HAL
open science

Évaluation et démarche qualité en EHPAD : effet levier ou effet soufflet ?

Frédérique Laurent

To cite this version:

Frédérique Laurent. Évaluation et démarche qualité en EHPAD : effet levier ou effet soufflet ?. Science politique. 2016. dumas-01431538

HAL Id: dumas-01431538

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01431538v1

Submitted on 11 Jan 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Vous allez consulter un mémoire réalisé par un étudiant dans le cadre de sa scolarité à Sciences Po Grenoble. L'établissement ne pourra être tenu pour responsable des propos contenus dans ce travail.

Afin de respecter la législation sur le droit d'auteur, ce mémoire est diffusé sur Internet en version protégée sans les annexes. La version intégrale est uniquement disponible en intranet.

SCIENCES PO GRENOBLE
1030 avenue Centrale – 38040 GRENOBLE
http://www.sciencespo-grenoble.fr

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

Sciences Po Grenoble

Frédérique LAURENT

EVALUATION ET DEMARCHE QUALITE

EN EHPAD

EFFET LEVIER

OU

EFFET SOUFFLET ?

2015-2016

Master 2 Politiques Publiques de Santé

Sous la direction de Mme BINET Marie-Estelle

Frédérique LAURENT
M2PPS Sciences Po Grenoble
2015-2016

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

Sciences Po Grenoble

Frédérique LAURENT

EVALUATION ET DEMARCHE QUALITE

EN EHPAD

EFFET LEVIER

OU

EFFET SOUFFLET ?

2015-2016

Master 2 Politiques Publiques de Santé

Sous la direction de Mme BINET Marie-Estelle

A Pascal, Rayan, Cassandra et Sarah pour le temps que nous n'avons pas pu passer ensemble cette année…. et à leur amour malgré tout, toujours aussi fort….

Frédérique LAURENT
M2PPS Sciences Po Grenoble
2015-2016

Remerciements

Ce mémoire est le résultat d'un travail de recherche fastidieux mais passionnant.

En préambule, je souhaite adresser tous mes remerciements aux personnes avec lesquelles j'ai pu échanger et qui m'ont apportée leur aide pour la rédaction de ce mémoire.

En commençant tout d'abord par remercier Mme Binet directrice de recherche de ce mémoire pour ses conseils précieux dans la structuration de ce travail.

Merci également à Mme Abrial pour le temps accordé et pour ses mots rassurants tout au long de cette année.

Merci aux jeunes et « moins jeunes » de la promotion pour ces neuf mois de partages précieux.

Merci à tous les intervenants rencontrés, chercheurs, professionnels de la santé, anciens diplômés.

Merci aux personnes interrogées pour la confiance accordée et la richesse de leurs témoignages.

Merci à tous mes amis, mes collègues de travail, à mon équipe et ma Direction pour leurs encouragements et leur accompagnement.

Frédérique LAURENT
M2PPS Sciences Po Grenoble
2015-2016

Liste des abréviations

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux
ANGELIQUE	Application Nationale pour Guider une Evaluation interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
COPIL	COmité de PILotage
CLUD	Comité de Lutte contre la Douleur
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CRUQPC	Commission de Relation de la Qualité et de la Prise en Charge des Usagers
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation, et des Statistiques
DSS	Direction de la Sécurité Sociale
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESMS	Etablissements Sociaux et Médico-sociaux
FHF	Fédération Hospitalière de France
HAS	Haute Autorité de Santé
ICED	International Centre for Evidence of Disability
ISO	Internationale Organization for Standardisation
LSHTM	London School Hygiene and Tropical Medicine
ONG	Organisation Non Gouvernementale
URIOPSS	Union Régionale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

Sommaire

INTRODUCTION 2

PARTIE 1 –LE CADRE CONTEXTUEL ET CONCEPTUEL DE NOTRE TRAVAIL 6

1. DU CONCEPT DE QUALITE DANS L'INDUSTRIE A LA DEMARCHE QUALITE DANS LES EHPAD 7

1.1. L'HISTOIRE DE LA QUALITE A TRAVERS LES SIECLES 7

1.2. LES EHPAD ACTEURS DU SYSTEME DE SANTE ET DE LA QUALITE 19

1.3. LA DEMARCHE QUALITE EN EHPAD, INSCRIRE L'ACTION DANS LE COLLECTIF 24

2. L'EVALUATION UNE OBLIGATION ET UN CONCEPT 31

2.1. L'EVALUATION A TRAVERS L'HISTOIRE 31

2.2. LE DISPOSITIF D'EVALUATION EN EHPAD 37

2.3. LE DISPOSITIF D'EVALUATION EN EHPAD ET LA DEMARCHE QUALITE 41

3. LA PERENNITE ET SES CONTOURS 45

3.1. LA PERENNITE UN CONCEPT ET UN PROCESSUS 45

3.2. LA PERENNITE AU SEIN DES EHPAD 50

CONCLUSION 51

PARTIE 2 – RESTITUTION DE NOTRE ENQUETE AUPRES DE RESPONSABLES QUALITE EHPAD 53

1. ENJEUX ET METHODE 54

1.1. LA REFLEXION DE NOTRE ENQUETE 54

1.2. LES ACTEURS DE NOTRE ENQUETE 57

1.3. LA METHODE CHOISIE 61

2. ANALYSE DE NOTRE RECUEIL DE DONNEES 66

2.1. LE DECOUPAGE METHODOLOGIQUE DES DONNEES 66

2.2. ANALYSE DES DONNEES 71

CONCLUSION 115

CONCLUSION GENERALE 116

TABLE DES ANNEXES 120

BIBLIOGRAPHIE 205

INTRODUCTION

La notion de qualité est l'une des préoccupations de l'homme depuis son origine puisqu'elle traduit comme le stipule Christian Doucet dans son article, « *la recherche de l'adaptation de chaque objet à son usage, dans le souci de l'efficacité et du confort*.»[1] De nos jours nous pouvons nous questionner sur cette notion de qualité partie intégrante du processus de fabrication d'un produit. La qualité a pris une place si importante qu'elle est devenue l'objet de normes internationales.

Dans le secteur de la santé, la recherche de la qualité des actions est un objectif partagé par l'ensemble des acteurs intervenant en promotion de la santé afin de garantir une réponse adaptée aux usagers et une bonne utilisation des fonds publics. Mais parler de qualité implique également de parler de mesure de la qualité. Ainsi des démarches d'accréditation puis de certification ont été mises en place dans le secteur hospitalier. Celles-ci vont progressivement s'étendre au secteur de la gérontologie avec la notion d'évaluation et plus précisément d'évaluation interne et externe. En novembre 2015 une enquête de la Fédération Hospitalière de France[2] sur les premiers résultats de l'évaluation externe au sein du secteur social et médico-social confirme que les évaluations sont des temps forts pour les établissements et qu'elles permettent de renforcer voire d'impulser la démarche d'amélioration de la qualité dans le secteur. Selon la fédération, plus de quatre-vingt-quatre pour cent des établissements interrogés précisent que le dispositif mis en place par les Agences Régionale de Santé a permis d'impulser des projets ou de soutenir une dynamique qualité en interne. Mais les limites sont également abordées : décalage entre préconisations des évaluateurs et contraintes de terrain, exigences réglementaires difficiles à honorer. Par ailleurs, le manque de ressources internes, l'absentéisme ou encore la vacance de poste de Direction impactent la poursuite de la dynamique qualité au-delà de l'évaluation externe.

L'EHPAD hospitalier au sein duquel nous exerçons en tant que Cadre de Santé a réalisé son évaluation interne en 2013 et externe en 2014. Nous avons vécu deux années intenses avec

[1] DOUCET, Christian. « *Histoire de la qualitique* » [en ligne] disponible sur Espace-Management –Info <www.qualiteinfo.net/Articles/articlesCD.htm>

[2] Retour enquête *« Evaluation externe »*. Magazine de la Fédération Hospitalière de France. Hiver 2016 n°26 p 10. Enquête réalisée auprès de 260 adhérents de la FHF

une démarche participative incluant Direction, équipes, usagers et extérieurs. Des axes d'amélioration ont été identifiés et un poste d'assistante qualité créé. Un plan d'action qualité a été mis en place mais qu'en est-il en 2016 de la pérennité de ce plan ?

Face à un quotidien axé essentiellement sur la gestion de l'urgence[3], le suivi des actions s'essouffle. La dynamique de la démarche qualité ne dépendrait-elle alors que d'une obligation règlementaire et d'un rapport adressé aux tutelles tous les cinq ans ? Le risque ne serait-il pas d'assister à un pic quinquennal avec un effet « soufflet » défini par un engouement des acteurs, un surinvestissement en amont de l'évaluation et une démobilisation en aval de l'évaluation ?

A partir de toutes ces données nous nous interrogeons au sujet de l'impact du dispositif d'évaluation sur la démarche d'amélioration continue de la qualité en EHPAD et posons la problématique suivante :

- **Le dispositif d'évaluation interne et externe permet-il de favoriser la pérennité de la démarche qualité en EHPAD ?**
- **Quels sont les facteurs favorisant la pérennité des actions qualité mises en place dans le cadre du dispositif d'évaluation ?**
- **Quels sont les éléments mettant en péril la pérennité des actions mises en place ?**

Notre hypothèse est la suivante :

- **Le dispositif d'évaluation interne et externe permet de favoriser la pérennité de la démarche qualité en EHPAD.**

Dans son ouvrage Brigitte Bouquet aborde l'évaluation dans le secteur social et médico-social et dit « *l'évaluation est d'abord un processus de constructions de connaissances et un champ de savoirs et de méthodes scientifiques* ».[4]Pour l'auteur, l'évaluation renvoie à des enjeux sociaux et sociétaux. Dans le champ médico-social, l'évaluation se situe à la croisée des logiques de recherche et d'évaluation de politiques publiques. Légitimée par la loi du 2 janvier 2002[5] l'évaluation relève de règles procédurales et d'un ensemble de dispositifs. Mais

[3] Réponses aux sollicitations diverses, gestion de plannings, absentéisme…..

[4] BOUQUET, Brigitte. JAEGER Marcel, SAINSAULIEU Ivan. « *Les défis de l'évaluation en secteur social et Médico-Social* ». Paris : Dunod, 2007. p 1

[5] Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal Officiel du 3 janvier 2002 p124 texte n°2 [en ligne] disponible sur <www.légifrance.fr>

quelle utilité sociale représente-t-elle ? Quels sont les enjeux méthodologiques ou éthiques qui la sous-tendent ?

L'auteur cite alors Roland Janvier[6] . Celui-ci a analysé le dispositif d'évaluation à travers la loi du 2 janvier 2002[7] et stipule que si l'évaluation n'est pas réduite à une simple réponse à la loi, un contrôle, la nécessité de tout maîtriser et qu'elle se veut être un processus dynamique et fédérateur elle peut-être un véritable levier d'évolution pour les établissements sociaux et médico-sociaux. Toujours selon Brigitte Bouquet l'évaluation des pratiques et des démarches qualité implique que l'on puisse accompagner le travail du quotidien et non le limiter à des normes. L'auteur parle alors de « *démocratisation* » de l'évaluation. Celle-ci devient une question technique, une question de politique institutionnelle et publique porteuse de sens et de valeurs. L'évaluation fait également lien entre les acteurs de terrain et les politiques publiques qui peuvent ainsi faire face aux enjeux de terrain et orienter les prises de décision dont la réflexion sur le cheminement compte toujours selon l'auteur, plus que le résultat.

Riche de notre expérience mais souhaitant cependant nous dégager de celle-ci pour avoir un regard plus large sur l'impact des évaluations internes et externes sur les actions de la démarche qualité, nous débuterons ce travail par une première partie basée sur une analyse conceptuelle et contextuelle de la question. Dans un premier temps nous aborderons le concept de qualité dans l'industrie pour nous orienter de façon plus ciblée vers le concept de qualité en EHPAD, avec la distinction entre qualité et démarche qualité. Nous inclurons dans la notion de qualité la notion de gestion des risques[8]. Nous réaliserons un focus sur les EHPAD afin de bien délimiter le contexte de notre recherche. Puis dans un second temps, nous développerons le concept d'évaluation avec une approche générale et historique pour nous diriger vers l'évaluation dans les pratiques de santé au sein du secteur sanitaire,

---

[6] ROLAND Janvier, in. « *Mettre en œuvre les droits des usagers dans les institutions sociales et Médico-Sociales* ». Paris : Dunod 3ème édition, 2004, p 5

[7] Loi du 2 janvier 2002. Op.cit. p 3

[8] La circulaire DHOS/E2/E4 N°176 du 29 mars 2004 définit le champ des risques en établissement de santé. Risques spécifiques aux établissements de santé, liés aux activités médicales et de soins, appelés « risques cliniques » ou « risques associés aux soins ».Risques communs à toutes les organisations, comme les risques techniques, environnementaux, médiatiques, financiers, *etc*. Texte non paru au Journal Officiel.

précurseur de l'évaluation en EHPAD. Nous mettrons l'accent sur la notion du dispositif d'évaluation avec le rappel de dates clés et une approche détaillée de l'évaluation interne et externe. Abordant dans notre questionnement la notion de pérennité nous développerons dans un troisième temps le concept de pérennité à travers l'industrie et prendrons pour exemple afin d'étayer nos propos l'expérience d'Handicap International[9]. Nous pourrons ainsi après la présentation d'un cas concret, achever cette partie par une meilleure appréhension du concept de pérennité en EHPAD.

Après cette première approche conceptuelle et contextuelle nous aborderons notre seconde partie relative à notre enquête de terrain réalisée auprès de dix responsables qualité exerçant au sein d'EHPAD du Département de l'Isère. Dans un premier temps et dans une première sous-partie nous décrypterons les enjeux et la méthode de cette enquête pour développer par la suite l'analyse de notre recueil de données matière de notre seconde sous-partie. Celle-ci nous permettra d'aborder d'une part les profils rencontrés et d'autre part les aspects structurels des établissements. Nous ferons le lien grâce à l'analyse de contenu entre notre première partie et notre enquête de terrain réalisée à l'aide d'entretiens semi-directifs, à travers notamment la perception de nos interlocuteurs sur les enjeux d'une politique publique. L'émergence de concepts tels que l'appropriation ou la légitimité permettra d'orienter notre réflexion vers une analyse systémique celle-ci se révélant être un facteur déterminant pour évaluer la pérennité des actions mises en place à la suite de l'évaluation interne et externe au sein des différents établissements rencontrés. Après avoir abordé les limites de notre enquête de terrain, une conclusion permettant d'affirmer ou d'infirmer notre hypothèse achèvera ce travail. A l'issue de celle-ci nous élargirons de nouveau notre réflexion à travers un questionnement relatif à l'entrée potentielle des EHPAD au sein des Groupements Hospitaliers Territoriaux. Débutons à présent notre lecture par la première partie de ce travail avec une approche théorique de notre problématique permettant de définir les contours de notre objet de recherche.

[9] Organisation Non Gouvernementale créée en 1982 à Lyon

PARTIE 1

LE CADRE CONTEXTUEL ET CONCEPTUEL

DE NOTRE TRAVAIL

1. DU CONCEPT DE QUALITE DANS L'INDUSTRIE A LA DEMARCHE QUALITE DANS LES EHPAD

1.1. L'HISTOIRE DE LA QUALITE A TRAVERS LES SIECLES

1.1.1. La qualité, de la philosophie à la norme dans l'industrie

Aristote appelle la qualité « *ce en vertu de quoi on est dit être tel*[10] ». Être ou ne pas être telle serait peut-être alors la question ? Cependant, toujours selon l'auteur « *la qualité est au nombre de ces termes qui se prennent en plusieurs sens*[11] ». La qualité serait-elle alors un élément subjectif et relatif dépendant d'un processus d'interprétation individuel et personnel ?

D'après la norme[12] AFNOR[13] « *un produit ou service de qualité est un produit dont les caractéristiques lui permettent de satisfaire les besoins exprimés ou implicites des consommateurs. La qualité est donc une notion relative basée sur le besoin. On doit rechercher davantage une qualité optimum qu'une qualité maximum* ».

D'après l'approche ISO 9000[14] la qualité est « *un ensemble de caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites.*

Elle répond à trois composantes :

* « *la qualité de définition en réponse à des besoins spécifiques. Objets ou prestations « sans défaut »,*

[10] TRICOT, Jean. « *Aristote Catégories* » .Traduction (1936). Editions Les Echos du Maquis, vo ; 1, 0, janvier 2014, p 24 [en ligne] disponible sur <www.echosdumaquis.com>

[11] Ibid. p 24

[12] Une norme désigne l'ensemble de spécifications décrivant un objet, un être ou une manière d'opérer. Il en résulte un principe servant de règle et de référence technique. Le statut de la normalisation est régi en France par le décret 84-74 du 26 janvier 1984 et 93-1235 du 15 novembre 1993. Il a été confié à l'AFNOR et subdivisé en 31 bureaux de normalisation sectoriels composés de plus de 20 000 experts. [En ligne] Disponible sur <www.utc.fr/~tthomass/Themes/Unites/unites/.../normes/Les_normes.pdf>

[13] Association Française de Normalisation Française

[14] Internationale Organization for Standardisation. ISO vient du grec « isos » signifiant égal. L'ISO a son siège à Genève en Suisse et a été créée en 1947 ; Elle est composée de représentants des organismes nationaux de plus de 150 pays

* *la qualité de réalisation : engagement de satisfaction. Résultats sans surprise,*

* *la qualité de l'accompagnement : qualité des prestations sans « inquiétude*[15] ».

Quant à la définition du dictionnaire Le Petit Robert, la qualité est appréhendée comme « *une manière d'être caractéristique qui confère une valeur plus ou moins grande. Trait de caractère auquel on attribue une valeur morale, sociale* ». Après ces quelques définitions et éclairages sémantiques sur le concept de qualité abordons à présent le contexte historique de la qualité.

La qualité est devenue une discipline d'étude et d'action avec la révolution industrielle à la fin du XIXe siècle. Selon Daniel Boéri, le modèle Tayloriste traditionnel de la qualité s'appuyait essentiellement sur la notion « *d'assurance qualité*[16] ». Le produit se devait d'être conforme au modèle ou aux spécifications. L'amélioration de la qualité passait alors par l'identification, la cotation des défauts et de leur gravité. Ce barème permettait de mettre en place des actions correctives et d'établir une note qualité transmise à tous les services de production et de fabrication. Le contrôle qualité était alors aux mains de quelques experts et l'entreprise dans son ensemble n'était pas concernée par la qualité.

En 1947, la norme ISO évoquée au début de ce travail apparaît. Dans les années 50, on utilise en Europe la notion de « contrôle qualité » dans un but préventif. En 1980, la notion de qualité devient progressivement une préoccupation internationale, l'objectif étant de définir des normes internationales de qualité. En 1988, l'European Fondations for Quality Management vise à satisfaire le client dans le secteur industriel et commercial, mais aussi dans les services. La recherche de la motivation au travail par la responsabilité individuelle ou en groupe conduit alors selon l'auteur « *à intégrer le contrôle comme faisant partie de l'exécution*[17] ». Pour la première fois on assiste à des rencontres clients ouvriers. La qualité est toujours mesurée mais la note qualité sert désormais à mesurer également l'évolution des compétences des collaborateurs. Cependant, la maîtrise de la qualité du produit s'avère insuffisante dès lors que le service devient source de compétitivité. Outre la conformité, le client exige la pérennité de la qualité du produit fourni. Il ne s'agit plus alors d'assurer et de

[15] LOUBAT, Jean-René. « *Evaluation de la qualité. La particularité des établissements sociaux et médico-sociaux* ». Lien social n°719 ,2004 [en ligne]) disponible sur < www.lien-social.com/l-evaluation-de-la-qualite-dans >

[16] BOERI, Daniel. « *Maîtriser la qualité tout sur la certification et la qualité totale, les nouvelles normes ISO 9001-V-2000* ». Paris : les Ed Laurent Demesnil 2nd édition maxima, 2003, p 16.

[17] Ibid. p.17

mesurer la qualité du produit mais également d'examiner les procédures utilisées. Les clients réclament une certification comme preuve de pérennité et diligentent des audits internes ou externes. Le contrôle de la conformité des produits aux règles de production devient une préoccupation des entreprises avec l'essor de la fabrication industrielle. S'agissant d'une production basée sur une division du travail par atelier, le moindre écart ou la moindre erreur pouvait interrompre la production dans son intégralité. On voit alors naître la fonction de contrôle au niveau des chaînes de production afin de contrôler les ouvriers tout autant que la qualité des produits fabriqués. En France, l'AFNOR[18] citée précédemment voit le jour en 1926 dans l'objectif de multiplier les premiers travaux de normalisation. Il s'agit de promouvoir la définition de normes techniques spécifiques pour améliorer la compétitivité de l'industrie française par rapports aux autres nations.

Avec l'année 2000 la nouvelle norme[19] se centre sur le Système de Management de la qualité et des processus de l'entreprise et non plus seulement sur la conformité du produit. On voit alors naître le concept de la qualité totale, l'entreprise visant la satisfaction du client mais aussi la mesure de performance et l'amélioration continue. Dans cette nouvelle perspective, le Système de Management de la Qualité toujours selon Daniel Boéri applique plusieurs principes pour faciliter la réalisation des objectifs qualité :

- *l'entreprise est orientée client*
- le *leadership la direction définissant les finalités pour que le personnel se sente impliqué dans la réalisation des objectifs*
- *l'implication du personnel*
- *l'approche processus : la gestion de l'interdépendance des processus contribue à l'efficacité, au rendement à la productivité*
- les *relations bénéfiques mutuelles avec les fournisseurs*
- *l'amélioration continue est un objectif permanent de l'entreprise qui évite une démarche par « à-coup*[20].

[18] Op.cit.p7
[19] Norme iso 9000 version 2000 Op.cit.p7
[20] BOERI, Daniel. Op.cit. p8 p 31

Autant de principes nous permettant à présent après ce bref mais non négligeable historique de la qualité dans l'industrie de faire le parallèle avec la qualité et la démarche qualité au sein des établissements de santé. En effet le concept de qualité à petit à petit évoluer vers les organisations non marchandes et plus spécifiquement dans le secteur sanitaire que nous évoquerons ultérieurement dans ce travail .Abordons à présent afin de bien comprendre les contours de notre travail le concept de qualité à travers la santé et ses évolutions.

1.1.2. La qualité, le cœur du système de santé

L'amélioration de l'état de santé de la population, les progrès de la médecine en constante évolution et le poids croissant des dépenses de santé amènent les acteurs de la santé à faire de la qualité en santé un véritable défi.

- *La santé et ses évolutions*

Au XXe siècle, l'amélioration de la santé de la population a été la conséquence de véritables évolutions. En effet, on assiste à un progrès scientifique et thérapeutique, au développement de la prise en charge sociale et solidaire et à un progrès social et culturel .Les logiques des différents acteurs du système de santé se sont alors transformées. Ainsi le progrès thérapeutique a considérablement changé les pratiques cliniques et la perception que les professionnels ont de leur métier. De même, la solidarité sociale s'est accompagnée d'une hausse constante des dépenses de santé, sujet au cœur des politiques publiques de santé. Enfin, le progrès social et culturel et l'amélioration des conditions de vie ont peu à peu modifié les représentations de la santé et impliqué de nouvelles demandes sociales à l'égard du système de santé, comme la qualité.

- *La qualité pour répondre aux évolutions de la santé*

La qualité est devenue un enjeu collectif pour l'ensemble des acteurs du système de santé. La qualité des soins constitue un axe majeur de l'action publique, en réponse aux demandes nouvelles des professionnels et des citoyens.

Selon W. Hesbeen[21] *« une pratique soignante de qualité est celle qui prend du sens dans la situation de vie de la personne soignée et qui a pour perspective le déploiement de la santé pour elle et pour son entourage. Elle relève d'une attention particulière aux personnes et est animée par le souci du respect de celles-ci. . Elle procède de la mise en œuvre cohérente et complémentaire des ressources diverse dont dispose une équipe de professionnels et témoigne des talents de ceux-ci. Elle s'inscrit dans un contexte politique économique et organisationnel aux orientations, moyens et limites pertinents et clairement identifiés ».*

Selon l'OMS[22] , « *la qualité des soins est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, un meilleur coût au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ». Au-delà de ces définitions, la qualité des soins peut donc prendre des significations variables selon les acteurs concernés. Selon le rapport de la Haute Autorité de Santé, depuis 1990, les initiatives des acteurs de terrain rejoignent les initiatives publiques pour améliorer la qualité en santé. Elles convergent pour définir la qualité « *comme un impératif médical, une exigence sociale, une nécessité économique et politique*[23] ».

