



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'Établissement Sanitaire
et Social public**

Promotion : **2006 - 2007**

Date du Jury : **Décembre 2007**

**LA MISE EN ŒUVRE D'UNE DÉMARCHE QUALITÉ :
UNE OPPORTUNITÉ MANAGÉRIALE POUR UN
DIRECTEUR D'EHPAD**

L'EXEMPLE DE L'EHPAD SAINT JACQUES DE GRENADE / GARONNE (31)

Virginie PICOT

Remerciements

Je remercie Madame Michèle LEBECQ-MERAS, Directrice de l'EHPAD Saint Jacques, pour m'avoir accueillie au sein de l'établissement dans une période difficile tant pour elle que pour la structure. Je tiens à lui souhaiter un prompt rétablissement et une retraite heureuse.

Je souhaite également remercier chaleureusement Monsieur Claude FONQUERNIE, Directeur intérimaire de l'EHPAD, pour son soutien et pour la confiance qu'il a su me témoigner au quotidien.

De plus, j'ai une pensée particulière pour :

- Monsieur Jean Loup VACHON, Cadre Supérieur de Santé, pour sa précieuse collaboration et sa motivation permanente ;
- Madame Elisabeth GRUARIN, Adjoint Administratif chargée du secrétariat de direction, pour l'excellent travail qu'elle réalise au quotidien ainsi que pour sa grande disponibilité ;
- L'ensemble du personnel de l'EHPAD Saint Jacques pour son accueil et son implication dans la mise en œuvre de la démarche qualité, mission principale de mon stage ;
- Toutes les personnes que j'ai pu rencontrer au cours de ce stage et qui m'ont permis de réaliser ce mémoire.

Je remercie également Monsieur Jean Marc GILBON, Responsable de filière à l'ENSP, pour m'avoir permis de poursuivre mon stage dans la situation particulière d'un intérim de direction, ainsi que Madame Pascaline POTET, Directrice d'EHPAD et Monsieur Germain BERTRAND, enseignant, pour leurs conseils avisés.

Enfin, merci à Philippe pour son aide technique, sa compréhension et son soutien permanent.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 LE CONCEPT DE DÉMARCHE QUALITÉ EN EHPAD.....	5
1.1 Un peu d'histoire : la qualité, de l'origine à nos jours.....	5
1.1.1 La qualité à l'origine	5
1.1.2 La révolution industrielle à l'origine du développement de la qualité.....	6
1.1.3 Le développement plus récent de la notion de qualité	6
1.1.4 La mise en oeuvre dans le secteur sanitaire	7
1.2 La qualité en EHPAD aujourd'hui : les fondements de la démarche.....	8
1.2.1 Essai de définition de la notion de qualité en gérontologie	8
1.2.2 L'évolution de la réglementation dans le secteur gérontologique	10
1.2.3 Les enjeux de la mise en oeuvre d'une démarche qualité en EHPAD	13
1.2.4 Les étapes de la démarche.....	14
1.3 La démarche qualité en EHPAD de nos jours : un premier bilan de la mise en oeuvre sur le terrain	17
1.3.1 De réelles difficultés de mise en oeuvre au sein des EHPAD	17
1.3.2 Une volonté manifeste de progresser.....	19
2 LA GENÈSE D'UNE NOUVELLE CULTURE D'ÉTABLISSEMENT BASÉE SUR LA DÉMARCHE QUALITÉ AU SEIN DE L'EHPAD SAINT JACQUES : LA MISE EN ŒUVRE DES OUTILS DU MANAGEMENT DE LA QUALITÉ POUR (RE)DYNAMISER LA STRUCTURE.....	21
2.1 La qualité repose sur un mode de management participatif impliquant l'ensemble des acteurs.....	22
2.1.1 La participation des acteurs au pilotage de la démarche qualité	23
2.1.2 La participation des professionnels à l'auto évaluation et à la constitution du Plan d'Action Qualité.....	23
2.1.3 La responsabilisation des personnels par la nomination de « référents ».....	25
2.2 L'importance de la communication et de la formation dans cette démarche.....	26
2.2.1 La stratégie de communication.....	26
2.2.2 Le dialogue instauré à travers les entretiens annuels d'évaluation	31
2.2.3 La formation au service de la démarche qualité.....	32

2.3	Les résultats constatés au sein de l'EHPAD Saint Jacques sur la dynamique générale de l'établissement.....	33
2.3.1	Les effets constatés auprès du personnel	33
2.3.2	Les effets constatés auprès des résidents et de leur famille.....	34
2.3.3	Le bilan général pour l'établissement : la genèse d'une nouvelle culture	35
3	PÉRENNISER CETTE NOUVELLE DYNAMIQUE BASÉE SUR LA DÉMARCHE QUALITÉ.....	37
3.1	Consacrer l'existence d'une véritable fonction qualité au sein de l'établissement.....	37
3.1.1	Identifier un responsable qualité	37
3.1.2	Nommer des référents qualité au sein des services.....	39
3.1.3	Le rôle essentiel du Comité Qualité	39
3.2	Anticiper les évolutions à venir et aller au-delà des obligations légales et réglementaires.....	41
3.2.1	S'inspirer de l'expérience hospitalière.....	41
3.2.2	Ancrer les évaluations internes dans la pratique de l'établissement.....	43
3.2.3	Construire un référentiel d'évaluation interne sur le modèle du secteur du handicap, de l'enfance ou de l'insertion.....	43
3.3	Ouvrir d'avantage l'établissement sur son environnement.....	45
3.3.1	Rechercher l'adhésion des médecins libéraux à la démarche qualité	45
3.3.2	Le partage d'expériences et le travail en réseau	46
3.4	Engager une véritable réflexion sur l'absentéisme	48
3.4.1	Les caractéristiques de l'absentéisme.....	48
3.4.2	La situation actuelle de l'établissement.....	49
3.4.3	Les actions envisageables pour lutter contre ce phénomène	49
	Conclusion.....	51
	Bibliographie	53
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AFAQ	Association Française pour l'Amélioration et le management de la Qualité
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANESM	l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux
AFNOR	Association Française de NORmalisation
ANGÉLIQUE	Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Établissements
CA	Conseil d'Administration
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNESMS	Conseil Nationale de l'Évaluation Sociale et Médico-Sociale
CTE	Comité Technique d'Établissement
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DESS	Directeur d'Établissement Sanitaire et Social
EHPAD	Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes
ENSP	École Nationale de la Santé Publique
EPP	Évaluation des Pratiques Professionnelles
ETP	Effectif Temps Plein
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GIP	Groupement d'Intérêt Public
HAS	Haute Autorité en Santé
ISO	International Standardization Organization
PAQ	Plan d'Action Qualité
REQUA	RÉseau QUALité des établissements de santé de Franche Conté
REQUASS	RÉseau QUALité Sanitaire et Social

INTRODUCTION

Le métier de directeur d'établissement sanitaire et social nécessite des connaissances et des compétences dans de nombreux domaines et implique une importante capacité d'adaptation aux différents contextes et réalités qu'il est amené à rencontrer au cours de sa carrière.

La mise en œuvre d'un management dynamique et moderne constitue l'un des socles des compétences requises. S'agissant de l'ensemble des actions permettant de conduire une organisation de manière efficace, les différentes formes de management à la disposition des dirigeants sont multiples. De plus, cette notion évolue rapidement au gré des mutations de la société économique. Il peut donc sembler difficile de s'y retrouver et d'être efficace dans ce domaine. Il s'agit pourtant de développer des solutions éprouvées aux problèmes couramment rencontrés au sein des structures.

De plus, sur le terrain, les dirigeants n'ont pas toujours les moyens d'appliquer les principes de management reconnus pour leur efficacité et plusieurs éléments semblent à l'origine de cette difficulté :

- Les personnels de direction sont d'origines professionnelles diverses et de formations initiales variées. La notion de management y est abordée de manière inégale. La formation commune des directeurs d'établissements sanitaires et sociaux est relativement récente. Tous n'ont donc pas la même perception de cette notion et ne disposent pas des mêmes outils. Sur la base de leurs connaissances, ils développent alors différents styles de management influencés par leur personnalité ;
- La mise en œuvre d'une réglementation toujours plus abondante amène les dirigeants à travailler et à réagir dans l'urgence. Ce mode d'exercice constitue un obstacle à la planification des actions et à la réflexion initiale que nécessite la mise en œuvre de tout projet. En effet, les personnels de direction déterminent des objectifs en lien avec le projet de leur établissement. Pourtant, le quotidien les oblige bien souvent à s'éloigner des objectifs fixés (manque de moyens financiers et humains, action dans l'urgence...) ;
- Les directeurs de structures sanitaires et sociales sont souvent monopolisés par les difficultés quotidiennes rencontrées au sein des établissements de petite dimension. Les équipes administratives sont bien souvent réduites. Ils disposent de peu de temps pour mettre en œuvre les principes clés du management.

L'ensemble de ces éléments rend complexe la mise en œuvre d'un mode de management efficace. Certaines structures semblent alors repliées sur des traditions et habitudes de travail anciennes qui ne sont plus adaptées à la réalité du terrain. Ces

dernières reposent même parfois sur une forme de conservatisme dans laquelle la culture du changement n'est pas intégrée. Dans ce type de structure, il est fréquent d'entendre certaines remarques : « on a toujours fait comme ça », « pourquoi changer, ça a toujours fonctionné ainsi ». Ce constat ne signifie pas pour autant que la prise en charge des résidents n'est pas de bonne qualité ou que le personnel ne souhaite pas s'impliquer. Il signifie simplement que la culture d'établissement est figée entraînant de nombreuses résistances aux changements.

Dans ce type d'établissement, il arrive que les personnels soient en partie démotivés et démobilisés, les projets novateurs sont alors naturellement rejetés par l'ensemble des acteurs avant même d'être mis en œuvre, les changements sont difficiles à impulser, l'établissement manque alors de dynamisme.

A ce constat s'ajoutent parfois des difficultés de circulation de l'information et de communication, le secteur sanitaire et social étant réputé pour le « *cloisonnement des professionnels, pour son immobilisme et son archaïsme managérial* »¹.

Parallèlement la notion de démarche qualité est apparue au sein des EHPAD et l'arrêté du 26 avril 1999² consacre la nécessité pour ces établissements de mettre en œuvre une telle réflexion. La loi du 2 janvier 2002³ mentionne explicitement le caractère obligatoire de la mise en œuvre de cette démarche ayant pour objectif d'améliorer de façon continue la qualité du service rendu par une réflexion permanente sur les pratiques. Il semble alors opportun de profiter de la mise en œuvre d'une telle démarche pour adopter une nouvelle forme de management et impulser une nouvelle dynamique d'établissement basée sur l'action et la réflexion collective. En effet, le management doit être étroitement associé à la mise en place et au soutien d'une démarche qualité envisagée comme un nouveau mode de pensée de l'organisation.

Ce mémoire a donc pour objet d'envisager la possibilité de créer cette nouvelle dynamique d'établissement par l'instauration d'un nouveau mode de gestion basé sur les

¹ LECLET H. et VILCOT C., août 2003 – *Qualité en gérontologie : questions et outils pour agir* – 1^{ère} édition, Paris : AFNOR, 420p

² 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. Journal officiel, n°98 du 27 avril 1999, p6256

³ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel, n°2 du 3 janvier 2002, p124

principes de la démarche qualité en EHPAD. En effet, les outils de management utilisés dans la mise en œuvre de cette démarche constituent autant de leviers de l'action qui doivent être mis à profit pour (re)dynamiser les structures, améliorer la qualité des prestations et par-là même le bien être des résidents accueillis. C'est le fondement même du métier de directeur d'établissement.

La réflexion qui suit a été réalisée dans le cadre de L'EHPAD Saint Jacques de Grenade sur Garonne, structure de 225 lits d'hébergement dans laquelle j'ai réalisé mon stage de professionnalisation de Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social (DESS). Cet établissement a fait très récemment l'objet d'une reconstruction intégrale sur deux nouveaux sites distants de 25 kilomètres (ouverture en mai 2005). Pour mener à bien sa mission, il dispose d'environ 140 Effectifs Temps Pleins (ETP) inscrits au tableau des emplois permanents et d'une vingtaine d'agents contractuels et contrats aidés. L'investissement de l'ensemble du personnel, y compris la direction, s'est naturellement porté sur ce projet de reconstruction pendant près d'une dizaine d'années. Sa mise en œuvre a nécessité une mobilisation importante de la part de tous au détriment d'autres réflexions indispensables telles que la démarche qualité. Aucun projet secondaire d'envergure n'a été engagé depuis l'initiation de cette reconstruction. Depuis la mise en service des nouveaux locaux et le déménagement effectif des résidents, il n'y a pas eu de nouveau projet d'initié en dehors de chantiers isolés tels que la gestion des risques. La réflexion s'est principalement centrée sur l'adoption d'une nouvelle organisation adaptée aux locaux sans toutefois faire l'objet de la rédaction de projets d'unités, d'un projet de vie ou d'un projet d'établissement.

Les autorités de tarification ont tout d'abord accepté cette situation, la reconstruction étant une priorité affichée. Mais elles ont finalement rappelé l'obligation d'initier une démarche qualité dans le courant de l'année 2006.

L'analyse de l'enquête de satisfaction réalisée auprès de l'ensemble des personnels de l'EHPAD en début de stage a illustré les difficultés précédemment décrites. Les résultats ont démontré que les personnels étaient démotivés notamment en raison du mode de management adopté au sein de l'établissement. Le manque d'équité dans la gestion des ressources humaines et de transparence des pratiques ont souvent été pointés du doigt. Le manque de cohérence du plan de formation et l'absence de critères objectifs d'attribution ont régulièrement été soulignés. Ces différents aspects justifiaient à eux seuls l'immobilisme adopté par l'ensemble des acteurs au sein de l'établissement. Toutefois, la plupart des agents restait optimiste quant aux possibilités d'évolution de la situation au sein de l'établissement notamment à travers la mise en œuvre de la démarche qualité.

Après avoir initié cette démarche au sein de l'établissement conformément aux principes de management qu'elle implique, j'ai réalisé des entretiens individuels avec les différentes catégories de personnels pour évaluer l'évolution de leur perception de la situation au sein de l'EHPAD. Les différents témoignages recueillis ont confirmé une nouvelle motivation d'ensemble et des attentes fortes quant au devenir de la démarche. L'analyse des entretiens annuels d'évaluation, réalisés pour la première fois au sein de l'EHPAD St Jacques a abouti aux mêmes conclusions. L'étude de la littérature relative à la démarche qualité et au management en général a appuyé ces témoignages et conforté ma réflexion.

Forte de ces constats, mon hypothèse de travail a été la suivante : la mise en œuvre d'une démarche qualité constitue une opportunité managériale permettant de créer une nouvelle dynamique au sein d'un établissement.

Pour guider mes investigations, il m'est apparu nécessaire d'approfondir le concept de démarche qualité en EHPAD (1) avant de pouvoir envisager la possibilité de créer une nouvelle culture d'établissement basée sur cette approche dynamique (2). Cette analyse me permet de proposer des actions susceptibles de favoriser la pérennisation d'une telle démarche (3).

1 LE CONCEPT DE DÉMARCHE QUALITÉ EN EHPAD

La notion de qualité est aujourd'hui un concept bien connu des différents secteurs professionnels. De nombreux ouvrages et articles traitent de la qualité, les référentiels se sont multipliés et l'offre de formation initiale et continue dans ce domaine est pléthorique. Ce terme générique est défini par l'Association Française de NORmalisation (AFNOR) comme "*l'ensemble des caractéristiques d'un produit ou service qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés ou implicites*"⁴. Cette définition peut sembler technique et difficile à appréhender pour des personnels exerçant leurs fonctions en EHPAD. Les professionnels avec qui j'ai eu l'occasion d'échanger sur leur conception de la notion de qualité disent simplement qu'il s'agit pour eux de chercher à améliorer quotidiennement leurs pratiques afin de garantir la qualité de vie des résidents. Il me paraît donc nécessaire de faire le point sur cette notion en rappelant son historique (1.1) et en définissant ses mécanismes (1.2), avant d'envisager son adaptation récente au secteur des personnes âgées (1.3). Mon approche se base volontairement sur une vision simple et abordable de la conception de qualité qui me semble plus appropriée pour des établissements à taille humaine.

1.1 Un peu d'histoire : la qualité, de l'origine à nos jours

1.1.1 La qualité à l'origine

Bien que l'utilisation de ce terme soit relativement récente dans le secteur sanitaire et social, la recherche de la qualité pour tendre vers un idéal a sans doute toujours guidé le travail de l'homme. Très tôt, les premières normes écrites ont vu le jour pour spécifier les caractéristiques d'un produit dans le but de garantir la qualité de sa fabrication. On retrouve la trace de la première norme européenne sur une stèle de la Grèce antique.

En Europe, dès le Moyen-âge, des règles de fonctionnement et de production ont été édictées afin de garantir la conformité des produits à des normes écrites.

Au 18^{ème} siècle, Colbert, intendant de Louis XIV, souhaitait déjà assurer la qualité des produits fabriqués sur le territoire pour susciter l'intérêt des acheteurs étrangers et assurer la richesse du royaume.

Les premiers référentiels ont ensuite rapidement vu le jour, notamment dans le domaine militaire et de l'armement. Pourtant, il faudra attendre le développement de l'industrie pour que la notion de qualité soit consacrée.

⁴ Norme ISO 8402

1.1.2 La révolution industrielle à l'origine du développement de la qualité

Même si l'on n'utilise pas encore le terme de qualité, ses premières composantes voient réellement le jour à la fin du 19^{ème} siècle à travers les notions de contrôle et de normalisation.

Le contrôle de la conformité des produits aux consignes de production devient une véritable préoccupation des entreprises avec le développement de la fabrication industrielle. S'agissant d'une production fondée sur une division du travail par atelier⁵, le moindre écart pouvait interrompre la fabrication dans son ensemble. Une fonction de contrôle des chaînes de production voit alors le jour, pour contrôler le comportement des ouvriers tout autant que la qualité des produits fabriqués. A partir de 1920, le contrôle du produit se déplace progressivement vers celui des différentes étapes de production, s'agissant de détecter les défaillances plus en amont dans la chaîne de fabrication.

En France, l'AFNOR voit le jour en 1926 dans le but de multiplier les premiers travaux de normalisation. Il s'agit alors de promouvoir la définition de normes techniques spécifiques pour améliorer la compétitivité de l'industrie française par rapport aux autres nations.

Ces deux concepts de contrôle et de normalisation ont marqué un tournant important dans l'histoire de la qualité. Cependant, on ne peut pas encore parler de management de la qualité dans sa conception moderne.

1.1.3 Le développement plus récent de la notion de qualité

Le terme de "qualité" commence à être utilisé autour des années 50 en Europe à travers la notion de "contrôle qualité", s'agissant toujours de réaliser des contrôles dans l'ensemble du processus de production, mais cette fois dans un but préventif.

En 1947, l'International Standardization Organization (ISO) regroupant un réseau d'instituts de normalisation de 147 pays, voit le jour afin d'assurer la coordination de la production internationale de normes techniques.

Le premier modèle de management de la qualité voit le jour au Japon au début des années 60 à l'initiative de la Japan Union of Scientists and Engineers (JUSE) avec les premiers "cercles de qualité". Il s'agit alors d'améliorer les méthodes de management des hommes par la réalisation du contrôle en concertation avec les ouvriers.

Différentes expériences de management ont ensuite été réalisées pour améliorer la qualité des produits fabriqués. Malgré de nombreux échecs, ces expériences ont le mérite d'avoir progressivement développé une dynamique dans le management des entreprises,

⁵ Organisation Scientifique du Travail (O.S.T.) selon l'Américain F.W. TAYLOR

considérant la qualité comme un facteur de compétitivité. La satisfaction du client est recherchée, au même titre qu'une efficacité économique et sociale de l'entreprise.

