

**L'évaluation interne et son suivi,
une étape déterminante de la démarche
qualité représentant des enjeux
institutionnels majeurs**

- EHPAD et foyer de vie de Le Tronchet -

Remerciements

En tout premier lieu, je tiens à remercier mon tuteur de stage, Monsieur Pierre-Bernard Gesrel, directeur de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et du foyer de vie de Le Tronchet, pour son accueil pendant huit mois, ses conseils sur le métier de directeur, son écoute et sa disponibilité quotidienne. La confiance qu'il m'a témoignée et les échanges que nous avons eus m'ont permis d'affirmer mon positionnement de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social.

Dans un second temps, j'adresse toute ma gratitude à Madame Anita Flageul, responsable des services de soins et socio-éducatifs, pour son écoute, son expertise relative aux publics accueillis et son accompagnement attentif tout au long de ce stage.

Je salue également la disponibilité de tous les professionnels qui m'ont accompagné quotidiennement. Ils ont su me faire partager leur expérience et m'ont été d'une grande aide dans l'accomplissement de mes missions. Le temps et la confiance qu'ils m'ont accordés ont été des facteurs déterminants du bon déroulement de ce stage professionnel.

Enfin, je remercie l'ensemble des résidents pour la dimension humaine qu'ils ont su apporter à ce stage, me persuadant définitivement de mon choix d'évoluer professionnellement dans ce secteur.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 La démarche d'évaluation interne et son inscription plus large au sein de la politique qualité : entre inspiration des méthodes industrielles et adaptation au secteur médico-social.....	5
1.1 Qu'est-ce que la qualité ?.....	5
1.1.1 Des concepts issus du secteur industriel	5
1.1.2 Définition générale.....	7
1.1.3 L'approche de la qualité à l'EHPAD-FV de Le Tronchet.....	9
1.2 Les spécificités de la démarche d'amélioration de la qualité dans le secteur médico-social	10
1.2.1 L'amélioration à travers le prisme de l'évaluation.....	10
1.2.1.1 L'évaluation interne	11
1.2.1.2 L'évaluation externe	13
1.2.2 Des exemples d'outils à la disposition des établissements.....	14
1.2.2.1 Le livret d'accueil destiné aux nouveaux résidents.....	14
1.2.2.2 : la gestion des plaintes et réclamations	15
1.2.2.3 La mise en place progressive d'une politique de gestion des risques.....	16
2 L'évaluation interne : une démarche dynamique qui dépasse la phase diagnostique	19
2.1 De l'utilité de réaliser un état des lieux	19
2.1.1 Le choix de la méthode d'évaluation	20
2.1.1.1 Le choix d'un référentiel	20
2.1.1.2 La méthode d'évaluation en groupe de travail	22
2.1.2 Les difficultés rencontrées lors de la phase diagnostique	23
2.2 La mise en place du plan d'action.....	25

2.2.1 Les modalités d'établissement du plan d'action	25
2.2.2 Les difficultés de sa mise en œuvre.....	27
2.2.3 Propositions de solutions pour assurer la continuité entre la phase diagnostique et la mise en œuvre du plan d'action.....	29
3 Les enjeux internes liés à l'évaluation interne : entre levier managérial et conduite du changement.....	33
3.1 L'exemple de l'EHPAD et du FV de Le Tronchet	33
3.1.1 Présentation de l'établissement et des publics accueillis.....	33
3.1.2 Les résultats de l'évaluation interne comme levier d'impulsion d'une dynamique nouvelle	36
3.1.3 Les conséquences sur le climat social et la vie institutionnelle...	37
3.2 La conduite du changement demeure une entreprise complexe.....	39
3.2.1 Malgré une volonté de changement des professionnels, des craintes peuvent émerger	39
3.2.2 Un investissement des professionnels indispensable pour réussir la mise en place d'une dynamique collective	41
CONCLUSION	43
Bibliographie	45
Liste des annexes	I

Liste des sigles

AFNOR : Association Française de NORmalisation

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux

ANGELIQUE : Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de Qualité pour les Usagers des Etablissements

ARS : Agence Régionale de Santé

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CNESMS : Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale

COFIL : COmité de PIlotage

CVS : Conseil de la Vie Sociale

ESMS : Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FV : Foyer de Vie

ISO : l'International Organisation for Standardization

INTRODUCTION

Législativement obligatoire depuis la loi 2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, l'évaluation interne est un outil managérial pour les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), leur permettant d'établir un bilan objectif du niveau de qualité des prestations qu'ils délivrent, et justifiant parfois la nécessaire adaptation des pratiques professionnelles. Chaque établissement doit s'inscrire dans cette démarche, au moins tous les 5 ans, et fournir un bilan aux autorités de tutelle. Plus largement, cette démarche s'inscrit dans la politique qualité de chaque structure complétée par d'autres outils tels que les évaluations externes, le document unique, la gestion des risques ou encore le recensement et le traitement des évènements indésirables.

Il apparaît d'ores et déjà important de qualifier les concepts de qualité et d'évaluation. Ainsi la qualité demeure une capacité de satisfaire des besoins exprimés (ou non) de l'utilisateur en vue de maintenir soit sa santé, soit son autonomie. Sa recherche et son effectivité s'inscrivent dans une démarche volontaire qui, pour être efficace et partagée, doit au préalable être méthodologiquement prédéfinie. Cette dernière interroge l'ensemble de l'établissement et présage de changements organisationnels, garants d'une meilleure adaptation du service proposé aux besoins exprimés. L'évaluation, quant à elle, tente d'apprécier de façon objective la réalité du terrain et les pratiques professionnelles en les comparant aux attentes. Un référentiel préétabli permet cette mise en relation ainsi que l'établissement de constats, à partir desquels pourront être prises des décisions. Le directeur joue ici un rôle essentiel en conduisant ces démarches et assurant ainsi la continuité d'une politique qualité au service des usagers.

Cette recherche continue de l'amélioration de la qualité dans les ESMS, et spécifiquement son évaluation, est une démarche qui trouve son inspiration dans les organisations du secteur industriel (cf. Annexe 1 roue de Déming). En effet, dès le début du XXème siècle et avec le développement de l'industrie, une baisse de la qualité des produits est constatée en référence à la production artisanale.

Certes, les quantités produites augmentent mais leur qualité semble impactée. Face à une offre qui devient progressivement supérieure à la demande, les industriels ont donc dû améliorer la qualité de leurs produits afin de pouvoir répondre aux exigences de leurs clients. Se développent alors des normes techniques dont la promotion est assurée par l'Association Française de Normalisation créée en 1926 (AFNOR) ou en encore l'International Organisation for Standardization (ISO) créée en 1947. Puis, cette normalisation trouve ses dernières traductions dans le management même de la qualité, mise en œuvre au travers des normes ISO 9000. Ces dernières sont mobilisables dans tous les secteurs d'activités. Elles ont d'ailleurs inspiré le secteur médico-social dont les concepts de base précédemment cités (évaluation, démarche qualité) y ont été adaptés. Néanmoins, une différence majeure subsiste dans l'approche économique. Même si la gestion économiquement raisonnable est une préoccupation majeure de tout directeur d'établissement, il n'en demeure pas moins que la priorité doit rester la qualité de l'accompagnement proposée au résident et son adéquation avec son projet de vie. Ainsi le profit n'est pas un objectif, d'autant plus que le coût des prestations délivrées est majoritairement et solidairement à la charge de la société, dans le secteur public en particulier.

L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et le foyer de vie (FV) de Le Tronchet représentent deux entités juridiques indépendantes au sein d'une même enveloppe architecturale. Les démarches d'évaluation interne ont été entreprises et achevées au premier semestre 2013. En dehors de la complexité inhérente à cette double entreprise qualitative, elle a représenté les prémices du développement d'une véritable démarche qualité. En effet, de cette évaluation interne ont émergé des priorités dont la plus symbolique et la plus structurante pour l'établissement fut la réécriture du projet d'établissement. Le directeur de l'établissement a pris le parti de ne pas faire appel à un prestataire extérieur pour l'accompagnement de la démarche. En revanche, il s'est appuyé sur les compétences d'un directeur stagiaire pour mener les échanges et piloter les groupes de travail. Bien évidemment, dans un souci d'efficacité et de qualité de la conduite de l'évaluation, les professionnels ont dû s'approprier l'esprit de la démarche afin de ne pas la considérer comme une remise en cause de leurs pratiques mais plutôt comme un état des lieux. Ce travail de communication et d'étayement est de la responsabilité du directeur,

garant de la bonne conduite de cette étape de la politique qualité qui se professionnaliserait ultérieurement au sein de l'établissement.

C'est pourquoi, j'ai pris le parti de mettre à profit le contexte de Le Tronchet et donc cette « approche terrain », pour traiter une problématique plus générale dans ce mémoire. Mon étude portera donc sur : « En quoi la démarche d'évaluation interne, du diagnostic au plan d'action, est-elle à la fois un enjeu majeur de la politique qualité et un levier managérial déterminant ? Exemple de l'E.H.P.A.D. et du FV de Le Tronchet. ». L'enjeu, pour le directeur à ce niveau, est le déploiement de la stratégie qualité au sein de l'établissement à travers l'analyse de son activité, l'ajustement de celle-ci aux besoins des résidents et les répercussions concernant la prise en charge du public accueilli. C'est à lui de fixer les objectifs « qualité ». Il doit mettre à disposition les ressources dédiées à cette fonction au sein de l'établissement et ainsi mobiliser les professionnels. Le directeur a un rôle de validation des plans d'actions issus de l'évaluation interne et doit en assurer la mise en œuvre effective. Il doit pouvoir évaluer les résultats obtenus en matière d'amélioration de la qualité. C'est donc bien d'un point de vue managérial que sera traitée ici l'évaluation, en identifiant les méthodes de mise en œuvre à privilégier et les modalités de son suivi. La garantie de la qualité qu'elle apporte à l'utilisateur et plus largement l'impulsion nécessaire du développement de celle-ci au sein des structures alimenteront les réflexions des différentes parties afin de ne pas perdre de vue l'essentiel, à savoir la position centrale des usagers dans toutes démarches liées à la qualité.

Cette étude s'appuie sur une étude de terrain, la participation à des réunions diverses (instances, groupe de travail, information...), complétée par des entretiens individuels avec des professionnels (encadrement, médecins, soignants). Une bibliographie large a également été investie afin de mettre en cohérence des notions et concepts de base, de confronter les points de vue et de les comparer avec les constatations quotidiennes du fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux. De plus, une analyse des différents documents mis à ma disposition a été réalisée, à savoir, rapport d'évaluation interne, comptes-rendus de réunion qualité, des groupes de travail de l'évaluation interne, projet d'établissement...

Pour répondre à ce questionnement, j'analyserai tout d'abord la place de l'évaluation dans sa dimension plus large, à savoir au sein de la politique qualité (I) en définissant ces notions. Dans cette partie, il est essentiel de préciser les spécificités de cette démarche d'amélioration dans le secteur médico-social.

