



EHESP

Diplôme d'Établissement
« Direction d'EHPAD et Droits des usagers : enjeux, outils, méthodes »

Promotion : **2017-2018**

La démarche qualité au service des droits des usagers et de la bientraitance

Christophe BEUNARDEAU

Responsable pédagogique :

Arnaud CAMPÉON,
Enseignant-chercheur au
département SHS, EHESP

Responsable de l'atelier
mémoire : Karine CHAUVIN

Remerciements

Mes remerciements vont tout d'abord à Mme Quiros Directrice par intérim qui m'a accompagné pour l'inscription à cette formation. Ils vont également à la Direction du Pôle Médicosocial qui m'a permis de réaliser cette formation.

Je souhaite également remercier les professionnels et familles qui ont acceptés de donner du temps pour répondre aux entretiens.

Merci à l'ensemble de ma famille de me soutenir dans cette aventure.

Merci à l'ensemble de mes collègues de promo, pour l'écoute et la bonne humeur.

Je remercie Karine Chauvin et Arnaud Campéon pour leur écoute et leur accompagnement dans cette formation.

Sommaire

Introduction	3
Chapitre 1 : DESCRIPTIF DU CONTEXTE INSTITUTIONNEL	5
1.1 Présentation géographique	5
1.2 Description de l'EHPAD	5
1.3 Les Missions de l'Etablissement	6
1.4 Les spécificités de l'EHPAD	6
Chapitre 2 : DESCRIPTIF DU CONTEXTE GENERAL ET LEGISLATIF	7
2.1 Le contexte politique	7
2.1.1 L'environnement économique et sociétal.....	7
2.1.2 L'environnement politique.....	7
2.1.3 Evolution législative	9
2.1.4 Préambule historique de la loi 2002-2.....	12
2.2 L'usager	13
2.2.1 Les droits des usagers	13
2.2.2 Le statut de l'usager	13
2.2.3 La notion d'usagers dans la loi 2002-2	14
2.3 La qualité	14
2.3.1 Genèse de la qualité.....	15
2.3.2 Les mouvements en tension de la qualité.....	15
2.3.3 L'idéologie de la qualité	16
2.3.4 Concept de qualité de vie	17
2.3.5 Contexte juridique de la qualité.....	17
2.3.6 L'évaluation des activités et des prestations.....	18
2.3.7 L'évolution des enjeux	18
2.4 Les concepts de bienveillance.....	19
2.4.1 Définition de la bienveillance (ANESM).....	19
2.4.2 Définition de la bienveillance	20
2.4.3 Définition du bien être.....	20

2.4.4 Facteurs du bien être en EHPAD.....	20
2.4.5 Le cadre historique et juridique.....	21
2.5 Les 7 droits fondamentaux des résidents selon la loi 2002-2	22
2.6 Les 7 nouveaux outils pour l'exercice des droits	22
2.6.1 Le livret d'accueil.....	23
2.6.2 La charte des droits et libertés de la personne accueillie.....	23
2.6.3 Le contrat de séjour.....	23
2.6.4 La personne qualifiée	23
2.6.5 Le règlement de fonctionnement de l'établissement ou du service	23
2.6.6 Le conseil de la vie sociale	24
2.6.7 Le projet d'établissement.....	24
Chapitre 3 : MON OBSERVATION.....	25
3.1 Mon constat	25
3.2 Mon observation dans les services	26
3.3 Analyse des entretiens auprès des familles	27
3.4 Analyse des entretiens auprès des professionnels.....	28
Chapitre 4 : LA MISE EN ŒUVRE DE LA QUALITE AU SERVICE DE LA BIEN-TRAITANCE	30
4.1 Les enjeux de la mise en œuvre	30
4.2 Les étapes de la démarche.....	31
4.2.1 L'engagement de la Direction	31
4.2.2 Le management d'encadrement	31
4.2.3 Initier la culture du changement.....	32
4.2.4 Agir sur le plan de formation.....	32
4.2.5 Promouvoir et diffuser l'amélioration du cadre de vie.....	33
Conclusion	33
Bibliographie	36
Liste des annexes	37
Annexe 1 : Les entretiens des professionnels.....	37
Annexe 2 : Les entretiens des usagers	40
Annexe 3 : Grille d'observation	43

Liste des sigles utilisés

EHPAD : Etablissement

NPN : Nouveau Public Management

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

UPHA : Unité pour Personnes handicapées Agées

EAST : Etablissement et Services d'Aide par le Travail

ASV : Adaptation de la Société au Vieillessement

APA : Allocation personnalisée d'Autonomie

ANDEM : Agence Nationale de l'Evaluation Médicale

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

RGPP : Révision Générale des Politiques Publiques

LOLF : Loi Organique relative aux Lois de Finances

ANESM : Agence nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux

FNG : Fédération Nationale de Gérontologie

CPOM : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens

IFAS : Institut de Formation Aide-Soignant

ASG : Assistant de Soins en Gérontologie

PAP : Projet d'Accompagnement Personnalisé

AS : Aide-Soignant

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

RABC : Risk Analysis Bio-Contamination Control

HACCP: Hazard Analysis Critical Control Point

O.M.S : Organisation mondiale de la Santé

Introduction

La réforme des droits des usagers vise à promouvoir une démarche globale dans l'accompagnement de l'utilisateur et dans l'accueil de son entourage, afin de promouvoir le respect de ses droits et libertés, son écoute et la prise en compte de ses attentes, tout en prévenant la maltraitance.

Cette démarche repose sur un questionnement tant collectif qu'individuel de la part des acteurs, et une responsabilité partagée entre les professionnels et l'institution.

En positionnant l'utilisateur au cœur de cette démarche comme acteur, dans un contexte d'excès de normes et de moyens contraints..., alors que le secteur public est en pleine ébullition.

Les projets de réforme en cours, qu'il s'agisse du projet de la loi d'adaptation de la société au vieillissement ou des travaux sur les modalités de financement, des modes d'accompagnement des personnes âgées, annoncent des changements majeurs que les gestionnaires doivent anticiper tels que les évolutions des profils des résidents accueillis, l'évolution du modèle tarifaire et des prestations en EHPAD.

Le besoin de réformes et d'améliorations de nos modes de fonctionnement n'est pas seulement gouverné par les contraintes économiques mais aussi par les mutations anthropologiques et sociologiques. L'individu moderne rêve d'un monde fait à sa mesure et pour lui, un monde où la réalité se confond avec ce qu'il souhaite. Ce positionnement de l'utilisateur dans l'évolution sociétale, va définir de nouvelles attentes.

Les enjeux sont multiples. Il s'agit pour la personne âgée de rester à domicile. Que chacun conserve sa citoyenneté, que les pratiques d'accompagnement s'adaptent et de lutter contre la maltraitance institutionnelle ou financière. Que chacun conserve sa singularité au sein de l'EHPAD.

Les personnes âgées entrent en EHPAD par raison ou par obligation, par mesure de sécurité, pour ne pas être seules, par crainte de la dépendance, pour ne pas être à la charge de leurs enfants. Elles veulent fuir « l'insécurité sociale du dehors » occasionnée par un logement inadapté, des difficultés à assumer les gestes de la vie quotidienne seules et à suivre le rythme, l'isolement et la peur de la dépendance véhiculés par les politiques et les médias, notamment depuis l'épisode de la canicule de 2003. Les personnes âgées font la confusion entre le risque et le danger de se retrouver dépendantes, seules à domicile.

Dans un contexte une pleine mutation, il est intéressant de se poser la question, comment répondre au mieux à la mise en œuvre des réformes attendues, au respect des droits de l'utilisateur, à la qualité de vie au travail des professionnels. Ce triptyque va nécessiter de la part du directeur de mettre en place une politique managériale et stratégique adaptée qui

va permettre d'appliquer les droits des usagers tout en favorisant une politique de bientraitance.

En effet, depuis la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, **la démarche qualité par l'intermédiaire de l'évaluation interne et externe est devenue un sujet légalement incontournable pour les organisations du secteur social et médico-social**. Cette évolution juridique émergeant dans un contexte de rénovation des politiques publiques et de régulation économique, révolutionne le secteur. **Il est soumis directement à l'influence du nouveau public management (NPM)**, avec pour conséquence la nécessité de devenir responsable et acteur de son développement, de se soumettre à des procédures de concertation et de partenariats, de piloter une démarche d'évaluation et de qualité et de mettre l'utilisateur au cœur du dispositif avec le respect de ses droits et l'expression de la satisfaction du service rendu. **Ainsi, le secteur médico-social entre dans un double enjeu : un enjeu économique et concurrentiel, et un enjeu déontologique et éthique** venant contrarier les pratiques par des logiques opposées entre autonomie et contrôle, amélioration et économie, réflexion et normalisation, collectif et individuel. **Ces nouvelles logiques d'organisation et d'exercice, accélèrent les pratiques et mettent en tension les actes professionnels**.

Ce qui m'a paru intéressant, c'est de **partir du vécu des acteurs par l'intermédiaire de leurs expériences, pour vérifier la cohérence des expériences professionnelles et ensuite par un retour au système, vérifier la cohérence de l'organisation**.