Cependant, Il nous faut distinguer dans ce travail de recherche le concept de qualité de celui de démarche qualité : le premier est selon Jean-René Loubat[24] un « *état de fait* » et le second un « *processus volontaire* ». La qualité qualifie un produit ou un service lesquels devant répondre à des critères définis. Elle renvoie alors à une méthodologie d'évaluation et une échelle de mesure partagée. La démarche qualité quant à elle, relève plus d'un choix de fonctionnement, d'un engagement stratégique qui se traduit par la mise en place d'une organisation et de procédures opérationnelles mesurées et contrôlées. La démarche qualité toujours selon l'auteur se révèle être un processus global impliquant l'individuel, le collectif, et mobilisant de multiples enjeux.

---

[21] HESBEEN, Walter. *"La qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante ».* Paris : les Ed. Masson, 2002, p. 55.

[22] Organisation Mondiale de la Santé

[23] Rapport Haute Autorité de Santé : « *Définir ensemble les nouveaux horizons de la qualité en santé ». 2007,* p 5 [en ligne] disponible sur <www.has-santé.fr>.

[24] LOUBAT, Jean-René. « *Evaluation de la qualité. La particularité des établissements sociaux et Médico-Sociaux ».* Lien social n°719 ,2004 [en ligne] disponible sur < www.lien-social.com/l-evaluation-de-la-qualite-dans>

1.1.3. La qualité, à la croisée des enjeux du système de santé

- *La qualité un enjeu économique*

Les établissements de santé sont soumis depuis quelques années à des évolutions importantes de leur environnement économique, culturel et règlementaire les incitant à réduire leurs dépenses et à améliorer la qualité et la sécurité des soins qu'ils proposent. Afin de lutter contre l'augmentation des dépenses de santé en France les autorités ont mis en place des mesures de contrôle des coûts des établissements de santé. Lancée en 2004 dans le cadre du plan « hôpital 2007 » le système de tarification à l'activité plus communément appelée T2A repose sur une logique de mesure de la nature et du volume des activités et non plus sur une autorisation de dépenses. Jusqu'en 1983, les établissements de santé connaissaient des modes de financement différents selon leur statut juridique. Les établissements publics étaient dotés d'une enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative appelée dotation globale. Les établissements privés quant à eux facturaient directement à l'assurance maladie des forfaits de prestations et des actes. Depuis, la T2A constitue le mode unique de financement pour les établissements publics et les établissements privés. Désormais, les ressources sont calculées à partir d'une mesure de l'activité produite conduisant à une estimation de recettes. Ce nouveau mode de tarification a pour objectif d'inciter les établissements de santé à une plus grande efficacité productive.

Comme nous l'avons dit précédemment les récentes évolutions du contexte économique et financier font du coût de la qualité un sujet d'actualité. Cependant, la qualité est au cœur des préoccupations depuis de nombreuses années. En effet, un rapport de l'ANAES[25] en 2004 déclare que l'accélération du déficit de l'assurance maladie augmente la pression budgétaire sur les établissements de santé. La tendance serait alors d'utiliser la qualité comme un moyen de régulation du système fragilisé par le déficit. De plus, le même rapport sous-entend que la tarification à l'activité entraîne des modifications dans le fonctionnement des établissements de santé. La question de son impact sur les comportements des établissements de santé vis-à-

[25] Rapport ANAES. « *Les coûts de la qualité et de la non qualité dans les établissements de santé*. » 2004, [en ligne] disponible sur <www.has-sante.fr/portail/jcms/c.../fr/**couts**-qualite2-2004-rap-pdf>

vis de la qualité des soins reste posée encore aujourd'hui. Mais qu'en est-il de la place accordée aux usagers au sein des questionnements économiques ?

- *La qualité un enjeu éthique*

Notre système de santé ne peut désormais plus faire l'économie de considérer les usagers comme parties prenantes des organisations sanitaires, sociales et médico-sociales. De nos jours, devant l'évolution des techniques d'information, les patients et usagers sont informés et expriment des exigences vis-à-vis du système de soins. Ils demandent de la qualité et peuvent s'ils le souhaitent grâce à la publication des résultats d'évaluation dans les médias, instaurer de la concurrence entre les établissements. L'importance de l'usager dans l'organisation du système de santé, traduite par l'ordonnance du 24 avril 1996[26] , la loi du 4 mars 2002[27] dans le secteur sanitaire, et la loi du 2 janvier 2002[28] dans le secteur médico-social , démontre une préoccupation globale des établissements de santé à contribuer à l'amélioration de la prise en charge et en compte, des patients et usagers en général. Les lois précédemment citées expriment d'une part la reconnaissance pour les patients de leurs droits mais préconisent également la modification de certaines pratiques professionnelles.

Dans leur ouvrage, Johane Patenaude et Georges A Legault mettent en lien le concept de qualité et l'éthique. Depuis les origines de l'activité professionnelle, il existe dans différentes sociétés des serments, des lois, des règlementations de la pratique qui relèvent de l'éthique professionnelle. Dans le même ouvrage, Vianney Arsenault nous fait entendre que « *l'approche qualité qu'on appelle amélioration continue, approche client ou qualité totale propose à première vue un projet intéressant : répondre en tout point aux besoin de celui ou de celle qui constituent la fin même de l'entreprise , le client, l'usager, le bénéficiaire, le patient…tout en considérant les employés comme intelligents et responsables*[29] ». Cependant, l'auteur se questionne sur la nature des préoccupations. Sont-elles d'ordre humaniste fondé sur la dignité humaine et le respect des droits à l'égard des personnes qui sont à la base des

[26] Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal Officiel du 25 avril 1996 n° 98 p6324[en ligne] disponible sur <www.legifrance.gouv.fr>

[27] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [en ligne] disponible sur <www.legifrance.gouv.fr>

[28] Loi du 2 janvier 2002 Op.cit. p 3

[29] ARSENAULT, Vianney .PATENAUDE, Johane. LEGAULT, Georges. "*Enjeux de l'éthique professionnelle* ». Tome 1 Codes et Comité d'éthique Presses de l'Université du Québec 1996 chapitre 10 p 109.

projets qualité ? L'auteur exprime ses craintes car il semblerait que ce soient surtout des préoccupations économiques qui soient à l'origine de la grande quête de la qualité.

En France, l'ANESM[30] appuie l'exigence d'une réflexion éthique au sein de démarche qualité pour tous les établissements et en particulier pour les établissements sociaux et médico-sociaux. Deux éléments essentiels renforcent cette recommandation :

- la vulnérabilité de la population accueillie,
- l'articulation entre les dimensions individuelles et collectives du travail d'accompagnement.

Il convient donc de réaffirmer la position d'acteur de la personne accompagnée comme le précise dans leur ouvrage Jean-Jacques Amyot et Annie Mollier. Les auteurs disent alors « *Il importe donc aujourd'hui de travailler tout à la fois dans cette logique de rationalisation des choix budgétaires et de la qualité du service maximum. Ainsi le projet de vie ou apparaît comme cette démarche qui se fonde et tire sa force d'une éthique de la rencontre des personnes accueillis et qui doit permettre ainsi de réconcilier ce qui peut paraître « à priori » inconciliable*[31] ».

1.1.4. De la qualité à la démarche qualité dans les pratiques de santé, un enjeu règlementaire

Le cadre législatif et règlementaire relatif à la qualité de la prise en charge des usagers des établissements de santé s'est développé progressivement afin de garantir la qualité et la sécurité des soins.

La loi hospitalière du 31 juillet 1991[32] prévoit la mise en œuvre d'une politique garantissant la qualité de la prise en charge du patient. L'engagement dans la démarche qualité devient alors une obligation règlementaire pour les établissements. Cependant, le législateur n'ayant pas

[30] Agence Nationale d'Evaluation et de la Qualité des Etablissements sociaux et médicaux sociaux

[31] AMYOT, Jean-Jacques. MOLLIER, Annie. « *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées ».* Dunod 2nd édition 2002 coll. Action sociale, p 2

[32] Loi n¨°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal Officiel, n°179 du 2 août 1991, p 10266 [en ligne] disponible sur <www.legifrance.gouv.fr>

prévu de sanction en cas de défaut d'une structure dans la démarche, l'engouement pour la qualité est resté limité.

L'ordonnance du 24 avril 1996[33] instaure donc une procédure d'évaluation externe appelée accréditation à laquelle l'ensemble des établissements sanitaires doit se soumettre selon une planification définie par la loi. Cette procédure est coordonnée par l'ANAES. L'accréditation a pour but « *de s'assurer que les conditions de sécurité, de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'Etablissement de santé*[34] ». Pour la première fois le public peut avoir accès aux résultats de l'évaluation.

La loi du 13 août 2004[35] confie les missions de l'ANAES à un nouvel organisme indépendant la Haute Autorité de Santé. L'accréditation prend alors l'appellation de certification.

La loi du 4 mars 2002[36]affirme la notion de droits pour les malades à bénéficier d'un système de santé de qualité

La loi du 21 juillet 2009[37] portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et au Territoire appuie la notion de qualité au sein des établissements avec l'article L6111-2 du Code de La santé publique stipulant « *les établissements élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les évènements indésirables liés à leur activité* ».

Comme nous avons pu le voir dans l'industrie, l'obtention de la qualité repose sur la capacité de l'organisation à améliorer de façon régulière ses produits et ses services. Selon l'ANAES « *l'amélioration de la qualité s'obtient toujours par une amélioration des processus réalisée étape par étape. Elle peut être recherchée quel que soit l'état initial. La démarche est itérative et vise des améliorations successives : on parle d'amélioration continue et de démarche qualité*[38] ». Toutefois, les spécificités des établissements de santé ne doivent pas être méconnues et nécessitent d'être prises en compte pour envisager une démarche

[33] Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 officiel, n°98 du 25 avril 1996 Op.cit. p.13

[34] ANAES –Manuel d'accréditation des établissements de santé, deuxième procédure d'accréditation-Paris, septembre 2004, p 8 [en ligne] disponible sur <www.has-sante.fr>

[35] Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal Officiel, n°190 du 17 août 2004, p 14598 [en ligne] disponible sur <www.legifrance.gouv.fr>

[36] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé Journal Officiel du 5 mars p 4118 [en ligne] disponible sur <www.legifrance.gouv.fr>

[37] Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 Titre 1er Article 1 art L6111-2 Journal Officiel n° 0167 du 22 juillet 2009 p 12184 [en ligne] disponible sur <www.legifrance.gouv.fr>

[38] Rapport ANAES 2004 op.cit. p12 p17

d'amélioration continue de la qualité. La compréhension et la satisfaction des attentes et des besoins des patients représentent aujourd'hui une orientation fondamentale de la démarche qualité. L'écoute et l'attention aux usagers est une composante indispensable de tout système de qualité et notamment au sein du secteur médico-social.

1.1.5. De la qualité à la démarche qualité au sein du secteur médico-social

Ainsi, les raisons qui poussent les établissements de santé à promouvoir une démarche qualité sont nombreuses. La faiblesse des établissements réside bien souvent dans leurs carences organisationnelles. De multiples relations entre les services peuvent constituer des interfaces pouvant être sources de non-qualité. Mais nous pourrions citer également des enjeux humains et sociaux. Les dysfonctionnements, les évènements jugés indésirables qui entravent de façon quotidienne le déroulement du travail ont des conséquences qui peuvent être néfastes sur la qualité des soins, les équipes et les coûts. Ils entraînent la non qualité produite, du mécontentement et des conflits internes ou externes. De plus les enjeux économiques sont considérables et la non-qualité coûte chère. Les coûts qui affectent la performance économique de l'organisation, échappent aux procédures de comptabilisation. La démarche qualité associée à la maîtrise des dépenses de santé introduit la notion de rapport qualité prix. Mais toujours selon l'ANAES trois facteurs semblent essentiels dans la mise en place de la démarche qualité au sein des établissements :

- la nécessité et l'obligation de maîtriser les dépenses de santé,
- l'évolution démographique et le vieillissement de la population,
- l'évolution du consumérisme.

En effet, les mentalités évoluent et les patients comme nous l'avons évoqué précédemment deviennent critiques et soucieux de la qualité des soins prodigués. De nos jours les établissements doivent accepter la concurrence et l'évaluation que nous développerons plus tard dans ce travail. Conséquence de ces évolutions, le consumérisme s'installe à l'hôpital mais également au sein du secteur médico-social. Face à la diversité des initiatives en matière

de qualité dans le secteur gérontologique, le législateur est intervenu en 1999[39] afin d'introduire l'exigence de formaliser une démarche d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité dans le structures accueillant des personnes âgées. Ce texte introduit l'obligation d'une contractualisation appelée convention tripartite d'une durée de cinq ans entre les établissements, le Conseil Général[40] et l'assurance maladie. Au préalable les établissements doivent avoir réalisé une auto évaluation de leurs pratiques à l'aide d'un référentiel nommé ANGELIQUE[41]. Il s'agit alors de formaliser les mesures prises par les établissements pour améliorer la qualité, les pouvoirs publics s'engageant financièrement afin de fournir les moyens de la mise en œuvre de projets. Plus récemment la loi du 2 janvier 2002[42] impose la mise en œuvre d'une démarche qualité en établissements pour personnes âgées en donnant l'obligation aux établissements de procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent. Ils doivent alors procéder à deux types d'évaluation afin d'analyser les dispositifs organisationnels qui régissent l'ensemble des activités de l'établissement et d'identifier les écarts entre la norme et les pratiques de terrain :

- une évaluation interne menée de manière participative avec le personnel de l'établissement,
- une évaluation externe, menée à la demande de l'établissement par un organisme habilité par les Agence Régionales de Santé sur le modèle de la visite de certification des établissements de santé.

Par la loi du 26 novembre 2003[43] Afin d'aider les établissements dans cette démarche d'évaluation, le Conseil National d'Evaluation Sociale et Médico-sociale est créé. Il est chargé de produire des référentiels et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La loi du 21 décembre 2006[44] remplace cet organisme par l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM). Il est à noter que le législateur intervient face à un constat sévère dressé

[39] Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales JORF n°98 du 27 avril 1999 page 6256 [en ligne] disponible sur www.legifrance.gouv.fr

[40] Depuis 2015 Conseil Départemental

[41] Application Nationale pour Guider une Evaluation interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements

[42] Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, op.cit. p 3

[43] Décret n°2003-1134 du 26 novembre 2003 relatif au Conseil Nationale l'Evaluation Sociale et Médico-sociale. Journal Officiel, n°276 du 29 novembre 2003, p20403 [en ligne] disponible sur <www.legifrance.gouv.fr>

[44] Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 relative au financement de la sécurité sociale pour 2007. Journal Officiel n°296 du 22 décembre 2006, p 19315 [en ligne] disponible sur <www.legifrance.gouv.fr>

par le Ministère de la Santé : « *aucun résultat durable en matière de qualité ne peut être obtenu sans l'engagement des établissements eux-mêmes, et donc des professionnels qui y travaillent. Pourtant ils ont été peu incités à développer une démarche qualité et n'ont d'ailleurs pas non plus été accompagnés par les pouvoirs publics dans cette démarche jusqu'à présent. La qualité des prestations n'a pas été évaluée et la démarche d'évaluation prévue par la loi de 2002 n'a été engagée qu'en partie*[45] ».

Comme nous le décrit Sylvain Connangle « *accompagner la personne âgée, consiste pour l'établissement à l'aider à vivre, à préserver ou à retrouver son autonomie, à lui redonner la capacité et le goût de faire, à lui laisser encore un pouvoir de décision aussi infime soit-il*[46] ». L'amélioration de la qualité des prestations suppose alors selon l'auteur, la mise en place de techniques managériales et organisationnelles nouvelles basées sur la participation de toute l'équipe pluridisciplinaire. Alors arrêtons-nous quelques instants sur l'histoire de ces établissements accueillant des personnes dites âgées appelés de nos jours Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes afin de comprendre, peut-être, la lente et récente évolution vers la prise en compte de la qualité et ses aspects règlementaires.

De nos jours le secteur médico-social est plus que jamais confronté à la nécessité économique de faire mieux avec moins. Comme le secteur sanitaire, il doit répondre sur la capacité de ses services à répondre aux besoins des usagers. Selon Jean-René Loubat, pour cela, *« la démarche qualité apparaît réaliser le mariage du cœur et de la raison*[47] ». La démarche recentre les objectifs sur les bénéficiaires pour offrir d'avantage de lisibilité et de garantie et optimiser les moyens pour abaisser le coût des prestations. Comme évoqué dans le chapitre précédent, dans le domaine des services, la démarche qualité vise la plupart du temps à réduire l'inévitable écart entre les attentes ou les besoins des bénéficiaires, l'offre du prestataire et les prestations délivrées. La diminution de cet écart dépend de la capacité du prestataire à honorer ses engagements mais aussi sa capacité à prendre en compte les attentes pour les formaliser et pouvoir alors trouver un compromis entre souhaits et contraintes collectives. Ces points s'avèrent alors primordiaux quand il s'agit de services relationnels. La

[45] « *Lettre d'information ».* Réseau de gérontologie n°96 du 10 avril 2007 [en ligne] disponible sur <www.territorial.fr>

[46] CONNANGLE Sylvain. VERCAUTUREEN, Richard. « *Gérer la démarche qualité dans les établissements pour personnes âgées, La culture gérontologique dans les équipes multi professionnelles* ». Eres, Pratiques gérontologiques, 2007, p 30-31

[47] LOUBAT, Jean-René op.cit. p 11

mise en place d'une démarche qualité nécessite alors de disposer d'outils de consultation, d'évaluation et de communication mais aussi une vraie dynamique incluant tous les acteurs du système. Alors comment cela se passe-t-il concrètement au sein des EHPAD ?

1.2. LES EHPAD ACTEURS DU SYSTEME DE SANTE ET DE LA QUALITE

1.2.1. Les EHPAD un passé une histoire

De l'accueil des indigents aux EHPAD les établissements accueillant des personnes âgées n'ont cessé d'évoluer. Leur passé est ancré dans l'histoire et permet de donner d'une part un sens à cette évolution et d'autre part, de comprendre le fonctionnement actuel des structures d'accueil. Childebert 1er et sa femme Ultrogothe créèrent en 549 le premier hôpital français. Au XIIe et XIIIe siècle la ville de Lyon voit la création de nombreux hôpitaux qui ne sont en réalité que des maisons particulières transformées en asile pour les miséreux. Au Moyen âge, l'hôpital était directement lié à la charité chrétienne et les fondateurs des hôpitaux étaient tous selon Jean Imbert « *mus par des conventions évangéliques*[48] ». En 1905, grâce à l'institutionnalisation de l'assistance, une loi est mise en place pour porter assistance aux vieillards de plus de soixante-dix ans, aux infirmes et aux incurables. Puis quelques années plus tard par la loi du 21 décembre 1941[49], l'hôpital est investi d'une nouvelle mission, soigner et guérir tous ceux qui le nécessitent.

Avec la loi du 31 décembre 1970[50] nous assistons à la séparation entre le secteur sanitaire et le secteur social. De ce fait jusque dans les années soixante, les hospices deviennent des unités de soins de longue durée relevant du secteur sanitaire et les maisons de retraite des établissements sociaux accueillant des personnes âgées. C'est l'ordonnance du 24 avril 1996[51] portant réforme de l'hospitalisation publique et privée qui redonnera aux hôpitaux la possibilité de gérer à nouveaux des établissements sanitaires et sociaux. La réforme de la

[48] IMBERT, Jean. « *Les hôpitaux en froid canonique*. » Paris, l'Eglise et l'Etat du Moyen âge, 1947, p 368
[49] Décret n°43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics. Version consolidée au 5 novembre 2010 [en ligne] disponible sur <www.legifrance.gouv.fr>
[50] Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 séparation entre le secteur sanitaire et le secteur social. Version abrogée le 4 janvier 1992 [en ligne] disponible sur <www.legifrance.gouv.fr>
[51] Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme sur l'hospitalisation publique et privée op.cit. p 13

tarification appelée convention tripartite[52] évoquée précédemment encadrée par deux décrets, celui du 26 avril 1999[53] modifié par le décret du 4 mai 2001[54] a pour objectif de répartir les moyens et de réunir sous la même appellation d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes les maisons de retraite et les unités de soins de longue durée. Ainsi de nos jours nous pouvons rencontrer des EHPAD hospitaliers, des EHPAD publics, des EHPAD privés à but lucratif et des EHPAD privés à but non lucratifs. Nous développerons plus en détail la gestion et les missions de chacun dans notre seconde partie. Arrêtons-nous à présent quelques instants sur la notion de gériatrie.

1.2.2. Les EHPAD des établissements dits « de gériatrie »

La gériatrie relative à l'étude du sujet âgé malade se serait formée progressivement dans la seconde moitié du XXe siècle, dans la plupart des pays développés. Elle est devenue une spécialité en France depuis 2004. Comme le dit Robert Moulias « *la médecine du grand âge est une nouvelle médecine*[55] ». En 2010, l'auteur insiste sur le fait que « *la médecine de l'homme âgé ne se limite plus à une défectologie passive, combat d'arrière-garde* [56]». En effet, le sujet âgé n'est pas que pathologie et la vieillesse toujours selon l'auteur *« est une période physiologique de l'existence crée par le monde moderne* [57]». Parallèlement, les sciences gérontologiques relatives à l'étude du phénomène du vieillissement chez l'homme et de ses conditions de vie seraient apparues dans les années cinquante. Cependant, les hommes de science confondaient encore vieillesse et dépendance, ignorant le rôle de la maladie et des différences interindividuelles. Les études démographiques associaient alors le vieillissement de la population à la baisse des naissances et non à l'allongement de l'espérance de vie. Toutefois, depuis près de quarante ans, la vieillesse sociale est devenue une préoccupation

[52] Op.cit.p 17
[53] Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif à la tarification et au financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes [en ligne] disponible sur <www.legifrance.gouv.fr>
[54] Décret n°2001-388 du 4 mai 2001 modifiant les décrets n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et n° 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ainsi que le décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics [en ligne] disponible sur <www.legifrance.gouv.fr>
[55] MOULIAS Robert, MOULIAS Sophie. « *Abord clinique du malade âgé*. » Ed: Springer coll. Abord Clinique, août 2010, p11
[56] Ibid. P11
[57] Ibid. P14

majeure des pouvoirs publics. En 1962, Pierre Laroque[58] publie un rapport afin de promouvoir l'intégration sociale des retraités. Ce rapport est le fondement des politiques de la vieillesse en France.

1.2.3. Des politiques et des publics

Grâce au rapport Laroque des foyers logement sont créés en centre-ville afin de permettre aux personnes d'un certain âge de conserver leurs loisirs. Des aide-ménagères interviennent au domicile dans l'objectif de répondre aux besoins et ainsi promouvoir le maintien à domicile. Au fil du temps les politiques de la vieillesse ont connu plusieurs mutations. La vieillesse est devenue outre une question de marché, une question sociale et familiale mais également une question nationale et locale. En 1990, les retraités revendiquent la création d'une assurance dépendance considérée comme un risque et l'on voit apparaître la prestation spécifique dépendance remplacée par la loi du 20 juillet 2001[59] par l'allocation personnalisée à l'autonomie.

Depuis la tragique canicule de 2003, « le plan solidarité grand âge » créé par la circulaire du 17 octobre 2006[60] engage la modernisation des établissements accueillant des personnes âgées, avec une augmentation théorique du personnel et une politique orientée vers la formation du personnel. Le gouvernement instaure la mise en place du « plan Alzheimer » 2008-2012 avec une politique de soutien aux aidants familiaux. Le plan « bien vieillir » 2007-2009 présenté par Philippe Bas, Ministre délégué à la Sécurité Sociale aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, vise à prévenir les maladies pouvant entraîner une perte d'autonomie .Autant de dispositions, de lois, de décrets, permettant une reconnaissance de la vieillesse et une évolution de la notion de charité vers la notion de droit des usagers en EHPAD.