Ensuite, il sera fait état que l'évaluation interne n'est pas une démarche statique et qu'elle s'inscrit dans un processus continu dépassant la phase diagnostique (II). Pour cela, je décrirai la phase diagnostique et l'importance de la mise en place du plan d'action, les difficultés et les propositions de solutions afférentes dans un souci de positionnement correspondant à la fonction de direction.

Une troisième partie exposera les enjeux liés à l'évaluation interne (III) et notamment à travers la dimension managériale et les possibilités qu'elle offre pour conduire le changement dans un établissement peu dynamique durant ces 10 dernières années. Le terrain de stage de Le Tronchet offre ici un exemple pertinent d'illustration.

1 La démarche d'évaluation interne et son inscription plus large au sein de la politique qualité : entre inspiration des méthodes industrielles et adaptation au secteur médico-social.

Née dans l'industrie, la démarche qualité est un mode de management. Son application au secteur sanitaire puis social et médico-social est rapidement apparue comme une nécessité. En effet, en mettant clairement l'utilisateur au cœur de la loi 2002-2, les autorités publiques ont signifié leur attachement à l'approche qualité et incité les établissements à développer ces démarches.

C'est pourquoi et avant toute analyse pratique, il paraît essentiel de rappeler d'où proviennent ces concepts et comment ils ont évolué. Dans un deuxième temps, la spécificité de la démarche qualité au sein du secteur médico-social mérite d'être précisée notamment les outils dont il dispose pour la développer au sein des établissements.

1.1 Qu'est-ce que la qualité ?

Le concept de qualité a évolué au cours du XX^{ème} siècle. Il a connu ses prémices dans le secteur industriel pour finalement se généraliser à toute structure productrice de biens ou de services, soucieuse de l'adaptation de son offre au plus près des exigences de ses clients.

1.1.1 Des concepts issus du secteur industriel

Le concept de qualité apparaît avec le développement de la production industrielle de masse au cours des années 1920. En effet, le taylorisme et son

organisation scientifique du travail fondée sur la segmentation des tâches de production en opérations simplifiées soumettent les opérateurs à un rythme de travail imposé afin d'atteindre les objectifs de productivité souhaités par les dirigeants. Des services de contrôles indépendants de la production voient alors le jour et interviennent au terme d'étapes déterminantes dans un but de vérification des produits fabriqués. Ces contrôles peuvent être considérés comme les premiers contrôles qualité et se positionnent en véritables censeurs de la production, constatant a posteriori la conformité des produits livrés. Puis, apparaîtront les cartes de contrôle qui permettront d'intégrer de la qualité le plus en amont possible de la production. Avec ces dernières, ce n'est plus seulement le niveau de conformité qui est constaté. D'autres outils statistiques tels que les abaques permettront, lors de la seconde guerre mondiale et de l'effort de guerre des industries américaines, de participer à l'évolution du *contrôle en maîtrise* de la qualité.

Au lendemain de la guerre, Deming¹ démontrera que l'obtention de la qualité est dépendante de l'implication de tous les acteurs de l'entreprise (clients, fournisseurs, actionnaires, la collectivité). De plus, elle repose sur la maîtrise des processus basés sur un cycle dynamique et itératif (cf. Annexe 1 : Roue de Deming). Deming élaborera même des règles d'action qui deviendront les principes de base du management de la qualité.

Dans les années 70, la crise économique et l'arrivée massive des produits japonais (secteur automobile) incitent les industriels occidentaux à initier des démarches de type « assurance qualité » et « qualité totale ». C'est à cette période que Crosby² adresse un message aux directions afin de modifier leur perception à l'égard de la qualité car elle est généralement confondue avec un contrôle final. Or Crosby la perçoit en tant que conformité à des exigences et tout produit répondant à ses critères est déclaré de haute qualité. Il pense que la qualité conduit inévitablement à la chute des coûts et à l'accroissement de la productivité. D'ailleurs il évalue le coût de la non-qualité à 20% minimum du chiffre d'affaires des entreprises. Ce chiffre, de par son importance, est susceptible de mobiliser les directions sur des objectifs d'amélioration.

¹ William Edwards Deming (1900-1993) est un statisticien, professeur, auteur et consultant américain.

² Philippe Bayard Crosby (1926-2001) est un homme d'affaires et auteur qui a contribué aux pratiques de la théorie de la gestion et du management de la qualité

Cependant assurer la qualité consiste à définir et à mettre en œuvre de façon systématique les dispositions nécessaires pour fonder la confiance par la preuve, tant de façon interne qu'à l'égard des clients. Les directions ont ici une responsabilité car elles doivent s'assurer que les règles élaborées seront bien mises en œuvre au sein de leur organisation.

Dans les années 80, les principaux pays industrialisés participent à la rédaction de normes internationales pour l'assurance de la qualité au sein de l'ISO. En 1987, les normes ISO 9000, consacrées à l'aspect organisationnel de l'assurance qualité, à son management et à ses méthodes, naissent. La conformité d'une entreprise peut faire l'objet d'une reconnaissance externe par un organisme indépendant : la certification.

Ainsi et comme a pu l'écrire Fabien Martinez : « Le concept de qualité a évolué d'un système correctif, qualité constatée ou contrôle de la qualité, vers un système préventif, qualité maîtrisée ou management de la qualité »³.

1.1.2 Définition générale

La qualité d'un produit ou d'un service se caractérise par l'adéquation entre la prestation proposée et les attentes de l'utilisateur, à qui est destinée cette même prestation. Elle est donc la capacité de l'entreprise ou du service à répondre aux exigences du client ou de l'utilisateur. Elle peut se traduire par la recherche continue de l'amélioration du service rendu à travers la mise en place d'objectifs notamment dans l'organisation interne de l'entreprise ou de la structure, dans son adaptation aux évolutions réglementaires ou aux exigences croissantes du public ciblé.

La qualité s'inscrit dans une démarche volontariste. Elle est participative et nécessite donc l'implication de l'ensemble des acteurs de l'organisation privée ou publique. Elle concerne l'ensemble des secteurs clés (stratégie, ressources

³ Fabien Martinez, les principes généraux de la qualité, actualité et dossier en santé publique, n°35 juin 2001

humaines, gestion de projet...) de la structure dans laquelle est engagée la démarche.

Dans le secteur privé, la démarche qualité « constitue un facteur de mobilisation de l'entreprise autour de trois enjeux indissociables :

- économique : la performance économique de l'entreprise
- commercial : la satisfaction des clients
- humain : la motivation de tous les acteurs et collaborateurs vers un même objectif »⁴

Le secteur public quant à lui, et en particulier le médico-social, est confronté à la nécessité de faire mieux avec des moyens qui diminuent. Désormais le secteur social et médico-social doit répondre sur les capacités de leurs services. Partie intégrante d'un management global, la démarche qualité recentre les efforts sur les bénéficiaires pour offrir davantage de lisibilité et de garantie et optimiser les moyens afin d'abaisser le coût des prestations. Ainsi elle semble s'imposer dans un contexte économique que l'on peut qualifier de tendu, et répondre aux demandes grandissantes des usagers.

La loi du 02 janvier 2002 impose aux établissements et services en action sociale et médico-sociale d'« évaluer la qualité de leurs activités et des prestations qu'ils délivrent ». Mais quelle compréhension peut-on avoir de ces injonctions ? Le concept de qualité est certes incontestable en ce sens qu'il est consensuel et inévitable par nature au vue de l'objet même des prestations à délivrer. Mais sa recherche peut être appréciée selon plusieurs angles : la satisfaction des bénéficiaires quant aux prestations fournies, le respect des bonnes pratiques définies par les agences administratives ou encore le respect des principes édictés dans le projet d'établissement. D'où l'importance de s'interroger sur qu'est-ce que la qualité ? L'ISO considère la qualité comme « l'aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques d'un produit, d'un système ou d'un processus à satisfaire les exigences des clients et autres parties intéressées ». Ainsi la qualité ne concerne pas seulement les seuls biens industriels, mais l'ensemble des produits⁵. De plus, la qualité est envisagée à partir des attentes

⁴ <http://www.dgcis.gouv.fr/politique-et-enjeux/qualite/notions-cles>

⁵ Cf. norme ISO 8402 : « le produit est le résultat d'activités ou de processus ». Ainsi un acte de soin ou une prise en charge spécifique constituent des produits au sens social et économique.

du client, c'est-à-dire du destinataire du produit et non pas à partir du prestataire. Néanmoins ces dernières doivent être définies s'il est envisagé de les évaluer. L'usage d'une méthodologie d'évaluation et d'appréciation s'impose donc aux établissements qui souhaitent s'engager dans une telle démarche.

1.1.3 L'approche de la qualité à l'EHPAD-FV de Le Tronchet

Les démarches entreprises pour s'engager dans une véritable mise en place d'une politique qualité au sein de l'EHPAD-FV de Le Tronchet sont récentes. A son arrivée, en janvier 2012, le directeur constate de véritables manques dans ce domaine, à commencer par le projet d'établissement méconnu des autorités de tutelle. Il semble donc en effet difficile d'envisager des améliorations pertinentes sans véritable projet défini, sans lignes directrices et donc sans priorités affichées et partagées. Pourtant, un travail avait été engagé dans ce sens avec la constitution de groupes de travail, l'accompagnement par un prestataire extérieur pour sa réalisation. L'ébauche d'un document a même été rédigée. Cependant, le document produit n'a pas été diffusé.

De plus, l'établissement engage sa première démarche d'évaluation en janvier 2013. Auparavant, ni évaluation interne et par conséquent ni évaluation externe n'avait été entreprise. Le niveau de prestation, les pratiques professionnelles, la place de l'utilisateur n'avaient jusque-là pas encore été discutés au sein de démarches qualitatives telles les évaluations. Le directeur a donc décidé d'entrer dans une démarche volontariste de développement de la qualité au sein de l'EHPAD et du FV. Pour y contribuer, il décide de recruter des stagiaires : 1 directeur en 2013, 1 directeur en 2014 et un qualitatif entre septembre 2013 et septembre 2014. Ces personnes vont s'avérer être de véritables moteurs tant sur le déploiement de l'évaluation interne, de la phase diagnostique au suivi du plan d'amélioration, que sur l'établissement d'une cartographie des risques, le recensement et le traitement des événements indésirables, l'écriture du document unique, la révision ou l'écriture de documents tels que les livrets

d'accueils, les règlements intérieurs, la création d'un comité de pilotage de la qualité, la mise en place des Conseils de la Vie Sociale (CVS).