Chapitre 1 : DESCRIPTIF DU CONTEXTE INSTITUTIONNEL

1.1 Présentation géographique



Le pôle médicosocial est situé à la sortie de la ville de Bais, dans le département de la Mayenne.

La ville de Bais est située au nord-est du département de la Mayenne, proche des départements limitrophes de l'Orne et de la Sarthe.

Sa population est majoritairement composée de personnes actives avec toutefois un taux important de personnes âgées de plus de 65 ans

1.2 Description de l'EHPAD

L'EHPAD est une structure médicosociale régie par la loi 2002-1 du 2 Janvier 2002, soumis depuis la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) du 21 Juillet 2009 à l'autorité de l'Agence Régionale de Santé pour l'exercice de son activité et son fonctionnement.

L'EHPAD « le Rochard » est une structure qui accueille des personnes âgées autonomes ou dépendantes afin de leur proposer des prestations d'accueil, d'hébergement et de

soin. Pour cela, la structure dispose de 91 lits d'hébergements dont 2 lits d'hébergements temporaires.

Un PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) a été mis en place en 2012 pour accueillir les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés.

1.3 Les Missions de l'Etablissement

Elles s'appuient sur :

- Le principe du « prendre Soins »
- Le suivi du maintien de l'autonomie et de toutes les capacités restantes de la personne âgée
- La stimulation de la personne
- Le projet d'accompagnement personnalisé
- L'accompagnement et l'aide dans les gestes de la vie quotidienne
- L'entretien ou la restauration du sentiment d'utilité (estime de soi, confiance en soi et en ses capacités)
- Le maintien des liens sociaux et familiaux

1.4 Les spécificités de l'EHPAD

Une UPHA (Unité pour Personnes Handicapées Agées) permet d'accueillir des personnes dès 55 ans qui arrivent d'EAST (Etablissement et Service d'Aide par le Travail) atteintes d'une déficience intellectuelle.

Un PASA qui propose pendant la journée, aux résidents ayant des difficultés spécifiques (troubles modérés au niveau cognitif, de la mémoire, du comportement) des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé à cet effet.

Une cafétéria ouverte 7 jours /7 permet d'accueillir résidents, familles et visiteurs. Il y a la possibilité de consommer, d'acheter le premier nécessaire avec un espace boutique. Il y a également un magasin de vêtements ainsi qu'un salon de coiffure.

Chapitre 2 : DESCRIPTIF DU CONTEXTE GENERAL ET LEGISLATIF

2.1 Le contexte politique

2.1.1 L'environnement économique et sociétal

L'environnement sanitaire et Médico-social est aujourd'hui en pleine mutation conjugué à un certain nombre de facteurs :

- Un vieillissement de la population Française qui s'accroît, La durée moyenne de vie est en augmentation régulière, mais cet allongement s'accompagne souvent de polyopathologies et de dépendances physiques et /ou psychiques liées à l'âge, d'où la nécessité de faire progresser la médicalisation au sein des EHPAD.
- L'assurance maladie connaît un déficit structurel depuis plus de trente ans. Ce qui entraîne une réforme profonde des financements des établissements sanitaires (tarifications à l'activité) mais également des établissements médico sociaux (réintégration du médicament dans le forfait soin, application des règles de convergence tarifaire, future tarification à la ressource).
- Le Coût de la technologie et des pratiques thérapeutiques a fortement progressé, entraînant des dépenses accrues en soin.
- Les clients (résidents et familles) sont devenus plus exigeants, quant à la qualité et la sécurité des prestations offertes.
- La concurrence entre établissements de même type est aujourd'hui plus importante. Notamment sur les secteurs où la densité de lits d'hébergement est fixe.

2.1.2 L'environnement politique

Le gouvernement, conscient des mutations de la population Française, a proposé :

- Un plan national » solidarité grand âge » 2007-2012 qui repose sur 5 principes (1) :
 - Assurer aux personnes dépendantes le libre choix de rester à domicile.
 - Inventer la maison de retraite de demain et permettre aux personnes âgées vulnérables de mieux y vivre.

(1) plan solidarité Grand âge du 27 Juin 2006

- Adapter l'hôpital aux personnes âgées par l'intermédiaire des filières gériatriques.
 - Garantir pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance.
 - Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention.
- Le plan national Alzheimer 2008-2012 dont les orientations portent notamment sur :
 - Le renforcement de la dimension éthique de la prise en charge de la maladie.
 - Le développement de la recherche médicale.
 - La simplification et l'amélioration du parcours du malade et de sa famille.
 - L'amélioration du diagnostic précoce et de la prise en charge.
- Le plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 (2) (le plan concerne l'ensemble des maladies d'Alzheimer, de Parkinson, de Sclérose en plaques et est élargi à l'ensemble des maladies neuro-dégénératives)
 - Améliorer le diagnostic et la prise en charge des malades.
 - Assurer la qualité de vie des malades et de leurs aidants.
 - Développer et coordonner la recherche.
 - Renforcer la lutte contre la maltraitance en facilitant les signalements.
- Le plan de développement de la bientraitance 2009-2010 (3) prévoit de :
 - Développer une culture de la bientraitance dans les établissements.

(2) Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 stratégies Nationales de Santé

(3) Circulaire DGCS/2A 2010-250 du 23 Juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS

- La loi ASV (4) relative à l'adaptation de la société au vieillissement (cette loi a pour objectif d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population et d'inscrire cette période de vie dans un parcours répondant le plus possible aux attentes des personnes en matière de logement, de transports, de vie sociale et citoyenne, d'accompagnement).
 - Réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile (APA).
 - Prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.
 - Renforcement de la transparence des prix pratiqués en EHPAD, réaffirmation des droits et libertés des personnes âgées.
 - Un financement assuré par la solidarité nationale.

- Obligation nationale de prévention, soins, éducation, formation, emploi, garantie des ressources, intégration sociale, accès aux sports et loisirs afin de protéger les usagers tout en préservant l'autonomie des structures.

2.1.3 Evolution législative

- **La loi n° 75-534 du 30 juin 1975** : Elle est dédiée aux personnes handicapées et fait de l'action auprès de cette population une obligation nationale (prévention, soins, éducation, formation, emploi, garantie des ressources, intégration sociale, accès aux sports et loisirs afin de protéger les usagers tout en préservant l'autonomie des structures).

- **La loi n° 75-535 du 30 juin 1975** : Elle concerne de multiples populations (personnes handicapées, personnes âgées, personnes en situation de précarité et d'exclusion). Elle prévoit d'associer les usagers et leurs familles au fonctionnement des établissements.

- **La refonte des annexes XXIV en 1989** : Pluridisciplinarité et cohérence pour les enfants handicapés, à partir d'un projet pédagogique, éducatif, thérapeutique, et rééducatif individualisé

(4) *Gérontologie et société* vol 30 n°123 Alain Villez

Procédant d'une évaluation pluridisciplinaire, révisable annuellement et faisant l'objet d'un suivi attentif. La famille est un partenaire incontournable qu'il s'agit d'associer dès l'annonce du handicap et par la suite dans l'élaboration du projet individualisé. Elle est informée et consultée pour toutes modifications du projet et son adhésion est recherchée. La prise en charge devra être cohérente. La cohérence s'affirme comme un critère d'évaluation de la qualité pour tout établissement ou service.

- **L'arrêté du 26 Avril 1999** : Premiers référentiels qualité en établissement pour personnes âgées. Les politiques publiques ont le souci de rationalisation des dépenses mais aussi du « bien vieillir » notamment en institution. L'arrêté définit un cahier des charges à la convention tripartite conclue entre l'établissement d'hébergement, l'Etat et le Conseil général. Le texte énonce des recommandations dont l'objectif est de garantir la qualité des prises en charges des personnes âgées dépendantes auprès de quatre champs complémentaires : la qualité de vie des résidents, la qualité des relations avec les familles et les amis des résidents, la qualité des personnels en exercice dans l'établissement (compétences et qualifications), la qualité de l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique. De plus, dans un souci de coordination et de cohérence, la nécessité d'évaluation des actions de soins sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur référent.
- **La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale** : territorialisation de l'action sociale, affirmation de la place de l'utilisateur et évaluation de la qualité des activités.
- **La loi du 11 février 2005** pour l'égalité des droits et des chances, la participation à la citoyenneté des personnes handicapées. Cette loi réactualise la loi n°75-534.

