

ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement sanitaire
et social public**

Promotion 2002

**L'ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DES RESIDENTS EN
EHPAD : POUR UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE
LEURS ATTENTES**

Sophie PASQUIER

Sommaire

<u>SOMMAIRE</u>	II
<u>LISTE DES SIGLES UTILISÉS</u>	V
<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>1ÈRE PARTIE : DU SOUHAIT DE LA QUALITÉ À SA MISE EN PLACE</u>	4
<u>1- LA DÉMARCHE QUALITÉ À LA RÉSIDENCE DE L'YZE : LE RÉSIDENT EST-IL ENTENDU ?</u>	4
<u>1.1 Une politique volontariste : pour une meilleure qualité de vie offerte aux résidents</u>	4
1.1.1 <u>La structure d'accueil et les résidents</u>	4
1.1.2 <u>La politique d'amélioration de la qualité à la Résidence de l'Yze</u>	6
<u>1.2 Le résident placé avec difficulté au cœur de la démarche qualité</u>	11
<u>2- POURQUOI DONNER UN NOUVEL ESPACE D'EXPRESSION AUX PERSONNES ÂGÉES EN ÉTABLISSEMENT ?</u>	15
<u>2.1 Un dispositif juridique récemment enrichi pour garantir les droits des usagers : est-ce suffisant ?</u>	16
2.1.1 <u>La promotion et le renforcement des droits individuels des personnes âgées en établissement</u>	16
2.1.2 <u>La portée limitée des outils juridiques</u>	20
<u>2.2 La participation actuelle des usagers pour la reconnaissance de leurs droits : suffit-elle</u>	23
2.2.1 <u>La parole du plus grand nombre n'est pas recueillie : les limites du conseil d'établissement</u>	23
2.2.2 <u>Le résident n'est pas reconnu en tant que client</u>	28

**2^{ÈME} PARTIE : L'ÉLABORATION D'UN OUTIL D'ÉVALUATION DE LA
SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE.....32**

**1- LES DIFFICULTÉS DE L'ÉLABORATION D'UNE ENQUÊTE DE
SATISFACTION32**

**1.1 La clarification des concepts : la satisfaction engendrée par la prestation de
service perçue..... 32**

1.1.1 La délicate appréciation de la qualité d'un service..... 32

1.1.2 La satisfaction : une notion complexe car subjective..... 34

**1.2 Une multitude de dimensions à intégrer dans l'évaluation : la diversité des
besoins et attentes des résidents..... 38**

2- LE CHOIX DE LA MÉTHODE DE MESURE DE LA SATISFACTION43

2.1 L'analyse critique des méthodes utilisées 43

2.1.1 L'approche qualitative : privilégier la liberté d'expression..... 43

2.1.2 L'approche quantitative : une mesure quantifiée de la satisfaction 45

**2.2 Le questionnaire de satisfaction : un outil de mesure prépondérant toujours
réinventé 47**

2.2.1 Des recommandations sur la forme 47

2.2.2 Des recommandations sur le fond..... 49

**3^{ÈME} PARTIE : LA MISE EN PLACE D'UN OUTIL D'ÉVALUATION DE LA
SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE À LA RÉSIDENCE DE L'YZE : UN
LEVIER D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ.....51**

**1- LA PROCÉDURE D'ÉLABORATION DE L'ENQUÊTE D'ÉVALUATION DE LA
SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE.....51**

1.1 Un outil de communication et de mobilisation des acteurs professionnels 52

1.1.1 Vaincre les résistances à l'évaluation..... 52

1.1.2 Une enquête de satisfaction en adéquation avec le projet d'établissement 54

1.2 Un outil de communication avec les résidents..... 58

1.2.1 La méthode de passation du questionnaire retenue : l'entretien en face à face.. 58

1.2.2	<u>La passation du questionnaire : un instant de dialogue privilégié</u>	60
2-	<u>UNE ENQUÊTE DE SATISFACTION POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DES PRESTATIONS OFFERTES ET L'ÉCOUTE DES RÉSIDENTS : SES RÉSULTATS ET SES LIMITES</u>	62
2.1	<u>L'analyse des résultats et l'évaluation de leur pertinence</u>	62
2.1.1	<u>Les prestations de la Résidence de l'Yze perçues par les résidents</u>	62
2.1.2	<u>La pertinence des résultats</u>	70
2.2	<u>L'exploitation des résultats dans une perspective d'amélioration de la qualité : l'enquête comme un outil d'aide à la décision</u>	71
2.2.1	<u>Des réponses aux attentes sociales : vers plus de communication</u>	71
2.2.2	<u>De réponses aux attentes matérielles</u>	73
	<u>CONCLUSION</u>	75
	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	77

Liste des sigles utilisés

ANGELIQUE : Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Établissements ;

APA : Aide Personnalisée à l'Autonomie ;

CEC : Contrat Emploi Solidarité

EHPAD : Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes ;

FNG : Fondation Nationale de Gérontologie ;

MARTHE : Mission d'appui à la réforme de tarification de l'hébergement des personnes âgées ;

RTT : Réduction du Temps de Travail

INTRODUCTION

Le temps de l'assistance consacré par la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen de 1789 est aboli : « les secours publics sont une dette sacrée. La société doit la subsistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler ». Les institutions, depuis une vingtaine d'années, sont progressivement conviées à s'adapter à une demande en constante évolution, qu'elle soit quantitative ou qualitative. Ainsi, la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, prévoyait l'humanisation des hospices dans un délai de dix ans, délai porté à quinze ans en 1986, puis à vingt ans en 1991.

Malgré ces améliorations sensibles dans les établissements, 80% des personnes âgées n'ont pas réellement consenti à entrer dans l'établissement où elles résident. Combien de résidents m'ont fait part de leurs regrets : « il faut bien que ça aille ! », « on est toujours mieux dans ça maison ». Le séjour en maison de retraite est vécu pour la plupart comme une fatalité. Les résidents, à leur arrivée, se forcent à se fondre dans le carcan institutionnel et constatent le délai dont ils ont eu besoin : « je me suis habituée en quinze jours ». Max Weber est l'un des premiers à avoir démontré combien toute organisation à tendance à se chroniciser, à privilégier la logique institutionnelle et se détourner de ses fins. Michel Crozier estime, de façon encore plus radicale, que toute organisation tend à la bureaucratie définie comme trop rigide. Or, ce n'est pas au résident de s'habituer à l'institution, mais à l'institution d'appréhender le résident.

Pour aller dans ce sens, la législation d'une part est venue protéger l'utilisateur et en particulier la personne âgée de ce poids institutionnel en lui garantissant des droits et libertés individuelles. Elle lui a également ouvert des espaces d'expression en établissement, pour qu'il ne soit plus seulement un sujet mais aussi un acteur. Elle affirme, si besoin est, que la personne âgée ne se résume pas à un numéro de chambre ou à sa maladie d'Alzheimer.

D'autre part, héritées du mouvement qualité qui a pris un essor considérable dans l'industrie, les démarches qualité se sont imposées dans le secteur des personnes âgées. La qualité se définit comme l'ensemble des caractéristiques d'une entité (l'établissement) qui lui confèrent l'aptitude à répondre aux besoins exprimés et implicites de l'utilisateur et de sa famille en vue de maintenir ou d'améliorer sa santé (au sens bio-psycho-social), son autonomie

sociale et sa dignité d'être humain [17]. Cependant, un écart peut exister entre la qualité offerte par l'institution et la qualité perçue par le résident [7]. La qualité offerte est objectivable, dans une certaine mesure, à travers des normes réglementaires¹ ou professionnelles, alors que la qualité perçue fait intervenir la subjectivité, donc est plus difficile à appréhender.

Quoi qu'il en soit, répondre aux besoins et attentes du résident sous-entend de les connaître. Par conséquent, la démarche qualité ne peut se dispenser d'une phase d'analyse des besoins, et donc d'un recentrage sur la finalité des on action, c'est-à-dire le résident. Or M. LAFORCADE et P. DUCALET dressent un constat sévère : « l'utilisateur est le grand absent du secteur sanitaire et social » [17]. La personne âgée, qui est un être de besoins et de désirs, n'est pas entendu. Les professionnels n'ont qu'une idée générale de ses attentes. Pourtant, la confrontation est quotidienne entre celui qui est dans le besoin et celui qui se charge d'y répondre.

Dès lors, pourquoi existe-t-il **un décalage entre, d'un côté, un cadre juridique prônant une dimension citoyenne et un cadre méthodologique insistant sur la centralité de l'utilisateur, et de l'autre côté, la réalité de l'expression des résidents ?**

Il s'avère que les résidents sont peu disposés à s'exprimer de leur propre initiative sur leur niveau de satisfaction et leurs attentes. La lente émergence du droit des usagers longtemps peu contraignant, n'a pas été un élément facilitateur, d'autant que la réglementation a privilégié un cadre d'expression collectif. En outre, on peut se demander si la définition de la qualité par les professionnels ne prime pas, consciemment ou non, sur celle des résidents.

Cette recherche est née pendant le stage de professionnalisation pendant lequel j'ai participé attentivement à la vie quotidienne de la Résidence de l'Yze. Cet établissement de cinquante-six lits a amorcé depuis 1999 une démarche qualité formalisée. Il a préalablement lancé une réflexion sur les valeurs unanimement partagées par les professionnels, puis sur les axes d'amélioration de la qualité des prestations. Désormais, l'institution désire savoir si sa démarche qualité va bien dans le sens des attentes de la clientèle. Il m'a paru intéressant de réfléchir à la façon dont il est possible d'améliorer l'expression des résidents pour une meilleure prise en compte de leurs attentes.

¹ Par exemple, l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Évaluer la satisfaction des résidents à travers une enquête est la solution développée dans la mémoire. Elle offre divers avantages. Elle favorise tout d'abord la participation d'un grand nombre de résidents et non seulement d'une minorité « éclairée ». Se dégage également une logique « clientèle » et donc une valorisation de la personne âgée à travers une écoute attentive par les professionnels. L'enquête de satisfaction permet surtout de se doter d'un nouvel outil pour progresser dans la démarche qualité et améliorer les prestations offertes aux résidents.

La recherche bibliographique m'a permis de constater que c'est dans le secteur sanitaire que les études auprès des patients sur la satisfaction et la qualité perçue des services hospitaliers se sont fortement multipliées. En effet, l'article L 710-1-1 inséré dans le code de santé public par l'ordonnance du 24 avril 1996, dispose que « l'établissement de santé doit procéder à une évaluation régulière de la satisfaction des patients, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour ». De nombreux articles de la littérature sont donc destinés aux hôpitaux. Je m'en suis donc inspirée pour l'élaboration de l'enquête de satisfaction. Il semblerait donc que l'évaluation de la satisfaction soit non pas inexistante, mais rare dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Partant de l'exemple de la Résidence de l'Yze, cette étude s'efforce dans un premier temps de saisir le décalage entre le rôle présumé du résident dans une démarche d'amélioration de la qualité et son espace d'expression réel. Après avoir montré la nécessité d'un nouvel instrument de communication entre la Direction, le personnel et les résidents, l'élaboration d'un outil d'évaluation de la satisfaction de la clientèle sera présentée dans un second temps. Enfin, ceci doit permettre la mise en place d'une enquête de satisfaction à la Résidence de l'Yze en vue de l'amélioration de la qualité.

1ère partie : Du souhait de la qualité à sa mise en place

1 - LA DEMARCHE QUALITE A LA RESIDENCE DE L'YZE : LE RESIDENT EST-IL ENTENDU ?

La description de l'établissement et de la démarche qualité entreprise par la Résidence de l'Yze est primordiale : elle conditionne les choix stratégiques adoptés ultérieurement. La politique d'amélioration de la qualité naît dans un premier temps d'un engagement fort du Directeur. La question du rôle du résident ne peut qu'être abordée : est-il un « usager-objet » ou un « usager-sujet » ? [17]

1.1 UNE POLITIQUE VOLONTARISTE : POUR UNE MEILLEURE QUALITE DE VIE OFFERTE AUX RESIDENTS

1.1.1 La structure d'accueil et les résidents

Créé en 1876, l'hospice, d'une capacité de seize lits, a été transformé en maison de retraite en 1983. Celle-ci pouvait alors accueillir cinquante-deux personnes. L'établissement devenu *Résidence de l'Yze* en 1994 après des travaux d'humanisation importants, dispose aujourd'hui de 56 lits. Jusque décembre 2001, date à laquelle la convention tripartite fut signée, la répartition était la suivante : 36 lits d'hébergement, 16 lits de section de cure médicale, 2 places d'hébergement temporaire et 2 d'accueil de jour.

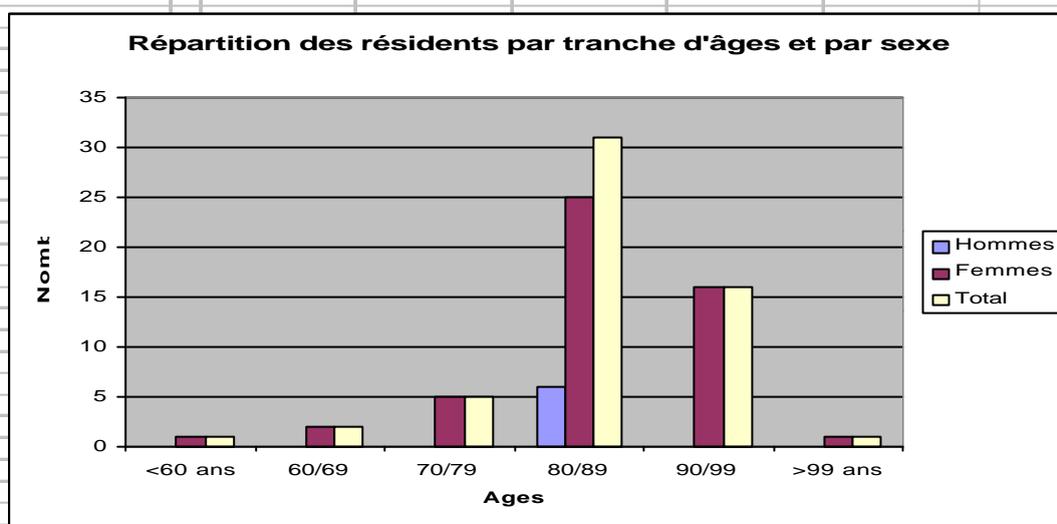
Le personnel de l'établissement comprend actuellement 27 agent, soit 23.5 équivalent temps plein répartis ainsi :

- Hébergement : 12.94 ;
- Dépendance :4.16 ;
- Soins : 6.41.

La Résidence accueille actuellement 50 femmes (soit 89% des résidents) et 6 hommes (soit 11%). L'âge moyen est de 85 ans : 85 pour les femmes et 83 pour les hommes.

Les résidents proviennent en grande majorité des environs géographiques immédiats de l'établissement.

Tranches d'âge	<60 ans	60/69	70/79	80/89	90/99	>99 ans
Hommes				6		
Femmes	1	2	5	25	16	1
Total	1	2	5	31	16	1



La moyenne d'âge des personnes âgées hébergées en maison de retraite ne cesse de s'accroître, la Résidence de l'Yze n'y fait pas exception. Les résidents ont donc généralement un état de santé dégradé et présente une perte d'autonomie.

La Résidence admet des personnes partiellement dépendantes ou atteintes de légers déséquilibres psychiques.

La répartition des résidents par groupe iso-ressources est la suivante :

GIR	1	2	3	4	5	6
Nombre	8	11	7	22	5	3
%	14%	20%	13%	39%	9%	5%

Les résidents classés dans les GIR 1, 2 et 3 sont 47%. Les GIR 4, 5 et 6 représentent 53% des résidents. Le GIR moyen pondéré de l'établissement est de 581,43.

1.1.2 La politique d'amélioration de la qualité à la Résidence de l'Yze

En 2020, la part des personnes âgées de 75 ans et plus dans la population devrait atteindre près de 10% contre environ 7% aujourd'hui [10]. Les politiques en ont pris conscience et se soucient de plus en plus des conditions de vie de ces millions de personnes âgées. La notion de qualité dans le secteur médico-social est désormais incontournable.

C'est ainsi que la loi n°97-60 du 24 janvier 1997 a introduit par son article 23-I un nouvel article 5-I dans la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Ce dernier prévoit que « les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes doivent passer une convention pluriannuelle avec le président du Conseil Général et l'autorité compétente pour l'assurance-maladie ». Cette convention a pour objet de « définir les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la prise en charge des personnes et des soins qui sont prodigués à ces dernières » ainsi que de « préciser les objectifs d'évaluation de l'établissement et les modalités de son évaluation ».

L'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle précise qu'« il est impératif que les partenaires conventionnels s'engagent dans une démarche d'« assurance qualité » garantissant à toute personne âgée dépendante accueillie en établissement les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins ».

Comme le souligne le guide d'accompagnement de l'outil ANGELIQUE (Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Établissements) élaboré par la mission MARTHE (Mission d'appui à la réforme de tarification de l'hébergement des personnes âgées), la qualité n'est pas une préoccupation nouvelle pour les professionnels du secteur médico-social. A la Résidence de l'Yze, les travaux d'humanisation, dont la réalisation débuta en 1992, donnèrent déjà l'occasion au Directeur d'engager une réflexion sur le projet de vie et sur l'adéquation de l'architecture avec ce projet. Ce travail préalable à la construction associa le Directeur, le personnel, les résidents et les familles.

De 1999 à 2000, dans l'optique de la signature de la convention tripartite qui eut lieu en décembre 2001, le Directeur s'engagea avec détermination dans l'évaluation de la qualité de vie proposée aux résidents et dans la démarche qualité. Le caractère précoce de la démarche est à remarquer. Il traduit une motivation forte à conduire le changement, sachant

que Max WEBER souligne que « toute organisation a plutôt tendance à privilégier la logique institutionnelle et à se détourner des fins ».

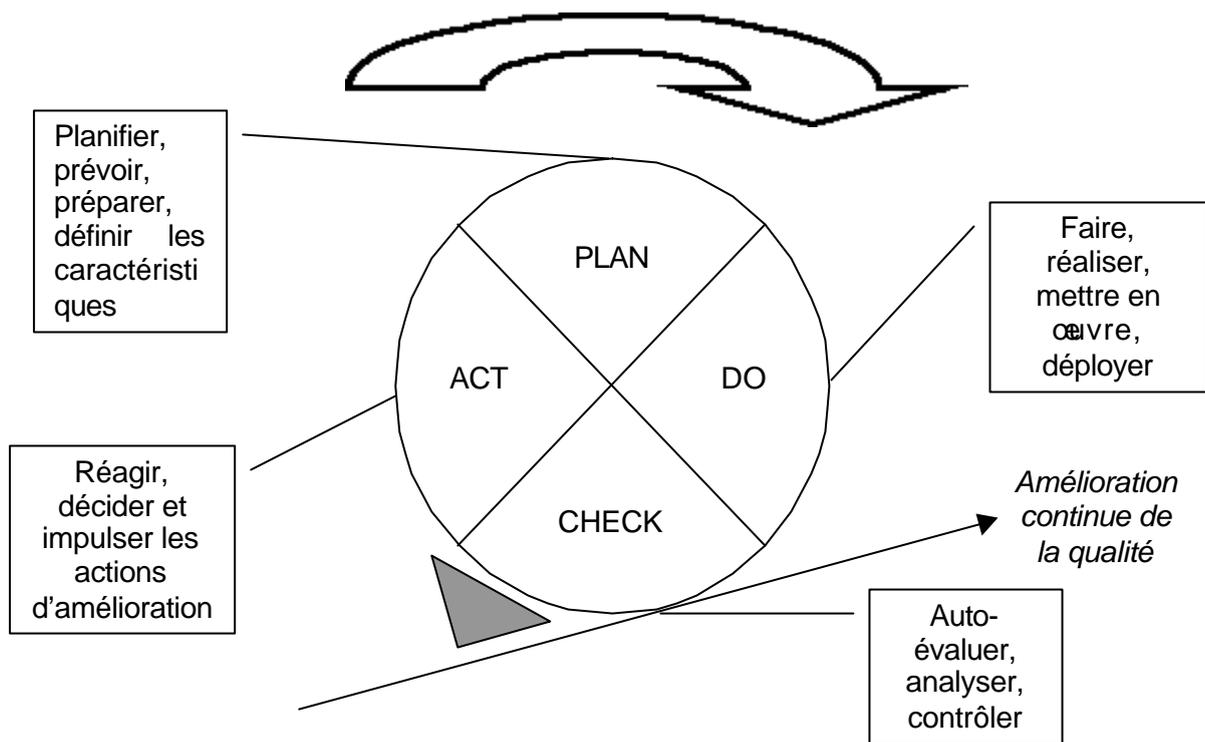
Un détour théorique va permettre d'appréhender de façon critique la démarche de la Résidence.

« L'évaluation consiste à porter un jugement sur une intervention dans un but d'aide à la décision ». « [Elle] va permettre un constat qui va générer une démarche qualité qui elle-même devra être évaluée » [17]. C'est ce cercle vertueux de la qualité que la structure a impulsé.

L'évaluation constitue donc la première phase de la démarche qualité. Philippe DUCALET et Michel LAFORCADE [17] la décline elle-même en quatre étapes :

- un stade descriptif consiste en une mesure de l'existant à l'aide d'indicateurs préalablement définis ;
- une partie analytique, autrement dit, la situation souhaitée ou attendue qui fait l'objet de normes, de standards, de référentiels. Il est entendu par référentiel un « ensemble de références sur lesquelles il convient de s'appuyer pour permettre une activité d'évaluation objective. Ce référentiel doit s'appuyer sur l'état des connaissances et « de l'art » » [32] ;
- une phase interprétative au cours de laquelle on compare les deux situations précédentes, celle qui était souhaitée et celle qui est observée. Les distorsions, les écarts font l'objet d'analyses, d'explications et de commentaires ;
- une remise de propositions concrètes d'amélioration.

La roue de Deming, ou le cycle PDCA (Plan-Do-Check-Act) ou PEVA en français (Préparer-Exécuter-Vérifier-Ajuster) peut alors tourner.



LA ROUE DE DEMING

Après avoir planifié les projets à mettre en œuvre grâce à l'évaluation, l'établissement réalise le « programme d'actions [...] garantissant aux clients un niveau de qualité conforme au cahier des charges que l'on s'est engagé à respecter. » [8]. Les actions prioritaires font l'objet d'un management par projet. « Faire un travail de qualité (Do) ne représente que le quart de la démarche » [17]. C'est pourquoi la troisième étape consiste à contrôler les résultats des actions et la quatrième à réagir en prenant des dispositions correctives. Pour aller dans le sens d'une amélioration continue de la qualité, il est nécessaire de faire un travail de veille dans les domaines où une action a été menée, c'est-à-dire de poser des « cales » qui permettent à la roue de Deming de gravir une pente ascendante.

La Résidence de l'Yze a souhaité conduire le cheminement vers la qualité de façon quelque peu originale. Le choix a été de réaliser un référentiel en interne afin que le personnel de la structure se pose une question fondamentale : **quel est le niveau de qualité idéal pour l'utilisateur dans l'établissement ?**

Pour réussir sa démarche qualité, l'établissement a défini ce qu'il estime être une prise en charge de qualité. « C'est lors de cette définition que l'établissement doit se référer à ses spécificités, en prenant en considération son environnement, son histoire propre, et celle de ses résidents ; c'est au moment de la définition de la qualité que l'établissement impose son originalité et sa philosophie » [4].

