



EHESP

Directeurs d'hôpital

Promotion : **2018-2019**

Date du Jury : **Octobre 2019**

**La certification qualité des
établissements de santé et
l'évaluation médico-sociale : vers un
système de management de la qualité
unifié ?**

**Exemple de la certification d'un établissement
de santé et de l'évaluation d'un EHPAD et d'un
SSIAD rattachés à cet établissement**

Nathalie LEROUX

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) pour la possibilité qui m'a été donnée d'effectuer un stage au cours de la formation initiale des élèves Directeurs d'Hôpital (DH) et de poursuivre l'ensemble de ces avancées pratiques en y adjoignant une dimension plus théorique par le processus qui a mené à l'écriture de ce mémoire.

Je tiens à remercier Monsieur Alain MOURIER, Directeur d'Hôpital et ancien Responsable de la filière DH à l'EHESP, pour sa disponibilité tout au long de mon stage et nos échanges sur le choix de ma thématique de mémoire.

Plus particulièrement, je remercie Monsieur Jacques ORVAIN pour ses lectures attentives et la qualité de nos entretiens qui se sont avérés essentiels pour l'élaboration de ce mémoire.

Enfin, je souhaite apporter mes remerciements à l'équipe de direction du Centre Hospitalier Agen-Nérac (CHAN) m'ayant accueillie en stage, et tout particulièrement, Madame Marion LOPEZ, Madame Gaëtane CARION et Monsieur Nicolas DIRIG, Directeurs. Leurs encouragements et leurs conseils sont venus façonner mon futur exercice en tant que Directrice d'Hôpital. Je les en remercie vivement.

Sommaire

Introduction	1
Chapitre 1 : Un contexte national qui invite à sortir de démarches qualité en tuyau d'orgue	7
I) D'un point de départ commun à des modalités d'applications différentes	7
A) Une naissance concomitante qui traduit une philosophie de départ similaire	7
1) D'une réflexion commune autour de la rationalisation des choix budgétaires dans les années 1980 à un objectif de transparence et de démocratie à la fin des années 1990	7
2) La certification qualité et l'évaluation médico-sociale partagent une même philosophie de départ.....	8
B) Des outils et des conséquences qui ne sont pas identiques et qui révèlent des spécificités propres à chacun des secteurs	10
1) Des outils de terrain différents justifiés par l'hétérogénéité du champ médico-social mais qui entraînent un niveau variable des productions	10
2) Des conséquences qui ne sont pas similaires en termes de communication et d'impacts sur les autorisations	12
II) Vers un rapprochement des démarches qualité en milieu sanitaire et médico-social ?	13
A) Si l'approche semble différente, la certification qualité et l'évaluation médico-sociale partagent de nombreuses thématiques communes	13
1) Une approche par risques VS une approche par la bienveillance qui ne sont pas incompatibles et qui peuvent s'enrichir l'une de l'autre	13
2) Des référentiels qui se rejoignent sur un certain nombre de thématiques.....	15
B) L'histoire récente montre une dynamique de rapprochement entre les démarches	16
1) Un bilan de l'évaluation médico-sociale en demi-teinte qui pousse à réformer la démarche qualité dans les ESSMS.....	16
2) Faire évoluer le dispositif vers un rapprochement avec les méthodes de la certification ?	17

Chapitre 2 : Un secteur sanitaire et médico-social qui ont jusqu'à présent vécu en autonomie sur le CHAN entraînant un système de management de la qualité à deux vitesses 19

I) Si chacun peut se prévaloir de spécificités qui lui sont propres, il demeure sur le CHAN une méconnaissance des secteurs sanitaires et médico-sociaux se traduisant par une quasi ignorance entre la certification et l'évaluation interne . 19

A) Une dualité de secteurs à l'échelle nationale qui se retrouve dans l'histoire locale et impacte la prise en compte des questions qualité sur le site de Nérac.. 19

1) Deux secteurs qui se sont construits séparément et qui pourtant cohabitent au sein de mêmes structures 19

2) Une histoire locale qui a été lourdement affectée par le contexte de fusion et qui affecte le traitement des questions qualité sur le site de Nérac 20

B) Des démarches de certification et d'évaluation qui ont été menées en autonomie sur les différents sites du CHAN et qui connaissent un degré de maturité différent 22

1) L'évaluation de l'EHPAD et du SSIAD de Nérac : une démarche au coup par coup qui rend compte d'une « certification paperasse » 22

2) La démarche de certification qualité du CHAN est progressivement montée en puissance 24

II) Un système de management de la qualité dual qui ne permet pas de répondre aux grands enjeux actuels..... 25

A) Photographie actuelle : en réalité un système de management de la qualité à deux vitesses sur le CHAN 26

1) Des démarches qui se sont ignorées lors des derniers exercices et qui ne sont pas réunies dans la nouvelle politique qualité de l'établissement 26

2) L'application du modèle de SHORTELL rend compte d'un système de management de la qualité à deux vitesses sur le CHAN 28

B) Une démarche qualité qui doit évoluer au regard des enjeux actuels 30

1) Des attentes grandissantes sur la qualité des prises en charge dans un contexte de porosité croissante des frontières entre le sanitaire et le médico-social 30

2) Une logique de parcours gériatrique qui peine à émerger sur le CHAN 31

Chapitre 3 : Un système de management de la qualité à construire sur le CHAN qui ne nie pas les spécificités propres à chacun des secteurs et promeut une approche transversale 34

I) <u>Créer les bases facilitant les échanges et assurant la pérennité de la démarche</u>	34
A) Une logique de pôle à créer autour d'une filière gériatrique et d'objectifs qualité	34
Proposition 1 : Créer un pôle gériatrie et rééducation unique regroupant les sites d'Agen et de Nérac pour bénéficier d'une logique de filière gériatrique	34
Proposition 2 : Profiter de la démarche de contractualisation pour faire monter en puissance la démarche qualité dans le médico-social et améliorer la continuité des prises en charge.....	35
Proposition 3 : Enclencher une démarche d'évaluation interne identique entre l'ensemble des services médico-sociaux du CHAN pour bénéficier des bonnes pratiques	36
B) Favoriser l'appropriation par tous les professionnels de la démarche qualité et maintenir leur implication dans le temps	36
Proposition 4 : créer un discours commun autour de la qualité et établir un plan de communication continu dans le temps pour éviter que le soufflet retombe	36
Proposition 5 : former le management opérationnel aux enjeux de la qualité	38
Proposition 6 : promouvoir la place centrale du patient/ résident dans les démarches qualité.....	39
Proposition 7 : valoriser les démarches et les résultats à travers un plan de communication externe	39
II) <u>Profiter des économies d'échelle et des synergies entre le sanitaire et le médico-social tout en maintenant les spécificités propres à chacun des secteurs</u>	40
A) Une équipe qualité qui intègre les thématiques médico-sociales et qui pourra être amenée à évoluer dans le contexte de filières de GHT	40
Proposition 8 : identifier un référent sur l'évaluation médico-sociale qui viendra en soutien méthodologique et s'assurera du respect du calendrier.....	41
Proposition 9 : profiter à terme de la logique GHT pour inclure les structures médico-sociales	41
B) Envisager des processus communs pour favoriser une vision transversale	42
Proposition 10 : travailler prioritairement des thématiques communes sur le management et les fonctions support	42
Proposition 11 : nommer un binôme sanitaire/médico-social comme pilote de processus.....	43

Proposition 12 : associer les professionnels à l'ensemble des étapes dans une logique pluriprofessionnelle et multisectorielle pour assurer la création d'un référentiel de pensée commun.....	43
Proposition 13 : proposer l'organisation de patients/résidents traceurs.....	43

Synthèse des recommandations :	44
---	-----------

<u>Conclusion.....</u>	<u>46</u>
-------------------------------	------------------

<u>Bibliographie</u>	<u>49</u>
-----------------------------------	------------------

<u>Liste des annexes</u>	<u>I</u>
---------------------------------------	-----------------

Liste des sigles utilisés

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

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CAQES : Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effcience des Soins

CASF : Code l'Action Sociale et des Familles

CCECQA : Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique & de la Qualité en Aquitaine

CDU : Commission Des Usagers

CH : Centre Hospitalier

CHAN : Centre Hospitalier Agen-Nérac

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNESM : Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CREX : Comité de Retour d'EXpérience

CSP : Code de la Santé Publique

CVS : Conseil de Vie Sociale

DARI : Document d'Analyse du Risque Infectieux

DH : Directeur(s) d'Hôpital

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EHPAD : Etablissement(s) d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EMS : Etablissement(s) Médico-Social(aux)

EORQ : Equipe Opérationnelle Risques et Qualité

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

ES : Etablissement(s) de Santé

ESSMS : Etablissement(s) et Service(s) Social(aux) et Médico-Social(aux)

FEHAP : Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne

FEI : Fiches d'Evènement Indésirable

FHF : Fédération Hospitalière de France

GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital Patient Santé et Territoire
IDEC : Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice
IFAQ : Incitation Financière pour l'Amélioration de la Qualité
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
MAS : Maison d'Accueil Spécialisé
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MECSS : Mission d'Evaluation et de Contrôle des lois de financement de la Sécurité Sociale
PDCA : Plan, Do, Check, Act ou prévoir, mettre en œuvre, évaluer, améliorer
PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PROPIAS : PROgramme national d'actions de Prévention des Infections Associées aux Soins
PRS : Projet Régional de Santé
QGDR : Qualité Gestion Des Risques
QSS : Qualité et Sécurité des Soins
RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données
RMM : Revue de Mortalité et de Morbidité
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
UNASSI : Union Nationale des Associations et Services de Soins Infirmiers

Introduction

La récente absorption de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) par la Haute Autorité de Santé (HAS) sonne-t-elle le glas de l'évaluation médico-sociale et l'avènement d'une certification unique avec le sanitaire ? En allant plus loin, certains professionnels craignent même que la fusion de ces deux entités signifie la perte des démarches qualité développées dans les établissements médico-sociaux (EMS) dans le dispositif qualité des établissements de santé (ES), aujourd'hui hautement concentré autour de la certification.

Le terme qualité est depuis longtemps d'usage courant. D'après le dictionnaire Robert, la qualité désigne « *une manière d'être, plus ou moins caractéristique ou ce qui rend une chose, une personne bonne, meilleure* ». Selon la norme ISO 9000, la qualité est « *l'aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences* ». Cette définition est tout à fait applicable au monde sanitaire et médico-social, la nature de l'exigence étant spécifique au secteur considéré et évoluant dans le temps.

De manière schématique, on peut dire que la qualité pour un établissement proposant une offre sanitaire réside dans la qualité des soins délivrés. Le Collège de la HAS a ainsi défini ce terme en 2007 : « *la qualité d'un système de santé augmente lorsque les soins prodigués sont aussi efficaces, sûrs et accessibles que possible, dans des conditions aussi équitables et efficaces que possible* »¹.

Cette définition ne semble pas applicable en l'état au médico-social. Si le soin est présent, l'appréhension de la qualité dans ces établissements rend compte de l'approche globale qu'il y a autour du résident. Aussi, la qualité dans les EMS peut être définie comme l'« *aptitude d'une organisation à répondre aux besoins exprimés, implicites et potentiels de l'utilisateur, de sa famille et des acteurs avec lesquels elle entre en coopération, en vue de maintenir ou d'améliorer l'état de santé, l'autonomie sociale et la dignité d'être humain des personnes qui lui sont confiées* »². On le voit bien ici, les ambitions de la qualité dans le médico-social semblent plus larges que la simple efficacité et sûreté des soins poursuivies par la démarche qualité dans les établissements et services de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO).

Alors même que les ambitions de la qualité dans le médico-social semblent plus étoffées que dans le sanitaire, force est de constater, comme le souligne la députée Annie

¹ HAS, 2007, Définir, ensemble, les nouveaux horizons de la qualité en sante, pour un débat public

² DUCALET Philippe, LAFORCADE Michel, 2000, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Seli Arslan

VIDAL lors de l'entretien accordé par cette dernière, que « *le secteur médico-social a une culture qualité certainement moins développée que dans le sanitaire* ». Cette assertion est plus particulièrement illustrée à travers les démarches d'évaluation des EMS et des ES.

La certification des ES est rappelée à l'article L6113-3 du Code de la Santé Publique (CSP) qui dispose qu'« *afin d'assurer l'amélioration continue 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 certification. Cette procédure, conduite par la HAS, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs pôles, structures internes ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement* ».

Pour les établissements et services médico-sociaux, mais également sociaux qui ne seront toutefois pas abordés dans le mémoire, l'évaluation interne, selon l'article L312-8 du Code l'Action Sociale et des Familles (CASF), nécessite que les établissements procèdent « *à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnels validées, ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements et de services, par un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, placé auprès du ministre chargé de l'action sociale* ». Selon ce même article, l'évaluation externe de ces établissements doit permettre de « *procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur* ».

Si les deux dispositifs empruntent un champ lexical proche voire identique et reprennent une démarche en deux phases pour évaluer la qualité externe, c'est-à-dire la qualité attachée au service ou au résultat, et la qualité interne qui se retrouve à travers la qualité des processus de production, des manières de faire et des moyens mis en œuvre³ il s'agit bien de deux démarches distinctes.

Aujourd'hui, les démarches déployées dans les services et établissements médico-sociaux et sanitaires ne semblent pas arriver au même stade de maturation. Ce constat était particulièrement visible au sein du CH Agen-Nérac (CHAN) que j'ai eu l'occasion de suivre au cours du stage de professionnalisation des élèves directeurs d'hôpital de janvier à août 2019.

Quelques éléments de contexte méritent d'être rappelés. Le CHAN est un établissement issu de la fusion au 1er juillet 2016 de deux centres hospitaliers (CH), le CH d'Agen, établissement de recours pour le territoire de santé du Lot et Garonne, et le

³ in LOUAZEL Michel, MOURIER Alain, OLLIVIER Erwan, OLLIVIER Roland, 2018, *Le management en santé*, Presses de l'EHESP

CH de Nérac, établissement de proximité pour le territoire d'Albret. Aujourd'hui, établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Moyenne-Garonne, le CHAN intervient sur un territoire de santé représentant l'ensemble du département du Lot et Garonne, soit environ 330 000 habitants, territoire marqué par une forte ruralité et un taux de vieillissement important. L'établissement, employant environ 1700 personnels non médicaux et 200 personnels médicaux, propose une activité variée, en constante évolution malgré un plan de retour à l'équilibre contracté avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) depuis 2013. Plus spécifiquement, l'activité se répartit sur 3 sites :

- l'hôpital Saint Esprit à Agen avec une activité MCO et médico-technique comportant 371 lits ainsi que 29 postes d'hémodialyse ;
- l'hôpital de Nérac avec 20 lits de médecine, 20 lits de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), 185 lits d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et 45 places de Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et dont les structures médico-sociales font l'objet du mémoire ;
- le centre de gérontologie de Pompeyrie à Agen avec 146 lits d'EHPAD et 36 lits de soins de longue durée.

Alors que le CHAN venait de finaliser sa certification qualité V2014 et se préparait à la nouvelle certification V2020, il m'a été confié le co-pilotage de l'évaluation interne de l'EHPAD et du SSIAD situés sur le site de Nérac. L'étonnement de départ a été de constater l'absence de suivi depuis les dernières évaluations interne de 2014 et externe de 2015 et la faible connaissance des professionnels médico-sociaux sur ces démarches. En parallèle, sur la partie sanitaire, l'établissement se mettait en ordre de marche pour la certification V2020 avec une communication poussée et des premières réunions avec les pilotes de processus. La mobilisation interne sur le site d'Agen autour de la prochaine vague de certification contrastait ainsi avec le quasi-délaissement du sujet de l'évaluation sur le site de Nérac. Cela poussait à interroger plus particulièrement le système de management de la qualité en place, le système de management étant appréhendé au sens de la norme ISO 9000 comme un « *ensemble d'éléments corrélés ou en interaction d'un organisme, utilisés pour établir des politiques, des objectifs et des processus de façon à atteindre les dits objectifs(...)* Un système de management peut traiter d'un seul ou de plusieurs domaines, par exemple management de la qualité, gestion financière ou management environnemental ».

La certification qualité et l'évaluation médico-sociale ont souvent été abordées de manière distincte. Prenant le prétexte de ces deux démarches pour interpréter le système de management de la qualité plus global des établissements sanitaires et médico-sociaux, ce mémoire, sans ignorer les spécificités de chacun de ces secteurs, ambitionne

de réfléchir aux liens qui peuvent être établis entre elles au sein d'un CH qui propose une offre médico-sociale :

Ainsi dans quelle mesure un établissement de santé doit-il s'intéresser à l'évaluation de ses établissements ou services médico-sociaux rattachés ? Est-il pertinent de rapprocher l'évaluation médico-sociale de la certification qualité des établissements de santé ? Si oui, comment appréhender ce rapprochement ? Peut-on envisager, à terme, une certification commune pour les hôpitaux ayant des établissements ou services médico-sociaux rattachés ?

