER LES POINTS FORTS ET LES POINTS FAIBLES DE VOTRE ETABLISSEMENT ?

oui complètement oui en grande partie oui partiellement Non, pourquoi ?

ANNEXE 6

Questionnaire d'évaluation pour le test de la grille

niveaux d'appréciation : **A** : oui **B** : en grande partie **C** : partiellement **D** : non
 il est nécessaire que l'équipe explique sa position et présente si besoin, des propositions (facultatif pour les autres réponses).
 répondant à la question de la grille d'auto-évaluation.

FACTION DES RESIDENTS 1-accueil et admission

reflète bien un élément de qualité	ce critère est pertinent	ce critère est applicable dans votre établissement	l'énoncé est compréhensible et sans ambiguïté
	Chantal ERAULT	Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique	2000

ANNEXE 7

Tableau : Liste des établissements ayant participé au test de la grille d'auto-évaluation.

Etablissement	Commune	Statut juridique	places	section de cure	Convention aide sociale
Maison de retraite la Seigneurie	Pantin	Public A.	334	228	oui
Centre gérontologique Constance Mazier	Aubervilliers	Public A.	81	44	oui
Maison de retraite Gaston Monmousseau	Le Blanc Mesnil	Public A.	80	57	oui
Maison de retraite, hôpital Casanova	Saint Denis	Public H.	80	60	oui
Résidence Pierre Bérégovoy	Neuilly sur Marne	Public A.	60	12	oui

La Cerisaie	Gagny	Privé n.l.	102	70	Oui
Maison de retraite Sainte Marthe	Bobigny	Privé n.l.	89	20	Oui
Résidence les Clairières	Pavillons sous Bois	Privé n.l.	77	36	Oui
Maison de retraite Saint Joseph	Noisy le Grand	Privé n.l.	58	23	Oui
Maison de retraite Saint Vincent de Paul	Stains	Privé n.l.	56	20	Oui

MAPI	Le Bourget	commercial	100		Non
Maison de retraite la peupleraie	Pierrefite	commercial	96		Non
Villa des fleurs	Sevran	commercial	55		Non

→ . Public A : public autonome ; public h. : public hospitalier ;
privé n.l. : privé non lucratif

ANNEXE 8 Présentation générale des différents outils d'évaluation de la qualité en EHPAD.

Année Type	FNG GERHSE		Sud retraite		Manuel FNACPPA		CRRR SOCOTEC		Mission MARTHE	
	1987	1998	1998	et référentiel	1999	1999	1999	et référentiel	1999	Auto-évaluation
Évaluateur externe	Auto-évaluation et référentiel	Auto-évaluation et référentiel	Auto-évaluation et référentiel	Certification Reforme tarification	Certification Reforme tarification	Certification Reforme tarification	Certification Reforme tarification	Auto-évaluation et référentiel	Auto-évaluation	Reforme tarification
Nb. Questions		186				262			170	
COTATION	4 niveaux avec réponses personnalisées score	4 niveaux avec réponses personnalisées score	4 niveaux avec réponses personnalisées score			4 niveaux de cotation standard pas de score		4 niveaux avec réponses personnalisées pas de score		
Thèmes (nombre de questions ou de références)	Implantation géographique (6) Perception de l'établissement par le public (8) Echanges avec l'extérieur (4) Cadre de vie (13) Respect des personnes (2) Libertés et droits (5) Individualisation (2) Relation avec les familles (1) Information, participation (3) Accompagnement des derniers moments (1) Administration (13)	Accueil téléphonique (4) Accueil établissement (11) Admission du résident (6) Hygiène des locaux (16) Buanderie (7) Déchets hospitaliers (2) Animation (8) Restauration (13) Hygiène et restauration (2) Confort hôtelier (18) Cadre de l'établissement (6) Médicalisation (24) Aide à la dépendance (12) Disposition si décès (3) Dispositifs de sécurité (6) Sécurité (8) Personnel de l'établissement (20) Droit et liberté (13) Religion (3) Secret professionnel (4) Communication extérieure 8 Communication interne (1) Logistique (2) Animaux de compagnie (2)	Hôtellerie (12) Accueil (10) Droits et libertés (11) Personnel (8) Soins et prévention de la dépendance (6) Suivi de la satisfaction (4)	Projet institutionnel (13) Ressources humaines (13) Respect de la législation (5) Réseaux gérontologiques (3) Respects des droits des résidents (6) Relations avec les familles (3) Evaluations (10) Relation avec l'environnement (16) Admission (28) Suivi administratif (9) Hôtellerie (34) Restauration (21) Linge (18) Prise en charge médicale (15) Prise en charge paramédicale (4) Prise en charge de la dépendance (7) Vie sociale (21) Fin de vie (3) Fin de séjour du résident (36)	Accueil et admission (8) Droits et liberté (25) Restauration (15) Vie sociale (8) Maintien de l'autonomie (10) Organisation des soins (16) Aide spécifique (23) Hôtellerie (7) Personnel (7) Communication vers l'extérieur (4) Réseau gérontologique (6) Respect de la législation (1) Sécurité et maintenance (7) Projet institutionnel (5) Démarche qualité (22) Convention (7)					

ANNEXE 9

Analyse de domaines particuliers : la prise en compte de l'avis des résidents et les soins médicaux.