1.2 Les spécificités de la démarche d'amélioration de la qualité dans le secteur médico-social

Afin d'objectiver tout processus d'amélioration continue, il est nécessaire de pouvoir disposer d'outils tels que les évaluations interne et externe. Cependant ils ne sont pas les seuls à la disposition de la démarche qualité. Il sera donc précisé ici les définitions et évolutions des différentes évaluations mais également les autres démarches à la disposition des ESMS. Ne pouvant en faire une liste exhaustive, seront sélectionnées celles sur lesquelles j'ai pu travailler durant mon stage à l'EHPAD-FV de Le Tronchet.

1.2.1 L'amélioration à travers le prisme de l'évaluation

L'annexe 3-10 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)⁶ définit les modalités de mise en œuvre de l'évaluation externe. Elle précise la manière dont elle doit se lier à l'évaluation interne. L'évaluation interne apparaît, de ce point de vue, comme la première étape d'un processus d'évaluation plus global comprenant également l'évaluation externe.

⁶« Les champs des évaluations interne et externe doivent être les mêmes, afin d'assurer la complémentarité des analyses portées sur un même établissement ou service. Les évaluations successives, internes et externes, doivent permettre d'apprécier les évolutions et les effets des mesures prises pour l'amélioration continu du service rendu », Chapitre I, Section 2

1.2.1.1 L'évaluation interne

L'évaluation interne correspond à une auto-évaluation. Chaque établissement l'organise et décide de sa mise en œuvre. Il lui appartient alors de choisir le référentiel sur lequel il appuiera la démarche, la manière et la fréquence de mobilisation des professionnels et des usagers ou encore le recours ou non à un prestataire extérieur. Cette obligation trouve son fondement dans l'article 22 de la loi du 02 janvier 2002 qui précise également son calendrier : « Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation » et « elle doit être effectuée au cours des sept années suivant l'autorisation ou son renouvellement et au moins deux ans avant la date de celui-ci. »⁷.

La loi fait également référence aux recommandations de bonnes pratiques validées par le Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale (CNESMS). La note d'orientation du 10 novembre 2005 pose d'ailleurs le principe, précédemment évoqué, de la complémentarité entre évaluation interne et externe. De plus, elle précise le lien évident que doivent avoir le projet d'établissement et l'évaluation des prestations. Sur ce dernier principe fondamental, notons la particularité observée sur le terrain de stage. Du fait de l'arrivée récente du directeur d'établissement, il décide de réaliser une évaluation interne des deux structures avant de s'engager dans l'écriture du projet d'établissement. Ce choix réfléchi s'est inscrit dans une volonté d'appréhender les forces et les faiblesses de l'EHPAD et du FV. De ce diagnostic émergeront les orientations futures à donner à la stratégie de développement de ces derniers. Par exemple, au FV, il a été constaté que la dimension sanitaire de l'accompagnement avait pris historiquement le pas sur la dimension éducative. Le fonctionnement des équipes soignantes s'apparentait davantage à une prise en charge encadrante plutôt qu'à un accompagnement personnalisé facilitant l'autonomie ou son développement. De plus, le problème de l'isolement géographique de la structure n'avait jusque-là pas été pris en compte. Les taux d'occupation devenaient difficiles à maintenir dans un contexte populationnel en pleine mutation. En effet, suite à l'étude du directeur stagiaire précédent, il a été

⁷ Extraits article 22 de la loi du 02 janvier 2002

constaté, qu'en dix ans, la proportion du public accueilli, initialement constitué d'un tiers de résidents malades psychiques et de deux tiers de déficients intellectuels, s'était inversée. L'évaluation interne, et notamment sa phase diagnostique qui interroge, entre autre, sur l'accompagnement du public accueilli a donc permis de cibler des évolutions qui se traduiront par l'adaptation des recrutements professionnels aux problématiques spécifiques des résidents. Ces changements fondamentaux devront être traduits dans le projet d'établissement qui permettra de définir la stratégie du FV afin d'articuler durablement son organisation, son fonctionnement et son accompagnement avec ces changements factuels.

L'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM), créée par la loi de financement de la sécurité sociale de 2007, remplace désormais le CNESMS. Elle rédige des recommandations de bonnes pratiques professionnelles parmi lesquelles : « L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées »⁸. Ce document pratique précise la méthodologie pour conduire l'évaluation interne ainsi que les axes d'investigations que doit explorer le diagnostic. Il conseille également sur le pilotage des suites de l'évaluation ou encore sur la présentation du rapport d'évaluation.

La loi 2002-2 et, par voie de conséquence, l'évaluation interne s'inscrit dans la logique des ordonnances Juppé de 1996 introduisant la notion de « qualité des soins » dans le secteur sanitaire. Ses grands principes sont :

- Un positionnement plus central et une implication plus grande de l'utilisateur ou de sa famille.
- Une ouverture sur l'environnement extérieur des ESMS et notamment les autres structures.
- Un accompagnement pluridisciplinaire régulièrement évalué, au service de la prise en charge des usagers.
- Les droits des usagers.
- Le projet d'établissement proposant une organisation à 5 ans et inscrivant ainsi l'établissement dans une perspective pluriannuelle d'amélioration.

⁸ Recommandations de mars 2012

- La mise en place d'outils organisationnels tels que le contrat de séjour ou encore le projet de vie individualisé

Cependant, l'évaluation sociale et médico-sociale se distingue de la certification dans le sens où aucun document ou référentiel ne définit précisément pour les ESMS le champ des dispositions évaluables. Subsiste néanmoins un principe commun au niveau de l'évaluation externe, à savoir l'intervention d'un organisme ou prestataire extérieur habilité.

1.2.1.2 L'évaluation externe

L'évaluation externe est obligatoirement réalisée par un organisme préalablement habilité par l'ANESM⁹. Il est ensuite de la responsabilité du chef d'établissement de choisir son prestataire. Une attention particulière doit y être portée. Au-delà de l'habilitation et compte tenu du nombre important de prestataires habilités (plus de 700), la compétence et l'expérience des évaluateurs en matière de démarche qualité et d'évaluation externe doivent être des critères de sélection prioritaires pour le directeur.

L'évaluation externe conditionne le renouvellement de l'autorisation. Elle pourrait donc être confondue avec un audit. Or « l'évaluation est distincte du contrôle des normes en vigueur. Elle se distingue également de la certification »¹⁰. En effet, elle doit s'appuyer davantage sur le savoir et l'expérience du personnel, par exemple, que sur le constat d'existence de pratique ou de conformité à des recommandations. Lors d'une évaluation externe deux aspects sont passés en revue. Elle interroge tout d'abord la capacité de l'établissement à remplir sa mission en mettant en œuvre des actions répondant aux besoins des usagers. Puis elle s'assure que les moyens organisationnels mis en place permettent d'améliorer le fonctionnement.

⁹ Articles L.312-8 et D.312-199 du CASF

¹⁰ Décret du 15 mai 2007

1.2.2 Des exemples d'outils à la disposition des établissements

Les ESMS jouissent de plusieurs outils permettant d'initier et d'évaluer la qualité. Il paraît donc essentiel de pouvoir en détailler quelques-uns particulièrement investis sur le terrain. Ainsi seront introspectés successivement, le livret d'accueil des résidents, le processus de gestion des plaintes et réclamations et l'instauration d'une politique de gestion des risques.

1.2.2.1 Le livret d'accueil destiné aux nouveaux résidents

A mon arrivée dans l'établissement, le livret d'accueil des résidents n'existait que dans une version ancienne et n'était pas délivré aux résidents nouvellement entrés. Une de mes premières missions a donc été l'actualisation de ce document dans le but de systématiser sa distribution. J'ai donc engagé une réflexion sur son contenu réglementaire en m'appuyant sur les textes¹¹ encadrant sa mise en place. La deuxième étape fut donc sa rédaction et pour cela j'ai dû mobiliser les compétences non seulement du qualicien stagiaire mais aussi la connaissance et le point de vue des professionnels. Il a donc fallu :

- Réunir les informations concernant le confort, le bien être ou encore le niveau de dépendance des résidents. Toutes les informations concernant la vie dans l'établissement ont été recensées : professionnels à compétences particulières (ergothérapeute, psychologue), prestations proposées en dehors de celles comprises dans le prix de journée (coiffeuse à domicile, sorties payantes, intervention de kinésithérapeutes), animations sportives, ludiques ou mémoire...

¹¹Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles

- Intégrer l'essentiel des conditions d'admissions (âge, niveau de dépendance, aménagement des chambres, trousseau de vêtement minimum...)
- Annexer la charte des droits et libertés de la personne accueillie¹²

Afin que chacun puisse s'approprier le document et d'en assurer sa diffusion et sa promotion, un travail en collaboration avec les professionnels a été entrepris pour sa rédaction, chacun pouvant être force de proposition dans son domaine de compétences.

Une fois le document final validé dans son contenu par le directeur, la mise en forme et le tirage ont été confiés à un prestataire extérieur.

Le livret d'accueil est un des sept outils préconisés par la loi 2002-2. Il permet une première appréhension de la structure par les résidents et garantie « l'exercice effectif des droits » de la personne accueillie.

1.2.2.2 : la gestion des plaintes et réclamations

Les plaintes et réclamations de la part des usagers sont, dans la plupart des cas, informelles et verbalisées dans les services. Elles ne remontent donc pas forcément à la direction qui, de fait, ne peut les traiter. Cette non-transmission trouve diverses explications parmi lesquelles la méfiance d'une remise en cause de l'agent lui-même ou de la pratique du service, la gestion directe en expliquant les origines du mécontentement et en tentant d'y répondre ou alors elles demeurent sans fondement. Cette proportion de plaintes et réclamations non recensées doit, périodiquement, être portée à la connaissance du chef d'établissement. L'outil privilégié par le directeur de l'EHPAD-FV de Le Tronchet a naturellement été l'enquête de satisfaction. Les résidents l'HEPAD ont donc pu s'exprimer sur l'item : « l'accompagnement aux soins ».

¹² Article L311-4 du CASF

Pour aller plus loin dans la démarche, une deuxième enquête fut créée à destination des familles portant sur leur représentation de la vie institutionnelle de leur parent. Son champ est large : repas, linge, chambre, soins, relations avec le personnel, l'animation, l'information et la vie dans l'établissement. Le taux de réponse de 32% traduit déjà une première tendance : la réalité d'isolement de certaines personnes âgées. L'objectif de l'outil n'est pas ce repérage mais il met tout de même en exergue une caractéristique sociale de l'établissement.

Les analyses des enquêtes permettent de cibler certains points récurrents. Le directeur dispose donc d'informations sur la perception du service rendu. Cet outil permet également de favoriser la participation d'un grand nombre de résidents et non seulement d'une minorité « plus expressive ». La personne âgée et sa famille constatent une écoute valorisante des professionnels et peuvent prendre conscience que leur est ici offerte la possibilité d'être acteur de leur prise en charge.

L'enquête de satisfaction permet de se doter d'un nouvel outil pour progresser dans la démarche qualité et améliorer les prestations offertes aux résidents. Elle est aussi un outil intéressant de communication avec les professionnels et les usagers.