La notion de qualité devient progressivement une préoccupation internationale au début des années 80 avec les travaux de l'ISO, s'agissant de définir des normes internationales de qualité. En Europe, l'European Foundation for Quality Management (EFQM) voit le jour en 1988. Le management de la qualité visant à satisfaire le client est alors définitivement intégré dans la vie des entreprises dans le secteur industriel, commercial, mais aussi des services.

1.1.4 La mise en oeuvre dans le secteur sanitaire

Le concept de qualité a ensuite progressivement évolué vers les organisations non marchandes et plus particulièrement dans le secteur sanitaire. Considérant l'existence de liens étroits entre les secteurs sanitaire et social, il semble indispensable d'évoquer le développement du concept de qualité dans le champ sanitaire.

Le cadre législatif et réglementaire relatif à la qualité de la prise en charge des usagers des établissements de santé s'est développé progressivement pour leur imposer de garantir la qualité des soins :

- La loi hospitalière du 31 juillet 1991⁶ prévoit la mise en oeuvre d'une politique visant à garantir la qualité de la prise en charge du patient. L'engagement dans une démarche qualité devient donc une obligation législative pour les établissements de santé. Toutefois, le législateur n'a pas alors prévu de sanction en cas de défaut d'engagement d'une structure. L'engouement pour la qualité est donc resté très limité.
- L'ordonnance du 24 avril 1996⁷ remédie à cette difficulté en instaurant une procédure d'évaluation externe, l'accréditation, menée par des professionnels de santé, à laquelle l'ensemble des établissements sanitaires doit se soumettre selon une périodicité définie par la loi. Cette procédure est alors coordonnée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), organisme indépendant créé par la même ordonnance. L'accréditation a alors pour objectif de *"s'assurer que les conditions de sécurité, de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement de santé"*⁸. Pour la première

⁶ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal officiel, n°179 du 2 août 1991, p10266

⁷ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal officiel, n°98 du 25 avril 1996, p6324

⁸ ANAES – Manuel d'accréditation des établissements de santé, deuxième procédure d'accréditation – Paris, septembre 2004, p8

fois, les résultats et conclusions de cette procédure sont portés à la connaissance du grand public sur le site Internet de l'ANAES.

- La loi du 13 août 2004⁹ confie les missions antérieures de l'ANAES à un nouvel organisme indépendant la Haute Autorité en Santé (HAS). L'accréditation des établissements de santé devient une certification.

1.2 La qualité en EHPAD aujourd'hui : les fondements de la démarche

Le concept de qualité en établissement pour personnes âgées s'est développé beaucoup plus récemment dans la lignée des évolutions rencontrées dans le domaine hospitalier.

1.2.1 Essai de définition de la notion de qualité en gérontologie

Le secteur gérontologique doit répondre aujourd'hui à des défis majeurs qui lui sont propres : le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, l'évolution rapide de la législation... Il s'agit donc bien d'un secteur à part entière indépendamment des liens étroits qu'il entretient avec le secteur sanitaire. Le concept de qualité en gérontologie doit donc être différencié de celui développé dans les établissements hospitaliers et doit être adapté. Cette individualisation justifie notamment que les outils du management de la qualité soient adaptés aux spécificités culturelles et organisationnelles de ce secteur.

Pourtant, il n'existe pas de définition formelle de la notion de qualité propre au secteur gérontologique. Mes différentes recherches et leur mise en œuvre sur le terrain m'amènent à définir la qualité en gérontologie de manière simple : c'est accueillir et accompagner des personnes âgées en institution en recherchant quotidiennement leur bien être et en favorisant leur autonomie. Il s'agit toujours de rechercher la satisfaction des personnes hébergées en répondant au mieux à leurs besoins et attentes dans le respect de leur état physique et psychique et de leurs possibilités. La notion de satisfaction du résident est donc centrale et replace la personne âgée au centre du fonctionnement de l'établissement.

La mise en œuvre de démarche qualité en EHPAD consiste donc à rechercher à améliorer de façon continue les pratiques et les prestations de prise en charge afin de répondre aux différents besoins des résidents. C'est donc travailler continuellement à leur qualité de vie.

⁹ Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal officiel, n°190 du 17 août 2004, p14598

Il ne s'agit pas pour autant de rechercher la perfection absolue. En effet, bien que la dimension humaine et affective soit essentielle, elle doit être croisée avec la contrainte budgétaire. Il s'agit bien de chercher à « faire mieux » pour garantir la qualité de vie, mais dans la limite du budget de l'établissement et des possibilités humaines. La perfection est un idéal qui doit guider l'action de l'établissement sans pour autant constituer une finalité. C'est donc faire progresser les pratiques quotidiennes, dans chaque domaine, de manière organisée en fixant des priorités de travail.

Par ailleurs, la qualité en gériologie recouvre différents termes qu'il est important de clarifier.

- Le management de la qualité : Il s'agit de l'ensemble des activités coordonnées par l'équipe de direction qui permettent d'orienter et d'évaluer une structure en matière de qualité. Il concerne donc tous les domaines et tous les secteurs d'activité. La pratique managériale générale du directeur doit s'appuyer sur ce mode de gestion.
- La qualité démontrée : la mise en place d'une démarche qualité a notamment pour objectif d'apporter la preuve des pratiques adoptées au sein de l'établissement. Il s'agit donc d'assurer la qualité des pratiques en respectant quatre étapes essentielles :
 - ① Ecrire (décrire) ce que l'on fait
 - ② Faire ce qui est écrit
 - ③ Vérifier la conformité des actes et des écrits
 - ④ Corriger ou adapter les écrits et les actesCette description porte uniquement sur les points clés de la prise en charge afin d'éviter une surabondance de documents inutiles et une bureaucratisation excessive.
- L'évaluation : elle consiste en la comparaison des pratiques aux recommandations établies afin de mesurer les écarts entre la qualité effective des prestations et la qualité attendue. Elle permet donc à l'établissement de se situer par rapport aux normes communément admises.
- L'auto évaluation : Il s'agit d'une méthode permettant à une équipe de professionnels de réaliser elle-même une évaluation de ses pratiques au regard d'un référentiel déterminé.
- Le référentiel : c'est un document regroupant et décrivant les critères précis qu'un établissement doit respecter pour certifier la qualité de ses prestations

et de son organisation. Il s'agit donc du document auquel on se réfère pour coordonner le travail d'une équipe dans l'action. Il sert de support à la réalisation de l'auto évaluation.

➤ Les protocoles, les procédures et les enregistrements :

Une procédure est un document définissant « *la manière spécifiée d'accomplir une activité* »¹⁰. Il s'agit donc de définir les modalités de réalisation d'une activité qui se répète en définissant qui fait quoi, à quel moment et comment.

Le protocole détaille une opération précise décrite ou non dans une procédure.

Les enregistrements correspondent aux documents complétés au quotidien par les professionnels permettant de prouver que les actions ont été réalisées (courriers, comptes rendus de réunion, formulaires...).

➤ Les indicateurs : ce sont des éléments observables et mesurables permettant d'appréhender le niveau de satisfaction des exigences définies en matière de qualité, notamment dans le référentiel utilisé.

➤ La certification : les EHPAD ont la possibilité de rechercher volontairement une reconnaissance des efforts et des démarches qualité entreprises en allant au-delà de l'obligation réglementaire. Certains choisissent donc de se faire certifier selon la norme ISO 9001 délivrée par l'Agence Française d'Amélioration de la Qualité (AFAQ).

1.2.2 L'évolution de la réglementation dans le secteur gérontologique

Face à la diversité des initiatives en matière de qualité dans le secteur gérontologique, le législateur est intervenu en 1999¹¹ pour introduire l'exigence de formaliser une démarche d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité dans les EHPAD. Ce texte introduit l'obligation de signature d'une convention tripartite d'une durée de cinq ans entre les établissements hébergeant des personnes âgées, le Conseil Général et la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales. Préalablement les établissements se voient imposer l'obligation de réaliser une auto évaluation de la qualité de leur fonctionnement à l'aide d'un référentiel conçu pour les aider dans cette

¹⁰ Norme ISO 8402

¹¹ Arrêté du 26 avril 1999, op.cit.

démarche, le référentiel ANGELIQUE¹². Il s'agit alors de formaliser les engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité, les pouvoirs publics s'engageant à fournir les moyens de la mise en œuvre de certains projets.

Plus récemment, la loi du 2 janvier 2002¹³ impose la mise en œuvre d'une démarche qualité en EHPAD en les obligeant à procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent. Ils doivent ainsi procéder à deux types d'évaluation, s'agissant d'analyser les dispositifs organisationnels qui régissent l'ensemble des activités de l'établissement et d'identifier les écarts entre la norme et les pratiques :

- Une évaluation interne menée de manière participative par l'ensemble du personnel de l'établissement. Les résultats de cette évaluation doivent être transmis tous les cinq ans à l'autorité ayant délivrée l'autorisation de fonctionnement. Cette évaluation interne devait initialement intervenir avant le 4 janvier 2007 pour les établissements autorisés avant la loi du 2 janvier 2002.
- Une évaluation externe, menée à la demande de l'établissement par un organisme extérieur habilité, sur le modèle de la visite de certification des établissements de santé. Elle doit être effectuée au cours des sept années suivant l'autorisation de fonctionnement ou son renouvellement et au moins deux avant la date de celle-ci. Les résultats de cette analyse sont également communiqués à l'autorité de tarification. La première évaluation externe devait intervenir avant le 4 janvier 2009.

La liste des établissements habilités à mener les évaluations externes devrait prochainement être adoptée suite à la parution d'un décret en mai 2007¹⁴ fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

¹² ANGELIQUE : Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements .

¹³ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, op. cit.

¹⁴ Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Journal officiel, n°113, du 16 mai 2007, p9373

Afin d'aider les établissements dans cette démarche d'évaluation, la Loi du 26 novembre 2003¹⁵ a créé le Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale (CNESMS) chargé de produire des référentiels et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La Loi du 21 décembre 2006¹⁶ remplace cet organisme par une nouvelle entité, l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) inaugurée le 21 mars 2007. Cette nouvelle intervention du législateur repose sur un constat sévère dressé par le ministère de la santé¹⁷ : *« aucun résultat n'a été obtenu, les établissements ont été peu incités à développer une démarche qualité et n'ont pas été accompagnés par les pouvoirs publics, le CNESMS a rencontré de nombreuses difficultés dans la rédaction des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, la démarche d'évaluation prévue par la loi de 2002 n'a été engagée qu'en partie »*. Il semble que les complications rencontrées par le CNESMS aient été principalement dues à l'absence de moyens propres ; la création de l'ANESMS, dont les missions en matière d'évaluation ont été renforcées doit permettre de remédier à ces difficultés.

Toutefois, ces problèmes ne sont pas sans conséquence ; face au retard dans l'avancement des travaux du CNESMS, devenu ANESM, une circulaire du 10 février 2006¹⁸ prévoit un délai supplémentaire pour la réalisation des évaluations internes et externes dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elle précise que le calendrier initial des évaluations prévues par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 ne sera pas imposé, de nouvelles dispositions législatives devant définir un nouveau calendrier. La hiérarchie des normes françaises accorde aux lois une supériorité juridique sur les circulaires, on peut donc s'interroger sur la cohérence de l'organisation actuelle de ces évaluations.

¹⁵ Décret n°2003-1134 du 26 novembre 2003 relatif au Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale mentionné à l'article L312-8 du code de l'action sociale et des familles. Journal officiel, n°276 du 29 novembre 2003, p20403

¹⁶ Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007. Journal officiel, n°296 du 22 décembre 2006, p19315

¹⁷ Source : site Internet www.territorial.fr

¹⁸ Circulaire DGAS/2006/53 du 10 février 2006 relative aux dates de mise en œuvre des évaluations prévues par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (texte non paru au journal officiel)

1.2.3 Les enjeux de la mise en oeuvre d'une démarche qualité en EHPAD

Les raisons incitant les EHPAD à mettre en oeuvre des démarches qualité sont nombreuses. Nous avons vu que la réglementation l'impose, mais c'est surtout pour les dirigeants une manière de répondre aux évolutions majeures du secteur gérontologique et de satisfaire les personnes âgées accueillies au sein de leurs structures. Les enjeux sont donc multiples et liés à l'établissement lui-même ou à son environnement :

- Il s'agit de répondre efficacement au vieillissement de la population en garantissant l'efficacité de la prise en charge de personnes âgées dépendantes en institution. La réflexion doit permettre de maintenir l'autonomie de vie des personnes accueillies et d'améliorer leur prise en charge au sein des EHPAD. La législation place en effet, la personne âgée dépendante au cœur de la réflexion en (ré)affirmant ses droits, et en particulier celui de bénéficier d'une prise en charge de qualité en établissement.

- Il est nécessaire de répondre aux exigences de plus en plus marquées des résidents et de leur entourage familial, fréquemment associés à des « consommateurs » à part entière. A son tour, le secteur gérontologique est marqué par le développement du « consumérisme », en particulier parce que les tarifs pratiqués sont de plus en plus élevés. Les usagers deviennent progressivement les « clients » des institutions, devenues fournisseurs ou prestataires de services.

- Dans un contexte où l'offre de soins se diversifie et où la concurrence se développe, il est nécessaire pour les établissements de véhiculer une image de marque positive pour assurer leur pérennité.

- La démarche qualité permet de repenser l'organisation des établissements en cherchant continuellement à l'améliorer. Les principaux risques et dysfonctionnements sont identifiés afin d'être corrigés. Elle permet donc de maîtriser en oeuvre une véritable gestion des risques, et donc de satisfaire aux contraintes réglementaires de plus en plus nombreuses, notamment en matière de sécurité. De plus, elle s'appuie sur un système documentaire étoffé permettant d'apporter la preuve de l'existence des pratiques au sein de l'établissement et donc de limiter la responsabilité des professionnels en cas de problème.

- Pour le personnel, la mise en oeuvre d'une démarche qualité doit permettre d'améliorer leurs conditions de vie au travail. En effet, la satisfaction des usagers et l'organisation générale du travail étant améliorée, leurs métiers sont (re)valorisés. De plus, leur implication dans la démarche est indispensable ; les personnels réfléchissent eux-mêmes aux solutions à mettre en oeuvre face aux dysfonctionnements rencontrés. Cette démarche est donc source de motivation pour les salariés des institutions qui se

sentent responsabilisés. Leur autonomie professionnelle est recherchée et leur implication valorisée.

- Le secteur sanitaire et social rencontre des difficultés dans le recrutement des professionnels médicaux et paramédicaux qualifiés (médecins, infirmier(e)s, aide-soignant(e)s, kinésithérapeutes...). Ces métiers sont considérés comme pénibles et difficiles et les départs en retraite vont se multiplier dans les prochaines années. La mobilité professionnelle et géographique ne cesse de s'accroître. Il est donc nécessaire pour les établissements d'être attractifs et de fidéliser leurs personnels.

- D'un point de vue économique, la « non-qualité » a un coût dans un contexte où les moyens financiers sont restreints et où il faut maîtriser les dépenses sociales. Cette réflexion permet de limiter le coût des dysfonctionnements (gaspillage de temps, d'énergie, de matière...). La qualité, c'est justement la capacité à repérer la non-qualité.

1.2.4 Les étapes de la démarche

Il n'existe pas de modèle unique de mise en œuvre d'une démarche qualité. Certains professionnels commencent même à remettre en question les modèles traditionnels. Pourtant, les expériences sont aujourd'hui nombreuses et le respect d'un certain nombre d'étapes permet d'éviter les écueils déjà rencontrés dans de nombreux établissements. Dans le secteur sanitaire et social, « *tous les établissements sont différents les uns des autres, mais la démarche qualité reste la même partout* »¹⁹.

- L'engagement de la direction et la définition d'une politique qualité :

L'engagement d'un établissement dans une telle démarche nécessite tout d'abord que la direction énonce les orientations et les objectifs qu'elle souhaite atteindre en matière de qualité. Cette réflexion doit se faire en harmonie avec le projet d'établissement et le projet de vie de la structure dont elle constitue un volet à part entière. Cet engagement prend généralement la forme de la rédaction d'un « projet qualité » et d'une lettre d'engagement de la direction²⁰ reprenant ces éléments. Ces documents doivent être largement diffusés pour être portés à la connaissance des acteurs. Cet engagement marquera le point de départ de la démarche.

¹⁹ GIP REQUASS – *Plaquette d'information « Vivre la qualité au quotidien »* – Limoges, 1^{ère} version, avril 2003, p11

²⁰ Cf annexe 1

Le rôle de la direction, du médecin coordonnateur et des cadres est essentiel à tous les stades. Leur implication est un facteur déterminant pour la réussite de cette démarche. C'est pourquoi ces intervenants sont généralement réunis dans un groupe de pilotage du projet qualité constitué dès le lancement de la démarche. Ce Comité de pilotage est chargé de définir la politique et les orientations de l'établissement en matière de qualité ainsi que de piloter et de valider l'ensemble des travaux réalisés et des documents rédigés. C'est lui qui assure le suivi de la démarche et garantit sa pérennité à tous les stades. En EHPAD, il peut être intéressant d'associer les usagers en sollicitant le Conseil de la Vie Sociale (CVS) afin qu'il désigne un ou plusieurs représentant(s) des résidents et des familles qui siègeront au sein de cette nouvelle instance.

Par ailleurs, un responsable qualité peut être identifié au sein de la structure. Ce professionnel, impérativement formé à la démarche qualité et à ses concepts, assure le rôle de référent technique dans ce domaine. Il est notamment chargé de la mise en place d'un système de gestion documentaire regroupant et identifiant l'ensemble des projets institutionnels, procédures, protocoles et autres documents définissant les pratiques professionnelles adoptées au sein de l'établissement. Ce système permet de gérer la base documentaire utilisée au sein d'une structure afin de formaliser et de préserver les savoirs-faire, d'uniformiser les pratiques mais aussi de satisfaire à l'exigence de preuve qu'implique une démarche qualité. La rédaction d'une procédure de gestion documentaire permet de définir les règles de création, d'enregistrement, de diffusion et de mise à jour de l'ensemble des documents par des personnes habilitées clairement identifiées. Par la suite et sur cette base, un important travail de formalisation et d'uniformisation des pratiques doit être réalisé.

- L'information et la formation des acteurs :

Il est important que les acteurs soient formés dès l'entrée dans la démarche afin de limiter les phénomènes de résistance aux changements liés à la méconnaissance de cette notion. Cette formation doit permettre aux professionnels de comprendre la finalité de la démarche et les objectifs définis dans le projet qualité et donc de se mobiliser plus facilement autour de celui-ci. L'ensemble des acteurs doit recevoir une information détaillée sur ce thème. Les membres du comité de pilotage reçoivent généralement une formation plus approfondie aux concepts de démarche qualité. Par la suite, ce comité et l'ensemble des responsables de la structure doivent veiller à informer régulièrement les acteurs sur l'avancée des travaux. « La qualité de l'information au cours du processus est

déterminante et permettra de développer une culture commune et une adhésion à la démarche qualité »²¹.

- L'évaluation interne ou l'auto évaluation :

Il est essentiel que l'ensemble des acteurs soit associé à ce diagnostic initial permettant d'analyser les écarts entre la norme et les pratiques interne. A ce stade, des groupes de travail pluridisciplinaires doivent être constitués. Ces groupes de réflexion sont composés des personnels issus des différents corps de métiers représentés en EHPAD. Cette évaluation est réalisée sur la base du référentiel détaillant l'ensemble des pratiques professionnelles considérées comme des normes de référence. Les établissements qui le souhaitent peuvent élaborer leur propre référentiel ou utiliser les supports communs disponibles (questionnaire ANGELIQUE, référentiel EVA...). Cette évaluation initiale permet d'identifier de manière précise les points forts de l'organisation, afin de les consolider et les valoriser, et les points faibles sur lesquels il est nécessaire d'agir.