Mission Marthe

CRRR - SOCOTEC

SUD RETRAITE

Prise en compte des besoins des résidents

Questionnaires de satisfactions	1		1
Autre dispositif de prise en compte de l'avis des résidents			
	1	Conseil d'établissement (3)	Recueil des habitudes de vie (1)
		Réunions (1)	Souhaits pour les repas (3)
		Souhaits pour les repas (4)	Réunions (1)
			Programme d'animation (2)
			Communication autre (1)

Soins médicaux

Nombres de questions sur les soins	40	38	27
Médecin		Médecin référent (4)	Responsable de la médicalisation (2)
Infirmier			
Projet de soins	2	4 (3 sur la mise à jour)	3
Dossiers médicaux et de soins	4	9 contenu, mise à jour, traçabilité, secret	3 contenu, nombre de personnes dotées
Transmission	1		1
Capacité de médicalisation hospitalisation		5	3
Nutrition	2 (dont sonde)		
Régime	1		
Repas mixé	1		1
Aide aux repas		2	1
Hydratation	1		2 (thème aide à la dépendance)
Escarre	1		1 (thème aide à la dépendance)
Chute	4		
Contention	3		
Troubles psychiatriques	5		
douleurs	2		
Fin de vie	3		1
Incontinence	1	1 (thème aide à la dépendance)	2 (thème aide à la dépendance : changes)
Médicaments	1		6 préparation, distribution
Dépendance			

ANNEXE 10

Réforme de la tarification des EHPAD

Réunion du groupe de travail « qualité » le 6 janvier 2000

Personnes présentes :

Mr Barrière, gérant des Jardins D'astrée
 Mme Benarroch, directrice de la Villa des Fleurs
 Mme Crevel, directrice de MAPI le Bourget
 Mme Erault, MISP stagiaire
 Mr Frequelin, directeur de la maison de retraite Emile Gérard
 Mme Guillard, directrice de la maison de retraite de Pantin
 Mme Jacquin, CRAMIF
 Mme Knockaert, maison de retraite la Peupleraie
 Mme Maire, CODERPA
 Mme Manaut, conseil général
 Mme Minvielle, médecin, hôpital de Saint Denis
 Mme Moor, CODERPA
 Mr Parly, infirmier général, hôpital de Saint Denis
 Mme Salamanca, MISP DDASS 93
 Mr Sarazin, CODERPA
 Mme Sevenier Muller, IASS DDASS 93
 Mr Simon, directeur de la Cerisaie
 Mme Wagner, stagiaire
 Mme Zaneskis, CODERPA

La réunion est ouverte par Mme Sevenier et les Drs Salamanca et Erault qui rappellent que le groupe de travail effectuera une synthèse présentée au COPIL du 25 février.

Les réunions de ce groupe devront permettre de définir des critères de qualité à minima à exiger des établissements lors des signatures des conventions..

La grille d'auto-évaluation de la qualité en EHPAD, testée par les établissements est présentée par Mme Erault.

L'ensemble des participants s'accorde pour détailler quelques items du questionnaire. Le premier évoqué est celui concernant l'accueil et l'admission.

9 - SYNTHÈSE

Une première partie des débats a permis d'évoquer les enjeux pour les établissements, de la nécessité d'introduire une démarche qualité :

- Créer un climat de confiance avec les familles. En effet les relations avec celles-ci ce sont modifiées avec une exigence accrue de qualité (les familles veulent des prestations en rapport avec le prix payé), une multiplication des plaintes, mais aussi l'apparition d'un contentieux sur les tarifs et d'impayés.
- Motivation du personnel.

La démarche qualité doit s'articuler autour du projet de vie.

Les obstacles à la démarche qualité évoqués :

- Difficultés à mobiliser le personnel autour d'une démarche qualité. Il est signalé que la charge de travail augmente notamment en relation avec un niveau de dépendance accru des résidents.
- Nécessité de trouver des relais au niveau de l'encadrement
- Difficultés pour construire des outils, des indicateurs pour évaluer le résultat des actions menées.