Le point de départ de la réflexion a débuté en janvier 2019 par un entretien non-directif avec la Directrice de site de Nérac. Il a été poursuivi par des recherches bibliographiques et des observations participantes. Des entretiens ont été menés auprès de cadres du CHAN en exercice sur le sanitaire et le médico-social. Ils ont été complétés par des échanges avec l'équipe qualité ayant mené la dernière certification et le pilote de l'évaluation interne sur l'EHPAD de Pompeyrie. Par souci d'ouverture, un entretien a également été mené auprès d'une directrice d'un EHPAD en direction commune avec le CHAN. La députée Annie VIDAL a également accepté un échange sur le récent rapport relatif à l'évaluation de la démarche qualité au sein des EHPAD et de son dispositif d'évaluation, travaillé dans le cadre de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée Nationale⁴. Le descriptif des personnes interrogées est fourni en annexe n°1.

Suite à ces démarches et sous l'éclairage du cas d'étude, une dualité des systèmes de management de la qualité, issue d'un contexte national renforcée par des spécificités locales, apparaît. Aujourd'hui, bien qu'il ne soit pas envisageable d'aborder une certification commune eu égard aux spécificités des secteurs, la réflexion autour d'un management de la qualité unifié trouve toute sa pertinence au sein de l'établissement étudié. Entre attentes croissantes en matière de qualité, logiques de parcours et difficultés de diffuser une culture commune suite à la fusion, la recherche d'une cohésion entre les démarches de certification et d'évaluation médico-sociale semble essentielle pour le CHAN.

Ainsi, partant du constat que la certification sanitaire et l'évaluation médico-sociale ont connu des modalités d'applications différentes (I), nous verrons que les deux démarches ne se déploient pas à la même vitesse sur le CHAN (II) pour enfin formuler

⁴ Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, VIDAL Annie, 2018, *Rapport d'information sur l'évaluation de la démarche qualité au sein des EHPAD et de son dispositif d'évaluation*, juillet 2018

des recommandations permettant de trouver une cohérence d'ensemble répondant aux grands enjeux que connaît aujourd'hui l'établissement (III).

Chapitre 1 : Un contexte national qui invite à sortir de démarches qualité en tuyau d'orgue

Avant de décrire les spécificités locales, ce chapitre ambitionne de mieux comprendre la naissance, la philosophie et le fonctionnement des démarches de certification et d'évaluation : Sont-elles vraiment différentes ? Quels sont leurs points communs ?

Si elles naissent d'une ambition assez semblable, leur application sur le terrain ne s'opère pas de la même manière (I). On observe néanmoins un rapprochement des démarches dans l'histoire récente (II).

I) D'un point de départ commun à des modalités d'applications différentes

Puisant leur fondement il y a une trentaine d'années autour de l'idée d'une démarche d'amélioration continue de la qualité (A), la certification et l'évaluation médico-sociale se sont déployées sur le terrain au moyen d'outils différents (B).

A) Une naissance concomitante qui traduit une philosophie de départ similaire

Les réflexions qui ont mené aux démarches d'évaluation médico-sociale et de certification des établissements de santé se sont formées au cours d'une temporalité similaire (1) dans un même objectif d'amélioration continue de la qualité (2).

1) *D'une réflexion commune autour de la rationalisation des choix budgétaires dans les années 1980 à un objectif de transparence et de démocratie à la fin des années 1990*

Qu'il s'agisse de la certification des établissements de santé ou de l'évaluation médico-sociale, les deux démarches sont le fruit d'un contexte d'évaluation qui touche les politiques publiques. Sans revenir sur l'histoire de l'évaluation des politiques publiques, qui a débuté dans les années 1920 aux Etats-Unis, la rationalisation des choix budgétaires, institutionnalisée en France au cours des années 1970/1980, n'a pas ignoré le secteur de la santé avec une première évaluation en matière de santé publique par le programme périnatalité en 1970⁵. La réflexion touche également le secteur social et médico-social, à l'instar du rapport BIANCO-LAMY en 1980 sur l'aide sociale à l'enfance qui invoque la nécessité de développer des outils d'évaluation et de gestion dans l'optique

⁵ CASES Chantal, GREMY Isabelle, PERRET Bernard, 2009, « L'évaluation en santé publique en France : diversification et consolidation, ADSP, n°69 décembre 2009

de comparer les besoins et les moyens et faire des choix visant à une « *maîtrise d'ensemble* »⁶.

Au cours des années 1990, se développe, sous l'influence du rapport VIVERET de 1989 et du gouvernement de Michel ROCARD, l'évaluation ex-post des politiques publiques. Elle doit contribuer à la transparence et la modernisation du débat démocratique, y compris dans le domaine de la santé. Initiée par la loi Evin de 1991 puis les ordonnances du 26 avril 1996, l'accréditation des hôpitaux, devenue certification en 2004, voit ainsi le jour et devient une obligation pour l'ensemble des ES publics mais également privés comme le souligne l'article L6113-3 du CSP. Au-delà de la notion de « justes soins », dans un objectif de maîtrise médicalisée des dépenses de santé, promue par Alain JUPPE, c'est bien dans une perspective de qualité des soins et de droit des malades que la démarche de certification est lancée.

La dynamique se propage également au secteur social et médico-social. Pierre SAVIGNAT⁷, directeur d'hôpital et ancien membre du conseil scientifique de l'ANESM, au cours des années 1990, rappelle que la notion de qualité est apparue au côté de celle de l'évaluation, venant compléter l'idée première de rationalisation des choix budgétaires dans une volonté de transparence et de reconnaissance de l'usager. Ces deux notions, sont ainsi venues « *contribuer à une relecture en profondeur de la loi du 30 juin 1975 et préparer la nécessaire rénovation de l'action sociale et médico-sociale* », la loi du 2 janvier 2002 marquant « *un point d'orgue de ces évolutions* »⁸. Cette dernière, rénovant l'action sociale et médico-sociale, tout en créant le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale (CNESM) auquel succèdera l'ANESM en 2007, est ainsi venue introduire l'obligation d'évaluation interne et externe des structures médico-sociales au moins deux ans avant le renouvellement de l'autorisation de fonctionnement.

2) La certification qualité et l'évaluation médico-sociale partagent une même philosophie de départ

On observe une similarité des approches entre la certification et l'évaluation médico-sociale. Trois éléments sont révélateurs de cette philosophie commune.

Tout d'abord, la certification qualité et l'évaluation médico-sociale s'opèrent en deux temps avec une phase interne et une phase externe.

Plus précisément, la certification qualité repose, dans un premier temps, sur une auto-évaluation. Cette dernière, retranscrite dans un compte qualité, permet, sur la base des indicateurs fournis par les guides et manuels de la HAS de faire un état des lieux de

⁶ Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, BIANCO, LAMY, *L'aide à l'enfance demain, contribution à une politique de réduction des inégalités*, 1980

⁷ SAVIGNAT Pierre, *Évaluer les établissements et les services sociaux ou médico-sociaux*, Dunod, 2009

⁸ *Ibid.*

l'établissement et de proposer une démarche d'amélioration. Le compte qualité est ensuite envoyé à la HAS qui permettra à cette dernière de définir son programme de visite. Celle-ci est effectuée par des experts visiteurs, professionnels hospitaliers recrutés par la HAS. Suite à la visite, les experts visiteurs rendent un rapport, avec leurs principales observations, qui viendra alors nourrir l'analyse de la sous-commission de la commission de certification des établissements de santé qui émettra un avis.

L'évaluation des ESSMS procède de la même temporalité. La phase interne est ainsi menée par l'établissement sur la base d'un référentiel qu'il choisit. Elle donne lieu à l'écriture d'un rapport qui doit être transmis à l'autorité ayant délivré l'autorisation selon un calendrier défini en fonction de la date d'autorisation. La phase externe est, quant à elle, pilotée par l'un des organismes agréés par l'ANESM devenue HAS, choisi par le directeur de l'établissement dans le respect de la commande publique. Le rapport est également transmis à l'autorité ayant délivré l'autorisation et permet le renouvellement de celle-ci.

Ensuite, les deux démarches s'inscrivent dans une logique d'appropriation par les professionnels, notamment lors de la phase interne.

Ce principe a été affirmé dès les débuts de l'évaluation médico-sociale à travers une note de la DGAS de février 2004 qui insistait « *sur l'aspect volontariste d'une démarche qualité, sur la nécessaire participation des personnels* »⁹. Elle est également valorisée dans les démarches de certification, et notamment dans le remplissage du compte qualité qui doit impliquer au maximum les professionnels.

Cette logique est poussée encore plus loin dans le médico-social puisqu'il appartient même aux professionnels de construire leur référentiel.

Enfin, la certification et l'évaluation interne prônent une vision d'amélioration continue de la qualité selon l'approche systémique « PDCA » (plan, do, check, act ou prévoir, mettre en œuvre, évaluer, améliorer) issue des théories de Deming. Que ce soit la certification qualité ou l'évaluation médico-sociale, la démarche doit permettre de porter une appréciation sur la qualité de l'établissement dans l'optique de combler les écarts constatés par rapport à un référentiel. Elle doit également se poursuivre à travers l'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité. Cette dimension est particulièrement développée dans le cadre de la certification V2014 avec le compte qualité voulu par la HAS comme un « *dispositif dynamique, servant au pilotage des actions d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins d'un établissement, et qui se différencie de l'auto-évaluation considérée comme un outil statique et de reporting* »¹⁰ mais aussi l'audit de processus qui vise à analyser les « *contributions respectives des responsables du*

⁹ LOUBAT Jean-René, 2015, *La démarche qualité en action sociale et médico-sociale*, Dunod p 3

¹⁰ HAS, 2018, *Guide méthodologique Compte Qualité Certification V2014*, validé par le Collège de la HAS le 11 octobre 2018

processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes de terrain, mais également la capacité des équipes à rétroagir sur le processus »¹¹.

Cette dynamique d'amélioration continue de la qualité est également promue dans le médico-social. En effet, les établissements médico-sociaux doivent transmettre ponctuellement leurs rapports d'évaluation et attester à l'ARS la démarche continue qu'il mette en œuvre en matière de qualité, retracée dans leur rapport d'activité annuel.

Si les démarches d'évaluation médico-sociale et de certification partent d'une même idée de départ, leur application est, en pratique, différente.

B) Des outils et des conséquences qui ne sont pas identiques et qui révèlent des spécificités propres à chacun des secteurs

Le déploiement sur le terrain de la certification et de l'évaluation médico-sociale s'opère de manière différente entre les deux secteurs, tant sur les outils utilisés (1) que sur les impacts de ces deux démarches (2).

1) Des outils de terrain différents justifiés par l'hétérogénéité du champ médico-social mais qui entraînent un niveau variable des productions

Des différences sont notables tant sur la phase interne que sur la phase externe.

Sur la phase d'évaluation interne, alors que la certification qualité est dans une « approche prescriptive » à travers le manuel qualité de la HAS, l'évaluation des EMS est beaucoup plus « libérale » de par le choix qu'elle offre en termes de référentiels. Cela tend à répondre à l'hétérogénéité du secteur médico-social et permet de laisser un peu plus de liberté aux établissements. Comme le souligne Michèle PONDAVEN dans son historique des politiques publiques de l'évaluation des EHPAD, cette dernière se « *distingue en cela des démarches d'audit, de certification et de contrôle dans la mesure où le cadre de l'évaluation interne est élaboré à partir des particularités de chaque établissement (mission, valeurs, population accompagnée, etc.), de leur projet d'établissement, et n'est pas une grille préétablie de critères* »¹². Ainsi, pour le médico-social, il n'existe pas de référentiel unique, l'établissement étant libre de choisir le référentiel qui lui semble le plus adapté. Cette liberté se poursuit dans le cadre de l'évaluation externe même si le décret du 15 mai 2007 est venu préciser le contenu du cahier des charges pour l'évaluation externe.

¹¹ GARO Laurence, KERIBIN Loïc, 2017, « Certification qualité : vers la gestion des risques », *Gestions hospitalières*, n°564, mars 2017

¹² PONDAVEN Michèle, 2012, « Historique récent des politiques publiques de l'évaluation des activités des EHPAD », *Gérontologie et société*, vol. 35 / 142(3)

Mais c'est surtout sur la phase d'évaluation externe que l'on retient le plus grand différentiel.

Il réside, tout d'abord, dans la professionnalisation des évaluateurs. Alors que les experts visiteurs de la HAS sont choisis et formés par cette dernière, l'ANESM habilite des organismes chargés d'effectuer l'évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). Depuis 2009, l'ANESM a habilité près de 2000 organismes pour la réalisation de l'évaluation externe des ESSMS¹³. Cela entraîne une hétérogénéité des démarches déployées dans le médico-social, point souligné le rapport de la MECSS¹⁴. Comme l'exprime l'ingénieur qualité de la direction de qualité du CHAN, et dont l'exercice est partagé avec un autre établissement, spécialisé en santé mentale, membre du GHT : « à la HAS c'est cadré, ils pilotent la démarche et forment les auditeurs. Pour l'évaluation externe en EHPAD, l'habilitation est donnée et chacun construit son référentiel. Le service rendu par les sociétés qui font cela n'est pas toujours satisfaisant : par exemple lors de l'évaluation de la Maison d'Accueil Spécialisé (MAS) aucun document de preuve n'a été demandé, ce n'est pas normal ».

La relation avec l'évaluateur est également différente entre le médico-social et le sanitaire. Alors que la certification est assurée par la HAS, l'évaluation externe est payante pour les EMS et s'effectue dans un cadre contractuel. Même si le coût moyen des évaluations externes reste modeste (autour de 6200 euros pour les ESSMS et de 7700 euros pour les EHPAD¹⁵), la relation contractuelle crée, selon le rapport de la MECSS¹⁶ un « lien de dépendance direct, dont il résulte un risque sérieux de voir mises en doute l'impartialité et l'objectivité des évaluateurs ». Le lien client/prestataire est ainsi questionnable dans une démarche qui recherche un jugement impartial et juste.

Enfin, les méthodologies utilisées par les évaluateurs sont différentes. La V2014 retient deux méthodes d'investigation : l'audit de processus qui évalue pour un thème donné la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques et mesure l'état d'avancement des actions prioritaires définies par l'hôpital, et le patient traceur qui évalue rétrospectivement le parcours d'un patient. A ce jour, les méthodes d'audit ne sont pas aussi poussées pour les EMS. Les processus que connaissent les établissements dans le cadre de la certification (prise en charge médicamenteuse, dossier du patient, etc.) ne sont pas formalisés en tant que tels dans le cahier des charge de l'évaluation externe des établissements médico-sociaux tel que proposé par le décret du 15 mai 2007 qui aborde

¹³ COCHARD Nicolas, 2018, « Les nouvelles ambitions de la HAS », *Actualités sociales hebdomadaires*, n°3054, 30 mars 2018

¹⁴ Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, VIDAL Annie, 2018, *Rapport d'information sur l'évaluation de la démarche qualité au sein des EHPAD et de son dispositif d'évaluation*, juillet 2018

¹⁵ ANESM, 2016, *Rapport d'activité*

¹⁶ Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, VIDAL Annie, 2018, *Rapport d'information sur l'évaluation de la démarche qualité au sein des EHPAD et de son dispositif d'évaluation*, juillet 2018

une série de points à examiner. Des méthodes de « résidents traceurs » sont aujourd'hui proposées par certains prestataires mais elles ne sont pas obligatoires.

2) Des conséquences qui ne sont pas similaires en termes de communication et d'impacts sur les autorisations

Les implications de l'évaluation des ESSMS et de la certification ne sont pas identiques eu égard aux impacts d'une non certification/ mauvaise évaluation, aux modalités de suivi ou encore à la communication. Mais c'est surtout sur l'impact financier aujourd'hui relayé par la démarche de financement par la qualité que réside le plus grand différentiel.

Tout d'abord, l'impact d'une non certification/ mauvaise évaluation n'est pas le même. En effet, les résultats de l'évaluation externe médico-sociale conditionnent le renouvellement de l'autorisation. C'est d'ailleurs cette particularité qui explique que le calendrier des évaluations s'articule avec le projet de service et le renouvellement des autorisations (cf calendrier en annexe n°2). Pour le sanitaire, pour qui la décision de la HAS peut être une certification pour 6 ans, une certification assortie d'une ou plusieurs recommandations d'amélioration pour 4 ans, une certification assortie d'une ou plusieurs obligations d'amélioration pour 4 ans ou une non-certification, le niveau de certification n'a pas d'impact direct sur les agréments. En effet, la non certification n'entraîne pas un non agrément systématique par l'ARS. Néanmoins, cela reste un élément d'influence de l'évolution de l'offre de soins par l'ARS qui aura un regard avisé lors des renouvellements d'autorisation, les visites de conformité ou encore la rédaction du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

Ensuite, le suivi de l'évaluation ne s'opère pas de la même façon. Pour la certification qualité, les modalités de suivi dépendent du niveau de certification, les recommandations donnant lieu à un rapport de suivi ou les réserves à une visite sur site. Pour l'évaluation médico-sociale externe, le suivi est aujourd'hui quasi inexistant, le seul impératif étant que l'établissement fasse part du suivi de son évaluation dans son rapport d'activité annuel.