1.2.2.3 La mise en place progressive d'une politique de gestion des risques

Les risques encourus par les résidents en structure médico-sociale sont multiples. L'un des objectifs est donc la construction d'outils pédagogiques et managériaux dans le but de diffuser un sentiment et une culture de maîtrise du risque. Avant toute action correctrice ou préventive, le directeur doit identifier les risques et les quantifier (nombre, fréquence, gravité, probabilité de survenue...). Il faut donc les mesurer et les évaluer, lancer des actions de correction et de prévention, en limiter les conséquences. Deux façons de gérer le risque peuvent alors être envisagées : a priori (ex : les procédures) et a posteriori. Pour

anticiper les risques, il est essentiel de réaliser une cartographie des risques afin de disposer d'une analyse préliminaire de ceux-ci. Parallèlement, la gestion des risques survenus suppose d'exploiter les données de terrain à l'aide de supports dédiés (ex : fiches d'évènements indésirables), de les analyser et de mettre en place des actions correctrices.

Il est donc du rôle stratégique du directeur d'instaurer un management de ces risques. Il s'appuiera bien évidemment sur les instances et les acteurs opérationnels de l'établissement. A l'EHPAD-FV de Le Tronchet et pour commencer à répondre à cette dimension sécuritaire, une cellule qualité et gestion des risques fut créée. Cette instance spécifique est composée du directeur, de la responsable des services de soins et socio-éducatifs, du médecin coordonnateur, de la responsable du personnel, d'une infirmière, de trois personnes soignantes (une personne du foyer de vie et deux personnes provenant de l'EHPAD) et du responsable qualité. Son intérêt demeure dans le fait que le personnel puisse s'investir dans la démarche qualité et gestion des risques. Elle a pour rôle d'implanter le système de management participatif (recueil, système d'information, modalités d'analyse et de traitement), d'analyser les risques et de mettre en œuvre des actions correctrices, d'identifier les secteurs à risques, de les hiérarchiser et bien évidemment de transmettre les informations.

Ne disposant que de peu de recul sur son fonctionnement, je peux d'ores et déjà rappeler qu'elle a eu à se prononcer sur les fiches d'évènements indésirables ou encore sur une première version de la cartographie des risques élaborées par le qualicien stagiaire. Des difficultés sont à prévoir dans l'avenir, car sans la compétence d'un qualicien, il semble difficile de faire perdurer une telle cellule. En effet, la technicité et le temps que demandent une politique de gestion des risques font que si cette fonction n'est pas incarnée au sein de l'établissement, elle devient rapidement secondaire. Mais quels sont les établissements de taille modeste (terrain de stage : 100 lits) qui bénéficient des financements pour assurer la pérennité d'une telle compétence ? Très peu, ce qui peut expliquer que la gestion des risques et par conséquent le levier managérial qu'elle offre est souvent sous-utilisé dans les ESMS, du moins pour ceux ne jouissant pas d'une taille critique permettant le recrutement d'un qualicien.

La démarche d'évaluation interne, si elle s'inspire des méthodes industrielles pour s'adapter au secteur médico-social, s'inscrit dans un processus continu. En ce sens, elle ne doit demeurer un simple établissement de constats mais prévoir des actions d'améliorations clairement définies dans un plan, prévoyant lui-même les acteurs concernés.

2 L'évaluation interne : une démarche dynamique qui dépasse la phase diagnostique

Même si elle est un processus continu, l'évaluation interne peut se décomposer en deux phases principales. La phase diagnostique permet de dresser un état des lieux mais elle n'aura de sens que si elle s'accompagne ultérieurement de la mise en place d'un plan d'action. Cette dynamique continue permet de donner du sens aux pratiques :

- L'évaluation interne permet aux professionnels d'analyser et de réfléchir à leurs pratiques et ainsi de formaliser leur rôle au quotidien.
- Elle est une démarche participative, collective et associative qui permet d'impliquer les personnels dans les mesures d'amélioration à mettre en œuvre, mais aussi les intervenants extérieurs, les résidents et leur entourage.
- Elle permet la participation des différents acteurs à l'état des lieux, l'identification des axes d'amélioration des pratiques, le repérage et la meilleure identification des objectifs, en prenant en compte à la fois les obligations et les orientations de la structure.

L'évaluation interne ne doit pas demeurer une entreprise ponctuelle mais doit être la mise en œuvre d'une dynamique obligeant à revoir, à échéance régulière, les décisions prises, leur mise en œuvre et les résultats obtenus.

2.1 De l'utilité de réaliser un état des lieux

La phase diagnostique doit s'appuyer sur un référentiel, défini en interne. Il aura pour conséquence d'interroger ponctuellement les pratiques professionnelles. Ce qui n'est pas sans poser de difficultés.

2.1.1 Le choix de la méthode d'évaluation

L'auto-évaluation est un moment important dans la vie institutionnelle. Elle doit donc être partagée largement. Afin d'atteindre les objectifs réglementaires, elle doit s'appuyer sur un référentiel cohérent et adapté à la structure et au public accueilli.

2.1.1.1 Le choix d'un référentiel

Le point de départ pour toute démarche d'évaluation interne est la construction d'un référentiel. Chaque ESMS doit se munir d'un outil permettant un diagnostic pertinent. Une des difficultés rencontrées à l'EHPAD-FV de Le Tronchet fut donc la réalisation de référentiels pour deux types de publics accueillis et dont la prise en charge peut être appréciée différemment.

Les référentiels utilisés ont été construits par un directeur stagiaire. Celui-ci s'est confronté à la multitude de base référentielle existante. Néanmoins pour l'EHPAD, il s'est appuyé sur l'outil : Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de Qualité pour les Usagers des Etablissements (ANGELIQUE) et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM, et plus spécifiquement celles relatives à la mise en œuvre et à la conduite de l'évaluation interne. Pour le FV, la base de travail utilisée fut le référentiel RAPHA-EVA du conseil général d'Ille et Vilaine. L'objectif de ces outils d'auto-évaluation est d'aider les établissements à réaliser un premier bilan qui permettra d'identifier les points forts et les points faibles et ainsi d'envisager des améliorations en matière de qualité. ANGELIQUE reste néanmoins une base de travail, et il est apparu nécessaire de la compléter. Le référentiel pour l'EHPAD se compose de 9 axes :

- Axe 1 : La garantie des droits individuels et collectifs
- Axe 2 : La prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents

- Axe 3 : Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance
- Axe 4 : La personnalisation de l'accompagnement
- Axe 5 : L'accompagnement de la fin de vie
- Axe 6 : La prévention de la maltraitance
- Axe 7 : L'ouverture de l'établissement sur son environnement
- Axe 8 : Les informations et le service hôtelier
- Axe 9 : L'amélioration de la qualité

Concernant le FV, voici les axes principaux du référentiel d'auto-évaluation retenu :

- Axe 1 : Un projet institutionnel au service des personnes accompagnées
- Axe 2 : Les relations entre l'établissement et ses partenaires pour optimiser le service rendu à la personne accompagnée
- Axe 3 : Les droits et la participation des personnes accompagnées
- Axe 4 : L'établissement au service des personnes accompagnées
- Axe 5 : Les ressources internes, support de l'accompagnement des personnes.

Il est à noter la complexité dont font preuve les référentiels. En effet, sous couvert de ne rien oublier dans l'évaluation de ESMS, ils apparaissent difficiles d'accès et parfois même bien loin des préoccupations essentielles des professionnels. Il est donc de la compétence du chef d'établissement, véritable pilote de l'évaluation interne, de les vulgariser et de construire un référentiel adapté aux besoins de son établissement et aux attentes des personnels. De plus, la perception de ceux-ci peut apparaître comme une remise en cause des pratiques faisant ainsi perdre de vue l'essentiel de la démarche, à savoir l'amélioration continue du service proposé aux résidents.

Parfois trop généralistes, ils s'adaptent difficilement à la multitude des ESMS présents dans ces secteurs. Ils nécessitent donc d'être adaptés aux spécificités des publics accueillis et aux problématiques propres à chacun. Ce constat s'est particulièrement imposé pour le FV où ANGELIQUE s'est avéré moins pertinent du fait de son approche trop globale. Ces difficultés se sont confirmées lors de l'analyse des résultats et des actions d'amélioration retenues malgré le choix de travailler à partir de RAPHA-EVA.

2.1.1.2 La méthode d'évaluation en groupe de travail

Afin de s'assurer de l'efficacité et de l'appropriation de la démarche par l'ensemble des professionnels, le directeur a décidé d'une méthode de travail participative. Elle s'est traduite par la constitution de groupes de travail. Ils ont été constitués sur la base du volontariat, choix également retenu pour les professionnels participant au comité de pilotage (COFIL). Le directeur a néanmoins décidé que les mêmes personnes ne pouvaient pas faire partie du COFIL et d'un groupe de travail. Les objectifs avoués étaient de réunir un nombre de professionnels le plus large possible afin de disposer d'un panel de points de vue. Les autres personnels, ne participant pas activement au diagnostic, ont été régulièrement sollicités par ces derniers dans le cadre de travaux afin de pouvoir apporter leur ressenti et des informations complémentaires. De plus des bulletins d'informations périodiques ont été mis à disposition dans les services afin de permettre à l'ensemble des professionnels de suivre régulièrement l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne.

Au sein même des groupes de travail, la stratégie retenue fut une expression libre à partir des points soulevés par le référentiel. Un brainstorming préalable s'engageait systématiquement avant d'alimenter le référentiel. L'objectif est de laisser à chacun une liberté de parole, à charge pour l'animateur de diriger les débats. Le fait de laisser libre cours aux échanges permet d'identifier la méconnaissance qu'il peut exister du travail et de la fonction de l'autre. A défaut de trancher systématiquement sur certains points de vue divergents, le groupe de travail permet un apprentissage du fonctionnement des catégories de professionnels et fait parfois émerger de véritable prise de conscience, notamment sur la globalité de l'accompagnement, sur l'utilité de chacun.

Sur le travail d'évaluation, le groupe de travail permet une unité de travail stable et organisée afin de ne pas corrompre les bonnes volontés et d'assurer une cohérence et un suivi des travaux. En effet, si l'objectif visé est une appropriation par les professionnels de la démarche, alors les décisions ne doivent pas émaner autoritairement de la direction.

2.1.2 Les difficultés rencontrées lors de la phase diagnostique

L'évaluation interne est un exercice complexe en ce qui concerne l'objectivité. Si le choix est fait de ne pas avoir recours à un prestataire externe, comme la loi l'y autorise, tant en matière d'accompagnement que de pilotage des débats, l'établissement se trouve en position de juge et partie. La sincérité et la qualité de l'auto-évaluation peuvent donc être impactées. La crédibilité des travaux trouvera toute sa dimension qualitative si elle est menée sans souci d'excellence mais simplement par une préoccupation d'être juste et sincère dans l'évaluation des processus. De plus, l'obligation de communiquer les résultats dans un rapport à l'autorité de contrôle entretient la confusion avec l'évaluation externe à laquelle est liée le renouvellement de l'autorisation, encourage l'insincérité et rend délicat le travail d'introspection collective. A l'EHPAD-FV de Le Tronchet, cette difficulté a été surmontée en s'appuyant sur le regard nouveau et neutre de l'animateur des débats. Sans avoir recours à un prestataire extérieur, l'option de confier cette mission à une personne non encrée dans l'établissement, à savoir le directeur stagiaire, fut judicieuse et productive.