Ce récapitulatif législatif entre les deux grandes lois du secteur social et médico-social : la loi du 30 juin 1975, fondatrice du secteur social et médico-social et la loi du 2 janvier 2002 rénovant le secteur social et médico-social, évoque de nombreuses évolutions et mutations du secteur. En effet la loi « sociale » n°75-535 a été confrontée à de nombreux bouleversements législatifs et sociétaux. D'un point de vue législatif, **la loi sociale a été remise en cause par la réforme de l'hospitalisation (1996) permettant à l'hôpital la**

gestion du médico-social, par l'instauration d'enveloppes financières à caractère limitatif (1998 et 1999), et par la refonte du Code de la famille et de l'aide sociale, intitulé Code de l'action sociale et des familles (1999-2000). D'autre part, le contexte socio-économique s'est lui aussi transformé avec la crise économique, avec l'apparition de nouveaux pauvres. En parallèle s'opère une généralisation de nouveaux modes de vie avec l'urbanisation, la consommation et l'individualisme. Ces transformations ont des conséquences sur le travail social qui s'oriente sur de nouveaux terrains (politique de la ville, développement social, ...) et de nouvelles méthodes (le travail en réseau, l'insertion...) (5)

« *On assiste à un mouvement de spécialisation sous l'effet de la diversification des missions du travail social* » (6). C'est ainsi que depuis 1995, le besoin de rénovation du secteur se fait sentir avec un avant-projet de loi fixant les principales orientations de la réforme qui se finalisera sept ans plus tard avec la loi n° 2002.2 du 2 janvier 2002. **Ainsi l'application de la loi du 2 janvier 2002, traduit l'évolution et les mutations du secteur social et médico-social.**

C'est dans ce contexte d'influence et autour de ces quatre orientations, que la loi n°2002.2 du 2 janvier 2002 propose aux professionnels du secteur **une évolution des rapports avec l'utilisateur en le faisant partenaire et acteur de son projet de prise en charge**. La loi valorise la notion de contrat entre l'utilisateur et l'institution, la notion de projet, pour prendre en compte les besoins et les demandes de la personne qui sont de nos jours, complexes et fluctuants et propose de l'évaluer au niveau des activités et des prestations en s'appuyant sur la satisfaction de l'utilisateur.

La légitimation de l'utilisateur comme citoyen à part entière avec des droits et des devoirs est **un retournement culturel important**. Cependant la notion d'utilisateur est à considérer avec prudence dans le sens où elle invite la personne à être dans une relation de service correspondant à ses besoins individuels. Dans cette lecture-là, l'utilisateur devient client et s'éloigne du citoyen. Le risque est de perdre de vue la notion d'individu sujet, et la conscience collective. « *La négation de l'individu en tant que sujet rend toute tentative d'une approche groupale impossible, car seul l'individu est important qu'il soit professionnel ou utilisateur* » (7). La frontière entre le client solvable et le droit de l'utilisateur est fragile et devrait ouvrir un nouvel espace déontologique et éthique pour tout le secteur social et médico-social.

(5) *intervention sociale locale et contractualisée en fonction d'un projet précis. Cf. R.Castel, « Du travail social à la gestion sociale du non-travail »*

(6) *J.N.Chopart, 2000*

(7) *Abry, 2009 : p 170*

2.1.4 Préambule historique de la loi 2002-2

Les structures d'hébergement pour personnes âgées connaissent aujourd'hui la troisième période de leur adaptation à l'évolution des besoins exprimés par les personnes âgées et leur famille. Après le temps de l'humanisation des hospices, avec les vieillards, orphelins, infirmes, malades, où la singularité des individus était alors complètement ignorée et leurs avis comptaient peu (8) ; puis le temps de la médicalisation, avec le progrès de la médecine et des soins qui va permettre l'évolution des structures. Maintenant s'est engagé celui de la réforme de la tarification qui doit être également celui de la refondation éthique ; au risque dans le cas contraire de subordonner leur fonctionnement et les conditions de vie qu'ils offrent à leurs résidents aux aléas de modes de régulation et de financement inspirés davantage par une volonté de contrôle technocratique que par le souci de voir s'épanouir des projets de vie d'établissements plus respectueux des besoins et des droits des personnes âgées.

Une organisation trop rigide des institutions induite par la rationalisation de la gestion des moyens humains, alliée à un souci d'écartier tout risque de mise en cause de la responsabilité des professionnels peut conduire à la négation de la liberté, du droit de prendre des risques et de conserver la possibilité d'effectuer des choix.

Les personnes accueillies dans les établissements sont de plus en plus âgées, handicapées, vulnérables et proches de la fin de leur vie. Ces caractéristiques rendent plus difficiles l'expression et le recueil d'un consentement et de choix et peuvent conduire les professionnels à sombrer dans une forme de toute puissance à l'excès de pouvoir et à l'abus de faiblesse.

Les institutions, si elles ne veulent pas sombrer dans la gestion rationalisée des corps de vieillards réduits au statut de simples objets de soins, doivent refonder leur projet de vie.

(8) Gabriel Llobet/ *universalis.fr encyclopédie.*

2.2 L'utilisateur

2.2.1 Les droits des usagers

En structure les résidents peuvent exercer leurs droits comme tous les citoyens. Malgré tout, la vie en hébergement collectif et la fragilité liée à l'état de santé peuvent parfois compromettre l'exercice réel des droits. Pour cette raison, différents moyens destinés à favoriser l'exercice des droits et la participation des résidents des établissements ont été inscrits dans la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Depuis la loi n° 2002.2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale visant à permettre une meilleure prise en compte de l'utilisateur, de ses besoins et de ses attentes, et la loi du 4 mars 2002, renforçant les droits des patients à l'hôpital, la promotion du droit des usagers se développe. Elle se manifeste par une plus grande reconnaissance de leur capacité à exprimer leurs besoins, leurs demandes, leurs attentes et leur appréciation du service rendu.

Les services du secteur social et médico-social dépendent de l'Agence Régionale de la Santé (ARS), service déconcentré de l'état. L'objectif de l'ARS est d'améliorer la qualité et l'efficacité de ces services. **Les établissements et services doivent être en conformité avec les outils de la loi n°2002.2 du 2 janvier 2002** (le livret d'accueil, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement, le conseil de la vie sociale, la charte des droits et libertés de la personne accueillie) et doivent rédiger un projet d'établissement. Cette mise en conformité contribue à la définition d'un fonctionnement de qualité pour un établissement ou un service. Le projet d'établissement doit définir les objectifs d'évaluation des activités et de qualité des prestations.

2.2.2 Le statut de l'utilisateur

Le statut et la reconnaissance de l'utilisateur commence par un cadre partenarial avec le professionnel. Cette relation est faite de respect, de bienveillance, de confiance et d'écoute mutuelle. Elle s'instaure selon des modalités adaptées à la situation personnelle de l'utilisateur, dans le respect de son autonomie quel qu'en soit le niveau. Enfin la reconnaissance mutuelle par autrui met en scène une relation qui introduit une réciprocité et une mutualité.

Le droit, permet ainsi aux usagers d'être reconnus par la loi. La loi 2002-2 a accordé des droits aux usagers, que l'on nomme parfois clients, bénéficiaires, consommateurs, ayants

droits. Les droits sont l'ensemble des règles qui garantissent à l'utilisateur l'exercice de l'ensemble des droits.

2.2.3 La notion d'utilisateurs dans la loi 2002-2

Dans la loi 2002-2 il n'y a aucune définition des utilisateurs du secteur social et médico-social, sauf de façon implicite, puisque dans le 1^{er} article de la section traitant du droit des utilisateurs, il est mentionné : « l'exercice des droits et liberté individuels et garantir à toute personne une prise en charge par des établissements et services sociaux et médico sociaux ». Mais, dans l'article 8 on ne parle plus de personnes en charge, mais de personnes accueillies. Dans l'article 10, on parle d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service.

On peut logiquement en déduire que l'utilisateur est soit la personne prise en charge, soit la personne accompagnée, soit la personne accueillie, soit la personne bénéficiaire des prestations. (9)

2.3 La qualité

La démarche d'amélioration continue de la qualité provient de la rencontre de plusieurs dimensions émergentes dans le temps : la genèse par le développement des démarches qualité dans différents secteurs (industriel, services et sanitaire), l'influence politique et économique et les évolutions juridiques concernant principalement les recherches relatives à l'évaluation des politiques publiques et la loi n°2002.2 du janvier 2002 avec le développement du droit des utilisateurs et de l'évaluation des prestations, montrant l'évolution des enjeux.

(9) Bernard Ennuyer sociologue

2.3.1 Genèse de la qualité

Dans les années **1990**, la **réforme hospitalière instaure la mise en place de l'évaluation médicale dans le secteur sanitaire** qui s'est concrétisée par la création de l'Agence Nationale de l'Evaluation Médicale (ANDEM). **Les ordonnances d'avril 1996 renforcent le dispositif en créant une obligation d'accréditation pour l'ensemble des établissements de santé**, avec la création de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). L'article L710-5 du code de la santé publique stipule :

« *Afin d'assurer l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation* »

En 1999, la réforme de la tarification dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes introduit dans les textes une formalisation systématique de démarches d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité. La réforme se recentre aussi sur le résident et sa famille, dans le respect des choix de la personne, de la nature, du cadre de vie, du professionnalisme des intervenants et de l'organisation institutionnelle. (Genèse de la qualité réalisée à partir du guide méthodologique « *Démarche qualité - Evaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire* » DGAS/mars 2004,

2.3.2 Les mouvements en tension de la qualité

Nous sommes donc au cœur d'une société dont les structures se transforment de l'intérieur entraînant une révolution fonctionnelle, symbolique, et culturelle. Plusieurs auteurs sont d'accord pour observer deux mouvements de fond paradoxaux, s'inscrivant en tension (Chauvière, 2003), (Lascombes, Le Galès, 2007, 2009) :

- **un mouvement de démocratisation** mettant l'accent sur la participation des individus et des groupes à l'action publique et renforçant les droits d'accès à l'information des citoyens.
- **un mouvement déplaçant les frontières de l'action publique, introduisant des logiques économiques de marchandisation du social** dans lesquelles, sont introduits des instruments techniques de rationalisation des comportements (anticipation, prévisibilité, efficience).