En outre, la publication des résultats est également différente. Ainsi, les résultats de la certification sont rendus publics sur le site Scope Santé. Cette publication, au-delà de la communication à la population, peut venir déclencher une inspection ou un contrôle. A ce jour, les résultats des évaluations médico-sociales ne sont pas publiés. Cette possibilité, évoquée par Mme Annie VIDAL, n'est envisageable qu'à partir du moment où « *l'évaluation est structurée et harmonisée (...) en l'état les résultats ne sont pas exploitables et s'ils étaient publiés cela créerait une incompréhension totale* ».

Enfin, une dernière différence majeure réside dans le financement à la qualité. En effet, aujourd'hui, les résultats de certification constituent « *la porte d'entrée au dispositif*

d'incitation financière à la qualité (Ifaq) »¹⁷. Ce financement à la qualité n'est, à ce jour, pas présent dans le médico-social.

Entre philosophie de départ similaire et déploiements opérationnels spécifiques, les démarches qualité entre le sanitaire et le médico-social partagent, in fine, autant de points communs qu'elles n'ont de différences. L'histoire de l'évaluation médico-sociale et de la certification rendent finalement compte du phénomène de « dépendance au sentier » largement utilisé en sociologie des organisations et selon lequel l'histoire, à partir d'une origine commune, fait parcourir des chemins différents. Si les théories de dépendance au sentier rendent compte de la difficulté de modifier les choix historiques faits, le questionnement du rapprochement de ces deux démarches mérite néanmoins d'être posé.

II) Vers un rapprochement des démarches qualité en milieu sanitaire et médico-social ?

Plusieurs facteurs interrogent aujourd'hui le lien qui peut être fait entre les démarches qualité sanitaire et médico-sociale. Certains de ces facteurs sont hérités du passé (A) mais l'histoire récente vient accentuer ce questionnement (B).

A) Si l'approche semble différente, la certification qualité et l'évaluation médico-sociale partagent de nombreuses thématiques communes

Entre la recherche de la maîtrise du risque et celle de la satisfaction de l'utilisateur prônées respectivement par la certification qualité et l'évaluation médico-sociale (1), les référentiels qui nourrissent ces dernières ne semblent toutefois pas antinomiques (2).

1) Une approche par risques VS une approche par la bientraitance qui ne sont pas incompatibles et qui peuvent s'enrichir l'une de l'autre

Alors que l'objectif de la certification serait d'améliorer le niveau de sécurité atteint par les établissements, l'évaluation médico-sociale privilégierait une approche centrée sur le résident avec au cœur la notion de bientraitance. Ces deux conceptions ne semblent toutefois pas opposées.

L'approche par risques de la certification HAS valorise l'évaluation d'un risque systémique, c'est à dire un risque associé au système et plus particulièrement celui du management. Ce tropisme se retrouve au sein de la certification qualité V2014 sur l'ensemble des 20 thématiques servant à l'élaboration du compte qualité et les audits de processus. Elle s'opère en 5 étapes : identification des principaux risques, évaluation des

¹⁷ GARO Laurence, KERIBIN Loïc, 2017, « Certification qualité : vers la gestion des risques », *Gestions hospitalières*, n°564, mars 2017

niveaux de criticité et de maîtrise des risques identifiés, hiérarchisation des risques identifiés grâce à une matrice de criticité, définition des plans d'actions et suivi de ces plans. L'audit de processus vient ensuite contrôler le niveau de maîtrise du risque par l'établissement et sa dynamique d'amélioration.

L'approche prônée par l'évaluation médico-sociale est toute autre. Comme le rappelle le rapport de la MECSS, les EHPAD sont avant tout des « *lieux de vie* » et « *l'évaluation doit avant mettre en exergue cet aspect de leur mission* »¹⁸. Aussi, les référentiels utilisés dans le cadre de l'évaluation médico-sociale vont venir rechercher le niveau de qualité des prestations au regard des besoins et des attentes des usagers et de leurs familles.

En soit ces approches, bien que différentes, ne semblent pas incompatibles.

Tout d'abord, les questions de qualité de vie et des droits et libertés de la personne accueillie ne peuvent être passées sous silence dans les établissements sanitaires. Dans la liste des thématiques de la V2014 on retrouve, dans les droits des patients, de nombreux critères investigués dans l'évaluation médico-sociale : prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (sur ce point le manuel qualité fait même mention aux travaux menés par le médico-social), respect de la dignité et de l'intimité du patient, recueil et accompagnement de l'entourage, etc. Elle est aussi présente dans les méthodes d'évaluation d'audit de processus et du patient traceur qui visent à « *apprécier au mieux les facteurs humains et organisationnels ayant un impact sur la prise en charge de chaque patient* »¹⁹.

Sur ce thème, la députée Annie VIDAL, lors de son entretien, propose même d'aller plus loin : « *le sanitaire peut s'inspirer de l'évaluation médico-sociale avec sa part de subjectivité qu'il faut aussi pouvoir mesurer dans l'évaluation globale* ». Reprenant les travaux de MASSON sur les réseaux d'influence, Annie VIDAL souligne qu'il s'agit d'une technique tout à fait pertinente pour prendre en compte cette subjectivité dans le sanitaire, qui pour l'instant, dans son approche systémique, privilégie une homogénéité des prises en charge sur le territoire.

L'approche par risque n'est pas non plus totalement éloignée des préoccupations des EHPAD et s'inscrit dans l'actualité comme le souligne une directrice d'EHPAD interrogée : « *s'est imposée ces dernières années la question de la gestion des risques en EMS. L'impact des canicules, différents incendies, des épidémies de gripes présentent un risque fort en EHPAD, et ont été largement relayés par les médias. Le risque attentats a aussi augmenté l'importance de gestion du risque, sans oublier également les*

¹⁸ Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, VIDAL Annie, 2018, *Rapport d'information sur l'évaluation de la démarche qualité au sein des EHPAD et de son dispositif d'évaluation*, juillet 2018

¹⁹ GARO Laurence, KERIBIN Loïc, 2017, « Certification qualité : vers la gestion des risques », *Gestions hospitalières*, n°564, mars 2017

considérations autour du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)... En la matière le directeur a une obligation de moyen. Nous avons l'obligation d'établir des plans qui nous obligent à réfléchir en amont aux dispositifs de sécurisation des résidents et des agents ». Cette approche est même allée plus loin sur certaines thématiques, telles que la gestion du risque infectieux pour laquelle les EHPAD doivent produire un Document d'Analyse du Risque Infectieux (DARI) dont la construction s'organise autour de trois étapes : évaluation du risque, gestion du risque et communication sur le risque. Cette obligation, issue du premier Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) a été rappelée par l'instruction DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016. L'objectif est d'assurer la maîtrise du risque infectieux dans une optique de sécurité des résidents et de limiter l'émergence des bactéries multi-résistantes et hautes résistantes. Cette approche par risques est d'ailleurs évoquée par le Ministère de la Santé qui, sur son site internet²⁰, rappelle que cette instruction « vise à faciliter la mise en œuvre du PROPRIAS dans le secteur médico-social. Elle pérennise la démarche d'analyse des risques dans établissements médico-sociaux ».

2) Des référentiels qui se rejoignent sur un certain nombre de thématiques

Sur la base des référentiels/ recommandations utilisés dans le cadre de l'évaluation interne et externe et la certification (cf. tableau comparatif des grilles d'analyse en annexe n°3), il est fait le constat de nombreuses redondances dans les éléments investigués par les référentiels de la Fédération Hospitalière de France (FHF) et de l'Union Nationale des Associations et Services de Soins Infirmiers (UNASSI) utilisés dans le cadre de l'évaluation interne médico-sociale pour le CHAN. En effet, en dehors de thématiques très spécifiques au secteur sanitaire – telles que le management de la prise en charge médicamenteuse du patient, la biologie médicale, l'imagerie, la prise en charge des urgences et des soins non programmés, le management de la prise en charge du patient au bloc opératoire, le management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque ou encore le don d'organe et de tissus à visée thérapeutique – les référentiels se rejoignent sur l'ensemble des thématiques.

In fine, les référentiels créés par les professionnels de l'évaluation médico-sociale ont repris de nombreuses thématiques de la certification : qualité de vie au travail, gestion du risque infectieux, droit des patients, parcours du patient, prise en charge de la douleur, de la fin de vie, etc. Cette redondance des éléments investigués interroge sur la nécessité de maintenir un double système d'évaluation d'autant plus dans un établissement ayant des

²⁰ <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux/article/la-prevention-des-infections-associees-aux-soins-dans-le-secteur-medico-social> visité le 20/08/2019

une activité sanitaire et médico-sociale et pour lequel les réponses à des thématiques relatives aux fonctions support seront très certainement identiques.

Au-delà de ces aspects techniques, le parallèle fait entre les deux démarches a une résonance toute particulière dans l'actualité.

B) L'histoire récente montre une dynamique de rapprochement entre les démarches

En raison, notamment du bilan mitigé de l'évaluation médico-sociale sous l'éclairage de récents rapports de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)²¹ et de la MECSS (1), une réflexion visant à faire évoluer le dispositif est à l'œuvre (2).

1) Un bilan de l'évaluation médico-sociale en demi-teinte qui pousse à réformer la démarche qualité dans les ESSMS

Même si le rapport de la MECSS fait part d'une appropriation progressive dans les ESSMS, plus aboutie pour les EHPAD, et de réalisations concrètes avec la participation des équipes, de nombreux reproches sont aujourd'hui faits à l'évaluation médico-sociale.

La principale critique réside dans l'absence de référentiel commun. Tandis que certains secteurs ont peu de choix pour le référentiel utilisé, comme sur le SSIAD où seul UNASSI propose un référentiel, sauf à choisir de créer un outil maison, d'autres, comme les EHPAD disposent d'un choix vaste : référentiel de la FHF, Périclès, Quali'Eval, Angélique, etc. Dans le guide de mise en œuvre de l'évaluation médico-sociale proposé par le Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique & de la Qualité en Aquitaine (CCECQA)²², un comparatif de 20 référentiels est détaillé. Cette synthèse montre toute l'hétérogénéité de ces référentiels : forme, informatisation, gratuité, structuration, mode de cotation, génération d'un pré-rapport, etc. A cette production foisonnante, s'ajoute celle des recommandations de bonnes pratiques. Comme le souligne le rapport de l'IGAS, le nombre et le volume de ces recommandations fait que les soignants, s'ils ont conscience de l'existence de celles-ci n'en connaissent pas nécessairement le fond²³.

Un autre reproche formulé à l'évaluation médico-sociale est celui de l'habilitation du consultant pour l'évaluation externe. La procédure est souvent lourde pour les petits établissements pour faire le choix d'un prestataire. En outre, le nombre d'organismes habilités est majeur : au 31 décembre 2017, 1215 organismes étaient habilités par

²¹ IGAS, HESSE Catherine, LECONTE Thierry, 2017, *Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, juin 2017

²² CCECQA, 2013, *Outils pratiques pour faciliter la mise en œuvre de l'évaluation interne dans le secteur médico-social, guide d'utilisation*, décembre 2013

²³ IGAS, HESSE Catherine, LECONTE Thierry, 2017, *Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, juin 2017

l'ANESM²⁴. Le rapport de l'IGAS est venu souligner les limites attenantes à l'habilitation des organismes, les évaluateurs étant habilités sur des critères administratifs et non pas de qualité. Il en ressort une hétérogénéité dans le niveau des rapports produits suivant les lieux²⁵. Ces rapports sont également soulignés comme étant, pour certains, peu opérants pour les EMS qui les reçoivent. Ce constat, pour l'une des directrices d'EHPAD interrogées, est dommageable : *« si l'évaluation externe était bien faite, ce regard extérieur pourrait être intéressant pour les équipes car on a plus facilement tendance à prendre en considération un avis extérieur qu'une évaluation interne »*.

Il est également reproché à l'évaluation médico-sociale un calendrier, pour les évaluations externes, déconnecté des échéances contractuelles dont le CPOM (cf. calendrier en annexe n°2). Cette déconnexion, mise en avant par le rapport de l'IGAS ne permet pas au CPOM, document stratégique de pilotage interne, de constituer un levier d'amélioration de la qualité.

Enfin, et c'est surtout le constat d'échec de l'évaluation à créer une réelle culture qualité dans le médico-social qui est mis en avant. Comme le souligne Annie VIDAL dans l'entretien accordé, *« le secteur médico-social a une culture qualité certainement moins développée que dans le sanitaire »*. Une directrice d'EHPAD surenchérit sur ce point en indiquant que *« les personnels continuent de percevoir l'évaluation et la qualité de manière générale comme quelque chose de jugeant. Malgré tout, il faut avouer que dans le médico-social, on est dans un environnement avec des professionnels peu qualifiés qui n'ont pas été formés à la qualité (...) il demeure une forte composante émotionnelle qui rend difficile l'analyse qualité »*.

2) Faire évoluer le dispositif vers un rapprochement avec les méthodes de la certification ?

Des éléments d'actualité viennent plus particulièrement interroger la pertinence d'un rapprochement entre la certification et l'évaluation médico-sociale.

L'élément le plus significatif de ce rapprochement se retrouve dans l'intégration de l'ANESM au sein de la HAS à compter du 1er avril 2018. Comme l'indique le gouvernement dans le dossier de presse relatif au Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) 2018, cette fusion est guidée, avant tout, par un objectif de recherche d'efficience et de rationalisation dans le pilotage des politiques publiques. Mais au-delà des contingences économiques, *« cette réforme permettra de favoriser une politique d'évaluation de la qualité transversale aux champs sanitaire, social et médico-social tout en préservant les spécificités de ce secteur »*. La HAS poursuit, dans son communiqué de presse du 5 avril 2018, en indiquant que la fusion permettra de profiter

²⁴ ANESM, 2017, *Rapport d'activité*

²⁵ COCHARD Nicolas, 2018, « Les nouvelles ambitions de la HAS », *Actualités sociales hebdomadaires*, n°3054, 30 mars 2018

des expertises des différents champs et « *va favoriser le partage des approches qualité et des méthodologies, ce qui permettra d'enrichir les évaluations d'établissements ainsi que l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques. Si le sujet s'y prête, ces recommandations aborderont d'ailleurs systématiquement les aspects sanitaires, sociaux comme médico-sociaux* ». On le voit, l'un des objectifs de cette fusion est bien de créer du lien entre le sanitaire et le médico-social, démarche de travail commune qui s'était déjà engagée depuis de nombreuses années sur l'élaboration de recommandations. Cette absorption est cependant peu spectaculaire : les 24 salariés de l'ANESM vont rejoindre la HAS tout en restant dans les mêmes locaux que les deux organismes partageaient déjà à Saint Denis depuis 2015²⁶ et une nouvelle commission de la HAS, la commission de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux a vu le jour.

Dans la continuité, le rapport de la MECSS sur l'évolution de la démarche qualité en EHPAD et de son dispositif d'évaluation publié en 2018 préconise l'élaboration d'un référentiel national unique par la HAS pour l'évaluation interne des structures médico-sociales. Ce référentiel comprendrait un socle commun à toutes les structures médico-sociales, sur les droits des usagers ou les questions de bientraitance, et des volets spécifiques pour chaque type d'établissements ou de services. Même si le rapport de la MECSS ne souhaite pas que soit transposé aux ESSMS le mécanisme de certification sanitaire, une approche complémentaire à travers notamment un droit d'option, qui sera reprise dans les propositions en chapitre 3, pourrait être développée.

C'est cette tendance au rapprochement qui questionne aujourd'hui l'appréhension du système de management de la qualité dans sa dimension sanitaire et médicosociale au sein du CHAN.

²⁶ COCHARD Nicolas, 2018, « Les nouvelles ambitions de la HAS », *Actualités sociales hebdomadaires*, n°3054, 30 mars 2018

Chapitre 2 : Un secteur sanitaire et médico-social qui ont jusqu'à présent vécu en autonomie sur le CHAN entraînant un système de management de la qualité à deux vitesses

Ce deuxième chapitre a pour objectif de mieux comprendre le cas d'étude : Comment l'établissement s'est approprié les démarches de certification et d'évaluation ? Que peut-on en conclure en termes de système de management de la qualité ? Des liens ont-ils été faits entre les deux démarches ? Si non, est-il pertinent d'en créer ?

Le constat fait aujourd'hui est celui d'une dualité de système de management de la qualité se traduisant par une méconnaissance des deux secteurs (I) allant à l'encontre des grands enjeux actuels (II).

I) Si chacun peut se prévaloir de spécificités qui lui sont propres, il demeure sur le CHAN une méconnaissance des secteurs sanitaires et médico-sociaux se traduisant par une quasi ignorance entre la certification et l'évaluation interne

La dualité des secteurs sanitaires et médico-sociaux est particulièrement prégnante au sein de l'établissement analysé, récemment fusionné (A) et s'étend dans les démarches qualité qui ont été menées (B).