Il est important pour les dirigeants de prendre conscience que cette étape constitue un temps fort dans la vie des établissements. A titre d'exemple dans le secteur sanitaire, une enquête réalisée par la HAS montre que 62,6% des personnels interrogés ont estimé que la réalisation de l'auto évaluation a contribué à institutionnaliser la qualité au sein de leur établissement²².

Cette évaluation aboutit à la conception d'un Plan d'Action Qualité, permettant d'identifier les actions concrètes d'amélioration envisagées, les objectifs poursuivis, la méthodologie à utiliser, les ressources et les moyens nécessaires, le référent de chaque projet ainsi qu'un calendrier prévisionnel de réalisation.

- Mise en œuvre du plan d'action et évaluation :

A ce stade, il faut apprécier le niveau de mise en œuvre des actions définies dans le PAQ avant de procéder aux ajustements nécessaires. Il s'agit donc d'une étape de bilan.

Ces différentes étapes s'appuient en partie sur le modèle d'amélioration continue connu sous le nom de « roue de DEMING » développée par l'Américain W.E. DEMING en

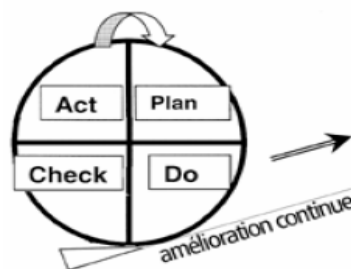
²¹ LEFEVRE P., novembre 2006 – *Guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales* – 1^{ère} édition, Paris : DUNOD, p222

²² HAS - La lettre d'information – Numéro 01, Mars/Avril 2006

1950. Ce procédé est fondé sur les quatre temps d'une démarche de progrès (PDCA : Plan – Do – Check – Act) dans lequel l'idéal de qualité constitue un objectif permanent sans cesse réactualisé. Cette démarche est donc perpétuelle et se répète continuellement dans le temps.

La roue de Deming : un processus d'amélioration continue

- | | |
|---|---------------------------------|
| P | 1. Planifier, prévoir, préparer |
| D | 2. Développer, mettre en œuvre |
| C | 3. Contrôler, évaluer, vérifier |
| A | 4. Ajuster, améliorer |



1.3 La démarche qualité en EHPAD de nos jours : un premier bilan de la mise en œuvre sur le terrain

Le milieu médico-social, intégrant le secteur de la gérontologie, est concerné par la mise en œuvre de démarches qualité depuis 1999. L'engouement pour cette démarche a été mitigé et comme nous avons pu le voir, le législateur a dû intervenir de nouveau en 2002 pour donner un nouveau souffle à cette obligation. On constate aujourd'hui que « *cette approche est plus ou moins à l'œuvre dans la réalité des institutions* »²³. Ce constat s'explique par l'existence de difficultés propres aux EHPAD. Pourtant, ce changement commence petit à petit à entrer dans les mentalités et les difficultés initiales laissent maintenant place à un nouvel élan.

1.3.1 De réelles difficultés de mise en œuvre au sein des EHPAD

La qualité, initialement associée à une forme de perte d'identité du secteur social et médico-social, a d'abord fait l'objet d'un véritable rejet par les professionnels pour plusieurs raisons :

- Les pratiques professionnelles se fondaient autrefois essentiellement sur une culture orale. Or il s'agit aujourd'hui de passer à une organisation rationnelle décrivant les pratiques professionnelles et les procédures d'organisation. Il faut donc dépasser la tradition orale propre au secteur et accepter la culture de l'écrit et la formalisation.
- Cette démarche implique nécessairement une notion de responsabilité et d'efficacité difficilement assimilable par des personnels dont l'engagement se fonde

²³ P. LEFEVRE – op. cit – p215

sur les notions d'humanité, de solidarité et de service à la personne. "*Nous travaillons sur l'humain, et cela ne peut-être cependant explicité*"²⁴, voilà ce que pensent encore de nombreux professionnels.

➤ La qualité implique la notion de vérification et de mesure d'abord assimilée à un contrôle des pratiques par les professionnels et donc à une perte d'autonomie.

A ces difficultés liées à la culture professionnelle du secteur gérontologique s'ajoutent d'autres obstacles :

➤ Les contraintes réglementaires sont nombreuses et il est nécessaire de rédiger d'importants supports écrits pour y satisfaire (projet d'établissement, projet de vie, document unique de gestion des risques...). L'engagement dans une démarche qualité et la réalisation des évaluations peuvent parfois être assimilés à une simple procédure administrative supplémentaire sans réelle mise en œuvre sur le terrain.

➤ Les EHPAD sont des établissements de taille modeste et les effectifs sont parfois insuffisants au regard des besoins des résidents. La mobilisation des professionnels autour de la démarche qualité est limitée par l'accroissement de leur charge de travail, s'agissant d'accueillir des personnes âgées de plus en plus dépendantes. Cette difficulté peut générer une réflexion limitée aux seuls personnels d'encadrement, voire à la seule direction. Les personnels se sentent alors exclus de la réflexion et n'adhèrent pas à la démarche.

➤ La mise en œuvre des différentes étapes prévues par la loi du 2 janvier 2002 a pris un retard considérable. Les dates butoirs initialement fixées pour la réalisation des évaluations internes et externes ont été décalées. Le CNESMS chargé de produire des référentiels et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour aider les établissements dans leur démarche a rapidement été transformé en ANESM face au constat d'échec dressé par le Ministère de la Santé. De plus, la liste des organismes extérieurs habilités à réaliser les évaluations externes n'est toujours pas parue à ce jour.

➤ La communauté médicale intervenant en EHPAD est composée de médecins libéraux. Compte tenu de leur activité libérale, leur participation à la démarche est très faible, limitant l'amélioration des pratiques du point de vue médical.

²⁴ P. LEFEVRE – op.cit – p222

1.3.2 Une volonté manifeste de progresser

Malgré ces difficultés, on constate aujourd'hui un véritable engouement, bien que récent, pour la mise en œuvre de démarches qualité en EHPAD. Ce phénomène s'explique par plusieurs raisons :

- La mise en œuvre d'une démarche qualité constitue une obligation légale que les institutions ne sauraient ignorer. En effet, cet engagement est "sanctionné" par la signature d'une convention avec les autorités de tarification mais aussi par une évaluation externe qui doit intervenir très prochainement.
- La signature de telles conventions a permis l'obtention de moyens nouveaux permettant notamment de financer des postes supplémentaires au regard des projets définis dans le cadre de la démarche qualité. Les établissements ont donc perçu la possibilité de recevoir des moyens leur permettant de financer les actions d'amélioration de la qualité définies dans leur PAQ.
- Les directeurs d'EHPAD ont perçu la possibilité de s'appuyer sur cette démarche pour initier les transformations humaines et techniques inéluctables compte tenu des évolutions de la société (médiatisation des incidents, évolution de la relation avec le résident devenant client, judiciarisation...). Or la démarche qualité permet de certifier la qualité de la prise en charge et des prestations et par là même de se prémunir de ces nouveaux risques. Il s'agit d'une dynamique managériale et de mobilisation des énergies capable d'accompagner ces changements.
- Les premiers bénéfices de la mise en œuvre d'une telle démarche sur l'organisation de la prise en charge commencent à se faire ressentir. Les personnels ont ainsi pris conscience des effets positifs de cette réflexion sur l'amélioration de leur travail quotidien et la perçoivent aujourd'hui comme un outil de progrès. Ils se sentent d'avantage impliqués dans la vie de leur établissement parce que leurs efforts et leur participation sont reconnus. Leur adhésion à cette démarche est donc plus importante.
- Du point de vue médical, le recrutement récent de médecins coordonnateurs au sein des EHPAD, dans le cadre des conventions tripartites, a permis de donner un souffle nouveau à la démarche dans ce domaine (protocoles médicaux) et de sensibiliser l'ensemble de la communauté médicale.

Nous avons vu que les enjeux de la mise en œuvre d'une démarche qualité dans un EHPAD sont nombreux et les bénéfices pour la prise en charge des résidents sont aujourd'hui perceptibles. On constate que les énergies se mobilisent positivement autour de cette démarche. Il semble donc opportun de l'envisager comme un mode de management à part entière sur lequel les gestionnaires peuvent s'appuyer pour impulser

une dynamique nouvelle au sein de leur établissement, en particulier lorsque ceux-ci rencontrent d'importantes difficultés de fonctionnement. C'est dans cette perspective que j'ai envisagé la mise en œuvre de la démarche qualité au sein de l'EHPAD Saint Jacques. La seconde partie de ce mémoire est donc intégralement consacrée à l'exemple de cette mise en œuvre.

2 LA GENÈSE D'UNE NOUVELLE CULTURE D'ÉTABLISSEMENT BASÉE SUR LA DÉMARCHE QUALITÉ AU SEIN DE L'EHPAD SAINT JACQUES : LA MISE EN ŒUVRE DES OUTILS DU MANAGEMENT DE LA QUALITÉ POUR (RE)DYNAMISER LA STRUCTURE

La mise en oeuvre d'une démarche qualité peut constituer un véritable levier de l'action. Elle peut donc être envisagée comme un mode de management à part entière. En effet, les outils et principes sur lesquels elle s'appuie constituent des moyens forts de mobiliser les acteurs autour du projet de l'établissement. La démarche qualité doit donc être intégrée dans la stratégie générale de la structure. Dans cette optique, cette seconde partie est destinée à présenter la mise en application des outils qualité à travers le démarrage de cette démarche, sur la base des différentes étapes envisagées précédemment.

Il est important de préciser qu'à mon arrivée, aucune réflexion sur le thème de la qualité n'avait été engagée. Je m'applique donc à démontrer comment il a été possible de (re)motiver les acteurs à travers cette démarche.

L'analyse des résultats de l'enquête de satisfaction des personnels réalisée en début de stage²⁵ a démontré une démobilisation générale. Plusieurs éléments relatifs à la motivation ont ainsi été mentionnés :

- Sur leur compétence et leurs responsabilités : ils estimaient ne pas être suffisamment impliqués par l'encadrement dans l'organisation du travail. Ils regrettaient d'être limités aux simples tâches d'exécution sans valorisation de leur métier.
- Sur la reconnaissance et la rémunération : ils avaient le sentiment de ne pas être entendus et écoutés par l'équipe de direction. Ils regrettaient que leurs efforts ne soient pas reconnus à leur juste valeur. Le manque d'équité de la part de l'encadrement notamment dans l'attribution de la prime de service et des stages de formation a régulièrement été pointé du doigt.
- Sur la culture d'établissement : beaucoup déclaraient ne pas s'identifier à l'EHPAD dont les valeurs n'étaient ni connues ni partagées. Au sein de cet établissement, les lits d'hébergement sont répartis en secteurs d'une vingtaine de lits chacun. Il

²⁵ Cf annexes 2 et 3

faut préciser, qu'au début de la démarche, les personnels n'étaient pas affectés à un secteur en particulier et en changeaient régulièrement. Ils regrettaient donc de ne pouvoir s'identifier ni à la structure en général, ni à un secteur en particulier.

L'ensemble de ces éléments constitue les facteurs clés de la motivation des personnels. C'est à l'institution de maintenir et de renforcer la motivation de son personnel, « *la motivation ne se décrète pas et le personnel donne à ses managers la motivation qu'ils méritent* »²⁶. Nous allons voir que les outils du management de la qualité mis en œuvre par l'encadrement et la direction agissent sur ces différents principes. La qualité constitue donc un important facteur de motivation.

La démarche qualité amorcée au sein de l'EHPAD Saint Jacques s'est appuyée sur un mode de management participatif source de motivation (2.1.1). La communication et la formation améliorent la perception de la démarche et facilitent l'appropriation de ce changement (2.1.2). La prise en compte de ces éléments et la mise en œuvre des outils qu'ils induisent au sein de cet établissement ont finalement permis la genèse d'une nouvelle culture d'établissement source d'un véritable dynamisme (2.1.3).

2.1 La qualité repose sur un mode de management participatif impliquant l'ensemble des acteurs

En démarche qualité, on doit considérer que les acteurs de terrain sont le plus à même de répondre aux difficultés quotidiennes par leur connaissance des problématiques rencontrées. On préconise donc de mettre en œuvre des processus de délégation et de consultation limitant l'intervention de l'encadrement et de la direction à la définition de la stratégie générale de l'établissement et à la prise de décision finale. Pour cela, elle doit créer les conditions favorables permettant d'atteindre les objectifs que s'est fixés l'institution.

Au commencement d'une démarche qualité, l'intervention de la direction se limite donc à la définition d'une politique qualité déclinée et communiquée au personnel à travers une lettre d'engagement de la direction. J'ai donc sollicité la directrice de l'établissement pour rédiger et diffuser ce document²⁷. Cette étape initiale est la seule

²⁶ CHARLEUX F. et GUAQUERE D., septembre 2006 – *Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale. L'évaluation interne : outils, méthodes et mise en oeuvre* – 2^{ème} édition revue et augmentée, Thiron : ESF Editeur, p140

²⁷ Cf Annexe 1

concernant uniquement l'équipe de direction. Toutes les étapes suivantes doivent s'appuyer sur une participation et une consultation active de l'ensemble des acteurs dès les premiers instants de la démarche afin de faciliter leur adhésion à ce projet.

2.1.1 La participation des acteurs au pilotage de la démarche qualité

Nous avons vu qu'une instance de pilotage de la démarche qualité doit être constituée afin d'assurer le suivi et la pérennité de cette réflexion. Cette instance doit regrouper les acteurs clés de la structure. C'est pourquoi j'ai fait appel à l'ensemble des « responsables » de service quel que soit leur niveau hiérarchique. Il est en effet indispensable que l'ensemble des secteurs d'activité de l'établissement soit représenté (services de soins, service technique, cuisine, lingerie, administration) pour assurer la pluridisciplinarité de la réflexion.

Le médecin coordonnateur a un rôle essentiel et doit donc participer à cette instance puisqu'il « *veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques... formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins* »²⁸. De plus, ce dernier assure la représentation de la communauté médicale.

Les usagers étant pleinement concernés par la démarche qualité, il nous a semblé indispensable de solliciter le Conseil de la Vie Sociale pour qu'un représentant des usagers et un représentant des familles soient désignés.

Afin de garantir la régularité des travaux en début de démarche, j'ai veillé à la réunion régulière de ce « Comité Qualité » selon une fréquence mensuelle.

Tout d'abord assimilée à une charge de travail supplémentaire par les participants, cette nouvelle instance est rapidement devenue un lieu d'échange et d'analyse des principaux dysfonctionnements rencontrés par les responsables de service. Une fois formés aux principes de la démarche, ils se sont appliqués à assurer le relais de cette réflexion au sein de leur service d'activité respectif. Ils ont ainsi été en mesure de consulter régulièrement les personnels placés sous leur responsabilité et de faire remonter leurs préoccupations.

2.1.2 La participation des professionnels à l'auto évaluation et à la constitution du Plan d'Action Qualité

L'établissement n'avait jamais réalisé d'évaluation interne. J'ai donc été amenée à conduire l'auto évaluation afin de dresser le diagnostic de l'existant en matière de qualité des prestations sur la base du référentiel ANGELIQUE.

²⁸ Décret n°2005-560 du 27 mai 2005, op. cit

La démarche qualité est une démarche de principe entreprise sur la base du volontariat, s'appuyant sur la responsabilisation et l'initiative des acteurs. Il est donc indispensable de solliciter les différents intervenants. Afin de faciliter leur participation, nous avons entrepris d'initier l'ensemble des personnels et les membres du CVS à la démarche qualité en sollicitant l'intervention d'un organisme de formation extérieur. A la suite de cette session, deux groupes d'auto évaluation, d'une quinzaine d'agents chacun, ont été constitués après appel à candidature et en cherchant à respecter l'interdisciplinarité induite par cette réflexion.

Le référentiel ANGELIQUE est composé de quatre parties recouvrant les principaux aspects du fonctionnement d'un établissement :

- Attentes et satisfactions des résidents et de leur famille
- Réponses apportées en terme d'accompagnement, d'autonomie et de soins
- L'établissement et son environnement
- Démarche qualité

Chaque partie est composée d'items que les groupes d'évaluations doivent analyser à l'aide d'indicateurs objectifs, dans le but d'attribuer une cotation. Pour cela, ceux-ci ont été chargé d'analyser un même nombre de questions, en leur laissant l'initiative de leur propre organisation tout en respectant les délais impartis (4 journées de travail non consécutives). Le premier groupe a ainsi choisi d'analyser la totalité des questions alors que le second a préféré se diviser en sous-groupes thématiques. De plus, les groupes ont reçu la consigne de chercher à formuler des propositions concrètes d'amélioration, la direction s'étant engagée à prendre en compte les suggestions émises. Cette réflexion a permis aux professionnels de s'interroger sur leurs pratiques, de les expliquer et de les valoriser.

Le Comité qualité a ensuite intégré les propositions d'amélioration formulées par le personnel afin de rédiger le Plan d'Action Qualité et son échéancier au regard de la faisabilité des projets, notamment financière. Pour chaque action définie, un responsable de projet a été nommé. Une fois finalisé, ce document a été soumis aux différentes instances représentatives de l'établissement pour avis (Comité Technique d'Etablissement et Conseil de la Vie Sociale) avant d'être définitivement validé par le Conseil d'Administration.

Les personnels sont donc amenés à formuler eux-mêmes une appréciation sur l'organisation de l'établissement et leurs pratiques quotidiennes. Leur avis est sollicité tant sur l'existant que sur les solutions et les projets à mettre en œuvre pour améliorer ces

pratiques et faire face aux dysfonctionnements constatés. Ainsi, à ce stade de la démarche, les participants se sentent impliqués dans la vie institutionnelle de l'établissement puisqu'ils sont sollicités à toutes les étapes et que leur réflexion est effectivement prise en compte. Une nouvelle forme de dynamisme apparaît, s'agissant « *d'impliquer les intéressés dans l'élaboration des décisions en les associant à la construction des choix collectifs au-delà de leurs intérêts divergents* »²⁹.

Au sein de l'EHPAD Saint Jacques, les personnels se sont montrés très motivés et impliqués dans cette réflexion. Leur assiduité aux réunions d'auto évaluation a été importante avec un faible taux d'absentéisme indépendant de la démarche (congés de maladie). Les propositions formulées sont riches et originales. Toutefois, ils se montrent prudents sur la mise en œuvre effective du plan d'action défini. Le respect du PAQ est donc un élément essentiel pour maintenir la motivation suscitée. En effet, il s'agit bien d'une démarche d'amélioration continue et les agents ont particulièrement bien assimilé cet aspect.

Les usagers ont participé essentiellement à travers le Conseil de la Vie Sociale ; en effet, la démarche qualité recouvre des aspects et des termes techniques que les familles et les résidents maîtrisent mal. Ils ont toutefois manifesté leur confiance et démontré un réel engouement pour cette démarche, se sentant effectivement replacés au cœur des préoccupations des professionnels.

2.1.3 La responsabilisation des personnels par la nomination de « référents »

Suite à la réalisation de l'auto évaluation, nous avons constaté qu'un certain nombre de fonctions transversales rencontrait de nombreux dysfonctionnements, notamment en raison d'un cloisonnement et d'un manque de communication entre les différents secteurs et services d'activité. Ce phénomène est aggravé par l'existence de deux sites distants de plusieurs kilomètres. Ces activités transversales correspondent en fait à différents thèmes abordés dans le référentiel ANGELIQUE soit :

- L'accueil
- Le repas de la personne âgée
- L'hygiène des locaux
- La fonction linge
- L'animation

²⁹ P. LEFEVRE – op.cit – p82

Il nous a donc semblé judicieux de nommer des « référents » pour chacune de ces fonctions transversales au sein de chaque secteur d'hébergement. Cette nomination s'est de nouveau faite sur la base du volontariat et sans distinction de niveau hiérarchique. Chaque référent devient un interlocuteur privilégié dans son champ de compétence et au sein de son secteur et reçoit une formation sur ce thème.