2.3.3 L'idéologie de la qualité

La révision générale des politiques publiques (RGPP) lancée en 2007, est une réforme de l'ensemble de l'état et de la fonction publique introduisant une volonté réformatrice et réflexive. Cette réforme liée à la LOLF (loi organique relative aux lois de finances de 2001) consiste à favoriser le passage d'une culture de moyens à une culture de résultats. Elle introduit le développement d'une culture client, la gestion des ressources humaines, la gestion des dépenses de façon plus efficace, une conception rationnelle et gestionnaire, avec comme **support, l'évaluation de la qualité des services rendus, des performances et de l'efficacité**. Les nouvelles politiques publiques et sociales s'accompagnent d'un mouvement néo libéral inspiré par « la théorie du capital humain ». Cette théorie souligne que chaque individu est en lui-même un capital qu'il peut valoriser dans toutes les dimensions de son existence et se présente comme une méthode scientifique de l'humain (Gaulejac, mars 2001). V. De Gaulejac précise que **cette idéologie dominante prônant le facteur humain comme ressource, s'inscrit dans une nouvelle gouvernance, « le New Public Management » (NPM)** qui tend à s'appliquer à l'ensemble des organisations et s'étendre à l'ensemble de la société. Cette nouvelle gestion publique a pour but de « moderniser » les administrations et les institutions en appliquant les principes suivants : introduire une exigence productive dans les services publics en développant une culture client (tout est service), une culture de la participation (démocratie participative), une culture de la performance (répondre aux nouveaux besoins), une culture de résultats (crédibilité, lisibilité), une culture entrepreneuriale (démarche de prospection, aller chercher l'information, responsabilisation) et une culture évaluative (efficacité, rationalisation, normalisation). M. Chauvière dans son article « *la loi de rénovation sociale restituée à son contexte* », résume cette nouvelle gestion publique de la façon suivante : « *Une sorte de retour sur investissement, le tout habillé de démocratie et de citoyenneté...* » (10). Dans cet article, il présente la concrétisation de l'action de la nouvelle gestion publique par l'utilisation d'instruments de pilotage, tels que : la communication politique, l'inclusion, l'intégration locale, les réseaux, la transversalité, la coopération, le partenariat, les contrats d'objectifs et de moyens, l'ingénierie de dispositifs, les projets de service, la notion de clients et citoyens pour les usagers et leur droit opposable, etc....

(10) Chauvière, 2003 : p 16

Les outils utilisés sont proches de l'entreprise et s'éloignent des valeurs classiques d'égalité, de continuité, d'adaptabilité laissant place à des principes plutôt utilitaristes et productivistes, pouvant amener l'humain à se dépasser pour faire preuve de son utilité sociale.

2.3.4 Concept de qualité de vie

Qualité de vie-bienveillance : termes à la mode ? concepts ? ou enjeux du sens de la mission des établissements ? comme celui de bienveillance, le terme de qualité de vie est fréquemment évoqué, tant dans les médias que par les recherches scientifiques.

En 1976, deux chercheurs américains relèvent que le concept de qualité de vie est « une entité vague et éthérée, quelque chose dont beaucoup de gens parlaient mais dont personne ne sait exactement de quoi il s'agit » (11)

Bienveillance et qualité de vie sont indissociables et habitent la démarche d'amélioration des pratiques professionnelles au profit de la qualité des soins et du prendre soins des personnes âgées.

2.3.5 Contexte juridique de la qualité

Dès 1988, se développe le dispositif d'évaluation des politiques publiques. Le décret n°90-92 du 22 janvier 1990 organise un dispositif d'évaluation avec la création d'un comité interministériel d'évaluation, d'un conseil scientifique et des financements appropriés. Ce dispositif est rénové en 1998 et se trouve complété par les objectifs relatifs aux lois de finances (LOLF) du 1^{er} août 2001. Ce dispositif législatif intègre la définition des objectifs et l'évaluation des résultats et des performances des politiques publiques. **L'application du principe consistant à apprécier l'efficacité d'une politique, en comparant ses résultats aux objectifs et aux moyens mis en œuvre, se généralise dans tous les domaines de l'action publique.**

(11) Missotten P, Squelard G, Ylief M *Gérontologie et société* 2010

2.3.6 L'évaluation des activités et des prestations

Les textes prévoient l'obligation d'une évaluation dans tous les établissements et services médico-sociaux.

Cette obligation législative revêt deux modalités distinctes :

- **Une évaluation interne**, destinée à évaluer les activités et les prestations délivrées, sur la base de recommandations de bonnes pratiques, validées par le conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, et dont les résultats doivent être communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation.
- **Une évaluation externe** pratiquée tous les sept ans par des organismes habilités, sur avis de ce conseil national, selon la méthodologie également validée par le dit conseil.

La création de l'ANESM en 2007 (Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux) aide à la mise en place des évaluations internes et externes dans les établissements. Elle publie des Recommandations de Bonnes Pratiques. Elle valide des cabinets conseils pour accompagner, former les équipes et labelliser les évaluateurs.

2.3.7 L'évolution des enjeux

Le contexte d'émergence de la qualité fait apparaître l'évolution de différents enjeux :

- **L'enjeu économique et concurrentiel** dans le secteur marchand avec la normalisation et la labellisation des produits.
- **L'enjeu juridique et déontologique** dans le secteur sanitaire avec la notion de qualité des soins et de sécurité maintenant l'enjeu économique et concurrentiel avec l'accréditation.
- **L'enjeu politique de transformation fonctionnelle, symbolique et culturelle** mettant en tension la démocratie et la rationalisation économique.
- **L'enjeu déontologique et éthique** dans le secteur médico-social avec l'apparition de la démarche qualité continue, introduisant l'évaluation continue et la focale sur l'utilisateur (le respect de la personne et de ses choix) couplée d'un enjeu économique et concurrentiel restant en arrière fond avec le maintien des agréments et du financement.

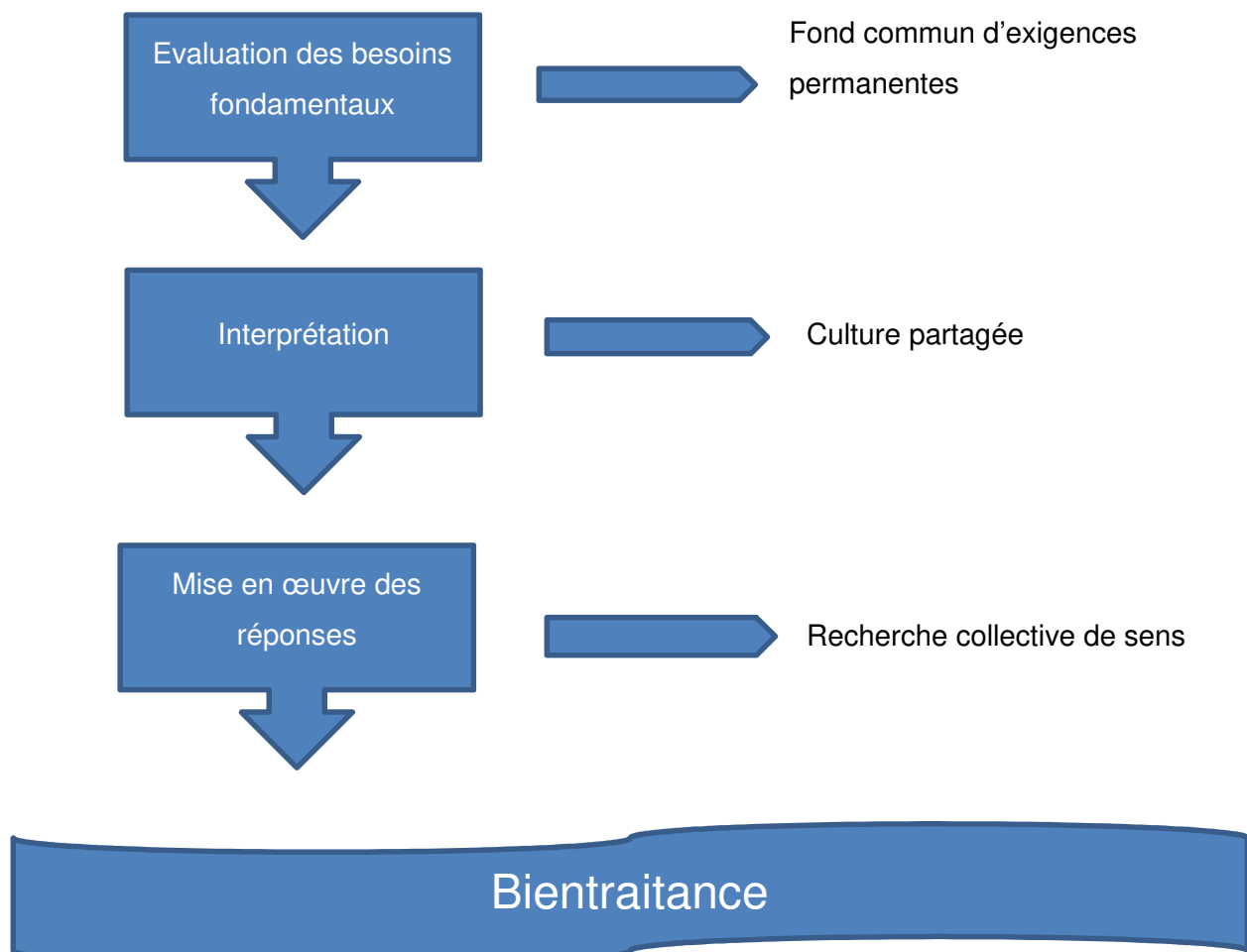
La qualité se construit au cœur d'un système où se croisent nos représentations sociales et culturelles, l'état de nos connaissances et de nos technologies. Il semble donc important de comprendre comment le secteur social et médico-social s'est construit dans l'histoire des représentations sociales et culturelles.