[58] Rapport LAROQUE (1962) réédition 2014 [en ligne] disponible sur <www.geroscopie.fr/reedition-du-rapport-laroque_679A4A833774B5.html>

[59] Loi 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée à l'autonomie. Version consolidée du 23 août 2016 [en ligne] disponible sur <www.legifrance.gouv.fr>

[60] Circulaire DGAS/DHOS/DSS/CNSA no 2006-447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées [en ligne] disponible sur <www.legifrance.gouv.fr>

1.2.4. Des usagers placés au cœur du dispositif

La loi du 2 janvier 2002[61] rénovant l'action sociale et médico-sociale réforme la loi du 30 juin 1975[62]. Elle transforme en profondeur les règles d'organisation et de fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux dédiés à quatre grandes catégories de population fragiles particulièrement : enfance, familles en difficulté, personnes handicapées, personnes en situation de précarité et d'exclusion, et les personnes âgées. Cette loi précise la notion de droit pour les usagers tels que :

- le respect de la dignité,
- le libre choix des prestations,
- un accompagnement individualisé et de qualité respectant un consentement éclairé,
- la confidentialité des données,
- l'accès à l'information,
- une information sur ses droits fondamentaux,
- la participation de l'usager à son projet d'accueil et d'accompagnement.

Mais quels sont les changements fondamentaux depuis la loi du 2 janvier 2002, que s'est-il passé avant la loi permettant de comprendre l'évolution du secteur gérontologique vers une réelle prise en compte des usagers ?

La loi du 30 juin 1975[63] précédemment citée relative aux institutions sociales et médico-sociales a connu vingt et une modifications en vingt-cinq ans sans pour autant connaitre de modifications majeures, ni d'adaptation réelles par rapport à l'évolution de la société. Dans cette loi deux points cruciaux sont absents : le droit des usagers et l'évaluation de la qualité des prestations des établissements et services. Le véritable détonateur de la mise en place de la loi 2002 serait le rapport rendu par l'Inspection Générale des Affaires Sociales[64] en

[61] Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 .op. cit.p3
[62] Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales [en ligne] disponible sur <www.legifrance.gouv.fr>
[63] Loi du 30 juin 1975 op.cit. p17
[64] FRA. GUERIN (Marie-Françoise), JOIN-LAMBERT (Marie-Thérèse) Rapport n°95155. Réf. 130049 Rapport -. Paris : IGAS (éditeur), 1995, [en ligne] disponible sur <www.bdsp.ehesp.fr>

décembre 1995. Ce rapport insiste sur l'absence d'évaluation de la qualité du service rendu à l'usager et l'absence d'évaluation des besoins réels de la population. Il est appuyé par un nouveau rapport[65] d'information présenté devant l'assemblée nationale en 2000 par Pascal Terrasse et après de multiples débats parlementaires la loi du 2 janvier 2002 est votée.

Cette dernière comprend différentes orientations qui vont avoir des répercussions en matière de qualité du service rendu aux usagers :

- le droit des bénéficiaires et de leur entourage devient la primauté,
- des outils sont mis en place pour appréhender les évaluations,
- le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour deviennent une obligation,
- la charte des droits et des libertés de la personne accueillie doit être présentée aux usagers,
- la création d'un conseil de vie sociale est demandée pour tous les établissements par les autorités,
- un projet personnalisé doit accompagner tous les usagers.

Enfin, la loi prévoit l'élargissement des missions de l'action sociale et médico-sociale, la diversification des interventions des établissements, le respect de l'égale dignité de tous et l'accès équitable sur tout le territoire. Il revient par conséquent à l'établissement de répondre aux besoins et attentes du bénéficiaire. Inscrire l'action dans le collectif devient alors un objectif essentiel pour faire vivre la démarche qualité.

[65] TERRASSE, Pascal. « *Rapport d'information* » déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des Affaires Culturelles Familiales et Sociales (1) sur la réforme de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales 2000 [en ligne] disponible sur <www.assemblee-nationale.fr>

1.3. LA DEMARCHE QUALITE EN EHPAD, INSCRIRE L'ACTION DANS LE COLLECTIF

1.3.1. L'implication des Directions, une volonté d'engagement

Depuis de nombreuses années comme nous avons pu le voir tout au long de ce travail, les entreprises et les établissements se sont investis dans la recherche de la qualité optimum des produits et des services.

Les normes NF[66] et ISO de la série 9000 version 2000 demandent à travers des exigences et des recommandations une réelle implication du management. Le manager devra alors définir son propre style de management. De nos jours, il semble que le manager ne puisse plus bâtir une stratégie basée uniquement sur l'allocation de ressources. Il doit tenir compte de la satisfaction des usagers. Selon Michel Cattan *« L'engagement de la direction au-delà des déclarations d'intention doit être visible et se traduire par des faits et des actes*[67] *»*. Toujours selon l'auteur[68], l'engagement de la direction doit s'exercer dans deux directions. D'une part sur le moyen terme et le long terme avec la définition d'une stratégie et d'objectifs prioritaires et d'autre part sur le court terme en veillant à l'amélioration des performances. Les exigences de la norme NF ISO 9001/2000 relatives à l'engagement de la direction dans la démarche qualité concerne différents points :

- la communication interne et externe de la part des dirigeants de l'établissement,
- la définition et la formalisation d'une politique qualité,
- la détermination d'objectifs relatifs à la qualité,
- la mise à disposition de ressources matérielles financières et humaines.

Toujours selon Michel Cattan, « *s'impliquer c'est allé au-delà d'un engagement moral* [69]».

Mais que recouvre l'engagement de la direction dans la démarche qualité ?

---

[66] Norme Française
[67] CATTAN, Michel. « *L'engagement de la direction* ISO 9000 :2000. » Coll. afnor pratique 2001 p 9
[68] Ibid. p 54
[69] Ibid. p 10

Il semble parfois complexe de faire la différence entre ce qui relève de l'engagement et ce qui relève de la responsabilité dans la démarche. Cependant, la volonté du manager[70] ne serait-elle pas de déterminer la direction à suivre à long terme, les objectifs à atteindre et la stratégie à mettre en place pour les atteindre ? Ne doit-il pas fixer la raison d'être de l'établissement pour que les équipes fassent le lien entre mission générale et mission individuelle ?

La politique de l'établissement serait alors le reflet des valeurs de l'établissement et de sa stratégie qui définit comment atteindre le but fixé à long terme. Enfin, la direction n'est-elle pas responsable des résultats dont l'analyse devrait lui permettre de réajuster ses pratiques et ses orientations afin de faire de la démarche qualité une démarche active et porteuse de sens ? Aujourd'hui lorsque sont évoqués les responsables d'établissement seule la Direction semble être concernée ce qui laisserait entendre que la majorité des acteurs du système n'ont pas de responsabilités. Or, ce qui est demandé à un dirigeant est de fixer les orientations politiques et stratégiques en se basant sur des faits concrets. Pour cela le recueil d'informations auprès des différents acteurs reste essentiel. La prise de décision n'est alors plus la prérogative d'un homme seul mais elle résulte d'une large concertation avec les professionnels.

1.3.2. L'implication des professionnels pour donner un sens et du sens

Selon Gérard Donnadieu le concept d'implication « *vise le rapport de l'individu non pas à un travail particulier, non pas aux gratifications qu'il peut en attendre mais à un type d'appartenance*[71] ».Cependant, l'implication dans le travail et l'implication dans l'organisation peuvent être en décalage voire en opposition. Selon Thevenet de façon générale, les chercheurs définissent l'implication comme « *la relation entre une personne et son organisation*[72] ». Thévenet prend en compte dans ses travaux d'une part l'implication la personne dans son individualité et sa liberté, et d'autre part l'entreprise avec sa culture. L'auteur dit que l'idée d'implication peut donner aux personnes un sentiment de réaliser

[70] Nous évoquerons ici le Directeur dans la notion de manager

[71] DONNADIEU, Gérard. « *Motiver les hommes dans les entreprises approche systémique*.» Ed technique ingénieur p 3 10 janvier 2004 [en ligne] disponible sur < www.techniques-ingenieur.fr/...**systemes**.../**motiver-les-hommes-dans-les- entreprises-approche-systemique**-ag1525/>

[72] THEVENET, Maurice. In « *Théorie et management des organisations* » (Plane Jean-Michel) Paris : Dunod ,2012 3ème édition, p 183

quelque chose tout en se réalisant soi-même. L'implication au sein d'une organisation selon l'auteur, peut-être appréhendée à partir deux différentes dimensions :

- affective avec l'attachement de la personne à son organisation,
- normative qui désigne les obligations ressenties par une personne vis-à-vis de son organisation.

Ces dernières années, une nouvelle orientation a été prise par les Directions des Ressources Humaines avec l'émergence d'un management orienté vers l'implication des professionnels. Sur le plan du management, Thevenet insiste sur l'importance pour donner du sens, d'une adéquation entre les objectifs et les valeurs de l'organisation et les objectifs du professionnel. Dans son ouvrage Thévenet identifie cinq grandes causes d'implication des personnes en situation professionnelle :

- l'environnement du travail : relations interprofessionnelles dans l'équipe, relations avec l'encadrement
- les produits de l'organisation : activités de l'entreprise
- l'entreprise ou l'organisation : politique générale, valeurs de l'entreprise
- le métier : sentiment d'appartenance à un milieu professionnel
- la valeur travail : éthique professionnelle

L'implication au travail représente alors la manière dont la personne place son travail compte tenu des autres intérêts de sa vie, s'identifie au travail, s'engage psychologiquement et physiquement et appréhende son niveau de travail comme primordial pour s'auto évaluer. Comme nous avons pu le constater au sein des EHPAD l'implication des administrateurs de l'établissement est nécessaire pour que toute démarche entreprise soit portée politiquement par l'organe exécutif de l'établissement. Cependant, l'implication de l'ensemble des professionnels est essentielle et ce processus demande du temps car il est nécessaire de revenir à plusieurs reprises sur le sens et les modalités d'une démarche pouvant se révéler source d'inquiétudes, d'inconforts et de sentiments de rejets. Mais comment envisager une réorganisation de la vie collective et de l'établissement sans les principaux intéressés, les résidents et les familles. En effet la confrontation entre la vision des professionnels et le vécu

quotidien des résidents représente une véritable opportunité permettant de changer le regard porté sur le résident. La notion de démocratie sanitaire prend alors tout son sens.

1.3.3. La participation des usagers au cœur de la démocratie sanitaire

Selon l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France, la démocratie sanitaire est « *une démarche qui vise à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration de la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation*[73] ». Comme le dit dans son ouvrage Christophe de Bernardinis, la loi du 4 mars 2002[74] relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a transformé le patient en usager de la santé. Le terme usager figurait déjà au sein du code de la santé publique et tend selon l'auteur « *à établir entre le malade et non pas seulement le service public de la santé mais aussi les professionnels libéraux une relation fondée sur les droits plus que sur la manifestation d'une confiance* [75] ». De ce fait a été créée la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) qui va jouer en rôle essentiel dans la recherche d'une meilleure qualité des soins et de la prise en charge des patients au sein des établissements. De même pour les structures sociales et médico-sociales seront créés en 2004 les Conseils de Vie Sociaux que nous évoquerons ultérieurement. Cette commission doit contribuer par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leur entourage. Pour cela elle reçoit toutes les informations nécessaires permettant d'assurer ses missions :

- les informations concernant toute mesure relative à la politique d'amélioration continue de la qualité,
- les avis émis par les instances consultatives de l'établissement sur les actions qualité,
- les résultats des enquêtes de satisfaction des usagers.

[73] Définition de la démocratie sanitaire [en ligne] disponible sur <www.ars.iledefrance.sante.fr/Democratie-sanitaire.81526.0.html>
[74] Loi du 4 mars 2002 op.cit. p 15
[75] DE BERNARDINIS, Christophe. « *Les droits du malade hospitalisé* » hdf, Coll. Droit Professionnel, 2006, p73

Force de propositions la CRUQPC[76]peut émettre des recommandations visant à améliorer la qualité de la prise en charge des patients, elle est un lieu de synthèse, d'observations. Son activité est ancrée dans une démarche qualité qui vient en complément d'autres procédures telles que les certifications. Au terme de la loi HPST[77], les établissements de santé ont l'obligation de mettre à disposition du public les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. La CRUQPC doit veiller au respect de cette obligation. Le rôle de la Commission est central dans le cadre de la politique qualité d'un établissement. En effet, elle rédige un rapport annuel sur les recommandations de la politique qualité. Celui-ci est transmis à l'Agence Régionale de Santé et fait partie des documents obligatoirement remis aux experts-visiteurs[78] de la Haute Autorité de Santé. Cette nécessaire communication externe constitue un levier et un outil d'amélioration de la qualité.

Dans la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016[79] relative à la modernisation de notre système de santé Marisol Touraine ministre de la santé suite aux rapports Couty[80] et Compagnon[81] qui convergent à faire monter en puissance le rôle des usagers, souhaite renforcer la place des Conseils de Vie Sociaux et de la CRUQPC désormais appelée Commission Des Usagers. Les commissions seront informées et consultées sur la question de politique de la qualité, de la sécurité des soins, des parcours de soins et donneront leur avis sur les actions correctives mises en place pour lutter contre les évènements indésirables graves. Nous avons pu voir jusqu'présent les enjeux de la qualité au sein du système de santé et avons abordé le rôle primordial des usagers dans la politique qualité des établissements sanitaires et médico-sociaux. Alors comment se concrétise l'implication de tous dans la démarche qualité ?

Comme nous pouvons le constater, depuis la promulgation de la loi du 2 janvier 2002, le droit à la participation des usagers a constitué une dynamique d'engagement réciproque entre les professionnels, les personnes accompagnées et leurs proches. En effet, la loi a institué un

[76] Commission de Relation de la Qualité et de la Prise en charge des usagers. Depuis la loi de modernisation du système de santé de Marisol TOURAINE en 2016 Commission Des Usagers

[77] Hôpital, Patients, Santé, Territoire. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel n° 0167 du 22 juillet 2009 p12184 texte n°1 [en ligne] disponible sur <www.legifrance.gouv.fr>

[78] Terme désignant les évaluateurs externes

[79] Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 loi de modernisation de notre système de santé. Journal Officiel n°0022 du 27 janvier 2016 texte n°1 [en ligne] disponible sur <www.legifrance.gouv.fr>

[80] Rapport COUTY. « *Le pacte de confiance pour l'hôpital* ». Mars 2013 [en ligne] disponible sur <www.social-sante.gouv.fr>

[81] Rapport COMPAGNON. *« Pour l'an II, de la démocratie sanitaire* » Février 2014 [en ligne] disponible sur <www.social-sante.gouv.fr>

droits des usagers a participé à la vie de la structure dans laquelle ils sont accueillis ou accompagnés : « *Afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service, il est institué soit un Conseil de Vie Social*[82], *soit d'autres formes de participation* [83]». Le conseil de la vie sociale est donc un outil destiné à garantir le droit des usagers et leur participation au fonctionnement de l'établissement d'accueil.

Toutefois, en 2012, l'ANESM[84] a souhaité dresser un état des lieux de la mise en place des modalités de participation à la vie de l'établissement, et notamment la participation des usagers aux évaluations des pratiques professionnelles. Dans les résultats de l'enquête celle-ci ne semble pas faire débat et semble être un préalable pour les établissements visités. La participation des usagers est variable selon les établissements. Elle se traduit majoritairement par de la collecte du degré de satisfaction par rapport aux prestations fournies. Elle peut également se traduire par une réunion du CVS[85] auquel l'évaluateur qui peut-être de l'extérieur participe et au cours de laquelle il lui est réservé un temps de discussion en dehors de la présence de la Direction pour échanger avec les usagers. Cependant, il est noté dans le rapport que le processus d'évaluation est conçu par des professionnels pour des professionnels et qu'il est difficile d'associer les usagers au-delà du simple recueil d'informations. La question du lien entre évaluation et participation peut alors se poser. Elle peut être un temps pour faire participer les usagers à une réflexion globale sur l'établissement mais elle peut également permettre aux professionnels de reconnaître la place de l'usager et de revoir leurs pratiques en faveur de la personnalisation de l'accompagnement. Dans le rapport plusieurs établissements ont révélé que l'évaluation avait permis aux professionnels de réfléchir sur la façon de mettre en place la participation des usagers au sein de la structure et de renforcer la notion d'acteur de la réflexion. Un certain nombre d'établissement ont intégré dans leur processus d'évaluation une démarche qualité, qui permettrait également une implication des usagers aux temps institutionnels. Certaines structures ont fait le choix d'associer usagers et

[82] Institué par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et concrétisé par le Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles . Journal Officiel n°74 du 27 mars 2004 p 5909 texte 48 [en ligne] disponible sur <www.legifrance.gouv.fr>

[83] Art L.311-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles [en ligne] disponible sur <www.legifrance.gouv.fr>

[84] Recommandation Agence Nationale d'Evaluation de la Qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux. « *La participation des usagers au fonctionnement de l'établissement*. » Recueil des pratiques et témoignages des acteurs 2012 [en ligne] disponible sur <www.anesm.fr>

[85] Conseil de Vie Social

professionnels sur une grille d'évaluation du processus d'amélioration de la qualité. Le lien entre évaluation, démarche qualité et participation reste toutefois encore fragile mais comment passe-t-on de la démarche qualité à la notion plus ciblée d'évaluation du service rendu ?

1.3.4. De la démarche qualité à l'évaluation du service rendu aux usagers

Comme nous avons pu le voir la démarche qualité est une préoccupation inscrite dans l'histoire du secteur social et médico-social. C'est un processus d'amélioration continu de la qualité des prestations fournies qui demande une démarche volontariste et collective de la part des établissements sur une longue durée afin de conforter leurs points forts et réduire leurs points faibles. L'évaluation de la qualité du service rendu aux usagers révèle alors plusieurs enjeux :

- le dispositif d'évaluation d'une politique publique rappelle la nécessité d'apprécier l'efficacité des dispositifs en place afin de comparer les objectifs et les moyens mis en œuvre
- la promotion du droit des usagers renforce la prise en compte de leurs attentes à l'égard des structures qui les accueillent, leur perception diffère parfois nettement de celles de l'analyse des professionnels.

Selon les Agences Régionales de Santé[86]l'évaluation a pour objet l'appréciation à intervalles réguliers de la cohérence, de la pertinence, de l'efficacité, de l'efficience et de l'impact des actions mises en place. L'objectif de l'évaluation est de mesurer les atteintes des objectifs fixés, de réaliser un constat des écarts conduisant à des actions correctives. Les actions s'inscrivent alors dans un processus[87] en faveur de la qualité du service rendu aux usagers. La démarche qualité et l'évaluation sont alors deux notions étroitement liées.

Nous avons pu voir dans ce chapitre le concept de qualité, la démarche qualité, la nécessité d'impliquer tous les acteurs des institutions dans cette démarche et nous avons commencé à aborder l'évaluation. Développons à présent plus en détails la notion d'évaluation à travers l'histoire pour nous plonger dans un second temps au cœur du secteur sanitaire et médico-social.

---

[86] Guide. « *La démarche d'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux l'évaluation interne.* » ARS Bourgogne [en ligne] disponible sur <www.ars.santé.fr>

[87] Nous parlons ici de processus pour évoquer une suite d'opérations, d'actions dans le but d'atteindre un objectif fixé.

2. L'EVALUATION UNE OBLIGATION ET UN CONCEPT

2.1. L'EVALUATION A TRAVERS L'HISTOIRE

2.1.1. L'évaluation un concept vieux comme le monde

Selon Pierre Contandripoulos, l'évaluation « *est une activité vieille comme le monde, banale et inhérente au processus même d'apprentissage*[88] ». C'est au lendemain de la seconde guerre mondiale qu'apparaît le concept d'évaluation des programmes publics. Toujours selon l'auteur il est le corollaire du rôle de l'Etat dans les domaines de l'éducation, du social, de l'emploi et de la santé. L'Etat se substituant au marché, il devient nécessaire de trouver des moyens pour que l'allocation des ressources soit la plus efficace. Les économistes ont alors élaboré des méthodes pour apprécier les avantages et les coûts des programmes publiques mis en place. Les économistes seraient-ils alors les précurseurs de l'évaluation ?

Mais rapidement les méthodes vont s'avérer insuffisantes pour apprécier les programmes sociaux et éducatifs. L'évaluation va progressivement se professionnaliser en adoptant une perspective multidisciplinaire et en insistant sur les aspects méthodologiques. C'est durant les années soixante-dix que la nécessité d'évaluer les actions sanitaires devient impérieuse. La période de mise en place des programmes d'assurance maladie est achevée. Le ralentissement de la croissance économique et le rôle de l'Etat dans le financement des services de santé rendent indispensables le contrôle des coûts du système de santé sans pour cela qu'une accessibilité de tous à des services de qualité soit réfléchie et étudiée. Dans un contexte de complexité du système de santé le besoin d'information sur le fonctionnement et l'efficacité du système est considérable et l'évaluation semble être un outil adapté. Dès lors, l'évaluation dans le domaine sanitaire se met en place dans différents pays comme les Etats-Unis, le

[88] CONTANDRIOPOULOS, A.P., F. CHAMPAGNE, et al. « *L'évaluation dans le domaine de la santé concepts et méthodes*. » Bulletin 33(1)/ 12-17 1993 [en ligne] disponible sur <www.perfeval.pol.ulaval.ca/sites/perfeval.pol.ulaval.../publication_202.pdf >

Canada, la France avec la création d'organismes chargés d'évaluer les nouvelles technologies. Evaluer consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention dans le but d'aider à la prise de décision. Cependant il est nécessaire de comprendre qu'on ne peut parler d'intervention sans tenir compte des différents acteurs qu'elle concerne. Ce sont ces acteurs qui lui donnent sa spécificité à un moment donné dans un contexte précis. Toujours selon l'auteur, Les buts officiels d'une évaluation sont nombreux :

- aider à planifier et élaborer une intervention
- apporter de l'information pour améliorer une intervention dans un but formatif
- déterminer les effets d'une intervention pour déterminer sa pérennité ou son arrêt
- contribuer à l'avancement des connaissances.

Le secteur sanitaire devient alors un acteur principal des évaluations avec la mise en place des démarches d'accréditation puis de certification.

2.1.2. La certification dans le secteur sanitaire, un élément précurseur du dispositif d'évaluation en EHPAD

- *Le contexte réglementaire*

Nous parlerons ici dans un premier temps d'accréditation pour qualifier l'évaluation au sein du secteur sanitaire. Plusieurs textes règlementaires[89] régissent le dispositif d'accréditation des établissements de santé. Le texte fondateur est l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 dite « ordonnance Juppé ». Cette ordonnance crée L'Agence Nationale d'Evaluation en Santé en charge de mettre en œuvre la procédure. Jusqu'en 2001 tous les établissements disposaient de cinq années pour s'engager dans la démarche rendue obligatoire. L'objectif clairement

[89] Procédure de certification des établissements de santé et des structures visées aux articles L.6133-7, L.6321-1, L. 6147-7 et L.6322-1 du Code de la santé publique (V2014)
Décision n°2012.0030/DC/SCES du 22 mars 2012 portant adoption de la procédure de certification des établissements de santé (V2010)
Décision n°2010.11.041bis du 24 novembre 2010 du Collège de la Haute Autorité de Santé portant modification de la procédure de certification des établissements de santé V2010
Décision du 17 décembre 2008 du Collège de la Haute Autorité de Santé adoptant la procédure de certification des établissements de santé V2010 [en ligne] disponible sur <www.legifrance.gouv.fr>

défini étant d'améliorer la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé. En 2004 le législateur crée la Haute Autorité de Santé et lui confère l'intégralité des missions de l'ANAES dont la certification des établissements de santé. L'intervalle entre les deux procédures est réduit à quatre années et le terme certification est substitué au terme accréditation Désormais l'accréditation se réfère à une procédure de gestion des risques. Elle est proposée aux médecins et aux équipes médicales de spécialités dites à risques.

- *L'évolution de la démarche de certification*

La procédure française de certification est fortement inspirée des modèles américains et canadiens. Elle est orientée vers le parcours patient et responsabilise les établissements dans une démarche pédagogique. Aujourd'hui l'HAS[90] est une autorité importante dans le paysage international de la certification. En effet, elle fait partie d'organisations internationales et développe des actions de coopération. Ses actions favorisent le partage des connaissances et des expériences ainsi que le transfert des compétences. Depuis quelques années la procédure de certification est en évolution et s'adapte aux exigences en matière de qualité et de sécurité des soins. La première certification en 1999 visait à promouvoir la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue de la qualité dans les établissements de santé. La seconde phase de la procédure de certification a débuté en 2005 et s'est achevée en 2010. Elle mesure à la fois la mise en place d'une démarche continue de la qualité mais aussi le niveau de qualité atteint dans chacun des items suivants :

- politique et qualité du management,
- les ressources humaines,
- les fonctions logistiques et hôtelières,
- l'organisation de la qualité et la gestion des risques,
- la qualité et la sécurité de l'environnement,
- le système d'information,
- la prise en charge du patient.