Un objectif réaliste a guidé la démarche : les normes de qualité ne devaient pas être irréalisables et donc impossibles à atteindre. Au préalable, le comité de pilotage du projet (le Directeur et le Directeur-stagiaire) a étudié les textes réglementaires, les référentiels disponibles à cette date et la littérature professionnelle afin de concilier la qualité élémentaire largement admise avec les exigences particulières de l'établissement. Le référentiel interne devait notamment se conformer à l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle qui donne les grandes lignes du travail à réaliser. La participation du Directeur à l'élaboration par le Conseil Général d'Ille et Vilaine du référentiel qualité destiné à l'ensemble des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes du département, a été également source d'expérience et d'inspiration.

Différents objectifs ont présidé la rédaction du document intitulé « Référentiel d'évaluation et d'évolution de la qualité de la Résidence de l'Yze » : d'une part, ce devait être un outil facile à comprendre, remplir et analyser. D'autre part, le référentiel devait aborder les différents services composants la qualité de vie des résidents et permettre une cotation globale de la qualité proposée par l'établissement.

En a résulté un référentiel divisé en six chapitres : le projet institutionnel, le cadre de vie, l'admission et la fin de séjour, la vie quotidienne et la vie sociale, les soins et enfin la restauration. Chaque chapitre est composé de fiches qui exposent chacune un point précis et déclinent plusieurs niveaux de qualité. Une note est associée à chaque niveau évoqué (de 0 à 5) sans qu'il soit nécessaire à chaque fois de définir cinq niveaux de qualité. Le niveau supérieur a été défini par rapport à la qualité de la prise en charge des personnes âgées que la résidence souhaite promouvoir. Des taux de qualité par chapitre et un taux global correspondant à la moyenne de l'ensemble des chapitres donnent une vision générale de la qualité proposée dans l'établissement.

A ce niveau, il faut souligner la mise en garde énoncée dans le guide d'accompagnement de l'outil ANGELIQUE concernant « le danger de toute tentative de cotation numérique, pouvant aboutir à des données cumulées de type score. Il s'agit, pour l'essentiel, de données qualitatives qui, étant de natures différentes, ne doivent pas être additionnées » [32].

Un outil informatique a été associé à l'outil papier pour obtenir instantanément dès la saisie des notes, les taux de qualité. Un signal apparaît en fonction de la note et, à partir de la deuxième évaluation, de son évolution dans le temps :

- une clochette rouge si la note est inférieure à 3 sur 5 ;

- une flèche rouge orientée vers le bas si la note obtenue est inférieure à celle de la précédente évaluation.

Ce travail d'élaboration du référentiel propre à la résidence a été réalisé en amont de la phase évaluative décrite ci-dessus. Une fois les indicateurs définis, la structure a pu procéder à la phase diagnostique. Celle-ci permet de mettre en évidence les domaines dans lesquels l'établissement obtient des résultats insatisfaisants mais aussi ceux pour lesquels les efforts fournis par le personnel ont porté leurs fruits. La cotation est effectuée en début d'année pour l'année passée.

Les objectifs prioritaires peuvent alors être dégagés, en fonction de l'importance des carences décelées et des contraintes matérielles et financières. Toutefois, la cotation numérique, « en lissant les données, ne permet pas de mettre en évidence les points prioritaires nécessitant des actions urgentes » [32]. Une fois l'évaluation terminée et la planification envisagée, chaque objectif est attribué à un responsable projet selon son domaine de compétences (ce peut être le Directeur lui-même). S'ensuit la phase de réalisation du plan d'actions. Conformément à la roue de Deming, les résultats obtenus sont auto évalués et analysés l'année suivante : chaque action est notée de 0 à 5, ainsi que le reste des items qui n'ont pas donné lieu à des actions. De nouvelles priorités sont alors envisagées.

Le Directeur a souhaité confondre le référentiel interne et le projet institutionnel pour des raisons pratiques - ne pas mobiliser les équipes une seconde fois - et pour des raisons de similitude. En effet, le guide d'accompagnement d'ANGÉLIQUE définit le projet institutionnel comme « visant à améliorer le service rendu aux résidents et à leur famille, définissant clairement les valeurs communes adoptées et les orientations retenues, précisant les projets de vie, d'aides et de soins » [32].

La démarche qualité associe certes un outil, une méthode, mais également des acteurs. Son succès tient à l'adhésion du plus grand nombre de professionnels de la structure et à leur motivation. « Vécue comme une menace exogène, elle n'aurait [...] que peu de raisons d'aboutir ». C'est ce qui fait aussi sa faiblesse : « elle exige [que les professionnels] prennent toute leur part à la démarche, non seulement comme acteurs contraints mais surtout comme auteurs volontaires » [17]. Le Directeur de la Résidence de l'Yze a réussi à mobiliser neuf personnes : les deux infirmiers, trois aides-soignantes, deux agents des services hospitaliers, l'animatrice et un cuisinier. Les paroles de Mac HEES [17] prennent alors tout leur sens : « on ne manage pas la qualité, mais des personnes en vue de les aider à améliorer la qualité de ce qu'elles font ». Un appel au volontariat auprès des résidents et des familles a été lancé, ce qui a permis d'adjoindre au groupe un représentant des familles. Aucun résident ne désira participer à la démarche.

Ce constat amène à réfléchir à la place du résident dans la démarche qualité en général dans les EHPAD, et plus particulièrement à la résidence. La tentation est grande de se prononcer au lieu et place du principal intéressé. « Le risque est alors de mener des politiques fondées sur les représentations de ceux qui s'expriment au nom des bénéficiaires. L'argent public est pourtant destiné à régler les problèmes des gens et non pas l'idée que nous en avons » [17]. Une politique volontariste d'amélioration de la qualité signifie-t-elle que le résident est entendu ?

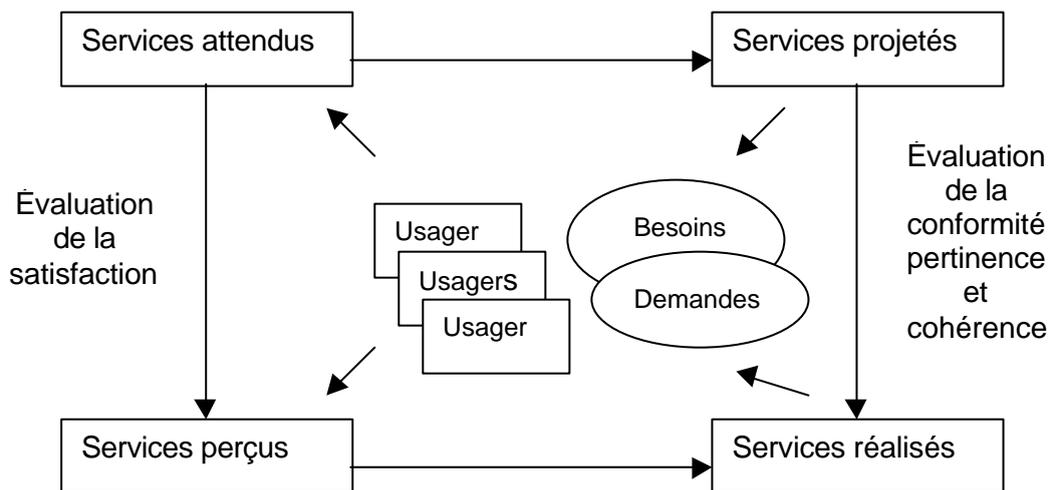
1.2 LE RESIDENT PLACE AVEC DIFFICULTE AU CŒUR DE LA DEMARCHE QUALITE

François NOBLE [23] émet une réserve : l'expression « l'utilisateur au centre du dispositif » n'a pas lieu d'être. « Ce n'est pas la personne qui doit être au centre du dispositif, c'est le dispositif qui doit être centré sur elle. Car mettre la personne au centre, c'est prendre le risque de l'enfermer dans la routine du fonctionnement institutionnel, c'est précisément organiser le déroulement des prises en charge de telle sorte qu'elles finiront toujours par fonctionner pour elles-mêmes et non plus pour ceux et celles pour lesquelles elles ont été élaborées ».

Cette précision conceptuelle faite, reste à savoir si la démarche qualité de la structure est effectivement recentrée sur la personne âgée. Le respect du choix et des attentes des

résidents est pourtant largement mis en avant dans les recommandations du cahier des charges de l'arrêté du 26 avril 1999 : « La qualité des prises en charge est tout à la fois fonction de la nature du cadre de vie, du professionnalisme et de l'organisation des intervenants qui assurent la prise en charge dans le respect de la personne et de ses choix ». La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale précise elle aussi que l'action sociale et médico-sociale « repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier [...] des personnes âgées ».

Une démarche qualité recentrée sur la personne âgée résidente de la structure est schématisée ci-dessous :



CYCLE DE LA QUALITÉ [17]

Ce schéma suppose qu'avant de proposer une palette de services et de projeter une organisation, les besoins et attentes des résidents sont connus. Ces derniers font partie des informations d'origine interne qu'il est nécessaire d'avoir à disposition pour améliorer la qualité.

Or qui mieux que la personne âgée à qui les services sont destinés est plus apte à exprimer une demande ? Le directeur de l'établissement qui initie la démarche qualité, se doit de proposer aux résidents et à leurs représentants de participer à l'autoévaluation qui, rappelons-le, donne l'opportunité de définir des valeurs partagées et un niveau de qualité

communément acceptable. Toutefois, « évitons l'angélisme qui consiste à penser que la demande exprimée par l'utilisateur aurait valeur d'injonction » [17]. En effet, chaque individu a une appréciation différente de sa qualité de vie.

La littérature professionnelle fourmille de définitions de la notion de qualité. Bernard CASSOU résume cette profusion de définitions lorsqu'il énonce que « la qualité de vie est un concept tellement général qu'il peut, à la limite tout englober : facteurs environnementaux, niveaux de revenus, santé, mode de vie, satisfaction, estime de soi, etc. » [3]. La littérature spécialisée retient tout de même trois dimensions constitutives de ce concept :

- Les conditions de vie objectives, c'est-à-dire l'environnement et la perception subjective de chaque individu de ces conditions ;
- Le répertoire des capacités, des limites fonctionnelles et des performances réelles et perçues de la personne ;
- Le sentiment de bien-être subjectif.

Il ressort de cette esquisse de définition la primauté de la subjectivité. De plus, dans un EHPAD, il faut considérer que les personnes accueillies sont affaiblies physiquement et/ou psychologiquement. En 1998, 64% des résidents en institutions spécialisées dans l'accueil de personnes âgées² avaient besoin d'aide dans la vie quotidienne. Par ailleurs, plus de la moitié des pensionnaires des maisons de retraite de 75 ans et plus sont atteints de détériorations intellectuelles [18]. Autrement dit, la présence de résidents lors de la phase d'autoévaluation, ou dans le cas précis de la Résidence de l'Yze, lors de l'élaboration du référentiel interne, ne présage pas d'une évaluation focalisée sur leur demande.

Une dimension supplémentaire atténue trop souvent le poids des demandes exprimées par les usagers : des demandes sont parfois injustifiées, ne répondant pas à un besoin objectif, et par conséquent sont non prises en compte par l'offre de services [17].

Le directeur qui conduit la démarche qualité doit être alerté sur la tentation des professionnels de faire primer leurs conceptions des besoins sur les demandes des résidents, consciemment ou inconsciemment. La structure désire-t-elle faire des résidents des « usagers-objets » ou des « usagers-sujets » ? Est-ce un « usager utile, instrumenté, utilisé, argumenté, captif, monopolisé [...], un usager silencieux puisque d'autres parlent en

² Soit les maisons de retraite et les unités de soins de longue durée dans les hôpitaux.

son nom » ou un usager « à partir duquel l'institution se réinvente [...], dont on s'attachera à saisir la singularité, l'originalité » [17].

Une fois que la capacité d'évaluation et d'expression des personnes âgées de l'institution est reconnue, encore faut-il que ces dernières souhaitent s'exprimer et éclairer les personnels sur la qualité qu'elles attendent des services proposés. Certes, le résident peut être malade, handicapé, très dépendant, etc., ce qui le freine dans sa liberté d'expression, mais surtout il n'est que trop rarement volontaire.

En amont de la démarche d'évaluation entreprise à la Résidence de l'Yze, une consultation a été réalisée auprès des résidents pour leur expliquer le projet, son importance et son impact sur leur vie quotidienne future et surtout pour recenser le nombre de participants volontaires. En dépit de cette volonté forte d'associer les résidents, aucun d'eux n'a souhaité s'impliquer dans les groupes de travail mis en place pour réfléchir à l'adéquation des services à leurs besoins et surtout à leurs attentes. Un appel au volontariat a également été lancé aux familles : une seule y a répondu. Par ailleurs, au même titre que les professionnels, les familles peuvent avoir tendance à vouloir faire le bonheur de leurs parents malgré eux.

Par conséquent, face à cet échec, une enquête de satisfaction peut donner la parole à un grand nombre de personnes âgées et non à quelques unes seulement. Ce peut être une des sources d'informations nécessaires à l'amélioration de la qualité [32]. En effet, une enquête de satisfaction est susceptible de renseigner les promoteurs de la démarche qualité sur les attentes des personnes âgées et indirectement sur le niveau de qualité souhaité³. Je présume qu'elle aurait permis lors de l'évaluation de faire une analyse critique de l'activité et de l'organisation de la structure aux vues des attentes et besoins des usagers. Cependant, elle n'a pas été utilisée en amont de l'élaboration du référentiel. À la Résidence de l'Yze, à aucun moment les résidents n'ont été impliqués. Certes, le Directeur communiqua auprès des familles et des personnes âgées sur la méthode de conception du référentiel, les objectifs d'une autoévaluation, les résultats, mais il n'y eut aucune participation active des principaux intéressés.

Les résidents auraient pu exercer leur droit à la représentativité au sein du conseil d'établissement. Aux termes de l'article 8-bis de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 introduit par la loi n° 85-10 du 3 janvier 1985 portant diverses dispositions d'ordre social, « dans tout établissement visé à l'article 3 de la présente loi, les usagers, les familles et les personnels

³ En effet, la subjectivité intervient dans les trois dimensions de la qualité (cf. *infra*.)

sont obligatoirement associés au fonctionnement de l'établissement par la création, notamment, d'un conseil d'établissement »⁴. Le conseil d'établissement doit donner son avis et faire œuvre de propositions sur toute question relative au fonctionnement de la structure. Les personnes âgées de la Résidence de l'Yze auraient pu être associées à la démarche qualité dans ce cadre. Pour des raisons qui seront explicitées ultérieurement, cette consultation n'a pas eu lieu.

Le résident est donc, que ce soit volontaire ou non de la part des équipes de direction et du personnel des EHPAD, placé avec difficulté au cœur des démarches qualité. Dès lors, il est nécessaire de s'intéresser sur le droit des usagers et en particulier sur la façon dont la liberté d'expression consacrée dans l'article 11 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen est mise en œuvre dans les EHPAD : « la libre communication des pensées et des opinions est un des droits les plus précieux de l'homme. En conséquence, tout citoyen peut donc parler, écrire, imprimer librement ».

2 - POURQUOI DONNER UN NOUVEL ESPACE D'EXPRESSION AUX PERSONNES AGEES EN ETABLISSEMENT ?

Mon hypothèse est que le cadre juridique s'est construit lentement. De plus, pendant longtemps, il n'a pas été contraignant. Par conséquent, la liberté d'expression des usagers en a souffert, d'où la question d'un nouvel espace d'expression.

⁴ L'article 10 de la loi du 2 janvier 2002 prévoit qu' « afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service, il est institué soit un conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation ». Le conseil de la vie sociale doit être consulté préalablement à l'élaboration du projet d'établissement, ou une autre forme de participation doit être mise en œuvre (article 12)

2.1 UN DISPOSITIF JURIDIQUE RECEMMENT ENRICHIS POUR GARANTIR LES DROITS DES USAGERS : EST-CE SUFFISANT ?

Le recentrage sur l'individu est une des caractéristiques essentielles apparue dans la décennie 80. Or la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales organise des « prises en charge » de personnes et ne donne que très peu de place à l'utilisateur. Il a fallu attendre la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale initiée dès 1996 par Jacques BARROT, alors Ministre des Affaires Sociales, pour que l'utilisateur de l'action sociale et médico-sociale devienne acteur et accède à la citoyenneté.

Il est indéniable que l'un des axes majeurs de la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale est la promotion et le renforcement des droits des usagers. Toutefois, il est plus risqué d'affirmer que les outils juridiques à la disposition des directeurs d'établissement vont réellement permettre de garantir ces droits.

2.1.1 La promotion et le renforcement des droits individuels des personnes âgées en établissement

La loi du 30 juin 1975 était à l'origine pratiquement muette concernant les droits et libertés des personnes âgées. Seul l'article 17 introduisait le principe, certes notable, de l'association des usagers au fonctionnement des établissements uniquement associatifs⁵. Une circulaire en 1978 institua les conseils de maison⁶. En dépit de cette avancée, la personne âgée, hébergée ou non, est considérée comme un citoyen lambda. Les droits de la personne âgée sont les mêmes que ceux reconnus à tout citoyen : pour preuve les nombreux textes d'origine nationale et internationale tels que la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, les préambules des constitutions françaises de 1946 et 1958, la Déclaration universelle des droits de l'homme adoptée par l'assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies le 10 décembre 1948, la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950.

⁵ Loi n° 75-535 du 30 juin 1975, article 17 : « Dans tout établissement visé à l'article 3 de la présente loi dont les frais de fonctionnement sont supportés ou remboursés en tout ou partie par les collectivités publiques ou les organismes de Sécurité sociale, les usagers, les familles des mineurs admis et les personnels sont obligatoirement associés au fonctionnement de l'établissement ».

⁶ Circulaire n° 24 relative à la participation des personnes âgées résidentes en établissement.

On commence à prendre conscience de la situation particulière des personnes âgées hébergées à la fin des années 1970. La circulaire du 20 mars 1978 relative à la participation des personnes âgées résidant en établissement précise : « il faut prendre conscience de ce que les personnes âgées qui ont perdu leur autonomie n'ont pas pour autant abdiqué toute personnalité. Il est primordial au contraire de leur accorder la considération qui s'attache à toute personne possédant ses désirs et ses motivations propres ». Une réflexion menée par la FNG (Fondation Nationale de Gérontologie) conduit à la publication en 1987 de la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante. Les quatorze articles de cette charte insistent sur la situation de fragilité qu'entraîne la dépendance. Toutefois, Mme Laroque présidente de la FNG avoue que la Charte n'a aucune force juridique et reste par conséquent une déclaration d'intention [33].

En 1997, un pas de plus a été franchi. Introduit dans le corps de la loi sociale par l'article 26 de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 relative à la prestation spécifique dépendance, l'article 8-ter stipule que « les établissements hébergeant des personnes âgées visés au 5°) de l'article 3 élaborent un règlement intérieur garantissant, notamment, les droits des résidents et le respect de leur intimité ». La loi du 2 janvier 2002 vient parachever cette lente maturation. Elle « tend à combler une véritable lacune, dans un secteur où la protection du plus faible doit être la règle, où le respect des droits fondamentaux doit être le socle de toute action, où la recherche du bien-être de la personne doit constituer le fondement même de toute politique sociale » [23].

Certes, il est possible d'arguer que dix articles seulement sont consacrés au recentrage de l'action sur les usagers et à leurs droits, tandis que quarante-huit autres reprennent la démarche d'organisation et de contrôles des établissements et services [2]. Cependant, la volonté politique d'instaurer la primauté de l'utilisateur ne fait aucun doute. L'article 2 précise que « l'action sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets ». Les personnes âgées ont même pris place avant les personnes et les familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté [48].

Le terme de « citoyenneté » qui fait partie du nouveau vocabulaire de l'action sociale et médico-sociale, doit attirer l'attention. Alain TOURAINE définit quant à lui deux types de citoyenneté :

- « celle de conscience collective, de volonté générale qui réduit l'individu au citoyen c'est-à-dire qui accepte les lois et les besoins de l'état, qui n'a de droit que s'il remplit des devoirs, s'il contribue à l'utilité générale » ;
- « celle qui affirme les droits de l'individu non pas en tant que membre de la société politique mais comme homme, au sens de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, donc face aux pouvoirs et aux institutions et éventuellement contre eux ».

C'est la deuxième définition que tente de promouvoir la loi du 2 janvier 2002 en associant les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service⁷. Il me semble que c'est effectivement celle qui peut faire progresser nos institutions.

L'article 7 du chapitre 2 au titre significatif⁸ rappelle s'il en était besoin que « l'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux ». Plus précisément, il énumère des droits qui « sont tout simplement une déclinaison des droits de l'homme et du citoyen » [2] : le respect de la dignité du bénéficiaire, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité, le libre choix des prestations adaptées qui lui sont offertes, etc. La personne âgée se voit désormais dotée d'un statut juridique, à même de garantir la préservation de ses droits.

En vue de garantir l'exercice de ces droits, le texte de loi institue des outils juridiques dans son article 8 :

- un livret d'accueil ;
- une charte des droits et libertés annexée au livret d'accueil ;
- un règlement de fonctionnement annexé au livret d'accueil qui définit les droits et devoirs de la personne accueillie ;
- un contrat de séjour ou un document individuel de prise en charge ;
- le recours à un médiateur ;
- la rénovation des instances de participation des usagers ;
- un projet d'établissement.

⁷ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, article 10 : « Afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service, il est institué soit un conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation ».

⁸ « Des droits des usagers du secteur social et médico-social »

Le plus difficile est toujours d'assurer l'effectivité d'une réforme. En l'espèce, l'imposition de ces documents normatifs limite le risque de bafouer des droits garantis. Il reste néanmoins à espérer la parution prochaine des décrets d'application.

Ces outils juridiques ne sont pas tout à fait nouveaux. Par exemple, le règlement intérieur est obligatoire depuis 1997 pour les EHPAD. Il permet d'assurer l'ordre interne de l'établissement et de fixer les droits et obligations de chacun. Dès 1978, une circulaire (circulaire n° 24 relative à la participation des personnes âgées résidentes en établissement) prône un règlement intérieur « qui se montre soucieux de la dignité et de l'indépendance des personnes, [qui fait] appel à la responsabilité et à la générosité des individus ». « D'autre part, il est important de souligner les droits des personnes âgées : droit à l'information, d'aller et venir, droit aux visites, libre choix du médecin, etc. ». Ces droits tentent de reconsidérer la personne âgée, au regret peut-être de certains car, ajoute la circulaire, « des pensionnaires dociles peuvent être jugés plus « commodes » que des partenaires trop vivants ». La loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 a également rendu obligatoire le contrat de séjour. Le contrat, à durée indéterminée, décrit l'ensemble des prestations offertes par l'établissement et leur prix. Le livret d'accueil est quant à lui déjà obligatoire pour les établissements de santé.

La finalité de ces outils repris et modifiés par la loi du 2 janvier 2002 ne saurait être contestée ; leurs principaux objectifs sont de promouvoir la citoyenneté des usagers en les désignant acteurs de leur séjour, de placer les résidents au centre de la prise en charge et d'apporter une plus grande transparence dans le fonctionnement de l'institution.