A) Une dualité de secteurs à l'échelle nationale qui se retrouve dans l'histoire locale et impacte la prise en compte des questions qualité sur le site de Nérac

Sans revenir de manière détaillée sur la construction des secteurs sanitaires et médico-sociaux, ce dualisme qui traverse l'histoire (1) est particulièrement prononcé sur le CHAN (2).

1) Deux secteurs qui se sont construits séparément et qui pourtant cohabitent au sein de mêmes structures

Comme le résume bien la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP) dans les actes d'un colloque dédié à la réflexion sur le maintien d'une distinction entre les champs sanitaires et médico-sociaux : « *au fil du temps, le sanitaire et le médicosocial se sont construits en référence l'un par rapport à l'autre, oscillant entre séparation et rapprochement* »²⁷.

²⁷ FEHAP, 2014, « La distinction entre sanitaire et médico-social a-t-elle encore un sens ? », *Perspectives Sanitaires et Sociales*, n°232, janvier/février 2014

Cette oscillation se retrouve dans l'approche historique des secteurs sanitaire et médico-social. Bien qu'historiquement, le sanitaire et le médico-social ne connaissent pas de distinction, l'hospice ou l'asile accueillant tout type de public, le secteur médico-social s'est peu à peu développé par démembrement des fonctions de l'hôpital. Cette évolution s'est ensuite traduite par une spécialisation des structures et du droit les encadrant. Ainsi le droit est venu créer deux systèmes distincts avec deux codes différents, le Code de la Santé Publique et le Code de l'Action Sociale et des Familles, et deux grandes lois, celle du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et entièrement refondée par la loi du 2 janvier 2002.

Malgré cette construction historique distincte, nombreux sont les établissements à avoir réuni les structures médico-sociales et sanitaires. Le CHAN ne fait ainsi pas exception. L'établissement est, en effet, issu de la fusion de deux CH au 1^{er} juillet 2016, l'hôpital d'Agen essentiellement tourné vers l'activité MCO et l'hôpital de Nérac avec une grande composante médico-sociale. Ces établissements, séparés d'une trentaine de kilomètres, étaient depuis le 11 octobre 2011 en direction commune. De nombreuses conventions étaient passées pour faire converger les politiques, dont la qualité, et pour lesquelles des protocoles communs étaient envisagés comme, par exemple, sur la lutte contre les infections nosocomiales.

2) Une histoire locale qui a été lourdement affectée par le contexte de fusion et qui affecte le traitement des questions qualité sur le site de Nérac

Force est de constater, aujourd'hui, que la fusion juridique ne se traduit pas dans les pratiques, au détriment du déploiement de politiques communes, telle que celle relative à la qualité.

Tout d'abord, le découpage juridique du CHAN contribue à maintenir le sentiment de séparation des deux entités. Le CHAN est constitué de 8 pôles dont un pôle gériatrie-rééducation et un pôle Nérac distincts. Ce choix interroge. En effet, pourquoi avoir choisi de distinguer le pôle de Nérac alors que le médico-social et la filière gériatrique ont toute leur place au sein du pôle gériatrie-rééducation, l'EHPAD de Pompeyrie en faisant d'ailleurs partie ? En outre, ce choix ne va-t-il pas à l'encontre des motivations de la fusion telles que présentées par le DG ARS dans sa décision n°2015-81 du 17 juillet 2015 de fusion qui met en avant les complémentarités de l'offre entre Nérac et Agen et que la création d'un nouvel établissement de santé doit « *permettre notamment d'améliorer la filière gériatrique* » ? Cette dissociation se poursuit même dans les instances hospitalières. Alors que la fusion date de plus de plus de trois ans, il demeure deux

Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) avec deux représentations du personnel, l'un pour le site de Nérac, et l'un pour le site d'Agen. L'Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice (IDEC) du SSIAD confie que ce découpage est le fruit d'une construction historique qui a reposé sur « *un choix politique et des ententes interpersonnelles bien plus que sur une logique de filière* ».

En outre, suite à la fusion, sept agents positionnés sur des emplois administratifs ont quitté le site de Nérac pour venir sur le site d'Agen. Sans revenir sur les choix qui ont conduit à ce regroupement, l'observation de terrain sur le site de Nérac a montré que le départ de ces agents a créé une perte de compétence non négligeable, un suivi n'ayant pas été assuré sur certains sujets en cours. Le nouveau directeur du site de Nérac, présent depuis moins d'un an, fait part de son étonnement « *cela donne l'impression que, pour les équipes de Nérac, beaucoup de choses se sont arrêtées au moment de la fusion. Il n'est pas rare que j'entende des agents dire que c'était quelque chose qui se faisait avant la fusion et qu'après la fusion ils attendaient les instructions de la direction générale qui n'arrivaient pas toujours* ». Ce constat est tout à fait frappant sur la démarche qualité, où un technicien supérieur hospitalier à temps plein et un adjoint administratif à temps partiel étaient dédiés à cette mission sur Nérac et ont été redéployés sur d'autres missions sur le site d'Agen. En l'absence de ces agents sur site, comment étaient suivis les sujets qualité sur Nérac ? Bien que des documents de travail du CHAN²⁸ montrent la volonté d'inclure ces tâches dans la feuille de route de la Direction de la Qualité et de la Gestion des Risques, de nombreuses démarches se sont en réalité arrêtées à la fusion : absence de suivi du plan d'amélioration de qualité issu de la dernière évaluation, absence de diffusion des enquêtes de satisfaction, processus de mise à jour de documents interrompus (ex : livrets d'accueil, protocoles divers comme sur la bientraitance, etc.).

Cela peut en partie s'expliquer par les mouvements connus sur le site d'Agen, avec de nombreux départs et arrêts maladie au sein de l'équipe qualité dont un turn-over de la fonction de directeur de la qualité (trois directeurs se sont succédés sur ce secteur en quatre ans). Cette reconfiguration a nécessité, pour l'équipe qualité, de recentrer ses efforts sur les obligations de court terme obligatoires et à impact financier tels que la complétude des indicateurs IFAQ ou la réponse aux objectifs du CAQES (Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiency des Soins). En parallèle, sur Nérac, le site a connu trois directeurs différents depuis la fusion ainsi que des mouvements importants au sein de l'équipe d'encadrement (l'IDEC du SSIAD est ainsi arrivée il y a moins d'un an après un arrêt maladie de plus d'un an également). L'arrivée du nouvel encadrement n'a pas non plus priorisé les questions relatives à la qualité, expliquant le délaissement de ces sujets. Comme l'indique l'IDEC du SSIAD « *je suis arrivée comme cadre il y a à peu*

²⁸ Notamment document de travail « regroupement Agen-Nérac/ équipe qualité-gestion des risques » issu des réunions du 28 avril et 11 juin 2015 et qui décrit l'organisation à mettre en place à la fusion

près un an. Ce n'était pas ma priorité la qualité. Ma priorité, c'était que les agents me connaissent et qu'on apprenne à se faire confiance. Une fois ce préalable rempli, je pouvais me lancer dans la démarche d'évaluation ».

Ce dualisme entre secteur sanitaire et médico-social se retrouve plus spécifiquement dans le déploiement des démarches de certification et d'évaluation.

B) Des démarches de certification et d'évaluation qui ont été menées en autonomie sur les différents sites du CHAN et qui connaissent un degré de maturité différent

L'observation de terrain a montré un réel contraste entre évaluation médico-sociale et certification qualité : tandis que la première peine à s'inscrire dans la continuité (1), la seconde se structure pour aller vers une réelle démarche d'amélioration continue de la qualité (2).

1) L'évaluation de l'EHPAD et du SSIAD de Nérac : une démarche au coup par coup qui rend compte d'une « certification paperasse »²⁹

Il a pu être observé un manque de continuité dans la démarche qualité du site de Nérac.

Tout d'abord, les recommandations faites à l'issue de l'évaluation externe de 2015 n'ont pas été prises en compte.

Suite à une évaluation interne puis une évaluation externe menée en 2015 sur l'EHPAD de Nérac, l'ARS a pris acte des conclusions de l'évaluateur et a relevé cinq éléments d'amélioration : nécessité de décliner le projet d'établissement, d'améliorer la continuité des parcours, de mettre en place une procédure spécifique pour le signalement de la maltraitance, de consulter les usagers et de formaliser un projet d'animation. Aussi, la nouvelle démarche d'évaluation devait permettre, tout en poursuivant la dynamique générale d'amélioration continue de la qualité, de répondre aux observations de l'ARS. Quatre ans après, force est de constater qu'aucun des éléments d'amélioration n'a été enclenché, certains points ayant même régressé à l'instar de la consultation des usagers pour laquelle le déploiement des questionnaires de satisfaction a été arrêté et les Conseils de Vie Sociale (CVS) ne se réunissent plus.

Le Directeur du site de Nérac fait un constat assez pessimiste : *« le problème c'est que comme c'est une obligation, on le fait au moment où c'est obligatoire. Il n'y a pas de démarche continue »*. En effet, tout semble comme si au moment du lancement de l'évaluation interne, les sujets relevés lors de la dernière évaluation externe étaient

²⁹ Terme utilisé par l'ingénieur qualité du CHAN

redécouverts. Ainsi, lors de l'évaluation interne courant 2019, la construction d'un projet de service ou encore la rédaction d'une procédure relative à la maltraitance ont été lancées alors même que ces sujets avaient été soulevés quatre ans plus tôt.

En outre, dans le rapport de la MECSS, Mme ARMANTERAS DE SAXCE et Mme GHADI, directrice de la qualité de l'accompagnement social et médico-social, précisent que « *les établissements qui ont le plus de difficultés sont ceux qui ont lancé la démarche très tardivement. Ils ont en effet constaté qu'il était impossible de réaliser l'évaluation interne en quelques mois. La qualité est un travail de longue haleine, elle ne se décrète pas et se construit pas à pas* ». Ce constat est tout fait celui qui peut être fait pour le SSIAD et l'EHPAD de Nérac qui se sont lancés tardivement dans la démarche d'évaluation interne, l'évaluation externe devant avoir lieu d'ici 2020. Cette contrainte calendaire a nécessité de créer, pour aller au plus vite, une équipe projet resserrée composée des cadres, du directeur de site et de l'élève directeur. Cette équipe a complété la grille d'évaluation et le plan d'action qui ont ensuite été partagés aux agents. Les médecins, invités à cette démarche, n'ont, quant à eux, pas participé. Des groupes de travail ont alors pu être montés pour travailler sur les thématiques jugées prioritaires. Cette organisation de projet, pragmatique eu égard aux contraintes calendaires, n'est toutefois pas conforme aux recommandations³⁰ qui préconisent de faire participer les agents dès l'évaluation interne. Ce manque d'implication des équipes peut constituer un facteur de risque quant à la pérennité de la démarche. Si les procédures ne sont pas travaillées collectivement, il y a peu de chance qu'elles soient mises en œuvre : « *la procédure en elle-même n'est pas refusée, c'est sa légitimité à dire le « juste » qui est contestée dès lors que les utilisateurs estiment avoir été exclus de la définition de ce qui est « juste »* »³¹.

Cette logique de court terme entraîne selon l'ingénieur qualité du CHAN la création d'une « *certification paperasse* » avec la production de procédures et protocoles peu de temps avant l'évaluation sans qu'il n'y ait vraiment d'appropriation derrière. Ainsi, il souligne : « *la grande déception que l'on peut avoir sur l'évaluation médico-sociale sur Nérac, mais c'est comme ça dans beaucoup d'établissements, et ça l'a d'ailleurs été avec la V1 de la certification, c'est que l'on est sur une certification procédure ou paperasse. On a vraiment l'impression qu'on vérifie si les choses sont bien écrites sur un livret d'accueil, ou un contrat de séjour mais on ne sait pas si sur le terrain c'est réellement fait* ».

³⁰ CCECQA, 2013, *Outils pratiques pour faciliter la mise en œuvre de l'évaluation interne dans le secteur médico-social, guide d'utilisation*, décembre 2013

³¹ MILLY Bruno, HERREROS Gilles, 2011, *La qualité à l'hôpital. Un regard sociologique*, L'Harmattan

2) La démarche de certification qualité du CHAN est progressivement montée en puissance

Gilles HERREROS et Bruno MILLY, dans leur approche sociologique, mettent en avant que « *la démarche de certification a un effet majeur sur la dynamique de la démarche qualité dans les établissements hospitaliers, sur son déclenchement mais aussi sur sa pérennisation et sa valorisation* »³². Cette assertion est tout à fait représentative de l'histoire de la certification sur l'établissement.

L'appropriation par les personnels a été grandissante au cours des différentes vagues de certification, l'établissement ayant connu en décembre 2017 sa quatrième procédure de certification. Ainsi, un cadre du CHAN fait part d'une évolution des mentalités « *l'une des grandes évolutions, et c'est tout bête, c'est la sémantique. Le terme d'audit fait peur, avec l'approche gestion des risques on est plus sûr de l'analyse, on ne pointe pas le coupable et ça permet de faire évoluer les mentalités sur la qualité (...) au final le label qualité, c'est un super levier managérial qui peut permettre de valoriser les agents et de redonner du sens* ». Mais c'est surtout au travers de la certification V2014, première certification en tant qu'établissement fusionné, que l'établissement est monté en puissance sur la démarche qualité. Les nouveaux outils de la certification V2014 ont largement contribué à cette appropriation renforcée et à la responsabilisation d'un grand nombre de professionnels. En effet, comme le souligne l'ancien directeur de la qualité dans une publication interne sur la visite de la HAS en décembre 2017 « *cette procédure a fait l'objet d'une grande préparation via les analyses de processus menées avec les pilotes et les groupes de travail associés, la mise en œuvre d'un plan d'actions pendant plusieurs mois et la réalisation de patients traceurs* »³³. Ainsi la visite de certification de 2017 a été structurée en amont, selon un calendrier et des responsabilisations des pilotes de processus déterminés. Cette dynamique se reproduit dans la préparation de la certification V2020, telle que présentée en II) A) du présent chapitre.

Par ailleurs, les remarques de la HAS ont permis de créer des effets leviers importants au sein de l'établissement. Suite à sa visite de certification fin 2017, le CHAN a été certifié avec obligation d'amélioration sur trois points : management de la qualité des risques, management de la prise en charge du patient au bloc opératoire et management de la prise en charge du patient en salle de naissance. Dans ce contexte, l'établissement a dû transmettre à la HAS un compte qualité supplémentaire indiquant les actions correctives conduites sur l'ensemble de ses obligations d'amélioration. Tous les points mentionnés comme « obligation d'amélioration » ont été requalifiés en « recommandation d'amélioration ». L'établissement a ainsi été certifié de niveau B, pour 4 ans. Le CHAN

³² *Ibid.*

³³ Publication interne du CHAN à destination de tous les professionnels « *visite de certification V2014 du 4 au 8 décembre 2017* »

aura ainsi la possibilité de se prêter – à sa demande – à une visite intermédiaire supplémentaire, ce qui lui permettrait de faire valoir ses projets d'amélioration de la qualité et de progresser en niveau A.

Néanmoins, des points d'amélioration doivent être soulevés.

On dénote tout d'abord une appropriation différenciée de la certification entre les professionnels. Une cadre du CHAN souligne ainsi : *« en fait le problème c'est que la qualité c'est souvent le monopole d'une ou deux personnes, et ça c'est la meilleure façon d'échouer (...) Pourquoi le cadre remet toujours la qualité au lendemain ? Il y a une certaine forme de peur de perte de pouvoir, et que l'on montre là où ça ne va pas, là où il manque des compétences »*. L'assistante qualité va plus loin en soulignant que *« la certification c'est vécu par les professionnels comme un contrôle et une perte de temps, il faut pouvoir montrer que c'est une démarche d'amélioration »*. Il y a donc une nécessité de faire progresser l'appropriation par les personnels de la démarche de certification, dont les médecins ayant participé à la démarche de façon très variable. Il importe également de déconstruire les représentations autour de la certification, afin de s'assurer d'une avancée homogène de la démarche.

En outre, tout comme l'évaluation médico-sociale, le soufflet est à chaque fois retombé après les vagues de certification. Le souhait de la nouvelle construction de la politique qualité (qui sera développée dans le II) A)) est de garantir une continuité dans le temps de la démarche de certification. Aussi, les pilotes de processus se sont vus remettre avant l'été 2019 une lettre de mission fixant leurs objectifs en vue de la certification V2020 et une réunion de lancement a été tenue en mai 2019 pour leur présenter les grandes tendances de cette nouvelle version de la certification.

De cette coexistence sans partage découle un système de management de la qualité à deux niveaux sur le CHAN.

II) Un système de management de la qualité dual qui ne permet pas de répondre aux grands enjeux actuels

L'absence de lien fait entre les démarches de certification et d'évaluation médico-sociale rend compte de l'existence d'un système de management de la qualité à deux niveaux (A) qui entre en contradiction avec les logiques de parcours et de décloisonnement (B).