[90] Haute Autorité de Santé

La Haute Autorité de Santé a opté pour la V2014 [91]pour une approche par thématique avec la méthode du patient traceur[92] . L'impact recherché par la HAS serait d'intégrer dans la culture du sanitaire :

- *« un management de la qualité et des risques en donnant du sens en termes de qualité à la prise en charge des patients et des conditions d'exercice professionnel*
- *une démarche qualité continue avec la définition des priorités correspondant aux enjeux de l'établissement.*
- *un pilotage des actions qualité*
- *un rapport plus court et ciblé sur les points forts et les points faibles de l'établissement.*
- *l'utilisation de la méthode patient –traceur où le parcours du patient est étudié pour appréhender la collaboration inter-service ».*

Les actions et les résultats sont tracés dans le logiciel SARA[93] au sein d'un Compte Qualité[94] par les établissements dans le but d'être consultés par la Haute Autorité de Santé. Le compte qualité est un élément essentiel de la démarche d'amélioration continue de la qualité et permet un suivi à court, moyen et long terme des actions en place. Il doit être alimenté tous les seize mois par les responsables des structures. Au sein du secteur sanitaire cette démarche est entrée dans la culture mais développons à présent la démarche d'évaluation au sein du secteur social et médico-social.

[91] Procédure de certification des établissements de santé et des structures visées aux articles L.6133-7, L.6321-1, L. 6147-7 et L.6322-1 du Code de la santé publique [en ligne] disponible sur <www.legifrance.gouv.fr>

[92] La méthode du patient-traceur est une méthode d'amélioration de la qualité des soins en équipe pluri professionnelle et pluridisciplinaire. Elle permet d'analyser de manière rétrospective la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours dans l'établissement ainsi que les interfaces et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire afin d'identifier et de mettre en œuvre des actions d'amélioration. Elle prend en compte l'expérience du patient et de ses proches. L'hébergement en EHPAD peut faire partie intégrante du parcours.

[93] Le Security Auditor's Research Assistant (SARA) est un logiciel d'analyse réseau de l'Advanced Research Corporation. Il est dérivé du Security Administrator's Tool for Analyzing Networks (SATAN), développé en 1995

[94] Outil de suivi longitudinal de la démarche qualité et gestion des risques des établissements

2.1.3. L'évaluation au sein des EHPAD

- *Le contexte règlementaire*

Selon Didier Charlanne[95] directeur nommé par le décret du Président de la République « *les départements doivent se situer comme des acteurs réels de l'évaluation dès les phases d'élaboration, de suivi et de mise en œuvre* ». Comme nous avons pu le voir précédemment le dispositif d'évaluation des établissements sociaux et médico-sociaux a été introduit par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Elle est codifiée à l'article L312-8[96] du code de l'action sociale et des familles.

Selon l'Agence Régionale de Santé comme le prévoit le décret n°2007-975 du 15 mai 2007[97] les évaluations internes et externes doivent porter sur les mêmes champs d'analyse et constituent pour les établissements un outil d'aide à la décision. En effet, le dispositif permet aux établissements de mieux connaitre et comprendre les processus et impacts des prestations produites au regard de la finalité de la prise en charge et ceci en tenant compte des objectifs fixés par l'action publique. Le décret du 15 mai 2007 cité en amont indique que « *l'évaluation interroge la mise en œuvre d'une action, sa pertinence, les effets prévus et imprévus, son efficience, en fonction du contexte observé. Elle implique un diagnostic partagé, la construction d'un cadre de référence spécifique d'évaluations, le choix d'outils de mesure et d'appréciations adaptés. Elle repose sur la mobilisation des partenaires concernés aux différentes étapes de a démarche évaluative* [98]».

Cependant il ne faudrait pas que la démarche d'évaluation devienne simplement un temps d'échange sur les pratiques et les représentations institutionnelles. Toujours selon Didier Charlanne derrière l'enjeu principal d'évaluation évoluent des hommes qu'ils soient professionnels ou usagers. Le dispositif d'évaluation doit être incarné et non pas seulement

---

[95] CHARLANNE, Didier. « *Le dispositif d'évaluation dans le secteur social et médico-social* ». Journée d'information du 29 juin 2011 [en ligne] disponible sur www.ars.alsace.sante.fr/.../19042012_maquette_actes_finale.pdf

[96] Art L312-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles [en ligne] disponible sur <www.legifrance.gouv.fr>

[97] Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Journal Officiel du 16 mai 2007 n°113 p9373 texte n°225 [en ligne] disponible sur <www.legifrance.gouv.fr>

[98]« *Fiche juridique sur l'évaluation interne* » page 1 [en ligne] disponible sur www.**ars.languedoc-roussillon-**midi-pyrenees.sante.fr/

abordé sous un œil administratif ou technocratique. Pour aider les professionnels à appréhender au mieux la démarche l'ANESM[99] voit le jour inaugurée par Philippe Bas.

- *L'ANESM Une Agence de professionnels pour des professionnels*

  - ses missions

Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 L'ANESM est née de la volonté par les pouvoirs publics d'accompagner les établissements dans leur démarche d'évaluation et d'affirmer une réelle politique de bientraitance aux seins des établissements accueillant des personnes âgées , des personnes porteuses de handicap, des enfants et des adolescents en danger. L'Agence a succédé au Conseil National de l'Evaluation Nationale et Médico-sociale. L'obligation de l'ANESM est de mettre en place un système d'évaluation interne en continu. Le législateur prévoit que cette évaluation soit réalisée au regard des recommandations, procédures et références validées puis produites par l'Agence. L'une des premières missions de l'ANESM est donc de donner aux ESSMS[100] des outils pour qu'ils puissent mettre en œuvre l'évaluation interne. Les établissements ont dans un second temps l'obligation de faire procéder deux fois au cours d'une période d'autorisation de quinze ans à une évaluation externe par un organisme habilité par l'Agence. La seconde mission de l'ANESM consiste pour cela à habiliter les organismes d'évaluation externes, dont les résultats subordonnent exclusivement la décision de renouvellement ou non du fonctionnements des établissements au titre de l'article L.313-1[101] du Code de l'action sociale et des familles.

  - Son organisation

L'ANESM compte à ce jour vingt-sept emplois temps pleins. Elle se compose de deux services principaux :

- un service de recommandations : en 2016 quarante-sept recommandations de bonnes pratiques publiées,
- un service d'habilitation.

[99] Agence Nationale d'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et services sociaux et Médico -sociaux
[100] Etablissements Services Sociaux et Médico-sociaux
[101] Art L313-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles relatif au renouvellement des autorisations de fonctionner [en ligne] disponible sur <www.legifrance.gouv.fr>

Didier Charlanne assure la gestion du groupement d'intérêt public en s'appuyant sur des instances plurielles :

- le conseil d'administration qui délibère sur le programme d'activité, sur le budget, sur les emprunts et les modifications de la convention et des instances de travail,
- le conseil scientifique qui garantit la qualité de la démarche suivie pour l'élaboration des recommandations de pratiques professionnelles,
- le comité d'orientation stratégique. Celui-ci a deux orientations principales :
  - alimenter le programme de travail,
  - donner son avis sur les recommandations formulées par l'Agence afin de s'assurer de leur opérationnalité.

L'ANESM ne réalise donc pas un travail administratif mais s'appuie sur un réseau de professionnels et sur les services de l'Etat. Son champ de compétence recouvre les personnes handicapées, l'inclusion sociale, l'enfance, les appartements thérapeutiques, l'addictologie, les services à domicile et le secteur des personnes âgées. Selon les Agences Régionales de Santé, l'évaluation doit être distinguée du contrôle, de la certification et de l'évaluation réalisée dans le cadre d'une signature d'un contrat, dans la mesure où elle n'a comme but que l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

2.2. LE DISPOSITIF D'EVALUATION EN EHPAD

2.2.1. L'évaluation interne, une auto-évaluation des pratiques

Comme nous le dit Pierre Savignat, « *évaluer un établissement ou un service c'est d'abord le questionner dans le but de produire de la connaissance finalisée au service de l'action et facilitant un jugement de la décision. Pour construire un questionnement il y a une pluralité de méthodes et d'approches*[102] ».

[102] SAVIGNAT, Pierre. « *Evaluer les établissements sociaux et médico-sociaux*. » Coll. Santé Sociale, Dunod, p 249

Cette citation peut s'inscrire dans l'idée que l'évaluation interne a pour but de favoriser la collaboration de tous les partenaires : professionnels, résidents, familles, proches, bénévoles, mais aussi les gestionnaires des établissements ainsi que les autorités publiques. Le questionnement permet alors une vision pluridisciplinaire de l'accompagnement et favorise la perception de valeurs, des représentations qui ne sont pas toujours affirmées en tant que telles. Toujours selon l'auteur la démarche participative est assurée par la mise en place d'un comité de pilotage afin de coordonner l'organisation et la mise en œuvre opérationnelle de l'évaluation et surtout faire entendre la parole de chacun des participants.

Pour Didier Charlanne, l'évaluation doit avoir lieu au regard des recommandations de pratiques professionnelles. L'article L.312-8 du code de l'action et des familles prévoit que l'évaluation porte sur les activités et la qualité des prestations délivrées avec l'évaluation des réponses aux besoins et attentes des usagers. L'auteur nous dit alors que l'évaluation interne doit être menée selon une grille d'analyse préalablement conçue par l'établissement ou le service afin de garantir son adéquation à l'activité réalisée et au type de résidents accueillis. Lors de la création de ce référentiel, il semble essentiel de promouvoir une adhésion de tous les acteurs de la structure, afin de pouvoir créer une grille adaptée à l'activité de chacun. La démarche ne dépend alors pas seulement de la Direction de l'établissement mais bien de l'ensemble du personnel comme évoqué précédemment.

Des outils d'accompagnement de la démarche évaluative ont été proposés aux établissements par l'ANESM. L'Agence a publié un guide[103] relatif à la conduite de l'évaluation interne dans les ESSMS. En 2009 la loi HPST précise que l'évaluation interne est un système continu. Ainsi, il est demandé aux services et établissements de se questionner sur la qualité des prestations qu'ils délivrent non pas une fois tous les cinq ans mais de façon quotidienne. En effet, Didier Charlanne évoque le fait que pour les EHPAD, dans lesquels la moyenne de résidence est de vingt-deux à vingt-quatre mois, mener une évaluation tous les cinq ans reviendrait à ne pas prendre en compte une génération de résidents. Le calendrier de la loi prévoit donc que les établissements et services sociaux et médico-sociaux transmettent trois rapports d'évaluation interne au cours de la période d'autorisation de quinze ans. Toutefois, un régime dérogatoire est prévu pour les établissements ayant été autorisés avant l'entrée en

[103] Recommandation. « *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements sociaux et médico-sociaux.* » 2006 [en ligne] disponible sur < www.anesm.sante.gouv.fr>

vigueur de la loi HPST, ces derniers devant remettre un rapport d'évaluation interne au plus tard trois ans avant le renouvellement de leur autorisation.

Suite à sa réalisation, l'évaluation interne doit être formalisée dans un rapport transmis par l'établissement ou le service aux autorités ayant délivré l'autorisation afin de faire l'objet d'une étude dans la perspective de l'évaluation externe conditionnant le renouvellement de l'autorisation. Les résultats doivent porter non pas sur une analyse ponctuelle mais sur un suivi au cours des cinq dernières années. Il s'agit alors de rendre compte de l'activité de la structure en associant des documents et de la traçabilité aux résultats. Selon Didier Charlanne, pour un Directeur cela peut-être l'opportunité de rendre plus lisibles les priorités vis –à-vis des administrateurs de la structure. Reposant sur une analyse factuelle, les évaluations internes permettent de produire des résultats que les établissements traduisent en un plan d'action contribuant à améliorer la qualité des prestations et du service rendu. Pour cela les établissements mettent en place une méthodologie également proposée au sein des recommandations de l'ANESM :

- analyse stratégique des résultats de l'évaluation interne par la Direction qui détermine un plan qualité fixant les actions prioritaires et déterminant un échéancier,
- définition d'un système qualité pour pérenniser la démarche d'amélioration continue de la qualité,
- désignation d'un responsable qualité coordonnateur de la démarche,
- mise en place de différents groupes de travail multidisciplinaires permettant de concrétiser sur le terrain les pistes d'amélioration.

Le responsable qualité exerce le suivi des plans d'actions et alimente le Plan d'Action Qualité lorsqu'une action est concrétisée. L'évaluation interne est donc une étape essentielle à la mise en œuvre de l'évaluation externe.

2.2.2. L'évaluation externe, un œil extérieur sur l'établissement

Réalisée par un organisme extérieur à la charge et au libre choix des établissements, l'évaluation externe est réglementée par le décret 975-2007 du 15 mai 2007[104]. L'évaluation peut être scindée en trois étapes selon l'ANESM :

- la première concerne l'effectivité des droits des usagers et de leur famille avec la mise en place par les établissements de tous les documents prévus par le législateur et abordés au début de ce travail : conseil de vie social, le livret d'accueil, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement le projet personnalisé, la protection juridique des usagers ;
- la seconde étape concerne la prévention des risques liés aux vulnérabilités spécifiques des usagers et la façon dont elle est organisée et prise en compte dans l'établissement ;
- la troisième étape concerne l'évaluation des réponses aux besoins et attentes des usagers.

Selon Didier Charlanne, le dispositif permet à la fois une mesure et un suivi en continu de l'activité par rapport aux caractéristiques des personnes accompagnées et une garantie que les prescriptions règlementaires et législatives sont bien prises en compte. Cependant, l'analyse serait subtile selon Pierre Savignat *« ce n'est que par l'observation des pratiques et des entretiens qualitatifs que la mise à jour des écarts peut réellement se réaliser* [105] *»*. L'évaluation externe permet alors de pointer du doigt et de valoriser ce qui a été fait par la structure et ce qui lui reste à faire, l'écart qui peut être mesuré et les pistes et axes d'amélioration prioritaires qui peuvent être développés dans la structure. Cette dynamique constituerait –elle alors un levier pour faire de la qualité du service rendu une priorité ?

Christian Marechal nous dit que « *en matière de travail médico-social, il est vrai que la tâche d'évaluer les effets est ardu, en ce sens que l'objet social est inscrit dans une perpétuelle mouvance et qu'on ne saurait alors le découper en le détachant, à un moment donné, de son contexte global* [106]*»*.

---

[104] Décret 975-2007 du 15 mai 2007 Op.cit. p 35

[105] SAVIGNAT, Pierre. *« Conduire l'évaluation externe dans les établissements sociaux et médico-sociaux. »* 2ème édition, Dunod, 2004, p 24

[106] MARECHAL, Christian. « *Comprendre l'évaluation dans le secteur social et médico-social développer la bientraitance par l'évaluation interne et externe ».* Éd lexitis, 2011, p 18

L'œil des évaluateurs porte sur les activités et la qualité des prestations que délivrent les établissements et services. La complémentarité des regards successifs portés sur une même structure active et vivante dans le cadre d'une évaluation interne puis externe permet de disposer de points de vue croisés. Ces derniers facilitant peut-être une aide à la décision et une vision de l'avenir de la structure. A l'issue de l'évaluation externe, l'organisme remet à l'établissement un rapport préliminaire qui peut être contesté et faire l'objet d'échanges avec la Direction. Puis le rapport est finalisé avec la mise en exergue des points forts, des propositions et des pistes d'amélioration, le cas échéant. Les évaluateurs proposent la mise en place d'un plan d'action. Le rapport est remis à l'organisme gestionnaire de l'établissement.

Comme nous avons pu le voir en amont dans ce travail le renouvellement d'autorisation de fonctionner de l'établissement dépend du rapport des évaluateurs externes. L'évaluation externe ayant lieu deux fois sur la période d'autorisation, la démarche qualité poursuit une dynamique en mettant en œuvre les actions d'amélioration, compte tenu des résultats d'évaluation.

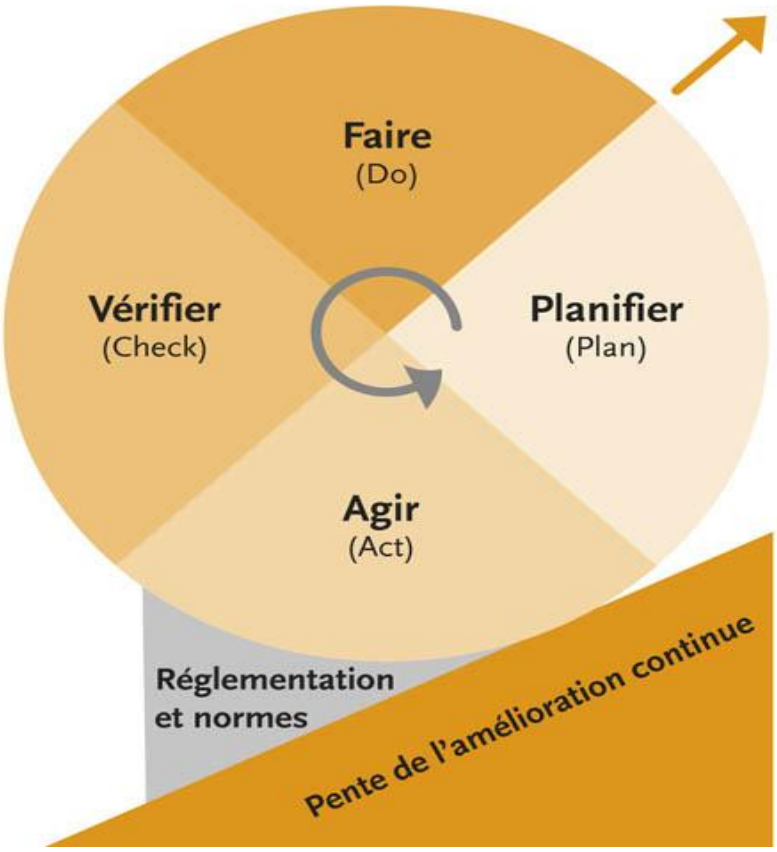
Cependant, nous ne pouvons évoquer la notion de dynamique sans mobiliser ici le concept de pérennité. En effet, les changements induits par le regard nouveau porté sur l'activité impliqueraient de nouvelles manières de travailler. L'apprentissage collectif, l'adhésion de tous restent des facteurs indispensables pour mettre en place une méthodologie favorisant des actions pérennes. Mais que signifie la pérennité, que signifie durer dans le temps dans un contexte en constante évolution et perpétuelle mouvance comme le souligne Christian Marechal ? Avant de développer une approche plus précise de la pérennité abordons à présent la place du dispositif d'évaluation dans la démarche qualité afin de comprendre la relation entre les deux concepts.

2.3. LE DISPOSITIF D'EVALUATION EN EHPAD ET LA DEMARCHE QUALITE

2.3.1. La place des évaluations dans la démarche qualité

Lorsque nous évoquons l'évaluation interne et externe nous parlons de dispositif d'évaluation. Selon sa définition, un dispositif est *« un ensemble de mesures prises, de moyens mis en*

œuvre pour une intervention précise[107] ». Comme nous avons pu le voir précédemment les évaluations tiennent une place particulière dans la démarche d'amélioration continue de la qualité, celle-ci se poursuivant dans le temps par la concrétisation de plans d'action décidés ou de préconisations mises en exergue dans les rapports. La circulaire du 20 octobre 2011[108] souligne le lien entre évaluation et démarche qualité. Celle-ci se base sur la roue de Deming[109] ou boucle de l'amélioration continue qui se décompose en plusieurs étapes selon le principe Planifier-faire-vérifier-agir.



Source : www.enssib.fr/bibliothèque-numérique/notices/61230-schema-de-la-roue-de-deming

Les quatre phases de la roue doivent être répétées tant que le niveau de qualité attendu n'est pas atteint. La première étape de la roue de Deming étant la planification des actions (plan), l'établissement définit la stratégie à mettre en place et les moyens à mobiliser pour atteindre

[107] Dictionnaire Le Petit Robert
[108] Circulaire du 20 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et à la qualité des prestations délivrées dans les ESSMS [en ligne] disponible sur < www.légifrance.fr>
[109] Roue populaire suite à sa présentation au Nippon Keindanren dans les années cinquante par le statisticien William Edouard Deming

les objectifs fixés. Les moyens peuvent être d'ordres logistiques, financiers, organisationnels ou humains.

La seconde étape relève de la mise en œuvre des actions planifiées (do). Cette étape se caractérise par l'exécution des actions et le fait de développer, réaliser, mettre en œuvre ce que l'on a prévu.

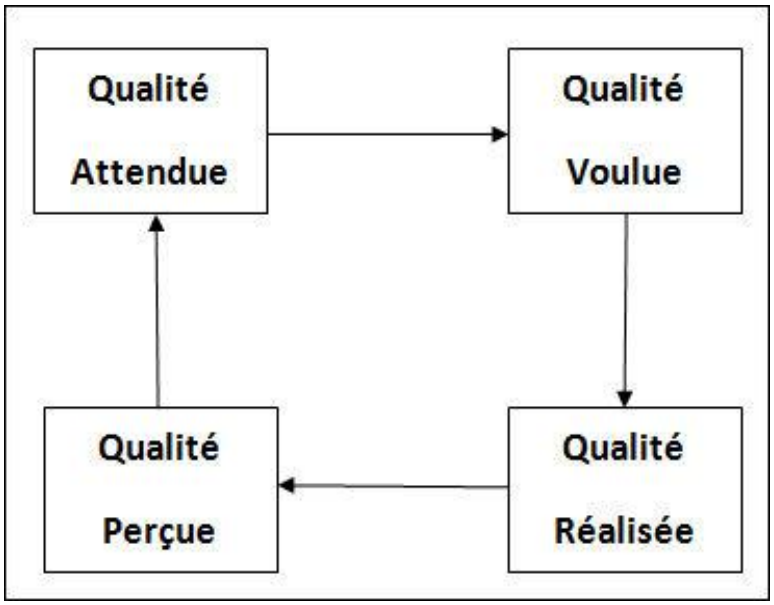
La troisième étape (check) contrôle et vérifie ce que l'on a réellement fait à l'aide d'indicateurs qui peuvent être institutionnels ou proposés par l'ANESM.

Enfin, la quatrième étape (act) permet d'agir, de réajuster et de travailler sur les écarts en mettant en place des actions correctives relatives aux points faibles mis en exergue. Les points forts sont également retenus. Afin d'éviter un retour en arrière et permettre la capitalisation d'un système qualité, nous pouvons constater la présence d'une cale appelée réglementations et normes symbolisant l'entretien d'un système formel incluant les procédures écrites, des audits réguliers et les décisions.

2.3.2. Le cycle de la qualité pour une démarche pérenne

Le lien entre les exigences du client et sa satisfaction comporte une part de subjectivité et implique de distinguer plusieurs catégories de qualité selon le point de vue de l'usager et des professionnels. Le carré d'AVEROUS[110] ou cycle de la qualité permet d'illustrer cette hypothèse :

[110] AVEROUS, D et AVEROUS, B. « *Mesurer et manager la qualité de service*. » Ed Julhiet 2ème édition, 1998



Source : www.definitions-marketing.com/definition/**carre**-de-la-qualite/

Bernard et Danièle AVEROUS définissent quatre types de qualité :

- **la qualité attendue** par le client qui se construit autour de ses attentes mais aussi par son expérience antérieure. La difficulté peut parfois résider dans l'absence de souhaits clairement définis par l'usager. La mise en place du projet d'accueil et d'accompagnement reste un outil essentiel dans le recueil des besoins et attentes des usagers en favorisant l'expression et la liberté de choix de vie.

- **la qualité voulue** par les établissements qui est ce que l'établissement prévoit pour la satisfaction des usagers .La mise en place des différents outils[111] de la loi du 2 janvier 2002[112] peut traduire la volonté d'informer les usagers sur leur droit au sein de la structure.