Les missions qui leur sont confiées sont les suivantes :

- se réunir régulièrement par champ de compétence avec le Cadre de Santé pour discuter de l'organisation des activités et apporter des solutions concrètes aux difficultés rencontrées au quotidien ;
- redéployer l'information reçue au cours de ces réunions au sein de leur secteur ;
- informer les agents nouvellement recrutés sur l'organisation mise en place ;
- être l'interlocuteur du Comité Qualité pour la mise en œuvre des actions d'amélioration définies dans le PAQ et relevant de leur champ de compétences.

La nomination de ces référents a permis d'investir les agents volontaires d'une mission donnant du sens à leur activité quotidienne, s'agissant de tâches nouvelles et permettant d'améliorer le fonctionnement des services. Ces nouvelles fonctions sont abordées au cours des entretiens annuels d'évaluation afin de réaliser un bilan et de permettre aux cadres de fixer à chacun des objectifs correspondants.

Cette organisation permet d'harmoniser progressivement les pratiques dans l'ensemble des secteurs de l'établissement et de limiter les difficultés liées au cloisonnement des services.

2.2 L'importance de la communication et de la formation dans cette démarche

Le management de la qualité s'appuie sur la mise en œuvre d'un plan de communication s'adressant à l'ensemble des interlocuteurs des établissements pour personnes âgées. Cette dimension est pourtant parfois négligée. La mise en œuvre de formations en adéquation avec les objectifs qualité fixés vient appuyer cette communication.

2.2.1 La stratégie de communication

La communication peut être définie comme « *le moyen le plus adapté de mettre en commun, de s'informer, de traduire des intentions et des messages à destination interne* »

ou de l'environnement »³⁰. Elle vise à faire partager le sens donné à l'action et à entretenir ou susciter la motivation et l'adhésion des acteurs. La communication ne se limite donc pas aux outils qu'elle met en œuvre, ni à une simple information. Pour être efficace, la communication adoptée au sein d'un EHPAD doit répondre à plusieurs exigences :

- Elle doit être adaptée aux destinataires : l'information diffusée doit tenir compte de l'univers culturel des interlocuteurs, de leurs contraintes et de leur disponibilité pour être comprise et assimilée.
- Elle doit être continue : si l'on souhaite créer une véritable dynamique, la communication autour de la démarche qualité doit s'inscrire dans le temps pour être perçue comme un véritable élément de la culture de l'établissement et non comme un simple coût d'éclat isolé.
- Elle doit être suffisante et mesurée : il faut veiller à ne pas noyer les interlocuteurs sous une masse d'informations inutiles.

La communication intègre également le retour d'information (le feed-back), elle doit donc s'accompagner d'une écoute attentive des différents acteurs. Il est essentiel de savoir leur donner la parole pour instaurer un véritable échange.

De nombreux dysfonctionnements constatés au sein de l'EHPAD Saint Jacques relevaient régulièrement d'un manque de communication ou de méthodes inadaptées favorisant le cloisonnement des services. Nous avons donc mis en œuvre un véritable plan de communication autour de la démarche qualité. La plupart des axes développés dans ce plan ont été directement formulés et sollicités par les acteurs eux-mêmes.

a) La communication interne

La constitution d'une nouvelle culture, basée sur la qualité, ne peut se faire que si les intervenants développent un langage commun permettant de traduire les objectifs et les valeurs communes l'institution.

La communication interne concerne essentiellement les résidents et les personnels de l'établissement :

- Les résidents doivent pouvoir comprendre ce qui va être fait pour améliorer leur bien être. L'établissement doit leur permettre d'être en mesure de s'exprimer et de contribuer à ces améliorations pour qu'ils puissent (ré)affirmer leur confiance en la structure.

³⁰ P. LEFEVRE – op.cit – p233

- L'adhésion à la démarche qualité et la création d'une nouvelle culture d'établissement ne peut se faire que si les personnels comprennent et partagent les objectifs conjointement définis et s'ils peuvent en suivre les évolutions. De plus, il s'agit d'un véritable changement dans la culture des structures médico-sociales ; Les personnels des EHPAD sont assez peu qualifiés et évoluent dans un milieu professionnel encore peu habitué aux outils de la qualité et du management en général. Pour enraciner durablement une démarche qualité dans de telles structures, il est donc indispensable d'informer continuellement les acteurs afin de minimiser le phénomène inéluctable de résistance aux changements. En effet, la démarche qualité peut faire peur et être à l'origine d'une inquiétude liée à la modification des habitudes de travail, crainte se traduisant généralement par un rejet du projet qualité.

Afin de permettre l'implication de tous les acteurs au sein de l'EHPAD Saint Jacques et favoriser l'émergence d'une nouvelle culture fondée sur la qualité, nous avons mis en œuvre les outils de communication suivants :

- Dès le début de la démarche, l'ensemble des personnels a été destinataire de la lettre d'engagement de la direction évoquée précédemment. En complément, ce document a été affiché au sein de l'établissement et adressé aux membres du CVS et aux familles des résidents. Cette étape a marqué le lancement de la démarche.
- Pendant toute la durée de l'auto évaluation, les comptes rendus des réunions du Comité Qualité et des groupes de travail ont été affichés.
- Un classeur qualité regroupant l'ensemble des documents gérés dans le cadre du système de gestion documentaire a été mis à la disposition des personnels dans chaque service et chaque secteur. La mise en service de ce classeur a été accompagnée d'une réunion d'information par service destinée à expliquer le contenu et l'usage d'un tel support. Chaque classeur contient quatre parties :
 - ❖ Informations générales relatives à la démarche qualité :
 - Questionnaire ANGELIQUE
 - Documents d'information sur la démarche qualité en EHPAD
 - Comptes rendu des réunions du Comité Qualité
 - ❖ Procédures
 - ❖ Protocoles
 - ❖ Fiches de postes et fiches de fonctions
 - ❖ Documents obligatoires
 - Contrat de séjour

- Règlement intérieur
- Livret d'accueil des résidents
- En complément : livret d'accueil des personnels

L'ensemble de ces documents est validé par le Comité Qualité avant d'être enregistré dans le système documentaire puis diffusé dans ces classeurs.

- Le Plan d'Action Qualité adopté par le Comité Qualité a été transmis pour avis aux différentes instances, y compris le CVS, puis inséré dans les classeurs qualité tenus à la disposition des personnels. Ce document sera présenté à la prochaine réunion du Conseil d'Administration afin d'être validé.
- Des réunions de transmissions sont intégralement consacrées à la démarche qualité pour assurer un retour d'information de la part des personnels. Ces rencontres regroupent ponctuellement les professionnels de secteurs et de services distincts. En complément, l'encadrement va beaucoup plus régulièrement à la rencontre des agents au sein même des services et sur les deux sites d'activité.
- Une fiche de réclamation a été réalisée et mise à la disposition des usagers dans le cadre d'une procédure formalisée. Ce document prévoit qu'une réponse sera formulée dans tous les cas, qu'il s'agisse d'un courrier ou d'un entretien.
- Une fiche de signalement d'incident a été réalisée et mise à la disposition des personnels dans le cadre d'une seconde procédure. Il s'agit de permettre aux personnels de faire remonter à leur supérieur hiérarchique l'ensemble des difficultés rencontrées dans leur travail quotidien.
- Les fiches de réclamation et de signalement d'incident sont centralisées et portées à la connaissance de la direction et de l'équipe d'encadrement au cours des réunions hebdomadaires de direction.
- Un point sur la qualité est systématiquement fait aux réunions de direction récemment instituées au sein de l'établissement. Ce point permet à l'ensemble des cadres de recevoir une information claire sur le fonctionnement général de l'établissement et de la redéployer par la suite au niveau de leur(s) service(s).

La fonction communication étant continue, d'autres actions sont d'ores et déjà planifiées :

- L'EHPAD est un établissement à taille humaine ; dans tous les cas, il faut associer la communication orale à la production de supports écrits. Une présentation des résultats de l'auto évaluation, du PAQ et de l'évolution de la démarche qualité est donc prévue au mois de septembre 2007. La volonté est de placer cette présentation sous le signe de la convivialité. Elle prendra donc

la forme d'une information générale accompagnée d'un apéritif. A cette occasion, le directeur intérimaire souhaite envoyer un message fort aux acteurs : la démarche qualité est en route, il s'agit d'une démarche d'amélioration continue qui ne peut se faire sans la participation et l'adhésion des professionnels, qu'il souhaite d'ores et déjà remercier pour leur implication.

- Il est prévu d'installer des panneaux d'affichage spécifiquement dédiés à la qualité. Les documents affichés seront clairement identifiés et rapidement disponibles.
- Chaque mois ou chaque trimestre, une action d'amélioration mise en œuvre sera valorisée dans le cadre de la rédaction d'une lettre d'information de la qualité. Ce document permettra notamment d'informer les acteurs sur l'évolution de la démarche au sein de l'établissement.
- Une boîte à idée à l'usage des résidents et des personnels va être prochainement installée.

b) La communication externe

La communication concerne tout autant l'environnement extérieur des établissements. Les efforts réalisés en matière de qualité doivent être portés à la connaissance du plus grand nombre. En effet, il est important pour les EHPAD de véhiculer une image de marque positive basée sur la richesse des réflexions entreprises et l'amélioration effective de la prise en charge des résidents. Les « clients » de l'établissement (résidents, familles et professionnels de santé) constituent la cible principale de cette communication. Les autorités de tarification sont elles aussi concernées.

Afin d'informer le public extérieur de la mise en œuvre d'une démarche qualité, plusieurs actions ont été entreprises ou sont prévues au sein de l'EHPAD Saint Jacques :

- Un paragraphe relatif à la qualité a été inséré dans le livret d'accueil remis aux personnes âgées et à leur famille lors des demandes d'information. Les objectifs poursuivis dans le cadre de la démarche qualité et les premiers travaux entrepris y sont présentés de manière synthétique.
- Après accord des municipalités de Cadours et de Grenade sur Garonne, il est prévu qu'un article sur le même thème soit inséré dans un prochain bulletin municipal.
- Sur le même modèle, une page d'information doit être insérée sur le site Internet de l'établissement.
- Une plaquette d'information relative à l'hébergement temporaire est actuellement en cours de rédaction afin d'être mise à la disposition des

Centres Locaux d'Information et de Coordination voisins (CLIC). Cette plaquette intégrera un paragraphe sur la démarche qualité entreprise au sein de l'établissement.

La politique de communication développée autour de la démarche qualité nécessite d'être régulièrement évaluée afin d'en apprécier l'efficacité et d'apporter les corrections nécessaires.

2.2.2 Le dialogue instauré à travers les entretiens annuels d'évaluation

La mise en œuvre d'une démarche qualité implique de fixer des objectifs opérationnels clairs aux agents. L'entretien annuel d'évaluation constitue l'outil le plus adapté à la disposition des cadres pour décliner les objectifs de l'institution au niveau individuel. De plus, la généralisation d'une telle pratique est indispensable pour améliorer sensiblement la gestion des ressources humaines. En effet, ces entretiens constituent un temps de rencontre privilégié entre le supérieur hiérarchique et son subordonné. Ce moment d'échange permet aux intéressés de faire le point sur le travail quotidien des agents au sein de l'EHPAD en appréciant leur performance individuelle, et en valorisant leurs points forts tout en abordant leurs faiblesses et les difficultés rencontrées. Il s'agit bien de restituer l'appréciation du travail effectué tout en apportant une écoute attentive sur ce que les agents ont à dire sur leur travail.

Ce temps de dialogue a un double impact :

- Il permet de manifester de l'attention au personnel et à son travail. Il agit donc sur la considération que l'institution porte à chacun, s'agissant de l'un des éléments constitutifs de la motivation individuelle,

- Il permet d'agir sur la rémunération considérée comme un facteur supplémentaire de motivation. En effet, l'EHPAD est un établissement public dont les personnels relèvent de la Fonction Publique Hospitalière dans laquelle le système de la notation annuelle perdure. Indépendamment du dialogue qu'il permet d'instaurer, l'entretien d'évaluation permet au responsable hiérarchique d'élaborer ses propositions de notation constituant l'un des éléments du calcul de la prime de service. La notation doit refléter la valeur professionnelle de l'agent et valoriser les efforts réalisés. Il est donc possible de « récompenser » l'investissement individuel dans la démarche qualité et par la même de revaloriser la prime de service attribuée aux agents les plus motivés. De manière indirecte, la démarche qualité peut donc se traduire par une revalorisation salariale. La même logique peut être appliquée lors de la détermination des avancements d'échelon et de grade ayant un impact sur la rémunération des agents. Il s'agit bien d'individualiser

l'avancement dans la carrière, par une différenciation fondée sur la valeur professionnelle et les efforts consentis pour améliorer la qualité des prestations.

Au sein de l'EHPAD Saint Jacques, les entretiens annuels d'évaluation n'étaient pas encore institués au lancement de la démarche qualité. Nous avons donc défini une procédure formalisée avant de l'appliquer au personnel soignant dans un premier temps, puis de l'étendre à l'ensemble des effectifs. Les cadres doivent prochainement recevoir une formation complète sur la façon de mener ces évaluations. Les premiers entretiens réalisés ont permis de recueillir le sentiment individuel sur la démarche qualité initiée au sein de l'établissement. Ces entretiens ont été accueillis favorablement et sont réellement considérés comme un moment essentiel de dialogue entre le cadre et les agents. Le personnel avait régulièrement sollicité la mise en œuvre d'un temps d'échange pour avoir la possibilité de s'exprimer et d'être entendu de manière individuelle.

2.2.3 La formation au service de la démarche qualité

La formation constitue l'un des principaux outils à la disposition des managers pour permettre de faire évoluer les institutions en facilitant le changement. La mise en œuvre d'une démarche qualité s'appuie sur cet outil. En effet, la formation permet de :

- motiver les personnels par le développement de leurs connaissances et compétences et en favorisant le partage d'expériences ;
- reconnaître le travail individuel et collectif en articulant les actions de formation avec les entretiens annuels d'évaluation ;
- faciliter l'appropriation par le personnel des projets développés au sein de l'établissement.

Au service de la démarche qualité, et en complément de la politique de communication adoptée, elle permet de parfaire les connaissances de chacun dans ce domaine et de s'approprier les outils utilisés. De plus, elle permet de sensibiliser les acteurs sur les différents thèmes et projets abordés dans le cadre du référentiel ANGELIQUE et du PAQ. On intègre dans ce concept tout autant les formations dispensées par un prestataire extérieur que celles réalisées en interne par les personnels qualifiés dans un domaine spécifique.

Diverses actions de formation ont été entreprises au sein de l'EHPAD Saint Jacques pour appuyer la démarche qualité entreprise :

- L'ensemble des personnels de l'établissement a été sensibilisé à la démarche qualité en EHPAD par un organisme extérieur afin qu'ils puissent comprendre les objectifs poursuivis et leur rôle dans cette réflexion. A cette occasion, la

structure générale de la démarche mise en œuvre au sein de l'établissement leur a été présentée.

- Les membres des groupes d'auto évaluation ont reçu une formation plus approfondie aux concepts qualité, réalisée par un organisme extérieur.
- Jouant le rôle de référent qualité, j'ai personnellement assuré la formation des membres du Comité Qualité et des différentes instances de l'établissement : CTE, CVS et CA.
- Un plan pluriannuel de formation a été défini, intégrant l'ensemble des actions préconisées dans le cadre du PAQ. Ces formations sont essentiellement centrées sur la pratique quotidienne des professionnels.

2.3 Les résultats constatés au sein de l'EHPAD Saint Jacques sur la dynamique générale de l'établissement

2.3.1 Les effets constatés auprès du personnel

Les entretiens réalisés en fin de stage, les entretiens annuels d'évaluation des personnels et l'analyse des comptes-rendus de réunion m'ont permis de mettre en avant les premiers résultats du lancement de la démarche qualité auprès des personnels. Il semble que les agents se soient massivement mobilisés et semblent particulièrement motivés par la démarche qualité.

La mise en œuvre d'un management de la qualité a en effet permis d'agir sur les différents aspects de la motivation envisagés précédemment :

- Les personnels se sentent impliqués dans ce nouveau projet et adhèrent à cette nouvelle culture parce qu'ils sont clairement et continuellement informés ;
- Ils peuvent tirer profit des évolutions engagées : la satisfaction et le bien être des résidents doit progressivement s'améliorer et les difficultés rencontrées dans leur travail quotidien sont limitées ;
- Ils sont reconnus individuellement et en tant que groupe de professionnels, leur métier et leurs compétences sont (re)valorisés, leur engagement professionnel est reconnu ;
- Ils acquièrent de nouvelles compétences par le biais de la formation et ont la possibilité de diversifier leur activité ;
- Ils se sentent écoutés par l'encadrement et la direction de l'établissement.

L'amorce de la démarche qualité a permis à la direction de mettre en œuvre un nouveau mode de management prenant d'avantage en considération le travail et les

efforts fournis par chacun. Les difficultés antérieures dénoncées par le personnel dans l'enquête de satisfaction initiales ont été résolues (manque de communication et de transparence notamment). La structure mise en place permet à l'ensemble des agents d'être mieux informés sur la vie de l'établissement et surtout de dialoguer avec l'encadrement. Des messages clairs et uniformes sont diffusés à l'ensemble de l'établissement.

Il existe toutefois des personnels réfractaires, mais leur nombre semble très limité : ceux-ci invoquent régulièrement le manque de temps et de moyens pour justifier leur rejet. L'encadrement s'attache à écouter ces réfractaires afin de ne pas les marginaliser. Face à cette objection récurrente, un effort important a été réalisé pour que les personnels comprennent qu'on ne peut continuellement attendre des moyens supplémentaires pour engager un projet. Pour cela, la direction et l'encadrement se sont appliqués à diffuser le message suivant : s'investir dans la qualité et mettre en avant des projets d'amélioration cohérents, au bénéfice commun des résidents, pourront permettre à l'établissement de solliciter ultérieurement les moyens correspondants. Dans cette attente, il s'agit bien de mieux faire avec les moyens actuellement disponibles.

Au final, même si les professionnels exerçant au sein de l'EHPAD ne sont pas encore tous impliqués dans la démarche qualité, la réflexion entreprise a eu sur le personnel un effet non négligeable :

- ils ont appris à se poser des questions face aux dysfonctionnements qu'ils rencontrent afin de les décrypter ;
- ils ont compris qu'ils sont en mesure de trouver eux-mêmes les réponses appropriées.

2.3.2 Les effets constatés auprès des résidents et de leur famille

Les entretiens réalisés auprès des membres du CVS montrent que la démarche qualité a moins d'impact direct auprès des usagers. Ils perçoivent partiellement les progrès réalisés en terme de prise en charge. Toutefois, les actions d'information mises en œuvre ont permis de valoriser les efforts réalisés par le personnel pour améliorer le bien être et le confort de vie des résidents en institution. Globalement, ils ont le sentiment que leurs préoccupations ont été entendues. De plus, Ils comprennent aujourd'hui mieux les problématiques auxquelles l'établissement est confronté. Une nouvelle forme de dialogue a été établie entre les usagers et les professionnels, signe d'une reconnaissance mutuelle forte.

Cette démarche a permis de resituer le résident au cœur de la réflexion pour dépasser les dérives égocentriques strictement basées sur les intérêts individuels de chacun, au profit de l'intérêt général.

La satisfaction des usagers devra être régulièrement évaluée, notamment par l'analyse de l'enquête de satisfaction annuelle des résidents et des fiches de réclamations, pour apprécier la portée de la démarche qualité mise en œuvre³¹.

2.3.3 Le bilan général pour l'établissement : la genèse d'une nouvelle culture

La culture d'établissement est définie comme le mode de pensée et d'action habituel. La notion d'usages, de coutumes et de valeurs partagées est essentielle. Elle implique que le langage utilisé soit commun et compris de tous.

La démarche qualité a favorisé l'émergence d'une nouvelle culture en permettant de préciser les objectifs poursuivis par la structure, de les communiquer aux acteurs et de fixer à chacun des objectifs opérationnels clairs basés sur l'exploitation du référentiel ANGELIQUE et du PAQ qui en découle.