A) Photographie actuelle : en réalité un système de management de la qualité à deux vitesses sur le CHAN

L'observation de terrain et les échanges avec les professionnels ont montré une ignorance des démarches qualité menées dans chacun des secteurs (1). L'utilisation d'une grille d'analyse permettra alors de démontrer l'existence d'un double système de management de la qualité sur le CHAN (2).

1) Des démarches qui se sont ignorées lors des derniers exercices et qui ne sont pas réunies dans la nouvelle politique qualité de l'établissement

Plusieurs éléments démontrent l'absence d'intérêt des acteurs du médico-social pour la certification qualité et inversement des acteurs sanitaires concernant l'évaluation médico-sociale.

Tout d'abord, sur le site de Nérac, alors même que le site développe une offre sanitaire et médico-sociale, l'encadrement, et par suite les agents, n'ont pas suivi les démarches qualité travaillées sur l'autre secteur. Déplorant le manque de participation des cadres lors des réunions de pôle sur ces sujets, la directrice de site souligne *« les cadres des EHPAD et du SSIAD n'ont pas manifesté d'intérêt pour la certification HAS, ce qui est aberrant car il s'agit des activités de médecine et de SSR qui sont sur le couloir d'à côté et que parfois les agents tournent entre les unités ! »*. La présence d'un cadre supérieur sur le pôle de Nérac pourrait aider à faire du lien entre les différentes démarches et synthétiser une vision globale, mais le poste de ce dernier, parti depuis plus de deux ans, n'a pas été renouvelé.

En outre, bien que sollicitée, l'équipe qualité du CHAN n'a pas pris part à la démarche d'évaluation interne. Cette situation est regrettable car la fusion Agen-Nérac n'a pas permis de faire bénéficier, sur ce point, aux services médico-sociaux, des économies d'échelle. Cette absence de compétence qualité dans la démarché constitue un réel point négatif. Comme le souligne le rapport de la MECSS *« la méthodologie de l'évaluation nécessite des compétences spécifiques qui relèvent du cursus de formation de qualicien. Or, un grand nombre d'EHPAD ne disposent pas de ce profil de compétences dans leurs équipes »*. Aussi, le site de Nérac n'arrive pas, dans le domaine de la qualité, à profiter de la plus-value de son rattachement à un établissement disposant d'une équipe qualité.

L'ignorance que l'on peut connaître entre le sanitaire et médico-social se poursuit au sein même du secteur médico-social. En effet, il n'existe aucune réflexion commune entre les services médico-sociaux du CHAN, l'EHPAD de Pompeyrie et les services de Nérac ayant mené leurs démarches d'évaluation séparément. La directrice de site regrette ce choix, les EHPAD de Nérac et Pompeyrie pouvant valablement partager des procédures, des bonnes pratiques.

Pour finir, cette logique en tuyau d'orgues est amenée à perdurer eu égard aux choix qui ont été posés dans le nouveau projet d'établissement 2018-2022 dont un axe est dédié à la politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques. Les axes de travail arrêtés dans le cadre de cette politique sont orientés sur les résultats de la V2014 et les grandes orientations de la certification à venir. Aucune référence aux démarches d'évaluation médico-sociale n'est faite. Par ailleurs, cette politique ambitionne de reconfigurer en totalité la gouvernance de la qualité sur le CHAN en raison, notamment, des mouvements connus au sein de l'équipe qualité du CHAN. Cela aurait pu être l'occasion de structurer une politique qualité globale prenant en compte l'ensemble des activités de l'établissement, mais ce n'est pas le choix fait par l'établissement. Sous le pilotage du Directoire et des propositions de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) avec sa sous-commission « qualité et sécurité des soins », la qualité sur le CHAN s'est ainsi restructurée de la manière suivante³⁴ (l'organisation arrêtée est schématisée en annexe n°4) :

- Une Equipe Opérationnelle Risques et Qualité (EORQ) qui met en œuvre le programme qualité et gestion des risques liés aux soins validé par le Directoire, en lien avec les pilotes de processus, les cellules qualité des pôles et la Direction de la Qualité et de la Gestion des risques. L'EORQ est composée des principaux acteurs de la qualité et gestion des risques dans l'établissement : président de la CME, président de la commission Qualité et Sécurité des Soins (QSS), Directeur qualité et équipe qualité-gestion des risques, Directeur des soins, Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, Directeur de la communication, pilotes de processus transversaux.
- Une Direction de la qualité et de la gestion des risques composée de personnels formés à la démarche qualité et à la gestion des risques
- Des pilotes de processus qui sont en charge de la réalisation de l'analyse des risques de leur processus, de la réalisation et du suivi du Plan d'action et des indicateurs associés. Les pilotes de processus sont invités à la QSS et participent à l'amélioration de la qualité et de la gestion des risques au sein de l'ensemble des services du CH. Dans le cadre de leur mission, ils bénéficient de l'accompagnement de la Direction de la qualité et de la gestion des risques et de l'EORQ qu'ils peuvent solliciter si besoin.
- Et de cellule qualité des pôles mises place par les pôles. Celle-ci a en charge l'animation de la politique qualité du pôle, la définition et le suivi des indicateurs qualité internes au pôle.

Si ce découpage trouve toute sa pertinence eu égard à la volonté d'assurer une continuité des démarches qualité et une implication plus grande des personnels, il ignore,

³⁴ Document « politique qualité du CHAN » validé en février 2019 par le PCME et le Directeur

à ce jour le site de Nérac. En effet, et comme le démontrent les documents de travail dont certains ont d'ores et déjà été validés en instance, alors que tous les pilotes de processus ont été nommés et que les cellules qualité de pôle ont été créées, les nominations sur le pôle de Nérac n'ont pas été encore faites.

2) L'application du modèle de SHORTELL rend compte d'un système de management de la qualité à deux vitesses sur le CHAN

Pour pouvoir analyser le système de management de la qualité sur le CHAN, il a été fait appel aux quatre axes du modèle développé par Stephen SHORTELL. L'idée est de pouvoir constater, sous l'éclairage des démarches de certification et d'évaluation médico-sociales précédemment décrites et de cette grille d'analyse systémique, la solidité du système de management de la qualité sur le sanitaire et le médico-social ainsi les zones de divergence. Les principaux constats sont repris dans le tableau ci-dessous.

Dimensions	MCO	EHPAD/SSIAD
Stratégique : politique institutionnelle	<p>Politique formalisée dans le nouveau projet d'établissement et le projet qualité gestion des risques</p> <p>Communication enclenchée tant sur les résultats que pour la préparation de la prochaine certification: instances, réunions cadre et « moments de convivialité » organisés avec les pilotes de processus</p> <p>Implication de la direction</p> <p>Réflexion en cours sur l'intégration de critères qualité dans la contractualisation des pôles</p>	<p>Politique non formalisée, le projet d'établissement ne fait d'ailleurs pas référence au site de Nérac</p> <p>Un projet de pôle Nérac est actuellement en cours de rédaction et prendra en compte des éléments relatifs à la qualité</p> <p>La direction de site est impliquée, les cadres ont eu des réunions d'information sur l'évaluation médico-sociale</p> <p>Les instances ne sont pas informées, à ce jour, de la démarche</p>
Culturelle : croyances, valeurs, normes, représentations et comportements qui favorisent la mise en œuvre d'une démarche qualité	<p>La participation des agents est en progression notamment grâce aux nominations des pilotes de processus</p> <p>Sentiment de « contrôle » qui demeure pour certains professionnels</p> <p>Faible participation du corps médical</p> <p>Aucune formation sur la certification qualité n'est proposée aux acteurs</p>	<p>La participation des agents est à ce jour très faible. L'évaluation interne a essentiellement reposé sur les cadres et la direction.</p> <p>Aucune formation sur l'évaluation n'est proposée aux acteurs</p>

<p>Technique : méthodes et outils</p>	<p>Outillage : logiciel qualité permettant le suivi du compte qualité</p> <p>Informations : fort niveau de contrôle de gestion interne avec le recrutement de deux contrôleurs de gestion permettant des synthèses mensuelles, structuration de l'équipe qualité devant permettre à terme la production régulière d'indicateurs dans le cadre des contrats de pôle, participation au FEI et analyse structurée,</p> <p>Gestion des connaissances : démarches d'analyse en place (Revue de Mortalité et de Morbidité - RMM, Comité de retour d'expérience - CREX notamment), Evaluation des Pratiques Professionnelles - EPP, patient traceur</p> <p>Documentation interne : nombreuses procédures existantes dont certaines au format qualité, outil de gestion documentaire en place</p>	<p>Outillage : logiciel qualité identique au MCO pour les EHPAD et un logiciel spécifique pour le SSIAD permettant de suivre le référentiel et le plan d'action associé</p> <p>Informations : mise en place d'un suivi régulier d'indicateurs par la nouvelle directrice de site, faible déclaration de Fiches d'Evènement Indésirables (FEI) pour les services médico-sociaux (4% des FEI de 2018 concernaient les EHPAD et SSIAD de Nérac)</p> <p>Gestion des connaissances : démarches d'analyse de cas en cours de déploiement suite à l'évaluation interne, audit résident traceur déployé en 2019 sur l'EHPAD et partagé aux équipes</p> <p>Documentation interne : nombreuses procédures non intégrées à l'outil de gestion documentaire du CHAN</p>
<p>Structurelle : mise en place des structures de coordination nécessaires à la démarche</p>	<p>Structuration d'une démarche qualité de l'EORQ, de la direction de la qualité, de pilotes de processus et cellules qualité au niveau des pôles</p>	<p>Perte de la compétence qualité sur le site de Nérac</p> <p>Absence d'intégration, à ce jour, dans la nouvelle politique qualité du CHAN</p>

Tableau n°1 : Application du modèle de Shortell sur le CHAN

Cette photographie permet de comparer les deux sous-ensembles, médico-social et sanitaire, du système de management de la qualité du CHAN. La robustesse³⁵ des deux sous-systèmes apparaît, sous l'éclairage du modèle de SHORTELL, différente entre le sanitaire et le médico-social. Tout d'abord, la stratégie est clairement affichée et partagée

³⁵ Terme repris de LOUAZEL Michel, MOURIER Alain, OLLIVIER Erwan, OLLIVIER Roland, 2018, *Le management en santé*, Presses de l'EHESP : « un système qualité ne sera robuste que si chacune des quatre dimensions précédentes est solide » (Jacques ORVAIN)

sur le sanitaire alors qu'elle n'est pas encore définie sur le médico-social. Ensuite, les techniques utilisées ainsi que la structuration de la démarche sont beaucoup plus poussées sur le sanitaire. Mais c'est peut être sur la partie culturelle que les démarches d'évaluation et de certification se rejoignent le plus avec des difficultés, sur les deux secteurs à assurer l'appropriation par l'ensemble du personnel.

Ainsi, l'utilisation de cette grille d'analyse, venant synthétiser les éléments précédemment décrits, a permis de mettre en avant un système de management de la qualité à deux niveaux sur le CHAN. Face aux enjeux actuels de continuité des prises en charge et de logique de parcours, ce dualisme, présent sur le CHAN, mérite d'être dépassé.

B) Une démarche qualité qui doit évoluer au regard des enjeux actuels

Plusieurs éléments invitent à accentuer la réflexion sur la cohérence des démarches qualité : l'ouverture de l'hôpital et des établissements médico-sociaux sur l'extérieur et des attentes fortes autour de la qualité d'une part (1) et l'émergence de la notion de parcours d'autre part (2).

1) Des attentes grandissantes sur la qualité des prises en charge dans un contexte de porosité croissante des frontières entre le sanitaire et le médico-social

La montée en puissance des exigences qualité et l'ouverture des établissements médico-sociaux et sanitaires l'un sur l'autre, constituent les principaux enjeux des futures démarches qualité.

Telle que mise en avant dans le rapport LIBAULT sur la concertation Grand âge et autonomie, remis en mars 2019³⁶, l'une des principales attentes des usagers, des aidants et des professionnels réside dans l'amélioration de la qualité de la prise en charge en établissement. Cette attente est alimentée par le constat d'une perception d'un décalage entre le coût de la prise en charge et la qualité du service, d'une forte inégalité en matière de qualité des prises en charge et d'une prise en charge trop exclusivement centrée sur le soin. Ainsi, parmi les huit priorités pour transformer l'accompagnement de la personne âgée en perte d'autonomie, figure la nécessité de « *piloter pour et par la qualité* ».

Si tout le monde s'accorde à dire que les structures médico-sociales doivent progresser en matière de qualité, il faut pouvoir être à la hauteur de ces ambitions. Ainsi la directrice de l'un des EHPAD rattachés au CHAN souligne : « *tous ces éléments nécessitent une expertise, une continuité dans les organisations de service et une*

³⁶ LIBAULT Dominique, 2019, *Concertation Grand âge et autonomie*, mars 2019

structuration de notre activité qui sont difficiles à mettre en œuvre de façon isolée : le tableau des effectifs ne le permet pas, il n'y a pas de budget supplémentaire et le coût des experts extérieurs est exorbitant... Dans ce contexte on ne peut répondre aux exigences réglementaires, et aux obligations de sécurité en restant seul. Il faut se rassembler soit entre EHPAD soit avec un CH qui a probablement déjà mis en œuvre les dispositions qu'on nous demande de mettre en place ». Ce témoignage rend compte de la pertinence de la mutualisation des efforts pour répondre aux exigences de qualité des EMS. Cette dynamique de rapprochement des ESSMS entre eux ou avec un établissement sanitaire est d'ailleurs amenée à se développer sous l'influence des récents rapports relatifs au médico-social, tel que le rapport LIBAULT³⁷ qui fixe parmi les objectifs de cette transformation de l'offre, le décloisonnement des structures pour améliorer la qualité de service et réaliser des gains d'efficience.

On assiste, de plus, aujourd'hui, comme le soulignent les actes du colloque de la FEHAP³⁸ sur le sens de la distinction entre sanitaire et médico-social, à l'organisation de plus en plus de disciplines en plateforme avec les différentes étapes de soins et d'accompagnement comme en gériatrie, ou sur la prise en charge de l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC). La frontière devient également poreuse entre les prises en charge sanitaire et le médico-sociale. La FEHAP³⁹ prend l'exemple des soins de suite addictologiques comparés aux centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie, mais l'exemple de la porosité entre l'Hospitalisation à domicile (HAD) et SSIAD, plus proche de notre cas d'étude pourrait être pris.

Le droit est également venu appuyer cette évolution. En effet, la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) a créé du lien entre les deux secteurs grâce à la création des ARS et l'intégration des projets du médico-social dans le Projet Régional de Santé (PRS). Aujourd'hui, le processus va encore plus loin avec la mise en place d'outils de planification et de régulation propre au sanitaire dans le champ médico-social comme le CPOM ou encore l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD).

2) Une logique de parcours gériatrique qui peine à émerger sur le CHAN

L'ignorance des démarches qualité entre les services médico-sociaux et sanitaires du CHAN n'a plus de sens au regard des parcours des patients. En effet, de nombreux EHPAD sont rattachés à des établissements de santé. En outre, les patients du sanitaire peuvent être amenés suite à une hospitalisation à rejoindre un EMS. A l'inverse, les

³⁷ *Ibid.*

³⁸ FEHAP, 2014, « La distinction entre sanitaire et médico-social a-t-elle encore un sens ? », *Perspectives Sanitaires et Sociales*, n°232, janvier/février 2014

³⁹ *Ibid.*

résidents peuvent être transférés pour une hospitalisation ou venir pour une consultation sur l'hôpital. Aussi, réfléchir à une démarche qualité commune peut avoir du sens au regard de ces parcours.

Plus spécifiquement, le CHAN dispose d'une filière gériatrique complète avec des transferts réguliers de patients/résidents entre l'EHPAD, le SSIAD et les services de soins dont certains sont situés sur un même site voire même sur un même étage (le service de médecine de Nérac se situe sur la même aile que l'un des EHPAD).

Ce « partage » de patients est objectivable. Une étude sur le retour en EHPAD après une hospitalisation montre que ceux-ci sont souvent insuffisants⁴⁰. Ainsi, près de 15% des résidents en EHPAD sont hospitalisés chaque année. Sur les EHPAD de Nérac, le chiffre est bien plus élevé puisque 95 résidents sur 180 ont connu un épisode d'hospitalisation (en MCO, psychiatrie ou urgences) sur l'année 2018, soit plus de 50% des résidents. Sur les 60 premières entrées en EHPAD, 63% proviennent des services de médecine ou du SSR du CHAN (cf. annexes n°5 présentant le détail des provenances). Le constat de ces parcours usagers au sein des différents sites du CHAN est similaire sur le SSIAD. Sur ce début d'année 2019, 18% des entrées sur le SSIAD proviennent d'une hospitalisation classique sur le CHAN et 7% du SSR du CHAN. En outre, sur les 56 usagers du SSIAD, 40 suspensions de prises en charge ont été prononcées dont 19 pour une hospitalisation sur le CHAN. La durée moyenne de suspension de prise en charge est de 36 jours, avec pour principal motif d'hospitalisation la fracture du col du fémur qui entraîne de manière systématique une hospitalisation MCO et une rééducation sur le SSR du CHAN. Le « partage » s'effectue également entre services médico-sociaux. Même si le volume est faible, 4 sorties du SSIAD ont été orientées vers un EMS en 2019.