- **la qualité réalisée et reçue réellement** par le client exprime le niveau de qualité atteint par l'établissement et peut se mesurer à l'aide d'indicateurs.

- **la qualité perçue** qui dépend de la qualité attendue et de la qualité délivrée permet quant à elle de connaître la satisfaction de l'usager et son ressenti par rapport à ses attentes initiales. Les questionnaires de satisfaction ou les groupes de parole peuvent être des outils porteurs de messages.

[111] Livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement, projet personnalisé.
[112] Loi du 2 janvier 2002 op.cit.p3

Selon les auteurs, la prise en compte des besoins et des attentes des usagers doit permettre de réduire :

- l'écart de conception c'est-à-dire l'écart entre qualité attendue et qualité voulue,
- l'écart de perception : écart entre qualité perçue et qualité délivrée,
- l'écart de satisfaction : écart entre qualité perçue et qualité attendue.

L'ensemble de ces écarts constitue les multiples actions à mettre en œuvre dans la démarche qualité et contribue potentiellement à faire le lien entre la démarche d'amélioration continue de la qualité et le dispositif d'évaluation. Cela nous amène à présent à développer le concept de pérennité lequel pourrait également illustrer la marche en avant incessante de la roue de Deming.

3. LA PERENNITE ET SES CONTOURS

3.1. LA PERENNITE UN CONCEPT ET UN PROCESSUS

3.1.1. Une définition au sein du secteur de l'entreprise

Le petit Larousse qualifie la pérennité comme « *un caractère, un état de ce qui dure toujours*[113] ». Cependant selon Sophie Mignon le terme de pérennité « *recèle une ambiguïté sémantique* [114]».

Au sein de l'entreprise, il n'existerait pas une mais des pérennités les uns souhaitant faire perdurer un patrimoine pour pérenniser le contrôle de l'entreprise et d'autres faire perdurer un projet entendons par projet produits , marques. Cette dernière hypothèse inclut la prise en compte d'un contexte et de multiples bouleversements externes et internes. Toujours selon l'auteur, une entreprise pérenne doit à la fois gérer son évolution tout en gardant son identité

[113] Dictionnaire Le Petit Larousse

[114] MIGNON Sophie. « *La pérennité organisationnelle. Un cadre d'analyse : introduction.*» Revue française de gestion 2/2009 (n° 192), p. 73-89 [en ligne] disponible sur < www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2009-2-page-73.htm >

.

et être en capacité de se remettre en question dans le respect de ses valeurs fondamentales. Sophie Mignon avance que les études menées sur la pérennité montrent que l'équilibre entre changement et continuité dépend de la capacité des entreprises à développer une culture forte et des valeurs uniques dans l'idée de préserver un noyau dur par-delà les changements. Cependant, comment définir un noyau dur garant d'une identité et d'une culture dans un contexte où les hommes, les lieux, les activités changent régulièrement ?

Sophie Mignon démontre alors l'importance de prendre en compte la culture, l'histoire, la tradition, les valeurs humaines, les axes stratégiques permettant de privilégier le maintien et la reconnaissance du métier dans un processus d'évolution ou de changements des pratiques. L'apprentissage du changement dans la continuité, d'évolutions possibles reste alors en corrélation avec un certains nombres d'invariants.

Prenons à présent l'exemple afin de pouvoir illustrer nos propos et de faire un lien avec le fond de ce travail, du concept de pérennité à travers l'analyse du processus de pérennité défini par l'ONG Handicap International au sein d'un guide méthodologique destiné aux professionnels de santé.

3.1.2. L'analyse du processus de pérennité à travers l'expérience d'Handicap International

La pérennité étant généralement un concept aux contours complexes Handicap International a lancé une étude sur quatre ans relative à la pérennité dans le secteur de la réadaptation fonctionnelle. L'étude menée de 2009 à 2012 avait pour objectif de développer des outils pouvant être utilisés d'une part par les professionnels et d'autre part par les décideurs afin de s'entendre sur les objectifs à atteindre.

Le processus d'analyse de la pérennité évoqué dans ce paragraphe a été inventé pour aider les gestionnaires d'entreprise d'une part à identifier les relations de cause à effets liées à la performance et d'autre part à prendre des décisions stratégiques. Il consiste en « *une approche de planification coordonnée visant à faciliter le développement d'une vision commune de la pérennité parmi les différents acteurs d'un système .Il décrit comment obtenir*

un consensus sur une vision commune, et comment définir des indicateurs de pérennité[115] *qui peuvent être utilisés pour suivre les progrès réalisés*[116] *»* . Cet outil pratique pourrait aider tous les acteurs d'un système à comprendre les différentes composantes de la pérennité et à analyser ce concept par rapport à leur propre système.

En 2009, le premier auteur du guide a adapté cette méthode au secteur de la santé. Cette méthode allie les perspectives des multiples acteurs par une démarche participative. Selon les acteurs d'Handicap International la pérennité est devenue l'objectif ultime à long terme des différents programmes de développement international. Cependant, la définition de la pérennité semble être différente selon les acteurs. Afin d'établir un consensus sur une vision commune de la pérennité Handicap International, l'ICED[117] et la LSHTM[118] ont établi un guide méthodologique, lequel nous semble transposable au secteur médico-social, objet de ce travail. Selon le guide, un système pourrait être défini comme potentiellement pérenne lorsque la qualité du système est maintenue ou s'améliore dans le temps. Cependant, la notion de qualité reste subjective et il est donc essentiel de définir ce qu'est la qualité pour chacun des acteurs. L'espace est également un élément important de la pérennité tout autant que le temps dont les limites spatiales et temporelles sont à définir clairement. Dans le cadre de l'analyse du processus de pérennité le guide propose « *un cadre d'analyse de la pérennité* »[119], outil conceptuel qui a été développé sur la base d'expériences provenant de la communauté des ONG[120]. Il se concentre sur le système au lieu de se focaliser sur le projet, le projet étant un moyen de contribuer à la pérennité du système. Cet outil est basé sur l'hypothèse que la pérennité « *est un concept multidimensionnel qui englobe un large éventail d'éléments*[121] ». On retrouve alors dans les différents éléments pris en compte les caractéristiques des structures médico-sociales :

- **Le contexte** est encore une fois cité comme un élément majeur influant sur les effets tant positifs que négatifs de la pérennité :

[115] Un indicateur de pérennité est une mesure spécifique de la performance d'un système, qui est surveillé au fil du temps via un système de suivi
[116] BLANCHET Karl, BOGGS Dorothy. « *Le processus d'analyse de la pérennité : l'exemple de la réadaptation fonctionnelle* ». Direction des ressources techniques Décembre 2012 p10 [en ligne] disponible sur <www.hiproweb.org>
[117] International Centre for Evidence of Disability
[118] London School of Hygiene and Tropical Medicine
[119] Ibid. P16
[120] Organisation Non Gouvernementale
[121] Ibid. P16

- contexte national,
- organisation interne,
- organisation externe.

- **Les acteurs**

Comprendre les différents rôles et responsabilités des principaux acteurs impliqués dans la pérennité d'un établissement ou d'un service semble essentiel. A tous les niveaux les acteurs doivent être identifiés et leurs liens analysés permettant en quelque sorte une cartographie des relations.

- **La qualité des services avec les effets sur la santé des populations**
- **Les prestations de services proposées**
- **Le management pratiqué au sein de l'établissement gestion des ressources humaines, la gestion financière…**
- **La prise en compte des ressources extérieures et notamment la prise en compte des usagers et des représentants des usagers, bénévoles ….**

Selon l'analyse d'Handicap International tous ces éléments doivent être pris en compte afin de pouvoir pérenniser une action. Cependant, certains facteurs sont mis en exergue et auraient une influence majeure sur la pérennité.

- La pérennité est étroitement liée au contexte et aux relations entre les acteurs au sein d'un secteur
- La pérennité d'un secteur dépend du degré de cohérence qui existe entre les multiples acteurs
- Le dysfonctionnement des relations humaines peut être un facteur compromettant pour la pérennité.

Contexte et acteurs semblent alors étroitement liés au suivi et à l'évaluation de la pérennité au quotidien. Impliquer les parties prenantes et identifier les nombreuses perspectives sont les deux premières étapes du processus de sélection des indicateurs de pérennité cités au début de ce paragraphe. Parvenir à un consensus sur le choix des indicateurs de pérennité serait un

autre élément essentiel de tout processus de décision politique d'établissement. Les indicateurs deviennent alors des outils utilisés à des fins de planification, mais aussi de communication à propos d'une situation.

Selon le guide, les indicateurs de pérennité peuvent :

- à la fois permettre des mesures qualitatives et quantitatives
- être déterminés par une démarche participative sur l'ensemble du secteur
- être intégrés dans la planification des programmes et l'élaboration de la politique de l'établissement

.Le guide propose la méthode SMART selon laquelle on retrouve des indicateurs :

- **S**pécifiques (refléter les éléments que le projet est amené à changer),
- **M**esurables (pouvoir être mesurés et analysés),
- **A**mbitieux (être cohérents avec les ressources et les capacités du projet),
- **R**éalistes (être faciles à collecter),
- **T**emporels (être limités par une date butoir de réalisation).

A l'issue de cette présentation d'un outil d'analyse du concept de pérennité nous pourrions mettre en corrélation la méthodologie employée par Handicap International et la méthodologie de l'évaluation interne et externe permettant aux différents participants d'acquérir une connaissance en profondeur de l'état actuel de l'établissement. Alors qu'en est-il de la pérennité au sein du secteur médico-social ? Pouvons-nous parler de pérennité aujourd'hui ?

3.2. LA PERENNITE AU SEIN DES EHPAD

3.2.1. S'adapter pour pérenniser

Pour s'adapter aux nouveaux besoins des populations dites fragiles, suscités par l'augmentation de l'espérance de vie et l'augmentation du nombre de personnes âgées, l'offre de santé des ESMS[122] évolue. Si les missions des établissements semblent bien définies dans les textes règlementaires et législatifs, l'objectivation de l'activité et la qualité du service rendu aux usagers reste une difficulté. En effet, la description des prestations proposées et des ressources mobilisées est devenue indispensable dans un contexte de réformes, d'autorisation, de contractualisation ou d'évaluation.

De ce fait il apparaitrait nécessaire pour les établissements de décrire :

- les missions, les objectifs et les modalités de réalisation de ces derniers,
- les prestations réalisées, la population accompagnée et les activités produites
- les modalités de mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières
- l'inscription de l'intervention des ESMS dans un contexte territorial.

La démarche d'objectivation nécessite alors une rigueur méthodologique permettant la construction d'une objectivité basée d'une part sur la fiabilité des données recueillies et analysées et d'autre part sur la confrontation des points de vue des acteurs impliqués dans la démarche.

3.2.2. Les indicateurs de suivi de la qualité en EHPAD, outils de pérennité pour la démarche qualité ?

Selon l'ANESM, un indicateur est une information choisie, une variable qui aide à mettre en œuvre un ou plusieurs processus pour répondre aux objectifs d'accompagnement et de soins et évaluer leurs effets sur les résidents. L'indicateur doit permettre un questionnement évaluatif du thème étudié lorsqu'est mis en exergue une qualité insuffisante des effets mesurés

[122] Etablissements Sociaux et Médico-sociaux

ou lorsque sa valeur varie d'une mesure à l'autre. Enfin, un indicateur est avant tout un outil de mesure de l'effet du plan d'amélioration mis en place à la suite de l'évaluation.

Les données déterminant la construction d'un indicateur doivent être vérifiables, quantifiables et faciles à retrouver. Cependant, même lorsqu'un indicateur donne une information précise, celle-ci reste toujours partielle et ne prend du sens qu'associée à d'autres éléments d'analyse. L'ANESM précise que le suivi des indicateurs permet à l'établissement de disposer de données quantitatives sur son activité et peut constituer un point de départ pour un questionnement de la part des différents acteurs. Les constats réalisés sur leur évolution constituent alors une porte d'entrée dans la démarche d'évaluation interne ou de la poursuivre en s'interrogeant sur les pratiques professionnelles. Selon l'Agence, « *l'évaluation aide à comprendre les constats effectués, à analyser les écarts constatés par rapport à soi-même, le suivi des indicateurs permettant de mesurer le cheminement d'un établissement entre deux évaluations*[123] ».

CONCLUSION

Comme nous avons pu le constater tout au long de ce travail démontrer la qualité de ses prestations auprès du public et des usagers est devenu une nécessité dans un contexte de plus en plus concurrentiel pour les structures. Cependant, la notion d'évaluation a été véritablement introduite dans le secteur médico-social par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Celle-ci impose une démarche d'évaluation interne tous les cinq ans et une évaluation externe tous les sept ans. Toutefois nous ne pouvons occulter le fait qu'une démarche d'amélioration de la qualité doit être toujours pensée au service de la personne accompagnée. Dans la pratique la qualité se décline alors sous deux formes :

- La qualité externe relative à la satisfaction des usagers
- La qualité interne correspondant à l'amélioration de l'organisation interne de la structure.

[123] Recommandation. « *L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées.* » 2008, p 22 [en ligne] disponible sur <www.anesm.fr>

L'objet étant de mettre en œuvre des moyens permettant de repérer et de limiter les dysfonctionnements. La qualité interne passe par une étape d'identification et de formalisation des processus internes dans le cadre d'une démarche participative.

Cependant évaluer reste une notion subjective. Dans la loi du 2 janvier 2002 l'évaluation est considérée comme une démarche visant à apprécier la réalisation d'un service au regard de valeurs énoncées à partir d'un référentiel de bonnes pratiques. Considérer l'évaluation comme une démarche consiste alors à définir un objet d'évaluation, le mesurer, le confronter afin d'agir et de réajuster une action. Identifier le domaine de l'évaluation ne pourrait-alors se faire sans tenir compte du contexte et des acteurs, sans la production d'indicateurs permettant d'apprécier les effets de l'action et enfin sans recherche de causalité des résultats obtenus. Pour Michel Laforcade[124] , l'évaluation est le moyen d'atteindre la qualité. Il existe entre évaluation et qualité un ordre logique et chronologique. Selon l'auteur l'évaluation rend possible la démarche qualité. Toujours selon l'auteur, celle-ci conduit vers un processus de changement et articule le vouloir, le savoir et le pouvoir. La qualité ne peut donc se mesurer à une méthodologie ou l'obtention d'un renouvellement de fonctionner, elle est un véritable état d'esprit.

Evaluation et qualité semblent ainsi deux notions étroitement liées, mais non équivalentes. La première présente des caractéristiques ponctuelles, rythmées dans le temps alors que la seconde est une manière d'appréhender ses pratiques. Ce qui nous amène à présent après cette approche théorique et conceptuelle à mettre en exergue au sein de note seconde partie la réflexion et la problématique de ce travail de recherche à travers la restitution de notre enquête de terrain.

[124]DUCALET, Philippe. LAFORCADE, Michel. « *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* ». Paris : Seli Arslan, Coll. Penser l'action sanitaire Broché 3ème édition, 2008

PARTIE 2

RESTITUTION DE NOTRE ENQUETE AUPRES DE RESPONSABLES QUALITE EHPAD

Enquête réalisée auprès de dix responsables qualité exerçant au sein d'un EHPAD non rattaché à un Centre Hospitalier du Département de l'Isère de mars 2016 à juin 2016.

1. ENJEUX ET METHODE

1.1. LA REFLEXION DE NOTRE ENQUETE

1.1.1. Une problématique tournée vers l'avenir du dispositif d'évaluation

Depuis une vingtaine d'années, la question de la dépendance des personnes âgées à domicile ou en institution est devenue particulièrement sensible. Outil d'une politique publique développée en France pour répondre aux attentes des usagers, le dispositif d'évaluation interne et externe a pour objectif pour les EHPAD d'avoir une photo de leurs prestations et d'améliorer ce qui peut l'être tout en maintenant ce qui marche bien. Cependant plus qu'une photo à un instant T le dispositif doit permettre une réflexion des professionnels sur leurs pratiques de façon durable. Nous poserons alors la problématique suivante : Dans quelles mesures le dispositif d'évaluation interne et externe peut-il favoriser la pérennité de la démarche qualité en EHPAD ? Dans quelles mesures le dispositif d'évaluation pourrait-il permettre aux acteurs de pérenniser la démarche qualité ? Un outil de loi permet-il de favoriser la pérennité d'une démarche institutionnelle ? Après notre recherche théorique plusieurs hypothèses s'offrent à nous :

- Le dispositif d'évaluation interne et externe permet de favoriser la pérennité de la démarche qualité si la Direction est impliquée, si une démarche participative et démocratique est mise en œuvre par la Direction et les responsables qualité.
- Le dispositif d'évaluation interne et externe ne permet pas la mise en place d'actions pérennes dans la démarche qualité si le seul objectif est une réponse à la loi, si le responsable qualité n'a pas un temps dédié et formalisé pour mettre en place et assurer le suivi des actions, si un temps d'appropriation de l'outil pour tous n'a pas été anticipé.

Autant d'hypothèses que nous allons chercher dans la suite de ce travail à démontrer tout en tenant compte de la théorie du cube de Husserl[125] . Celle-ci démontre que nous ne pouvons tout voir,, toutes les faces du cube ne sont pas visibles et la vérité « vraie » n'existe

[125] Fiches de cours › Lycée › Philosophie [en ligne] disponible sur <www.keepschool.com>

pas. L'objet que l'on perçoit se donne par esquisses. Chaque perception d'une chose ne serait qu'une vue sur elle et annonce une multitude d'autres vues possibles. Ainsi, selon HUSSERL une face d'un cube annoncerait les autres faces qui lui sont juxtaposées dans l'espace. L'auteur se demande alors :

« *Dans quelles mesures exactement l'objet est-il hors de moi et/ou en ma représentation ?*

Dans quelle mesure exactement est-il signifiant et tout à la fois résistant et opaque [126]*» ?*

Nous n'aurons pas la prétention de mobiliser des théories philosophiques au sein de ce travail mais la théorie de Husserl nous semblait intéressante pour avancer avec prudence tout au long de notre analyse. Abordons à présent notre méthode dans la réalisation de notre recherche.

1.1.2. L'entretien exploratoire point de départ d'une interrogation inattendue

Dans un premier temps nous avons réalisé un entretien exploratoire téléphonique avec un médecin inspecteur de santé publique. L'entretien exploratoire avait pour objectif de pouvoir dégager des thèmes, des termes accrocheurs et d'avoir une approche sur l'objet de notre recherche. Nous avons également souhaité poser les bases contextuelles de notre enquête de terrain et comprendre de l'œil des tutelles, l'objectif et les enjeux du dispositif d'évaluation interne et externe pour les EHPAD. L'entretien téléphonique ne fut pas un exercice aisé car nous avons dû allier conversation et retranscription tout en tenant compte des moments captés tels impressions de sourires, hésitations, agacements. Lors de notre prise de contact par mail notre interlocuteur n'a pas souhaité nous rencontrer physiquement et a préféré l'entretien téléphonique pour répondre à nos questions. Nous avons conversé durant trente minutes, temps accordé par notre interlocuteur pressé et directif. L'enregistrement fut possible mais notre interlocuteur a souhaité rester anonyme. Nous avons respecté ce choix et avons proposé à notre interlocuteur de consulter cet entretien afin de donner son accord quant à sa publication. Ce dernier a accepté notre proposition. Nous avons récolté un certain nombre de données liées à notre recherche et avons pu les utiliser en parallèle de nos premières lectures pour mettre en exergue notre problématique et définir de façon plus précise

[126] DUFOURCQ, Annabelle. « *La dimension imaginaire du réel dans la philosophie de Husserl ».* Springer, 2011, p 4

l'objet de notre recherche. Lors de notre entretien exploratoire un passage a particulièrement attiré notre attention et a modifié notre méthode quant au choix du terrain enquêté :

(EX7) : classez-vous les EHPAD par statuts ?

(ex7) : ***on m'a déjà posé cette question dans le cadre de recherche de maltraitance en relation avec le statut de l'établissement … non mais oui en quelques sorte nous avons des priorités dans nos études et oui bien sûr les moyens d'un EHPAD hospitalier ne sont pas les mêmes…***

(EX8) : vous pouvez m'en dire plus ?

(ex8) : ***hésitation cherche ses mots. (Silence) En quelques mots je m'explique les EHPAD qui dépendent d'un Centre Hospitalier n'ont pas les mêmes moyens qu'un EHPAD autonome[127] par contre…euh… je m'explique je parle de moyens comprenant les techniques d'informations, les relations avec les instances pas les moyens humains. Certains EHPAD dépendant d'un centre hospitalier sont moins lotis en personnel qu'un EHPAD autonome mais je parle également de culture. Les EHPAD hospitaliers bénéficient du Clin[128], du Clud[129] de toutes les instances de la qualité et des protocoles et procédures formalisés. Les EHPAD autonomes doivent travailler avec des recommandations et doivent s'approprier ces recommandations, la démarche est différente et plus compliquée. Nous traitons en particulier les EHPAD autonomes …certains font partie d'associations ou de fondations que nous aidons dans leurs démarches d'encadrement de leurs structures c'est compliqué on veut travailler sur la notion de culture une culture ça se perpétue, se remettre en question toujours… euh.. voilà l'objectif principal***

(EX9) : c'est-à-dire se perpétuer ?

(ex9) : et bien vous.. Vous…vous avez la culture d'évaluation des pratiques en milieu hospitalier vous bénéficiez des ramifications de la certification ce qui manque aux EHPAD non hospitaliers. C'est quelquefois cette culture de se dire comment je fais les choses pourquoi je les fais et pour qui se remettre en question avant tout c'est important. Les cadres de santé participent à toutes les instances et ont également des objectifs qualité à

[127] EHPAD non rattaché à un Centre Hospitalier
[128] Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales Instance hospitalière
[129] Comité de Lutte contre la Douleur Instance hospitalière

réaliser. L'évaluation des pratiques professionnelles en est un en plus vous avez des agents de vos EHPAD qui participent également aux instances avec la notion de correspondant ou de référent, la qualité est culture.

A la suite de cet entretien, nous sommes restés perplexes quant à la distinction entre les EHPAD hospitaliers et les EHPAD autonomes. Notre perplexité nous a ouvert de ce fait de nouvelles perspectives de recherche.

1.2. LES ACTEURS DE NOTRE ENQUETE

1.2.1. Les EHPAD non hospitaliers

Nous pensions dans un premier temps orienter notre recherche vers les EHPAD hospitaliers ou non rattachés à un centre hospitalier sans distinction de statut. Cependant à la suite de cet entretien il nous a semblé pertinent et intéressant de catégoriser notre terrain d'enquête selon le statut de l'EHPAD afin de pouvoir lors de notre analyse réaliser un comparatif du fonctionnement d'établissements dits autonomes. De plus dans les propos de notre interlocuteur le sujet semblait délicat. Notre interlocuteur semblait chercher ses mots et a répété à plusieurs reprises « *je m'explique* » comme pour argumenter ses propos sur la distinction entre les EHPAD autonomes et les EHPAD rattachés à un Centre Hospitalier. Pourquoi la démarche comme le dit notre interlocuteur serait-elle plus « *compliquée* »?

Riche de cet entretien et surtout curieux de nous immerger dans un secteur méconnu celui des EHPAD privés ou public non hospitaliers, nous avons décidé après réflexion de nous orienter vers dix EHPAD autonomes d'un même département ayant réalisé leur évaluation entre 2012 et 2014 afin de pouvoir analyser la mise en œuvre ou la non mise en œuvre des actions concernant la démarche qualité, leur évolution après l'évaluation ,et pouvoir mobiliser potentiellement le concept de pérennité. . Notre recherche fut limitée dans le temps exerçant en parallèle un travail à plein-temps au sein d'un EHPAD hospitalier. Nous aurions souhaité réaliser un comparatif de structures autonomes et de structures hospitalières mais nous concentrerons ce travail sur une seule catégorie de structures. Ce travail pourra peut-être poser ultérieurement les bases d'une nouvelle recherche? Dans un premier temps afin de bien

délimiter l'objet de notre recherche clarifions la définition d'un EHPAD autonome : Il en existe au nombre de trois catégories :

- LES EHPAD PRIVES A BUT NON LUCRATIF

Comme nous avons pu le constater dans notre recherche la majorité des établissements a été créée par les religieuses afin d'accueillir les invalides, malades et indigents dans le passé. Afin de pouvoir perdurer, certains établissements sont désormais gérés par une association, une fondation ou sont demeurés publics gérés par un centre communal d'action sociale.