Les outils du management de la qualité utilisés permettent à chacun de comprendre avant d'agir et de partager un langage commun. L'information et la communication ont contribué au développement de cette nouvelle culture interne. Un point d'honneur est mis sur la transparence des pratiques et des objectifs poursuivis par l'établissement. Le développement du plan de communication est venu soutenir cette nouvelle transparence. L'information circule beaucoup mieux et les services commencent à se décloisonner, chacun ayant une meilleure connaissance de la problématique de l'autre.

La réalisation de l'auto évaluation a permis de donner du sens au plan de formation. La commission du plan de formation dispose désormais d'outils fiables lui permettant de définir les actions à entreprendre sur des critères objectifs en complément des entretiens annuels d'évaluation, des actions induites par le projet d'établissement et des orientations et axes de formation prioritaires prévus par les circulaires ministérielles³².

³¹ Cf annexes 4 et 5

³² Pour l'année 2007 : CIRCULAIRE N° 233/DHOS/P2/2006 du 29 mai 2006 relative aux orientations et axes de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires des établissements relevant de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant statut général de la fonction publique hospitalière (Texte non paru au Journal officiel)

La direction a créé des conditions favorables permettant aux acteurs d'adhérer à la démarche qualité. Le climat général s'améliore progressivement. L'image de marque de l'établissement évolue favorablement et je suis convaincue des effets favorables de la réflexion entreprise sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

La démarche qualité engagée a permis d'envisager le changement comme une réelle opportunité managériale à l'origine d'une nouvelle dynamique au sein d'un établissement.

Toutefois, cette nouvelle dynamique me semble encore fragile. Une fois passé l'engouement initial, il est à craindre que les pratiques stagnent. Les efforts doivent être soutenus pour assurer la pérennité de la démarche qualité et consolider le nouveau mode de management mis en œuvre. Cette réflexion m'amène à formuler des propositions d'amélioration susceptibles de favoriser la continuité de la démarche et de la dynamique qu'elle engendre.

3 PÉRENNISER CETTE NOUVELLE DYNAMIQUE BASÉE SUR LA DÉMARCHE QUALITÉ

L'amorce de la démarche qualité au sein de l'EHPAD Saint Jacques donne des résultats satisfaisants en terme d'implication des personnels. Nous avons vu que l'ensemble des travaux entrepris génère une forme de motivation à l'origine d'une dynamique nouvelle permettant d'améliorer concrètement la prise en charge des résidents. Toutefois, il peut sembler difficile de maintenir cet engouement sur le long terme ; d'autres projets et d'autres objectifs deviennent prioritaires et le personnel peut rencontrer des difficultés à conserver sa motivation. L'expérience du passé vient appuyer ce constat. Une fois la reconstruction de la structure achevée, les personnels se sont désinvestis, estimant avoir fait leur maximum pour permettre à l'établissement d'évoluer. Pourtant, il s'agit bien d'une démarche d'amélioration continue qui ne saurait se limiter aux évaluations internes et externes prévues par la législation. Une implication constante et régulière des équipes et de la direction est indispensable.

L'accompagnement de cet établissement pendant près de huit mois me permet aujourd'hui de formuler des préconisations susceptibles de favoriser la pérennisation de cette démarche et de la dynamique qu'elle génère.

3.1 Consacrer l'existence d'une véritable fonction qualité au sein de l'établissement

3.1.1 Identifier un responsable qualité

Nous avons vu que la démarche qualité en EHPAD recouvre des notions et des outils complexes à appréhender. Il est donc préférable de bénéficier d'une personne ressource au sein des établissements maîtrisant parfaitement l'ensemble de ces concepts. Il paraît alors opportun de procéder à la nomination d'un « responsable » qualité, chargé de développer et de coordonner la mise en œuvre de la démarche au sein de l'institution. Je me permets d'insister sur ce point parce qu'il m'a semblé que certains cadres percevaient mal le recrutement d'un agent supplémentaire pour assurer cette fonction.

Les EHPAD sont des établissements de taille modeste et préfèrent parfois avoir recours aux services ponctuels d'un consultant. Il faut pourtant rappeler le caractère continu de la démarche d'amélioration de la qualité. De plus, les missions susceptibles d'être confiées à un « qualicien » sont nombreuses, il s'agit donc d'une fonction à part

entière, trouvant parfaitement sa place au sein d'un EHPAD. En effet, ce professionnel est généralement chargé de :

- participer à la définition du projet et des objectifs en matière de qualité conjointement avec l'équipe de direction et l'encadrement ;
- apporter un soutien méthodologique aux acteurs pour assurer la cohérence de la démarche ;
- garantir la fiabilité du système de gestion documentaire (création et uniformisation, enregistrement et diffusion des documents) ;
- organiser et maintenir le système qualité développé (réunion du comité qualité, définition et suivi du PAQ, communication...) ;
- coordonner les évaluations internes et externes ;
- mesurer la satisfaction des résidents et de leur famille ;
- élaborer et suivre les indicateurs qualité ;
- animer les groupes projets ;
- former les personnels.

J'ai bien conscience que les moyens financiers dont disposent les EHPAD ne leur permettent pas toujours d'envisager la création d'un tel poste en leur sein. Des solutions éprouvées sont d'ores et déjà envisageables :

- Plusieurs EHPAD d'un même bassin géographique peuvent signer une convention de coopération dont l'objet serait la création d'un poste partagé. Toutefois, il me semble opportun de limiter à deux établissements (d'au moins 80 lits) le nombre de signataires. En effet, la multiplication des établissements bénéficiaires ne permet pas d'assurer une présence optimale du responsable qualité sur chacune des structures.
- Les moyens financiers correspondants peuvent être sollicités dans le cadre de la signature des conventions tripartites évoquées précédemment.

S'agissant d'une fonction transversale, le professionnel retenu doit bénéficier d'une bonne connaissance du secteur gériatrique et d'une solide formation dans le secteur de la qualité. En effet, il doit avoir une vision d'ensemble du fonctionnement des EHPAD, tout en maîtrisant parfaitement les outils et concepts de la démarche qualité. L'exercice antérieur d'une activité professionnelle au sein du milieu sanitaire et social constitue un certain avantage.

Au sein de l'EHPAD Saint Jacques, j'ai personnellement été amenée à remplir cette mission. A l'issue de mon stage, pour assurer la continuité des travaux entrepris, la solution la plus adaptée consisterait en la formation approfondie du cadre de santé de

l'établissement. En effet, cette structure ne dispose actuellement que d'un seul cadre soignant pour 225 lits. La création d'un second poste est donc sollicitée dans le cadre du PAQ, notamment pour assurer une présence accrue de l'encadrement sur le second site de Cadours. La charge de travail permettrait alors d'envisager de lui confier la fonction de responsable qualité qu'il exercerait à hauteur d'un mi-temps. Cette possibilité est toutefois conditionnée par la création effective du second poste de cadre. Il faut préciser qu'un tiers temps de secrétariat a d'ores et déjà été consacré à la fonction qualité au sein de l'établissement.

3.1.2 Nommer des référents qualité au sein des services

Nous avons vu que des référents ont été nommés au sein des secteurs de soins sur différents thèmes. Sur le même modèle, il semble opportun de procéder à l'identification de « référents qualité » chargés des missions suivantes :

- assurer le relais entre le responsable qualité et les personnels des services ;
- informer les nouveaux personnels de la mise en œuvre d'une démarche qualité au sein de l'établissement avant qu'ils reçoivent une formation plus complète.

Il s'agit donc de tâches volontairement limitées afin de ne pas trop amputer leur disponibilité effective auprès des résidents. Dans tous les cas, les missions confiées et les objectifs qu'elles poursuivent doivent être clairs et partagés. A cette occasion, des fiches résumant les missions précises des référents doivent être rédigées de manière collégiale et commentées aux intéressés pour faciliter leur positionnement au sein des services.

Une formation complète sur la notion de qualité, les concepts et les outils qu'elle met en œuvre, pourra leur être dispensée par le Responsable Qualité identifié au sein de la structure.

3.1.3 Le rôle essentiel du Comité Qualité

Le Comité Qualité est le garant du bon fonctionnement de la démarche qualité au sein de l'établissement. S'agissant d'une instance qui n'est pas imposée par la réglementation, le risque de voir ses réunions s'espacer est grand. En effet, les membres de ce comité ont tous des responsabilités quotidiennes qui peuvent finalement les conduire à s'investir de moins en moins dans cette réflexion. Il est alors fréquent de voir diminuer la présence des personnels d'encadrement au cours des trimestres suivants la création de cette instance collégiale. Il est donc important pour le directeur d'insister sur son rôle essentiel afin d'assurer la pérennité de la démarche et de maintenir la motivation des acteurs. C'est effectivement cette instance qui doit relancer les travaux et la réflexion en cas « d'essoufflement » de la démarche, en parallèle de l'action menée par le responsable qualité évoqué précédemment.

Pour favoriser son action, il est conseillé d'élaborer un règlement de fonctionnement du Comité Qualité, établi et approuvé par l'ensemble des membres et prévoyant notamment la fréquence et les modalités de réunion.

Par ailleurs, il doit veiller à développer une démarche qualité simple et abordable pour garder intacte la motivation de l'encadrement et des personnels. Pour cela, certains principes doivent guider son action :

- Il doit éviter la bureaucratisation excessive en cherchant à résister à la frénésie de l'écriture qui suit généralement le lancement des démarches qualité. Cette action permet notamment d'assurer l'efficacité du système de gestion documentaire en garantissant sa pérennité d'utilisation. En effet, l'écriture n'est pas une fin en soi et doit porter uniquement sur les points clés de la prise en charge et susceptibles de poser problème. *« L'objectif est d'écrire une réponse qui garantit une qualité de prestation comprise et applicable par tous »³³.*
- Il doit veiller à faire vivre la démarche dans sa continuité, en s'assurant qu'elle n'est pas seulement assimilée aux évaluations internes et externes. Pour cela, il doit continuellement veiller à l'implication des personnels au-delà de l'étape de l'auto évaluation. Le respect de la fréquence des réunions définies dans son règlement intérieur et la mise à disposition effective de l'ensemble des comptes rendus contribuent à la réalisation de cet objectif. Les professionnels peuvent effectivement constater que l'organisation mise en place et la réflexion perdurent au-delà de ces échéances.
- Son rôle dans l'information autour de la démarche est essentiel, il doit ainsi s'assurer que l'ensemble des acteurs est régulièrement informé de l'avancée des travaux.
- Il doit s'assurer que les actions d'amélioration entreprises sont réalistes compte tenu des moyens financiers et humains de la structure. Les échéances arrêtées doivent être raisonnables et l'action doit être progressive. Ainsi, il vaut mieux limiter et prioriser les thématiques retenues dans le cadre du PAQ pour garantir leur mise en œuvre effective. En effet, la mission principale des personnels

³³ H. LECLLET et C. VILCOT – op.cit – p312

soignants consiste en l'accompagnement quotidien des personnes accueillies. Il est donc indispensable de favoriser leur temps de présence effectif auprès des résidents.

Il est donc important de consacrer l'architecture générale de la fonction qualité au sein de l'établissement à travers la nomination d'un responsable et de référents qualité, en complément de l'action du comité de pilotage. Toutefois, le directeur doit veiller à ne pas isoler cette fonction, au risque de voir les autres acteurs se désintéresser progressivement de la réflexion.

3.2 Anticiper les évolutions à venir et aller au-delà des obligations légales et réglementaires

La réglementation applicable aux EHPAD est très riche et souvent considérée comme contraignante par les dirigeants. Face à l'ensemble de ces textes, le milieu sanitaire et social adopte fréquemment une position d'attentisme et ne cherche pas nécessairement à anticiper les évolutions possibles. La qualité en gérontologie constitue un domaine où il est possible de prévoir les changements à venir sur le modèle des secteurs précurseurs tels que le secteur sanitaire.

3.2.1 S'inspirer de l'expérience hospitalière

Depuis 1996, les établissements de santé doivent satisfaire à une procédure d'évaluation externe portant sur l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Tout d'abord désignée sous le terme « d'accréditation », puis de « certification » depuis 2004, cette évaluation vise à « *s'assurer que les conditions de sécurité, de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement* »³⁴. Tout comme dans le milieu médico-social, ce dispositif a pour objectif d'améliorer de façon continue la qualité des soins et des prestations délivrées par les établissements de santé. A ce jour, la totalité des structures concernées a satisfait à la première version de cette procédure (V1 - accréditation) et doivent aujourd'hui s'engager dans leur deuxième évaluation externe (V2 - certification). Le passage à cette seconde version s'accompagne de nouveautés et d'un niveau d'exigence plus pointu, traduit dans la description des standards de qualité déclinés dans le manuel de certification.

³⁴ ANAES – op. cit, p8

Les étapes de la démarche qualité envisagées précédemment s'appliquent sur le même modèle au sein des établissements de santé. On peut penser que les évaluations internes et externes applicables au secteur médico-social s'inspirent de l'expérience du secteur sanitaire en la matière. Il est donc possible de considérer que les exigences en matière de qualité vont se renforcer tout comme dans le secteur hospitalier. Dans cette perspective, les référentiels utilisés (ex : ANGELIQUE) peuvent paraître aujourd'hui dépassés et il est préférable pour les EHPAD d'anticiper l'adoption par l'ANESM d'un nouveau guide plus exigeant. Pour cela, ils peuvent s'inspirer des thèmes les concernant et sur lesquelles les exigences applicables au secteur sanitaire se sont renforcées. A titre d'exemple, on peut citer :

- la qualité du management ;
- le respect des droits des usagers ;
- la confidentialité des informations ;
- l'homogénéisation des pratiques professionnelles ;
- l'adoption de critères objectifs de cotation lors de l'auto évaluation...

Il s'agit alors pour les équipes de fournir un effort supplémentaire et d'aller au-delà des exigences applicables au secteur de la gérontologie en matière de qualité.

Par ailleurs, outre la certification, la loi du 13 août 2004³⁵, prévoit la mise en œuvre obligatoire de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) pour l'ensemble des médecins exerçant en France. Cette nouvelle obligation consiste en l'analyse de la pratique professionnelle des médecins, en référence à des recommandations établies par l'HAS. Les établissements hospitaliers constituent bien souvent le site privilégié de la réalisation de ces évaluations pour les médecins intervenants en leur sein. La V2 prévoit ainsi un lien étroit entre évaluation individuelle des médecins et certification des structures sanitaires. Outre le médecin coordonnateur, les médecins libéraux intervenants en EHPAD sont nombreux et il paraît opportun de leur permettre de réaliser leurs EPP en interne, s'agissant d'améliorer ou de sécuriser les pratiques médicales et soignantes de l'établissement. Dans ce cadre, la HAS propose par exemple un guide spécifique d'EPP consacré à l'amélioration de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée.

On le voit donc, les initiatives en matière de qualité dans le secteur sanitaire sont nombreuses. Les liens entre ce secteur et celui de la gérontologie sont étroits et

³⁵ Loi n°2004-810 du 13 août 2004 op. cit.

s'intensifient. Les directeurs d'EHPAD ont donc tout intérêt à s'inspirer de l'expérience sanitaire pour guider l'évolution de la démarche qualité de leurs établissements.

3.2.2 Ancrer les évaluations internes dans la pratique de l'établissement

La culture de la qualité passe par l'appropriation de la technique de l'évaluation. Il semble donc intéressant pour les équipes de s'auto évaluer de manière régulière en allant au-delà de l'exigence légale consistant à pratiquer une auto évaluation tous les 5 ans. Cette réflexion étant fastidieuse, il peut s'agir de se limiter à la réalisation d'une évaluation annuelle portant sur un ou plusieurs thèmes du référentiel utilisé. A terme, cette pratique doit permettre aux équipes de maîtriser parfaitement la technique de l'auto évaluation et de bien intégrer le caractère continu de la démarche qualité.

Par ailleurs s'agissant d'un processus d'apprentissage, elle permet aux personnels de régulièrement s'interroger sur leurs pratiques professionnelles et de créer les conditions favorables à leur évolution. Cette réflexion partielle permet d'adapter régulièrement l'organisation de la prise en charge aux évolutions conjoncturelles et sociétales. L'évaluation interne n'est alors plus perçue comme une étape ponctuelle qui entraîne des changements en masse dans les habitudes de travail.

Enfin, la réalisation régulière d'évaluations permet d'inscrire cette pratique dans les missions habituelles confiées aux professionnels. Il n'est alors plus nécessaire de procéder à une information complète sur les enjeux et outils de l'évaluation tous les 5 ans, cette pratique devenant un événement régulier et familier ; c'est l'apprentissage par l'habitude.

Enfin, la mise en œuvre régulière d'évaluations internes, peut s'accompagner d'un bilan relatif à la réalisation des actions d'amélioration définies dans le PAQ. Il est alors possible de procéder aux réajustements nécessaires par rapport aux projets initiaux, compte tenu de l'évolution des pratiques et des contraintes d'exercice.

3.2.3 Construire un référentiel d'évaluation interne sur le modèle du secteur du handicap, de l'enfance ou de l'insertion

Nous avons vu que certains référentiels utilisés lors la réalisation des auto évaluations en milieu gériatrique peuvent paraître obsolètes au regard des exigences de qualité actuelles. De plus, les personnels des EHPAD peuvent rencontrer des difficultés à s'approprier le support utilisé, ne l'estimant pas suffisamment adapté à la spécificité de

leur structure et de leurs pratiques. Il me paraît alors intéressant de s'inspirer de l'expérience du secteur du handicap, de l'enfance et de la réinsertion en matière d'élaboration de référentiels internes. En effet, dans ces secteurs, il n'existe pas encore de supports définissant les références communément admises. Les établissements ont donc dû procéder à l'élaboration de leur propre référentiel avant de se livrer à l'évaluation de leurs pratiques. Cette réflexion permet de coproduire en interne les actions de référence énoncées dans un langage commun. Elle favorise donc l'adhésion de l'ensemble des professionnels.

Les enjeux de cette méthode sont multiples :

- Elle permet de tenir compte de la culture de l'établissement et de son histoire. A titre d'exemple un établissement qui a rencontré des problèmes de maltraitance cherchera à détailler d'avantage les exigences en matière de respect des droits de la personne âgée.
- Elle permet de tenir compte de l'expression des attentes spécifiques des résidents et de leur famille. Il faut consulter les usagers pour évaluer leurs aspirations et attentes afin de déterminer les standards de qualité correspondants. L'évaluation de la qualité du service effectivement rendu n'intervient que suite à cette consultation. En effet, d'une région à l'autre et d'un bassin de population à l'autre, les usagers peuvent avoir des attentes et des besoins qui leur sont propres. Par exemple, les habitants du sud de la France bénéficiant d'un climat plus clément, apprécieront d'avantage une sortie quotidienne que ceux du nord qui préféreront passer un moment dans une véranda lumineuse et chauffée.

Forts de ces spécificités, il s'agit pour les établissements de définir les thèmes qu'ils souhaitent évaluer ainsi que les indicateurs de qualité correspondants. Cette construction interne permet aux personnels de s'approprier le référentiel défini en intégrant les valeurs du projet institutionnel et la culture de la structure. Loin de permettre aux établissements de s'abriter derrière leurs caractéristiques propres, il faut tout de même considérer les référentiels disponibles comme une base minimale de travail, notamment à travers les différents thèmes qui y sont abordés.

Au sein de l'EHPAD Saint Jacques, l'auto évaluation a été réalisée sur la base du référentiel ANGELIQUE compte tenu des délais impartis. J'ai pu régulièrement entendre des objections quant à la pertinence de certains critères et avec du recul, il me semble effectivement préférable d'élaborer un référentiel qualité en interne. En effet, j'ai eu le sentiment que tous les personnels ne parvenaient pas à s'approprier le support utilisé.

Toutefois, le manque de temps reste une contrainte évidente et la construction d'un tel référentiel ne pourra se faire qu'au fil temps, en fonction des thèmes abordés chaque année.