2.4 Les concepts de bientraitance

2.4.1 Définition de la bientraitance (ANESM)

Consiste à adopter envers l'autre, au sein d'une relation dissymétrique, une attitude permettant de rétablir un équilibre plutôt que d'accentuer le déséquilibre (réf Paul Ricoeur , philosophe)

- Instaurer une relation équilibrée et respectueuse de l'autre
- Adapter des réponses à une situation donnée toujours singulière
- Regarder favorablement les personnes



En pratique, la bientraitance est une notion très large, un idéal du sens du travail et des projets de chaque professionnel et des institutions, qui doit s'incarner dans les détails de la vie quotidienne. « Culture qui vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur ».

La bientraitance est également une « démarche volontariste qui situe les intentions et actes des professionnels dans un horizon d'amélioration continue des pratiques, selon l'ANESM, démarche qui conjugue ainsi l'idéal professionnel avec les pratiques quotidiennes du terrain. (12)

2.4.2 Définition de la bienveillance

Elle se situe au niveau de l'intention des professionnels. Elle consiste à aborder l'autre, le plus fragile avec une attitude positive et avec le souci de faire le bien pour lui.

2.4.3 Définition du bien être

Selon O.M.S (Organisation mondiale de la Santé), la santé mentale est un état de bien être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la collectivité. Elle est nécessaire au bien-être général des individus, des sociétés et des pays.

2.4.4 Facteurs du bien être en EHPAD

Le bien être dépend donc des facteurs environnementaux (âge, situation économique, familiale, professionnelle...) et psychologique. Le bien être immédiat et la qualité de vie en établissement sont des sujets au cœur des préoccupations (13).

Selon le rapport du Docteur Olivier de la Doucette, il identifie quatre facteurs avec une action positive sur le bien-être de la personne âgée.

- Conserver une bonne estime de soi
- Garder une identité positive
- Lutter contre l'isolement et la solitude
- Avoir un contrôle sur sa vie et s'adapter

Selon Klaus Rothermund et Jochen Brandstatter (14), le bien être des personnes ne se décline pas avec l'âge et n'est pas lié à la santé physique. Paradoxalement, une mauvaise santé impacte le bien être (altération de la vie sociale, changement des rôles, modification de l'image des corps...).

(12) ANESM. *Recommandation de bonnes pratiques professionnelles : la bientraitance, définition et repères pour la mise en œuvre, 2008*

(13) *De la Doucette : bien être et santé mentale : des atouts indispensables pour bien vieillir.*

(14) Rothermund K et Brandstatter j psychologue 2003

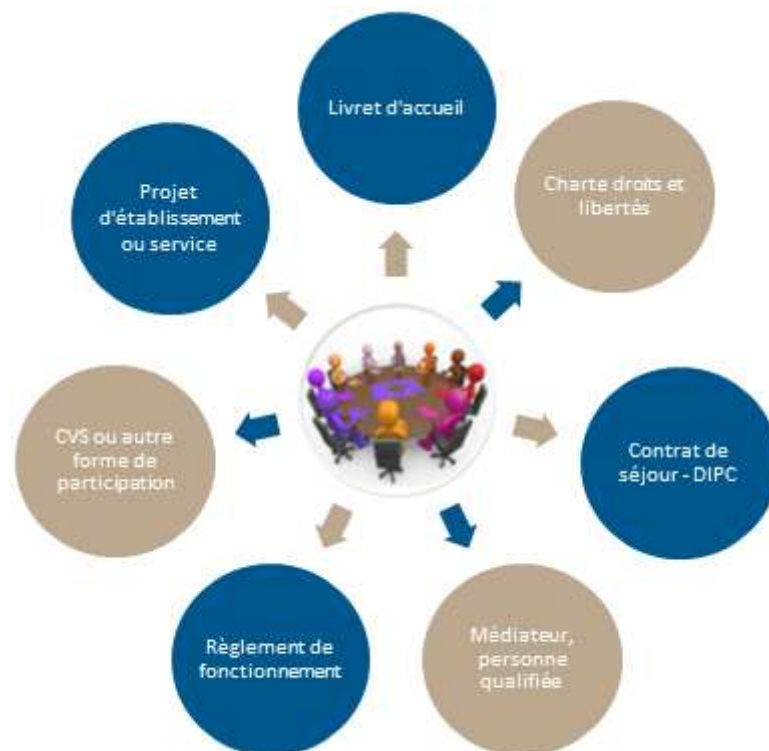
2.4.5 Le cadre historique et juridique

- 1946 : les droits de l'homme et du citoyen et la reconnaissance des libertés individuelles.
- 1960 : le rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse prône une nouvelle représentation du grand âge : autonomie, le maintien à domicile et la participation à la vie sociale.
- 1970 à 1980 : transformation des hospices en maison de retraite.
- 1987 : la FNG (fédération Nationale de Gérontologie) propose une charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante.
- 1999 : arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle (convention tripartite) définissant la qualité de l'accompagnement des personnes âgées ; gage de label pour les EHPAD.
- 2002 : loi du 02 janvier 2002 : reconnaissance des droits des usagers, respect des droits des résidents et devoir de prestations de qualité pour l'institution.
- 2015 : loi ASV (la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement). La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a pour objectif d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population et d'inscrire cette période de vie dans un parcours répondant le plus possible aux attentes des personnes en matière de logement, de transports, de vie sociale et citoyenne, d'accompagnement. La loi donne la priorité à l'accompagnement à domicile afin que les personnes âgées puissent vieillir chez elles dans de bonnes conditions. Enfin, en renforçant les droits et libertés des personnes âgées, elle vise à leur apporter une meilleure protection.
- 2017 : Les CPOM pour EHPAD (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens) remplaçant, depuis un arrêté du 03 mars 2017 (en application de la loi d'adaptation au vieillissement de la société de décembre 2015), les conventions tripartites pour EHPAD.

2.5 Les 7 droits fondamentaux des résidents selon la loi 2002-2

1. Respect de la dignité, intégrité, vie privée, intimité, sécurité.
2. Libre choix entre les prestations domicile/établissement.
3. Prise en charge ou accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé.
4. Confidentialité des données concernant le résident
5. Accès à l'information
6. Information sur les droits fondamentaux et les voies de recours
7. Participation directe au projet d'accueil et accompagnement.

2.6 Les 7 nouveaux outils pour l'exercice des droits



2.6.1 Le livret d'accueil

Il doit être remis à la personne prise en charge ou à son représentant légal lors de l'accueil. Ce livret comporte en outre la charte des droits et libertés des personnes accueillies et le règlement de fonctionnement définissant les droits et les devoirs de la personne accueillie ainsi que les obligations et devoirs liés à la vie.

2.6.2 La charte des droits et libertés de la personne accueillie

Elle doit être remise à chaque résident admis dans une institution sociale ou médicosociale, c'est-à-dire un établissement ou un service pour personnes âgées, pour adultes handicapés, ou pour adultes en difficulté sociale. Elle est annexée au livret d'accueil.

2.6.3 Le contrat de séjour

Il s'agit de formaliser la relation entre l'usager, le service ou l'établissement, de définir les objectifs et la nature de la prise en charge et de préciser les prestations offertes et leur coût prévisionnel.

2.6.4 La personne qualifiée

Toute personne accompagnée dans l'établissement (ou sa famille, ou son représentant légal) peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits en cas de litige, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le préfet de département et le président du conseil départemental.

2.6.5 Le règlement de fonctionnement de l'établissement ou du service

Dans chaque établissement et service social ou médico-social, il est élaboré un règlement de fonctionnement qui définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ou du service. Celui-ci est remis avec le contrat de séjour et doit être affiché dans les locaux. Le règlement de fonctionnement est établi après consultation du conseil de vie sociale.