De nos jours les EHPAD PNL[130] s'inscrivent dans la notion d'économie sociale et solidaire. La charte de l'économie sociale actualisée en 1995[131] proclame particulièrement :

- *la primauté de la personne sur le capital,*
- *la liberté d'adhésion,*
- *la gestion démocratique, par les membres,*
- *la cohérence des intérêts des membres usagers et de l'intérêt général,*
- *la mise en œuvre des principes de solidarité et de responsabilité,*
- *l'indépendance vis-à-vis des pouvoirs publics,*
- *le caractère impartageable des excédents de gestion.*

- LES EHPAD PUBLICS

Le secteur public offre des réponses jugées plus standardisées construits sur des modèles généraux du domaine sanitaire Au cours des années 1970 le secteur public est devenu le premier gestionnaire d'établissements pour personnes âgées.

- LES EHPAD PRIVES A BUT LUCRATIF

Les acteurs privés ont largement investi le champ de l'accueil des personnes âgées depuis la fin des années 1980. Leur modèle de gouvernance est classique, il implique soit un conseil

[130] Privé à but non lucratif
[131] Charte de l'économie sociale 1995 [en ligne] disponible sur < www.cress-pdl.org/uploads/charte_1995.pd>

d'administration ou un directoire associé à un conseil de surveillance répondant à des actionnaires. Nous orienterons par choix notre recherche vers les EHPAD PNL et PUBLICS dans ce travail.

A la suite de notre entretien exploratoire, beaucoup de questions se sont imposées à nous. En effet, comme nous l'avons expliqué dans l'introduction de ce travail, les EHPAD hospitaliers ont bénéficié des expériences antérieures de la certification du secteur sanitaire pour leur démarche d'évaluation. Mais qu'en est –il des EHPAD autonomes ? Que veulent dire les tutelles[132] à propos des EHPAD non rattachés à un Centre Hospitalier ? Comment sont vécus les dispositifs d'évaluation dans un EHPAD non rattaché à un centre hospitalier ? Pourquoi avions-nous le sentiment que le sujet de l'évaluation semblait complexe pour les EHPAD autonomes? Comment parler de la mise en place d'actions et surtout de suivi des actions pour les EHPAD autonomes ?

Nous avons mis alors en relation ces questionnements avec notre problématique et nos hypothèses à savoir le dispositif d'évaluation permet-il de favoriser la pérennité de la démarche qualité en EHPAD. Notre problématique ne pouvait-alors trouver de réponse sans confrontation avec les acteurs de terrain.

1.2.2. Les responsables qualité, nos acteurs cibles

Comme nous avons pu le constater à travers la partie théorique de ce travail, l'implication dans la démarche qualité concerne les usagers, l'ensemble des professionnels médicaux paramédicaux et administratifs. Il aurait été intéressant d'avoir un regard plus étendu sur tous les participants à cette démarche pour en saisir les interactions. Nous nous sommes questionnés sur l'absence des médecins coordonnateurs[133] dans la démarche d'évaluation. Cependant, l'objectif premier de ce travail étant de connaitre l'impact d'un dispositif sur les actions de la démarche qualité dans le temps, nous avons fait le choix de mener nos entretiens auprès de responsables qualité chargés de centraliser les actions et en assurer le suivi après l'évaluation. Concernant nos interlocuteurs aucun pré requis spécifiques en terme

[132] Les Agences régionales de Santé pour les EHPAD

[133] CIRCULAIRE N° DGCS/SD3A/2012/404 du 7 décembre 2012 relative à la mise en œuvre du décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles [en ligne] disponible sur <www.cnsa.fr>

d'expérience, d'ancienneté, de parcours professionnel, de formation n'ont été demandés. Les profils pouvaient donc être tout à fait hétérogènes et seront évoqués lors de l'entretien afin d'affiner l'analyse. Cependant, l'échantillonnage étant aussi important pour la collecte de données que pour l'analyse et l'interprétation des résultats seuls trois critères délimitaient notre échantillon

- le vécu du dispositif d'évaluation interne ou externe,
- la notion de responsabilité dans la démarche qualité,
- le suivi des actions relatif à la démarche qualité et leur mise en place après l'évaluation.

Le contact avec le terrain nous semblait pertinent pour notre recherche car comme l'affirme Miles et Huberman : « *la recherche qualitative se conduit par un contact prolongé et / ou intense avec un terrain ou une situation de vie. Ces situations sont par définition banales ou normales. Elles reflètent la vie des individus, des groupes, des sociétés et d'organisation au quotidien.* [134] »

Cependant, les stratégies d'échantillonnage nous semblaient complexes. Nous avons pris le temps de planifier notre étude et de cerner l'objet de notre recherche afin de pouvoir le mettre en exergue. Nous nous appuierons pour illustrer cette démarche alors sur les mots de Feurstein « *l'échantillonnage c'est regarder attentivement une partie d'une chose afin d'en apprendre plus sur la chose dans son entier* ».[135] Une fois les profils de nos interlocuteurs définis nous avons choisi de nous diriger vers les EHPAD afin de rencontrer nos interlocuteurs sur leur lieu d'activité. Il aurait été également intéressant d'extérioriser la rencontre mais le manque de temps et de moyens matériels pour ce travail de recherche ont limité nos projets.

[134] MILES et HUBERMAN. « *Analyse des données qualitatives* ». 2ème édition, méthode en sciences humaines, De Boeck, 2003, p 21

[135] Citation de Feurstein [en ligne] disponible sur http://archive.unu.edu/unupress/food2/UIN12F/UIN12F0C.HTM

1.3. LA METHODE CHOISIE

1.3.1. Le choix d'un entretien semi-directif à travers un guide d'entretien

A partir de l'hypothèse de départ il nous a semblé opportun de choisir un outil nous permettant d'entrer en interaction directe avec des professionnels des EHPAD. L'analyse de l'impact du dispositif d'évaluation interne et externe sur la pérennité des actions de la démarche qualité se fera essentiellement à partir d'expériences concrètes et de témoignages d'acteurs liés à la mise en œuvre de la démarche qualité. Nous avons donc opté pour un entretien semi-directif d'environ quarante-cinq minutes enregistré après accord, afin de laisser la possibilité à notre interlocuteur d'avoir la liberté de parole tout en ayant la possibilité de recadrer l'entretien vers notre objectif premier : affirmer ou infirmer l'hypothèse du rôle de l'évaluation interne et externe sur la pérennité des actions de la démarche qualité en EHPAD autonomes. Nous avons donc réalisé un guide d'entretien permettant de structurer notre démarche.

- **Le Guide d'entretien**[136]

Comme nous pouvons le constater en annexe notre guide d'entretien se compose d'une liste de thèmes avec des questions ouvertes et en ouverture d'une « consigne » permettant d'introduire l'entretien par une question d'ordre générale. La consigne permet de cerner le thème dans son ensemble et donne une piste de départ. Nous avons choisi notre consigne afin de toucher du doigt l'ensemble des thèmes de notre problématique. Notre consigne avait pour objectif de pousser l'enquêté à prendre la parole afin de construire lui-même l'entretien. Cependant, la compréhension de la consigne pouvait s'avérer tout à fait différente selon les représentations de nos interlocuteurs.

Tout au long du guide nous abordons la culture de l'établissement, la démarche qualité en général, le vécu de notre interlocuteur par rapport à la démarche qualité avant l'évaluation, le dispositif d'évaluation en général et le dispositif d'évaluation vécu. Puis nous progressons vers la perception de notre interlocuteur quant à la démarche qualité après l'évaluation, la perception de l'évaluation après l'avoir vécu et la notion de pérennité avec la façon dont notre

[136] Cf. annexe n° 2 p 126

interlocuteur envisage les actions de la démarche qualité jusqu'à la prochaine évaluation. La notion de temporalité quant à la mission de responsable qualité a été également abordée.

Nous avons choisi un guide d'ordre référentiel selon Blanchet et Gotman (2007)[137]. Nous souhaitions connaître les faits comme les comportements individuels, les décisions prises, les trajectoires, les savoir-faire. Cependant nous avons également mobilisé le registre modal du guide d'entretien basé sur les attitudes et les représentations. Tout au long de nos entretiens nous avons été amenés à utiliser les deux registres et cela fut complexe pour nous chercheurs novices. En effet, nous avons alors été obligés de préciser davantage nos objectifs afin d'adapter notre stratégie de conduite d'entretien. A la lecture de notre guide d'entretien le choix de nous orienter vers une analyse de contenu nous a semblé opportun.

1.3.2. L'analyse qualitative à travers l'analyse de contenu

Nous nous sommes alors orientés vers la recherche qualitative dite par Hervé Dumez recherche compréhensive qui renvoie selon l'auteur « *à une démarche se centrant sur les acteurs agissant, et interagissant, c'est-à-dire parlant pensant décidant de manière routinière ou novatrice*[138] . Selon l'auteur la démarche compréhensive ne relève pas de l'empathie, nous ne sommes pas rentrés dans les émotions, les pensées de notre interlocuteur mais comme le dit l'auteur dans une « *logique de situation* [139]» nous plaçant dans le cadre d'une démarche scientifique, objectivante et sujette à la critique. Nous avons souhaité faire la distinction entre la situation vécue par les acteurs et la situation vue par le chercheur. A travers ce travail nous n'avons pas cherché à comprendre les raisons cachées d'un comportement ou d'une opinion mais plutôt à regrouper l'ensemble des jugements recueillis auprès de l'échantillon global, de façon à faire ressortir à l'analyse des opinions communes et cohérentes reconstituées indépendamment des individus. La recherche compréhensive nous semblait opportune pour explorer en profondeur la problématique dans toute sa complexité et son ampleur. En effet, l'éclairage qualitatif permettait alors de partir à la recherche du pourquoi en essayant de comprendre les causes qui amènent à soutenir telles ou telles opinions. La recherche qualitative nous a semblé imposer une réelle dynamique.

---

[137]BRECHON, Pierre. (Sous la dir.) « *Enquêtes qualitatives et quantitatives*. » Pug, 2011, p 40
[138] DUMEZ, Hervé. « *Méthodologie de la recherche qualitative, les 10 questions clé de la démarche compréhensive »*. Magnard-Vuibert mai 2013, p 6-7
[139] Ibid. P12

Traditionnellement, toujours selon Hervé Dumez, on détermine la recherche qualitative comme « u*n processus séquentiel* [140]». La question de recherche étant posée, nous avons débuté notre recherche par une revue de littérature, puis avons choisi notre méthodologie, avons recueilli des données, traité des données, recherché des résultats, discuté des résultats. Puis nous avons conclu en mettant en évidence à la fois les résultats et les limites de la recherche avant d'ouvrir sur des perspectives de recherches futures. Mais il est à noter que la recherche qualitative est souvent liée à des opportunités, des situations inattendues, des terrains qui s'offrent ou se ferment. Cependant, selon Hervé Dumez « *la dynamique de la recherche qualitative consiste à procéder par boucles qui permettent de préciser l'approche au fils du temps. Elle se différencie en cela d'un processus séquentiel qui procède par validation d'étapes sans retours en arrière réflexifs* [141] ».

A noter qu'à l'issue de cette phase qualitative, nous avons également mis en place une analyse quantitative permettant de mettre en exergue la notion de temporalité. En effet, à l'aide d'un graphique nous avons réalisé une estimation du temps passé par nos interlocuteurs à la démarche qualité pendant et après l'évaluation afin de pouvoir objectiver l'objet de notre recherche à savoir l'effet levier ou soufflet du dispositif d'évaluation. Abordons à présent, la réalisation de nos entretiens.

1.3.3. La réalisation des entretiens un véritable exercice de style

Comme le dit Frédéric Gonthier « *la situation d'entretien constitue une rencontre paradoxale entre une offre implicite de parole de la part de l'enquêté et une demande explicite de parole de la part de l'enquêteur* ».[142]L'un est là pour produire un discours et l'autre pour le recueillir. Nos interlocuteurs ne se sont pas réduits à de simples objets évoquant leur point de vue sur tel ou tel sujet. Leurs discours supposaient une réelle capacité à réfléchir leurs pratiques, leurs valeurs et leur quotidien de professionnels. L'entretien fut un exercice complexe et nous nous sommes posés la question de notre présentation lors de notre prise de contact. Devions-nous évoquer notre situation de cadre de santé avec une expérience dans l'évaluation et la

[140] Ibid. P25
[141] Op.cit.p 62 p26
[142]BRECHON, Pierre. Op.cit. p 62 p43

démarche qualité au sein d'un centre hospitalier ? Pouvions-nous avoir simultanément la casquette d'enquêteur et de professionnel de santé ? Nous avons alors fait le choix de ne pas « gruger » nos interlocuteurs. Peut-être était-ce dû au sentiment d'appartenance à un collectif professionnel ? Cela pourrait-être encore une fois l'objet d'une autre recherche.

Pourtant, afin de mener notre recherche en toute objectivité « subjective » il a fallu travailler notre capacité à prendre du recul, à sortir de notre rôle de manager d'équipes et d'animateur dans la mise en place des actions de la démarche qualité. Notre vécu dans l'évaluation interne et externe ne fut pas mentionné avant l'entretien mais deviné par certains de nos interlocuteurs.

Pourtant à la demande d'un enquêté nous avons mis fin à un entretien ; notre interlocuteur nous avouant avoir été mis en difficulté par nos questions et notre position de cadre de santé. Comme le dit Frédéric Gonthier « *une partie du métier d'enquêteur consiste à savoir gérer les écarts inévitables entre ces attendus méthodologiques et le déroulement réel d'un entretien* ». [143] Nous rejoindrons alors l'auteur sur ce point dans cette situation inconfortable de la part de l'enquêté mais également de l'enquêteur. En effet avions-nous été assez à l'écoute envers l'enquêté ? Devions-nous laisser un enquêté face à ses difficultés afin de nourrir notre recherche ?

Pour en revenir aux prémices de nos entretiens la prise de contact nous a semblé décisive. Nous avons pu nous rendre compte de l'implication de l'enquêté comme de ses doutes ou de ses inquiétudes. La relation de confiance fut primordiale et a permis de poser les bases d'une relation constructive. Lors de la présentation de notre thème certains interlocuteurs ont évoqué leur peur de ne pouvoir répondre à nos questions et nous avons alors valorisé l'enquêté afin de le rassurer sur la raison de sa collaboration. Cependant les enquêtés sont des acteurs stratégiques et nous avons pu constater que certains interlocuteurs pouvaient profiter de notre entretien pour faire passer un message ou considérer l'entretien comme une forme de reconnaissance sociale. Nous avons été dans l'obligation lors de certaines situations d'esquiver une question ou de nous dérober afin de ne pas interrompre l'interaction. Lors de nos différentes prises de contact nous avons également pu nous rendre compte de la difficulté à accepter l'enregistrement de l'entretien. Certains enquêtés ont accepté l'enregistrement en demandant de l'interrompre quelques instants lors de l'entretien pour se confier. Nous aurions

[143] Dans BRECHON Pierre Op.cit. p 62 p47

pu refuser cette proposition mais nous avions compris l'intérêt considérable de ce moment pour la poursuite de l'entretien. En effet, nous devenions enquêteur confident peut-être n'était-ce pas l'objectif premier de ce travail mais il résultait de ce moment des propos d'une grande richesse pour notre recherche. Riche de nos entretiens, le travail de retranscription pouvait alors commencer.

1.3.4. La retranscription des entretiens, une étape clé pour l'analyse

Après la réalisation de nos dix entretiens nous avons débuté notre travail de retranscription. Celui-ci nous a permis de nous saisir de la réalité observée. A la fin de notre retranscription nous avons réalisé un tableau abordé plus en détail au sein du chapitre suivant afin d'avoir une lecture synoptique des caractéristiques sociales et professionnelles de nos enquêtés. Ces éléments viendront directement compléter et enrichir l'analyse de notre production de discours. Lors de la retranscription nous avons mis par écrit l'ensemble des propos de l'enquêteur et de l'enquêté, en suivant le déroulé de l'entretien et en respectant le contenu des interventions de chacun. Nous avons également tenu compte de tous les éléments de contexte permettant d'illustrer les interactions (soupirs, gêne, interruptions..). Nous pouvons parler ici de « *retranscription intégrale* ».[144]La retranscription est un exercice fastidieux et chronophage. En effet, nous avons au minimum consacré cinq heures à la retranscription d'un entretien. Lors de cette étape nous avons respecté l'anonymat et la confidentialité des propos de nos enquêtés. Nous n'avons cité aucun nom ou prénom concernant nos interlocuteurs et omis volontairement de citer leurs lieux d'activité. Après la retranscription des entretiens, l'analyse pouvait alors débuter.

[144] BRECHON, Pierre .Op.cit. p 62 p66

2. ANALYSE DE NOTRE RECUEIL DE DONNEES

2.1. LE DECOUPAGE METHODOLOGIQUE DES DONNEES

2.1.1. Le tableau synoptique

Le tableau synoptique appelé également tableau de confrontation « *offre une vue générale qui permet de voir tout un ensemble d'un seul coup d'œil*[145] ». Ce tableau nous a permis de faire un travail de confrontation en profondeur en mettant en parallèle des reformulations et des discours. Il fut également un gain de temps après sa réalisation quelque peu chronophage et nous a permis de visualiser notre synthèse alors que celle-ci n'était encore qu'une ébauche. A titre d'exemple à la question posée sur la démarche participative lors de l'évaluation interne nous avons pu confronter et croiser les discours de nos interlocuteurs pour en faire une analyse.

E1 e4 je crois que la direction a tout fait elle-même savoir si les équipes ont été conviées
E2 e11 j'aurais voulu convier tout le monde dès le départ résidents familles pour moi un copil c'est ça
E3 e8 pas eu le temps et surtout pas la volonté de les convier trop de choses seraient remontées à la surface
E4 e9 non absolument pas ça a été fait à l'arrache le participatif il ne fallait pas s'y prendre comme ça quelques groupes et depuis statu quo
E5 e13 les équipes m'ont vaguement expliqué que des gens étaient venus leur poser des questions en fin d'année dernière mais elles n'en savent pas plus
E6 e17 les équipes n'ont pas été préparées à tout ça elles se sont senties jugées cela nous servira de leçon pour la prochaine il faut les impliquer les équipes c'est une certitude
E7 e17 j'avoue que les équipes ont vécu cela de loin on était un peu dans l'urgence mais en général on amène les choses en expliquant
E8 e9 : on a travaillé avec l'ANESM j'ai fait comme ils ont dit pour les équipes parler expliquer les familles ….. Ce n'était pas moi qui demandait de mieux faire c'était la loi en quelque sorte
E9 e10 oui avec des groupes de travail on a mis en place le plan qualité

[145] Définition du tableau synoptique [en ligne] disponible sur <www.linternaute.com>

Nous avons également appliqué cette méthode afin de permettre une vision synthétique des profils interrogés et une mise en exergue de l'histoire des structures ayant fait l'objet de notre recherche. Nous pouvions après cela appréhender plus aisément notre analyse de contenu et mettre en pratique notre démarche inductive. Ci-après la présentation de note tableau synoptique.

E	**Profil Interrogé Date entretien**	**Fonction et lieu d'exercice avant prise de poste**	**Fonction actuelle**	**Ancienneté dans la structure**	**Statut EHPAD**	**Nombre de lits**	**Création et gestion de la structure**	Evaluation interne **Evaluation externe**
E1	F-52ans 18 /03/16	Ide en EHPAD	Ide coordinatrice	5 ans	Associatif PNL	40 lits	Religieuses 1970	2011 **2014**
E2	F-44ans 20/03/16	Travailleur social depuis 20 ans secteur réinsertion professionnelle	Référente qualité	3 ans	Associatif PNL	80 lits	reconnue intérêt public 2007	2013 **2017**
E3	F-57 ans 25/03/16	Gouvernante à domicile	Responsable hôtelière	13 ans	Mutualiste PNL	90 lits	religieuses 1967	2013 **2014**
E4	F-59 ans 15 /05/16	Cadre de santé hospitalier	Cadre de santé	4 ans	Associatif PNL	80lits	1989	2013 **2014**
E5	F-41 ans 19/05/16	Ide CHU	Ide coordinatrice	1an	public	60 lits	Religieuses 1972	2014 **2015**
E6	F-57 ans 25/05/16	Cadre de santé EHPAD	Cadre de santé	4 ans	public	90 lits	Religieuses 1970	2013 **2014**
E7	F-34 ans 26/05/16	AMP 1er poste	AMP	5ans	public	60 lits	Religieuses 1975	2012 **2015**
E8	F-58ans 30/05/16	Cadre de santé carrière en gérontologie	Cadre de santé	3 ans	public	37 lits	Religieuses 1974	2013 **2014**
E9	F-59ans 31/05/16	Aide-soignante même structure	Aide-soignante	29 ans	Associatif PNL	60 lits	Famille 1968	2013 **2014**
E 10	F-40ans 1er /06/16	Ide CHU	Ide coordinatrice	1an	public	40 lits	Religieuses 1971	2013 **2014**

2.1.2. La démarche inductive choisie pour ce travail

Après la retranscription de nos entretiens nous avons fait le choix comme nous l'avons dit précédemment de réaliser une analyse de contenu afin de nous concentrer sur les contenus thématiques ou séquentiels des supports de communication. Nous souhaitons ainsi mettre en exergue les principaux thèmes, leur fréquence et la façon dont ils s'imbriquent dans les différents contextes. Comme le stipulent Stéphanie Abrial et Séverine Louvel « *l'objectif est alors de segmenter le texte et d'interpréter sociologiquement des catégories constituées à partir du découpage des entretiens* ».[146]Grâce à notre analyse de contenu nous avons mobilisé une démarche inductive en cherchant à nous détacher dans un premier temps de notre hypothèse préalable et du guide d'entretien. Toujours selon les auteurs précédemment cités ce travail de découpage comporte quatre étapes que nous avons tenté de respecter afin d'avoir une analyse la plus fine possible par rapport à nos hypothèses :

- *la lecture attentive de nos entretiens*
- *le découpage d'une partie des entretiens*
- *la réalisation d'une grille unique de catégories afin de comparer tous les entretiens*
- *le découpage du corpus avec la grille unique*

Cette phase suppose de déterminer les données pertinentes pour notre analyse et de renoncer à tout dire. Selon Olivier Martin l'induction s'associe à un processus permettant de passer des faits observés, de situations constituant le « particulier », « au général » correspondant à une loi, une théorie. La posture inductive privilégie l'enquête, l'observation pour en tirer des constats généraux voire universaux. Cependant induction et déduction désignent deux procédures de raisonnement et deux postures de chercheur. Toujours selon l'auteur, aucune d'entre elles ne reflètent la réalité des pratiques scientifiques et des modalités de recherche en sociologie. En tant que chercheur novice, définir une méthodologie d'analyse est complexe et nous avons également cherché à définir dans ce travail la notion de démarche déductive.

[146] BRECHON, Pierre. Op.cit. p 62 p 65

2.1.3. La démarche déductive un autre angle d'analyse possible

Olivier Martin[147] définit la déduction comme un processus pratiquement inverse permettant de déduire voire de conclure une affirmation à partir d'hypothèses ou d'un cadre théorique. Les conclusions résultent alors formellement toujours selon l'auteur de la théorie. La posture déductive accorde alors la primauté au cadre théorique et sera qualifiée toujours selon Olivier Martin de démarche « *hypothético-déductive* » si les énoncés ou les résultats déduits sont soumis à une validation expérimentale. Dans cette situation, le sociologue émet des hypothèses générales, puis en déduit des conséquences observables avant de pouvoir vérifier que ces dernières sont conformes aux données empiriques.

2.1.4. Le travail d'inférence

Lorsque nous avons terminé notre découpage nous avons procédé à une analyse par ligne et par colonne et sommes entrés dans le processus *d'inférence*[148]. Selon Nicolas Campion, faire une inférence est le fait de produire une information nouvelle à partir d'informations disponibles. En ce qui concerne la lecture, les inférences induisent de nouvelles propositions à partir des propositions du texte et nous pouvons alors faire le lien avec l'analyse de nos différents entretiens et les présuppositions que celle-ci nous inspirent. L'auteur classe les présuppositions parmi les inférences.. D'après Daniel Martins[149] les inférences sont un des éléments les plus importants du processus de la pensée. Elles occupent une place déterminante dans le processus de compréhension d'un discours qui ne peut pas tout énoncer. Il reste alors une part implicite laissée à l'auditeur pour l'interprétation. Afin de pouvoir structurer notre analyse nous avons alors privilégié dans ce travail une analyse par ligne horizontale en établissant un plan thématique. Comme nous l'avons évoqué précédemment dans ce travail[150] chaque thème a fait l'objet d'un tableau regroupant toutes les réponses de nos différents interlocuteurs sur le sujet concerné. Afin de pouvoir appréhender au mieux la suite de ce travail rappelons notre problématique :

Dans quelles mesures le dispositif d'évaluation interne et externe permet-il de pérenniser la démarche qualité en EHPAD ?