3.3 Ouvrir d'avantage l'établissement sur son environnement

La coopération dans le secteur sanitaire et social est un objectif clairement affiché dans les politiques de santé publique récentes. Au regard de cette orientation, il me semble indispensable pour les EHPAD de chercher à s'intégrer d'avantage dans leur environnement avec pour objectif d'améliorer continuellement la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

3.3.1 Rechercher l'adhésion des médecins libéraux à la démarche qualité

La démarche qualité en EHPAD intègre l'aspect médical. Il me paraît donc nécessaire de rechercher l'implication des médecins libéraux, principaux intervenants médicaux au sein des établissements. En effet, au-delà de la relation contractuelle qui les unit à leur patient, ils interviennent dans l'application d'un certain nombre de protocoles médicaux au sein des structures et assurent le suivi du dossier médical des résidents. Ils interviennent donc dans la mise en œuvre du projet médical défini dans le cadre du projet d'établissement. De plus, leur implication effective favorise la participation des personnels soignants.

Si l'on considère de nouveau l'évolution de la démarche qualité dans le secteur sanitaire, on constate que la deuxième version de la procédure de certification hospitalière demande une implication beaucoup plus importante des médecins. En effet, la vision médicale est beaucoup plus approfondie dans le référentiel de certification que dans celui de l'accréditation initiale. Il est donc important pour les directeurs d'établissement d'anticiper dès à présent le développement des exigences en terme d'évaluation du service médical en EHPAD.

Pourtant, les directeurs évoquent régulièrement les difficultés de collaboration avec le corps médical. Le rôle du Médecin coordonnateur semble donc essentiel puisqu'il est chargé d'organiser « *la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement* »³⁶. Il apparaît comme l'interlocuteur privilégié des médecins intervenants au sein de l'établissement, étant à juste titre considéré comme un

³⁶ Article D.312-155-3 – Livre III du Code de l'Action Sociale et des familles

pair, d'autant plus que les médecins coordonnateurs exercent généralement cette fonction en complément de leur activité libérale.

Au sein de l'EHPAD Saint Jacques, l'investissement des médecins libéraux dans les différents projets développés au sein de l'établissement semble très limité. Il me paraît donc indispensable de rechercher leur implication dans la démarche qualité en général et dans l'élaboration et le suivi du dossier médical des résidents en particulier. Le recrutement prochain d'un médecin coordonnateur devrait favoriser l'émergence d'une réflexion collégiale dans ce domaine.

La recherche de cette adhésion passe notamment par la formation des médecins libéraux aux principes de la démarche qualité. Cette sensibilisation peut prendre la forme de réunions conduites en soirée par le médecin coordonnateur, compte tenu de leur disponibilité, afin de favoriser la présence du plus grand nombre. Cette action implique que le médecin coordonnateur ait lui-même reçu au préalable une formation approfondie sur la mise en œuvre d'une démarche qualité en EHPAD, notamment dans ses aspects médicaux.

Par ailleurs, nous avons vu précédemment que l'ensemble des médecins a aujourd'hui l'obligation de réaliser une évaluation des pratiques professionnelles. Il semble intéressant pour le médecin coordonnateur de leur proposer des thèmes d'évaluations relatifs à la gériatrie et susceptibles d'être réalisés en EHPAD afin de favoriser leur implication. En contrepartie, les résultats pourraient être exploités dans le cadre de la démarche qualité mise en œuvre.

3.3.2 Le partage d'expériences et le travail en réseau

La mutualisation des expériences et des travaux entrepris dans le secteur de la gérontologie peut-être approfondie : dans le Département de la Haute Garonne, les établissements d'accueil pour personnes âgées travaillent peu ensemble (absence de réseau gérontologique). Or, la qualité de la prise en charge concerne l'ensemble des EHPAD, exception faite des spécificités de chacun. Certaines réflexions et actions d'amélioration pourraient être menées en commun au bénéfice des résidents, s'agissant bien souvent de problématiques communes.

A titre d'exemple, la création d'une structure régionale regroupant les établissements accueillant des personnes âgées pourrait être envisagée sur le modèle de groupements existants dans certaines régions (GIP REQUASS en Limousin – GIP

REQUA en Franche Comté). L'objectif principal de ces structures de coopération est de fédérer tous les acteurs oeuvrant au sein du secteur sanitaire, médico-social et social pour créer un centre de référence dans le domaine de la qualité. Elles permettent donc de promouvoir l'amélioration de la qualité en favorisant le partage d'expériences et la réflexion commune, tout en mettant leur expertise dans ce domaine à la disposition des membres. Le Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale, instauré par le décret du 6 avril 2006³⁷, constitue le support juridique idéal pour la création d'une telle structure, s'agissant de faciliter et d'encourager les actions concourant à l'amélioration de l'évaluation de l'activité et de la qualité des prestations de leurs membres.

Au niveau local, la coopération entre les EHPAD sur le thème de la qualité peut porter sur différents thèmes avec pour objectif final d'améliorer la prise en charge effective des résidents :

- partage de personnels spécifiques tels que qualicien, psychologue, ergothérapeute ou kinésithérapeute, qu'un EHPAD seul, peut avoir des difficultés à recruter s'agissant de temps non complets ;
- partage de formations spécifiques difficilement réalisables au sein d'un seul établissement ou au coût trop élevé ;
- réalisation d'animations ou de sorties communes dont pourraient bénéficier les résidents de l'ensemble des structures ;
- réunions de travail ponctuelles entre les responsables qualité de structures voisines.

Il est par ailleurs possible d'envisager l'instauration de « stages de comparaison » consistant à échanger entre EHPAD des personnels de même catégorie sur une durée limitée. Ces échanges se concrétisent par la simple signature d'une convention de stage inter établissement. Cette action a plusieurs avantages :

- Elle permet d'envisager l'organisation de l'institution avec un œil critique extérieur nous permettant d'identifier des dysfonctionnements et de mettre en avant des points forts jusqu'alors ignorés.
- Elle favorise le partage d'expérience entre les personnels des différents établissements concernés.

³⁷ Décret n°2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale, pris pour l'application de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles et modifiant ce code (partie réglementaire). Journal officiel, n°84 du 8 avril 2006, p5317

L'ensemble de ces dernières préconisations me semble tout à fait applicable au sein de l'EHPAD Saint Jacques. En effet, cet établissement est situé dans un secteur géographique comptant trois autres EHPAD. J'ai eu l'occasion de rencontrer les directeurs de ces structures à différentes reprises et nos échanges me laissent penser qu'ils s'investiraient positivement dans de telles actions.

3.4 Engager une véritable réflexion sur l'absentéisme

3.4.1 Les caractéristiques de l'absentéisme

Réussir à améliorer la qualité des prestations de manière continue constitue un véritable challenge dans les établissements où le niveau de l'absentéisme est élevé. En effet, dans les EHPAD, ce phénomène désorganise fréquemment les services et peut entraîner d'importants dysfonctionnements dans la prise en charge quotidienne des résidents. De plus, le personnel présent peut finir par se démotiver. Plusieurs raisons peuvent expliquer ces difficultés :

- Le remaniement des plannings de travail s'impose en cas d'absences non prévues lorsque l'effectif minimum n'est pas atteint. Le manque de stabilité dans les cycles de travail est source d'une fatigue psychologique et physique importante chez les personnels. Les agents sollicités pour combler les absences sont bien souvent les mêmes et les récupérations se multiplient. Dans ces périodes difficiles, les personnels se démotivent souvent et finissent par ne plus s'impliquer dans un certain nombre de projets. Ils se recentrent alors sur le cœur même de leur métier. La réunion de groupes de travail devient plus complexe et la mise en œuvre des projets définis peut donc être retardée. La qualité des prestations peut s'altérer par manque de personnel.

- Le recours à des personnels de remplacement est marginal en dehors des absences de longue durée, le poste budgétaire correspondant étant bien souvent limité. Lorsque les possibilités financières permettent d'assurer le remplacement des personnels absents, les agents contractuels doivent être formés, notamment aux principes de la démarche qualité. Dans cette attente, la satisfaction des procédures peut-être partielle, la transmission des savoirs n'étant pas toujours favorisée en cas de manque de personnel, en particulier lorsque les fiches de postes sont inexistantes ou peu formalisées. Le recours à des personnels contractuels peut donc parfois entraîner une forme de rupture dans la prise en charge des résidents.

Nous avons vu que la démarche qualité consiste à rechercher les dysfonctionnements pour les prévenir ou les corriger. L'absentéisme peut être considéré comme une forme de dysfonctionnement, souvent révélatrice, sur laquelle les directeurs

d'établissement doivent chercher à agir, en particulier parce qu'il vient fragiliser les efforts réalisés pour pérenniser cette démarche.

Au préalable, il faut considérer qu'il existe deux formes principales d'absentéisme :

- L'absentéisme lié à une immobilisation pour une maladie ou un accident avéré.
- L'absentéisme lié à l'influence collective des personnels, lorsque les absences injustifiées sont considérées comme une fatalité et sont donc « tolérées » par l'institution. Ces absences sont souvent dues à un mauvais climat social et à l'insatisfaction des agents au travail, même s'il ne s'agit pas des seuls facteurs favorisant ce comportement.

C'est sur cette seconde forme d'absentéisme que les dirigeants doivent chercher à agir.

3.4.2 La situation actuelle de l'établissement

Le taux d'absentéisme, toutes raisons confondues, constaté au sein de l'EHPAD Saint Jacques au titre de l'année 2006 d'élève à 12%. Ce taux est particulièrement élevé si l'on considère que les taux moyens constatés au sein des établissements sanitaires et sociaux varient de 3 à 13%. Ce chiffre peut être mis en relation avec le mauvais climat et la démotivation évoqués précédemment. Ce phénomène entraîne de nombreuses difficultés dans la prise en charge des résidents et la gestion des plannings de travail. Une légère diminution des jours d'absence a été enregistrée au premier semestre 2007 mais semble très insuffisante pour assurer la mise en œuvre effective du PAQ.

En de telles circonstances, des objections relatives à la démarche qualité ont commencé à émerger. Comment améliorer la qualité de la prise en charge dans un contexte récurrent de manque de personnel ? Il est donc essentiel de chercher à agir contre l'absentéisme pour garantir la continuité de la démarche qualité.

3.4.3 Les actions envisageables pour lutter contre ce phénomène

Nous avons vu que la mise en œuvre d'une démarche qualité nécessite un engagement fort de la direction. Pour chercher à réduire l'absentéisme au sein des établissements, il me semble indispensable que les directeurs d'EHPAD manifestent une réelle volonté à lutter contre ce phénomène. Ils ne doivent pas le considérer comme une fatalité contre laquelle ils ne peuvent agir.

Diverses actions menées conjointement peuvent favoriser la régression des absences :

- Le suivi de l'absentéisme doit s'effectuer par service ou secteur afin d'identifier une éventuelle concentration des absences. Cette identification permettra à l'encadrement de rechercher les causes probables et de les corriger.
- Un important travail doit être effectué sur la prévention des accidents du travail. L'implication du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) peut être recherchée. Le document unique de gestion des risques élaboré au sein de l'EHPAD Saint Jacques en 2006 ne fait actuellement l'objet d'aucun suivi. Pourtant, le suivi effectif de sa mise en œuvre a notamment pour objectif de limiter la survenue de tels accidents et des arrêts de travail qui en découlent.
- La réalisation fréquente de contrôles médicaux constitue un outil important à travers son aspect dissuasif.
- L'encadrement peut recevoir en entretien les agents fréquemment absents ou à leur retour de congé maladie afin de chercher à en comprendre les motifs et évoquer ensemble les solutions envisageables.
- Enfin, la direction peut communiquer régulièrement sur l'absentéisme (taux effectif, coût pour l'institution, problèmes soulevés dans la prise en charge quotidienne des résidents et rappel des valeurs communes) afin de manifester sa volonté permanente de lutter contre ce phénomène.

Les directeurs d'établissement sanitaire et social disposent donc de différents outils favorisant la pérennisation des démarches qualité entreprises. C'est une condition essentielle pour entretenir le dynamisme qu'une telle démarche peut générer suite à la mise en œuvre d'un mode de management basé sur la recherche de la qualité.

Conclusion

Nous avons vu que la mise en œuvre d'une démarche qualité au sein des EHPAD permet de créer une nouvelle forme de dynamisme au bénéfice des résidents accueillis. Pourtant, la réussite de cette démarche me semble conditionnée par différents facteurs.

Elle ne peut se faire pleinement que si les établissements disposent de moyens humains et financiers suffisants. En effet, la charge de travail au sein des EHPAD est importante : seuls les résidents les plus dépendants entrent en institution, la politique de maintien à domicile étant favorisée. Les personnels se disent fatigués voire épuisés physiquement et psychologiquement. Bien que la mise en œuvre d'une démarche qualité permette de (re)mobiliser les acteurs, elle est consommatrice de temps dont ne disposent pas nécessairement les agents assurant au quotidien la prise en charge des résidents dans les services de soins. La mise en œuvre des différents projets définis pour améliorer les prestations dans les EHPAD devra donc nécessairement s'accompagner d'un véritable soutien de la part des pouvoirs publics. La plupart des établissements négocient actuellement les conventions tripartites de seconde génération. Il me reste à espérer que le soutien attribué aux EHPAD sera à la hauteur des efforts effectivement réalisés en matière d'implication dans la démarche qualité.

La création de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) mise en place en mai 2005, témoigne de la prise de conscience, de la part des pouvoirs publics, de la nécessité de soutenir le secteur gérontologique, s'agissant notamment de financer les aides en faveur des personnes âgées dépendantes à l'aide de moyens nouveaux.

A cela s'ajoute le « Plan Solidarité Grand âge » présenté en juin 2006 par Philippe BAS, alors Ministre délégué aux personnes âgées. En effet, ce plan prévoit la mise en œuvre d'un certain nombre de mesures destinées à faire face au vieillissement de la population et à l'augmentation de la dépendance. Cette déclaration d'intention doit néanmoins aujourd'hui s'accompagner de mesures concrètes pour les établissements.

A ce besoin de moyens financiers, s'ajoute la nécessité d'accompagner les établissements dans leur démarche. L'ANESM dispose aujourd'hui des moyens lui permettant de produire des référentiels et des guides d'aide à la réflexion. Compte tenu du retard pris dans ce domaine, des incertitudes demeurent cependant quant au potentiel effectif de cette organisation.

De plus, si l'amélioration effective de la qualité de la prise en charge passe par l'attribution des moyens financiers et techniques nécessaires, la pérennisation de telles démarches en EHPAD n'est possible que si l'équipe de direction, le personnel d'encadrement et le Conseil d'Administration démontrent une motivation réelle et continue. En effet, c'est bien le « sommet » de la hiérarchie qui doit impulser son dynamisme aux professionnels pour favoriser leur adhésion aux projets développés.

Enfin, dans le secteur hospitalier la qualité n'a pris un réel essor que lorsque les visites d'accréditation se sont développées. Si l'on continue à s'inspirer de ce secteur, la mise en œuvre effective des visites d'évaluation externe dans le secteur médico-social devrait apporter un souffle nouveau à la qualité en EHPAD. En effet, elle doit s'accompagner d'une nouvelle forme de rigueur dans la démarche et d'un suivi plus régulier des objectifs fixés, notamment à travers les recommandations émises par les experts visiteurs dans leur rapport d'évaluation.

Bibliographie

Ouvrages

- BARANSKI L., décembre 2000 – *Le manager éclairé, piloter le changement* – 1^{ère} édition, Paris : Editions d'organisation, 354p
- BRAMI G., mars 2006 – *Le nouveau fonctionnement des EHPAD, droits et pratiques institutionnelles en gérontologie* – 1^{ère} édition, Bordeaux : Les Etudes Hospitalières, 360p
- CHARLEUX F. et GUAQUERE D., septembre 2006 – *Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale. L'évaluation interne : outils, méthodes et mise en oeuvre* – 2^{ème} édition revue et augmentée, Thiron : ESF Editeur, 286p
- DUCALET P. et LAFORCADE M., janvier 2004 – *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* – 2^{ème} édition revue et argumentée, Paris : Seli Arslan, 336p
- LECLET H. et VILCOT C., août 2003 – *Qualité en gérontologie : questions et outils pour agir* – 1^{ère} édition, Paris : AFNOR, 420p
- LEFEVRE P., BOGDAN J., RODRIGUEZ B., VILLOTE D. et BOULAIRE E., novembre 2006 – *Guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales* – 1^{ère} édition, Paris : DUNOD, 564p
- MAGUERES G., janvier 2006 – *L'amélioration rapide de la qualité dans les établissements sanitaires et sociaux* – 1^{ère} édition, Rennes : Editions ENSP, 114p
- MIRAMON J.M., mars 2001 - *Manager le changement dans l'action sociale* – 2^{ème} édition, Rennes : Editions ENSP, 105p
- NELSON B. et ECONOMY P., septembre 2004 – *Le management pour les nuls* – Nouvelle édition revue et augmentée, Paris : Editions générales FIRST, 342p

Articles de périodiques

- BERTEZENE S., septembre 2004 – « L'articulation entre démarche qualité et stratégie de l'organisation » – *Droit, déontologie et soin*, vol. 4, n°3, pp. 337-344
- ENDROIT A., septembre 2006 – « La démarche qualité dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées » – *Bulletin juridique de la santé publique*, n°96, pp. 13-14

- GAILLIARD F. mai 2000 – « Directeur d'EHPAD, un professionnel au cœur de la démarche qualité » – *Actualités Sociales et Hebdomadaires*, n°2165, pp. 25-26
- HERIAUD A., septembre 2006 – « Histoire de qualité » – *La lettre de l'Union, Union Hospitalière du Sud Ouest*, Editorial, p1
- JENDOUBI M., août 2006 – « Management, avons-nous réellement besoin d'une gestion de la qualité ? » – *Oxymag*, n°89, pp. 14-16

Mémoires

- DUCOURET L., 2006 – *La convention tripartite : d'un outil juridique vers un processus de management* – Mémoire d'élève directeur d'établissement sanitaire et social, promotion 2005/2006, Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 61p
- GESREL P.B., 2004 - *Comment favoriser l'appropriation du changement par les personnels* – Mémoire d'élève directeur d'établissement sanitaire et social, promotion 2003/2004, Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 90p
- ROURESSOL P., 2004 – *La démarche qualité à l'hôpital local, ou comment passer de l'accréditation à une démarche qualité pérenne* – Mémoire d'élève directeur d'établissement sanitaire et social, promotion 2003/2004, Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 78p

Textes législatifs et réglementaires

- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal officiel, n°179 du 2 août 1991, p10266
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel, n°2 du 3 janvier 2002, p124
- Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal officiel, n°190 du 17 août 2004, p14598
- Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007. Journal officiel, n°296 du 22 décembre 2006, p19315
- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal officiel, n°98 du 25 avril 1996, p6324
- Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD. Journal officiel, n°98 du 27 avril 1999, p6223

- Décret n°2003-1134 du 26 novembre 2003 relatif au Conseil National de l'Évaluation Sociale et Médico-Sociale mentionné à l'article L312-8 du code de l'action sociale et des familles. Journal officiel, n°276 du 29 novembre 2003, p20403
- Décret n°2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD mentionné au I de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles. Journal officiel, n°123 du 28 mai 2005, p9363
- Décret n°2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale, pris pour l'application de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles et modifiant ce code (partie réglementaire). Journal officiel, n°84 du 8 avril 2006, p5317
- Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Journal officiel, n°113, du 16 mai 2007, p9373
- 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. Journal officiel, n°98 du 27 avril 1999, p6256
- Circulaire DGAS/2006/53 du 10 février 2006 relative aux dates de mise en œuvre des évaluations prévues par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (texte non paru au journal officiel)

Sites Internet

- Ministère de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/>
- Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité : <http://www.personnes.agees.gouv.fr/>
- Haute Autorité en Santé : <http://www.has-sante.fr/>
- Agence Nationale d'Évaluation Sociale et Médico-Sociale : <http://www.anesm.sante.gouv.fr/>
- Site des éditions WEKA : <http://www.medico-social.weka.fr/>

- Site de la Fédération des Etablissements Hospitalier et d'Assistance Privés : <http://www.fehap.fr/>
- Site du GIP REQUASS : <http://www.requass.com/>
- Site bien vieillir et accompagner le grand âge : <http://www.agevillage.com/>

Supports et rapports techniques

- ANAES – *Manuel d'accréditation des établissements de santé, deuxième procédure d'accréditation* – Paris, septembre 2004
- CNESMS – *L'évaluation interne : guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux* – Paris, 1^{ère} version, septembre 2006
- HAS – Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation – Paris, édition 2007
- HAS - La lettre d'information – Numéro 01, Mars/Avril 2006
- GIP REQUASS – *Plaquette d'information « Vivre la qualité au quotidien »* – Limoges, 1^{ère} version, avril 2003
- Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille – *Plan Solidarité Grand Age* – Paris, juin 2006
- Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité - *Guide d'accompagnement et Outil d'auto évaluation ANGELIQUE* – 1^{ère} version, Paris, 2000
- N. DONZ - Note d'information DGAS / 5B n°2004/96 du 03/03/04 relative aux *actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Paris, mars 2004

Liste des annexes

Annexe 1 :	Lettre d'engagement de la direction	III
Annexe 2 :	Questionnaire de satisfaction des personnels réalisé en début de stage, diffusé en décembre 2006 et exploité en janvier 2007.....	V
Annexe 3 :	Résultats du questionnaire de satisfaction des personnels	IX
Annexe 4 :	Questionnaire de satisfaction des résidents	XVII
Annexe 5 :	Résultats du questionnaire de satisfaction des résidents.....	XIX

Etablissement Hébergeant
2006
Des Personnes Agées Dépendantes
« Saint Jacques »
Chemin de Piquette
31330 GRENADE SUR GARONNE

Grenade le 27 novembre

Mise en œuvre de la démarche qualité
Engagement de la Direction

Suite à la reconstruction intégrale de l'EHPAD de Grenade sur Garonne, nous disposons aujourd'hui de bâtiments et de matériels modernes à la disposition des résidents que nous accueillons et des personnels qui y travaillent.