La contractualisation est la méthode qui, par excellence, rompt avec la logique d'assistantat : elle redonne au résident un rôle actif. En effet, le principe même du contrat suppose un échange de volontés, un choix du lieu de vie pour la personne âgée⁹. Prestataire et bénéficiaire sont en situation d'égalité. Par ailleurs, un certain nombre de droits et d'obligations sont définis pour chaque partie en présence¹⁰. Le contrat, c'est aussi une négociation. Le « négociateur » va « aider le bénéficiaire à exprimer ses besoins, à les convertir en « attentes solvables », c'est-à-dire possédant une chance de se réaliser » [31].

⁹ voir §2 de l'article 7 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

¹⁰ Article 1101 du Code civil : « le contrat est une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent, envers une ou plusieurs autres, à donner, à faire ou à ne pas faire quelque chose ».

Le règlement de fonctionnement (qui devrait s'apparenter à l'ex-règlement intérieur), la charte des droits et libertés, ainsi que le livret d'accueil¹¹ participent à une plus grande lisibilité des droits de la personne âgée hébergée en établissement. Par ailleurs, le résident ou son représentant légal peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée¹² qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le préfet et le président du conseil général¹³. Cette personne qualifiée rendra compte de ses interventions à la personne qui l'a saisie, ainsi qu'aux autorités de contrôle de l'établissement. Elle n'aura pas de pouvoir de contrainte et essaiera de trouver une solution à la difficulté qui sera soulevée par la personne accueillie ou son représentant légal. Il s'agit de mettre en place un mécanisme de règlement des litiges alternatif à la saisine directe du juge.

Il va sans dire qu' « on ne change pas la société par décret » [13]. Affirmer la primauté de l'usager et organiser sa liberté d'expression dans une loi est une avancée considérable, reste aux professionnels de relever le défi, sans oublier les résidents qui devront faire preuve de volonté pour pouvoir exploiter cet espace d'expression.

Des outils juridiques sont préconisés par la loi pour rendre effectifs les droits des usagers ; or, dans le secteur des personnes âgées, ils ont déjà été éprouvés et ont révélé leurs limites.

2.1.2 La portée limitée des outils juridiques

Le contrat régit depuis longtemps les relations entre individus. Le système de contrat le plus élaboré juridiquement qui ait jamais existé est le contrat en droit romain [11]. Le contrat romain repose sur la théorie de l'autonomie des volontés. Il faut des volontés libres, conscientes et éclairées. De plus, les cocontractants sont supposés être égaux. Ce sont deux conditions qui, dans les EHPAD, sont très rarement, pour ainsi dire jamais réunies. Des auteurs parlent du contrat comme d'une « fiction ». Les contrats bilatéraux en théorie, sont unilatéraux en réalité. Est en cause la capacité psychique de la personne âgée quand elle entre en institution.

Trois régimes de protection gradués en fonction du degré d'incapacité de la personne ont été introduits par la loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 : la sauvegarde de justice, la curatelle et la

¹¹ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, article 8.

¹² Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, article 9.

¹³ La liste est établie après avis d'une commission départementale où sont notamment représentés les usagers et les organismes gestionnaires.

tutelle. Suite à un certain nombre de dysfonctionnements relevés¹⁴, une réforme législative devrait en découler.

Toujours en théorie, les mesures de protection des majeurs doivent permettre à la personne incapable d'être assistée ou représentée. En effet, la mesure de curatelle est une mesure d'assistance ; en aucun cas le curateur ne peut agir à la place de la personne. Dans le cas de la tutelle, le tuteur a un rôle de représentation, il agit au nom de la personne protégée. Il faut rappeler qu'un des principes fondamentaux du droit des incapacités fait de la personne âgée, quel que soit son handicap, un sujet bénéficiant de l'intégralité de ses droits. En découle la théorie des actes personnels selon laquelle un majeur protégé garde le pouvoir juridique d'exercer seul les actes liés à l'intimité de sa vie privée. Or bien souvent, les personnes âgées sous tutelle ne sont plus en état d'exprimer leur volonté.

La jurisprudence distingue alors le majeur sous tutelle pouvant lucidement s'exprimer et celui qui en est incapable. Le premier a la possibilité de prendre seul des décisions personnelles telles que le choix de son domicile, soit la maison de retraite¹⁵. Dans le deuxième cas, le tuteur doit manifestement intervenir. Or Pierre CALLOCH souligne que les représentants légaux se sentent toutefois peu légitimes pour intervenir dans les actes personnels. Un tiers, sans disposer de la moindre légitimité juridique, prend par conséquent des décisions avec la meilleure volonté qu'il soit, et décide du choix de vie de la personne [9].

Des mesures juridiques existent donc pour que la personne, même incapable, soit représentée lors de la signature d'un contrat. On évalue actuellement à 500 000 personnes le nombre de majeurs bénéficiant d'une mesure de protection, cette inflation étant due principalement au vieillissement de la population. Ce chiffre comprend également les handicapés de moins de soixante ans. Il paraît d'autant plus important si on suppose que toutes les personnes présentant des incapacités ne relèvent pas de ces mesures.

Existe-t-il alors une véritable égalité entre les cocontractants d'un contrat de séjour, en l'occurrence entre la personne âgée et l'institution ? A propos du contrat de séjour, il est souvent évoqué la notion de contrat d'adhésion. Cela pourrait dire que l'on installe un peu de contrat dans les rouages, l'objectif n'étant pas de contracter vraiment, mais de créer un dispositif pour mieux ruser l'autre, obtenir son consentement ou son adhésion [11]. En droit

¹⁴ Rapport déposé le 24 novembre 1998 à la demande du ministère de l'emploi et de la solidarité, du ministère de l'économie et des finances, ainsi que du ministère de la justice.

¹⁵ Cour de Cassation, civ 1, 25 mars 1997 JCP 1998, II, 882, note T. FOSSIER.

civil, le contrat d'adhésion est un contrat conclu entre deux parties dont l'une ne peut en fait discuter les différentes clauses, et n'a que la liberté d'accepter ou de refuser le contenu global de la proposition de convention [21].

Le résident n'est pas en général considéré comme un partenaire à part entière. Il n'existe aucune discussion, aucun compromis possibles car en pratique, à la Résidence de l'Yze comme dans beaucoup d'autres établissements, les enfants de la personne âgée qui peuvent avoir choisi la maison de retraite à sa place, signent le contrat sans discuter aucune clause. Bien qu'à la résidence le contrat soit laissé pour lecture et soumis à discussion, rares sont les négociations avant la signature ; parce que premièrement les représentants du résident sont souvent dans une position de demandeur et non dans celle du client-roi, et deuxièmement les personnes responsables de l'admission ne proposent pas de modifier le contrat. En somme, le contrat de séjour peut empiéter dangereusement sur le règlement de fonctionnement. Pourtant, le premier devrait être adapté à chaque personne, tandis que le second a un caractère général et impersonnel.

Le règlement de fonctionnement n'est pas, lui non plus, sujet à beaucoup de concertation entre le Directeur, le personnel et les résidents, au grand damne des juristes [28] qui insistent sur sa finalité pédagogique. La consultation du conseil de la vie sociale, ou la mise en œuvre de toute autre forme de participation, est le seuil minimum de concertation¹⁶. La réflexion commune est nécessaire, même si en dernier recours le directeur tranche et reste responsable de la mise en œuvre du règlement. Un autre écueil existe : « le règlement ne peut apporter aux droits des personnes et aux libertés individuelles et collectives des restrictions qui ne seraient pas justifiées par la nature de la tâche à accomplir ni proportionnées au but recherché » [27]. Mr LEVY vise expressément les clauses abusives. Cette dérive peut être évitée en raison de la soumission du règlement de fonctionnement au conseil d'administration pour approbation¹⁷. Le règlement, ainsi que le contrat de séjour, doivent respecter des normes supérieures (normes internationales transcrites en droit interne, normes d'origine communautaire, le bloc de constitutionnalité, les lois, les décrets, les arrêtés...). Le règlement de fonctionnement est une décision administrative. Cet acte n'est exécutoire qu'après transmission à la DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales) qui peut saisir le juge administratif dans le cadre du contrôle de

¹⁶ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, article 11 : « Le règlement de fonctionnement est établi après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation »..

¹⁷ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, article 68.

légalité. Il revêt alors un caractère obligatoire et est opposable aux tiers [33]. Par ailleurs, des sanctions pénales ont été ajoutées par l'article 46 de la loi du 2 janvier 2002, de même que pour le contrat de séjour.

A la décharge du règlement de fonctionnement et du contrat de séjour, ce sont des documents écrits qui par là même deviennent protecteurs des libertés : ils protègent les usagers face à une parole et à des actes pouvant être arbitraires. Ils doivent respecter des normes supérieures (normes internationales transcrites en droit interne, normes d'origine communautaire, le bloc de constitutionnalité, les lois, les décrets, les arrêtés...).

Malgré les critiques adressées à l'encontre de ces outils, il est indéniable qu'ils permettent de clarifier les rôles de chacun et de garantir les droits des usagers par la mise en place d'un écrit. N'est pas prévue dans ce cadre la participation active du résident, même si elle est fortement conseillée ; elle a lieu plutôt grâce à la mise en place de conseils d'établissements renommés conseils de la vie sociale par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002.

2.2 LA PARTICIPATION ACTUELLE DES USAGERS POUR LA RECONNAISSANCE DE LEURS DROITS : SUFFIT-ELLE

2.2.1 La parole du plus grand nombre n'est pas recueillie : les limites du conseil d'établissement

Le conseil d'établissement est un outil intéressant à étudier dans la mesure où c'était la première fois qu'une instance de participation des usagers à la vie de l'établissement devenait obligatoire. Dès 1975, l'idée d'associer les usagers à la vie des établissements associatifs apparaît¹⁸. En 1978, les conseils de maison voient le jour dans le secteur des personnes âgées et dans les autres secteurs de l'action sociale et médico-sociale¹⁹. Il faut attendre 1985 pour que les conseils d'établissement les remplacent²⁰. Un décret concernant

¹⁸ Loi n° 75-535 du 30 juin 1975, article 17.

¹⁹ Circulaire n° 24 relative à la participation des personnes âgées résidentes en établissement.

²⁰ Loi n° 85-10 du 3 janvier 1985 portant sur diverses mesures d'ordre social. L'article 83 insère un article 8 bis à la loi n° 75-535 : « Dans tout établissement visé à l'article 3 de la présente loi, les usagers, les familles et les personnels sont obligatoirement associés au fonctionnement de

uniquement le secteur des personnes âgées est édicté la même année²¹. Les compétences du conseil d'établissement sont définies dans son article 2, et l'article 3 précise le fonctionnement (composition, élection, présidence, etc.). Le décret n° 91-1415 du 31 décembre 1991, qui s'inspire du décret cité précédemment, achève cette avalanche juridique : il fait obligation à tous les établissements cités à l'article 3 de la loi du 30 juin 1975 et conformément à son article 8 bis, de créer, avant le 7 juillet 1992, un conseil d'établissement. Onze ans plus tard, les conseils de la vie sociale sont institués par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Le parcours des textes juridiques prouve que la mise en place de la participation des usagers à la vie des établissements ne va pas de soi.

Dans l'attente d'un décret d'application relatif à l'article 11 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, le décret de 1991 précise les modalités de fonctionnement du conseil d'établissement.

La composition

Selon l'article 3 du décret, le conseil d'établissement doit comporter entre 9 et 17 membres. Sont représentées les personnes âgées, les familles, le personnel et l'organisme gestionnaire. Un représentant de la commune et le directeur de l'établissement assistent avec voix consultative. Les représentants du personnel n'ont pas plus de pouvoir en théorie que l'utilisateur. Le nombre de représentants des usagers et de leur famille doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil d'établissement. Tous les membres siègent pour une durée de trois ans renouvelable. En cas d'absence ou d'insuffisances de candidatures pour représenter les usagers, les sièges non pourvus sont attribués à des représentants des familles et inversement si les candidatures des familles font défaut. Le président du conseil d'établissement est élu par et parmi les membres de cette instance.

l'établissement par la création, notamment, d'un conseil d'établissement ». L'article 17 de la même loi est abrogé.

²¹ Décret n° 85-1114 du 17 octobre 1985 relatif à l'association des usagers, des familles et des personnels au fonctionnement des établissements qui assurent l'hébergement des personnes âgées et à la création des conseils d'établissement ».

Tous les usagers peuvent être électeurs ou éligibles. La capacité juridique n'est plus un facteur discriminant : ainsi, tous majeurs ou mineurs de douze ans et plus sont représentés²².

Les missions

Le conseil d'établissement doit se réunir au moins deux fois par an. Il donne son avis et émet des propositions sur toute question relative au fonctionnement de la structure, et notamment sur : le règlement intérieur, les activités de l'établissement, l'animation socioculturelle et les services thérapeutiques, l'ensemble des projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'entretien des locaux, etc. ainsi que les autres mesures tendant à associer au fonctionnement de l'établissement les usagers, les familles et le personnel²³.

Le conseil d'établissement se veut être un lieu d'information et de débats qui permet aux résidents et à leurs familles d'interpeller des pratiques, de questionner des projets, d'apporter leurs expériences à partir de la place qu'ils occupent pour faire avancer l'institution [24].

C'est une instance consultative et non décisionnelle. Le directeur aura toute latitude pour ne pas suivre l'avis émis, mais devra informer le conseil de la suite donnée à ses avis et propositions.

Les limites du conseil d'établissement [12] [47]

²⁴Le premier frein réside dans la mise en place des élections des candidats représentant les résidents et les familles. Environ un tiers des établissements avouent avoir des difficultés à les organiser. Il faut tout d'abord trouver un nombre suffisant de résidents disponibles et

²² Circulaire n° 92-21 du 3 août 1992, rectifiée par la lettre du ministère des affaires sociales du 11 septembre 1992.

²³ Décret n° 91-1415 du 31 décembre 1991 relatif aux conseils d'établissements, article 2.

²⁴ ROVERA-DEROCHE D. : étude auprès de 34 établissements de retraite de région parisienne en 1998.

Creai Rhône-Alpes : 2057 établissements sollicités (enfance, handicap, personnes âgées), 482 réponses soit 25%.

volontaires ; le directeur se heurte à l'incapacité physique ou mentale de la personne âgée et/ou à son attitude passive. Une fois les élections terminées, l'établissement peut devoir faire face au décès ou à l'aggravation de l'état de santé des représentants des résidents au cours de leur mandat. Quant aux familles, leur manque de temps ou de volonté ne les conduit pas à se porter candidates. L'établissement a donc recours à la liste complémentaire en raison des difficultés rencontrées. Certains directeurs regrettent l'excès de formalisme de cette instance.

Deuxièmement, les études font des remarques nombreuses sur les débats au sein des conseils d'établissement. D'une part, elles mettent en évidence l'influence de la parole du directeur qui, pourtant, n'a qu'une voix consultative. D'autre part, elles estiment que les propos sont souvent banals ou futiles. Les résidents abordent des questions d'ordre matériel, de court terme. Ils s'inscrivent dans le registre de la plainte et de la demande et n'adoptent pas une visée prospective. Peut-on néanmoins les blâmer et les empêcher de s'exprimer sur ce qui leur paraît important ? En effet, le directeur, qui fixe l'ordre du jour, peut se satisfaire d'une telle situation en choisissant de ne pas débattre des questions réellement déterminantes concernant la vie de l'établissement. De plus, on constate que le président du conseil d'établissement qui ne doit pas nécessairement être le directeur, l'est dans les faits, ce qui transforme l'instance en un doublon du conseil d'administration [24].

Un constat qui est intéressant pour la suite de ce travail est le manque de représentativité des divers intérêts. Les paroles de tous les usagers ne sont pas prises en compte, à cause de la difficulté à dépasser les problèmes individuels. En gériatrie, l'individualisme de la personne âgée est un phénomène courant. Les intérêts particuliers de ceux qui votent et assistent au conseil d'établissement prédominent sur les réclamations des autres le plus souvent. Ce peut être l'une des raisons invoquées pour passer outre l'avis des résidents.

Aucun moyen de coercition n'est prévu, même en cas de dysfonctionnements graves du conseil d'établissement. La portée de l'instance peut s'en trouver considérablement réduite.

Toutes ces limites ont conduit des directeurs à préférer des modes de participation ou de concertation plus souples et informels, dont les commissions relatives aux menus et aux animations. La Résidence de l'Yze a tenté de mettre en place un conseil d'établissement. Elle s'est heurtée à la difficulté d'organiser les élections, au décès des personnes élues, au manque de candidats. Suite à cette tentative infructueuse, le Directeur a souhaité profiter de la taille modeste de son établissement (56 lits) pour se permettre d'organiser des assemblées générales résidents-familles-personnel. Les commissions menus, organisées

tous les mois, sont suivies par un nombre conséquent de résidents (parfois une dizaine) avec assiduité. De plus, les personnes âgées peuvent être sollicitées pour un thème de travail précis (travaux, qualité, etc.) : les résidents entrés récemment à la résidence peuvent s'impliquer davantage que si un conseil d'établissement existait, avec des membres élus pour trois ans. D'autres établissements ont appliqué les textes « pour être en règle » sans avoir une réelle volonté de modifier la place et le rôle des usagers [24].

R. JANVIER et Y. MATHO résument bien les conclusions qui s'imposent au sujet de cette instance : « Le conseil d'établissement n'est pas une fin en soi, ce n'est pas la panacée universelle de nos institutions ; il n'est pas non plus paré de toutes les qualités et n'est pas sans soulever des questionnements quant à une utilisation perverse ou manipulateur possible. Il est par contre un espace de débat original, d'échange de pensée, de considération de l'autre dans toutes ses différences. Il est un lieu d'apprentissage de la démocratie, d'expression des conflits dans la reconnaissance des compétences de chacun » [24].

Il reste à savoir si la loi qui institue les conseils de la vie sociale et les décrets à venir sauront tirer les conclusions de l'expérience instructive des conseils d'établissements. Un élément essentiel du texte a consisté à intégrer des dispositions pénales²⁵. « L'ensemble de la législation relative au droit des usagers repos[ait] jusqu'alors sur la volonté de créer un état d'esprit et non une contrainte ». On peut craindre que les responsables d'établissement seront un peu plus incités à mettre en place les conseils de la vie sociale « pour être en règle » et non pour modifier la place et le rôle des usagers dans les EHPAD [24].

Toutefois, le projet de décret relatif aux conseils de la vie sociale et aux autres formes de participation nous éclaire sur les avancées probables. Tout sera fait pour que les usagers prennent une part active dans la consultation :

➤ Les établissements et les services mettront en œuvre des mesures concrètes d'accompagnement et d'information de leurs bénéficiaires afin de les préparer à l'exercice de la consultation et du dialogue ;

²⁵ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, article 46 : « Les infractions aux dispositions des articles L. 311-4 à L. 311-9 du présent code sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées par les premier et troisième alinéas de l'article L. 450-1 et les articles L. 450-2, L. 450-3, L. 450-7, L. 450-8 et L. 450-5 du code de commerce ».

➤ Lors des débats, le président, assisté par le directeur ou son représentant doit assurer l'expression, la représentation et l'écoute des personnes accueillies.

Pour une participation plus fréquente des résidents, le conseil de la vie sociale se réunira au moins trois fois par an.

Les textes prévoient également la représentation des usagers au conseil d'administration²⁶. Cependant, cette participation est-elle effective ? Il s'avère que certains sujets débattus lors des séances apparaissent compliqués, voire dénués d'intérêts pour certains représentants (les programmes d'investissement, le budget, le tableau des emplois du personnel, etc.).

Les enquêtes de satisfaction esquissées dans le projet de décret pourront être un outil de concertation plus souple et moins réglementé, et recevront certainement l'assentiment des directeurs.

Evoquer la promotion et le renforcement des droits des personnes âgées et leur participation à la vie de l'établissement est nécessaire pour comprendre le rôle que joue le résident dans les EHPAD. Il faut s'interroger également sur la façon dont sont perçues les personnes âgées, mais aussi leurs familles : est-ce que ce sont des usagers, des clients, des bénéficiaires... ?

2.2.2 Le résident n'est pas reconnu en tant que client

Réfléchir sur les notions d'utilisateur et de client n'est pas qu'une fantaisie sémantique. Dire de la personne âgée que c'est un usager, un client, ou même un bénéficiaire, a une influence sur la place qui lui est accordée dans l'établissement, sur le rôle qu'on accepte qu'elle joue et sur la nature des actions des personnels. Il n'y a pas une de ces notions qui fasse l'unanimité chez les auteurs et les professionnels. Ici seront exposés les différents points de vue sans que le débat puisse être clos.

Il faut savoir tout d'abord que l'administration, quelle qu'elle soit, fait de plus en plus référence au client, tout en continuant en parallèle à parler d'utilisateur. Pendant les Trente glorieuses, on assiste à la valorisation des termes de clients, consommateurs, acheteurs,

²⁶ Article 21 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales modifiée par la loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 – Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, article 68.

etc. [23]. L'Etat-Providence s'est trouvé contesté et est dès lors en butte à des usagers semblables à des consommateurs ordinaires attendant qu'on leur fournisse les prestations les meilleures et à un moindre coût que le secteur privé [6]. Les partisans de la notion de client considèrent que « si l'utilisateur est quelqu'un qui a droit à la prestation, le client, lui, a droit à la meilleure prestation possible » [6]. Le secteur sanitaire et social s'oriente dans la même direction : « les démarches « qualité totale », ou ISO 9000, révision 2000, se réclament elles-mêmes de démarches « orientées client » ou « centrées client », signifiant ainsi leur passage d'une logique de production de masse à une logique de production plus personnalisée » [17]. Le mot « client » garde tout de même une connotation négative. La sphère publique renvoie aux buts sociaux les plus nobles, à la fonction de désintéressement tandis que la sphère privée souffre de l'image d'un monde livré aux passions commerciales [6]. Pour Gérard BRAMI, « définir le client pour un EHPAD, c'est [tout simplement] le considérer comme une personne payante ou bénéficiant d'une aide sociale ayant droit à des services correspondant à ses attentes » [8].

Des auteurs notent toutefois que depuis quelques années, c'est « l'utilisateur » qui est au centre des préoccupations des professionnels de l'action sociale [23]. Une explication apparaît comme principale : est opposable le fait que « dans l'univers concurrentiel de l'économie de marché, le client puise sa force dans sa capacité de changer à tous moments, ou presque, de prestataire s'il n'est pas convaincu de la qualité de celui-ci, alors que l'utilisateur des institutions sanitaires et sociales reste captif, par méconnaissance des alternatives et plus souvent encore par l'inexistence d'alternative » [17].

Au XIX^{ème} siècle, avec les débuts de l'administration publique, s'impose alors le terme basique d'administré. L'administration entretient un rapport vertical de pouvoir avec ses administrés. Depuis l'entre-deux guerres, sont également apparues les notions d'utilisateur, de destinataire, de bénéficiaire, qui valent comme déclinaison de l'administré. Quant au vocable d'utilisateur, il émerge pour la première fois au cours des années 20. « Sa qualité essentielle, c'est d'être vague et même un peu fourre-tout [...]. Choisir d'employer le terme d'utilisateur, c'est affirmer que celui-ci ne relève plus exactement d'une logique de l'assistance [...]. C'est affirmer aussi qu'il ne peut être assimilé à un simple bénéficiaire dont le seul but est l'intégration économique » [23]. Bien loin est l'utilisateur défini dans le code civil de 1805 comme celui qui a l'usage d'un bien appartenant à autrui et qu'il ne peut ni céder, ni louer, autrement dit un simple droit de jouissance. Le caractère imprécis et impersonnel du terme est ce qui fait à la fois sa force et sa faiblesse : le mot « utilisateur » s'applique à toute personne qui utilise un service public, il fait abstraction de la notion de relations individualisées, personnalisées [23]. En même temps, « privilégier le destinataire de la

prestation peut conduire à l'atomisation de la relation de service avec pour corollaire inégalité et ségrégation [...]. L'utilisateur est aussi universellement abstrait que le citoyen. Et en maintenant un certain niveau d'abstraction dans la relation de service [...] on évite le risque de traitements trop différenciés et on assure une certaine cohésion sociale » [6].

La loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales qualifie d'utilisateurs les bénéficiaires de ces institutions. Le mot n'y apparaît cependant qu'à trois reprises. Cette terminologie est reprise dans la loi du 2 janvier 2002.

Même si l'utilisateur est souvent défini par un autre que par lui-même [23], tout laisse à penser que beaucoup de résidents en maison de retraite se considèrent usager et non client. Entre les personnes qui ont renoncé à l'exercice de leurs droits à l'entrée en institution, celles qui se sont repliées sur elles-mêmes, d'autres qui adoptent une attitude passive en raison de leur caractère ou de leur mode de vie passé, peu sont les résidents en EHPAD qui considèrent être un client-roi. Les familles, elles, sont plus exigeantes. Bien qu'elles se heurtent au phénomène des listes d'attente et cherchent souvent à placer leurs parents en urgence, elles adoptent un comportement plus consumériste que leurs aînés. Cette différence participe à l'orientation des choix du directeur. Par exemple, fera-t-il participer les familles ou bien les résidents à des projets ?

Le secteur médico-social s'enrichit depuis quelques années de législations (notamment sur le droit des usagers) et de méthodes (pour mettre en œuvre la démarche qualité). Cependant, les mentalités et les pratiques évoluent-elles aussi rapidement ? L'exemple de la Résidence de l'Yze montre que, même avec un directeur volontaire et du personnel motivé, un écart existe entre théorie et pratique.

En tout cas, on ne peut que se réjouir de la volonté politique de replacer l'utilisateur au cœur du dispositif institutionnel, de lui garantir des droits opposables sur le plan juridique et d'ouvrir des espaces d'expression en établissement. Il n'en reste pas moins que les besoins et les attentes des résidents sont encore aujourd'hui mal connus. Peut-être parce que « le droit des usagers repose sur la capacité des usagers à faire valoir, à revendiquer et à user de leurs droits » [24] ? P. WARIN soutient cette thèse. Selon lui, « il ne sert à rien de prétendre guider et instrumentaliser l'expression des usagers, en l'état actuel de la désaffection pour les formes conventionnelles de la participation politique [...]. Le défi à relever aujourd'hui serait plutôt d'ouvrir les yeux sur [la] réalité si proche et si riches » [55]. D'ailleurs, nombre de responsables d'établissement accusent le formalisme des modes de participation prévus

réglementairement. Une enquête de satisfaction est alors une des solutions qu'il est intéressant d'étudier : elle est susceptible de favoriser l'expression de plus de résidents dans un cadre moins formel, et de leur faire prendre conscience avec plus d'insistance que s'ils le désirent, ils peuvent devenir acteurs de leur prise en charge.

Après avoir constaté que le résident n'est pas assez entendu dans les EHPAD en partant de l'exemple de la Résidence de l'Yze, et qu'il est nécessaire de se pencher sur un nouvel instrument, il est temps de présenter l'enquête d'évaluation de la satisfaction de la clientèle.

2^{ème} partie : L'élaboration d'un outil d'évaluation de la satisfaction de la clientèle

1 - LES DIFFICULTES DE L'ELABORATION D'UNE ENQUETE DE SATISFACTION

1.1 LA CLARIFICATION DES CONCEPTS : LA SATISFACTION ENGENDREE PAR LA PRESTATION DE SERVICE PERÇUE

Avant d'envisager la construction d'une enquête de satisfaction, il est impossible de faire l'impasse sur la définition des concepts de satisfaction et de service.

1.1.1 La délicate appréciation de la qualité d'un service

La prestation fournie par un EHPAD n'est pas un produit, mais un service. Elle comporte en tant que telle des spécificités communes à tous les services.

À travers la notion de « secteur tertiaire » avancée pour la première fois par Allan G.B. FISHER en 1935, la lumière est faite sur les services. Il faut attendre les années 70 pour qu'aux États-Unis le management des entreprises de service dégage deux caractéristiques : l'intangibilité du service et la simultanéité de sa production et de sa consommation [5] :

➤ Le service est intangible, dans la mesure où il ne peut pas être touché : c'est le cas des soins de nursing, de l'admission, des soins infirmiers, de la restauration, de la blanchisserie. Ce ne sont pas des produits physiques. Cette intangibilité ne signifie pas cependant l'absence de supports matériels à la prestation, tels que les moyens de production : les seringues pour les infirmiers et les denrées alimentaires pour le cuisinier. Cette caractéristique induit une hétérogénéité des prestations. La standardisation et la politique du zéro défaut dans l'industrie ne peuvent pas s'appliquer. Le service peut varier

d'un jour sur l'autre, d'un client à l'autre en fonction de la qualité de la relation entre la producteur et le consommateur ;

➤ La production et la consommation sont simultanées : cette caractéristique a été mise en avant par Jean-Baptiste SAY dans son « Traité d'économie politique » dès 1803. Elle signifie que la consommation du service se fait en même temps qu'une partie plus ou moins importante de sa production. Le service met alors en relation deux personnes : le client et le prestataire.

Le client, présent physiquement, peut être à la fois cible et ressource du système de production. Il est la cible lorsque le service rendu contribue à sa transformation, qu'elle soit physique ou intellectuelle : par exemple, les soins infirmiers ont pour vocation de soigner le corps. À partir du même exemple, il est facile de s'apercevoir que le client est aussi ressource dans la mesure où il intervient, de manière et à des degrés différents, pour produire le service. Seule la personne âgée connaît son mal et peut l'indiquer au personnel paramédical. Cette présence va conditionner la réalisation et les performances du service. Par exemple, la piqûre risque d'être douloureuse si le résident se débat. Les connaissances, l'expérience, l'histoire personnelle du client affectent directement la qualité de réalisation du service.

La relation coproductrice entre le personnel et le client constitue ce que Richard NORMANN appelle le « moment de vérité », l'instant où le service se concrétise effectivement et où sont mobilisées les compétences du personnel en contact, celles du client et les performances du système de production en général [39]. Le service ne s'appréhende donc pas qu'à un moment donné, sa qualité dépend également de la politique de gestion des ressources humaines, de la démarche qualité mise en place, etc. Tous les fruits du travail réalisé en amont par le personnel se dévoilent aux yeux du client qui ne va juger que la réalisation du service à un instant précis. D'où l'importance de connaître les besoins et désirs de ceux pour qui les progrès doivent être réalisés. Cependant, l'intangibilité du service rend complexe l'identification des attentes des clients. Comment une personne âgée peut-elle juger un établissement avant d'y avoir séjourné, comment peut-elle porter un jugement sur un soin avant d'en avoir bénéficié ? La prestation effectuée, le client aura tout autant de difficulté à apprécier la qualité du service rendu.

La subjectivité a par conséquent une part importante dans l'évaluation d'un service. La satisfaction est également un concept qui pose question et fait appel lui aussi à la subjectivité de la personne.

1.1.2 La satisfaction : une notion complexe car subjective

La satisfaction est un terme largement utilisé mais rarement défini avec clarté. PASCOE [40] avance une définition souvent reprise : « La satisfaction du patient serait définie comme étant sa réaction à son expérience personnelle dans les services. Dans cette formulation, la satisfaction consiste en une évaluation cognitive (notion de connaissances) et une réaction émotionnelle (domaine affectif) aux structures, procédures et résultats des services ». L'évaluation cognitive est un processus de perception et de catégorisation des stimuli provenant de l'environnement. Les connaissances acquises s'accumulent. L'évaluation affective est une réponse émotionnelle à ces stimuli (j'aime / je n'aime pas). Par conséquent, le jugement ne peut être porté que par des personnes ayant vécu l'expérience de consommation, contrairement à la qualité perçue : on peut dire d'un hôtel cinq étoiles qu'il est de qualité, mais on ne peut en être satisfait que si l'on y a séjourné [30].

La particularité essentielle de la satisfaction est donc qu'elle contient des éléments subjectifs et variables, appartenant au domaine du « comportement » [1]. Comment est-il alors possible de donner une définition générale ? « La diversité des personnes, de leur histoire et des situations est particulièrement grande. La satisfaction n'est donc que relative, influencée par les expériences passées, le style de vie et les valeurs concernant les individus et la société. Demander à un patient s'il est satisfait sous-entend aussi qu'il possède tous les éléments de comparaison, tous les choix possibles ainsi que leurs standards. Pour caricaturer, on pourrait dire qu'évaluer la satisfaction, c'est mesurer un objet dont les dimensions varient de façon aléatoire avec un instrument non étalonné » [1].

Des auteurs ont cherché à modéliser le concept de satisfaction pour rendre cette notion moins floue. Le marketing, qui étudie les besoins des consommateurs et les façons de satisfaire ces besoins, à travers des produits ou des services proposés par une entreprise, peut aider à appréhender ce concept. Le secteur médico-social relève des services ; certains modèles mis au point dans le marketing des services peuvent donc convenir. A. STAINES présente deux modèles issus du marketing particulièrement adaptés aux prestations sanitaires et sociales [50] :

➤ Le premier modèle expose que la satisfaction du consommateur (S) est égale à sa perception (P) de la prestation qui lui est fournie, de laquelle on retranche les attentes (A) qu'il avait au préalable à l'égard de cette prestation :

$$S = P - A.$$

D'après ce modèle, la satisfaction ne naît donc pas uniquement de la prestation reçue, dans l'absolu. La satisfaction ou l'insatisfaction vient de la différence entre ce que le consommateur s'attendait à recevoir et ses impressions à propos de la prestation reçue. Par exemple, la personne âgée qui déjeune pour la première fois en maison de retraite peut s'attendre à manger une cuisine de collectivité sans grande saveur. Si le repas a été excellent et le service digne d'un restaurant, la personne est très satisfaite. Ce modèle peut être appliqué en EHPAD : le directeur sous-estime dans le règlement de fonctionnement les prestations susceptibles d'être fournies. Le résident va s'attendre à ce que son linge soit lavé dans le délai d'une semaine. Si le linge revient propre sous 48 heures, il sera satisfait. Au contraire, s'il attend une semaine de plus, son insatisfaction sera grande ;

➤ Le deuxième modèle affine cette théorie avec l'introduction d'une variable supplémentaire. Il fait la différence entre la prestation reçue et la perception de cette prestation. « La satisfaction provient du recoupement entre les attentes du consommateur et la perception qu'il a de la prestation qui lui est fournie [...]. La prestation représente ici le côté objectif de ce que reçoit le client et la perception en représente le côté subjectif ». Les prestations en EHPAD sont tangibles, donc la différence entre le service et la perception est grande. Ce modèle appelle des actions sur la prestation elle-même, sur la perception de cette prestation et sur les attentes pour réduire l'insatisfaction.

Le premier modèle revient à dire que l'évaluation est un processus de comparaison entre une expérience subjective vécue par le consommateur et une base de référence initiale [44]. Déjà en 1968 Engel, Kollat et Blachwell décrivaient la logique selon laquelle la satisfaction est fondée sur une comparaison de la performance perçue du service avec un standard préétabli : chaque élément de l'expérience de service contribue de façon linéaire à la satisfaction globale, et si la perception est supérieure aux attentes, le niveau de satisfaction augmente et inversement. C'est le paradigme de disconfirmation. Ce modèle, globalement accepté, subit quelques contestations de divers ordres [30] :

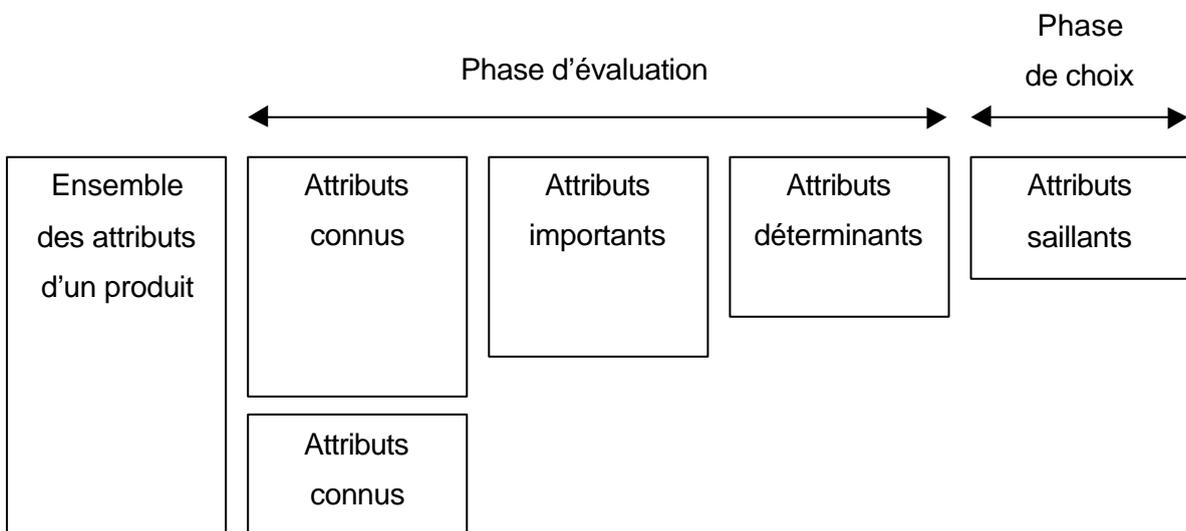
➤ *Des contestations du niveau de référence des attentes.*

Premièrement, le standard préétabli n'est pas le même pour tous et ce modèle peut conduire au paradoxe du mauvais service souligné par GRÖNNROOS en 1993 ; lorsque le client a des attentes très basses et que l'expérience de service concorde avec ses attentes, l'écart nul entre la perception et les attentes devrait logiquement conduire à la satisfaction. Or le client est au mieux indifférent, mais en aucun cas satisfait.

Puis WOODRUFF, CADOTTE et JENKINS en 1983 suggèrent l'existence d'une zone d'indifférence lors de la confirmation des attentes, c'est-à-dire une zone dans laquelle une performance n'a pas d'impact sur la satisfaction. Hors de cette zone, la prestation provoque de la satisfaction ou de l'insatisfaction.

Enfin, ce modèle suppose l'existence d'attentes préétablies. Or, selon Mc GILL et IACCOBUCI en 1994, «chaque expérience de service crée ses propres standards, qui peuvent évoluer d'une expérience à l'autre » : la personne peut fonder son jugement sur des éléments dont elle n'avait pas connaissance avant l'expérience ;

➤ *La contestation de l'homogénéité de la perception* : chaque élément de la prestation de service ne contribue pas de la même façon à la satisfaction globale, contrairement à ce que suggère le paradigme de disconfirmation. Les éléments évalués sont classés selon une hiérarchie : l'importance, la déterminance et la saillance [19]



Typologie des attributs intervenant dans le processus d'évaluation

Pour qu'un élément du service intervienne dans le jugement de la personne, il doit être connu d'elle. Par exemple, la prestation doit répondre à des normes précises dont la personne n'a pas connaissance. Il faut ensuite que cet attribut soit considéré comme important, c'est-à-dire lié à la performance du service. Seuls les attributs déterminants, qui ont une influence sur le jugement, sont retenus. En dernier lieu, ce sont les attributs saillants qui seront pris en compte lors du choix final.

Cette hiérarchisation est propre à chacun, ce qui implique qu'un même élément du service contribue à la satisfaction de façon variable selon les individus.

De plus, selon la théorie d'HERZBERG sur la psychologie du travail [22], les facteurs engendrant la satisfaction sont indépendants de ceux qui suscitent l'insatisfaction. Le contraire de la satisfaction n'est pas l'insatisfaction, mais l'absence de satisfaction. Les éléments liés à l'insatisfaction sont les « facteurs d'hygiène » : l'absence d'un facteur d'hygiène génère l'insatisfaction, mais sa présence contribue peu à la satisfaction. C'est le cas en ce qui concerne la sécurité des soins infirmiers. Les éléments jouant sur la satisfaction sont les « facteurs de motivation » : leur absence ne génère pas d'insatisfaction, mais leur présence contribue fortement à la satisfaction. Par exemple, à l'admission en établissement, le cuisinier va s'enquérir des goûts de la personne âgée afin de lui proposer ultérieurement un plat en remplacement si nécessaire. Le résident appréciera cette prestation personnalisée.

La satisfaction est donc influencée par des éléments subjectifs tels que l'expérience antérieure, les habitudes de vie, les valeurs de référence personnelles et la perception de la réalité. Les facteurs objectifs de la réalité de la situation (soins, accueil, information, alimentation...) ont également un impact sur le degré de satisfaction [17]. Enfin, la satisfaction est influencée par la nature et l'intensité des attentes dans une situation donnée. Pour dépasser le simple constat de l'écart entre ce qui est attendu et ce qui est perçu, et pour envisager de le réduire, il devient alors indispensable de bien connaître les attentes du public accueilli [32].

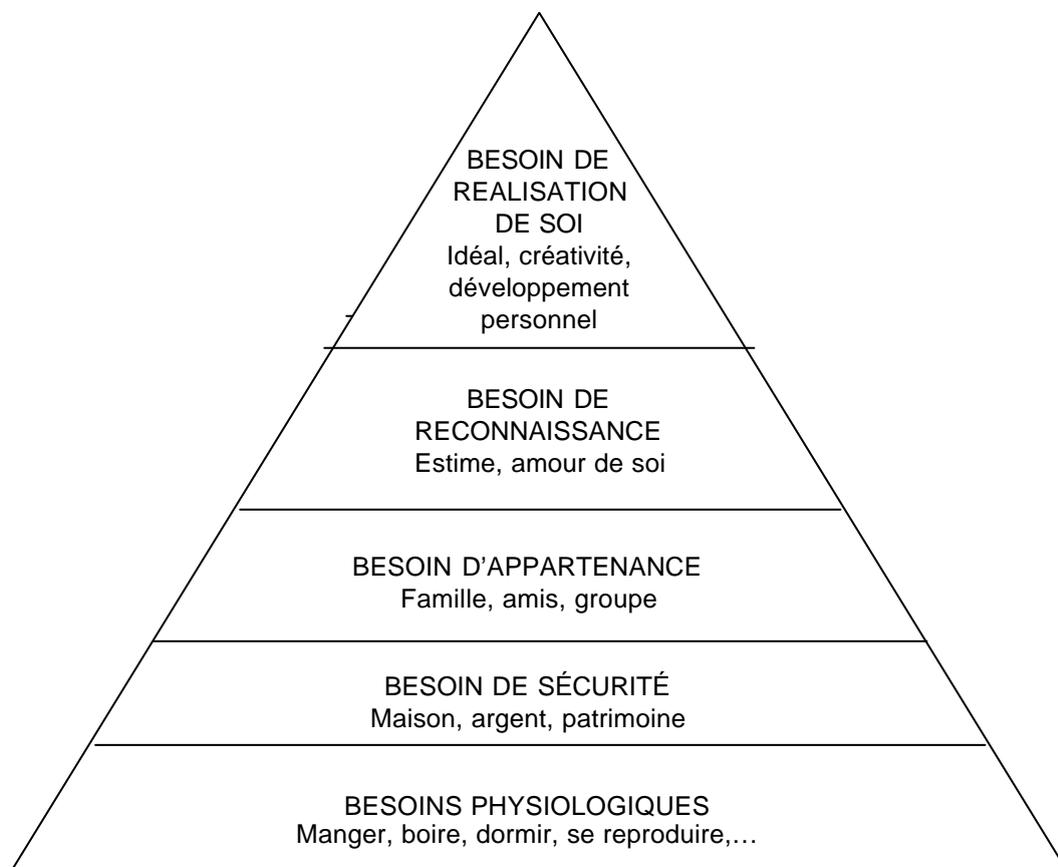
1.2 UNE MULTITUDE DE DIMENSIONS A INTEGRER DANS L'EVALUATION : LA DIVERSITE DES BESOINS ET ATTENTES DES RESIDENTS

Les besoins et attentes de chaque individu sont divers et variés. Tout laisse à penser que ceux de l'adulte jeune diffèrent de ceux de la personne âgée. Cependant, « l'utilisateur [...] ayant souvent des difficultés à exprimer ses besoins propres, le risque est permanent de voir les professionnels parler pour lui » [17].

Il n'en demeure pas moins que les besoins de tous peuvent s'apprécier à l'aide d'un même outil, la pyramide de MASLOW. Dès 1942, Abraham MASLOW a reconnu trois principes de base de la motivation [36] :

- Les besoins humains peuvent être classés en cinq grandes familles ;
- L'homme cherche à les satisfaire selon un ordre hiérarchique ;
- Dès qu'un besoin est satisfait, un autre apparaît, mais il y a une instabilité constante. Ainsi, deux fois par jour, le besoin alimentaire prend l'ascendant sur les autres.

Cette hiérarchie des besoins est schématisée sous forme d'une pyramide :



PYRAMIDE DE MASLOW

A la base de la pyramide se trouvent les besoins physiologiques comme manger, boire, dormir. A l'étage au-dessus, les besoins de sécurité (avoir un logement, de l'argent) apparaissent : ils font appel à l'environnement physique, à l'organisation du lieu de vie. Ces deux premiers besoins sont considérés comme fondamentaux ou primaires. Puis, les besoins d'appartenance ou besoins sociaux encore au-dessus sont représentés par la famille, les amis, le groupe. Viennent les besoins de reconnaissance, d'estime, d'amour de soi ou besoins narcissiques. Ce sont des éléments qui pour être moins immédiats, n'en sont pas moins fondamentaux. Enfin, en dernier lieu, les besoins de réalisation de soi, d'idéal et de créativité surplombent la pyramide. Ces trois derniers besoins sont appelés secondaires mais eux seuls sont motivants.

Le passage d'un degré à l'autre se fait lorsque le besoin inférieur est satisfait, sinon il constitue un frein puissant à toute tentative d'élévation de la motivation. Tous les individus peuvent prendre conscience de ces besoins, même s'ils ne les identifient pas de la sorte. Tout un chacun a des types de besoin semblables, même si on peut entendre cette troublante confidence chez un bon nombre de personnes âgées dont les besoins apparaissent pourtant évidents à l'aidant potentiel : « Je n'ai besoin de rien » [36]. Le besoin de reconnaissance est le plus difficile à atteindre pour le sujet âgé. « [Celui-ci], placé, a perdu la possibilité de briller, il est devenu inutile voire dérangeant. Son expérience doit céder la place au savoir-faire des soignants. [...] N'étant plus considérées comme des sujets à part entière, [les personnes âgées] ne peuvent plus que se réfugier dans des besoins négatifs, non motivants, en renonçant, voire en régressant. Nous pensons alors qu'elles n'ont plus d'attentes. Effectivement, elles n'attendent plus rien d'une société qui les rejette, incapable d'entendre leur véritable demande ».

De part ses incapacités, la personne âgée ne peut plus par elle-même subvenir à ses besoins primaires. Le personnel pallie alors ces carences, au risque de transformer la personne en un objet de soins. Le résident n'est pas qu'un corps réduit à son aspect biologique, il a des besoins secondaires à satisfaire.