Analyse par items :

- Accueil et admission, deux aspects ont été soulignés :
 - Importance de recueillir l'avis des personnes âgées sur la demande d'admission en établissement.
 - Problème des admissions en urgence (urgence relative souvent à 2 ou 3 jours). La réponse peut se trouver au niveau du schéma gérontologique et des réseaux, avec les différentes prises en charges (services à domicile, accueil de jour, de nuit, accueil temporaire...)

La démarche qualité pour les admissions passe par l'établissement d'une procédure écrite. Dans cette procédure doivent figurer entre autres des protocoles concernant :

- La réponse à une urgence
- La prise en compte l'avis des personnes sur leur admission

- Droit et liberté
 - Nécessité d'organiser une bonne information des familles et des personnes âgées sur les conditions de prise en charge (fonctionnement, effectifs, moyen, prestations proposées...). Deux expériences ont été présentées : brochure d'accueil et réunions d'information pour les nouveaux résidents et leurs familles.
 - Nécessité de replacer la personne âgée au centre de la prise en charge

Il est demandé aux établissements de faire parvenir les protocoles qu'ils ont déjà formalisé dans un objectif de mutualisation des outils.

Prochaine réunion le 25 janvier 2000, il est proposé pour cette réunion, d'aborder en priorité les questions relatives aux soins et aux repas.

Réforme de la tarification

Réunion du groupe de travail « qualité » le 25 janvier 2000

Personnes présentes :

Mr Barrière, gérant des Jardins D'astrée
 Mme Benarroch, directrice de la Villa des Fleurs
 Mme Berbezier, médecin DPAPH / SPA
 Mr Bettahar, infirmier à la cerisaie
 Mme Brung, infirmière à la Villa des Fleurs
 Mme Crevel, directrice de MAPI le Bourget
 Mme Erault, MISP stagiaire
 Mr Freuelin, directeur de la maison de retraite Emile Gérard
 Mme Jacquin, CRAMIF
 Mme Grimon, DDASS 93
 Mme Knockaert, maison de retraite la Peupleraie
 Mme Lemoine, directrice MAPI Rosny sous bois
 Mme Manaut, conseil général
 Mme Marton, IASS stagiaire DDASS 93
 Mme Minvielle, médecin hôpital de Saint Denis
 Mr Pauly, infirmier général hôpital de Saint Denis
 Mme Salamanca, MISP DDASS 93
 Mme Sevensier Muller, IASS DDASS 93
 Mr Simon, directeur de la Cerisaie
 Mme Zablocki, DPAPH /SPA
 Mme Zaneskis, CODERPA

Les évolutions de la grille d'auto-évaluation n'ont pas suscité de remarque particulière. Il est rappelé qu'il ne s'agit pas encore de la version définitive, celle ci devant être publiée ultérieurement avec un manuel d'utilisation.
 Le compte rendu de la réunion du 6 janvier est validé.

Mr Simon : Si tout le monde s'accorde à dire que la qualité est indispensable, on peut s'inquiéter que cette démarche enferme les établissements dans un cadre trop rigide. La qualité passe aussi par la spontanéité, la simplicité des gestes, l'importance de la relation avec les personnes. On peut être inquiet de la multiplication des grilles, même si certaines mettent en relation la dépendance et la charge de travail, notamment la grille élaborée par le Dr Vetel qui fixe la durée de la toilette chez une personne en GIR 1 à 3h. Cela pose le problème des moyens nécessaires.

Mme Sevensier indique, comme l'a rappelé Mr Brunetière lors de la réunion du 24 janvier 00, que des établissements disposant des mêmes moyens, n'offrent pas toujours la même qualité. La qualité n'est pas seulement une question de moyen.
 La sécurité est évoquée. La réflexion sur les soins a porté sur plusieurs thèmes : le médecin coordonnateur, les chutes et la contention ainsi que les limites de la prise en charge médicale en maison de retraite.

- *Synthèse :*

La sécurité

14,5% des établissements ont un avis défavorable de la commission de sécurité.

La sécurité est un élément de qualité important néanmoins le respect des règles de sécurité est coûteux, contraignant et a certains effets pervers. On peut citer l'exemple de portes coupe-feu qui très lourdes, entravent les déplacements des personnes âgées. D'autres aménagements peuvent aussi avoir un impact négatif sur la qualité de vie. Pour certains il serait nécessaire qu'un personnel de sécurité soit présent la nuit, mais le coût serait supporté par les résidents.

Le choix des priorités pourrait être discuté avec les résidents ou leurs familles, mais la tendance, confirmée par les résultats d'un questionnaire utilisé par la maison de retraite de Livry Gargan, est d'une demande de « risque zéro » pour un moindre coût.

Le médecin coordonnateur

Les établissements s'accordent pour reconnaître l'importance du médecin coordonnateur.