2.6.6 Le conseil de la vie sociale

Il a pour vocation d'associer les usagers, les familles, le personnel à tout ce qui concerne le fonctionnement de l'établissement. A cet effet, les membres du conseil émettent des avis et font des propositions, en particulier sur :

- La vie quotidienne, l'organisation interne (règlement intérieur), l'animation et la vie culturelle.
- Le fonctionnement, la tarification, les travaux d'entretien.

2.6.7 Le projet d'établissement

Les établissements pour personnes âgées, par la signature de la convention, s'engagent dans une démarche d'amélioration de la qualité de vie, via le projet d'établissement qui doit définir les objectifs d'évaluation des activités et la qualité des prestations. Cette démarche est précisée pour chaque institution dans la convention tripartite ou CPOM (contrat pluriannuel d'objectif et de Moyen) conclue entre l'établissement, l'autorité compétente pour l'assurance maladie et le conseil départemental.

Chapitre 3 : MON OBSERVATION

3.1 Mon constat

A ce jour les différentes réformes de protections des droits des usagers ont permis de définir des concepts et de définir ce que nous ne voulions plus voir. Mais dans cette évolution de la population accueillie est-il toujours facile ou pertinent de mettre en œuvre les recommandations de la loi 2002-2 ?

Comment donner du sens aux pratiques professionnelles ? Comment conserver une dynamique positive auprès des équipes ? Comment accompagner l'encadrement à manager les équipes et développer une véritable culture du respect des droits et une culture de la bienveillance ?

Comment mettre en application des recommandations littéraires, en pratique, avec les professionnels ?

Car s'il suffisait d'écrire des recommandations pour que les pratiques changent, nous devrions tous être dans une approche respectueuse de l'utilisateur. Fort de constater que nous devons encore agir pour faire évoluer nos organisations.

Au-delà d'un dysfonctionnement au sein de la structure où je travaille, j'ai souhaité me poser des questions concernant des propos ou réflexions que j'ai pu entendre lors de groupe de travail, ou bien dans d'autres structures.

J'ai également la chance d'intervenir dans des écoles de formation, type IFAS et la formation d'ASG. Ce qui me permet également d'avoir un retour de ce que vivent et pensent les futurs professionnels ou professionnels en poste.

- « Toujours des papiers »
- « Ce n'est plus comme avant »
- « On ne peut plus s'occuper correctement des résidents »
- « Le manque de sens »
- « Ne plus comprendre l'intérêt des choses »
- « Des équipes démotivées »

Il me semble important de se poser les questions sur la notion de sens que nous donnons aux recommandations ou réformes.

Il me semble important de s'interroger en tant que directeur, et ne pas uniquement vouloir croire que sous prétexte qu'il existe des textes ou outils pour prévenir la maltraitance, que tout est réglé.

Au sein de notre structure nous avons une référente qualité.

La bientraitance est pensée comme une succession de petites normes qui, mises bout à bout deviennent contradictoires. Les soignants sont en permanence pris dans un filet de recommandations contradictoires. Ils doivent suivre les injonctions officielles, les demandes des résidents, mais aussi tenir compte de celles des familles (15). Coincés entre la fiche de poste et les recommandations liées à l'individualisation de l'accompagnement et les organisations industrialisées.

Afin de m'assurer de la mise en œuvre des différentes recommandations des droits des usagers, j'ai souhaité observer différents moments de l'accompagnement des résidents dans notre institution. Pour cela je me suis constitué une grille d'observation qui m'a permis de définir les points que je souhaitais analyser.

Je souhaite observer et m'assurer que le résident bénéficie bien du respect de sa singularité, et que les concepts sont bien mis en œuvre, pour préserver les droits de l'utilisateur.

J'ai également réalisé des entretiens semi-directifs auprès des professionnels et usagers

3.2 Mon observation dans les services

Pour mon observation j'ai choisi de passer plusieurs moments au sein des services de l'EHPAD afin d'observer et questionner certains agents. Pour une grande majorité, le respect de la prise en compte des demandes des résidents est effectué.

Le résident est respecté dans toute sa singularité.

Les résidents s'autorisent à formuler des demandes auprès des agents.

Le résident est réellement positionné comme acteur de ses choix, d'homme, de femme et de citoyen.

Les organisations s'adaptent aux besoins du service, les horaires peuvent changer selon la charge de travail, et le besoin individualisé.

Les locaux et chambres sont propres

Au cours de mon observation, j'ai souhaité poser la question de ce que représente la qualité en EHPAD.

A chaque fois la qualité est associée au bien être des résidents, que la démarche qualité permet d'améliorer la qualité professionnelle, le positionnement professionnel.

(15) Iris Loffer sociologue « panser des jambes de bois »

Certains agents ont évoqué la notion de cohésion d'équipe qui permet de mieux servir la qualité. Cette cohésion permet d'accepter au sein d'une équipe l'adaptation auprès du résident.

Il a été abordé également le principe de s'interroger sur les accompagnements proposés.

Que la qualité permet d'apporter une reconnaissance et une satisfaction auprès des professionnels concernant le travail bien réalisé pour l'utilisateur.

La démarche qualité peut être également associée à une approche qui permet de déclencher des émotions auprès des résidents suite à un travail bien fait.

Tous s'accordent à dire que depuis quelques années, la démarche qualité a contribué à améliorer le bien-être du résident et satisfaire le travail de l'agent.

3.3 Analyse des entretiens auprès des familles

Mes entretiens ont été réalisés auprès d'environ 8 familles

Majoritairement l'ensemble des familles ne connaissent pas les nouvelles réformes en lien avec une démarche qualité pour les EHPAD.

Cependant elles expriment très clairement les notions attendues du bien-être des usagers en EHPAD comme :

- La préservation des valeurs
- Le respect des désirs
- Le respect de l'écoute
- La convivialité
- La reconnaissance
- La participation de l'utilisateur

Tous estiment que le bien être est respecté au sein de l'EHPAD le Rochard, et que se bien être vient de :

- La gentillesse
 - La compétence
 - L'écoute
 - Le dynamisme
 - Des soins personnalisés
- des professionnels pour l'utilisateur

Dans la mesure où elles ne connaissent pas les réformes, il est difficile pour elles de répondre si ces réformes contribuent au bien-être de l'utilisateur.

A la question du bien être en collectivité, tous s'accordent à dire que cela est possible grâce à l'attention de chacun et de chaque instant.

Pour d'autres, le bien être en collectivité provient de l'expérience antérieure de la personne à avoir déjà vécue ou pas en collectivité.

Toutes les familles ont su me citer des actions réalisées à l'EHPAD en lien avec le bien être :

- Les soins corporels
- L'attention portée à l'élaboration des menus
- L'activité physique
- Le respect du rythme de vie de chacun

A la question que faut-il pour préserver le bien être du résident en EHPAD, il est conjointement évoqué une bonne connaissance de l'histoire de vie, des habitudes de vie, définir ce que le résident donne comme sens à sa vie.

Etre toujours dans une écoute active et sentir une ambiance familiale.

La question sur les faiblesses de l'EHPAD fait apparaître un manque de régularité dans la réalisation des douches, ainsi qu'une notion de chambres trop petites.

Pour la question des atouts de l'EHPAD, il est évoqué une bonne ambiance familiale, que les agents soient dans une démarche de bienveillance et de respect de la personne, le professionnalisme des agents, avec la capacité de se remettre en question.

Une équipe de direction et d'encadrement, dynamique à l'écoute du personnel.

3.4 Analyse des entretiens auprès des professionnels

Mes entretiens ont été réalisés auprès d'environ 10 personnes en semi-directif, ainsi que 10 personnes en entretien direct.

Tous ont connaissance des réformes en cours, de la loi 2022-2 et des recommandations de l'ANESM qui engagent les EHPAD dans une démarche Qualité.

Pour les agents, ces réformes représentent :

- Des droits
- Des devoirs
- L'utilisateur est remis au centre
- L'évaluation des pratiques
- Des avancées pour le bien être des personnes

- Permettre aux personnes d'être actrices

Tous pensent que le bien être des usagers est préservé au sein de l'EHPAD par :

- La formation
- L'ouverture de la structure
- Les activités
- Les PAP

Les agents s'accordent à dire que l'ensemble de ces réformes au service de la qualité peuvent être quelquefois compliquées à mettre en place.

Concernant les faiblesses de l'EHPAD, il a été identifié les chambres trop petites, l'accessibilité, ainsi qu'un bâtiment ancien.

A la question « que représente la démarche qualité au sein de l'EHPAD ? », ils s'accordent à dire :

- Une meilleure analyse de nos pratiques
- Du personnel qualifié
- Le respect des procédures
- Que chacun doit être actif
- Chaque acteur doit être sensibilisé
- Acceptation des contraintes
- Développer la confiance avec les partenaires
- C'est bien d'être évalué

Globalement la démarche qualité est vue positivement et essentielle dans notre évolution. Un agent m'a fait la réflexion suivante « ce n'est pas parce que l'on a un référent qualité dans la structure qu'il y a de la qualité ».