Comme le souligne F. STEUDLER, les besoins et attentes des patients d'un hôpital (ce qui est vrai également pour un EHPAD) peuvent différer selon les cultures, se modifier avec le temps, dépendre de divers paramètres comme l'âge, le sexe, l'appartenance socioprofessionnelle, l'état de santé, la nature de la pathologie, l'histoire du patient, son expérience, ses sens, ses points de repères, la raison essentielle de sa venue, le fait qu'elle soit volontaire, acceptée ou subie [51]. D'autres classifications des besoins et attentes ont vu le jour depuis la pyramide de MASLOW. F. STEUDLER distingue trois types d'attentes :

- *Les attentes technico-médicales* correspondant aux besoins organiques primaires, à une quête de sécurité. Le malade attend une réponse à son trouble, à sa souffrance et une restauration partielle ou totale du fonctionnement normal de son organisme. Dans un EHPAD par exemple, la personne âgée souhaite avoir une aide à la marche suite à une fracture soignée à l'hôpital ;

- *Les attentes psychiques et sociales* : en situation de fragilité et de rupture de milieu, la personne recherche les contacts sociaux avec le nouvel environnement et des relations rassurantes. La personne âgée est d'autant plus fragilisée qu'elle subit souvent l'entrée en maison de retraite ;

- *Les attentes matérielles et intellectuelles* permettant de mieux affronter la souffrance, la mort, de se sentir un peu comme chez soi, traduisant le désir de ne pas être dévalorisé. L'institution doit apporter un certain niveau de confort, offrir des repas de qualité, une chambre calme, etc.

Dans le secteur médico-social, des enquêtes ont été menées auprès de personnes âgées afin de définir leurs priorités et leur conception du bien-être en institution. La première enquête présentée ici a été réalisée d'octobre 1999 à février 2000 auprès de 54 personnes âgées séjournant dans six institutions belges différents. Lors de l'étude qualitative, les résidents ont été incités à énoncer spontanément les priorités essentielles selon eux. Le tableau suivant détaille les résultats par ordre décroissant de citation [41] :

**PRINCIPALES PRIORITÉS EXPRIMÉES
PAR LES PERSONNES ÂGÉES
(FRÉQUENCE DE CITATION)**

- **Une bonne ambiance**, une atmosphère familiale (n=10)
- **Gentillesse du personnel** (n=9)
- **Liberté** (n=8)
- **Bonne cuisine** (n=7)
- **Chambre** : belle (n=3), privée (n=3)
- **Être « comme chez soi »** (n=6)
- **Tranquillité** (n=6)
- **Soins de qualité** (n=3)
- **Accueil de qualité** (n=2)
- **Pouvoir aider et être utile** (n=2)
- **Être entouré par des personnes serviables** (n=2)
- **Sentiment de sécurité** (n=2)
- **Respect de l'intimité** (n=2)
- **Pouvoir encore rire** (n=1)
- **Avoir une conversation, de la compagnie** (n=1)
- **Être en bonne santé** (n=1)
- **Être en couple** (n=1)

Le domaine des relations apparaît prépondérant, en particulier les relations avec les soignants et la qualité de l'atmosphère générale. Le respect de la personne est également important, avec les notions de liberté et de tranquillité. Les aspects matériels, telles la qualité de la cuisine et de la chambre sont cités avec une moindre importance, si étonnant que ce soit. « La bonne cuisine » est la première préoccupation d'ordre matériel. Enfin des éléments indépendants de la vie en institution comme être en bonne santé sont mentionnés. La satisfaction de la personne âgée va également en dépendre.

Les relations avec le monde extérieur sont peu présentes dans les conversations des personnes vivant en institution, mis à part la famille. Aucune personne âgée n'a évoqué l'importance de soulager et d'accompagner la souffrance. La suite des entretiens visait à orienter la discussion vers des domaines non mentionnés. Concernant la qualité des soins,

la plupart des personnes âgées sont conscientes de l'importance de ce domaine, mais leurs souhaits restent à un niveau global, à savoir « être bien soigné ». Les qualités humaines des soignants retiennent plus leur attention. Les activités organisées au sein des institutions remportent peu de succès : un tiers des répondants préfèrent rester seuls.

Ces résultats se recourent avec une autre étude qui porte sur 151 résidents de huit maisons de retraite bordelaises en 1999 [37]. L'objectif était de « mettre en lumière la façon dont la personne âgée appréhendait sa qualité de vie ». Les répondants évaluent comme important le fait de se sentir chez soi, de garder quelques objets personnels, de faire confiance au personnel et avoir de bonnes relations avec lui ainsi qu'avec les autres résidents, de choisir ses horaires, ses voisins de table, son menu ou ses activités. Sont des facteurs très importants de bien-être l'absence de douleur physique et l'absence de douleur morale, le maintien d'un niveau satisfaisant d'autonomie psychique et la possibilité de disposer d'une chambre individuelle. Paraissent peu déterminants les dimensions du fonctionnement quotidien, par exemple les repas (horaire, choix du lieu, seul ou collectif). Est-ce par acceptation et intégration des contraintes qui peuvent paraître inhérentes à la structure, ou par intérêt limité pour des dimensions qui semblent anecdotiques ?

Ces travaux ont le mérite d'affirmer que les personnes âgées sont en demande, même si ces dernières peinent à s'exprimer. La convergence des préoccupations des répondants de chaque enquête est à noter. Toutefois, dans l'étude de satisfaction, l'établissement doit prendre en compte ses propres spécificités et celles de ses usagers. Les directeurs doivent être conscients également de l'importance de la subjectivité et de la dimension qualitative de la satisfaction qu'ils entendent mesurer.

De plus, un EHPAD ne peut pas agir sur tous les facteurs de satisfaction. Peut-il véritablement avoir une quelconque action sur le moral et la lucidité qui semble si déterminant du bien-être du résident ? Dans une enquête, la modestie doit être de mise. Par ailleurs, des précautions méthodologiques doivent être recommandées aux établissements qui souhaitent élaborer un outil de mesure de la satisfaction. Il n'y a pas une méthode unique et validée, mais des méthodes qu'il est indispensable de garder à l'esprit.

2 - LE CHOIX DE LA METHODE DE MESURE DE LA SATISFACTION

« Le questionnaire universel n'existe pas, il est créé pour chaque étude » [1]. À chaque établissement et à chaque étude de la satisfaction peut correspondre une enquête différente, sans pour autant qu'elle soit considérée comme inacceptable. HALL, après une revue de la littérature (de 1987 à 1990) fait remarquer « qu'aucun système d'enquête n'a été validé pour qu'il soit considéré [...] comme fiable, valide pour la mesure de la satisfaction ». Des principes de base doivent tout de même être respectés.

2.1 L'ANALYSE CRITIQUE DES METHODES UTILISEES

L'enquête de satisfaction est une méthode issue des disciplines sociologiques et psychologiques [25]. Elle peut être quantitative ou qualitative, tout dépend de l'objectif à atteindre.

2.1.1 L'approche qualitative : privilégier la liberté d'expression

L'enquête qualitative se distingue de l'enquête quantitative en deux points : elle est non directive et les réponses ne peuvent pas être ordonnées. Elle s'applique à obtenir des informations sous forme narrative à partir d'observations et d'entretiens moins structurés et plus détaillés que les enquêtes quantitatives. Il s'agit d'une approche interprétative, plutôt que d'un contrôle ou d'une mesure [16]. Le but de l'approche qualitative est de décrire, explorer, expliquer, comprendre un univers, des comportements, des perceptions, des attentes, des motivations. Elle cherche à décrire l'ensemble le plus complet possible des attitudes ou comportements d'une population. Elle n'a aucun but statistique : elle permet de savoir ce que pensent les personnes interrogées, et non combien d'individus pensent ceci ou cela. L'analyse des résultats vise à retranscrire la diversité des opinions formulées plutôt que de tenter de dégager une attitude dominante : une opinion unique revêt autant de poids que celle exprimée un grand nombre de fois [25]. Les informations sont collectées auprès d'un petit nombre de personnes, sans souci de représentativité [45]. La sélection des interviewés se fait sur leur capacité de contribution à la réflexion.

L'enquête qualitative est réalisée au travers de différents moyens :

- *La réunion de groupe*: elle consiste à rassembler une dizaine de personnes maximum et un animateur pendant deux à trois heures. L'animateur fait parler librement sur un sujet concernant tous les membres du groupe. L'absence de formalisme permet de saisir les réflexions spontanées. La discussion sert à verbaliser le problème abordé, c'est-à-dire découvrir le vocabulaire et les expressions utilisés par le public sur le sujet traité.

- *L'entretien individuel* : il met en présence un enquêteur et un répondant pendant une à deux heures. Cette technique permet de bien approfondir les attitudes et les motivations du répondant. L'entretien est directif, semi-directif, ou libre. « Le caractère plus ou moins directif de l'entretien conditionne sa flexibilité et sa sensibilité aux pôles d'intérêt du patient » [25]. Dans un entretien directif, la personne interrogée est guidée par des questions précises. A l'opposé, les entretiens libres laissent toute latitude au répondant pour s'exprimer sur le sujet. On peut alors découvrir autant de réponses différentes qu'il y a de personnes interrogées. La démarche intermédiaire consiste en des entretiens semi-directifs qui amènent le répondant à parler dans un cadre souple esquissé par l'enquêteur. Elle obtient l'adhésion d'une majorité d'auteurs de la littérature qui s'en servent pour approfondir des thématiques prédéterminées [25].

Les enquêtes qualitatives ont comme principale intérêt de garantir aux personnes interrogées une liberté d'expression sur des problématiques personnelles. Par ailleurs, « elles font de l'usager un véritable protagoniste de la réflexion sur la qualité des soins. L'entretien encourage le patient à produire un discours sur son expérience de l'hôpital pour analyser la structure de référence qui le fait aboutir à son opinion et pour découvrir son interprétation du processus de soins » [25]. Cette remarque valable pour l'hôpital est transposable aux établissements pour personnes âgées.

Cependant, cette méthode présente de multiples inconvénients : la nécessité de personnes formées aux techniques d'entretien, un temps disponible important, la neutralité des enquêteurs, la difficulté pour retracer les résultats. L'enquêteur ne peut jamais être totalement neutre. Par ses questions et son attitude, il influence la personne interrogée, et dans sa retranscription des paroles, il introduit inmanquablement une vision personnelle.

2.1.2 L'approche quantitative : une mesure quantifiée de la satisfaction

Les outils quantitatifs, tel le questionnaire, fournissent une mesure quantifiée de la satisfaction de la population interrogée vis-à-vis d'un ou plusieurs aspects de la prestation de service. L'enquête dresse un profil statistique des points forts et des points faibles de l'établissement perçus par la population [25]. Dans l'analyse de la littérature, il ressort une nette prépondérance des questionnaires dans les enquêtes de satisfaction [1]. En effet, cet outil peut paraître facile d'utilisation. Il est toutefois nécessaire d'en vérifier les propriétés psychométriques. Les établissements sanitaires peuvent s'affranchir de ces travaux de recherche et développement longs et coûteux en utilisant des questionnaires standardisés et validés. Le problème est le manque d'instruments validés en langue française pour les hôpitaux et plus encore pour les établissements sociaux [25].

La spécificité de l'enquête quantitative est de chiffrer à partir d'échantillons représentatifs importants. Il existe plusieurs méthodes d'échantillonnage, comme la méthode probabiliste avec tirage au hasard sur une population totale, et celle des quotas²⁷. Pour les enquêtes nationales, la méthode des quotas est généralement utilisée. Pour les enquêtes sur une population spécifique repérable (les clients de tel organisme), le tirage aléatoire peut être la méthode la plus adaptée. Le pourcentage de personnes à interroger dépend de la population totale concernée par l'enquête, de la méthode d'échantillonnage et du degré de fiabilité souhaité [45]. Par exemple, si la population totale compte dix individus, choisir un échantillon de 10% revient à interroger une seule personne. Dans ce cas, la fiabilité du sondage est donc très faible, alors que le choix du même pourcentage pour une population de soixante millions de personnes (soit six millions de personnes) aboutirait au contraire à un questionnaire très fiable.

Les principaux moyens utilisés pour administrer une enquête quantitative sont :

➤ *L'entretien en face à face*: le questionnaire est entièrement administré par un enquêteur qui note avec précision les réponses de l'interviewé. L'enquêteur peut obtenir plus facilement l'accord des personnes pour participer. Il veille au respect de l'ordre des questions, préservant ainsi la spontanéité des réponses. Il s'assure de plus de la bonne compréhension des questions. L'avantage principal est la maîtrise totale du déroulement de l'enquête. En revanche, la relation entre le répondant et l'enquêteur est une source

²⁷ Par exemple : 50% d'hommes, 20% de plus de 50 ans.

importante de biais. En matière d'évaluation de la satisfaction, l'intervention d'un tiers augmente l'insatisfaction [26] ;

- *Le questionnaire auto-administré* : il est entièrement rempli par l'interviewé et laissé à la disposition de la personne ;

- *Le questionnaire par correspondance et l'enquête par téléphone.*

Les techniques quantitatives ont pour inconvénient d'imposer aux répondants de s'exprimer sur des thématiques prédéterminées et parfois éloignées de leurs propres préoccupations, forçant ainsi artificiellement leur opinion. Le contenu d'un questionnaire peut être validé par une approche qualitative préalable à sa conception pour pallier ce défaut [25]. Une autre critique existe à l'encontre de l'outil quantitatif : le répondant est confiné dans une attitude passive pour évaluer la qualité de sa prise en charge. À l'inverse, les approches qualitatives impliquent réellement la population interrogée dans une démarche participative, les encourageant à expliciter leurs propres valeurs, à s'engager dans une réflexion approfondie sur la prise en charge et à proposer des actions d'amélioration.

À la vue de cette analyse critique des outils de mesure d'opinion, il faut indiquer que ces instruments se complètent plutôt qu'ils ne s'excluent. Chacun a un objectif différent, chacun apporte un éclairage intéressant. Il est recommandé de combiner les techniques quantitatives et qualitatives d'évaluation de la satisfaction pour profiter de la complémentarité des informations qu'elles produisent [25].

Un éventail de choix s'offre au décideur : une enquête quantitative ou qualitative, avec un échantillon large ou non, auto-administré ou en entretien individuel, etc. La décision est fonction de la taille de la population, de l'objectif visé, et bien entendu du budget à consacrer [49]. Le questionnaire est la méthode d'enquête préférée et donc la plus répandue. L'hétérogénéité des contextes empêche toutefois l'utilisation d'un outil unique. Le directeur devra alors innover, tout en respectant les recommandations d'usage afin de s'assurer de la fiabilité du questionnaire.

2.2 LE QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION : UN OUTIL DE MESURE PREPONDERANT TOUJOURS REINVENTE

La personne en charge d'élaborer un questionnaire se pose naturellement des questions qui ne peuvent recevoir de réponses codifiées. Des experts précisent que seule l'habitude de rédiger des questionnaires et d'en étudier les réponses permet d'éviter les plus gros écueils [15]. Des conseils peuvent être prodigués sur la forme et le fond des questionnaires pour l'obtention d'un meilleur résultat.

2.2.1 Des recommandations sur la forme

Énoncer des recommandations concernant la forme du questionnaire n'est pas anodin. Le contenu des questionnaires est variables selon les objectifs de l'enquête. Les choix effectués peuvent influencer les réponses.

➤ La formulation des questions :

Les questions peuvent revêtir trois formes : les questions ouvertes, les questions fermées dichotomiques et les questions fermées à choix multiples.

Une question n'a pas de réponse préétablie, aucune réponse n'est suggérée. Elle favorise la spontanéité du répondant mais pose un problème d'analyse des résultats. « Il faut sérieusement limiter cette approche pour ne pas finalement devoir laisser ces questions inexploitées faute de temps, comme c'est souvent le cas » [1]. En matière d'évaluation de la satisfaction d'une population, elle présente l'intérêt de retracer la diversité des expériences et de permettre aux répondants de dire ce qu'ils pensent avec leurs propres mots.

La question fermée dichotomique n'accepte que deux réponses mutuellement exclusive de type oui/non à laquelle on associe parfois la notion de doute (peut-être). Elle présente le risque de simplifier le problème étudié alors qu'il nécessiterait plus de nuances [44]. De plus, une trop grande liste entraîne une lassitude et une tendance aux réponses favorables, soit un biais d'acquiescement [1]. Le recours à ces questions peut être conservé dans le cadre de questions filtres.

Les questions fermées à choix multiples ou échelles ordinales proposent plusieurs réponses établies à l'avance. Elles permettent au répondant de choisir sa catégorie de réponses, lui donnant ainsi l'opportunité de préciser la nature de son opinion. « L'opinion est un accord avec une formule nuancée, sur une question donnée, à un moment donné » [44].

La cohérence des opinions au sujet de plusieurs questions exprimerait une pensée plus profonde et stable qui est définie comme une attitude [52]. Pour mesurer l'importance d'un

critère, le degré d'accord avec une proposition, un jugement, on ordonne les choix multiples pour obtenir une échelle d'évaluation, d'attitude. La méthode la plus souvent employée est l'échelle de LIKERT [29]. Elle permet d'exprimer le degré d'accord ou de désaccord avec une proposition grâce à une échelle d'estimation du genre : « tout à fait d'accord, en partie d'accord, plutôt en désaccord ou tout à fait en désaccord ». Un exemple serait : « la nourriture à la maison de retraite est variée ». Chaque niveau d'une échelle ordinale est supposé représenter des intensités également espacées et doit être exclusif des autres, clairement défini, et décrit dans le questionnaire [38]. Le nombre de degrés doit être choisi avec soin, en tenant compte de l'embarras créé par des nuances trop subtiles ou de l'absence de nuances. Le choix d'un nombre de degrés pair force la personne à prendre position. Un nombre impair permet au répondant de se positionner comme « neutre » ou « sans opinion », mais peut introduire une tendance à une utilisation systématique de cette position pour éviter d'avoir à se prononcer [44].

➤ **Le libellé des questions :**

« Le bon questionnaire est celui pour lequel l'interviewé peut se prononcer rapidement sur le choix d'un item correspondant à sa situation [...]. Il faut que la réflexion porte sur le choix d'un poste de la classification proposée et non sur la recherche du sens de la phrase introduisant cette classification. » [15].

La connaissance des règles principales est nécessaire. Toute question ne doit contenir qu'une idée et une seule. Le questionnaire doit utiliser des mots simples du langage courant parlé. Ce qui est recherché doit être traduit précisément dans la question. Le vocabulaire doit être précis, universel : le recours aux adverbes par exemple (souvent, de temps en temps, rarement...) fausse le résultat dans la mesure où deux individus prêtent une intensité différente à chaque adverbe. La question ne doit pas être ambiguë. Les phrases doivent être courtes et ne pas utiliser de négation et encore moins de double négation. La question doit être objective et neutre : la formulation ne doit pas orienter la réponse. Il faut toujours offrir une possibilité de réponse « fuite » pour ne pas forcer les personnes sans opinion à se prononcer contre leur gré.

Par ailleurs, les questions peuvent être formulées selon deux alternatives : soit se sont des questions de satisfaction stricto sensu qui proposent une cotation de l'expérience vécue (« Est-ce que vous êtes satisfait de la façon dont on a pris en charge votre douleur ? »), soit ce sont des questions de fait (« Est-ce qu'on vous a donné des médicaments contre la douleur ? »). Il est reproché aux premières de fournir une opinion sans que l'on connaisse les critères de jugements des répondants [25].

➤ **L'organisation du questionnaire :**

Les questions plus personnelles seront mieux acceptées à la fin ou au milieu du document [1]. Les questions sans intérêt, comme sur les caractéristiques socio-démographiques doivent être placées dans le questionnaire au moment où la relation est bien établie. Il faut savoir que les relations des caractéristiques socio-démographiques sont inconstantes, voire contradictoires. Il faut veiller à l'ordre des questions pour éviter l'effet de halo, c'est-à-dire l'orientation de la réponse à un item par celle fournie au précédent. Ce phénomène impose de n'interroger un sujet sur sa satisfaction globale qu'en fin de questionnaire : le répondant se sentirait incohérent s'il émettait des critiques sur des aspects spécifiques de son expérience après avoir formulé un jugement globalement positif [25].

Ces recommandations minimales sur la forme permettront au questionnaire d'éviter au moins certaines difficultés. Selon DEROO et DUSSAIX, le meilleur questionnaire est celui qui « saura émettre un message identiquement perçu (plutôt que compris) par le plus grand nombre de personnes, et amènera la même réaction (réponse) de la part d'individus semblables » [15].

2.2.2 Des recommandations sur le fond

Une évidence doit être rappelée à ce stade : avant de se préoccuper de la formulation des questions, il est important d'avoir défini clairement ce que l'on attend des informations. Quelle va être le champ de l'enquête ? Quels sont les éléments du service que je cherche à évaluer ? Après l'étude d'enquêtes de satisfaction de résidents en maison de retraite existantes, certains thèmes paraissent récurrents : la restauration, le confort du cadre de vie, l'accueil, les soins et aides à la vie quotidienne, la vie sociale, les animations, l'hôtellerie, les relations humaines. Des recherches sur les items constitutifs de la satisfaction des patients à l'hôpital ont été menées. En revanche, dans le secteur des personnes âgées, aucune étude à ma connaissance ne propose différents domaines d'évaluation de la satisfaction pouvant être contenus dans un questionnaire. Pour WARE [54], la satisfaction des patients hospitalisés est mesurable selon huit dimensions : les relations humaines, la qualité techniques des soins, l'accessibilité et les commodités de l'accès aux soins, l'aspect économique, l'efficacité des soins, la continuité des soins, l'environnement physique et la disponibilité des ressources médicales et des professionnels. P. DUCALET et M. LAFORCADE précisent que ce modèle peut concerner sans difficulté tout autant les

structures sanitaires que sociales, en remplaçant pour ces dernières la notion de soin par celle, plus générique, de prestation [17].

Toujours pour le secteur sanitaire, des auteurs proposent une approche complémentaire de celle-ci. Le questionnaire peut être construit en reprenant la séquence chronologique d'un séjour hospitalier : le bureau d'admission, les urgences, l'hôtellerie, les soins infirmiers, médicaux et autres, la sortie et les aspects financiers.

D'autres dimensions peuvent être abordées dans les questionnaires [17] :

- L'accueil, l'accessibilité ;
- Les soins et traitements ;
- La gestion du consentement ;
- L'information et la participation aux soins et à la vie de l'établissement ;
- L'intimité, la dignité, le respect de la vie privée et de la culture ;
- Les conditions matérielles : hôtellerie, restauration ;
- L'animation ;
- La satisfaction globale.

Les recommandations sur le fond et la forme ne sont que des suggestions, une sorte de boîte à idées dans laquelle il est toujours possible de puiser. Tous les établissements qui désirent évaluer la satisfaction de leur clientèle auront à développer leur propre outil répondant à leurs spécificités.

La troisième partie de ce mémoire s'attache à expliciter la solution retenue par la Résidence de l'Yze : l'élaboration et la mise en place d'un outil d'évaluation de la satisfaction des résidents. Constatant que le résident en établissement pour personnes âgées peine à être entendu et à se faire entendre dans les espaces d'expression existant, malgré un cadre juridique prônant la citoyenneté, l'hypothèse vérifiée est qu'un nouveau cadre d'expression plus individuelle permettrait une meilleure écoute des besoins et attentes du résident. Tout en tenant compte des précautions méthodologiques énoncées précédemment, la Résidence de l'Yze a inventé son propre outil afin de créer ce nouvel espace au sein duquel les résidents peuvent exprimer leurs satisfactions et leurs insatisfactions.