Cette transition des patients entre le sanitaire et le médico-social interroge sur la coordination des soins et le partage des informations entre les hôpitaux et les services médico-sociaux. Au-delà du risque de perte d'autonomie et de majoration des troubles cognitifs mis en avant par l'étude citée plus haut, il est fait état d'une rupture dans la continuité des soins lors des sorties d'hospitalisation vers les EHPAD (annonce du retour non systématiquement faite, courrier de sortie ou fiche de liaison infirmière pas toujours présents au retour en EHPAD notamment)⁴¹. L'analyse des FEI du CHAN rend compte de ces problématiques de liaison. Ainsi les défaillances de coordination et/ou de transmission des informations entre les services et/ou au sein des services de l'établissement représentent 28,5 % des FEI de 2018 et l'absence de continuité des soins ou l'insuffisance de coordination avec les correspondants externes 1,2%. On ne dénote

⁴⁰ DELABRIERE Isabelle et al., 2014, « Retour en EHPAD après une hospitalisation : modalités et qualité des transmissions », *La Presse médicale*, Volume 43, Issue 1, janvier 2014

⁴¹ *Ibid.*

pas d'EI grave lié à ces interfaces entre Agen et Nérac. Néanmoins, les EI viennent perturber les prises en charge et sont potentiellement sources de risque pour les résidents. A titre illustratif, parmi les FEI relatives aux défaillances de coordination relevées sur les services de Nérac, on dénote l'absence de communication sur la présence de bactéries multi résistantes dans le cadre d'une entrée en EHPAD (rapidement redécouverte par le service) ou encore le déplacement d'une résidente de l'EHPAD de Nérac pour un scanner annulé sur le site d'Agen.

La cohérence des parcours doit pouvoir motiver une approche commune. C'est d'ailleurs ce point qui a encouragé la fusion de l'ANESM et de la HAS pour permettre aux équipes de mieux travailler ensemble. Ainsi Véronique GHADI évoque « *nous pourrions regarder comment l'établissement de santé s'organise pour accueillir les personnes en situation de handicap. La HAS va mener des travaux sur le parcours de la femme enceinte : cela posera la question de l'accompagnement social (...) Les équipes chargées du secteur sanitaire pourront contribuer aux travaux sur la gestion du médicament au domicile des personnes âgées (...) par exemple* »⁴². C'est également ce qui est promu à travers l'approche de la qualité au niveau des GHT puisque « *la taille et l'éclatement géographique des structures publiques évaluées conduiront nécessairement la certification à centrer son approche sur le management des filières sur un territoire tout en intégrant des résultats de santé sur les parcours patients intra et inter établissement, et en lien avec les autres acteurs de la prise en charge* »⁴³.

On le voit donc, aujourd'hui, cette dissociation aveugle des démarches qualité n'a plus de sens. La montée en puissance de la qualité, qui était l'un des éléments justifiant la fusion entre les CH d'Agen et de Nérac, comme rappelée par la décision n°2015-81 du 17 juillet 2015 du Directeur Général de l'ARS Aquitaine, doit se concrétiser de manière cohérente entre les différents sites du CHAN. Conscient de ces enjeux, le projet d'établissement 2018/2023 fait une place importante aux questions de coordination des parcours et de l'organisation territoriale des soins notamment en gériatrie. Il s'agit aujourd'hui de pouvoir aller plus loin par la mise en place d'un système de management de la qualité unifié sur le CHAN.

⁴² COCHARD Nicolas, 2018, « Les nouvelles ambitions de la HAS », *Actualités sociales hebdomadaires*, n°3054, 30 mars 2018

⁴³ GARO Laurence, KERIBIN Loïc, 2017, « Certification qualité : vers la gestion des risques », *Gestions hospitalières*, n°564, mars 2017

Chapitre 3 : Un système de management de la qualité à construire sur le CHAN qui ne nie pas les spécificités propres à chacun des secteurs et promeut une approche transversale

Si la nécessité de créer un système de management de la qualité entre secteurs sanitaire et médico-social a pu être démontrée, la réponse à cet impératif réside dans la construction préalable d'un socle favorable aux échanges entre les deux champs (I) permettant la mise en place de processus communs facilitée par la reconfiguration de l'équipe qualité (II). Basées sur des éléments de benchmarking et des entretiens menés, ces recommandations n'ont pas la prétention de mettre en avant un modèle idéal transposable à tous les établissements, même si certaines pistes de réflexion sont valablement applicables à d'autres situations. Pour chacune des préconisations seront précisées les actions pouvant être menées à l'échelle de l'établissement mais également, pour certaines, le soutien qui peut être attendu de la part de la politique nationale. Une synthèse des recommandations sera finalement proposée afin de démontrer qu'une action est possible sur l'ensemble des dimensions du système de management de la qualité telle que proposée dans l'approche de SHORTELL.

I) Créer les bases facilitant les échanges et assurant la pérennité de la démarche

Le préalable à toute démarche de transversalité eu égard aux enjeux de qualité, doit passer par la constitution de structures facilitant les échanges (A) et une démarche proactive à l'égard des professionnels pour assurer leur implication (B).

A) Une logique de pôle à créer autour d'une filière gériatrique et d'objectifs qualité

L'analyse du cas d'étude a permis de démontrer que la structuration juridique de l'établissement n'était pas facilitante pour créer une émulation commune autour des sujets de filière gériatrique, dont la qualité doit faire partie. Dès lors, un travail autour de l'outil que constitue le pôle doit être enclenché.

Proposition 1 : Créer un pôle gériatrie et rééducation unique regroupant les sites d'Agen et de Nérac pour bénéficier d'une logique de filière gériatrique

La première étape consiste à revoir le découpage des pôles. Aujourd'hui séparé du pôle Gériatrie et Rééducation, le pôle de Nérac doit y être rattaché. Selon l'article L6146-1 du CSP, le directeur définit librement l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du Président de la CME. Il ne s'agit pas d'enclencher unilatéralement cette mesure de restructuration des pôles. Elle

peut être accompagnée par une réflexion institutionnelle générale sur la configuration des pôles, dans le cadre, par exemple, d'un séminaire des pôles avec l'aide d'un consultant, et de réunions préalables entre les chefs de pôle gériatrie et rééducation et Nérac.

Proposition 2 : Profiter de la démarche de contractualisation pour faire monter en puissance la démarche qualité dans le médico-social et améliorer la continuité des prises en charge

Le CHAN se lance dans la réécriture de ses contrats de pôle. Grâce à cette démarche, le chef d'établissement ambitionne, notamment, d'aller plus loin dans la déclinaison de la politique qualité et gestion des risques à l'échelle des pôles. Pour cela, il entend définir un certain nombre d'indicateurs, devant faire l'objet d'un suivi et dont certains seront pris en compte pour l'intéressement du pôle et l'évaluation des chefs de pôle. Il s'agit d'une opportunité à saisir pour introduire des indicateurs relatifs à la continuité des prises en charge. Ainsi, pourraient être insérés des indicateurs visant à suivre le nombre de lettres de liaison entre MCO/médico-social, le taux de réhospitalisation à X jours ou encore le nombre de rendez-vous annulés malgré un déplacement du résident. Les contrats de pôle peuvent également être l'occasion de fixer des objectifs en termes d'analyse des pratiques, de nombre de résidents/patients traceurs ou encore de l'écriture de procédures sur les prises en charge conjointes.

En parallèle, cette réflexion peut se poursuivre dans la démarche de contractualisation avec les tutelles. Aussi des objectifs de continuité des parcours doivent pouvoir être introduits dans les CPOM hospitaliers et médico-sociaux. Plus particulièrement, ces derniers, dans le médico-social doivent venir favoriser le développement d'une culture qualité dans ces structures. Cette mesure pourrait être facilitée par un travail sur le calendrier de l'évaluation médico-sociale pour que ce dernier soit corrélé à celui du CPOM. C'est d'ailleurs l'une des recommandations du rapport de la MECSS qui propose que « *le calendrier des évaluations internes, et surtout externes, aujourd'hui fixé par rapport à la date de l'autorisation des EHPAD, soit déterminé par rapport à la date de signature du CPOM, de manière à ce que les résultats de ces évaluations puissent servir de base à la négociation du contrat* ».

Enfin, à l'échelle nationale, une réflexion pourra également être engagée sur la création d'un IFAQ EHPAD. Cette incitation financière à la qualité, pouvant s'organiser de manière progressive à l'instar de ce qu'a connu le sanitaire, permettrait de faire rentrer les EMS plus rapidement dans la démarche qualité.

Proposition 3 : Enclencher une démarche d'évaluation interne identique entre l'ensemble des services médico-sociaux du CHAN pour bénéficier des bonnes pratiques

Aujourd'hui le partage entre l'ensemble des structures médico-sociales du CHAN est faible, les démarches d'évaluation se menant en autonomie et les protocoles étant différents (il y a par exemple un protocole gestion de la maltraitance sur Pompeyrie et un sur Nérac). Les cadres de l'EHPAD et du SSIAD rencontrés trouvent cette situation dommageable, et souhaiteraient pouvoir bénéficier d'un partage d'expérience avec l'EHPAD de Pompeyrie mais également de Puymirol qui est en direction commune. Aussi le lancement d'une démarche d'évaluation interne commune pourrait faciliter ces échanges. Elle n'aurait pas besoin de s'opérer de manière conjointe sur tout le processus, mais pourrait s'organiser par des points de partage avec des échéances communes :

- une réunion de lancement ;
- une réunion de synthèse des démarches d'évaluation interne permettant de partager les points d'amélioration et d'échanger les bonnes pratiques ;
- une ou plusieurs réunions en groupe de travail sur des thématiques communes ;
- le choix d'un prestataire identique pour l'évaluation externe afin de permettre de comparer les résultats.

B) Favoriser l'appropriation par tous les professionnels de la démarche qualité et maintenir leur implication dans le temps

Il s'agit peut être ici de l'objectif le plus ambitieux. Sans cette appropriation des professionnels, c'est toute la pérennité de la démarche qui est mise à mal. Régis MARTINEAU, dans son étude sur l'appropriation du management par la qualité dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) insiste sur ce point : « *sans la compréhension de la vision transversale qui sous-tend chaque processus et chaque indicateur, les personnels feront semblant sur le court terme et abandonneront la pratique sur le long terme : un outil ne fonctionne que si son utilisateur lui attribue un sens* »⁴⁴. C'est cette notion de sens collectif qui doit être recherchée.

Proposition 4 : créer un discours commun autour de la qualité et établir un plan de communication continu dans le temps pour éviter que le soufflet retombe

Comme l'affirme l'ancienne directrice de la qualité du CHAN lors d'une CME au sujet du suivi des indicateurs qualité « *il faut que le personnel sache à quoi ça sert, ce que c'est* ». Sébastien CLAEYS et Paul-Loup WEIL-DUBUC vont même plus loin en affirmant une éthique de l'évaluation dans laquelle « *les objectifs et les valeurs sous-jacentes à toute évaluation doivent être explicités, identifiés et discutés, pour être admis en toute*

⁴⁴ MARTINEAU Régis, 2012, « Passer des procédures aux processus : l'appropriation du management par la qualité dans un hôpital », *Politiques et management public*, Vol 29/2-2012

conscience par le plus grand nombre des soignants et des patients. (...) L'évaluation risque alors de devenir l'instrument d'une coupure entre l'administration qui fixe les objectifs et les soignants qui accomplissent leur devoir quotidiennement sur le terrain »⁴⁵. Cette éthique, généralisable à toutes les démarches qualité, doit pouvoir se déployer sur le CHAN afin d'assurer le déploiement et la pérennité d'une démarche qualité transversale au sanitaire et au médico-social.

Pour cela, une démarche de communication proactive est à opérer. Elle doit passer, en premier lieu, par les vecteurs traditionnels que sont les instances avec en tête de pont le directeur, la CME et le CVS, que le site de Nérac doit réunir de nouveau. Comme le souligne Paul PERRIN, le management stratégique de la qualité a un rôle capital dans la pérennisation de la démarche *« c'est au couple Directeur général-Président de la CME d'impulser ce choix managérial et de le maintenir sur le long terme. Sans vision globale, les objectifs à court terme prennent le risque des coûts cachés »⁴⁶. Le relais du CHSCT peut également être intéressant pour diffuser le message de la qualité. A ce titre, une réflexion, en lien avec les représentants du personnel doit pouvoir être engagée afin qu'il n'y ait plus qu'une seule instance représentative entre Agen et Nérac. La tenue alternative des sessions sur Agen et sur Nérac doit pouvoir faciliter l'acceptation de ce changement.*

La communication doit se poursuivre au-delà des instances dans le cadre d'un plan de communication travaillé sur le temps long. Comme l'affirme Didier CHARLANNE, ancien directeur de l'ANESM *« l'évaluation ne doit pas simplement servir à fournir un bilan tous les cinq ans à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales et au conseil général. Pour nous, c'est une démarche continue de pilotage et d'amélioration de la qualité qu'il faut promouvoir dans les établissements »*. Cette communication « en continu » doit pouvoir éviter l'effet coup par coup observé dans le cas d'étude et promouvoir une vision de la qualité comme un pan entier du travail des professionnels hospitaliers. Elle doit passer par des communications au sein des unités via les réunions de service mais également institutionnel via le journal interne ou l'intranet de l'établissement. Les éléments de benchmark ont permis de mettre en avant des bonnes pratiques en la matière. Aussi, le CHU de Caen a mis en place une communication du plan d'action qualité de chaque service avec une actualisation régulière⁴⁷ par voie d'affichage simple. Cela permet aux cadres de suivre l'évolution des plans d'action et de

⁴⁵ CLAEYS Sébastien, WEIL-DUBUC Paul-Loup, 2017, « Pour une éthique de l'évaluation », *Gestions hospitalières*, n°564, mars 2017

⁴⁶ PERRIN Paul, 2016, « La qualité au bloc opératoire », *Risques et qualité en milieu de soins*, volume XIII, n°4, décembre 2016

⁴⁷ THIBAUT Catherine, GUILLOUET Sonia, HAVIN Marie-Pierre, 2018, « Certification, expérience de terrain d'un cadre et de son équipe », *La revue de l'infirmière*, n°239, mars 2018

valoriser auprès des agents, les actions d'ores et déjà finalisées. Cette appréciation, mesurable, permettra aux acteurs de maintenir une mobilisation dans la durée⁴⁸.

La mise en place de ce plan global doit également permettre d'avoir des actions flash rapprochées des échéances de certification et d'évaluation externe. A ce titre, le travail fait par le Groupement Hospitalier Lyon Sud⁴⁹ lors des « semaines de la certification » est tout à fait intéressant. Ont été déployés des binômes visiteurs, recrutés en interne qui ont évalué la conformité des pratiques en fonction des référentiels. Cette démarche a permis de diffuser « *la dynamique qualité gestion des risques (QGDR) au sein des services, d'y développer une culture qualité, et de démystifier les visites de la HAS* »⁵⁰. Ce vecteur serait tout à fait intéressant à déployer, avec la constitution, par exemple, de binômes sanitaires et médico-sociaux pour faciliter l'approche transversale. D'autres outils de communication flash peuvent être utilisés, comme « les incontournables de la qualité » développés par le Groupe hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon⁵¹ qui a créé un jeu pédagogique sous forme de questions/réponses pour les thématiques transversales sur la certification visant à ce que les agents soient préparés pour les visites de certification.