En termes d'organisation, l'évaluation interne est très chronophage. La difficulté à trouver des créneaux horaires spécifiques et réguliers demandent une attention particulière du chef d'établissement. De plus, outre le fait que, bien souvent, les équipes fonctionnaient en effectif minimum, il a fallu prévoir des remplacements. Ces derniers coûtent à l'établissement mais sont nécessaires pour garantir une véritable implication des professionnels dans la démarche. Ces temps de réunion et de mobilisation ont également un impact sur la qualité momentanée de la prise en charge. Les temps d'accompagnement se trouvent réduits en conséquence de réunions qui se multiplient. D'où la nécessité d'instaurer une organisation institutionnelle qui permette de ne pas trop léser les résidents.

La difficulté majeure à l'EHPAD-FV de Le Tronchet demeura la complexité d'instaurer un véritable dialogue. Les agents, tout au moins une majorité d'entre eux, osaient peu donner leur avis et apporter leur regard sur les organisations en place. L'objectif devenait alors de tenter de les faire sortir de ce mutisme et d'identifier la cause de cette paralysie. Au décours des réunions de travail, le

problème émergea. Cet établissement, victime d'un immobilisme chronique depuis une dizaine d'années, (absence de projet d'établissement, absence d'évaluation, absence de CVS, absence de dialogue social) dessinait une souffrance chez les agents. Le cadre de santé, qui s'érigait en véritable responsable de la structure justifiée par une présence de 25 ans, faisait preuve d'un véritable contrôle sur le personnel, pouvant être assimilé à de la maltraitance. Ce dysfonctionnement générait une véritable souffrance au travail et se répercutait sur la bonne tenue des échanges au sein des groupes de travail. L'évaluation interne a donc permis d'identifier ces comportements déviants et par la suite de prononcer des sanctions. Dès lors comment mener une démarche d'amélioration continue de la qualité sans cadre de santé, élément moteur de cet engagement sur le long terme ? J'aborderai ces difficultés plus en détails au cours de la troisième partie sur les suites de l'évaluation externe.

La complexité d'associer les usagers est aussi une réalité dans les ESMS. Même dans l'hypothèse d'une association de ceux-ci aux groupes de travail, il paraît difficile pour les résidents de se prononcer sur les pratiques des professionnelles. Pourtant qui d'autre aurait plus de légitimité pour s'exprimer sur un tel sujet. La relation soignants/soignés assoit trop souvent le public accueilli dans une position de faiblesse. Même si ce n'est pas le cas, il est facile de s'imaginer les représentations que peuvent avoir les personnes accueillies. Celles-ci concourent à la difficulté de recueillir des avis objectifs. Une fois encore, cette difficulté pourrait être levée par la communication autour du rôle et des objectifs de l'évaluation interne. Ce défi est garant d'un travail porteur dans la vie institutionnelle. Il conforte une autocritique permanente et une réflexion continue sur le sens des actions des intervenants.

L'évaluation interne n'est pas une finalité, elle permet d'entreprendre une démarche dont la deuxième phase est la définition du plan d'action.

2.2 La mise en place du plan d'action

La phase diagnostique de l'évaluation interne s'achève par la rédaction d'un rapport qui doit être adressé aux autorités de tutelle. Pour être efficace et complète, la démarche se poursuit par la mise en place d'un plan d'action. Cette feuille de route de l'évolution des axes d'amélioration formalise les objectifs de l'ESMS et permet d'en assurer le suivi. Ainsi, il est important de s'inscrire dans cette dynamique et de communiquer sur la continuité du processus d'évaluation interne. Une fois les difficultés identifiées, il est de la responsabilité de l'équipe encadrante d'agir en conséquence.

2.2.1 Les modalités d'établissement du plan d'action

La phase diagnostique, débutée en début d'année 2013, s'est achevée au mois de juin de la même année. Le rapport d'évaluation a donc été transmis aux autorités de tutelle à l'issue de cette période. Un premier constat, exprimé par les professionnels, s'est porté sur l'enchaînement rapide des réunions des groupes de travail. De plus, un sentiment d'épuisement s'est mêlé à la satisfaction d'une dynamique institutionnelle retrouvée. Suite à l'achèvement de cette étape, le COPIL a désigné des pilotes d'actions. Ils devront formaliser celles-ci par la mise en œuvre de fiches action (Cf. annexe 2).

Afin d'assurer la compréhension des professionnels sur les suites à donner à l'évaluation interne et de faciliter la circulation des objectifs de l'équipe encadrante, le directeur lance une campagne d'information au mois de septembre 2013. Cette période correspond au recrutement d'un qualicien stagiaire (stage de 1 an en alternance) qui aura pour mission de développer la politique qualité au sein de l'établissement. De plus, l'arrivée d'un directeur stagiaire au mois de novembre 2013 permettra d'impulser et de dynamiser la phase de mise en place du plan de mise en œuvre des axes d'amélioration de

l'évaluation interne, s'inscrivant eux-mêmes au cœur de la politique qualité. Ses missions assurent la continuité de celles du directeur stagiaire précédent.

Le contexte institutionnel est marqué par l'absence de cadre de santé suite à une mesure disciplinaire, elle-même étant l'une des conséquences de l'évaluation interne. La mobilisation de la direction pour remplacer cette compétence, essentielle pour la mise en œuvre du plan d'action notamment, reste sans réponse auprès des autorités de financement. C'est pourquoi le chef d'établissement estime devoir doter la structure de compétences extérieures et s'engage dans l'encadrement de deux stagiaires pour tenter de pallier partiellement cette absence. Débute alors une période de remobilisation des professionnels. Elle se traduit par la diffusion de « flashes-info » destinés à informer sur l'état d'avancement de l'évaluation interne et sur les suites attendues. Ils sont également l'occasion d'impulser une démarche qualité structurée et organisée où les acteurs sont identifiables et les outils repérés. En effet, les pilotes d'action disposent désormais de personnes ressources pour des aides techniques. Ils pourront notamment s'appuyer sur le directeur stagiaire pour structurer leurs idées et les intégrer dans les fiches action. La direction saisit ici l'opportunité de renouveler son message sur l'utilité de la démarche de l'évaluation interne, sur l'intérêt pour les usagers d'améliorer la qualité du service proposé et sur l'importance d'un travail concerté. De plus, les professionnels s'avèrent être de véritables sources de propositions mais peinent parfois à structurer leurs idées. Cet accompagnement est donc un véritable soutien. Il permettra de relancer le plan d'action à travers les pilotes et ainsi de renouveler une dynamique récente mais partagée. Cette responsabilisation des acteurs est aussi l'occasion pour eux d'une mise en valeur. Le fait d'être partie prenante des changements institutionnels, et de disposer des moyens de respecter leurs engagements lors de leur inscription dans la démarche d'évaluation interne les valorise.

Même si les modalités de mise place du plan d'action sont clairement identifiées, il n'en demeure pas moins qu'elles se sont confrontées à certaines difficultés

2.2.2 Les difficultés de sa mise en œuvre

La difficulté majeure pour assurer la continuité de la démarche d'évaluation à l'EHPAD-FV de Le tronchet reste le défaut de fonction encadrante. Le cadre de santé est un référent pour les équipes, qu'elles soient soignantes, d'animation ou encore hôtelières. Son relai entre la direction et le terrain est déterminant pour impulser et accompagner quotidiennement le changement. La direction a donc pris le parti d'endosser une part des missions lui étant dévolues : la préparation et la validation des plannings, le management quotidien des équipes, la participation aux réunions de fonctionnement (transmissions, réunions consacrées aux projets de vie), la gestion des remplacements et les entretiens de recrutement et bien évidemment la conduite des actions d'amélioration issues du diagnostic de l'auto-évaluation. On peut affirmer que sur ce dernier point, les effets ont été peu visibles. La priorité est donnée à la gestion du quotidien. Les professionnels ont d'ailleurs été les premiers à être impactés par cette absence. Le repositionnement de deux infirmières sur des fonctions plutôt destinées au cadre de santé a permis de maintenir une stabilité dans les services. Cependant, il n'y a pas eu d'impact sur l'évolution de la démarche d'évaluation interne.

Dans une autre dimension, il existe souvent un décalage entre les axes d'amélioration et leurs applications. En effet, la volonté de mettre en place des actions pour un accompagnement de qualité peut s'avérer être différent de ce qu'il est possible de mettre en œuvre avec les moyens alloués. Souvent, la facilité de l'analyse conduit à conclure à un encadrement des résidents insuffisant. En gestionnaire responsable, le directeur doit néanmoins composer entre les besoins en effectif et les marges de manœuvre budgétaires souvent restreintes. A ce niveau, l'EHPAD-FV de Le Tronchet a pu constater une évolution positive de ces effectifs depuis deux ans. Une politique volontariste auprès des autorités de tarification a permis le recrutement d'un animateur sportif, d'une éducatrice spécialisée, de contrats d'avenir ou encore de promouvoir des agents de service hospitaliers au grade d'aides-soignantes. Parmi les missions du directeur, la gestion des ressources humaines est primordiale. Il est de son devoir de composer avec les compétences en présence et de les faire progresser. Une des priorités de la direction a donc été de renforcer le plan de formation

mais surtout de l'adapter aux besoins de la structure. Ce développement des compétences permet également une valorisation des agents, essentielle pour le bien-être au travail.

Plus généralement, une des difficultés de la mise en œuvre du plan d'action issu de la démarche d'évaluation interne réside dans le temps qu'il faut lui consacrer. De plus, les professionnels, compétents dans leur très grande majorité, estiment souvent que ces outils qualitatifs ne relèvent pas de leur compétence. Or, la nature même de la démarche nécessite qu'elle soit investie par le personnel de la structure. Ainsi, la direction doit être en capacité de dégager des temps pour laisser les professionnels s'approprier la démarche. Cette culture participative est un des enjeux de la bonne conduite de l'établissement. Mais comment maintenir l'implication des agents autour de ce principe ? Les professionnels sont certes favorables à la démarche mais les tâches quotidiennes refont surface rapidement et force est de constater que l'évaluation ne fait plus partie des priorités dans un système déjà fortement impacté par les contraintes. Il est donc nécessaire de sensibiliser les pilotes d'action sur la nature collective de ce travail et d'affirmer que leur temps professionnel intègre également cette réflexion sur les axes d'amélioration

L'association des usagers doit aussi être une piste de réflexion. Certes les professionnels doivent en premier lieu s'approprier la démarche avant de l'élargir aux usagers mais comment associer activement les résidents, leurs familles ou leurs représentants légaux sans entrer dans une certaine démagogie et dans la prise en compte de leurs difficultés individuelles. La direction de l'EHPAD-FV de Le Tronchet développe depuis peu sa relation avec les usagers et notamment leur participation à la vie institutionnelle. Les CVS des deux structures ont été constitués entre 2013 et 2014. L'information sur l'évaluation interne circule, entre autre, par ce canal mais la possibilité d'associer directement les usagers aux groupes de travail a été écartée. Devant l'importance des changements structurels engagés depuis deux ans, la position du directeur est affirmée à ce propos. Les usagers n'ont donc pas participé à l'évaluation interne, en tout cas sur sa dimension réflexive.