---

[147]MARTIN, Olivier. « *Induction-déduction* », Sociologie, les 100 mots de la sociologie, mis en ligne le 01 octobre 2012[En ligne] disponible sur http://sociologie.revues.org/1594

[148]Dans BRECHON Pierre Op.cit. p 62 P76

[149] MARTINS Daniel. *« Les inférences* » « s.d » [en ligne] disponible sur <www.uvp5.univ-paris5.fr/TFL/AC/AffFicheT.asp?CleFiche=5100&Org=QUTH>

[150] 2.1 Le découpage méthodologique des données 2.1 1 Le tableau synoptique p 66

2.2. ANALYSE DES DONNEES

2.2.1. L'analyse des aspects humains et structurels

2.2.1.1. Des profils motivés malgré un contexte instable

L'analyse des profils de nos interlocuteurs semblent intéressant afin de comprendre l'univers dans lequel ils évoluent et pouvoir ainsi contextualiser leur discours. Lors de notre prise de contact nous avons dans notre message auprès des structures demandé à rencontrer le responsable de la qualité dans l'établissement. Nous avons dans un second temps pu nous entretenir avec notre interlocuteur afin de déterminer si son profil correspondait aux critères de notre recherche. Nous avons été surpris de ne rencontrer qu'un référent qualité non soignant avec un poste et une mission dédiés à la qualité et à la mise en place du plan qualité suite à l'évaluation interne.

Cette femme de quarante-deux ans a été spécifiquement recrutée pour ses compétences dans la méthode projet et la démarche participative. Notre interlocutrice tirait son expérience de l'insertion professionnelle depuis vingt ans et ne connaissait pas le secteur des EHPAD. Pour elle, la qualité est avant tout un accompagnement au changement dans un secteur en évolution lente. Notre interlocutrice tente de fédérer les équipes et de mettre en place une dynamique permettant « le travailler ensemble ».

E2 - F-44ans-référente qualité-EHPAD privé associatif but non lucratif -80 lits

(e2) « *Parce qu'en fait pour moi la qualité si j'ai bien compris et je n'ai pas tout compris parce que ici je mets en place une nouvelle façon de porter qui est surtout d'amener au changement et qu'on y aille ensemble (…) porter un projet qui est de bosser ensemble avec le médecin et l'infirmière* »

Souriante, volontaire notre interlocutrice croit en sa mission tout en ayant eu des moments de doute lors de confrontation avec les équipes d'encadrement :

E2 F-44ans-référente qualité-EHPAD privé associatif but non lucratif -80 lits

(e20) « Et du coup je bouscule moi pour moi ça a été très dur j'étais limite au bord de la démission à un moment donné

Missionnée par la Direction dans la préparation de l'évaluation externe, l'exploitation du rapport de l'évaluation interne et la formalisation du projet d'établissement notre interlocutrice fonctionne par objectifs et travaille en lien avec sa Direction à laquelle elle rend des comptes. Notre interlocutrice évoque le confort et la notion d'avoir le temps de réaliser ses objectifs. La notion de temporalité semble primordiale. Son discours était paradoxal avec les propos précédents et l'évocation d'une démission. Ce qui semble difficile à appréhender sont les relations avec les parties prenantes que nous évoquerons plus tard dans ce travail.

E2- F-44ans-référente qualité-EHPAD privé associatif but non lucratif -80 lits

E2-E3 avant vous une politique qualité était en place ?

(e3) « *Personne et du coup et c'est pour ça qu'elles me reprennent en réunion d'encadrement car moi j'arrive et je fonce et je trouve important qu'à un moment donné on fasse ce que l'on dit et l'ont dit ce que l'on fasse* ».

(e17) « *Je travaille dans un confort dans mon évaluation annuelle j'ai atteints mes objectifs euh… ouais c'est normal y a pas de mérite j'ai le temps de le faire* »

Nos interlocuteurs cadres de santé et infirmières coordinatrices semblent avoir pour leur part plus de difficultés dans leur rôle de responsable qualité. En effet, pour certaines leur mission qualité n'est pas définie et reconnue par la Direction. L'un de nos interlocuteurs évolue dans un contexte dit compliqué avec la menace de fermeture de l'établissement . Le poids des responsabilités est palpable et semble déstabiliser notre interlocuteur qui souffre d'un manque de reconnaissance de la part de sa Direction :

E1-F-52ans-IDE coordinatrice-EHPAD associatif à but non lucratif-40lits

(e1) *« Du coup moi je suis à plein temps et je suis une des seules à être là le plus souvent et je me partage je m'organise pour faire la liaison entre les consignes administratives, les directives, la qualité des soins et la surveillance des soins……ils ont toujours refusé de me considérer comme cadre »*

La démarche d'évaluation interne et externe semble noyée dans de multiples autres missions et notre interlocuteur évolue dans un contexte d'inconfort et de dissonance par rapport à son quotidien. Avec un profil de poste inexistant et de multiples responsabilités notre interlocuteur ne semble plus savoir où est réellement sa place.

E1-F-52ans-IDE coordinatrice-EHPAD associatif à but non lucratif-40lits

(e3) « *Oui le problème c'est que pour des raisons financières on économise et je dois tout faire. Alors moi le message que je voudrais faire passer c'est que je vois passer pleins d'articles pleins de choses à mettre en place et il n'y a pas de supports techniques et d'information en adéquation avec tout ça* »

Pour les autres infirmières coordinatrices le contexte semble similaire avec des missions floues, non délimitées où se mêlent qualité, soins, et responsabilités administratives. Cependant nous n'évoquerons pas pour nos autres interlocuteurs le terme d'inconfort car la situation semble mieux appréhendée. Deux de nos interlocuteurs n'ont pas réalisé l'évaluation interne car celle-ci a été réalisée soit par un cabinet d'audit soit avant leur recrutement. Certains profils ont attiré notre attention, nos interlocuteurs provenant toutes deux d'un Centre Hospitalier Universitaire. En poste depuis un an pour l'une et depuis dix mois pour l'autre nous avons rencontré deux jeunes jeune femme pressées et dynamiques. Le jour de notre entretien était dédié à la qualité mais devant un manque de personnel l'une de nos interlocutrices a écourté notre rencontre pour aller prêter main forte à sa collègue infirmière. Encore une fois la mission qualité semble noyée parmi les autres missions, aucun temps ne lui est réellement dédié.

E10-F-40ANS-IDE coordinatrice-EHPAD public-40lits

(e3) « O*ui en transversale je m'occupe de la qualité mais je n'ai pas la dénomination non non une demi-journée par semaine et je suis à mi-temps cela fait peu* »

Cependant, le profil de notre seconde infirmière coordinatrice nous interpelle. En effet, celle-ci venant d'un grand Centre Universitaire de la région, elle ne connaissait absolument pas selon ses dires le secteur de la gérontologie. Sa prise de poste était pour elle un défi pour se prouver qu'elle pouvait changer et s'adapter à une autre fonction. Au début de notre entretien notre interlocutrice fut envahie par le doute et nous avons ressenti alors une certaine fragilité que nous avons pu mettre en corrélation avec ses propos.

E5-41ans-Infirmière coordinatrice-EHPAD public-60lits

(e2) « *Je ne sais pas si je vais pouvoir vous aider je suis là depuis le mois de septembre je prends mes marques car je suis difficilement acceptée par l'équipe infirmière je ne fais plus de soins alors que la personne qui m'a précédée assurait des soins* ».

Après une vingtaine de minutes notre interlocutrice a demandé à stopper notre entretien car elle ne connaissait absolument pas le dispositif d'évaluation interne et externe.

E5-41ans-Infirmière coordinatrice-EHPAD public-60lits

(E16) : dans un contexte de mouvements de personnels perpétuels comment envisagez-vous la pérennité des actions menées ?

(e16) (Longue hésitation mon interlocutrice me regarde gênée). « *En fait je voudrais arrêter l'entretien, pouvez-vous m'expliquer ce qu'est l'évaluation interne et externe vraiment* ?

Un des cadres de santé interrogé a évoqué un sentiment d'amertume envers sa Direction l'empêchant d'évoluer favorablement et au profit de la démarche qualité après l'évaluation. En effet notre interlocutrice n'a pas hésité à évoquer sa déception et sa rancœur par rapport à l'institution qui l'emploie. Connaissant l'enquêtée nous sommes restés prudents sur l'interprétation de ses dires mais son attitude dévoilait un réel mécontentement. Le contexte dans lequel évoluait mon interlocutrice semblait douloureux et l'approche de la retraite permettait de « tenir » au quotidien.

E4 –F-59 ans-Cadre de santé-EHPAD privé associatif à but non lucratif-80 lits

« *Oui mais alors mon bureau est comme le reste tout n'est qu'apparence ici, tu vois je suis dans la galère pour trouver du personnel et plus personne ne veut revenir. En clair de toute façon j'ai une mission celle de maintenir la paix sociale, les syndicats font la loi ici et je n'ai pas mon mot à dire. (...) si elles sont toutes en formation elles partent quand même elles décident de tout »*

(e1) « C'est un fonctionnement paternaliste ici il n'y a qu'un décideur et c'est très politisé

Les profils des cadres de santé rencontrés sont très hétérogènes. A contrario du cadre de santé précédent, un cadre de santé sensiblement du même âge présente un profil déterminé à honorer ses missions. Avec une nouvelle Direction ayant pris récemment ses fonctions, notre interlocutrice est déterminée à mettre en place une véritable collaboration permettant d'exploiter le rapport d'évaluation interne et externe au profit de la démarche qualité. Notre interlocutrice malgré un manque de communication et un désaccord avec l'ancienne Direction a toujours souhaité aller de l'avant et n'hésite pas à impliquer la nouvelle Direction dans la

démarche d'évaluation et la mise en place d'actions qualité. Cela démontre un profil déterminé et impliqué

E6-F-57ans-Cadre de santé-EHPAD public-90lits

(e15) « *Oui je fais comme je peux là on a mis le PAQ en place que j'ai fait valider par la directrice ancienne en 2015 rien ne lui allait (….) je l'ai remis à la nouvelle directrice pour qu'elle en prenne connaissance revoir tous ensemble qu'elle soit bien impliquée.* »

De même pour notre troisième cadre de santé présentant également le même âge ayant toujours évolué dans le secteur de la gériatrie. Notre interlocutrice est également déterminée et semble évoluer dans un secteur qui n'a plus de secret pour elle. Revendicatrice de la qualité de vie cette femme imposante au regard bleu azur est cependant consciente des évolutions relatives à la qualité dans les EHPAD. Rappelons que notre interlocutrice a réalisé toute sa carrière au sein du secteur de la gérontologie et qu'en fin de carrière elle semble toujours motivée à honorer ses missions au profit des résidents.

E8-F-Cadre de santé-EHPAD public-37lits

(e1) « *Cela a bien changé c'est sûr l'hygiène est apparue mais peut-être au détriment de la qualité de vie ça c'est mon côté mai 68 cela dit offrir des prestations de qualité c'est ma philosophie première* »

(e14) « Il faut que le personnel comprenne que l'on ne s'occupe pas de sa grand- mère ou de son grand-père on s'occupe d'êtres qui ont des droits »

Trois profils dirions-nous peut-être atypiques ont retenu notre attention. En effet, nous avons pu rencontrer une aide-soignante, une Aide-Médico-Psychologique et une responsable hôtelière responsables de la qualité ayant participé à l'évaluation interne et externe. Chaque professionnel souhaite travailler actuellement les actions préconisées par les évaluateurs externes. Nous avons pu nous rendre compte de la détermination de nos interlocuteurs et de leur implication dans la démarche. L'un de nos interlocuteurs aide-soignante a su trouver les ressources nécessaires à la réalisation de sa mission malgré une retraite annoncée prochainement. De plus elle a été choisie par la Direction pour honorer cette mission du fait de son ancienneté et de sa légitimité auprès de l'équipe. Cela démontre

peut-être une stratégie de communication qui s'avère efficace et constructive pour la démarche qualité ? Notre interlocutrice évoque la reconnaissance de la part de la Direction et la notion de don pour transmettre les informations à ses collaborateurs , ce qui motive notre interlocuteur « à transmettre » et « faire perdurer ». Exerçant le même travail que la majorité des professionnels de l'institution cela permet selon ses dires d'être reconnue en tant qu'expert auprès de ses collègues et surtout d'être entendue dans sa mission qualité. La notion d'expertise du responsable qualité serait-elle alors un vecteur de transmission de la qualité ?

E9-F-59ans-Aide-soignante –EHPAD associatif -60 lits

(e7) « L'association nous envoie des directives et je dois voir avec les équipes pour les mettre en place j'ai un jour par semaine pour la qualité mais je n'ai pas de bureau en fait tout arrive chez le cadre administratif (….) elle a un ordinateur c'est plus facile de rédiger et de conserver les choses »

Pour notre interlocutrice responsable hôtelière, notre rencontre fut fortuite car nous avions rendez-vous avec le cadre de santé de la structure finalement absent. Celui-ci devait nous rappeler mais nous n'avons eu aucun appel. Devant l'échec de notre rendez-vous, nous nous sommes alors présentés à notre interlocutrice laquelle a évoqué sa participation à la démarche d'évaluation et son rôle dans la mise en place d'actions qualité dans l'hôtellerie de la structure. Proche de la retraite nous étions face à une professionnelle déplorant des conditions de management difficiles et . Malgré cela notre interlocutrice garde espoir et il lui tient à cœur de faire perdurer la structure au-delà de tous les problèmes rencontrés. Ancienne gouvernante à domicile l'hôtellerie est pour elle un gage de qualité et elle exercera ses fonctions avec motivation jusqu'à sa retraite.

E3-F-57 ans-Responsable hôtelière-EHPAD privé à but non lucratif-90lits

(e2) « *Oui c'est vrai en tant que responsable hôtelière j'ai mon métier à cœur et la qualité fait partie de mon travail quotidien. Y a des actions qui concernaient l'hôtellerie alors on a réajusté quelques pratiques avec le cadre de santé et l'aide des familles impliquées. »*

Le dernier profil que nous évoquerons dans ce chapitre est celui de notre interlocutrice Aide-Médico-Psychologique depuis cinq ans, premier poste dans la structure. Nous avons pu constater encore une fois un profil déterminé se positionnant dans sa mission qualité auprès de sa Direction.

E7-F-34 ans-Aide -Médico-Psychologique-EHPAD public -60lits

(e5) *« Je suis à 100%sur mon poste d'AMP et j'ai trois jours dédié à la qualité c'est le choix du directeur mais aussi de moi je lui ai dit que si je n'ai pas de temps dédié à ça je ne pourrais rien faire avec le médecin coordonnateur je tiens à ce temps et je pense que trois jours ce n'est pas assez ».*

L'établissement est en évolution et notre interlocutrice participe activement à cette mutation avec la création d'une nouvelle unité. A travers ses dires nous pouvons noter son implication dans la vie de la structure afin de la faire perdurer. Elle connaît et exprime son ressenti par rapport à la loi et aux enjeux du dispositif d'évaluation comme pour s'inscrire totalement dans la démarche dont elle est responsable.

E7-F-34 ans-Aide -Médico-Psychologique-EHPAD public -60lits

(e15) « *Oui c'est ça je suis seule à mener tout ça et je me perds un peu le fait de suivre toute l'année me semble plus facile en plus l'évaluation ce n'est pas rien c'est une réponse à la loi et pas des moindres pour que la structure continue à vivre ».*

Pour conclure cette analyse nous pouvons dire que nous avons majoritairement rencontrés des profils déterminés et motivés par l'évaluation et la démarche qualité. Cependant nos interlocuteurs évoluent au sein de contextes instables pour mettre en place les actions de la démarche qualité. L'analyse contextuelle a permis de mettre en exergue des difficultés d'ordre structurelles impliquant des jeux d'acteurs et de pouvoirs que nous allons analyser dans la poursuite de ce travail. A noter que nous pourrions également nous questionner sur la moyenne d'âge de nos interlocuteurs. En effet, neuf de nos interlocuteurs ont plus de quarante ans et un interlocuteur moins de quarante ans. Toutefois le dynamisme de nos interlocuteurs nous fait dire que l'âge n'est pas un facteur de démotivation. De plus nous n'avons pas assez de données démographiques pour faire un lien entre le dispositif d'évaluation, la mise en place des actions de la démarche qualité et l'âge de nos interlocuteurs. Abordons à présent un facteur qui nous semble essentiel pour l'analyse de nos données, l'histoire des structures.

2.2.1.2. La culture des établissements ciblés, l'histoire inscrite dans le présent

Dans ce chapitre, il nous semble également opportun d'évoquer les contextes culturels des différents établissements. Ces derniers étaient majoritairement gérés par des religieuses. Alors comment passe-t-on comme le dit l'une de nos interlocutrices de la notion de microsociété à la notion d'institution ou d'établissement avec des règles de loi et un usager placé au cœur du dispositif de la qualité ?

E1-F-52ans-IDE coordinatrice-EHPAD associatif à but non lucratif-40lits

(E1): comment me décririez-vous l'évolution de la démarche qualité au sein de la structure de son origine jusqu'au dispositif d'évaluation ?

(e1) : « Alors comme vous avez pu le voir c'est un établissement imprégné de la religion catholique nous avons encore deux sœurs qui ont une grande influence sur la maison. »

E7-F-34ans-Aide- Médico-Psychologique-EHPAD public-60 lits

(E1): comment me décririez-vous l'évolution de la qualité au sein de la structure de son origine jusqu'au dispositif d'évaluation ?

(e1) : « *bonne question alors à son origine la maison était tenue par des sœurs. C'était une microsociété à l'époque les résidents étaient seulement vieux sans toutes les maladies que l'on peut voir aujourd'hui. Il y'avait des animaux heu plein la maison à ce que l'on a pu me raconter et les sœurs sans formation faisait des prélèvements sanguins voilà vous voyez-ce que je veux dire au niveau de la qualité cela a bien changé(…)* »

Arrêtons-nous quelques instants sur l'historique des institutions ou structures. Le mot institution nous vient du latin instituto[151] qui signifie établir, instituer. En 1968, le sociologue Erwin Goffman définit les institutions prenant en charge les personnes âgées incapables de subvenir à leurs besoins comme « *un lieu de résidence et de travail ou un grand nombre d'individus placés dans une même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vis recluse dont* les *modalités sont explicitement et minutieusement réglées.* »[152] Cette définition semble imposer d'adapter la personne aux contraintes de l'établissement. Celle-ci ne serait plus alors un être à part entière, elle semble

[151] BOURDON Raymond, BOURRICAUD, François. *« Dictionnaire critique de la sociologie. »* (4ème éd) Paris, PUF 1994, 768p

[152] GOFFMAN, Erving. « *Asiles études sur la condition sociale des malades mentaux*. » Paris, Ed de minuit, le sens commun, 1968, p 46

dépossédée de sa vie, de son rôle dans la société ; Irving Goffman parle alors d'une véritable « *mort civile* », l'institutionnalisation pouvant entraîner isolement, repli sur soi et perte d'identité. Ces quelques mots nous semblent intéressants afin de démontrer l'évolution de ces institutions. En effet, de nos jours et tout au long de ce travail nous avons pu voir qu'un autre regard est désormais porté sur les structures accueillant des personnes âgées. Celles-ci sont désormais assimilées à « *un dernier chez soi* [153]» comme le cite Isabelle Mallon dans le titre de son ouvrage en 2004.

Un certain nombre d'années sépare l'ouvrage d'Erving Goffman et l'ouvrage d'isabelle Mallon. A travers les époques et les écrits des sociologues, nous pouvons constater l'évolution des représentations sociales de la personne âgée et de son accompagnement dans les derniers moments de sa vie. Avec la démarche qualité et le dispositif d'évaluation la personne devient actrice de sa propre vie et de ses choix.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a concrétisé cette philosophie en faisant apparaître l'obligation légale d'une évaluation de la satisfaction des usagers dans le secteur de la gérontologie. Cependant en 2002 comme nous l'avons évoqué dans notre partie théorique le secteur ne découvrait pas totalement la notion d'auto-évaluation et d'évaluation interne puisque sa mise en place à travers l'outil ANGELIQUE[154] avait eu lieu lors des conventions tripartites. Mais cela n'avait fait l'approche que de méthodes incertaines, non comprises voire non prises en compte puisque les pratiques anciennes ancrées semblaient convenir sans pour autant comme le dit Sylvain Connangle dans son rapport « *que cet argument plus populaire que scientifique puisse être objectivé.*[155]» C'est au sein d'un tel contexte que l'idée d'une méthode s'est imposée réalisant une véritable rupture avec les pratiques anciennes dans le seul souci d'améliorer la qualité des pratiques au bénéfice des usagers. Toutefois, seule la considération des pratiques ne suffit pas .En effet, c'est son impact sur la personne qui définit alors ce qu'est une pratique de qualité. Dans son rapport Sylvain Connangle nous dit que « *la première exigence consistant à évaluer la personnalisation de la prise en charge est à cette époque authentiquement*

[153] MALLON, Isabelle. « *Vivre en maison de retraite, le dernier chez soi*. » Paris, le lien social, Presses Universitaires de Rennes 2004
[154] Op.cit. p 17
[155] CONNANGLE, Sylvain. *Réflexion visant à proposer une meilleure appropriation des démarches d'évaluation dans le secteur médico-social consacré aux personnes âgées*. 10 Propositions 2011 p10 [en ligne] disponible sur <www.ladocumentationfrancaise.fr>

révolutionnaire.[156] » Il existait une confusion entre le projet d'établissement, et les projets de la personne accueillie. Désormais, les usagers font l'objet d'un projet d'accueil et d'accompagnement leur permettant d'être un individu à part entière au sein de la collectivité. Nous pouvons dire que nous sommes ici dans le passage d'une époque à une autre avec l'évaluation, mais les acteurs ont-ils pu prendre la mesure de cette évolution ?

Pour marquer cette évolution Sylvain Connangle aborde la notion de diplôme et la notion d'exigence de diplôme pour les directeurs d'EHPAD. La loi du 2 janvier 2002 préconisait un niveau minimum de qualification pour les directeurs de maison de retraite mais il a fallu cinq ans pour que le décret[157] stipulant d'encadrer l'exercice de la profession soit mis en place pour les secteurs privés, associatif ou à but lucratif. A travers ces différents éléments nous pouvons désigner l'évolution contextuelle d'un dispositif d'évaluation dont les contours sont encore actuellement difficiles à définir. En effet, le sens de l'évaluation est-il aujourd'hui encore assez clair ? Les enjeux de l'évaluation ont-ils été compris ? Les méthodes ont-elles été bien comprises par les dirigeants et par les différentes parties prenantes ? A travers l'analyse de nos données nous ne pouvons directement trouver de réponses à nos questions mais différents concepts abordés dans notre partie théorique peuvent être mis en exergue.

2.2.2. L'émergence de différents concepts à travers notre analyse

2.2.2.1. L'appropriation du dispositif d'évaluation

L'appropriation du dispositif d'évaluation par nos différents interlocuteurs fut une phase délicate. En effet nous pouvons retrouver majoritairement une appropriation de l'outil absente ou rapide. A la question posée sur la phase d'appropriation du dispositif un échantillon de nos interlocuteurs répond :

[156] Op.cit. p 79 p 11

[157] Décret n° 2007-221 du 19 février 2007 pris en application du II de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles relatif aux modalités de délégation et au niveau de qualification des professionnels chargés de la direction d'un ou plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux [en ligne]disponible sur <www.legifrance.fr >

E4F-59ans-Cadre de santé-EHPAD privé associatif but non lucratif-80lits

(E6) : par rapport à l'évaluation interne tu as pu te l'approprier pour la mettre en place ?