3^{ème} partie : la mise en place d'un outil d'évaluation de la satisfaction de la clientèle à la Résidence de l'Yze : un levier d'amélioration de la qualité

Une question a été la ligne conductrice de la démarche entreprise par la Résidence de l'Yze : quel est l'objectif poursuivi lors de la mise en place d'un outil de mesure de la satisfaction de la clientèle ? S'agit-il de répondre à une recommandation réglementaire, ou de valoriser son image auprès des familles, des organismes de contrôle, du personnel, etc., en affichant des résultats d'enquête flatteurs, ou bien d'acquérir une vision claire de l'état de satisfaction des résidents pour tendre à améliorer les services rendus ? Le défi que j'ai tenté de relever a été de doter l'établissement tant d'un outil d'expression des satisfactions et des attentes, que d'un outil de gestion et d'amélioration de la qualité.

Après avoir exposé la procédure d'élaboration de l'enquête de satisfaction de la clientèle spécifique à la Résidence de l'Yze, il sera procédé à l'analyse des résultats qui débouchera sur des préconisations visant des meilleures prestations plus en adéquation avec les besoins et attentes des usagers.

1 - LA PROCEDURE D'ELABORATION DE L'ENQUETE D'EVALUATION DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTELE

La méthode de travail retenue a été d'associer ceux à qui s'adresse une partie des attentes et insatisfactions et qui devront œuvrer pour améliorer le service rendu, c'est-à-dire le personnel. Il a fallu le mobiliser ainsi que les résidents, malgré les résistances pour, finalement, faire de l'enquête de satisfaction un outil intéressant de communication avec les professionnels et les usagers.

1.1 UN OUTIL DE COMMUNICATION ET DE MOBILISATION DES ACTEURS PROFESSIONNELS

1.1.1 Vaincre les résistances à l'évaluation

Pour que l'évaluation soit suivie d'action, la constitution d'un groupe de travail multidisciplinaire est primordiale. Cela permet une meilleure compréhension des enjeux du projet et conditionne l'appropriation des résultats. Ceux qui ont participé à l'élaboration de l'outil seront mieux à même d'interpréter les résultats peut-être contradictoires avec les attentes des résidents qu'ils envisageraient. Ils seront aussi plus incités à remettre en cause leurs pratiques. Un travail interdisciplinaire impose également la confrontation constructive de points de vue différents. En dialoguant sur la qualité de service que les résidents attendent et en anticipant les éléments d'insatisfaction, les professionnels modifient lentement leurs perceptions de la situation. De plus, faire travailler ensemble les représentants de différents services contribue à rendre visible la nécessité d'une prise en charge globale. Les professionnels peuvent mieux s'apercevoir que c'est l'interaction de tous les services offerts dans l'établissement qui contribue à une prestation de qualité. Le résident juge dans sa globalité l'institution, en se préoccupant rarement si l'élément perçu comme insatisfaisant est de la responsabilité de tel ou tel agent.

Le directeur du projet (la Directrice stagiaire) doit savoir être convaincant pour mobiliser tous ces professionnels assaillis de réunions sur l'autoévaluation relative à l'année 2001 et sur la réduction du temps de travail. La motivation des acteurs est un atout incontestable pour la réussite du projet. Suite à un appel au volontariat, un groupe composé d'un infirmier, d'une aide-soignante, de l'animatrice, de la responsable du service restauration, de la responsable du restaurant et d'une aide de restauration a été constitué. La participation de professionnels récemment recrutés est à souligner. Une représentante des familles participa également aux réunions. Elle devait nous éclairer sur les attentes et besoins perceptibles de son parent. Certains professionnels ont assisté à la fois à l'autoévaluation et à l'élaboration de l'outil de mesure de la satisfaction. La prise de conscience de la complémentarité des travaux en fut facilitée. Les résistances à l'évaluation ne furent pas pour autant écartées. Or est-il possible de connaître les jugements des usagers lorsque les agents sont rebelles à leur écoute ? [55].

R. VERCAUTEREN et J. CHAPELEAU identifient deux résistances [53]. La première naît de la compétence de l'évaluateur. Dans le cadre présent, l'évaluateur peut être à la fois le commanditaire du projet et le résident, ce qui explique les nombreuses réticences observées

lors des réunions. Le personnel a pu avoir des craintes quant à la compétence de l'évaluateur (la Directrice stagiaire) et quant à l'utilisation des résultats par l'évaluateur. En ce qui concerne les résidents, leur capacité à formuler des réponses sensées et objectives a été maintes fois remise en question. Lorsque le groupe de travail a recensé les personnes ayant les facultés nécessaires pour s'exprimer, ma vigilance s'est accrue. Les professionnels ont difficilement accepté que leurs pratiques concernant la lutte contre la douleur fassent l'objet d'un questionnement : ils sont seuls juges de la nécessité d'un médicament par exemple, l'avis du résident compte peu. Un directeur n'a pas à remettre en cause le savoir paramédical mais doit s'interroger sur la qualité de l'écoute du malade.

Cette première résistance peut être vaincue par un effort accru de communication sur l'objectif d'une telle enquête, sur les précautions méthodologiques de rigueur, et par un échange de points de vue différents entre professionnels lors de réunions multidisciplinaires.

Une seconde résistance s'appuie sur la crainte de voir l'évaluation évoluer en jugement. Les professionnels considèrent, à tort ou à raison, que l'évaluation est empreinte de trop de subjectivité pour être sérieuse. Ceci est d'autant plus vrai lorsque c'est la satisfaction, notion totalement subjective, qui est évaluée. Le personnel a pu redouter un instant que l'évaluation de la satisfaction des résidents concernant leurs actes et leur savoir-faire ne se transforme en jugement des agents eux-mêmes. Le groupe de pilotage doit alors écarter d'emblée cette possible confusion entre le jugement de faits, c'est-à-dire l'appréciation de pratiques professionnelles, et les jugements de valeur qui ne concernent que l'état des relations entre individus. Lors de la première réunion, les participants ont unanimement exprimé leur accord avec cette règle de départ. Cette réaction de prudence ne suffit pas à écarter totalement la résistance à l'évaluation. Les résidents, en exprimant l'état de leur satisfaction, peuvent être amenés à mettre à jour des pratiques ou des comportements différents de ceux requis, des « zones d'ombre ». Toutefois, la mesure de la satisfaction n'est qu'un indicateur indirect de la qualité du service rendu et ne peut en aucun cas constituer un critère de jugement direct et univoque des pratiques professionnelles en cause.

À l'inverse, la mesure de la satisfaction de la clientèle peut contribuer à valoriser le travail du personnel grâce à un sentiment d'utilité plus important, et à améliorer leur motivation. Ce peut alors être un moyen pour contrecarrer l'épuisement professionnel (soit burnout en anglais). Ayala PINES en donne une définition : « c'est un état d'épuisement physique, émotionnel et mental. Il se manifeste par un épuisement physique et une fatigue chronique, par un sentiment de découragement et d'isolement et par le développement d'une vision négative de soi et d'attitudes négatives vis-à-vis du travail, de la vie, et des autres [...]. Cet état est toujours causé par des tensions émotionnelles. Il est le résultat d'un engagement

intense pendant une longue période dans des situations qui sont émotionnellement exigeantes. Un tel engagement se rencontre très fréquemment dans de nombreuses professions d'aide » [43].

Par ailleurs, une évaluation engendre, il faut l'espérer, du changement, or ce dernier suscite également beaucoup d'angoisse et donc d'opposition chez l'individu. Pour être accepté, le changement doit apparaître non pas en tant que tel mais comme une évolution logique visant l'amélioration de la structure tout entière [53]. L'évaluation de la satisfaction de la clientèle devrait inquiéter d'autant moins qu'elle fait suite à l'autoévaluation déjà porteuse de transformations. Le processus de changement est lent. Il se décompose en plusieurs phases [14] :

- Une phase de dégel composée d'une phase de rupture et de prise de conscience, d'un temps d'angoisse et d'un temps de sécurisation par la perception de gains possibles ;
- La phase intermédiaire de désapprentissage et de réapprentissage ;
- La phase de consolidation de nouvelles pratiques.

En ce qui concerne le projet d'élaboration d'une enquête de satisfaction de la clientèle, le changement réside plus dans une modification de l'état d'esprit que dans une modification des pratiques. Ce travail permet au personnel d'envisager avec plus de visibilité la finalité du changement : le résident.

Une fois les résistances possibles appréhendées, il reste à élaborer l'outil de mesure dont la Résidence de l'Yze désire se doter.

1.1.2 Une enquête de satisfaction en adéquation avec le projet d'établissement

Les choix concernant l'élaboration de l'enquête ont été opérés par le groupe de travail multidisciplinaire que j'ai animé, auquel était adjoint un représentant des familles. Une règle était rappelé en début de réunion : le travail sur l'outil de mesure ne doit pas masquer le but de l'évaluation, c'est-à-dire l'action, autrement dit, l'amélioration de la qualité des prestations.

➤ **La population interrogée**

Le comité de pilotage (le Directeur et la Directrice stagiaire) s'est interrogé tout d'abord sur la nature du public cible de l'enquête. Il a rejeté la possibilité de diffuser l'enquête aux familles, même à celles dont le parent est incapable de répondre, au titre que seul le résident peut exprimer son ressenti et ses attentes. C'est l'évaluation par la clientèle au sens strict, le résident, qui est retenue. Il n'est pas exclu d'élaborer une enquête destinée aux familles ultérieurement.

➤ **Le choix des thèmes d'enquête**

L'objectif de l'enquête est de confronter l'autoévaluation de pratiques par les professionnels à l'évaluation de la satisfaction de la clientèle sur les mêmes thèmes. Il s'agit aussi d'objectiver la perception instinctive parfois faussée des acteurs sur les attentes des résidents, et d'apporter des améliorations aux prestations proposées.

Pour répondre à cet objectif, le groupe de travail a souhaité reprendre la classification retenue dans le référentiel. Ainsi, l'omission de questions est rendue plus difficile, et les thèmes abordés dans l'arrêté du 26 avril 1999 et la Charte de la personne âgée dépendante ont pu être repris. De plus, l'analyse des résultats est facilitée car ayant une base commune avec l'autoévaluation.

Les mêmes thèmes structurent l'enquête : le projet institutionnel, le cadre de vie, l'admission, la vie quotidienne et la vie sociale, les soins, et pour finir, la restauration. L'ordre des thèmes n'a pas été modifié. Les questions sur le projet institutionnel et l'admission qui suscitent moins l'intérêt chez les répondants sont entourés de thèmes plus motivants. La théorie préconise de poser en premier des questions devant capter l'attention de la personne interrogée qui doit accepter de consacrer du temps à l'étude. Les questions sans intérêt doivent être placées à la fin. Mon expérience lors de cette étude est que les résidents les rejettent en fin d'entretien.

Les fiches du référentiel ont été passées en revue par le groupe de travail et sélectionnées selon trois critères : l'intérêt qu'apporte la réponse pour les professionnels, la possibilité pour le répondant d'émettre son avis, et l'intérêt que le résident portera sans doute à la question. Il s'agit dans tous les cas de rechercher des informations non seulement « vraies » mais aussi « utiles » [16].

➤ **Le choix de l'outil**

L'outil quantitatif a semblé le mieux correspondre aux objectifs fixés. Il offre une vision claire du degré de satisfaction des résidents, tout en permettant d'explorer un grand nombre de thèmes. Ainsi, il sera plus aisé d'aboutir à la sélection de thèmes à améliorer en priorité. Le groupe de travail a toutefois souligné le caractère restrictif et dirigiste de l'outil. L'approche qualitative n'a pas séduit à cause des difficultés envisageables pour analyser les réponses et des probables digressions lors des entretiens. La nuance a consisté à prévoir un espace pour les commentaires libres à chaque item. Les questions fermées à choix multiples furent préférées aux questions ouvertes, laissant place à trop de spontanéité, et aux questions fermées dichotomiques, pas assez nuancées. Ces dernières ont seulement servi de questions filtres (par exemple : « avez-vous besoin d'une aide pour le lever ? oui/non). Le choix d'un nombre de réponses pair pour les questions ordinales a permis d'éviter le retranchement du répondant dans l'indécision, empêcher la neutralité ou l'absence d'opinion. Les réponses sont donc ainsi formulées : « très satisfait – assez satisfait – peu satisfait – pas satisfait ».

Pour ne pas rester au stade du constat de la satisfaction ou de l'insatisfaction des résidents, chaque question a été complétée pour connaître les souhaits et donc les attentes de chacun. Des choix issus des items du référentiel sont des propositions d'amélioration possibles. Afin de tester la cohérence des réponses et de savoir si les résidents sont bien informés, une proposition correspond à la pratique professionnelle inscrite dans le référentiel. Pour raccourcir le questionnaire qui paraissait conséquent, il a été préconisé de ne pas poser la deuxième question de l'item relative aux attentes si le résident est très satisfait.

De plus, un jugement global est demandé en fin de chapitre sauf pour le premier (le projet institutionnel) car il comporte peu de questions et l'intérêt est nul. L'ANDEM [1] préconise de faire précéder les jugements globaux des appréciations spécifiques afin d'aider le répondant à synthétiser son opinion. Cette technique testée dans d'autres établissements [35] consiste à mesurer le niveau de satisfaction par critères et à calculer l'importance relative de chaque critère, compte tenu de la pondération que les résidents lui attribuent dans la satisfaction globale. Concrètement, la personne interrogée est amenée à répondre sur un même thème à plusieurs questions puis, à une question de satisfaction globale sur le thème, de manière à déterminer l'impact relatif de chaque item sur le niveau de satisfaction générale et in fine son niveau d'importance. Par exemple, si un seul item est très satisfaisant et que la satisfaction générale est très bonne, ce facteur a un poids relatif très fort. Cette méthode doit aboutir à la détermination de matrices d'actions prioritaires, mettant en relation le niveau de satisfaction

et l'importance calculée de chaque item dans l'évaluation globale du thème. L'introduction de question de satisfaction globale dans le questionnaire de la Résidence de l'Yze participe de la même idée. Toutefois, des compétences en statistiques et informatique trop réduites n'ont pas permis une analyse fine de ces résultats.

➤ **La formulation des questions**

La rédaction des questions dans le détail a été confiée à la Directrice stagiaire. Le groupe de travail a réalisé une relecture et apporté des modifications : reformuler des questions au vocabulaire complexe, en compléter d'autres, en raccourcir. Ce fut une sorte de pré-test. L'ANDEM conseille de tester auprès de « naïfs » ou de proches le questionnaire destiné aux patients d'un hôpital, lorsque sa construction semble complète [1]. Concernant un EHPAD, ce sont des personnes âgées qui devraient jouer ce rôle. Des auteurs évoquent un nombre de quinze testeurs [42]. Dans un établissement de cinquante-six lits, il est bien évident que le pré-test ne peut être réalisé dans ces conditions. Le premier entretien mené permit à l'enquêteur d'apporter quelques rectifications anodines. Aucune erreur grave de conception ne fut remarquée.

L'élaboration du questionnaire de satisfaction de la clientèle a été un réel travail d'équipe. Le Directeur stagiaire a dû savoir maîtriser l'art de communiquer pour, dans un premier temps, convaincre de l'intérêt d'une telle réalisation, puis donner envie au personnel d'apporter leur contribution à la réflexion. L'appropriation de l'outil par les membres du groupe de travail ne fait aucun doute : « il est pas mal notre questionnaire ». Reste à savoir si l'information régulière (assemblée générale du personnel, note d'information, assemblée générale familles-résidents-personnel) contribua à mobiliser le reste des acteurs professionnels.

Le projet devait aussi être l'occasion de développer l'écoute institutionnelle des usagers et de les initier pour la plupart à l'exercice de la citoyenneté dans une maison de retraite. L'enquête de satisfaction est devenue un vecteur de communication important entre la Direction, le personnel et les résidents.

1.2 UN OUTIL DE COMMUNICATION AVEC LES RESIDENTS

Le choix de la méthode de passation du questionnaire a été une étape importante dans la démarche d'enquête. Il devait déterminer la qualité du rapport qui allait s'établir entre les résidents et l'enquêteur.

1.2.1 La méthode de passation du questionnaire retenue : l'entretien en face à face

➤ La procédure retenue

Dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, il est très difficile de laisser à la disposition le questionnaire. Partant de ce principe, ce dernier n'a pas été conçu pour être lu par un résident (taille des lettres trop petite, esthétique privilégiée) mais pour être présenté à toute personne ou organisme extérieur à la Résidence de l'Yze. La présentation du document a été pensée pour être en harmonie avec le référentiel d'évaluation et d'évolution de la qualité.

Si le questionnaire avait été auto-administré, le répondant n'aurait pas pu obtenir facilement un complément d'informations et il aurait dû écrire, avec toutes les difficultés que cela comporte : beaucoup de résidents ont des pathologies de la main, certains ne savent pas écrire ou difficilement, d'autres n'en ont pas l'envie et pour presque tous, un effort doit être fourni. Le taux de réponse aurait certainement été faible. L'entretien en face à face a l'avantage supplémentaire de mettre le résident en position d'acteur. Celui-ci est plus à même de s'impliquer dans son discours et d'amorcer un récit de vie puisqu'on est attentif à lui. Il exprime avec plus de facilités ses attentes face à son avenir en maison de retraite. L'adoption de cette technique d'enquête a donc été appropriée au type de données à recueillir.

➤ Le choix de l'enquêteur

Il est préférable que la personne qui dirige les entretiens ne soit pas impliquée directement par le contenu des questions [42]. Le groupe de travail décida de confier l'administration de l'enquête à la Directrice stagiaire en raison de son extériorité par rapport à la Résidence de l'Yze, mais aussi de sa disponibilité. L'importance du temps à consacrer à ce travail et les difficultés pour trouver du personnel de remplacement ont conforté ce choix. De plus, le

budget informel alloué par le Directeur ne permettait que la reproduction des questionnaires. L'intervention d'un membre du personnel est susceptible d'influencer les résidents et de les inciter à juger les agents et non les prestations.

➤ **La détermination de l'échantillon**

La taille de l'établissement et le degré de dépendance de la population accueillie (GIR moyen pondéré de 581,43) n'ont pas permis de composer un échantillon représentatif grâce à la méthode des quotas ou à celle du tirage aléatoire. La population cible a donc été les résidents entrés depuis au moins quinze jours en maison de retraite, donc ayant déjà une connaissance des services proposés, et capables de répondre au questionnaire. La capacité mentale a été appréciée par le groupe de travail. Ce dernier a fait remarquer au préalable que très peu, voire aucun résident, n'a une vision objective des prestations, et donc que leurs réponses devraient être relativisées. Il a fallu démontrer qu'aucun avis ne doit être écarté car c'est avant tout un ressenti que l'on cherche à connaître. Selon P. DUCALET et M. LAFORCADE, « objecter de l'incapacité de l'utilisateur est souvent une stratégie, inconsciente ou délibérée, de privation du droit à la parole de l'utilisateur et, par suite, d'aliénation de ce dernier au pouvoir des techniciens et des administratifs ».

Vingt-huit résidents ont donc été interrogés sur cinquante-six au total :

	NOMBRE
ACCORD	28
REFUS APRES ACCORD	1
REFUS	3
INCAPABLES	21
ABSENTS	3

Seulement trois résidents ont refusé l'entretien, en raison d'un manque de confiance en soi ou d'un bouleversement des habitudes horaires. Un résident adopta un comportement de fuite en esquivant tout rendez-vous.

➤ **Le mode d'accès aux résidents**

L'enquêteur a pris contact à deux reprises avec chaque résident considéré comme capable de répondre. Lors de la première rencontre, des procédures incitatives ont été employées en

vue de maximiser le taux de réponses. Les résidents ont été informés le plus simplement possible des objectifs de l'enquête. L'anonymat était garanti, d'autant que des événements personnels étaient confiés. Enfin, le consentement était recueilli. Seul un résident revint sur cette volonté. Ce premier contact consistait avant tout à faire connaissance avec la personne âgée pour faciliter les discussions futures et me présenter. Mon statut de Directeur stagiaire, confondu avec le rôle d'infirmière ou d'aide soignante devait être éclairci pour que le résident s'octroie la plus grande liberté de parole.

L'administration du questionnaire était effectuée lors du second passage. Pour des raisons de confidentialité, tous les entretiens se sont déroulés dans la chambre du répondant. La difficulté a consisté à trouver un créneau horaire disponible assez large pour ne pas subir de contrainte de temps trop forte. Il a fallu respecter le rythme de la personne âgée : une matinée presque entièrement consacrée au petit déjeuner et à la toilette, le déjeuner à 12 heures 15, un temps de repos et des animations éventuellement, des visites de proches et le dîner à 18 heures 15. La majorité des entretiens s'est déroulée de 10 heures à 11 heures 45, et de 14 heures 30 à 17 heures 45. Le recueil des données a été fait par notes manuscrites.

Au-delà du remplissage d'un questionnaire, ces entretiens devaient devenir des outils de communication et d'informations avec les résidents.

1.2.2 La passation du questionnaire : un instant de dialogue privilégié

Le questionnaire peut être « déshumanisant » : son objectivité et sa relative froideur tendent à perturber un des objectifs du projet, l'écoute de la personne âgée [16]. La qualité du pilotage de l'entretien va en grande partie contribuer à transformer la questionnaire en un outil de communication ou en un simple outil statistique.

Il faut se rappeler le constat énoncé en début du mémoire : les personnes âgées de la Résidence de l'Yze n'arrivent pas et dans une certaine mesure ne désirent pas spontanément s'exprimer sur leur satisfaction et leurs attentes, et de surcroît, l'établissement peine à les entendre. Du moment où il est vérifié qu'un espace d'expression individuel est préférable, la passation du questionnaire doit être l'occasion d'un instant de dialogue privilégié avec les résidents.

Le choix de la chambre comme lieu pour l'administration des questionnaires n'est pas neutre : être reçu dans l'univers quotidien de la personne devait favoriser l'expression d'opinions personnelles [34]. Toutefois, le questionnaire apparaît comme rigide, ne laissant pas de place à la spontanéité du répondant. Une enquête qualitative semble d'un premier

abord plus à même de refléter les sentiments profonds. L'espace pour les commentaires libres devait permettre à l'enquêteur de susciter les réflexions. La méthodologie stricte des enquêtes laisse la possibilité d'insister sur certains items, à condition d'observer une attitude de neutralité [42]. Il fallait susciter la confiance de la personne âgée pour qu'elle puisse parler sans crainte. Le discours a pu avoir tendance à s'éloigner du sujet, mais souvent ces digressions étaient utiles pour comprendre le cheminement de pensée du répondant. Celui-ci exprimait ses inquiétudes, expliquait ses comportements, établissait ou non un lien avec la maison de retraite. Pour rendre le questionnaire moins rébarbatif, il était nécessaire la plupart du temps de l'insérer dans une discussion. Les questions devaient souvent être reformulées, d'une façon différente pour chaque résident.