Proposition 5 : former le management opérationnel aux enjeux de la qualité

L'un des constats du rapport LIBAULT est que « *pour le personnel d'encadrement, les formations en management d'équipe et en management de la qualité, notamment au niveau de la formation continue, sont peu développées* »⁵². La politique formation de l'établissement doit venir en soutien de l'encadrement, principal vecteur de diffusion de la démarche qualité auprès des équipes. En effet, ce sont eux « *qui possèdent les clés de la réussite de par leur position de traducteur au sein de l'organisation. Ils doivent réussir à convaincre de l'intérêt des approches processus et transversales, et donc trouver des moyens de « raconter » la transversalité en utilisant des termes concrets qui font sens pour les professionnels localement* »⁵³. Sur le site de Nérac, parmi les cadres, pourrait être identifié plus spécifiquement un référent qualité qui bénéficierait d'un plan de formation plus poussé. Il serait l'interlocuteur privilégié de la direction de la qualité sur les

⁴⁸ LOUBAT Jean-René, 2015, *La démarche qualité en action sociale et médico-sociale*, Dunod p8 « *bref une démarche qualité doit être productrice d'effets mesurables, de progrès appréciables par et pour les acteurs si l'on veut qu'elle garde son sens dans la durée. En une formule, elle doit être corrélée avec les résultats de l'entreprise* »

⁴⁹ BRUDON A, BROTTES D, HAMDI Y, BESSY P, DECQ-GARCIA A, GOBEAUT F, ORMANCEY F, MICHEL P., 2019, « La certification interne au CHU Lyon-Sud, un outil d'amélioration continue de la qualité », *Risques & Qualité*

⁵⁰ *Ibid.*

⁵¹ MARSAL Laurence, PICARD Liliane, BLANCHARD Bernard, FOURNIER Bettina, 2018, « Les incontournables de la qualité : un outil ludique pour accompagner la démarche qualité dans un établissement de santé », *Risques & Qualité* n°3-2018, septembre 2018

⁵² LIBAULT Dominique, 2019, *Concertation Grand âge et autonomie*, mars 2019

⁵³ MARTINEAU Régis, 2012, « Passer des procédures aux processus : l'appropriation du management par la qualité dans un hôpital », *Politiques et management public*, Vol 29/2-2012

questions relatives à l'évaluation médico-sociale et pourrait constituer le pilote de cette démarche projet.

En parallèle, une réflexion à l'échelle nationale doit s'opérer pour intégrer ces dimensions dans les formations initiales des cadres mais également des médecins et continuer de les développer dans la formation des directeurs.

Proposition 6 : promouvoir la place centrale du patient/ résident dans les démarches qualité

La valorisation de la place du patient/de l'utilisateur constitue un vecteur pour mobiliser les professionnels. Considéré comme la forme « *suprême de valorisation d'une implication dans la démarche qualité* »⁵⁴ par les professionnels, l'avis du patient/résident doit constamment être recherché. L'ingénieur qualité du CHAN estime même qu'il s'agit du point majeur. *En effet « la bascule peut se faire avec le regard de l'utilisateur qui est d'une importance capitale pour les soignants, les exigences augmentent et ça fera peut être changer les mentalités autour de la qualité. »*

Pour cela l'implication des usagers dans les démarches de certification et d'évaluation doit constamment être recherchée. La HAS propose plusieurs exemples reproductibles dans les établissements : implication de la Commission Des Usagers (CDU) dans la production et le suivi d'indicateurs en lien avec la satisfaction patient, le traitement des FEI, des plaintes et réclamations, implication des usagers dans les groupes de travail préparatoires du compte qualité/évaluation interne, participation aux patients traceurs, etc⁵⁵. Des indicateurs de suivi de leur satisfaction doivent également être valorisés (contrats de pôle, analyse en CDU et CVS, etc.)

Proposition 7 : valoriser les démarches et les résultats à travers un plan de communication externe

L'établissement peut également ambitionner de diffuser des éléments en externe sur le choix institutionnel d'une approche transversale de la qualité entre le sanitaire et le médico-social ainsi que sur les résultats des différentes démarches d'évaluation. Cette communication externe, au-delà de l'intérêt qu'elle représente pour les usagers, peut également constituer une ambition d'attractivité pour les professionnels. En effet, dans un contexte de difficultés de recrutement tant sur le secteur médico social que sur le sanitaire, démarche par ailleurs prônée dans l'approche « hôpitaux magnétiques », la communication autour des résultats qualité de l'établissement peut être un facteur d'attractivité.

⁵⁴ MILLY Bruno, HERREROS Gilles, 2011, *La qualité à l'hôpital. Un regard sociologique*, L'Harmattan

⁵⁵ HAS, 2016, *Faire valoir le point de vue des usagers dans la certification*, octobre 2016

La politique nationale peut venir en soutien de cette proposition par le développement d'une plateforme externe sur les évaluations médico-sociales, aujourd'hui inexistante. Comme le souligne le rapport de la MECSS⁵⁶, cette possibilité n'est envisageable qu'une fois les référentiels harmonisés, car elle doit permettre la comparaison entre établissements. Les sites internet de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et des ARS peuvent constituer un bon vecteur de publication.

Une fois ces préalables remplis, il peut être envisagé d'aller plus loin dans l'approche transversale de la qualité entre le sanitaire et le médico-social.

II) Profiter des économies d'échelle et des synergies entre le sanitaire et le médico-social tout en maintenant les spécificités propres à chacun des secteurs

L'ingénieur qualité du CHAN fait le constat que « *la difficulté pour les structures médico-sociales réside surtout dans l'absence de structures d'appui, l'absence de métier de gestionnaire des risques : au final aujourd'hui les médico sociaux sont comme les hôpitaux lors de la V1. Quand il y a un rattachement hospitalier on peut profiter des méthodes HAS pour injecter des choses.* ». Aussi travailler sur les échelles doit permettre de faire bénéficier des compétences présentes sur le site principal tout en réalisant des pistes d'économie. Concrètement, ce travail peut se concrétiser par la constitution d'une équipe qualité commune au secteur sanitaire et médico-social (A) et la mise en place de processus communs (B).

A) Une équipe qualité qui intègre les thématiques médico-sociales et qui pourra être amenée à évoluer dans le contexte de filières de GHT

La constitution de l'équipe qualité telle qu'elle est aujourd'hui, et telle qu'elle sera demain avec la nouvelle organisation mise en place, ne prend pas en compte les enjeux du médico-social. Largement orientée sur la réponse aux objectifs de la certification qualité, l'équipe qualité doit être restructurée pour intégrer l'ensemble des activités du CHAN. Elle pourra être amenée à poursuivre son évolution dans le cadre de la logique de filière prônée par les réformes ayant conduit à la constitution des GHT.

⁵⁶ Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, VIDAL Annie, 2018, *Rapport d'information sur l'évaluation de la démarche qualité au sein des EHPAD et de son dispositif d'évaluation*, juillet 2018

Proposition 8 : identifier un référent sur l'évaluation médico-sociale qui viendra en soutien méthodologique et s'assurera du respect du calendrier

A ce jour, il n'existe pas de référent au sein de l'équipe qualité sur l'évaluation médico-sociale. Les services médico-sociaux de Nérac se retrouvent ainsi en toute autonomie pour mener leur évaluation. Même si cela a l'avantage de responsabiliser les acteurs de terrain, ce constat, inenvisageable sur le sanitaire, se fait au détriment de la méthodologie de projet et de la continuité de la démarche. En effet, il est attendu de la part des acteurs ayant mené l'évaluation médico-sociale, un soutien méthodologique de la part de la direction de la qualité à travers une aide sur la conduite de projet ou encore l'utilisation des outils à l'instar des logiciels permettant d'alimenter les référentiels. La direction de la qualité doit également être le garant du respect du calendrier, permettant les anticipations qui font aujourd'hui défaut aux démarches d'évaluation médico-sociale. Aussi, nommer un référent médico-social au sein de l'équipe qualité constitue une nécessité. Son implication doit être assurée et des objectifs de moyens doivent être posés en ce sens pour son évaluation personnelle (par exemple un nombre minimum de déplacements sur le site de Nérac pourrait être fixé).

Proposition 9 : profiter à terme de la logique GHT pour inclure les structures médico-sociales

Les réflexions en cours sur la certification à l'échelle du GHT invitent à la mutualisation de certains processus entre les établissements parties. Cette démarche doit venir sécuriser les prises en charge au sein du groupement et pourra conduire, à terme, à une réduction des coûts de déploiement. Il est ainsi prévu que des thématiques soient investiguées à l'échelle du GHT et que des audits patients traceurs soient réalisés sur l'ensemble des établissements.

Comme le souligne l'ingénieur qualité du CHAN « avec la V2020, la notion de parcours et de filière de GHT va permettre de créer du lien. Aujourd'hui ce n'est qu'à l'échelle du GHT, sanitaire de fait. Mais on peut tout à fait imaginer que vu la dynamique actuelle, on recherche de plus en plus des analyses de parcours qui ne pourront pas continuer d'exclure le privé et le médico-social. Les patients traceurs vont certainement se démultiplier dans ce sens ». Aussi, à ce jour, la réflexion qualité à l'échelle du GHT ne s'entend que pour les établissements sanitaires qui le constituent. Il peut être imaginé, une fois cette première certification GHT réalisée que la réflexion par filière au sein des GHT soient étendues aux structures médico-sociales, mesure qui devra bien entendu être appuyée par une réforme législative sur les GHT.

B) Envisager des processus communs pour favoriser une vision transversale

La mise en œuvre des préconisations qui suivent favoriserait le façonnement d'une vision transversale qui fait aujourd'hui défaut sur le CHAN. Gilles HERREROS et Bruno MILLY soulignent « *quel que soit en tout cas l'état de l'identité commune à l'établissement, la certification pèse dans le sens d'une affirmation de cette identité commune (...) la certification crée donc du commun dès lors qu'elle oblige à organiser des réunions transversales, à penser l'hôpital dans sa globalité (...) elle crée aussi de la mémoire commune, des points de repère* »⁵⁷. Aussi, le déploiement d'un système de management de la qualité unifié doit poursuivre cette vocation.

Proposition 10 : travailler prioritairement des thématiques communes sur le management et les fonctions support

L'analyse par thématiques proposée dans le chapitre 1 et en annexe n°3 a permis de démontrer que de nombreux points pouvaient être travaillés conjointement entre le sanitaire et le médico-social. Cela éviterait le dédoublement inutile des forces.

Ainsi, et dans un premier temps, il serait tout à fait envisageable de rattacher certains critères médico-sociaux aux thématiques « Management » du compte qualité (management stratégique, gouvernance, qualité de vie au travail, management de la qualité et des risques, gestion du risque infectieux) et « Fonctions support » (gestion des ressources humaines, gestion des ressources financières, gestion du système d'information) dont la réponse est pour certains critères, en tous points identiques entre le sanitaire et le médico-social. A terme, ces thématiques pourraient être étendues à d'autres champs, comme le droit des patients pour lesquels le sanitaire et le médico-social pourraient bénéficier de leurs expériences réciproques.

Les réflexions en cours sur la réforme de l'évaluation médico-sociale peuvent venir en soutien de cette proposition. En effet, sans aller aussi loin que la proposition de l'ANCHL d'« *adapter et inclure l'activité EHPAD dans le manuel de certification HAS* »⁵⁸, la notion de « droit d'option », plus mesurée, présentée dans le rapport de la MECSS est tout à fait intéressante. En effet, il est proposé une porosité entre la certification et l'évaluation externe pour les EHPAD rattachés à des établissements de santé ou des SSR gériatriques et USLD proches d'ESSMS. Ainsi pour ceux-ci, il pourrait être fait le choix entre la certification et l'évaluation.

⁵⁷ MILLY Bruno, HERREROS Gilles, 2011, *La qualité à l'hôpital. Un regard sociologique*, L'Harmattan

⁵⁸ ANCHL, 2013, *Certification HAS/Evaluation ANESM*, 5 septembre 2013

Proposition 11 : nommer un binôme sanitaire/médico-social comme pilote de processus

Pour faire vivre ces processus communs, il paraît important de retravailler la gouvernance qualité. Aussi, nommer deux pilotes sur chacun des processus communs paraît nécessaire pour garantir le maintien des spécificités de chaque secteur et faciliter le partage entre eux. Ces derniers doivent être nommés par le chef d'établissement en concertation avec le Président de la CME.

Proposition 12 : associer les professionnels à l'ensemble des étapes dans une logique pluriprofessionnelle et multisectorielle pour assurer la création d'un référentiel de pensée commun

L'un des écueils repérés dans le système de management de la qualité sur le CHAN résidait dans le manque d'implication des professionnels dans les démarches d'évaluation médico-sociale et parfois même sur certains aspects de la certification qualité. La participation des professionnels à toutes les étapes de l'évaluation et de la certification doit constituer une priorité pour favoriser l'appropriation de ces deux démarches et la création d'un sens commun. La co-construction de procédures communes peut en être un vecteur.

Gilles HERREROS et Bruno MILLY, en reprenant les travaux de Max Weber sur la modernité, soulignent que cette dernière s'accompagne de la « *mise en règles formelles d'une série de fonctionnements et de pratiques* » qui « *constitue des avancées, des progrès des sociétés contemporaines* »⁵⁹. Chacun est ainsi traité à la même enseigne et de manière équitable et efficace. C'est également ce qui permet une « *pérennité plus forte de l'organisation, une sorte de continuité de celle-ci* ». La mise en place de procédures et de référentiels à l'hôpital et dans les EMS va dans le sens de ce mouvement global. Or, pour qu'elles soient acceptées, il faut que ces procédures aient été construites collectivement. Aussi, des groupes de travail doivent être montés pour travailler sur des thématiques communes et l'écriture de procédures partagées. Ces groupes de travail permettront également la connaissance et la reconnaissance mutuelle des acteurs.

Proposition 13 : proposer l'organisation de patients/résidents traceurs

L'assistante qualité du CHAN insiste que « *ce sont dans les interfaces qu'il y a des risques* ». Il pourrait être intéressant, sur ce point, de mettre en place la Méthode COSMOS avec la réflexion autour du patient traceur inter-établissement, méthode développée par le CCECQA. Celle-ci pourrait se déployer avec le soutien de l'équipe qualité du CH de la Candélie sur Agen, établissement spécialisé en psychiatrie et qui a développé cet outil pour un résident de la MAS ayant été pris en charge aux urgences.

⁵⁹ MILLY Bruno, HERREROS Gilles, 2011, *La qualité à l'hôpital. Un regard sociologique*, L'Harmattan

Suite à cette analyse, ont été mises en place des fiches de liaison entre les structures et ont été proposées, au personnel des urgences, des formations pour améliorer l'approche comportementale d'un patient psychiatrique. Cette expérience est tout à fait reproductible sur le CHAN.

Synthèse des recommandations :

L'ensemble des recommandations avait pour objectif de montrer comment faire coïncider les deux systèmes de management de la qualité, médico-social et sanitaire, en travaillant sur un rapprochement de chacune des dimensions proposées dans le modèle de SHORTELL. La synthèse des recommandations peut ainsi être présentée de la manière suivante :

Propositions	Stratégique	Culturelle	Technique	Structurelle
1. Créer un pôle gériatrie et rééducation unique regroupant les sites d'Agen et de Nérac pour bénéficier d'une logique de filière gériatrique				X
2. Profiter de la démarche de contractualisation pour faire monter en puissance la démarche qualité dans le médico-social et améliorer la continuité des prises en charge	X			X
3. Enclencher une démarche d'évaluation interne identique entre l'ensemble des services médico-sociaux du CHAN pour bénéficier des bonnes pratiques				X
4. Créer un discours commun autour de la qualité et établir un plan de communication continu dans le temps pour éviter que le soufflet retombe		X		
5. Former le management opérationnel aux enjeux de la qualité			X	
6. Promouvoir la place centrale du patient/ résident dans les démarches qualité	X	X		
7. Valoriser les démarches et les	X	X		

résultats à travers un plan de communication externe				
8. Identifier un référent sur l'évaluation médico-sociale qui viendra en soutien méthodologique et s'assurera du respect du calendrier			X	
9. Profiter à terme de la logique GHT pour inclure les structures médico-sociales				X
10. Travailler prioritairement des thématiques communes sur le management et les fonctions support	X			X
11. Nommer un binôme sanitaire/médico-social comme pilote de processus				X
12. Associer les professionnels à l'ensemble des étapes dans une logique pluriprofessionnelle et multisectorielle pour assurer la création d'un référentiel de pensée commun		X		
13. Proposer l'organisation de patients/résidents traceurs			X	

Tableau n°2 : synthèse des recommandations selon la grille de Shortell

Conclusion

La certification et l'évaluation médico-sociale sont « *une forme et un temps de la démarche qualité* »⁶⁰. C'est en ce sens qu'elles ont été utilisées, dans ce mémoire, comme un moyen d'interprétation du système de management de la qualité des services sanitaires et médico-sociaux.

Ce mémoire ambitionne de démontrer que le régime à deux vitesses qu'a connu le système de management de la qualité du CHAN, transposable à de nombreux établissements de santé ayant des structures médico-sociales rattachées, ne saurait perdurer eu égard aux enjeux actuels de parcours patient, de médicalisation croissante des EHPAD et d'ouverture sur le « hors soin » de l'hôpital. Un rapprochement des démarches d'évaluation et de certification, sans nier les spécificités de chacun des secteurs est à promouvoir, selon une dynamique favorisant la communication entre les services sanitaires et médico-sociaux et profitant des économies d'échelle rendues possibles par un établissement MCO proposant une offre médico-sociale. Pour les établissements médico-sociaux indépendants, l'appréhension de la question à l'échelle du Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS) peut être une solution pour partager les bonnes pratiques et favoriser la mutualisation des compétences.

La fusion HAS/ANESM fait craindre à beaucoup une dissolution du médico-social dans la démarche de certification des hôpitaux. Au contraire, la vision promue par ce mémoire est que le rapprochement des deux démarches peut faciliter la mise en avant des spécificités de chacun de ces secteurs et une meilleure compréhension respective. Sur le CHAN, cette réflexion doit pouvoir s'enclencher, la démarche qualité pouvant même constituer une réelle opportunité au service de la création d'un sentiment d'appartenance collective.