J'ai également eu des observations concernant les incohérences :

- Il faut faire attention aux indicateurs qui sont sortis du contexte
- Les critères peuvent ne pas correspondre aux situations de terrain
- Attention de ne pas passer plus de temps à remplir des suivis d'indicateurs qu'à s'occuper des usagers
- Il faut une impulsion de la direction

De façon globale les professionnels ont un sentiment partagé sur une charge de travail importante, des accompagnements de plus en plus complexes. Les agents me font part également de freins culturels à la qualité.

Chapitre 4 : LA MISE EN ŒUVRE DE LA QUALITE AU SERVICE DE LA BIENTRAITANCE

La démarche qualité est, et doit rester, une opportunité pour faire évoluer les pratiques professionnelles au service de la bientraitance et de l'usager.

La démarche de bientraitance au sein d'un établissement médico-social accueillant des personnes âgées dépendantes a pour objectif l'amélioration de la qualité de vie des résidents, du personnel et des familles.

4.1 Les enjeux de la mise en œuvre

Les enjeux sont multiples, et liés à l'établissement lui-même ou à son environnement. 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 des structures.

- Il s'agit de répondre efficacement au vieillissement de la population en garantissant l'efficacité de l'accompagnement. La réflexion doit permettre de maintenir l'autonomie de vie des personnes accueillies et l'amélioration de l'accompagnement.
- Il est nécessaire de répondre aux attentes de plus en plus marquées des résidents et de leur entourage familial. Fréquemment associés à des « consommateurs », 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 et attractivité.
- La démarche qualité permet de repenser les organisations de l'établissement. Les principaux risques de dysfonctionnement sont identifiés afin d'être corrigés. Elle permet donc de satisfaire aux contraintes réglementaires de plus en plus nombreuses.
- Pour les agents, la mise en œuvre d'une démarche qualité doit permettre d'améliorer leurs conditions de vie au travail.
- D'un point de vue économique, la non qualité peut avoir un coût dans un contexte où les moyens financiers sont restreints et où il faut maîtriser les dépenses. (Gaspillage de l'énergie ou alimentaire)

4.2 Les étapes de la démarche

Malgré toutes les recommandations, il n'existe pas de modèle unique pour la mise en œuvre de la démarche qualité au service de la bientraitance. Les expériences sont aujourd'hui nombreuses et le respect d'un certain nombre d'étapes permet d'éviter que cette démarche reste purement théorique.

4.2.1 L'engagement de la Direction

L'engagement d'un établissement dans une démarche d'amélioration de la qualité de vie, nécessite tout d'abord que la direction énonce clairement les orientations et les objectifs qu'elle souhaite atteindre en matière de qualité obtenue.

Définir des valeurs attendues auprès des résidents.

Cette réflexion doit se faire en lien avec le projet d'établissement, qui doit être largement diffusé pour être porté à la connaissance des acteurs.

Le management, la hiérarchie au niveau de l'institution, favorisent la bientraitance par l'intégration des processus qualités et de pilotage.

Développer une politique de communication auprès de l'ensemble des professionnels de l'EHPAD, par le biais d'une lettre trimestrielle (Action en cours, actualités...).

4.2.2 Le management d'encadrement

Le management de terrain est essentiel dans la mise en œuvre d'une politique d'amélioration de la qualité pour la bientraitance. Pour l'observation des pratiques professionnelles, la réactualisation et la vérification de l'application, le manager est celui qui doit incarner la cohésion en agissant sur :

- Faciliter la communication, la régulation,
- Poser des règles explicites de fonctionnement,
- Clarifier les périmètres d'intervention,
- Développer l'autonomie et la responsabilité,
- Inciter à la coopération,
- Faire vivre les valeurs communes de l'établissement,
- Favoriser l'intégration des nouveaux,
- Initier et maintenir un contexte de travail bienveillant,
- Prévenir et gérer les conflits,

- Favoriser la reconnaissance,
- Sortir du cadre.

Certes, chacun des membres de l'équipe, en tant que l'un des maillons, participe à sa dynamique et à sa cohésion. Mais c'est au personnel d'encadrement, entre autres aux cadres de proximité, qu'il revient de la mettre en œuvre et de la faire vivre dans la durée, à travers la création d'expériences communes, le partage des valeurs et des projets d'établissement et de soins, afin de créer une vision commune... en cela, c'est lui qui porte, incarne, la cohésion du groupe :

- Redéfinir les missions du cadre de proximité,
- Apporter la formation nécessaire au cadre afin qu'il puisse être référent de la bientraitance,
- Redéfinir le degré d'attente du service rendu auprès de l'utilisateur,
- Mettre en place une évaluation des pratiques professionnelles auprès des agents,
- S'assurer du respect des valeurs.

4.2.3 Initier la culture du changement

A l'instar de Machiavel qui soulignait déjà en son temps « qu'il n'y a rien de plus difficile, de plus risqué, de plus dangereux à conduire que d'initier un nouvel ordre des choses », de nombreux travaux évoquent les difficultés inhérentes à la conduite d'un processus de changement.

Michel Foudriat retient lui deux dimensions au changement organisationnel. Elles concernent d'une part, les structures et les règles et l'autre part, les comportements et les relations. Il précise qu'aucun problème, dans une organisation ne relève que de la seule technique. En effet, les dysfonctionnements sont produits par les interactions entre les acteurs et peuvent s'analyser en termes de jeux de pouvoirs (arrangements et marchandages). Une intervention qui ne prend pas en compte cette dimension risque l'échec.

Les acteurs cherchent à préserver leur liberté, **ils peuvent s'opposer au changement si celui-ci est imposé par des procédures non comprises.**

Il y a donc une véritable transformation de la culture à amorcer. Dicté et imposé quelques mesures, seraient inévitablement perçus par les agents comme restreignant leur autonomie. C'est pourquoi je souhaite développer le principe de culture d'exécutant à une posture d'acteur pour développer une culture du « prendre soin ».

4.2.4 Agir sur le plan de formation

La question de la qualité de vie au travail et de la bientraitance en EHPAD est indissociable de la formation. Afin d'augmenter la qualité d'accompagnement auprès de l'usager, il faut renforcer la connaissance des AS et IDE dans le domaine de la gériatrie.

L'objectif étant de former un maximum de personne AS ou AES à la formation ASG, nous avons également fait le choix de former deux infirmières à cette même formation.

La formation doit essentiellement se concentrer sur l'apport de connaissances et la notion de savoir être. La définition de la bientraitance doit s'effectuer et se décliner en interne.

Tous les agents de l'EHPAD sont formés à l'Humanitude, ce qui a permis d'apporter une méthodologie sur l'ensemble de la structure dans un même moment.

La cible est l'augmentation des compétences des professionnels. Développer les principes d'observation et d'analyse.

4.2.5 Promouvoir et diffuser l'amélioration du cadre de vie

Constituer un groupe ressource pluridisciplinaire, composé d'agents représentant l'ensemble des services. Prévoir 3 à 4 rencontres par an.

Objectifs :

- Réactualiser les processus d'accompagnement,
- Réactualiser les protocoles,
- Diffuser les recommandations type ANESM,
- Valider et diffuser des outils communs pour la prévention de la bientraitance (charte de bienveillance...),
- Renforcer les apports en connaissances.

En parallèle ce groupe pourra être sollicité à la demande d'une équipe pour aborder des situations éthiques dans l'accompagnement (type mission équipe mobile).

Conclusion

L'ensemble des réformes portées par les textes ou les recommandations ont sans cesse eu la volonté de faire progresser la qualité de vie en EHPAD dans l'intérêt de l'utilisateur.

La première question que l'on peut se poser est pourquoi à t'il fallu autant d'années ? et la deuxième question, le problème est-il réglé ?

La bientraitance est une notion très large, un idéal du sens du travail et des projets de chaque professionnel et des institutions, qui doit s'incarner dans les détails de la vie quotidienne, « culture qui vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur ».

La bientraitance ou bienveillance est une démarche volontariste qui situe les intentions et actes des professionnels. Cela doit être le fruit d'une réflexion menée en commun au sein de la structure, pour faire converger les convictions de chacun vers une vision commune de la bientraitance, avec les moyens qui sont les siens.

La mise en œuvre de la bientraitance peut varier dans l'espace ou le temps, elle ne correspond pas exclusivement à des prescriptions dictées, ni à un ensemble de recettes. Cette notion est donc multiple, subjective, et fragile.

Le sentiment d'être parfois un peu perdu existe dans le cadre d'injonctions un peu paradoxales, entre recommandations et normes.

L'excès d'outils au service de la démarche qualité, peut parfois être ressenti comme une évaluation d'indicateurs et non une évaluation du bien-être de l'utilisateur.

C'est pourquoi La députée Annie Vidal se prononce dans son rapport du 26 Juillet 2018 en faveur d'un référentiel national unique de l'évaluation, avec des indicateurs « de contexte, de processus et de résultats » ce qui permettrait d'objectiver la qualité d'un établissement et le ressenti de la qualité par les résidents.

Par ailleurs elle souhaite que les indicateurs soient peu nombreux et faciles à recueillir pour les établissements, sur un outil standardisé et adaptable.