L'enquêteur se devait d'être extérieur à la structure tout en connaissant un minimum le fonctionnement, c'est-à-dire les horaires des repas, la programmation du ménage, les activités d'animations, etc. L'étude des cotations portées sur le référentiel qualité réalisée pour l'élaboration du questionnaire et le stage ont été utiles à ce stade. Ainsi, il a été possible d'apporter aux résidents des informations sur la vie quotidienne, après avoir noté sur le questionnaire leurs réactions : par exemple, à ceux qui préféraient des fruits frais en dessert, je leur indiquais l'existence d'une corbeille de fruits. Ces remarques devaient rester très peu nombreuses pour ne pas freiner l'esprit critique des répondants.

Les entretiens duraient en moyenne 1 heure 15, sachant que certains ont pris deux heures et d'autres quarante-cinq minutes. Pendant ce temps, l'enquêteur devait prouver aux personnes âgées que l'établissement se soucie de leur avis et a besoin de leur participation. Beaucoup d'entre elles m'ont demandé à plusieurs reprises : « à quoi ça va servir tout ça ? », malgré la présentation des objectifs. Cette remarque nous fait mesurer le chemin à parcourir.

La procédure d'élaboration de l'enquête de satisfaction de la clientèle à la Résidence de l'Yze peut se résumer en deux mots : mobilisation et communication. Le personnel et les résidents acceptèrent cette démarche dans la mesure où elle devait générer un retour d'informations capable d'alimenter le processus d'amélioration de la qualité de service de l'établissement. Le questionnaire en lui-même détermine la qualité des informations fournies. Une nouvelle étape tout aussi complexe doit être abordée avec précaution : l'analyse des résultats.

2 - UNE ENQUETE DE SATISFACTION POUR AMELIORER LA QUALITE DES PRESTATIONS OFFERTES ET L'ECOUTE DES RESIDENTS : SES RESULTATS ET SES LIMITES

L'analyse des résultats doit permettre au Directeur et au personnel de mieux connaître la personne âgée et ses attentes dont nous n'avons qu'une idée générale et parfois fautive. La Résidence de l'Yze disposera ainsi d'indicateurs qui vont permettre d'engager des actions correctrices.

2.1 L'ANALYSE DES RESULTATS ET L'EVALUATION DE LEUR PERTINENCE

L'interprétation des résultats doit être prudente. Il faut [1] :

- se méfier d'établir des relations de cause à effet qui risquent d'être audacieuses ;
- utiliser d'autres données pour confirmer ou infirmer les interprétations ;
- se méfier des conclusions fondées sur de petits échantillons (dans notre étude, 50% des résidents ont été interrogés) ;
- bien connaître les usagers concernés par l'étude ;
- être modeste dans les interprétations.

De plus, avant d'exploiter les résultats, il faut évaluer leur pertinence.

2.1.1 Les prestations de la Résidence de l'Yze perçues par les résidents²⁸

L'analyse est réalisée par thème pour faciliter les comparaisons éventuelles avec les cotations révélées dans le référentiel d'évaluation et d'évolution de la qualité.

➤ Le projet institutionnel

Il faut constater principalement dans ce chapitre le recours important à la réponse « ne se prononce pas ». Beaucoup de résidents n'ont pas connaissance du règlement de fonctionnement (86% des personnes interrogées, soit 24 résidents) ni du contrat de séjour (96%), le plus souvent signé par les enfants (un seul aimerait disposer du document dans sa

²⁸ Voir annexe 4.

chambre). Les deux documents sont disponibles dans la chambre des résidents, sauf lors de l'enquête : le Directeur intégrait les modifications issues de la loi du 2 janvier 2002 et de la réglementation sur l'APA (Aide Personnalisée à l'Autonomie).

L'indifférence est totale : « du moment que je suis bien, ça m'est égal », « ça ne change rien à la vie que l'on a ici ». Un résident plus curieux a été rebuté par le contenu de ce qui était le règlement intérieur : « c'est très fatigant à lire. Je l'ai regardé, mais sans détailler ».

➤ **Le cadre de vie**

Les résidents sont en majorité satisfaits du cadre de vie. En particulier, ils apprécient :

- *Les conditions d'ouverture de la résidence*, c'est-à-dire un accès libre le jour et sécurisé la nuit (27 résidents très satisfaits) : « je suis contente d'aller et venir comme je veux » ;
- *L'accessibilité des lieux collectifs* (27 résidents très satisfaits) et des lieux individuels (la chambre : 25 résidents très satisfaits, et le cabinet de toilette : 26 résidents très satisfaits). L'auto-évaluation par les professionnels précise que tous les espaces collectifs, toutes les chambres, et entre 76% et 90% des cabinets de toilette sont accessibles aux personnes handicapées ;
- *La décoration* : tous les résidents en sont très satisfaits (« c'est merveilleux !»), même si certains n'y portent plus attention (« ça m'est égal »). L'auto-évaluation souligne qu'une attention particulière a été portée à la décoration ;
- *Le mobilier collectif* (27 résidents très satisfaits) : « il y a de très beaux meubles anciens » ;
- *L'état général des locaux* (25 résidents très satisfaits) ;
- *La fréquence de l'entretien des locaux collectifs* (26 résidents très satisfaits), même si un résident souligne qu'« ils n'ont pas toujours le temps de bien nettoyer » ;
- *Le change des draps*.

Plus de remarques ont été formulées sur les items suivants :

- *Les espaces verts* : si 16 résidents sont très satisfaits de l'aménagement et de l'entretien des jardins, 6 autres aimeraient plus de fleurs ;
- *Le cheminement extérieur* : 7 résidents sont assez satisfaits, mais remarquent quelques passages accidentés. Cela entraîne peut-être ce genre de comportement : « je ne sors pas toute seule, je manque d'assurance ». Pourtant, selon les professionnels, le cheminement extérieur est entièrement adapté et des espaces de repos sont aménagés ;
- *Les circulations intérieures* : 9 résidents en sont assez satisfaits. Ils auraient apprécié des couloirs et des encadrements de porte plus larges, et un sol moins glissant. L'auto-évaluation estime que les cheminements extérieurs répondent aux caractéristiques

suivantes : un revêtement de sol non glissant, des couloirs d'une largeur minimum de 140 cm, un passage utile des portes de 77 cm minimum, l'existence d'une main courante et des interrupteurs et sonnettes à hauteur comprise entre 90 et 130 cm ;

- *La qualité du mobilier de chambre* : 6 résidents sont assez satisfaits. Certains se plaignent du lit, d'autres des éraflures sur les meubles. En 2002, la résidence a investi dans une dizaine de chambres complètes (lit, table, chaise, chevet et commode) ;
- *L'état de la chambre* : 3 résidents sont assez satisfaits, 2 sont peu satisfaits et un pas du tout. Selon le référentiel, l'entretien courant est réalisé un jour sur deux et la fréquence du ménage approfondi est satisfaisante. La qualité optimale n'est pas encore atteinte. Un résident signale que cette fréquence n'est pas toujours respectée, et d'autres remarquent que le ménage est souvent superficiel. Certains excusent le personnel en tenant compte de leur charge de travail. En effet, lorsque les soins aux résidents s'alourdissent à une période donnée, le ménage n'est plus prioritaire ;
- *Les délais de lavage en blanchisserie* : 7 résidents sont assez satisfaits. Cet item a été l'occasion de discuter de la blanchisserie en général : 8 résidents se plaignent d'avoir perdu du linge. La lingère insiste sur le fait que beaucoup d'habits ne sont pas marqués.

Les items qui ont générés le plus d'insatisfaction sont :

- *La présence du personnel* : 8 résidents sont assez satisfaits et 3 le sont peu. L'auto-évaluation prétend pourtant que le personnel présent est toujours suffisant, tous les jours de la semaine. Les résidents constatent que certaines aides ne leur sont pas apportées pas manque de temps : « il n'y a pas assez de personnel pour me descendre dans le jardin ». Quelques critiques sont adressées aux agents : « je suis tombé au moment de leur pause, et j'ai attendu longtemps ». Les personnes interrogées ont surtout mis en avant les qualités humaines du personnel : « les filles cherchent toujours à faire plaisir », « le personnel est très dévoué ». Le terme de « fille » est employé comme pour traduire un lien inter-générationnel. Les résidents ont exprimé de la compréhension concernant les contraintes auxquelles le personnel doit faire face : « il ne faut pas les embêter ». Les résidents ressentent des discontinuités dans le service : « il ne faut pas les appeler entre 14 heures et 17 heures ». Le personnel n'est pas en nombre suffisant pour les repas ;
- *La température* : les professionnels ont évalué que la température des espaces collectifs est satisfaisante en hiver mais pas en été. Aucun local n'est climatisé. 12 résidents sont assez satisfaits en hiver, 3 le sont peu. La température n'est pas satisfaisante en été pour 6 résidents, ni en hiver pour 4 autres ;
- *La surface de la chambre* : 6 résidents sont assez satisfaits, 5 le sont peu. La superficie est un élément de confort incontestable : « ça aurait été plus grand, j'aurais pu mettre

mes meubles », « j'aimerais mieux un peu plus grand à cause de mon déambulateur ». La surface des chambres est comprise entre 16 et 19 m². La résidence estime qu'elle devrait être comprise en 20 et 25 m². La superficie actuelle correspond à un standard des années 90. Il faut malgré tout préciser que toutes les chambres sont individuelles ;

- *L'équipement du cabinet de toilette* : moins de 50% des cabinets de toilette disposent d'un lavabo, d'un miroir, d'un WC, d'une douche, d'une possibilité de rangement, d'une barre de relevage. 14 résidents sont assez satisfaits, 10 le sont peu et 4 pas du tout. La possession d'une douche est très appréciée : « j'ai une douche, c'est pour ça que je ne veux pas changer de chambre ». Les possibilités de rangement font défaut : « je mets mes affaires dans des boîtes en carton ». La résidence a préféré l'installation de plans vasques pour une meilleure accessibilité, mais c'est insuffisant dans certaines chambres.

Au total, si l'on additionne les taux de satisfaction, 21 résidents sont très satisfaits, 4 assez satisfaits. Ce résultat est très correct. Les jugements globaux dont les résidents ont fait part en fin de chapitre sont un peu moins satisfaisants : 6 personnes âgées sont très satisfaites et 18 le sont assez. Les items où le degré de satisfaction était le moins élevé ont donc une incidence perceptible sur la satisfaction globale. Les remarques recueillies en fin de chapitre le prouvent : « j'ai l'impression qu'il y avait plus de personnels et moins de stagiaires l'année dernière », « je me suis faite une raison pour la surface de la chambre ».

➤ **L'admission**

Sur les 28 personnes interrogées, presque la moitié n'ont pas souvenir de l'accueil. Les principales remarques sont les suivantes :

- Des résidents ne se souviennent pas avoir eu les informations suffisantes sur les équipements et services existants. Pourtant, lors de l'accueil, beaucoup de renseignements sont diffusés mais il est difficile de tout mémoriser. Le personnel semble accessible : « je n'ai pas eu d'informations, mais je pouvais aller voir l'infirmier » ;
- Quelques personnes âgées n'ont pas eu l'impression que des mesures avaient été prises pour faciliter leur intégration (« c'est à nous de nous adapter »). Certains auraient aimé que leurs voisins de chambre, leurs voisins de table et le personnel leur soient présentés (« c'est moi qui leur demandais leurs noms »). L'auto-évaluation relève elle aussi une lacune importante, l'absence de « référent » attaché à veiller à la bonne intégration d'un nouvel arrivant dans la résidence ;
- Les résidents sont en manque de reconnaissance, parfois au sens premier du terme, et donc apprécient beaucoup certaines attentions : « c'est agréable, tout le monde savait déjà mon nom ».

La satisfaction globale est meilleure que le total des taux de satisfaction. Les résidents ne semblent donc pas marqués psychologiquement par l'entrée à la résidence. Un temps d'adaptation est toutefois nécessaire : « au bout de 15 jours, je me suis habituée ».

➤ **La vie quotidienne et la vie sociale**

- *Les animations quotidiennes* : une dizaine de répondants ne participe pas aux animations : « je suis une solitaire », « je veux être tranquille », « je n'y vais pas car ça me casse la tête ». Les autres sont satisfaits par les animations. La fréquence des animations (5 jours par semaine) est suffisante (12 résidents très satisfaits, 4 assez satisfaits) : « il faut être tranquille le samedi et le dimanche », « il nous faut un peu de liberté ». Au regard de ces réflexions, on peut penser que participer aux activités est peut-être une contrainte que s'impose la personne âgée. Peu de résidents (4) souhaitent participer à l'élaboration du programme, pourtant la diversité des animations est critiquée et certaines activités ont plus de succès : « j'aime le loto et la gym, le reste ne m'intéresse pas », « je voudrais faire des compositions florales », « beaucoup de personnes sont comme moi, elles aiment l'atelier mémoire », « ça revient toujours à la même chose, j'y vais pour tuer le temps ». Les remarques sur la qualité des animations révèlent la difficulté d'un programme unique pour tous les résidents : « j'ai du mal à répondre aux questions de l'atelier mémoire », « ce n'était pas pour moi, c'était trop enfantin ». Les résidents portent attention au programme d'animations affiché et ont remarqué les changements (plusieurs lieux d'affichage, taille des lettres grossie).
- *Les animations spécifiques* : la célébration des anniversaires répond aux attentes : elle apporte diversité (« j'aime beaucoup l'accordéon ») et chaleur humaine (« c'est mieux quand il y a beaucoup de monde »). En ce qui concerne les sorties, la moitié des personnes interrogées ne s'est pas prononcée parce qu'elles n'ont participé à aucune d'entre elles : soit le résident n'aime pas sortir (« je lis et puis c'est tout », « je préfère être toute seule »), soit il évoque une incapacité physique (« j'ai peur de tomber malade », « je ne peux pas monter en voiture », « je ne suis pas assez valide pour faire les sorties », « c'est difficile pour les gens en fauteuil »), soit aucune sortie ne lui a été proposée parce qu'il est arrivé trop récemment. 6 personnes âgées regrettent qu'il n'y ait pas plus de sorties organisées. 9 souhaitent que les activités d'animation s'ouvrent sur l'extérieur (activités intergénérationnelles, visite d'autres personnes âgées).

- *Le respect de la dignité* : la plupart des résidents interrogés n'ont pas besoin d'aide pour s'habiller. Les soins esthétiques sont considérés comme annexes : « les filles ont déjà suffisamment de travail ». Aucun répondant n'a souligné le manque de respect concernant leur pudeur, mais une remarque est éloquent : « je n'en revenais pas qu'il y ait autant de personnes à avoir des protections ». En effet, les chariots de soins ouverts, donc exposés aux regards, ne favorisent pas la discrétion. Le Directeur souhaite par conséquent acheter du matériel plus adapté. Par rapport au respect de l'intimité, 26 répondants sont très satisfaits de l'attitude du personnel, bien que les commentaires révèlent des anomalies : « elles frappent et rentrent en même temps », « elles rentrent parce qu'elles ont l'habitude ».
- *Les droits civiques* : sur 12 résidents qui ont répondu à la question, 3 sont assez satisfaits et 2 peu satisfaits. Certains aimeraient aller voter mais sont freinés par les formalités administratives : « il faut 36 formalités », « c'est trop compliqué, il y a des démarches à faire », « je croyais que l'inscription était automatique ». L'auto-évaluation précise que la résidence veille à la libre circulation de l'information, et, à la demande du résident, organise l'accompagnement au bureau de vote. Le Directeur ne souhaite pas intervenir davantage pour ne pas que le vote soit contraint.

Au total, après calcul de la moyenne, 52% des répondants sont très satisfaits, 13% assez satisfaits et 5% peu satisfaits (29% ne se sont pas prononcés). Les résultats de la satisfaction globale sont un peu moins bons : 21% de personnes très satisfaites, 64% assez satisfaites et 4% peu satisfaites (11% n'ont pas répondu). Sur ce thème, les répondants ont été plus réticents pour exprimer leur très grande satisfaction.

➤ **Les soins**

Peu de personnes âgées ont répondu aux questions du chapitre, bien souvent car elles n'étaient pas concernées.

Sur 28 répondants, seulement 6 ont besoin d'une aide pour se lever : ils sont satisfaits et n'ont formulé aucune remarque. Plus de résidents requièrent l'aide du personnel pour le coucher. 2 d'entre eux sont peu satisfaits et 2 assez satisfaits : ils préféreraient être couchés vers 21 heures ou plus tard. Encore une fois, ils tiennent compte des contraintes des agents : « ça les obligerait à venir exprès. Je n'aime pas donner du travail ». Le référentiel qualité prévoit que pour respecter les habitudes de vie, le lever est prévu entre 7 et 9 heures, et le coucher entre 19 et 21 heures. Les toilettes nécessitent l'intervention du personnel. 5 répondants sont peu satisfaits et 9 assez satisfaits. L'insatisfaction concerne les horaires

(une personne âgée fait référence à l'organisation du travail modifiée avec la réduction du temps de travail), et le nombre de douches. 4 résidents aimeraient prendre plus de douches. Concernant la lutte contre la douleur, les personnes âgées ne jugent pas la qualité des soins, mais plutôt le côté humain (« je vais plus souvent voir l'infirmier qu'il ne vient me voir »). Le manque de disponibilité des infirmiers est parfois mal vécu par le résident qui a des douleurs et ne peut pas comprendre que sa prise en charge ne soit pas immédiate : « j'ai demandé à changer de matelas pour limiter mes douleurs. On me l'a promis, mais j'ai attendu longtemps »).

Les répondants craignent pour leur sécurité médicale : un résident regrette qu'il n'y ait pas d'infirmier le week-end et un autre précise qu'il faut qu'il s'habitue à une prise en charge différente de celle de l'hôpital.

Globalement, les personnes interrogées sont satisfaites des soins et des aides à la vie quotidienne qui leurs sont apportés. La différence entre le jugement global et le total mathématique n'est pas sensible.

➤ **La restauration**

C'est le thème qui a le plus intéressé les personnes âgées, les nombreux commentaires le prouvent. Souvent les propos sont contradictoires, d'où la difficulté d'analyser les résultats. Les critiques négatives concernent plus particulièrement :

- *La durée du déjeuner* : même si selon l'auto-évaluation le résident peut rester à table aussi longtemps qu'il le souhaite, des répondants trouvent le service trop rapide : « on a le temps qu'il faut, mais on sent bien qu'il faut se dépêcher quand ils enlèvent les assiettes » ;
- *Les horaires du dîner* : 6 résidents sont peu satisfaits et un pas satisfait. « Je trouve que l'heure du dîner est trop rapprochée du goûter », « au début, je trouvais que ça faisait tôt. Ca m'a paru drôle ». Les professionnels ont aussi noté ce problème ;
- *La durée du dîner* : les résidents, selon le référentiel, dispose de 45 minutes à 1 heure. Un répondant n'est pas satisfait, 4 le sont peu et 3 le sont assez. Le personnel n'est pas excusé : « c'est trop rapide, le personnel est pressé de partir », « le personnel râle parce qu'il est 19 heures » ;
- *La variété des menus* : 8 répondants sont peu satisfaits. Le personnel de cuisine qui est seul à élaborer les menus doit concilier les goûts de chacun. Selon le référentiel, il faudrait que du personnel ou un diététicien soit associé ;

- *L'affichage des menus* : 4 résidents sont peu satisfaits en raison de la taille des lettres et de l'attitude du personnel : « je me fais amener, je ne peux pas regarder le menu », « je n'ai pas le temps de regarder car on m'emmène » ;
- *La qualité des produits* : 16 résidents sont assez satisfaits et 5 sont peu satisfaits. La dureté de la viande est souvent reprochée, même lorsqu'il s'agit de rosbif ;
- *Les choix proposés au déjeuner et au dîner* : 6 résidents sont peu satisfaits du choix proposé au déjeuner et 7 concernant le choix possible au dîner. En effet, les repas sont imposés. Les personnes interrogées aimeraient surtout choisir le plat principal et le dessert.

À la question de satisfaction globale sur le thème de la restauration, les répondants sont en majorité assez satisfaits, alors que la moyenne des taux de satisfaction montre qu'ils sont très satisfaits à 63%. Les items commentés ci-dessus ont une influence certaine sur leur opinion globale, surtout la variété des menus et la qualité de la cuisine : « c'est de la cuisine de pension, ce n'est pas de la cuisine à l'ancienne », « c'est surtout la façon de cuisiner qui me déplaît ». Néanmoins, d'autres résidents nuancent ces propos : « il y en a qui critiquent mais ils mangeraient moins bien chez eux ».

À la fin du questionnaire, les résidents devaient juger la Résidence de l'Yze, toutes prestations comprises. Le résultat est encourageant pour les professionnels puisque 32% des personnes interrogées sont très satisfaits et 61% assez satisfaits. Même si certains services peuvent être améliorés, aucune personne âgée ne regrette le choix de cette maison de retraite et ne se déclare insatisfaite. Il semblerait que ce soit en restauration que les résidents souhaiteraient assister à plus de changements : « le plus embêtant, c'est le problème de la nourriture ». La comparaison avec le domicile est inévitable mais les personnes âgées ont pris conscience avec beaucoup de lucidité des limites inhérentes à la vie en collectivité : « je ne suis pas aussi bien que chez moi, mais chez moi je n'étais pas beaucoup mieux qu'ici », « c'est un changement de vie total », « on est toujours mieux dans sa maison », « je suis bien ici, mais j'aimerais mieux être chez moi ».

Avant d'exploiter ces résultats, il faut en comprendre les limites. Dans la mesure où l'étude de satisfaction s'intéresse à la perception de la clientèle, les résultats sont forcément subjectifs. Certains facteurs influencent cette perception.

2.1.2 La pertinence des résultats

Les actions correctrices qui découlent de la mesure de la satisfaction doivent prendre en compte les biais potentiels pouvant survenir pendant l'enquête. L'indice qui doit susciter des interrogations est les taux de satisfaction élevés. Brian WILLIAMS a mené des études qualitatives auprès de patients classés « satisfaits » d'après les résultats des questionnaires. Ses recherches [56] l'ont amené à constater que les questionnaires rapportent des scores de satisfaction très hauts (souvent supérieurs à 80%) alors que l'analyse plus précise des situations révèle des insatisfactions importantes. Les questionnaires agiraient comme une censure limitant l'expression des personnes.

Ces résultats élevés s'expliquent en partie par un effet d'acquiescement. Ce phénomène est plus fréquemment rencontré chez les sujets âgés, disposant d'un faible revenu, d'un bas niveau d'études et révélant un état de santé médiocre [25]. Par conséquent, des besoins et des attentes ne sont pas exprimés. Il faut aussi songer à la crainte de la personne âgée sur les conséquences possibles de ses réponses sur ses relations avec le personnel de l'établissement. Critiquer un service revient à critiquer une personne précisément, donc le résident garde le silence. En outre, les résidents critiquent rarement le personnel car ils sont très compréhensifs, voire trop : « les filles ont déjà suffisamment de travail », « on est habitué, il faut penser aux employés », « le personnel n'aurait pas le temps ».

Le niveau de satisfaction va également dépendre des qualités humaines et de communication du professionnel, y compris son état d'humeur. L'impression d'avoir eu un temps consacré suffisant génère plus de satisfaction que la durée mesurée et objective que l'agent va passer auprès du résident [1].

Par ailleurs, l'état de santé influence la satisfaction. Les personnes en mauvais état de santé auraient une vue négative de la vie, y compris de la qualité des soins et aides dont ils bénéficient et recevraient effectivement des services de moindre qualité [1].