Entre montage d'un plan de communication interne et externe, montée en compétences de l'encadrement sur la qualité, création d'un équipe commune et de processus partagés, les champs à investir ne manquent pas à l'échelle de l'établissement. Toutefois, l'atteinte de ces objectifs ne dépend pas que de prérogatives locales, de nombreuses incitations nationales peuvent être facilitatrices de cohérence entre le sanitaire et le médico-social. Une fois mature, ce nouveau système de management de la qualité unifié permettra de répondre à d'autres enjeux que connaissent les établissements de santé. A terme, le management de la qualité doit ainsi pouvoir constituer l'un des leviers d'attractivité tant pour les patients, en recherche de confiance, que les professionnels, dont certaines compétences sont difficiles à trouver.

⁶⁰ MILLY Bruno, HERREROS Gilles, 2011, *La qualité à l'hôpital. Un regard sociologique*, L'Harmattan

Ce mémoire peut apparaître, de prime abord, éloigné des préoccupations d'un DH. Néanmoins, eu égard aux enjeux de filières, de vieillissement de la population, et de la tendance grandissante de rattachement des structures médico-sociales aux structures MCO, le DH ne peut se désintéresser de l'évaluation médico-sociale. La qualité, au sens large, doit même constituer l'une de ses ambitions pour assurer une prise en charge de qualité homogène sur le territoire et au service de tous.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

Code de la Santé Publique
Code l'Action Sociale et des Familles

Ouvrages :

BAUDURET Jean-François, 2013, *Institutions sociales et médico-sociales : de l'esprit des lois à la transformation des pratiques*, Dunod

DUCALET Philippe, LAFORCADE Michel, 2000, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Seli Arslan

LOUAZEL Michel, MOURIER Alain, OLLIVIER Erwan, OLLIVIER Roland, 2018, *Le management en santé*, Presses de l'EHESP

LOUBAT Jean-René, 2015, *La démarche qualité en action sociale et médico-sociale*, Dunod

MILLY Bruno, HERREROS Gilles, 2011, *La qualité à l'hôpital. Un regard sociologique*, L'Harmattan

SAVIGNAT Pierre, *Évaluer les établissements et les services sociaux ou médico-sociaux*, Dunod, 2009

Articles :

BRUDON A, BROTTES D, HAMDI Y, BESSY P, DECQ-GARCIA A, GOBEAUT F, ORMANCEY F, MICHEL P., 2019, « La certification interne au CHU Lyon-Sud, un outil d'amélioration continue de la qualité », *Risques & Qualité*

CASES Chantal, GREMY Isabelle, PERRET Bernard, 2009, « L'évaluation en santé publique en France : diversification et consolidation », *ADSP*, n°69 décembre 2009

CLAEYS Sébastien, WEIL-DUBUC Paul-loup, 2017, « Pour une éthique de l'évaluation », *Gestions hospitalières*, n°564, mars 2017

CHOMAT-JABOULAY, 2018, « Déclinaison de la politique qualité au sein de l'établissement », *La revue de l'infirmière*, n°239, mars 2018

COCHARD Nicolas, 2018, « Les nouvelles ambitions de la HAS », *Actualités sociales hebdomadaires*, n°3054, 30 mars 2018

DELABRIERE Isabelle et al., 2014, « Retour en EHPAD après une hospitalisation : modalités et qualité des transmissions », *La Presse médicale*, Volume 43, Issue 1, janvier 2014

DELASSUS Eric, 2018, « La certification, le regard de l'autre », *La revue de l'infirmière*, n°239, mars 2018

FEHAP, 2014, « La distinction entre sanitaire et médico-social a-t-elle encore un sens ? », *Perspectives Sanitaires et Sociales*, n°232, janvier/février 2014

GARO Laurence, KERIBIN Loïc, 2017, « Certification qualité : vers la gestion des risques », *Gestions hospitalières*, n°564, mars 2017

MARTINEAU Régis, 2012, « Passer des procédures aux processus : l'appropriation du management par la qualité dans un hôpital », *Politiques et management public*, Vol 29/2-2012

MARSAL Laurence, PICARD Liliane, BLANCHARD Bernard, FOURNIER Bettina, 2018, « Les incontournables de la qualité : un outil ludique pour accompagner la démarche qualité dans un établissement de santé », *Risques & Qualité* n°3-2018, septembre 2018

METAIS Aline, 2017, « Activités et qualité des prestations des ESSMS », *Gestions hospitalières*, n°564, mars 2017

PAPIN-MORARDET Maud, 2018, « Visite de certification et management de la qualité des risques », *La revue de l'infirmière*, n°239, mars 2018

PERRIN Paul, 2016, « La qualité au bloc opératoire », *Risques et qualité en milieu de soins*, volume XIII, n°4, décembre 2016

PONDAVEN Michèle, 2012, « Historique récent des politiques publiques de l'évaluation des activités des EHPAD », *Gérontologie et société*, vol. 35 / 142(3)

THIBAUT Catherine, GUILLOUET Sonia, HAVIN Marie-Pierre, 2018, « Certification, expérience de terrain d'un cadre et de son équipe », *La revue de l'infirmière*, n°239, mars 2018

Rapports :

ANESM, 2012, *L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, février 2012

ANESM, 2016, *Rapport d'activité*

ANESM, 2017, *Rapport d'activité*

CCECQA, 2013, *Outils pratiques pour faciliter la mise en œuvre de l'évaluation interne dans le secteur médico-social, guide d'utilisation*, décembre 2013

HAS, 2016, *Faire valoir le point de vue des usagers dans la certification*, octobre 2016

HAS, 2018, *Guide méthodologique Compte Qualité Certification V2014*, validé par le Collège de la HAS le 11 octobre 2018

IGAS, HESSE Catherine, LECONTE Thierry, 2017, *Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, juin 2017

LIBAULT Dominique, 2019, *Concertation Grand âge et autonomie*, mars 2019

Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, BIANCO, LAMY, *L'aide à l'enfance demain, contribution à une politique de réduction des inégalités*, 1980

Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, VIDAL Annie, 2018, *Rapport d'information sur l'évaluation de la démarche qualité au sein des EHPAD et de son dispositif d'évaluation*, juillet 2018

Document de travail :

ANCHL, 2013, *Certification HAS/Evaluation ANESM*, 5 septembre 2013

HAS, 2007, Définir, ensemble, les nouveaux horizons de la qualité en sante, pour un débat public

Sites internet :

www.anchl.fr

www.has-sante.fr/

Liste des annexes

Annexe n°1 : Liste des personnes interrogées

Annexe n°2 : Calendrier des évaluations médico-sociales

Annexe n°3 : Comparatif des grilles d'analyse

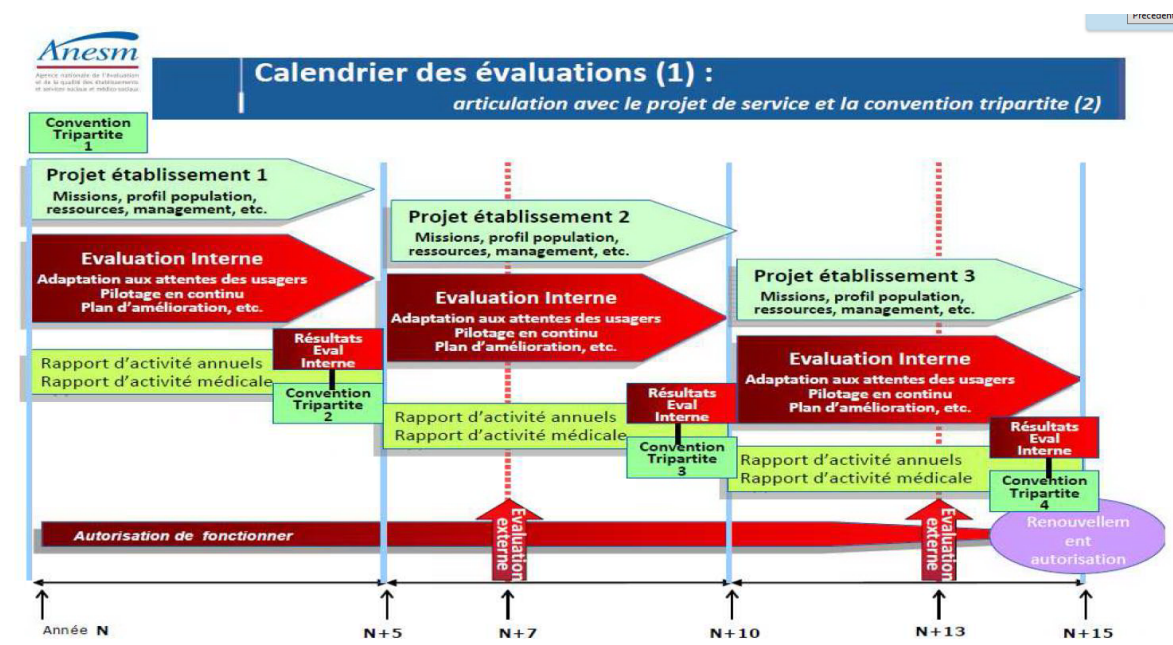
Annexe n°4 : Schéma organisationnel de la démarche qualité du CHAN

Annexe n°5 : Provenance des résidents pour les premières entrées sur l'EHPAD de Nérac en 2018

Annexe n°1 : Liste des personnes interrogées

Nom	Fonction
GC	Directrice référente du site de Nérac
FD	Assistante qualité sur le CHAN ayant participé à la certification du CHAN
FG	Cadre de santé du site d'Agen ayant participé à de nombreuses démarches de certification en établissements de santé
SL	IDEC du SSIAD de Nérac
AM	Directrice d'EHPAD en direction commune avec le CHAN
RR	Ingénieur qualité d'un établissement voisin ayant participé à la certification du CHAN et à l'évaluation d'une MAS, aujourd'hui en exercice à temps partiel sur le CHAN
GS	Chef de projet de l'évaluation interne de l'EHPAD de Pompeyrie
Annie Vidal	Députée, rapporteur du Rapport d'information sur l'évaluation de la démarche qualité au sein des EHPAD et de son dispositif d'évaluation de la MECSS

Annexe n°2 : Calendrier des évaluations médico-sociales



Source : ANESM

Annexe n°3 : comparatif des grilles d'analyse interne

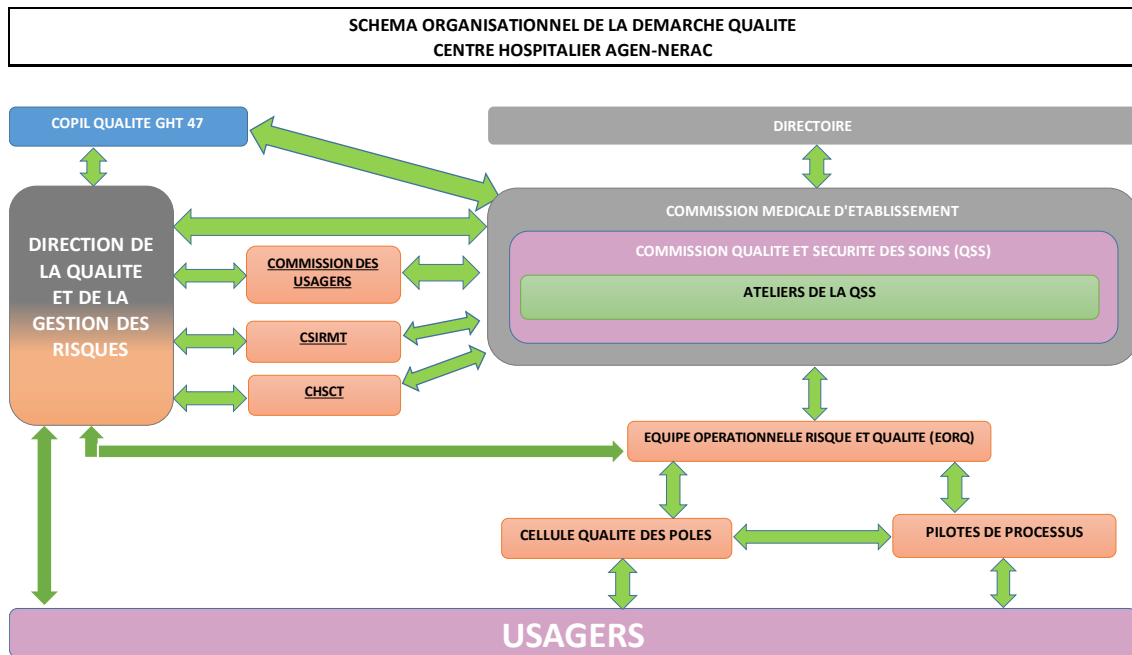
Figurent en surligné les éléments communs entre les démarches

Démarche	Evaluation interne EHPAD	Evaluation interne SSIAD	Certification
Référentiel utilisé	Guide méthodologique de l'ANESM ⁶¹	UNASSI	Les thématiques du manuel qualité et des audits de processus
Thématiques	Garanties des droits individuels et collectifs	Garantie des droits individuels et participation des usagers	Management : <ul style="list-style-type: none"> - management stratégique, gouvernance - qualité de vie au travail - management de la qualité et des risques - gestion du risque infectieux
	Prévention des risques liés à la santé, inhérents à la vulnérabilité des résidents	La prévention et la gestion des risques	Prise en charge <ul style="list-style-type: none"> - droit des patients - parcours du patient - prise en charge de la douleur - prise en charge des droits des patients en fin de vie - dossier patient - identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge - management de la prise en charge médicamenteuse du patient - biologie médicale - imagerie - prise en charge des urgences et des soins non programmés - management de la prise en charge du patient au bloc opératoire - management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque

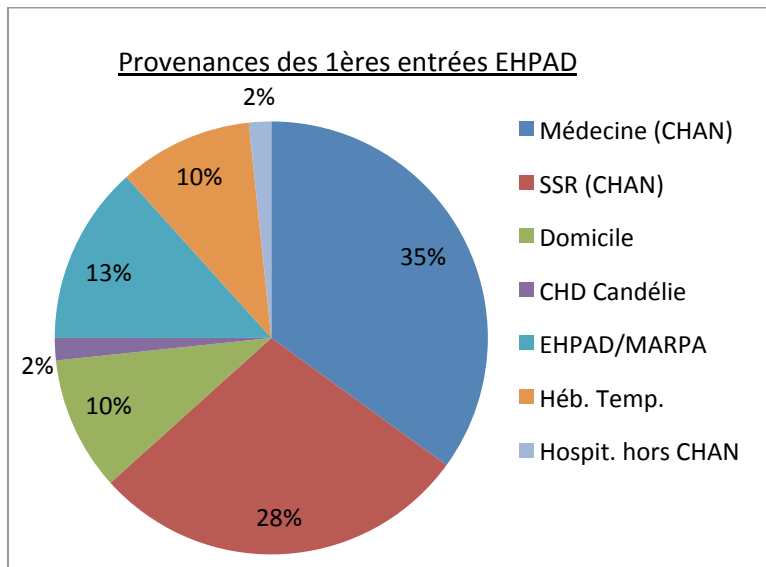
⁶¹ ANESM, 2012, *L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, février 2012

			- don d'organe et de tissus à visée thérapeutique
	Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance	La promotion de l'autonomie et de la qualité de vie	Fonctions support <ul style="list-style-type: none"> - gestion des ressources humaines - gestion des ressources financières - gestion du système d'information - processus logistique
	La personnalisation de l'accompagnement	La continuité de l'accompagnement et la coordination des interventions	
	L'accompagnement de la fin de vie		

Annexe n°4 : Schéma organisationnel de la démarche qualité du CHAN



Annexe n°5 : Provenance des résidents pour les premières entrées sur l’EHPAD de Nérac en 2018



LEROUX

Nathalie

Octobre 2019

Directeur d'hôpital
Promotion 2018-2019

**La certification qualité des établissements de santé et l'évaluation
médico-sociale : vers un système de management de la qualité
unifié ?**

EHESP

Résumé :

La récente fusion HAS/ANESM a entraîné des craintes quant à la dissolution des démarches d'évaluation médico-sociale dans la certification des hôpitaux. Sans nier les spécificités propres à chacun des secteurs, ce mémoire, sous l'éclairage d'un cas d'étude, met en avant la nécessité de dépasser un système de management de la qualité dual dans les établissements proposant une activité sanitaire et médico-sociale. Si les modalités d'application sont différentes entre la certification et l'évaluation médico-sociale, les enjeux actuels de parcours patient, de porosité des frontières entre le sanitaire et le médico-social mais également d'attractivité doivent motiver le renouvellement de l'approche qualité à travers une approche transversale. Plusieurs propositions seront ainsi formulées pour y répondre.

Mots clés :

Certification des établissements de santé, évaluation médico-sociale, système de management de la qualité, HAS, ANESM

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.