Suite à cette belle réussite rendue possible par le travail de tous, nous devons aujourd'hui nous atteler à la mise en place d'une démarche qualité conformément à la loi du 2 janvier 2002.

Mais au fait, de quoi parle-t-on ? Vous avez tous déjà entendu ce terme sans nécessairement savoir de quoi il était question. Il s'agit pour nous de nous engager dans une démarche visant à garantir la qualité de la prise en charge de nos résidents. Cette démarche consiste à rechercher et à supprimer les causes de dysfonctionnements dans la prise en charge quotidienne du résident afin de garantir leur bien être, tout en préservant leur autonomie. Il s'agit donc d'améliorer notre fonctionnement et notre organisation dans l'intérêt de tous.

Dans cette perspective, nous allons prochainement mettre en place une structure organisationnelle cohérente reposant sur :

- un Comité Qualité, composé des personnels de direction et d'encadrement et chargé du pilotage de la démarche à travers la définition des objectifs à atteindre et des actions à mettre en œuvre ;
- des référents qualités chargés d'accompagner la mise en œuvre des actions définies par le Comité Qualité ;
- des groupes de travail constitués ponctuellement de personnels volontaires chargés de réfléchir sur certains thèmes ;

Afin d'initier cette démarche, et dans un premier temps, nous serons aidés d'une Elève Directrice d'Etablissement Sanitaire et Social actuellement en formation à l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

Dès l'année 2007, des actions de formation seront régulièrement planifiées sur ce thème afin d'aider chacun à se familiariser avec cette notion.

En ce qui me concerne, je considère que la démarche Qualité est bien plus qu'une obligation légale, elle est nécessaire à l'EHPAD. Elle est collective et doit être vécue comme une dynamique d'établissement, une démarche transversale d'amélioration permanente de la qualité des services dus et rendus aux résidents.

Plusieurs objectifs se trouvent ainsi définis :

- assurer une meilleure prise en charge des résidents en formalisant et en pérennisant nos points forts et en améliorant nos points faibles ;
- se motiver et s'adapter face aux changements ;
- continuer, dans la mesure du possible, à se former
- planifier les actions en les adaptant aux charges de travail
- constater les évolutions par des évaluations régulières pour éviter les dérives ;
- se préparer à la procédure d'évaluation externe définie par la loi.

L'organisation mise en place doit nous aider à atteindre ces objectifs.

A titre personnel, je m'engage à :

- contribuer à faire vivre au mieux cette démarche qualité de manière continue ;
- associer tout le personnel au processus en vous tenant régulièrement informés de l'avancée des différents travaux ;
- assurer le soutien permanent aux différents groupes ad hoc.

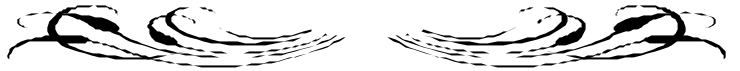
Aussi, convaincu de votre adhésion, je vous invite à participer sans réserve à cette démarche qui va nous permettre de valider les travaux entrepris, de valider les efforts de tous et de légitimer les actions mises en œuvre. Soyez en remerciés à l'avance.

La Directrice,

Annexe 2

Etablissement Hébergeant
Des Personnes Agées Dépendantes
Résidence « Saint Jacques »
Chemin de Piquette
31330 GRENADE SUR GARONNE

**Enquête de satisfaction des
personnels**



à retourner au service du personnel avant le 15 janvier 2007.

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Afin de procéder à l'évaluation de la satisfaction globale de l'ensemble du personnel dans le cadre de la démarche qualité de notre établissement, nous avons besoin de recueillir vos sentiments sur votre activité au sein de l'EHPAD.

L'exploitation des réponses obtenues nous permettra d'examiner et d'améliorer la qualité de la gestion des Ressources Humaines en général et d'identifier certaines actions prioritaires à mener dans le cadre de cette démarche.

Vous devez répondre à l'ensemble des questions tout en ayant la possibilité de conserver l'anonymat. Les résultats vous seront communiqués par voie d'affichage une fois l'enquête exploitée.

Aussi, je vous demande de bien vouloir compléter ce questionnaire au plus vite.
Je vous remercie de l'attention et du temps que vous y consacrerez.

V. PICOT,

Chargée de mission qualité

Nom (facultatif) :

Grade et statut :

Secteur ou service :

A propos de votre vie professionnelle

- **Question n° 1** : Dans votre vie professionnelle, quels éléments vous paraissent les plus importants ? (classer les éléments suivants du plus important au moins important - de 1 le plus important à 8 le moins important)

Eléments	Importance (de 1 à 8)
L'ambiance dans l'équipe	
La carrière	
La sécurité de l'emploi	
L'EHPAD	
Le métier	
Le salaire	
Le travail en communauté	

A propos de la communication

- **Question n°2** : Avez vous le sentiment d'être suffisamment informé sur la vie de l'établissement :

Oui Non

Si non, pourquoi ?.....
.....

- **Question n°3** : Au sein de votre secteur et pour son bon fonctionnement, la communication vous semble-t-elle :

Satisfaisante Suffisante Médiocre Inexistante

- **Question n°4** : La communication entre les secteurs de soins vous paraît-t-elle :

Satisfaisante Suffisante Médiocre Inexistante

- **Question n°5** : La communication entre les secteurs de soins et les autres services (cuisine, administration, lingerie, technique...) vous paraît-elle :

Satisfaisante Suffisante Médiocre Inexistante

- **Question n°6** : Quels outils de communication voudriez-vous voir développer pour l'améliorer ? (ex : réunions, transmissions, journal, affichage....)

.....
.....

- **Question n°7** : Vos relations avec vos collègues vous semblent :

Satisfaisantes Suffisantes Médiocres Inexistantes

- **Question n°8** : La communication avec votre supérieur hiérarchique vous semble :

Satisfaisante Suffisante Médiocre Inexistante

- **Question n°9** : A votre arrivée au sein de l'établissement avez vous été accueilli par un responsable qui vous a présenté les informations essentielles à une bonne prise de fonctions ?

Oui Non

Vos commentaires :

.....

A propos des conditions de travail

- **Question n°10 : Vos horaires de travail sont :**

Satisfaisants Acceptables Inadaptés Insupportables

Vos commentaires :.....
.....

- **Question n°11 : Vos plannings mensuels sont :**

Satisfaisants Acceptables Inadaptés Insupportables

Vos commentaires :.....
.....

- **Question n°12 : L'équipement de votre service vous semble :**

Satisfaisants Suffisants Insuffisants Médiocres

Vos commentaires :.....
.....

- **Question n°13 : vous semble-t-il que l'on vous écoute et que l'on tient compte de vos propositions ?**

Souvent Parfois Rarement Jamais

- **Question n° 14 : comment jugez-vous la qualité du service rendu aux résidents ?**

Satisfaisante Acceptable Insuffisante Médiocre

Vos commentaires :.....
.....

A propos de la formation

- **Question n°15 : La politique de formation de l'établissement vous semble-t-elle :**

Satisfaisante Acceptable Insuffisante Médiocre

Vos commentaires :.....
.....
.....

A propos de votre satisfaction personnelle

• **Question n°16 : Comment envisagez-vous votre avenir professionnel ?**

- Optimisme Sérénité Inquiétude Pessimisme

Vos commentaires :.....
.....

• **Question n°17 : Etes vous bien dans votre travail ?**

- Oui Non Sans opinion

Vos commentaires :.....
.....

• **Question n°18 : Vous sentez-vous bien intégré(e) dans votre service ou secteur ?**

- Oui Non Sans opinion

Vos commentaires :.....
.....

• **Question n°19 : Selon vous, quelles actions concrètes permettraient d'améliorer la satisfaction des personnels dans leur travail ?**

Vos commentaires :.....
.....
.....
.....
.....

Qu'avez-vous pensé de ce questionnaire et avez-vous des suggestions et des commentaires ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Merci de votre participation.

Etablissement Hébergeant
Des Personnes Agées Dépendantes
Résidence « Saint Jacques »
Chemin de Piquette
31330 GRENADE SUR GARONNE

Enquête de satisfaction

2 des personnels



Résultats de l'enquête réalisée en janvier 2007

Sur 170 questionnaires distribués, 71 agents ont répondu à celui-ci soit un taux de participation de 41,76%, ce qui constitue un taux de retour moyen, mais suffisant pour que les résultats observés soient significatifs. Par ailleurs, il s'agit d'une première enquête amenée à être renouvelée annuellement, afin d'étudier la progression du climat social au sein de l'établissement.

Il est important de préciser que le dépouillement de celle-ci s'est fait en toute confidentialité et qu'aucun agent ne saurait être identifié et inquiété en raison des réponses apportées. L'analyse des questionnaires révèle une grande volonté de s'exprimer dans l'objectif d'améliorer la situation actuelle (importance et richesse des réponses aux questions ouvertes).

L'ensemble des éléments mis en évidence sera pris en compte dans le Plan d'Action Qualité qui sera rédigé suite à l'auto évaluation de nos pratiques dans le cadre de notre démarche qualité. De plus, les résultats de cette enquête seront croisés avec ceux du questionnaire de satisfaction des résidents en cours de réalisation.

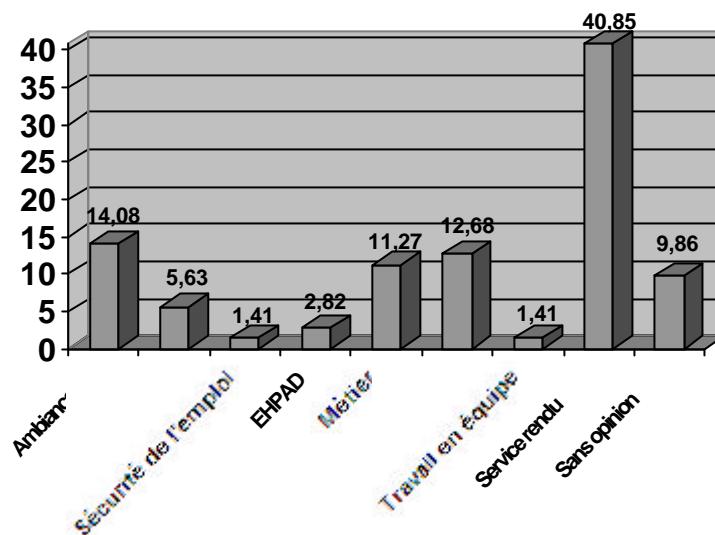
Que l'ensemble des agents de l'établissement soit vivement remercié pour sa participation.

❖ A propos des éléments importants dans la vie professionnelle des agents

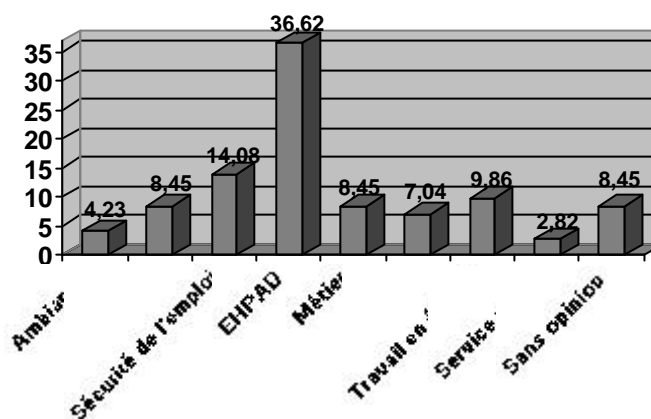
On peut constater que le service rendu aux personnes accueillies constitue l'élément le plus important dans la vie professionnelle des agents dans près de 41% des cas, nous confortant ainsi dans notre mission de service public, s'agissant de l'accueil et la prise en charge de personnes âgées dépendantes et vulnérables.

L'EHPAD constitue l'élément le moins important dans 37% des cas, il semble donc que les agents aient des difficultés à s'identifier à la structure (et non à la ville d'implantation à laquelle ils sont souvent attachés), certains évoquant même la possibilité future de changer d'établissement. Il semble essentiel de réfléchir aux éléments pouvant favoriser la genèse d'une véritable culture d'établissement afin d'améliorer ce point.

Élément le plus important dans la vie professionnelle des agents (en pourcentage)



Elément le moins important dans la vie professionnelle des agents (en pourcentage)



❖ **A propos de la communication au sein de l'établissement**

Globalement, on constate que seuls 37% des agents estiment que la communication est satisfaisante contre 61% d'insatisfaits. Le manque de communication est souvent désigné comme étant la cause des défaillances dans l'organisation actuelle des services, elles-mêmes à l'origine de la démotivation et de l'insatisfaction des personnels au travail. On constate que plus on élargit le secteur étudié (service, inter service, établissement), plus l'insatisfaction est grande.

Beaucoup regrettent le manque de réunions entre les différents services de l'établissement permettant de coordonner et d'organiser de manière cohérente le travail de chacun. Le retard dans la circulation de l'information, souvent délivrée trop tardivement, est mis en avant.

Le manque d'échanges entre les deux sites de Cadours et de Grenade est pointé du doigt, les agents affectés au premier site ressentant une certaine « mise à l'écart ».

De nombreuses propositions sont faites pour améliorer ce phénomène, notamment :

- La rédaction d'un journal interne trimestriel rapportant des informations sur la vie de l'établissement et distribué à tous : arrivées et départs, projets en cours, événements à venir... Certains proposent d'ouvrir ce journal aux résidents dans le cadre de l'animation (mouvements, anniversaires, rubriques diverses telles que recettes, histoires de vie et autres...);

- La mise en place de réunions inter service selon une périodicité définie regroupant un ou plusieurs représentants de chaque secteur, de la cuisine, de la lingerie, des services techniques et de l'administration, afin de discuter de l'organisation actuelle, des modifications à apporter et de délivrer les informations essentielles à une bonne communication;

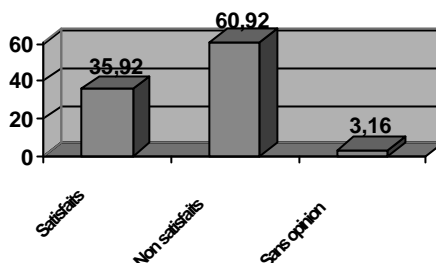
- La possibilité d'accéder plus facilement aux comptes rendus de réunion des diverses instances de l'établissement par l'affichage systématique dans chaque service, ce qui impliquerait

l'acquisition et l'installation de panneaux d'affichage supplémentaires. D'une manière générale, beaucoup estiment que les lieux d'affichage et d'information sont insuffisants ;

- la mise en place de groupes de travail pluridisciplinaires sur des thématiques précises chaque fois qu'un dysfonctionnement important se produit (à titre d'exemple, circuit du linge, distribution des repas...);

- l'amélioration des transmissions par la mise en place de nouvelles formations des agents et leur uniformisation au sein de secteurs.

Satisfaction des agents
quant à la
communication (en
pourcentage)

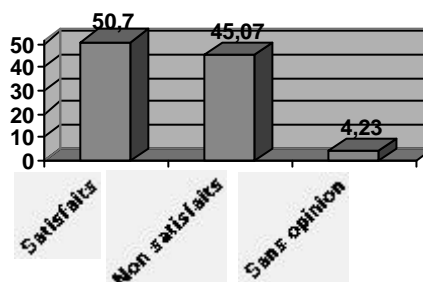


❖ **A propos des relations avec la hiérarchie en général**

Un agent sur deux semble satisfait des relations avec les supérieurs hiérarchiques. Ils regrettent l'absence de véritables moments d'échange. La mise en œuvre des entretiens annuels devrait permettre d'améliorer ce critère.

D'autre part, certains pointent du doigt un manque d'équité dans le management en général et sollicitent la mise en place de règles « uniformes » appliquées à tous sans distinction.

Satisfaction des agents quant à
la communication avec les
supérieurs hiérarchiques (en
pourcentage)



❖ **A propos des relations avec les collègues et de l'intégration à l'arrivée**

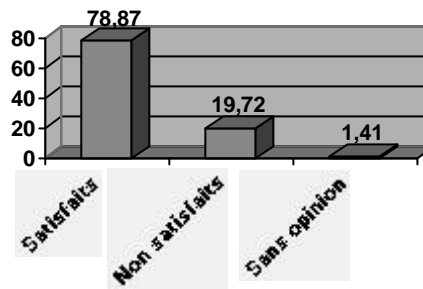
La grande majorité des agents est satisfaite des relations avec les collègues (près de 79%). Dans les cas où ils ne le sont pas, les difficultés sont essentiellement liées au manque de communication au sein même du service. Il semble que les agents contractuels et en emplois aidés aient parfois des difficultés à trouver leur place au sein de l'équipe.

Près de 33% des agents n'ont pas été accueillis à leur arrivée au sein de l'établissement et l'accueil semble inégal lorsqu'il a bien été effectué (durée, qualité de la personne chargée de l'accueil, remise de documents d'information). Dans ce cadre, ils sollicitent :

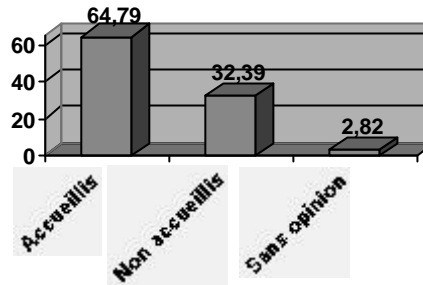
- La mise en place de groupes de parole encadrés par la psychologue afin de désamorcer les tensions éventuelles au sein des équipes et afin que chacun puisse librement s'exprimer ;

- La réflexion sur une procédure d'intégration des personnels à leur arrivée (visite préalable, livret d'accueil, doublon provisoire, référent...).