Les résultats peuvent aussi être faussés par l'interprétation que l'enquêteur peut être amené à faire. Des résidents n'ont pas été capables pour chaque question de répondre systématiquement par « très satisfait », « assez satisfait », « peu satisfait » ou « pas satisfait ». Les forcer à utiliser cette échelle peut casser le dialogue. Il faut alors retranscrire les propos. Les commentaires sont parfois plus intéressants que les chiffres, sachant qu'une seule réflexion peut éclairer un comportement ou une pratique : « je n'en revenais pas qu'il y ait autant de personnes à avoir des protections ».

Les questions qui nécessitent de se remémorer des souvenirs anciens, par exemple sur l'entrée, peuvent se heurter à un biais de mémorisation.

Enfin, la limite principale de l'enquête est sa non représentativité. Les 21 résidents qui n'ont pas été sollicités en raison de leur incapacité mentale sont inévitablement ceux qui nécessitent le plus de soins, d'aides et d'attention. Cette limite est perceptible, notamment au travers des résultats du chapitre « soins ». Il aurait été intéressant de connaître l'avis des résidents qui ne peuvent se lever, se coucher, se laver, s'habiller, manger seuls, qui prennent des repas en chambre, etc. Ceux qu'il faudrait peut-être le plus écouter sont exclus à la base de l'enquête.

À la lumière de ces éléments, l'évaluation peut enfin donner lieu à des actions. Elle a permis de mieux cerner les besoins et attentes des résidents afin d'y répondre de la manière la plus adéquate possible.

2.2 L'EXPLOITATION DES RESULTATS DANS UNE PERSPECTIVE D'AMELIORATION DE LA QUALITE: L'ENQUETE COMME UN OUTIL D'AIDE A LA DECISION

L'évaluation de la satisfaction de la clientèle va permettre au Directeur de vérifier que les actions d'amélioration de la qualité entreprises jusqu'alors se traduisent par plus de satisfaction, mais aussi de planifier de nouvelles actions.

Elle doit aussi contribuer à réorienter les choix effectués entre les dimensions jugées prioritaires au regard de l'évaluation des pratiques par les professionnels. Les résultats du questionnaire révèlent des insatisfactions et des attentes au niveau social et humain, et au niveau matériel. Les propositions suivantes sont des pistes de réflexion pour le Directeur et le personnel, parfois évoquées lors de réunions de travail. Certains axes d'amélioration en prévision sont ici réexaminés car ils correspondent à ceux que les résidents aimeraient voir développés.

2.2.1 Des réponses aux attentes sociales : vers plus de communication

Un constat s'est imposé au départ de cette étude : il n'y a pas assez d'écoute entre les résidents, le personnel et la Direction. Lors des entretiens, ce constat s'est vérifié : l'échange d'informations et la communication existent, mais peinent à s'établir pleinement. Un résident

déclare au chapitre sur l'admission : « ils ne m'ont pas tout expliqué ». Suite à une première lecture, le respect de la procédure d'accueil par la secrétaire peut être remis en cause. Dans un deuxième temps, il faut se demander si la personne âgée a pu mémoriser toutes les informations en une seule fois. Ne serait-il pas préférable de vérifier quelques temps après la bonne compréhension des informations et l'intégration du résident ?

Par ailleurs, il ressort des entretiens un réel besoin de communication avec le personnel, le contact avec les autres personnes âgées n'étant pas toujours facile à établir (« je m'habitue à tout le reste, mais pas aux autres résidents »). Les résidents n'osent pas manifester leurs désirs et ne savent pas qui « déranger ». En effet, des réflexions semblables à celles-ci ont été relevées plusieurs fois pendant les entretiens : « je ne peux pas répondre à mon courrier mais je ne veux pas embêter la secrétaire », « pour mes jambes, je n'ai jamais demandé car les infirmiers n'ont pas le temps », « j'aimerais bien qu'on me change ma pile au cœur ». La cause de cette absence de communication est peut-être esquissée par deux résidents : « je n'aime pas les changements trop fréquents de personnel », « j'ai l'impression qu'il y avait plus de personnel et moins de stagiaires l'année dernière ».

Pour répondre à l'attente relationnelle du résident, la mise en place d'un référent serait une solution à approfondir. Un référent est littéralement celui à qui on peut « se référer ». Il s'agit d'un membre du personnel qui sera l'interlocuteur privilégié du résident pour tous les problèmes qu'il pourrait rencontrer. Il va l'accompagner, dans le souci que la personne âgée s'adapte le mieux possible à sa situation.

Dans le référentiel, le Directeur et le personnel ont fait de la création du référent un critère de qualité : c'est l'un des axes jugés prioritaires pour 2002, voire 2003 si la mise en place n'est pas effective. Les besoins de communication exprimés par les résidents dans l'enquête de satisfaction ne peuvent que conforter le choix de cet axe d'amélioration. Concrètement, le rôle du référent reste à définir. Pour qu'une relation de confiance s'établisse avec la personne âgée, il semble nécessaire que sa mission ne s'arrête pas à l'accueil, mais s'étende à l'accompagnement de la personne de son entrée à la fin de son séjour. Le référent devrait intervenir à la demande du résident ou de sa famille, ainsi que de sa propre initiative. Dans tous les cas, il doit être capable d'apporter une réponse adaptée : cela ne veut pas dire qu'il doit avoir réponse à tout, mais plutôt qu'il doit orienter la personne âgée vers une personne plus apte à la renseigner. Fort de cette confiance que le résident va lui donner, le référent peut avoir un rôle pivot au sein de l'équipe soignante. Lors des réunions de transmission d'informations relatives à la prise en charge globale du résident, il peut favoriser une meilleure coordination de l'équipe.

Le principe de désignation d'un référent pourra également permettre d'impliquer le personnel ainsi valorisé par la délégation de certaines responsabilités.

Il n'en reste pas moins que ce projet rencontrera certainement des obstacles : l'effectif du personnel, les nombreux et longs arrêts de travail pour maladie ou maternité et la difficulté de recruter un personnel de remplacement stable.

En outre, toutes les occasions doivent être mises à profit pour communiquer avec les résidents. Par exemple, une réunion d'information pourrait avoir lieu pour la remise du règlement de fonctionnement applicable à tous les résidents, et celle du contrat de séjour. Ce dernier document est intéressant à lire puisqu'il informe le résident sur les différents aspects de la vie quotidienne, avec explication claire des prestations que peut fournir l'établissement, traçant ainsi les limites des responsabilités de chaque partenaire [34]. Un exposé des principaux points des deux documents pourrait intéresser les résidents qui n'ont pas trouvé la force de les lire et ceux qui n'en avaient pas connaissance. L'importance du règlement de fonctionnement et du contrat de séjour pour le respect des droits et libertés ne manquerait pas d'être soulignée.

L'ANDEM rappelle que l'utilisation d'outils de communication est susceptible d'améliorer la satisfaction des usagers [1]. Cette voie doit donc être étudiée pour répondre aux résidents en perte de repères à la recherche d'une oreille bienveillante. En effet, comme le souligne A. FROMENT, « l'être humain dans la solitude, la pudeur et la discrétion de la détresse justifie presque toujours un surcroît de respect, mais aussi la tendresse et l'admiration » [20].

2.2.2 De réponses aux attentes matérielles

Les résidents mettent en avant le nombre insuffisant de personnels le jour pour justifier en grande partie la non-qualité dans certains domaines : « ils n'ont pas toujours le temps de bien nettoyer », « les filles ont déjà suffisamment de travail pour ne pas venir faire les soins esthétiques ». En effet, selon l'état de dépendance physique et psychique de l'ensemble des résidents, la charge de travail est plus ou moins conséquente. Le Directeur, dans la convention tripartite, a souligné l'insuffisance de moyens en personnel qui peut conduire à démobiliser le personnel et à régresser en qualité. Par conséquent, il a été intégré au budget primitif de l'année 2002 la création d'un demi poste d'aide-soignante de jour et d'un poste d'aide-soignante de nuit pour un total de 45734,70 €, au titre de l'amélioration de la qualité, ainsi que l'incidence de la mise en place de la RTT (réduction du temps de travail). Un poste

de CEC (contrat emploi consolidé) et un poste d'emploi-jeune ont également continué à être pérennisés. Enfin, un demi poste d'IDE (infirmier diplômé d'état) a été proposé. Ces mesures nouvelles, acceptées par les autorités de tarification, vont dans le sens des besoins et attentes de la clientèle.

Pour respecter les rythmes et habitudes de vie des résidents, l'organisation du travail récemment modifiée par la réglementation sur la RTT nécessiterait de nouveaux changements. En effet, l'évaluation de la satisfaction a fait apparaître des insatisfactions quant aux horaires du dîner à la surprise du personnel. Ce problème, malheureusement courant dans les établissements pour personnes âgées, est d'autant plus difficile à gérer qu'il influe sur les contraintes d'amplitude de la journée de travail. Le protocole d'accord du 27 septembre 2001 sur la RTT dans la fonction publique hospitalière prévoit que dans le cas de travail discontinu, l'amplitude de la journée de travail ne peut être supérieure à 10h30. Lorsque les contraintes de continuité du service public l'exigent en permanence, le chef d'établissement peut, après avis du comité technique paritaire, déroger à la durée quotidienne du travail fixée pour les agents en travail continu, sans que l'amplitude de la journée de travail ne puisse dépasser 12h. Cette durée ne peut être fractionnée en plus de deux vacations d'une durée minimum de trois heures. La solution consiste le plus souvent en une transformation des postes à temps plein par l'équivalent en temps partiel qui n'est pas facilité par le statut de la fonction publique hospitalière.

En ce qui concerne les horaires de coucher, ou les autres problèmes matériels auxquels le résident est confronté dans sa vie quotidienne, le référent peut être la personne ressource qui va recueillir ses souhaits et en faire part au reste de l'équipe.

Quant à la formation professionnelle continue, c'est un bon moyen de favoriser un changement institutionnel, pour peu que cette formation soit destinée à une équipe, et non à une seule personne. Un regard extérieur est parfois nécessaire pour comprendre ses faiblesses mais aussi ses points forts.

Ainsi, les attentes des résidents peuvent donner lieu à des actions concrètes visant à améliorer leur quotidien. Ce sont des pistes de réflexion pouvant apporter plus de confort et de joie de vivre, que les professionnels pourront approfondir.

CONCLUSION

« Un vrai voyage de découverte n'est pas de chercher de nouvelles terres, mais d'avoir un œil nouveau »

Marcel PROUST

C'est ce regard nouveau qu'il a fallu savoir chercher, comprendre et utiliser dans le sens d'une amélioration de la qualité de l'ensemble des prestations.

L'évaluation de la satisfaction de la clientèle était une étape incontournable pour la Résidence de l'Yze. Les professionnels ont défini ce qu'ils estiment être une prise en charge de qualité. Il s'agissait à présent de confronter leur vision à celle des personnes âgées accueillies, et de réaffirmer la place centrale du résident en lui ouvrant un espace d'expression plus large. La démarche entreprise se devait surtout d'améliorer la qualité de vie offerte à la clientèle.

Cependant, prendre en compte les attentes des résidents n'est pas, on l'a vu, sans poser de problèmes de méthodes et de management. Tout d'abord, les réticences des professionnels mais aussi des personnes âgées, doivent être surmontées. En effet, évaluer la satisfaction de la clientèle peut être motivant pour le personnel et porteur d'espoir pour les usagers, à condition que le Directeur ait su présenter les finalités d'un tel projet. Puis, l'absence d'un questionnaire de satisfaction universel, considéré comme valide et fiable, ralentit le processus. L'établissement doit alors inventer son propre outil, à la lumière des objectifs qu'il s'est fixé, de ses caractéristiques et de la population qu'il accueille. Enfin, l'analyse des résultats doit être faite avec précaution : la satisfaction apparente et les faibles attentes de certaines personnes interrogées peuvent signifier une résignation face à l'avenir ou bien une situation de dépendance vis à vis de l'institution. L'interprétation des résultats est d'autant plus hasardeuse qu'une moitié de la clientèle est silencieuse, car jugée incapable de s'exprimer. Pourtant, ces personnes âgées avec une détérioration intellectuelle et souvent très dépendantes, ont autant besoin de soins, d'aides dans la vie quotidienne, et de soutien, sinon plus.

Le questionnaire de satisfaction dont dispose désormais la Résidence de l'Yze, ne peut être généralisable à d'autres EHPAD : tout d'abord parce qu'il prend en compte les spécificités de la structure, notamment son histoire, ses valeurs, ses pratiques, mais aussi parce qu'il est

adapté au type de clientèle actuelle. Un établissement hébergeant une population plus dépendante (avec un GIR moyen pondéré plus élevé) aurait plus de difficulté à le mettre en place et à faire une analyse des résultats pertinente. Néanmoins, la méthodologie présentée dans cette étude n'est pas applicable qu'aux EHPAD désireux d'élaborer un outil de mesure de la satisfaction. C'est un ensemble de recommandations utilisable pour toute enquête, que ce soit pour évaluer la satisfaction ou bien dans un autre domaine.

La simple construction du questionnaire n'a aucun but en soi, sinon mobiliser le personnel et lui rappeler la place centrale du résident, et surtout ne permet pas d'améliorer à elle seule la qualité des prestations. C'est l'analyse des résultats qui fera ressortir les points forts et les points faibles de l'institution perçus par les résidents à travers le spectre de leur subjectivité. Par la suite, le Directeur devra conjuguer les axes prioritaires dégagés par l'auto-évaluation et ceux mis en avant dans l'évaluation de la satisfaction de la clientèle. Il reste donc une étape décisive qui consiste à apporter des solutions aux attentes des résidents. A mon sens, développer la communication entre le Directeur, le personnel et les résidents en déterminant des référents par exemple, atténuera la plupart des insatisfactions.

La conduite de ce projet d'évaluation de la satisfaction de la clientèle est sans nul doute une expérience enrichissante qui m'a permis de mieux connaître la vie d'une institution, et surtout les personnes âgées auxquelles la Directeur se doit d'apporter une qualité de vie à la hauteur de leurs attentes.

Bibliographie

- [1] **ANAES**, *La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé*, Revue de la littérature médicale, septembre 1996.
- [2] **ANDRIEUX J.-J.**, *Des droits de l'usager à l'intérêt de la personne*, Les cahiers de l'actif, n°304/305, septembre - octobre 2001, p 53-58.
- [3] **ARFEUX-VAUCHER G., PASCAL B. et SARIAN R.**, *Réflexions et témoignages sur l'évaluation de la qualité de vie en établissement d'accueil*, Gérontologie et société, n°78, octobre 1996.
- [4] **AUBRY G.**, *Le référentiel d'évaluation et d'évolution de la qualité de la Résidence de l'Yze – De la théorie à la pratique*, ENSP, mémoire DESS, 2000.
- [5] **BANCEL-CHARENSOL et al.**, *Une société de services – Comment gérer des biens invisibles ?*, Sciences humaines, n° 91, février 1999.
- [6] **BIZEAU J.-P.**, *Usagers ou clients du service public ? Le discours de l'administration*, Revue administrative, n°296, mars - avril 1997, p 209-212.
- [7] **BONHOMME D.**, *La mesure de la qualité à l'hôpital*, Gestions hospitalières, n°324, mars 1993, Paris.
- [8] **BRAMI G.**, *La démarche qualité dans les EHPAD*, Berger Levraut, coll. Repère-Âge, Paris, 2001.
- [9] **CALLOCH P.**, *Tutelles et curatelles, régime juridique de la protection des majeurs*, éditions TSA, 4^{ème} édition, 2000.
- [10] **COLIN C. et COUTTON V.**, *Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance*, DRESS, Etudes et Résultats, n°94, décembre 2000, Paris.
- [11] **Colloque national 1986**, annales des cliniques psychologiques, Presses universitaires de Rennes-2, 1988.

- [12] **Creai Rhône-Alpes**, *Enquête sur la mise en place et les fonctionnements des conseils d'établissement, fin 1996*, n° 117, mars juin 1997, p 9-13.
- [13] **CROZIER M.**, *On ne change pas la société par décret*, Grasset, 1979, Paris.
- [14] **DELAVALLEE E.**, *Changement organisationnel et gestion des ressources humaines*, Les ressources humaines, 2^{ème} éd., Éditions d'organisation, 1999.
- [15] **DEROO M. et DUSSAIX A.-M.**, *Pratique et analyse des enquêtes par sondage*, Paris, PUF, 1980.
- [16] **Direction des hôpitaux**, *Évaluation de la satisfaction des patients : document d'orientation à l'intention des établissements de santé*, Informations hospitalières, n° spécial, n°47, décembre 1997, p 3-16.
- [17] **DUCALET P. et LAFORCADE M.**, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Paris, Seli Arslan, 2000.
- [18] **EENSCHOOTEN M.**, *Les personnes âgées en institution en 1998 : catégories sociales et revenus*, DRESS, Etudes et Résultats, n°108, mars 2001, Paris.
- [19] **FILSER M.**, *Le comportement de consommateur*, Précis Dalloz, 1994, p 237.
- [20] **FROMENT A.**, *La relation du médecin à la personne*, Gestions hospitalières, n°296 (supplément), 1990.
- [21] **GUILLIEN R. et MONTAGNIER G.**, *Termes juridiques*, Lexique Dalloz, 10^{ème} édition 1995.
- [22] **HERZBERG, MAUSNER, SNYDERMAN**, *The motivation to work*, 1959.
- [23] **HUMBERT C. et al.**, *Les usagers de l'action sociale – Sujets, clients ou bénéficiaires ?*, L'Harmattan, coll. Savoir et Formation, 2000.
- [24] **JANVIER R. et MATHO Y.**, *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action social – Contexte, pratiques, enjeux*, Dunod, coll. Action sociale, 1999.
- [25] **LABARERE J. et FRANCOIS P.**, *Évaluation de la satisfaction des patients par les établissements de soins - Revue de la littérature*, revue d'épidémiologie. et de santé publique, 1999, p 175-184.

- [26] **LAMBIN J.-J.**, *La recherche marketing – Analyser, mesurer, prévoir*, Édiscience, 1994.
- [27] **LEVY M.-J.**, *L'adulte handicapé mental en établissement social : l'institution et la personne*, Revue de droit sanitaire et social 1989,16.
- [28] **LHULLIER J.-M.**, *Libertés individuelles et « règlement de fonctionnement » des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Revue de droit sanitaire et social, n°35 (4) octobre - décembre 1999.
- [29] **LIKERT R.**, *A technique for the measurement of attitudes*, Arch. Psychol., n°140, 1932, p 5-55.
- [30] **LLOSA S.**, 13^{ème} congrès international de l'Association Française du Marketing, IAE Université Lyon 3, Toulouse 1995.
- [31] **LOUBAT J.-R.**, *Projet de réforme de la Loi de 1975 et nouveau travail social et médico-social*, Les cahiers de l'actif, n°304/305, septembre - octobre 2001, p 93-108.
- [32] **MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE**, *Améliorer la qualité en EHPAD*, Guide d'accompagnement ANGELIQUE, juin 2000.
- [33] **MAUNIER S.**, *Faire respecter les droits et libertés des résidents en maison de retraite : enjeux et contraintes institutionnelles*, ENSP, mémoire DESS, 1999
- [34] **MAYAUD A.-V.**, *L'accueil en maison de retraite : des attentes des résidents à la démarche qualité*, ENSP, mémoire DESS, 1998.
- [35] **MEILLAND-REY S.**, *Mise en place d'un système de mesure de la satisfaction des usagers de l'hôpital public : enjeux et perspectives – L'exemple du CH de Voiron*, ENSP, mémoire EDH 1998.
- [36] **MESSY J.**, *Besoin – Désir – Attente*, Gestions hospitalières, n°330, novembre 1993, p 650-660.
- [37] **MIETIKIEWICZ M.-C. et al.**, *Le bien-être en maison de retraite : auto-conception des résidents*, Pratiques psychologiques, n°3, 2000, p 19-28.
- [38] **MORET L. et al.**, *Évaluer la qualité de la vie : construction d'une échelle*, Revue d'épidémiologie et de santé publique, Volume 41, 1993, p 65-71.

- [39] **NORMANN R.**, *Le Management des services, théorie du moment de vérité*, Interéditions, 1994.
- [40] **PASCOE G.-C.**, *Patient Satisfaction in primary health care : a literature review and analysis*, Eval Progr Plan 1983 ; 6, p 185-210.
- [41] **PAULUS D.**, *Quelles priorités pour les personnes âgées vivant en institution ?*, Soins gérontologie, n°24, juillet – août 2000, p 29-32.
- [42] **PHANUEL D.**, *L'étude de satisfaction – Quelques points de repère*, Gestions hospitalières, n°381, décembre 1998, p 785-792.
- [43] **PINES A.**, *Beating burnout*, Rehab brief; Vol. V-n°3, 1998.
- [44] **POURIN C. et al.**, *La mesure de la satisfaction des patients hospitalisés – 1^{ère} parti : Aspects conceptuels et revue des travaux – 2^{ème} partie : Aspects méthodologiques*, Journal d'économie médicale, T.17, n°2-3, 1999, p 101-132.
- [45] **De QUATREBARBES B.**, *Usagers ou clients ? Marketing et qualité dans les services publics*, Paris, Les éditions d'organisation, coll. Service Public, 1996.
- [46] **RENAUT L.**, *Étude de la satisfaction des usagers : de la mesure de la satisfaction à l'amélioration de la qualité au CH de Sens*, ENSP, mémoire EDH, 1999.
- [47] **ROVERA-DEROUCHE D.**, *A grand âge, petite citoyenneté ?*, mémoire de DSTS, université de Paris XII Val de Marne, 1998.
- [48] **ROVERA-DEROUCHE**, *Des usagers...hors d'usage... ? Quelques réflexions sur la place de l'utilisateur dans les lieux de vie pour personnes âgées*, Les cahiers de l'actif, n°304/305, septembre - octobre 2001, p 67-76.
- [49] **SOUBIE C.**, *La mesure de la satisfaction des patients au CHU de Bordeaux*, ENSP, mémoire EDH, 1998.
- [50] **STAINES A.**, *La gestion des attentes de la population à l'égard du système de santé : actions possibles de la part des pouvoirs publics*, Santé publique, n°7, 1995, p 339-349.

- [51] **STEUDLER F.**, *Hôpital et urbanisme : les besoins et attentes des usagers*, Rev infirm, n°1, 1995, p 52-56.
- [52] **THOMAS R.**, *Les attitudes*, Paris, PUF, 1993.
- [53] **VERCAUTEREN R. et CHAPELEAU J.**, *Évaluer la qualité de la vie en maison de retraite*, Toulouse, Érès, coll. Pratiques du champ social, mars 1999.
- [54] **WARE J. E., DAVIS A. et STEWART A. L.**, *The measurement and meaning of patient satisfaction*, Health Medical Care Service. Revue, 1978.
- [55] **WARIN P.**, *Vers une évaluation des services publics par les usagers ?*, Sociologie du travail, n°3, 1993, p 309-331.
- [56] **WILLIAMS B.**, *Patient satisfaction : a valid concept ?*, Soc Sci Med, vol 38, n°4, 1994, p 509-516.

Liste des annexes

(Annexes non publiées)

- **ANNEXE I :** fiches extraites du *Référentiel d'évaluation et d'évolution de la qualité de la Résidence de l'Yze* ;

- **ANNEXE II :** grilles d'analyse des résultats de l'auto-évaluation ;

- **ANNEXE III :** extraits du questionnaire de satisfaction de la clientèle de la Résidence de l'Yze ;

- **ANNEXE IV :** grilles d'analyse des résultats de l'évaluation de la satisfaction de la clientèle