2.2.3 Propositions de solutions pour assurer la continuité entre la phase diagnostique et la mise en œuvre du plan d'action

Les entretiens menés sur le terrain ont permis de dégager plusieurs axes de travail. Tout d'abord, la durée de la phase diagnostique ne doit pas être trop rapide. En effet, les professionnels expriment un besoin de temps nécessaire à la réflexion entre chaque réunion des groupes de travail. De plus, l'enchaînement trop soutenu provoque un essoufflement qui explique certainement le manque de réactivité des pilotes au sortir de l'auto-évaluation. A ceci se rajoute le fait qu'à l'EHPAD-FV de Le Tronchet les deux évaluations (EHPAD et foyer de vie) ont été menées simultanément, en un semestre. Les pilotes des actions à mener, suite au plan fixant les axes d'amélioration, avouent s'être laissés dépasser par le rythme imposé par le calendrier. De plus, le rapport ayant été finalisé fin juin 2013, la période estivale qui a suivi a eu un effet d'amortisseur sur la mobilisation des agents. Les départs en congés, les plannings serrés et le travail en effectif réduit ont engendré un ralentissement de la dynamique d'évaluation interne. Il paraît donc opportun d'assurer le bon déroulement de la phase diagnostique sur une période de long terme. Une année semble être une durée acceptable par les agents. De plus, le calendrier doit être adapté afin d'anticiper les aléas qui pourraient enrayer l'implication des professionnels, et en particulier ceux concernés par le suivi du plan d'action.

Ensuite, la présence d'un cadre de santé pour maintenir les agents dans la démarche est un facteur nécessaire. Le directeur de Le Tronchet a d'ailleurs tout de suite soulevé cette problématique auprès des autorités de tutelle en ce qui concerne la conduite de l'évaluation interne d'une part, pour assurer le bon déroulement des organisations de travail d'autre part. Le recrutement d'un cadre de santé a donc été réalisé dès le mois de janvier 2014, sans attendre l'aval de l'Agence Régionale de Santé (ARS) ni du conseil général d'Ille et Vilaine. Il fut libérateur tant pour les équipes que pour la direction. Dans le cadre du plan d'action de l'évaluation interne, la cadre de santé est souvent positionnée par le COPIL comme pilote d'actions à mener que ce soit concernant les organisations de travail, la réalisation de procédure, l'instauration des projets de

vie, la sécurisation du circuit du médicament ou encore la gestion quotidienne des relations avec les usagers et leurs familles. Il peut donc être préconisé de s'assurer que le cadre de santé soit partie prenante de la démarche d'évaluation interne. Il est difficile voire inconcevable d'assurer une perpétuité de l'amélioration de la qualité sans cette compétence managériale. Sa transversalité et sa proximité avec les équipes sont autant de gages de la réussite des entreprises qualitatives au sein d'une structure médico-sociale. S'engager dans tel processus sans pouvoir être assuré de sa participation est une prise de risque à éviter.

Afin d'assurer une continuité entre la phase diagnostique et la mise en œuvre du plan d'action, il est primordial de se doter d'outils formalisant chaque action et responsabilisant chaque acteur. Les outils doivent être validés par le COFIL. Il définit l'échéancier d'évaluation afin que les actions menées puissent être régulièrement évaluées et identifient les responsables de chaque action. Les fiches action sont des supports adaptés qui permettent une vision à court, moyen et long terme des axes d'amélioration. Il est important qu'elles décrivent clairement les actions d'amélioration, les objectifs et résultats attendus, les personnes concernées, les moyens à mettre en œuvre et les étapes à suivre ainsi que l'indicateur retenu pour le suivi de l'action. L'état d'avancement des actions pourra alors faire l'objet d'une évaluation périodique. Pour l'objectiver, des indicateurs pertinents sont définis dont les paramètres doivent pouvoir être accessibles. Chaque pilote peut ainsi s'approprier l'outil « fiche action » à travers le renseignement et le suivi des indicateurs dont il a la responsabilité. A l'EHPAD-FV de Le Tronchet, chaque pilote a pu s'entretenir avec la personne ressource sur ce sujet (directeur stagiaire). Ainsi, une aide leur a été apportée sur la définition des objectifs, la priorité de l'action et l'échéancier souhaité. De plus, sur la construction des indicateurs, il a fallu mettre en place un suivi ou vérifier si des données les concernant étaient disponibles au sein du système d'information. Pour ceux dont ce n'était pas le cas, des outils de suivi ont été construits pour faciliter la centralisation de l'information. Cet outil, non encore mise en place dans l'établissement, s'est avéré mobilisateur et a eu un effet dynamique sur la relance de la démarche d'évaluation interne post-diagnostic.

Même si l'évaluation reste une obligation réglementaire, il n'en demeure pas moins qu'elle est aussi un véritable enjeu managérial. Elle permet de dynamiser

les équipes et de les impliquer dans les adaptations à mener pour assurer le service rendu aux usagers. D'un point de vue de la gestion des ressources humaines, elle impose une véritable politique de conduite du changement. Elle ne peut donc être dissociée d'une capacité de faire adhérer les personnels à cette dynamique.

3 Les enjeux internes liés à l'évaluation interne : entre levier managérial et conduite du changement

La réflexion méthodique et objective qu'implique l'évaluation interne doit être collective. Elle est un dialogue partagé des points forts et faibles de la qualité des interventions et de l'activité délivrées par l'ensemble de l'établissement. Son caractère institutionnel lui donne une dimension managériale, véritable opportunité pour le directeur d'impulser une dynamique nouvelle.

3.1 L'exemple de l'EHPAD et du FV de Le Tronchet

Afin d'illustrer mon propos, il m'est apparu important de disposer d'une expérience de terrain. L'EHPAD-FV de Le Tronchet est l'exemple d'un établissement pour qui l'évaluation interne fut un véritable déclencheur de changements majeurs.

3.1.1 Présentation de l'établissement et des publics accueillis

Le lieu de stage se caractérise par le fait que le directeur dirige deux entités juridiques : un E.H.P.A.D. de 65 lits et un F.V. pour adultes handicapés de 35 lits.

- L'EHPAD

Anciennement dénommé maison retraite, il accueille des personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie et pour lesquelles le maintien à domicile a

atteint ses limites. Par dérogation au droit commun validée par le médecin du conseil général, des personnes âgées de moins de 60 ans peuvent y être admises.

Les résidents y sont accompagnés dans la plupart des actes de leur vie quotidienne par une équipe pluridisciplinaire composée d'aides-soignants, d'aides médico-psychologiques, d'agents des services hospitaliers.

Les soins médicaux et paramédicaux sont assurés par des médecins libéraux et les infirmières salariées de l'établissement sous la coordination conjointe d'un médecin salarié à temps partiel (deux demi-journées hebdomadaires) et d'une responsable des services de soins et socio-éducatifs. Les soins de rééducation fonctionnelle et motrice relèvent de la compétence de l'ergothérapeute salariée de l'établissement et des kinésithérapeutes de ville.

Il convient d'indiquer qu'un projet de restructuration de l'EHPAD est en cours de négociation avec les autorités de tarification que sont l'agence régionale de santé de Bretagne et le conseil général d'Ille et Vilaine.

- Le foyer de vie

Conformément au code de l'action sociale et des familles, il « assure aux résidents un soutien médico-social et éducatif qui permet le développement de leurs potentialités et des acquisitions nouvelles, ainsi qu'un milieu de vie favorisant leur épanouissement personnel et social ».

Il a pour mission l'accompagnement de personnes adultes qui ne peuvent pas, ou plus, exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé, c'est-à-dire en structure spécialisée tels un ESAT (établissement ou service d'aide par le travail) ou ETP (établissement de travail protégé). Elles possèdent néanmoins une autonomie physique et intellectuelle suffisante pour se livrer à des activités quotidiennes ludiques et éducatives et participer à une vie sociale.

L'admission doit être précédée d'une orientation délivrée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées après demande déposée à la maison départementale des personnes handicapées, qui relève de la compétence du conseil général du lieu de résidence.

Les résidents, dont la moyenne d'âge est de 49 ans, présentent un handicap mental ou psychique (conséquence de psychoses, de schizophrénies ou d'un syndrome de Korsakoff).

Les soins médicaux sont assurés par le médecin psychiatre, présent une demi-journée mensuelle et la médecine de ville pour les troubles plus somatiques. La coordination médicale est assurée par le médecin salarié à temps partiel intervenant à l'EHPAD.

Les soins paramédicaux sont organisés sur le même mode que celui valant pour l'EHPAD à ceci près que des infirmiers du secteur de psychiatrie interviennent régulièrement à raison de deux passages par mois.

Une éducatrice spécialisée, en lien avec l'ensemble des autres personnels de l'établissement, est chargée de promouvoir et de développer la dimension éducative de l'accompagnement des résidents.

Les évaluations internes des deux entités juridiques se sont achevées en milieu d'année 2013. Elles ont donné lieu à des constats qui serviront de base à la politique nouvelle destinée à pallier le fonctionnement routinier dans lequel s'était installé l'établissement depuis une dizaine d'année. En effet, le manque flagrant de coopérations et l'absence de projets fédérateurs ont participé à la démobilisation des professionnels durant cette période. Ce climat défavorable était alimenté par un encadrement de proximité délégitimé tant par les résidents que par les personnels. Ce contexte difficile était donc propice à l'instauration d'un nouveau mode de management allant de pair avec l'arrivée d'un nouveau directeur en 2012.

3.1.2 Les résultats de l'évaluation interne comme levier d'impulsion d'une dynamique nouvelle

Actuellement et quelques mois après la remise du rapport d'évaluation aux autorités de tarification, plusieurs constats peuvent être établis. Les groupes de travail ayant travaillé sur les évaluations internes ont identifié des axes d'amélioration et ont désigné des référents pour chacun d'entre eux. Un calendrier a été établi pour leur réalisation. En effet certains axes d'amélioration sont en cours, d'autres sont achevés mais certains, prévus dans un avenir proche ou même dont le terme est échu, n'ont pas encore connu d'activation par les acteurs concernés.