Satisfaction des agents
quant à leurs relations
avec les collègues (en
pourcentage)



Agents accueillis
(en pourcentage)



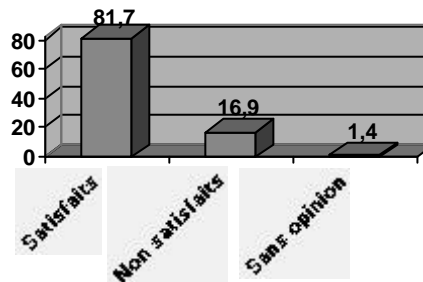
❖ **A propos des horaires et des plannings de travail**

Environ 82% des agents estiment que les horaires sont satisfaisants ou acceptables. Toutefois, ils mettent en avant un certain nombre d'éléments sources d'insatisfaction (horaires coupés, variabilité des horaires, week-ends dimanche et lundi...).

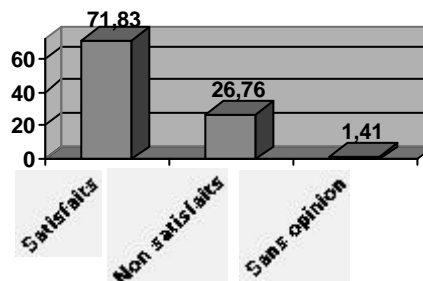
Par ailleurs, ils regrettent la fréquence des changements de planning et le retard avec lequel ils sont parfois communiqués, mais sont satisfaits dans près de 72% des cas.

La mise en place de la sectorisation devrait permettre d'améliorer sensiblement ces difficultés.

Satisfaction des agents
par rapport aux horaires
(en pourcentage)



Satisfaction des agents par
rapport aux plannings
(en pourcentage)

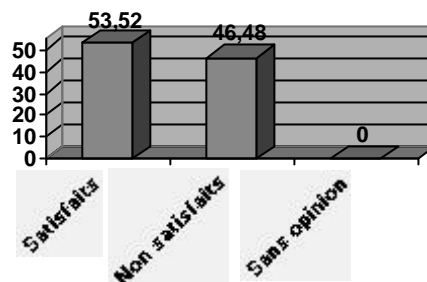


❖ **A propos de l'équipement du service**

La majorité des agents est satisfaite du matériel mis à leur disposition bien qu'ils soient tout de même 45% à le trouver insuffisant en qualité et quantité. Ils souhaitent être

plus souvent associés au choix des matériels afin que celui-ci soit effectivement adapté à leurs conditions de travail. De plus ils s'inquiètent du vieillissement prématuré des locaux. L'acquisition de fauteuils de douche supplémentaires est sollicitée afin que chaque secteur puisse en disposer d'un exemplaire. Le matériel dédié au ménage est jugé insuffisant par les utilisateurs.

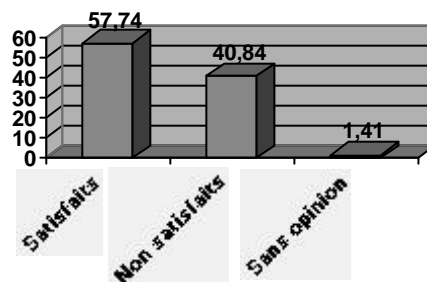
Satisfaction des agents
quant à l'équipement des
services
(en pourcentage)



❖ **A propos de l'écoute**

Il semble que les agents aient le sentiment d'être souvent écouté dans la majorité des cas même si l'on ne tient pas toujours compte de leurs propositions. Certains regrettent de ne pouvoir s'exprimer que par l'intermédiaire des organisations syndicales pour être entendus.

Satisfaction des agents
sur l'écoute
(en pourcentage)

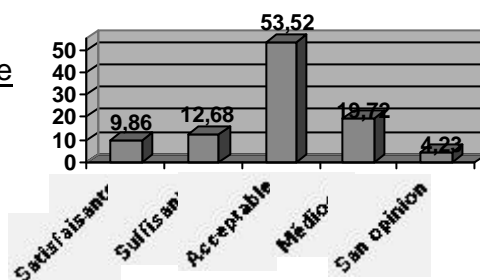


❖ **A propos de la qualité du service rendu aux personnes accueillies**

Beaucoup d'agents estiment que la qualité de la prestation offerte aux résidents est globalement acceptable mais largement insuffisante. Ils considèrent que le temps accordé à chacun est trop restreint et que le manque de personnel ne permet pas d'assurer une prise en charge individualisée. Pour eux, le rythme de chacun ne peut être respecté. Ils relèvent différentes difficultés :

- Manque d'animations s'agissant d'un lieu de vie (site de Grenade), rencontres et sorties à l'extérieur insuffisantes (sorties en ville) ;
- Sollicitation du résident insuffisante pour les actes de la vie quotidienne (perte d'autonomie) par manque de temps ;
- Respect des droits et libertés du résident insuffisant (formation et rappels sollicités) ;
- Présence médicale insuffisante auprès du résident et des équipes soignantes ;
- Lever des résidents trop tôt le matin...

Opinion sur la qualité de
la prise en charge
(en pourcentage)



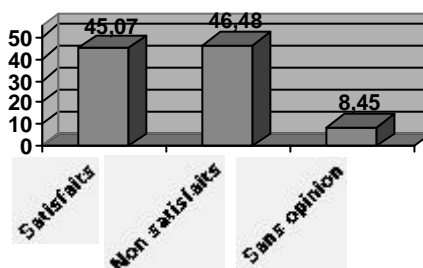
❖ **A propos de la formation**

La moitié des agents ayant répondu n'est pas satisfaite de la politique de formation de l'établissement pour de multiples raisons. Ceux n'ayant pas exprimé leur opinion ne peuvent se prononcer en raison de leur faible ancienneté au sein de la structure.

Les points relevés sont les suivants

- Orientations définies de manière annuelle sans vision prospective (pas d'objectif clairement définis et connus de tous) ;
- Absence de retour sur les vœux émis dans le cadre de la préparation du plan de formation ;
- Accès insuffisant au compte rendu de la commission du plan de formation (manque de transparence dans la définition du plan) ;
- Insuffisance du nombre et de la durée des formations ;
- Insuffisance des départs en formation diplômante ;
- Absence de projet de soins dans les services donc pas d'apport de la formation au niveau collectif (difficulté de mise en œuvre sur le terrain) ;
- Absence de formation du personnel non qualifié à l'arrivée ;
- Inégalité dans les départs en formation selon les catégories professionnelles...

Satisfaction des agents
quant à la politique de
formation
(en pourcentage)



❖ **A propos de la satisfaction au travail**

Seule la moitié des agents reste positive par rapport à son avenir professionnel. Les agents sont donc souvent inquiets et sont parfois démotivés. Les agents contractuels et sous contrat aidé sont inquiets de leur devenir au sein de l'établissement en l'absence d'informations fiables.

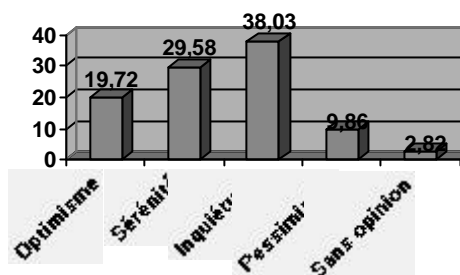
Pourtant la grande majorité est bien dans son travail et estime être bien intégrée au sein des services, les agents restent donc mobilisés et investis dans leur fonction. Il est important de noter que 20,42% des agents n'ont pas su dire s'ils se sentaient bien ou non, cette impression fluctuant quotidiennement en fonction de la qualité du travail et de l'entente avec les collègues. Ces personnes ne sont donc pas pleinement épanouies dans leur travail et risquent à terme d'être insatisfaits, ce qui porterait à 37% la proportion d'agents qui ne se sent pas bien dans son travail.

Donc malgré une certaine inquiétude, ils restent motivés et sont aujourd'hui dans l'attente de changements importants, notamment dans le mode de management de la direction et de l'encadrement. Selon les termes utilisés, ils « gardent espoirs ». Toutefois,

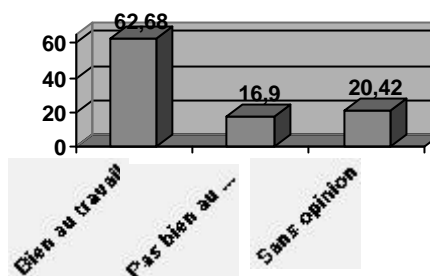
ils dénoncent fréquemment une mauvaise ambiance, une lassitude évidente et des rythmes de travail sources d'un stress, d'une fatigue physique et morale importante. Ils ont le sentiment que les conditions de travail se dégradent quotidiennement.

Enfin plusieurs personnes s'inquiètent pour l'avenir même de l'EHPAD et souhaitent que la direction communique d'avantage à ce sujet.

Perspective d'avenir
(en pourcentage)



Satisfaction globale
des agents au travail
(en pourcentage)



❖ **Actions d'amélioration proposées**

Les actions proposées sont nombreuses et sont toutes reportées ci-dessous, la plupart pourront être étudiées et éventuellement intégrées dans le Plan d'Action Qualité en cours d'élaboration :

- Se respecter d'avantage entre collègues, apprendre à travailler ensemble (formation au travail en équipe) ;
- Responsabilisation des acteurs, meilleure définition du rôle de chacun et réflexion sur l'organisation du travail (réactualisation des fiches de postes et élaboration du projet de vie) ;
- Justesse, impartialité et équité de l'encadrement ;
- Meilleure communication avec la hiérarchie (mise en place des entretiens annuels) ;
- Meilleure communication au sein de l'établissement (réunions inter services, installation de panneau d'affichage dans tous les services, journal interne) ;
- Meilleure intégration des nouveaux arrivants (élaboration d'une procédure d'accueil) ;
- Mise en place effective de la sectorisation avec bilan au bout de quelques mois ;
- Renforcement de l'équipe de nuit sur le site de Grenade ;
- Présence plus importante du cadre de santé dans les services de soins sur les deux sites ;
- Amélioration des transmissions (formation aux transmissions ciblées) ;
- Réflexion sur la prise en charge des résidents en fin de vie (formation aux soins palliatifs) ;
- Réduction de la précarité de l'emploi par la mise en stage des agents contractuels dès que possible (définition de critères connus de tous) ;
- Instauration de groupes de paroles et de réflexion ;

- Meilleure reconnaissance du travail effectué et soutien des équipes dans les moments difficiles ;
- Meilleure implication du corps médical ;
- Renforcement des équipes (contrainte budgétaire).

Annexe 4

Etablissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes Résidence "Saint Jacques" Chemin de Piquette 31330 GRENADE SUR GARONNE	Enquête de satisfaction des résidents	Site de Cadours Résidence "Saint Jacques" Chemin d'En Palanque 31480 GADOURS
---	--	---

La prise en compte des besoins des résidents et de leur satisfaction constitue une priorité de notre établissement. C'est dans ce cadre que ce questionnaire de satisfaction a été élaboré, il constitue ainsi l'un des axes essentiels de notre politique d'amélioration continue de nos prestations.

L'objectif est donc d'utiliser les informations recueillies pour améliorer nos services, mieux appréhender les attentes et y répondre dans les meilleures conditions.

Les résultats de cette enquête seront traités dans le respect des règles de confidentialité. Les réponses sont à faire parvenir à la direction, pour cela, vous pouvez **déposer votre questionnaire au bureau d'accueil**, sous pli fermé si vous le souhaitez. Merci de votre participation.

Nom (facultatif) :	Prénom :
Secteur : _____	

Accueil et accessibilité

	OUI	NON
1 Avez-vous reçu un Livret d'Accueil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 En avez-vous pris connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Jugez-vous son contenu satisfaisant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Êtes-vous satisfait des conditions dans lesquelles s'est déroulée votre admission ?		
- Accueil administratif et présentation de l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Accueil par le personnel soignant à votre arrivée dans la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Vous semble-t-il facile de trouver votre chemin dans l'établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Êtes-vous satisfait des conditions dans lesquelles vous pouvez recevoir des visites ? (famille, amis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Information

7 Estimez-vous être bien informé des diverses formalités administratives relatives à votre vie au sein de l'établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Estimez-vous être suffisamment informé sur la vie de l'établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Êtes-vous bien informé des soins qui vous sont proposés et délivrés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
# Concernant les relations avec le personnel de l'établissement :		
- Avez vous les sentiment d'être écouté et entendu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le personnel vous semble-t-il aimable, poli et courtois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Respect de l'intimité et confidentialité					OUI	NON
					↓	↓
11	Êtes-vous satisfait des informations vous concernant fournies à vos proches ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Estimez-vous que votre intimité est respectée lors des visites médicales ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Estimez-vous que votre intimité est respectée lors des toilettes ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Estimez-vous que votre intimité est respectée lors des soins ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge de la douleur						
15	En cas de douleur, a-t-on répondu rapidement à votre demande de				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Vos douleurs ont-elles été soulagées de façon satisfaisante ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conditions matérielles						
17	Êtes-vous satisfait des locaux dans lesquels vous êtes accueillis ? (espace de la chambre, accessibilité des différents lieux)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Êtes-vous satisfait de l'équipement mis à votre disposition dans la chambre ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Êtes-vous satisfait de la propreté de votre chambre ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestations						
20	Êtes-vous satisfait de la variété des repas proposés ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Êtes-vous satisfait de la quantité de nourriture des repas ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Êtes-vous satisfait de la qualité des plats proposés ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Êtes-vous satisfait de la propreté du linge fourni par l'établissement ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Êtes-vous satisfait du traitement de votre linge personnel ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Êtes-vous satisfait des animations qui vous sont proposées ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Estimez-vous être suffisamment informé du programme d'animation ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations complémentaires						
27	Jusqu'à présent, êtes-vous plutôt satisfait du déroulement de votre séjour ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos commentaires :						

Annexe 5 : résultats de l'enquête de satisfaction des résidents

Nombre de questionnaires retournés		164				
Informations générales :						
La participation des résidents et des familles a été très importante.						
L'ensemble de ces résultats a servi de base de réflexion pour la rédaction du Plan d'Actions Qualité (PAQ) réalisé suite à l'auto évaluation de nos pratiques.						
Ce questionnaire sera renouvelé une fois par an afin d'apprécier l'évolution de la situation.						
N° Question	Thème	Oui	Non	Total	% Oui	% Non
Accueil et accessibilité						
1	Remise du livret d'accueil	32	66	98	32,65%	67,35%
2	Lecture du livret d'accueil	32		32	100,00%	0,00%
3	Contenu du livret d'accueil satisfaisant	30	2	32	93,75%	6,25%
4	Satisfait de l'accueil administratif et soignant	110	12	122	90,16%	9,84%
5	Satisfait de l'orientation au sein de l'établissement	98	16	114	85,96%	14,04%
6	Satisfait des conditions d'accueil des proches	117	2	119	98,32%	1,68%
Information						
7	Bonne information sur les formalités administratives	67	27	94	71,28%	28,72%
8	Bonne information sur la vie de l'établissement	65	39	104	62,50%	37,50%
9	Bonne information sur les soins	78	16	94	82,98%	17,02%
10	Sentiment d'être écouté par un personnel poli et courtois	133	26	159	83,65%	16,35%
Intimité et confidentialité						
11	Satisfait des informations fournies aux proches	77	9	86	89,53%	10,47%
12 / 13 / 14	Satisfait de l'intimité lors des toilettes, soins et visites médicales	120	12	132	90,91%	9,09%
Prise en charge de la douleur						
15 et 16	Efficacité de la prise en charge de la douleur	92	18	110	83,64%	16,36%
Conditions matérielles						
17 / 18	Satisfait de la chambre	147	8	155	94,84%	5,16%
19	Satisfait de la propreté de la chambre	145	4	149	97,32%	2,68%
Repas						
20	Satisfait de la variété des repas	103	42	145	71,03%	28,97%
21	Satisfait de la quantité des plats	132	13	145	91,03%	8,97%
22	Satisfait de la qualité des plats	96	42	138	69,57%	30,43%
Linge						
23	Satisfait de la propreté du linge fourni par l'établissement	149		149	100,00%	0,00%
24	Satisfait du traitement du linge personnel	120	14	134	89,55%	10,45%
Animations						
25 / 26	Satisfait de l'animation	88	14	102	86,27%	13,73%
Satisfaction générale						
27	Satisfait du déroulement général du séjour	123	7	130	94,62%	5,38%

Commentaires formulés par les résidents et les familles	Nbre de personnes concernées			
Préférerait vivre à son domicile		3		
Se perd parfois dans l'établissement		2		
Nostalgie de l'ancienne maison de retraite, notamment en ce qui concerne les fêtes et les animations		3		
Manque une commode dans les chambres ou un meuble de rangement		8		
Manque de convivialité au moment des repas		2		
Horaire des repas inadaptés (trop tôt le soir notamment)		2		
Toujours les mêmes repas		2		
Tarifs élevés		1		
Souhaite d'avantage d'animations et être sollicités		5		
Souhaite être accompagné à l'extérieur lorsqu'il fait beau		3		
Manque d'intimité dans les locaux communs (pour l'animation notamment)		1		
Souhaite des moments de rencontre pour discuter en groupe et voir du monde		2		
S'ennui		3		
Fait froid l'hiver		1		
Retour du linge personnel trop lent		2		
Perte de linge		5		
Défaut d'information sur les soins		1		
Manque de temps des agents pour l'aspect relationnel et l'écoute		4		
Certains agents manquent de patience et de respect		2		
Locaux et parcs très jolis		1		
Manque d'humanité des locaux		1		
La sectorisation a apporté des améliorations dans la prise en charge		1		
<u>Commentaires sur les résultats observés</u>				
- Les résultats sont comparables sur les deux sites de Grenade et de Cadours. Toutefois, le site de Cadours est apprécié pour sa petite taille et son côté plus humain se rapprochant d'avantage d'une prise en charge familiale.				
- La remise systématique des documents obligatoires est relativement récente (livret d'accueil, contrat de séjour et règlement intérieur). Les résidents les plus anciens ne les ont donc pas nécessairement reçus. Ce critère doit donc évoluer positivement. En effet, ces documents sont lus et leur contenu doit s'améliorer.				
- Les usagers sont globalement satisfait de l'accueil qui leur est fait à l'entrée, toutefois, cette étape importante doit faire l'objet d'un groupe de travail chargé de rédiger une procédure commune à l'ensemble de l'établissement.				
- L'établissement étant très grand, la signalétique doit être améliorée sur les deux sites, afin de favoriser les déplacements.				
- L'information générale (formalités administratives et vie de l'établissement) doit être améliorée. Ce thème constitue une priorité du PAQ.				
- Le respect de la personne âgée constitue un thème de formation prioritaire pour pallier aux dérives parfois relevées dans les services.				
- Les personnels sont en nombre insuffisant et manquent de temps pour développer l'aspect relationnel et la communication. Des postes supplémentaires sont sollicités dans le cadre de la mise en œuvre du "Plan solidarité grand âge" et de la négociation de notre prochaine convention tripartite.				
- La prise en charge de la douleur doit faire l'objet d'une réflexion pour être améliorée.				
- Les locaux et le confort matériel donnent satisfaction aux usagers mais ils souhaitent que la chambre soit équipée d'un meuble supplémentaire.				
- Le repas constitue un temps fort de la journée des résidents qui ne sont pas toujours satisfait de cette prestation (variété et qualité). Elle doit donc être améliorée. Il faut noter qu'une commission des menus a été constituée et que les menus sont transmis à un(e) diététicien(e). L'évolution de la satisfaction des résidents sera donc un indicateur à suivre.				
- Concernant le linge, la perte régulière des effets personnels est mise en avant. Une réflexion sur ce thème est planifiée.				
- L'animation touche encore trop peu de résident. Cette fonction vient d'être entièrement révisée et un projet d'animation plus complet est en cours de réalisation afin que le maximum de personnes puisse y participer au quotidien.				
- Enfin, les résidents sont globalement satisfait de leur séjour mais préféreraient naturellement vivre à leur domicile personnel ou auprès de leur proches.				