Selon les propos d'Annie Vidal « il est urgent de rétablir la confiance dans les EHPAD » concernant l'évolution de la démarche qualité, mieux définir l'objectivation de la qualité. Dans son rapport est pointé en avant, les trop nombreuses préconisations de l'ANESM qui n'ont pas permis une appropriation aisée par les personnels. Il est important à ce jour de trouver un consensus, notamment dans un paysage où il y a, une évolution du public accompagné en structures, une augmentation des troubles du comportement liés aux maladies neurodégénératives, face à l'épuisement professionnel et l'explosion des TMS et RPS. Dans ce contexte, les approches non-médicamenteuses sont une ressource aujourd'hui incontournable pour améliorer la qualité de vie des personnes fragilisées.

L'épuisement professionnel survient avec la surcharge de travail, la pression et surtout la perte de sens, les injonctions contradictoires. Redonner du sens à ses pratiques, du sens à son quotidien professionnel, à l'approche de sa mission, est ce pourquoi le

management de proximité et la formation ont une part essentielle dans cette démarche, afin de donner un nouveau souffle aux organisations et emmener les professionnels dans une dynamique positive de la qualité de vie au travail qui est devenue incontournable.

En conclusion, la qualité est bien au service de la bienveillance, seulement et uniquement si l'ensemble des équipes et des structures ont su amener et faire le terreau nécessaire pour y voir pousser cette culture de la bienveillance institutionnelle. Seuls, les indicateurs ne pourront pas produire et cultiver ce terreau.

Bibliographie

- Le déploiement de la bientraitance : guide à destination des professionnels en établissement de santé en EHPAD
- Mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne et déploiement des outils de la qualité
- Le droit des usagers : Bernard Ennuyer
- Grand âge et autonomie, dossier de presse, 30 Mai 2018
- La démarche qualité dans les établissements sociaux et médico sociaux : Grégory Aubry
- L'Hôpital : Jean de Kervasdoué
- Contre la maltraitance en EHPAD : Gérard Brami

Recommandations :

- Plan solidarité grand âge du 27 juin 2006
- Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 stratégie Nationale de santé
- Circulaire 2010-250 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance.
- La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ANESM 07/2008
- Gerontonews.com

Liste des annexes

Annexe 1 : Les entretiens des professionnels

Entretien semi directif auprès des professionnels

1. Connaissez-vous la loi 2002-2 ?

Oui : non :

Pouvez-vous énumérer quelques axes

2. Connaissez-vous la loi ASV ?

Oui : non :

Pouvez-vous énumérer quelques axes

3. Connaissez-vous d'autres réformes ?

Observation :

4. Que représente pour vous la démarche qualité ?

Observation :

5. Que représentent pour vous ces nouvelles lois ?

Observation :

6. Pensez-vous que ces lois peuvent contribuer au bien-être du résident ?

Observation :

7. Pensez-vous possible de conserver le bien être d'une personne en collectivité ?

Oui : non :

Observation:

8. Pensez-vous que le bien-être de la personne soit préservé au sein de l'EHPAD ?

Oui : non :

Observation:

9. Pensez-vous que la direction soit favorable et attentive à cette démarche ?

Oui : non :

Observation:

10. Pouvez-vous me citer quelques actions qui contribuent au bien-être de la personne ?

Observation :

11. Pensez-vous que les nouvelles réformes et normes soient aidantes à cette démarche ?

Oui : non :

Observation:

12. Pensez-vous que l'architecture peut contribuer à l'amélioration du bien-être de la personne ?

Oui : non :

Observation:

13. Connaissez-vous les faiblesses de l'EHPAD dans ce domaine ?

Oui : non :

Observation:

14. Connaissez-vous les atouts de l'EHPAD dans ce domaine ?

Oui : non :

Observation:

15. Quelles sont vos propositions pour améliorer le bien-être de la personne au sein de l'EHPAD ?

Observation:

Annexe 2 : Les entretiens des usagers

Entretien semi directif auprès des usagers

1. Que représente pour vous le bien être en institution ?

Observation :

2. Pensez vous que le bien être des résidents soit respecté dans la structure ?

Oui : non :

Pouvez-vous énumérer quelques axes

3. Pour vous à quoi est dû ce bien être ?

Observation :

4. Connaissez-vous les nouvelles réformes qui accompagnent nos structures ?

Oui : non :

Observation:

5. Connaissez-vous des axes de ces nouvelles réformes ?

Oui : non :

Observation :

6. Pensez-vous que ces réformes peuvent contribuer au bien-être du résident ?

Oui : non :

Observation :

7. Pensez-vous possible de conserver le bien être d'une personne en collectivité ?

Oui : non :

Observation:

8. Pensez-vous qu'il soit nécessaire d'avoir des nouvelles réformes pour préserver le bien être des résidents ?

Oui : non :

Observation:

9. Pensez-vous que la direction soit favorable et attentive à cette démarche ?

Oui : non :

Observation:

10. Pouvez-vous me citer quelques actions qui contribuent au bien-être de la personne ?

Observation :

11. Pensez-vous que l'architecture peut contribuer à l'amélioration du bien-être de la personne ?

Oui : non :

Observation:

12. Pour vous que faut-il pour préserver le bien-être des résidents ?

Observation:

13. Connaissez-vous les faiblesses de l'EHPAD dans ce domaine ?

Oui : non :

Observation:

14. Connaissez-vous les atouts de l'EHPAD dans ce domaine ?

Oui : non :

Observation:

15. Quelles sont vos propositions pour améliorer le bien-être de la personne au sein de l'EHPAD ?

Observation:

Annexe 3 : Grille d'observation

Grille d'observation dans l'accompagnement des résidents en structure

Accompagnement des professionnels face au respect et à la prise en compte des demandes

1. Le professionnel s'arrête pour écouter la demande du résident

Oui non

Observation :

2. Le professionnel connaît bien les attentes ou les demandes du résident

Oui non

Observation :

3. Le professionnel va adapter son organisation pour répondre à la demande du résident

Oui non

Observation :

4. Les professionnels s'adressent en regardant les usagers

Oui non

Observation :

5. L'avis des résidents est demandé chaque fois que nécessaire

Oui non

Observation :

6. Le refus du résident est pris en compte

Oui non

Observation :

Formulation des demandes des résidents vers les professionnels

1. Le résident s'autorise à formuler une demande

Oui non

Observation :

2. Le refus est expliqué correctement aux résidents

Oui non

Observation :

3. Le résident doit 'il formuler une demande pour faire quelque chose

Oui non

Observation :

Le résident est 'il positionné comme citoyen et acteur de ses choix

1. Utilise t'on le vouvoiement pour s'adresser aux résidents

Oui non

Observation :

2. Le résident peut 'il faire le choix de sa décoration de chambre

Oui non

Observation :

3. Le résident peut 'il boire de l'alcool, fumer... s'il le désire

Oui non

Observation :

4. Le résident peut 'il recevoir des visites quand il le souhaite

Oui non

Observation :

5. La vie intime et sexuelle du résident est respectée

Oui non

Observation :

6. Les différences et les particularités de chacun des résidents sont acceptées et respectées

Oui non

Observation :

7. L'accès à la chambre des résidents est bien respecté par les professionnels

Oui non

Observation :

Les organisations sont adaptées aux résidents

1. Les attentes et les demandes de la personne sont 'elles recensées à l'arrivée du résident

Oui non

Observation :

2. Les droits des usagers sont-ils connus par les professionnels

Oui non

Observation :

3. Le plan de formation comporte-t-il des axes de prévention

Oui non

Observation :

4. Les axes institutionnels sont-ils favorables au bien-être du résident

Oui non

Observation :

De plus de façon générale je vais observer si :

- L'espace privatif porte bien le nom du résident sur la porte
- Chaque résident qui le souhaite possède bien sa clé pour son logement.
- Les chambres sont individualisées, c'est-à-dire personnalisées
- Les soignants frappent avant d'entrer dans la chambre
- Les soignants sont discrets, avec de la retenue dans le langage ?
- La charte de la personne accueillie est clairement affichée
- Il existe une charte institutionnelle

<NOM>	<Prénom>	<Date du jury>
Diplôme d'Établissement « Direction d'EHPAD et Droits des usagers : enjeux, outils, méthodes »		
La démarche qualité au service des droits des usagers et de la bientraitance		
Promotion <2017/2018>		
<p>Résumé :</p> <p><L'arrivée en EHPAD ou collectivité peut laisser croire d'être obligé d'abandonner ses habitudes et de devoir se conformer aux organisations institutionnelles, définies par les professionnels.</p> <p>Une pression grandissante de la conformité, l'évaluation, les indicateurs, les règles d'hygiène, HACCP, RABC, sécurité incendie...</p> <p>Tous ces enjeux, pourraient entraîner une perte de la prise en compte de la singularité de la personne accompagnée, ainsi qu'une perte de la bientraitance.</p> <p>Dans cette articulation de mise en œuvre d'une démarche qualité au service de l'utilisateur, comment une équipe professionnelle peut-elle conserver et garantir le bon sens de cette démarche pour l'utilisateur></p>		
<p>Mots clés :</p> <p><qualité- injonctions contradictoires- recommandations-usagers- professionnels-sens du travail></p>		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		