A ce stade, il paraissait donc primordial que l'équipe encadrante (directeur, directeur stagiaire, cadre de santé, médecin coordonnateur) impulse une volonté de « faire vivre » l'évaluation interne à travers la dynamisation de son suivi. D'autant plus que les professionnels ayant participé activement au diagnostic du fonctionnement de l'établissement et du service rendu aux résidents sont dans l'attente des suites du travail fourni. Ils se sont appropriés la démarche, ainsi cette dynamique doit être entretenue.

Des projets périphériques vont aussi être influencés par l'évaluation interne :

- Le projet d'humanisation : il s'agit de l'enjeu essentiel pour l'établissement dont près de 40 % de la capacité d'accueil sont assurés en chambre double sans espace bain. L'étude de faisabilité financière, technique et architecturale a d'ores et déjà été présentée aux instances et aux autorités de tarification. La décision de ces dernières quant à leur participation financière et à leur autorisation d'augmentation capacitaire devrait être connue en début d'année 2015.
- La réécriture du projet d'établissement : menée au premier semestre 2014, dans le prolongement de l'évaluation interne et parallèlement aux actions qui en ont découlé, elle a fortement mobilisé les équipes sur cette période. Cet axe, pointé comme prioritaire lors de l'auto-évaluation, a eu un impact particulièrement important sur la réorientation de la politique générale du foyer de vie.

- L'amélioration des relations avec les usagers : le CVS de l'EHPAD a vu le jour au premier semestre 2014. Il a été mis en place par le directeur stagiaire, suivant ainsi les recommandations issues du plan d'action de l'évaluation interne. Les documents d'accueil ont également été revus : livret d'accueil des résidents de l'EHPAD, livret d'accueil des nouveaux professionnels, règlement de fonctionnement du foyer de vie.
- La sécurisation du circuit du médicament : Suite à la phase diagnostique et en cohérence avec le déploiement de la politique qualité et de gestion des risques, le circuit du médicament a été analysé à l'aide du référentiel de l'Agence National d'Appui à la Performance (ANAP). Ce travail, mené conjointement par le directeur stagiaire et le cadre des services de soins et socio-éducatifs, s'est appuyé sur un groupe de travail constitué sur la base du volontariat. Les résultats de cette étude ont et auront des effets sur les modalités de distribution, la constitution des piluliers, l'agencement de pharmacie ou encore l'approvisionnement.

Cette remise en cause, même partielle, des pratiques professionnelles impacte les rapports collectifs et les perceptions individuelles. Le directeur doit donc se saisir de l'évaluation interne comme un outil de management.

3.1.3 Les conséquences sur le climat social et la vie institutionnelle

La démarche d'évaluation interne est un des registres du management. L'engagement de la direction de l'établissement est une condition essentielle de sa réussite et de son appropriation. La responsabilité du pilotage revient au directeur de l'établissement qui doit garantir la tenue et la qualité de l'évaluation ainsi que ses conditions de réalisation.

L'élaboration du cadre évaluatif est réalisée sous la responsabilité du directeur. Cette phase est une opportunité intéressante pour renouveler ou formuler un accord sur les principaux objectifs poursuivis et les enjeux de l'accompagnement.

C'est pourquoi il est recommandé de la réaliser de manière participative. Durant la démarche, il est important de distinguer animation de la démarche et fonctions hiérarchiques.

À l'issue de la démarche évaluative, il incombe à la direction de se saisir des constats transmis par les groupes de travail pour élaborer le plan d'amélioration des services rendus. Il lui incombe également de le mettre en œuvre et d'en assurer le suivi.

De même, la bonne compréhension par l'encadrement intermédiaire des enjeux et des modalités de la démarche est une garantie de la qualité de l'évaluation et de la mobilisation des professionnels.

Tous ces leviers contribuent à la restauration d'un climat social apaisé à travers la mise en valeur des professionnels. Le sentiment de contribuer à la bonne marche de l'établissement implique collectivement les personnels et se répercute au niveau individuel. A l'EHPAD-FV de Le Tronchet, les démarches participatives telles que l'évaluation interne ont permis d'instaurer un véritable dialogue contribuant au bien-être au travail. L'absentéisme a baissé significativement. L'existence du lien entre présentisme et implication institutionnelle est une évidence et doit donc être une préoccupation perpétuelle du directeur d'établissement. La considération que donne la direction au travail fourni par les agents est donc un facteur positif impactant tant le climat social que la vie institutionnelle. D'où l'importance d'assurer une continuité entre la phase diagnostique et la mise en place du plan d'action. Pour cela il faudrait mettre en place des réunions entre pilotes et en présence de l'équipe encadrante, à échéance régulière afin de favoriser le maintien de la dynamique. Elles permettent aux responsables d'action de rester attentif à leurs engagements et de les responsabiliser. Charge à eux d'échanger avec leurs collègues et ainsi de généraliser l'implication à l'ensemble des professionnels.

De plus, si elle est menée de façon participative, l'évaluation consacre une nouvelle légitimité aux orientations et axes de travail portés par la direction. Elle assure également une meilleure compréhension des enjeux de l'environnement par l'ensemble des salariés. Elle fait également naître des échanges sur les aspects qualitatifs et subjectifs de l'accompagnement. Cette rencontre des professionnels favorise une meilleure perception du métier de l'autre et apaise

les tensions pouvant exister entre personnels ayant des métiers et compétences différents. Une dynamique s'installe, une réflexion se structure autour d'axes objectifs. Ainsi l'évaluation interne fédère autour de projets repérés collectivement comme nécessaires.

Même si elle ne semble avoir que des côtés bénéfiques l'auto-évaluation, et à travers elle la conduite du changement, est un exercice délicat qui génère certaines craintes légitimes. Le défi de la direction est alors de pouvoir lever ces craintes et d'enclencher une réflexion collective, garante de l'atteinte des résultats envisagés.

3.2 La conduite du changement demeure une entreprise complexe

Dans un contexte institutionnel délicat, les professionnels sont souvent en demande de changements. Cependant, des craintes accompagnent logiquement ces probables bouleversements. Le directeur doit alors être capable d'anticiper et de gérer une possible réticence au changement en axant sa stratégie sur la participation active des agents, facteur de leur adhésion.

3.2.1 Malgré une volonté de changement des professionnels, des craintes peuvent émerger

Suite aux entretiens menés sur le terrain, plusieurs points se sont avérés porteurs d'inquiétudes de la part des personnels. Tout d'abord, quel usage sera fait de l'évaluation interne ? L'analyse des pratiques professionnelles qu'elle engendre, la diversité constatée dans l'application de celles-ci et parfois même leur remise en cause génèrent des craintes de jugement et/ou de stigmatisation chez certains agents. Ainsi le discours pédagogique autour du bien-fondé de

l'évaluation interne doit clairement exprimer qu'aucune sanction ne sera recherchée suite aux dialogues constructifs au sein des groupes de travail et du COPIL. De plus, certaines réticences émergent quant aux risques de renforcement du fonctionnement administratif du travail. La culture de l'écrit, de l'évaluation, du management participatif peuvent encore progresser dans les ESMS, à condition de savoir impliquer ou encore fédérer autour de projets ou démarches collectives allant au-delà de la prise en charge de l'utilisateur. Même si cette dernière reste l'objectif principal, la gestion d'une institution demeure bien plus large. Ceci devrait être régulièrement rappelé afin de construire un entraînement collectif dont l'utilisateur sera le premier bénéficiaire.

Une deuxième crainte légitime est directement liée à l'outil évaluation interne. Les agents expriment un manque de connaissance de la démarche, très souvent non inscrite dans leur formation initiale. De plus, les thématiques de formation impulsées par la direction n'abordent que très rarement ce sujet, comme la politique qualité d'ailleurs. Ainsi pour rassurer les professionnels et assurer un degré de connaissance minimal de la démarche, le plan de formation doit être adapté. La démarche doit également être expliquée lors de temps de réunion dédiés à l'information, précédents la mise en place formelle des groupes de travail. Cette diffusion des fondements de l'évaluation pourrait aussi être assurée par l'intermédiaire de supports papier (ex : « flash'éval » à Le Tronchet). Cependant, plutôt que d'afficher des notes d'informations, un document individuel pourrait être distribué plus largement, reprenant les textes législatifs, les obligations du calendrier, le développement envisagé de la démarche au sein de la structure ou encore les objectifs poursuivis. Tout ceci dans le but de rassurer et d'assurer la disposition d'une évaluation interne réussie.

Les professionnels ont également ressenti un essoufflement suite au rythme effréné lors du diagnostic, cause du manque de mobilisation lors du suivi du plan d'action postérieur. D'autant plus que plusieurs groupes de travail sont déjà constitués à Le Tronchet : circuit du médicament, projet d'établissement, organisation de travail, déploiement d'accompagnement à dimension plus éducative... Il est donc essentiel d'ancrer la phase diagnostique dans un calendrier raisonnable, afin de permettre d'engager parallèlement plusieurs démarches dynamiques et participatives. La continuité de la démarche

d'évaluation interne et donc la mise en place des actions d'améliorations dans un délai prévu initialement en dépend.

Enfin, conscients de la période économiquement difficile que traverse le secteur social et médico-social, les professionnels s'interrogent sur les suites favorables qui pourront être données à la correction des dysfonctionnements. En effet, il existe souvent un décalage entre les recommandations et leurs applications. Ce qu'il est souhaitable de mettre en place pour un accompagnement de qualité est souvent différent de ce que l'on peut mettre en œuvre avec les moyens alloués.

3.2.2 Un investissement des professionnels indispensable pour réussir la mise en place d'une dynamique collective

Le suivi de l'évaluation interne est un levier d'amélioration de la qualité mais demeure également un véritable enjeu managérial. Car la conduite du changement, et surtout sa mise en œuvre, va être facilitée par la participation active des équipes qui l'impulsent. En ce sens, l'adhésion des professionnels revêt un caractère nécessaire dont la recherche est un objectif constant.

La responsabilisation des professionnels doit pouvoir permettre une appropriation facilitée des éventuelles remises en causes des organisations de travail, des modes de prises en charges ou encore des procédures. Pour favoriser cette prise en main individuelle et collective de la démarche qualité, l'équipe encadrante doit sensibiliser les professionnels sur le fait que l'on se trouve dans une démarche de progrès et non dans une évaluation de sanction. De plus, la démarche est, à l'évidence, bénéfique pour les usagers, elle permet de le mettre au cœur du dispositif.

Cette réflexion commune et collective est marqueur d'une volonté d'adapter la prise en charge quotidienne aux besoins des usagers. Si l'évaluation interne est menée par un groupe trop restreint, elle ne jouira pas du retentissement dont elle doit faire l'objet. Ainsi les leviers de la participation sont :

- La présence directe dans les groupes ;
- Les comptes rendus ;
- les réunions du personnel ;
- Les réunions de service ;
- Les groupes d'expression.