C'est un nouveau rôle pour les médecins exerçant en maison de retraite (à l'exception de certaine maison de retraite publique), mais qui existe depuis 1986 dans les hôpitaux locaux.

Rôle en interne, il doit s'investir dans la vie de l'établissement par un travail avec les équipes (réunions d'équipes) et la participation d'une part à l'élaboration du projet institutionnel et d'autre part à la mise en place de projet individualisé de prise en charge.

Rôle de coordination en direction des intervenants libéraux (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers..)

Rôle en direction des familles (cf les rubriques chutes et limites de la prise en charge)

Cette fonction n'est pas encore complètement définie, d'autres textes réglementaires sont en attente.

La formation :

Il est évoqué le projet d'organisation d'une formation spécifique, organisée par le CNAM qui aborderait non seulement la gériatrie, mais aussi la coordination et la communication. Ceci pose le problème de reconnaissance d'un tel cursus et de sa comparaison avec un diplôme d'université ou un DES de gériatrie.

Les médecins accepteront-ils de se former ?

La rémunération :

Un des éléments clefs, comment recruter un médecin compétant et motivé si le montant de la rémunération des vacations est très faible ?

Le recrutement :

Il est nécessaire que le médecin coordonnateur soit admis par ces pairs.

La possibilité d'avoir recours à des médecins praticiens hospitaliers à temps partiel semble une piste intéressante pour les établissements publics.

Autres problèmes à prendre en compte :

L'organisation de son travail doit prendre en compte le rythme de l'établissement. Il est par exemple difficile d'organiser des réunions le matin, pendant les toilettes. En revanche les périodes de changement d'équipe habituellement mises à profit pour les transmissions semblent plus favorable. Cela nécessite d'organiser la disponibilité du médecin coordonnateur.

Le libre choix par les résidents de leur médecin doit être respecté, sans induire une « captation » de clientèle par le médecin coordonnateur, s'il a aussi comme cela est recommandé, une fonction de soins dans l'établissement. Il arrive déjà actuellement que des personnes souhaitent changer de médecin après la visite d'admission réalisée par le praticien attaché à la section de cure. Il est rappelé que le médecin coordonnateur doit respecter le code de déontologie, de plus ce problème peut être pris en compte dans la fiche de poste ou le contrat de travail et peut faire l'objet d'une charte.

Les chutes et la contention

Les chutes, le plus souvent peu graves, ont des conséquences spectaculaires (hématome de la face). Elles sont souvent mal vécues par les familles et donnent lieu fréquemment à des plaintes.

L'élaboration de protocoles de prévention des chutes ne semble pas être une réponse satisfaisante à ce problème. Toutefois la prévention de certaines causes de chutes, comme par exemple la chute d'un lit trop haut avec ou sans barrière, peut être améliorée si l'on obtient que le personnel soignant abaisse les lits médicalisés le soir ou après chaque soin.

Il est indiqué qu'il faut mettre en balance d'une part la prise de risque et d'autre part la nécessité de préserver la liberté de déplacement des résidents. Cette démarche qui fait aussi partie de la prévention de la dépendance doit être expliquée et discutée avec les familles dès l'admission. Il est nécessaire que la famille et l'équipe soignante aient une approche comparable de la notion de prise de risque.

Le recours à la contention doit être exceptionnel. Pour certains, les indications concernent principalement les personnes qui ne marchent plus. Il est recommandé de recueillir l'accord du résident ou de sa famille avant d'avoir recours à la contention.

Les limites de la prise en charge médicale en maison de retraite

Certaines prises en charge médicale posent le problème de « l'hospitalo-requérance » et de l'articulation avec les longs séjours et les services de médecine ou de soins palliatifs. Certaines pathologies ou certaines fins de vie nécessitent une formation adaptée pour être prises en charge de manière satisfaisante. Il est rappelé à ce propos l'importance de la prise en charge adaptée de la douleur.

Cette réflexion doit être conduite dans le cadre du projet d'établissement. Elle doit aussi se faire en accord avec le souhait du résident et de sa famille. Certains devant l'aggravation de l'état de santé de leur parent, souhaitent l'intervention de moyens « lourds » (hospitalisation...), d'autres préfèrent poursuivre le suivi dans l'établissement.

Il est signalé que le terme de « maison de retraite médicalisée » induit une équivoque pour certains professionnels ou certaines familles sur les capacités de prise en charge médicale de l'établissement.

ANNEXE 11 : Calendrier des étapes du projet (Gantt)

mois	1999												2000			
	octobre				novembre				décembre				janvier			
	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	1	2	3	4		
réunion de présentation																
test de la grille																
recueil des données																
présentation des résultats au COPIL																
Groupe de travail qualité																