A ces outils doit s'ajouter le dialogue quotidien, au sein des équipes. A Le Tronchet, l'évaluation interne a permis d'aborder les difficultés dans les pratiques et l'organisation du fait d'une histoire pesante et sclérosante mais aussi du fait du cloisonnement entre corps de métiers et du manque de souplesse pour se projeter dans des actions innovantes. Ainsi, une véritable dynamique est retrouvée, se structurant autour d'axes qualitatifs. Etant menée de façon participative, l'évaluation interne a permis d'impulser cette dynamique allant de concert avec une légitimité retrouvée des orientations et des axes de travail portés par le directeur et le cadre de santé.

CONCLUSION

Les structures sociales et médico-sociales ont aujourd'hui et depuis la loi 2002-2, l'opportunité d'engager une réelle réflexion sur la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité. Celle-ci doit répondre au mieux aux besoins et attentes des résidents. L'évaluation interne et le regard qu'elle permet de poser sur les prestations délivrées par les ESMS doit également être pour ceux-ci l'occasion de mener une véritable réflexion sur leur mode de management. Le rôle du directeur est déterminant dans la conduite de ce projet, tant sur le plan de sa communication avec l'ensemble des professionnels que sur la participation des usagers. Ce dernier point se pose d'ailleurs comme une des limites de la dimension participative de l'évaluation interne. Cette participation semble facile à mettre en œuvre, au moins dans son principe. Néanmoins elle se heurte à la capacité même d'expression des usagers. Ainsi des réflexions doivent encore être menées sur le degré d'implication des personnes accueillies au sein de la démarche d'évaluation interne.

Plus globalement, cette démarche doit pouvoir permettre de poser un regard sur les pratiques professionnelles des ESMS pour les faire évoluer en fonction des besoins et des projets institutionnels. D'où le lien direct et naturel que l'évaluation interne entretient avec le projet d'établissement. Ils permettent conjointement de déterminer les principes qui devront guider les actions collectives et individuelles. L'implication des professionnels à la construction de ces objectifs est un facteur de réussite incontournable que le directeur doit pouvoir susciter. Ce levier de management est un véritable défi. Le rôle de l'encadrement soignant trouve ici toute sa place pour assurer dans les services le relai des orientations stratégiques décidées par la direction. Le cadre de santé doit donc être une personne de confiance, exemplaire et entretenir avec ses équipes un lien professionnel reconnu.

Enfin l'évaluation interne est l'une des étapes d'une démarche régulière de la politique d'amélioration de la qualité. Elle ne doit pas être un événement ponctuel. L'importance du suivi de son plan d'action déterminera la dynamique dans laquelle l'établissement s'inscrit ou non. Représentant des valeurs de l'établissement, le directeur doit se servir de ce plan d'action pour incarner sa

volonté d'amélioration des pratiques professionnelles et permettre aux résidents de se prononcer sur leur satisfaction. C'est pourquoi il me semble fondamental que la direction affirme son engagement envers la démarche dès son commencement pour que celle-ci puisse se mettre en œuvre auprès du plus grand nombre. Le développement de la démarche qualité, s'appuyant entre autre sur les constats de l'évaluation interne, n'en sera que facilitée.

Bibliographie :

Sites internet :

<http://www.adseam.asso.fr>

<http://www.dgcis.gouv.fr>

<http://www.solidarite.gouv.fr>

<http://anesm.sante.gouv.fr>

http://www.iso.org/iso/fr/iso_9000

Thèses et mémoires :

CHEVROLET E. – ENSP 2005 – Evaluation interne au service de la qualité.

PANCHOUT S. – EHESP 2011 – Inscription de l'évaluation interne dans une démarche globale d'amélioration de la qualité.

Bulletins :

Actualité et dossier en santé publique, n°35 juin 2001 - Les principes généraux de la qualité

Centre régional d'études et d'actions sur les inadaptations et les handicaps de Bretagne. Bulletin n°29 de septembre de 2009 « évaluation interne : état des lieux en Bretagne »

Centre régional d'études et d'actions sur les inadaptations et les handicaps de Bourgogne. Bulletin n°296 d'octobre 2009 « L'évaluation interne de la qualité : un véritable espace de réflexion ?

Les cahiers de l'actif n°288-291 – Des politiques sociales à la prévention spécialisée - La question de la place des usagers dans l'évaluation

Les cahiers de l'actif n°366/367 – Les fondements de l'évaluation interne

Notes d'information :

DGAS /5B n°2004 du 03/03/04 relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les ESMS.

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – ANESM - Décembre 2011

Ouvrages :

GACOIN G., Guide de l'évaluation interne en action sociale et médico-sociale, Dunod, 2010.

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

PEROZ C., La démarche qualité, vecteur de la bientraitance dans le secteur social et médico-social, Seli Arslan, 2011

CHARLEUX F. et JOUVE S., Réussir l'évaluation interne et externe en institution sociale et médico-sociale, Périmètres et processus, Collection Actions sociales / Pratiques, esf éditeur, 2013

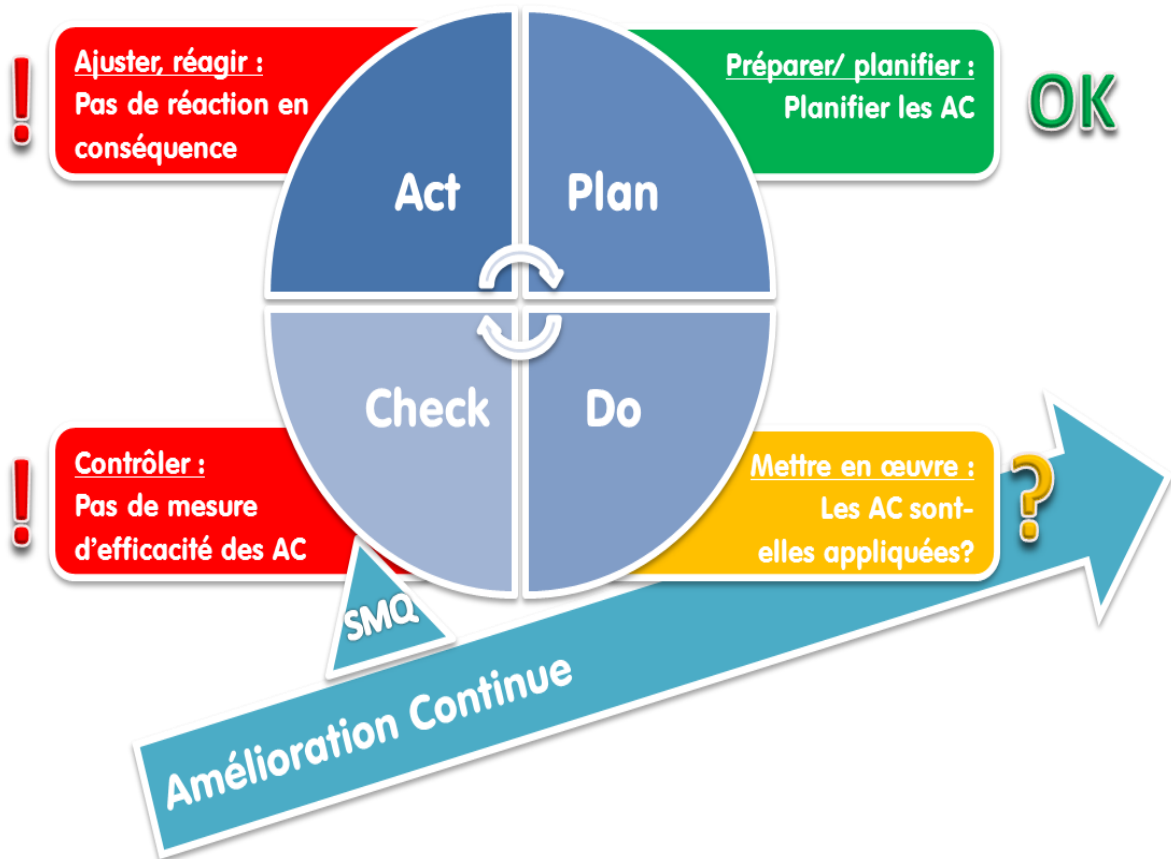
MARECHAL C., Comprendre l'évaluation dans le secteur social et médico-social, Développer la bientraitance par l'évaluation interne et externe, Lexitis éditions, 2011

Liste des annexes :

Annexe n°1 : Schéma de la roue de Déming

Annexe n°2 : Exemple de fiche action utilisée à Le Tronchet

ANNEXE 1 : Schéma de la roue de Deming



AC : Actions correctives

SMQ : Système de management de la qualité

ANNEXE 1 : Exemple de fiche-action utilisée à Le Tronchet

Nom établissement : E.H.P.A.D.		Fiche action N° 1.6			
Date d'émission : 25 mars 2014		Pilote : Madame K.....			
Actions d'amélioration : <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser l'évaluation du projet personnalisé ainsi qu'un avenant si besoin au bout de 6 mois de présence du résident, puis tous les ans. Mise en place d'un temps dédié correspondant. 		Personnes concernées : <ul style="list-style-type: none"> - Médecin coordonnateur - Infirmières - Services de soins - Equipe d'animation - Psychologue 			
Objectifs et résultats attendus : <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer, rectifier les propositions institutionnelles faites au résident afin de lui proposer un recueil et un accompagnement conforme à ses souhaits, besoins, attentes. 		Moyens nécessaires : <ul style="list-style-type: none"> - Réunion pluridisciplinaire. - Créer une fiche d'évaluation correspondante. 			
Moyens à mettre en œuvre, étapes à suivre : <ul style="list-style-type: none"> -Réalisation d'une fiche d'évaluation. -Elaboration de nouvelles propositions institutionnelles lors des réunions dédiées au PI. 					
Echéancier					
	2013	2014	2015	2016	2017
Début		Septembre			
Fin					
Indicateurs retenus pour le suivi de l'action : <ul style="list-style-type: none"> - NC 		Date de mesure : <ul style="list-style-type: none"> - NC 			

RESUME :

Ce mémoire professionnel s'inscrit dans une volonté d'inscrire l'évaluation interne au sein d'une politique plus globale d'amélioration continue de la qualité. Il est essentiel de connaître les origines de telles démarches, issues du secteur privé, afin de décrire leur adaptation dans les secteurs social et médico-social.

Le levier managérial incarné par l'évaluation interne est un outil au service du directeur pour instaurer une dynamique participative. Les craintes et questionnements qu'elle suscite chez les professionnels doivent pouvoir être levés afin de s'assurer de l'adhésion du plus grand nombre aux projets institutionnels. La communication et le management participatif sont au cœur de la stratégie de cette entreprise.

Ces enjeux sont décrits et analysés à l'aide d'une recherche documentaire élargie et s'appuient sur des entretiens avec des professionnels de terrain, acteurs incontournables de la démarche institutionnelle. Les propositions d'amélioration sont issues de cette analyse à travers le prisme du positionnement de directeur.