(e6) **:** « *non pas du tout il a fallu stresser pendant deux mois et puis stop plus rien pas de sens mettre des croix dans une case.* »

E3-F-57ans-Responsable hôtelière-EHPAD privé à but non lucratif-90lits

(E1) : vous avez participé à la préparation de l'évaluation interne, vous avez pu vous appropriez la partie hôtellerie ?

(e1) : « non mais nous étions dans un contexte compliqué (…). »

Selon Charles Sander Peirce l'appropriation relèverait d'un processus d'interprétation. L'auteur nous dit alors « *que la signification d'un objet est ce qu'il fait, comment il agit sur l'acteur, quel effet il produit.* [158] »

Dans l'ouvrage d'Amaury Grimand, Olivier Cuillere nous dit : « *Au premier abord l'appropriation apparaît comme un résultat par lequel un objet est acquis ou une pratique est rendue propre à un usage particulier.* » [159] Notre système est traversé par différentes formes d'objets appropriés parfois modifiés par ceux qui les reçoivent ou les utilisent. A travers le processus d'appropriation interviendrait alors la notion « de se saisir » de l'objet et de le considérer comme un outil de réflexion. Ce processus induit une représentation de l'objet par rapport au réel, l'action, à l'acteur. Nous pouvons émettre l'hypothèse que dans un premier temps l'acteur entretien une relation d'extériorité complète à l'objet et n'a pas de souhaits ni de stratégies par rapport à celui-ci. Puis dans un second temps l'appropriation de l'objet articule une perspective compréhensive qui appréhende l'appropriation comme un processus de construction de sens. Ce processus est en relation avec le contexte dans lequel il évolue. L'objet est alors mobilisé et intégré par l'acteur dans le but d'être adapté, car l'objet n'a de sens que par son inscription dans l'activité humaine. Selon Amaury Grimand la sociologie ouvre une perspective centrée sur le rôle de l'objet « *dans la construction des rapports*

[158] PEIRCE SANDER, Charles. In *« le processus interprétatif* : Introduction *à la sémantique* » Nicole EVERAERT-DESMEDT Margada, philosophie et langage, 1990, p 29

[159] CUILLERE, Olivier in « *L'appropriation des outils de gestion ; vers de nouvelles perspectives théoriques.* » Universités, St Etienne 2006 p 176 GRIMAND Amaury, ALCOUFFE Simon (et al)

sociaux et comme rapport de légitimation de l'action.»[160] L'appropriation ne permettrait-elle pas ainsi une dynamique dans l'action collective ? Or dans notre travail de recherche nous pouvons constater le manque d'appropriation du dispositif d'évaluation par les acteurs alors comment inscrire le dispositif dans l'action collective ?

E8-F-58ans-Cadre de santé-EHPAD public- 37 lits

(e 8) « *Heu alors oui et non en 2013 ça faisait deux mois que j'étais dans la maison mais alors là aussi ça été coton du jour au lendemain le directeur a demandé une tonne de documents.* »

Plus qu'une inscription dans l'action collective, l'appropriation ne serait-elle pas également un vecteur de sens ? Une personne interrogée dans ce travail a mobilisé le concept de sens dans son discours. De nos jours nous évoquons couramment le sens, le non-sens, le vide de sens ou à l'opposé la recherche de sens. Tandis que pour la philosophie contemporaine, c'est la conscience de l'homme qui définit le sens des choses, la philosophie du Moyen-âge trouverait le sens déjà inscrit au cœur de la nature. Chercher ou donner du sens permet alors de déterminer la finalité que l'on peut attribuer à chaque être ou à chaque action .

Selon Bertrand Vergely « *en premier lieu qui dit sens dit direction dans l'espace permettant de ne pas errer*[161]*. (...)* Le sens signifie à la fois signification et direction, le rapport d'un signifiant et d'un signifié et la détermination d'une orientation réunissant un point de départ et un point d'arrivée.

Selon Pierre Müller il s'exerce à travers la mise en place d'une politique publique une reconstruction d'idée impliquant un processus de production de sens aussi bien dans la phase de décision, de mise en œuvre et d'évaluation. Sont interrogés ainsi les équilibres institutionnels et les repères, et selon Roland Javier *« le secteur social et médico-social ne peut faire l'économie d'interroger les repères indispensables à l'action. ».*[162]Le sens serait alors un véritable repère pour l'action. Alors comment donner du sens à une action qui en est totalement dénuée selon nos interlocuteurs.

[160] Ibid. p14
[161] VERGELY, Bertrand. « *La souffrance recherche du sens perdu.* » Gallimard, Folio essais, p 249
[162] JAVIER Roland, MATHO Yves. « *Mettre en œuvre le droit des usagers.* » (3ème éd) Paris, Dunod, p 11

E9-F-59ans-Aide-soignante-EHPAD associatif-60lits

(E10) : vous me permettez alors de rebondir sur l'évaluation interne avez-vous pu vous appropriez la démarche ?

(e10) *« Heu 2012 oui c'est ça 2013 je l'avais vu en formation alors j'étais revenue avec des outils que je devais mette en place pour rien vous cacher la direction a juste dit il faut qu'avant tant on puisse donner les premiers documents on a tout piqué sur le site de l'association (...)*

Le sens que chacun donne à son action est personnel et subjectif. Chaque acteur agit pour répondre à sa logique. Ainsi les actions menées par un acteur auront un sens car elles serviront ses intérêts. Dans une situation de changement et dans le cas de ma mise en place d'un dispositif d'évaluation les acteurs vont de façon consciente ou non donner un sens à la démarche afin de la soutenir ou de s'y opposer. Or sans l'aval des acteurs la démarche est impossible et comme le stipule P. Bernoux « *les changements ne sont réalisés que lorsque ceux qui ont à les appliquer en comprennent et en acceptent le sens et en font l'objet de leur action.* »[163]

E2-F-44ans-référente qualité-EHPAD privé à but non lucratif-80lits

(E6) : vous avez pu vous appropriez le dispositif ?

(e6) : « *Alors en fait légèrement je dois dire je suis un peu seule en fait pas trop de partage (…)* »

Alors devant cette phase délicate d'appropriation du dispositif par nos interlocuteurs, ces derniers ont-ils pu appréhender réellement les enjeux du dispositif ?

2.2.2.2. Les enjeux d'une politique publique pour les usagers et les professionnels

A la lecture des données nous pouvons constater que les réponses relatives aux enjeux de l'évaluation interne et externe concernent à la fois la qualité des prestations, l'enjeu d'évolution de la structure et le fait de travailler ensemble, Direction et équipes dans la transparence et la reconnaissance du travail réalisé. A la question posée sur les enjeux du

[163] BERNOUX, P. « *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations.* » Paris seuil, 2009, p 162

dispositif deux de nos interlocuteurs répondent par la notion de reconnaissance et d'implication de la Direction dans la démarche d'évaluation.

E9-F-59ans-Aide-soignante-EHPAD associatif-60lits

(E17) : pour vous en un mot quel est l'enjeu majeur du dispositif d'évaluation pour les EHPAD ?

(e17) : « Peut-être une reconnaissance de notre travail oui ».

E6-F-57ans-Cadre de santé-EHPAD public-90lits

(E32) : pour conclure pour vous en un mot concernant la démarche qualité quel serait l'enjeu majeur du dispositif d'évaluation pour les EHPAD ?

(e32) : « l'implication de la direction sans ça je répète pas de démarche. »

La réponse à la loi est également citée mais considérée comme un principe secondaire. La loi du 2 janvier 2002 représentant le socle de l'évaluation n'est connue que de la part de six enquêtés à noter que deux enquêtés n'ont pu répondre à la question.

E8 E8-F-58ANS-Cadre de santé-EHPAD public- 37 lits

(e23) : « la loi c'est bien mais il ne faut pas qu'elle soir le principal enjeu. »

Cependant la loi du 2 janvier 2002 a défini les principes généraux de l'évaluation des activités et des prestations. Nous pouvons noter comme développé dans notre partie théorique que ce nouveau dispositif avait été anticipé dans le secteur de la gérontologie dès 1999, dans le cadre des conventions tripartites.

Selon Philippe Ducalet[164] , de nos jours, il est certain qu'un secteur ne peut plus faire l'économie de la question de la pertinence de ses prestations. Pour l'auteur, l'évaluation devient une réelle démarche de management, de construction et de mise à jour des prestations et activités par rapport à l'environnement et au territoire. Le fait même d'évaluer une action comme le demande la loi permet d'exprimer l'évaluation comme un processus de valorisation .En témoigne le ressenti des différents enquêtés sur l'avant et l'après évaluation

[164] DUCALET, Philippe. « *L'évaluation interne : enjeux sens et méthodes ».* 11 septembre 2012, p 22 [en ligne] disponible sur www.cnfpt.fr/sites/default/files/2012_esms_integral_1.pdf

E1-F-52ans-IDE coordinatrice-EHPAD associatif à but non lucratif-40lits

E20) : diriez-vous qu'il y a eu un avant et un après l'évaluation ?

(e20) : « J'avoue qu'on était déjà en danger avant ça mais c'est vrai qu'ils ont apporté des conseils dans la façon de travailler et ils ont surtout conseillé de réaliser des documents pour la traçabilité et le suivi des différents actions. »

E2-F-44ans-référente qualité-EHPAD privé à but non lucratif-80lits

(E20) : du coup par rapport à tout cela y a-t-il un avant et un après évaluation ?

(e20) : « ben pour moi oui pour revenir à l'évaluation interne qu'est- ce qu'elle m'adonnée elle m'a donnée une direction un ordre des choses une méthode et puis comme c'est la loi elles ont bien été obligées de dire c'est la loi. »

2.2.2.3. La légitimité du dispositif d'évaluation par la mise en avant de la loi

Nous pouvons nous interroger à la suite de ces propos sur la réponse à la loi dans le dispositif d'évaluation interne et externe. La loi permettait-elle de légitimer la démarche ? Serait-elle-un catalyseur permettant de légitimer la démarche ? Les managers ont-ils besoin de la loi pour être légitime ?

Selon Hélène Hatzfeld[165] la légitimité est le droit reconnu à une ou plusieurs personnes de parler et d'agir au nom de différents principes tels que les valeurs, les règles, les lois. Les principes qui fondent la légitimité peuvent être moraux, politiques, ou relever des habitudes ou des normes. Cependant, dans l'analyse du discours de nos interlocuteurs n'existe-t-il pas un amalgame entre légalité et légitimité ? Toujours selon l'auteur la légitimité est proche de la légalité mais elle s'en distingue par son sens. L'auteur dit alors que la légalité consiste à appliquer la loi, alors que la légitimité se réclame de principes lesquels peuvent être en contradiction avec une loi. A l'origine, la légitimité concerne le pouvoir ne parlait-on pas de

[165] Hélène HATZFELD, « Légitimité », *in* CASILLO I. avec BARBIER R., BLONDIAUX L., CHATEAURAYNAUD F., FOURNIAU J-M., LEFEBVRE R., NEVEU C. et SALLES D. (dir.), *Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la participation*, Paris, GIS Démocratie et Participation, 2013 [en ligne] disponible sur www.dicopart.fr/it/dico/legitimite

souverain légitime? Dans les paroles de nos interlocuteurs la légitimité du dispositif d'évaluation est abordée avec la mise en avant de loi.

E6-F-57ans-Cadre de santé-EHPAD public-90lits

(E21) :diriez-vous qu'il y ait un avant et un après évaluation ?

(e21) : « Je pense quand même que l'évaluation a fait du bien les agents elles savent maintenant que quelque part on a une directive et on est dans une démarche qualité jusqu'à présent on avait rien on faisait un peu à la bonne volonté en fonction des cadres de la direction maintenant elles sentent qu'elles sont chapotées et qu'on est dans on trace on écrit elles râlent parce qu'elles disent que elles ne font plus qu'écrire (...) »

Mais qu'en est-il de la légitimité de nos interlocuteurs garants de la loi auprès des équipes ? Selon Valérie Petit et Véronique Bouloucher[166] la légitimité est bien reliée au pouvoir. Pour les auteurs, un dirigeant est légitime s'il dispose d'un pouvoir suffisant à l'intérieur de l'entreprise. Qui donne alors le pouvoir pour nos interlocuteurs ? Lorsque ce pouvoir est limité, la légitimité selon les auteurs est-elle aussi diminuée. Nous retrouvons alors cette notion à travers la difficulté rencontrée par certains de nos interlocuteurs dans leur fonction de responsable qualité auprès des équipes. La Direction de l'établissement joue alors un rôle encore une fois essentiel dans le fait d'assurer la légitimité des responsables qualité par la formalisation d'une réelle politique qualité au sein de la structure.

E4 –F-59ans-Cadre de santé-EHPAD privé associatif but non lucratif-80lits

E19):j'insiste encore tu dirais qu'il y a quand même un avant et un après évaluation ?

(e19) : « Dans la certif tu vois je voyais la différence là je la connais la différence mais je n'ai pas la liberté de mener des actions qui pourrait démontrer un avant et un après c'est avec les équipes tout ça et elles comprennent pas les conséquences de la démarche on leur explique pas ou si on leur dit juste le minimum... mmm.. que te dire de plus. »

[166] PETIT Valérie, BOULOCHER Véronique. « *Comment développer la légitimité managériale*. » 2nd volet. Définition évaluation et récits de pratiques par les collaborateurs et managers des entreprises. Edhec-Business-School. 2009 P3

Toujours selon Philippe Ducalet, outre une réponse à la loi, l'évaluation est également dotée de différentes fonctions[167] que nous pouvons retrouver dans le discours de nos enquêtés :

- *une fonction normative* ; l'action répond-elle aux normes ? L'évaluation se caractérise alors par une forme d'autocontrôle permettant de confronter ce qui est attendu de nous et ce que l'on attend de nous-mêmes.
- *une fonction cognitive* dans le sens où le fait d'évaluer produit des connaissances. L'évaluation se fait en équipe et devient un réel processus de connaissances collectives favorisant l'interdisciplinarité. Lorsque celle-ci n'existe pas nous pouvons constater que rien ne peut être fait.

E7-F-34ans-Aide-Médico-Psychologique-EHPAD public-60lits

(E22) : vous diriez que l'union fait la force

(e22) : « Oui le fait d'avoir eu cette évaluation externe en fait a créé du lien entre les équipes, les autres établissements. On a eu un œil extérieur c'était bien et c'était valorisant aussi pour les équipes car on a eu beaucoup de bonne critiques ça fait du bien. »

- *une fonction instrumentale* permettant de prendre la mesure d'une situation et de réajuster les pratiques
- *une fonction justificatrice,* l'évaluation permettant de démontrer la pertinence de certaines structures et de favoriser leur pérennisation. Mais l'évaluation ne peut se résumer à de multiples définitions le jeu des acteurs au sein des organisations semble un paramètre essentiel à prendre en compte lors de la mise en place d'une politique publique au sein d'une structure médico-sociale.

[167] DUCALET Philippe Op .cit. p 84 p 23

2.2.3. Les mécanismes et les acteurs au cœur du dispositif d'évaluation

2.2.3.1. Le management

- La formation outil de management

A la question posée à nos interlocuteurs sur une formation relative à la qualité proposée par la Direction nous pouvons constater qu'une personne sur deux a bénéficié d'une formation relative à sa mission dans la qualité. Or la démarche qualité est une démarche que l'on accompagne et qui s'appuie sur une démarche de management. Sa mise en œuvre au sein d'une structure nécessite l'implication de tous les acteurs. Selon le guide de la DGAS[168] déjà en 2004, la formation permettait aux acteurs de connaître les enjeux de la démarche, de s'appuyer sur un langage et des concepts connus et compris par l'ensemble des acteurs.

E4 –F-59ans-Cadre de santé-EHPAD privé associatif but non lucratif-80lits

*(e8) : (…) une journée de formation pour avoir des billes et la marche à suivre***(…)**

E8-F-58ans-Cadre de santé-EHPAD public- 37 lits

(E6) : Par rapport à votre mission dans la qualité définie par la Direction vous avez bénéficié d'une formation qualité ?

(e6) : « non je n'ai pas eu de formation et ce n'est pas à l'ordre du jour ! »

Comme nous l'avons dit précédemment le profil de nos interlocuteurs est hétérogène. Certains ont bénéficié de modules management dans leur formation de cadre de santé mais la majorité des infirmières coordinatrices ne connaissent pas les bases du management. Il en est de même pour notre aide-soignante ou notre Aide-Médico-Psychologique. Comment planifier, organiser, diriger et contrôler une organisation sans formation préalable. De plus nos interlocuteurs à l'exception de notre interlocutrice référente qualité exercent d'autres fonctions au sein de la structure sans temps dédié véritablement à la qualité et à la mise en

[168] « *Guide démarche qualité évaluation interne dans un établissement ou service médicosocial ou social et recours à un prestataire.* » mars 2004 p19 et 20 [en ligne] disponible sur < www.travail-social.com/IMG/pdf/alefpa-6nrltz7u.pdf>

place des actions après l'évaluation. Nous aborderons ultérieurement la notion de temporalité dans la mise en place des actions. Dans une organisation, le responsable de la démarche qualité s'avère être une personne ressource. Avec un rôle multiple il peut apporter un soutien à toutes les étapes de la démarche en fonction des demandes et des besoins et surtout des compétences acquises. Toujours selon le guide de la DGAS son apport est essentiel dans l'accompagnement des projets. Pour cela il doit avoir une connaissance des concepts, méthodes et outils de la qualité afin de pouvoir diriger et animer les groupes et atteindre les objectifs définis. L'une de nos interlocutrices ayant bénéficié de formation a pu appréhender les bases du dispositif d'évaluation. A noter que notre interlocutrice aide-soignante n'a eu aucune base de management mais parvient instaurer une dynamique du fait de son expertise professionnelle.

E9-f-59ans-Aide-soignante-EHPAD associatif-60lits

(E18) : non je m'interroge sur le mode de transmissions des actions qualité la formation est un biais important apparemment ?

(e18) : « absolument la formation débute par la théorie, les droits et le dispositif d'évaluation est expliqué. »

Une réflexion concernant l'une de nos interlocutrices sur la formation non nécessaire du fait de sa provenance d'un Centre Hospitalier nous interroge. En effet, le fait d'avoir été référente en hygiène au sein d'un Centre Hospitalier semble dispenser notre interlocutrice de formation pour la Direction. Or l'hygiène fait partie d'un des nombreux axes de la démarche qualité et du dispositif d'évaluation. La qualité se limiterait –elle alors à des locaux propres et à la lutte contre les infections nosocomiales ? Cette réflexion nous ramène à notre entretien exploratoire avec la différenciation entre un EHPAD autonome et un EHPAD rattaché à un Centre Hospitalier. L'expérience hospitalière serait-elle un atout pour la mise en place du dispositif d'évaluation au sein des EHPAD autonomes ?

E10-F-40ans-Infirmière coordinatrice-EHPAD public-40lits

(E6) : vous aurez une formation qualité ?

(e6) : « non catégorique pour cette année je viens d'un CHU ma formation elle est là je pense

- Le Management de la qualité à travers l'analyse systémique

E2F-44ans-référente qualité-EHPAD privé à but non lucratif-80lits

(E26) : pour revenir à votre poste vous avez bénéficié d'une formation ?

(e26) : « l'équivalent d'une semaine à Paris mais on ne m'a pas appris à manager c'est dommage(…) »

« **Appris à manager** », l'expression de notre interlocutrice nous interpelle et met en exergue dans l'ensemble de nos entretiens l'absence d'une ligne managériale et d'une stratégie dans la mise en place de la démarche d'évaluation. Lors de la mise en place d'un dispositif d'évaluation au sein d'une structure il apparaît essentiel selon les aspects théoriques évoqués dans la première partie de ce travail de désigner un pilote de projet et un coordonnateur de la démarche. Toujours selon l'aspect théorique, les directeurs d'établissement pilote de la démarche ont une vision générale, globale et transversale de l'évaluation. Ils collaborent étroitement avec le coordonnateur plus proche du terrain avec un rôle de relance des participants, de recherche des éléments de réponse, de mise à jour des différentes étapes. A la question de collaboration avec la Direction une interlocutrice répond :

E5-F-41ans-IDE coordinatrice-EHPAD public-60 lits

(E7) : Vous avez des réunions régulières ?

(e7) : (…) son bureau est à 2 pas mais ce n'est pas un recours pour moi lors des réunions on parle surtout effectifs et budgets(…)

Nous pouvons ici mobiliser le concept de management lequel semble crucial pour mener une démarche qualité. Le management est un terme ancien qui nous vient du latin manus proche du verbe maneggiare signifiant conduire, mener.

En 1916, H. Fayol[169] définit cinq fonctions de direction : planifier, organiser, commander, coordonner et contrôler. De manière générale, le management répond à une question simple mais fondamentale : comment mener une action collective et guider des hommes et des femmes principales ressources d'une organisation vers la réalisation des objectifs fixés ?

[169] FAYOL, H. « *Administration industrielle et générale.* » Paris réédition, Dunod, 1999

Lors de nos entretiens nous avons pu constater que nous étions face à des organisations pouvant être assimilées à un système. En effet, le système est un outil certes souvent abstrait mais il permet de désigner des faits concrets et de les expliquer. En assimilant l'organisation à un système nous pouvons baser notre analyse sur l'étude des échanges, des négociations et mettre en exergue les conflits entre les différents acteurs. Le système construit nous offre un reflet de la réalité nous permettant de comprendre comment fonctionne l'organisation en interne mais aussi en externe. La démarche d'évaluation au sein d 'une organisation ne peut se résumer à la mise en place d'outils ou de gestion d'un référentiel. Son introduction au sein du secteur médico-social déstabilise l'ensemble des éléments du système avec l'apparition de nouveaux objectifs, un changement de culture, de pratiques, et une véritable réorganisation structurelle.

Dès lors le management s'en trouve impacté. Le management doit alors être adapté et adaptable, en un mot il doit pouvoir évoluer.

Selon F. Charleux et D. Guaquere[170] l'atteinte d'un objectif dépend de la capacité des acteurs à gérer les ressources et les activités au sein d'un seul et même système. De ce fait le management par approche systémique permet de regarder l'organisation comme un ensemble de processus corrélés. L'efficacité de l'organisation dépend de ce fait de la juste articulation de l'ensemble des processus entre eux. Cependant cela ne peut se faire sans avoir défini au préalable une stratégie. A l'analyse des différents entretiens nous pouvons nous questionner sur l'absence de stratégie de la part des Directions d'établissements. L'interrogation sur le sens et la finalité d'une démarche semble être la première étape d'une stratégie, concept pouvant cependant avoir plusieurs définitions comme l'évoque Mintzberg et P. Romelaer [171] dans leur ouvrage. La démarche peut alors se concevoir comme :

- une vision partagée par tous les acteurs
- une trajectoire tournée vers l'avenir
- une cohérence et une cohésion institutionnelles
- une manœuvre acceptée par tous vers l'obtention d'un objectif

[170]CHARLEUX, F. GUAQUERE, D. « *Evaluation de la qualité en action sociale et médico-sociale évaluation interne outils méthodes et mise en œuvre.* » Paris ; ESF Editeurs, 2006
[171] MINTZBERG, H. ROMALEAR. *Grandeur et décadence de la planification stratégique*. Paris : Dunod, 1999

Cependant la conception d'une stratégie tient également compte des différents jeux des professionnels avec une idéologie dominante et des valeurs culturelles bien souvent implicites. Tout au long de nos entretiens nous avons pu voir combien les professionnels influent sur le mécanisme stratégique au sein des organisations. En effet, donner la parole aux professionnels, en tenir compte, permet d'assurer une force d'adaptation de la structure dans le temps et dans l'espace. Mintzberg et Romalear parlent alors de « *stratégies émergentes*. » Le pilotage stratégique de la démarche d'évaluation nous évoque alors le développement d'espace d'expression permettant de valoriser les initiatives et les adaptations proposées. La créativité des professionnels devient alors une source d'innovation indispensable à la mise en place du dispositif d'évaluation et une réelle technique ou stratégie de management. Cependant le rôle des différentes parties prenantes[172] dans l'ensemble de nos entretiens nous interroge et nous allons à présent évoquer les différents modes de collaboration dans le dispositif d'évaluation au sein des organisations.

2.2.3.2. Les modes de collaboration

- Le souhait des tutelles, instaurer une culture de l'évaluation

Comme nous le stipule Julien Damon[173] dans son article, depuis une trentaine d'années, l'évaluation s'est installée et affirmée dans le cadre d 'un mouvement de réforme des politiques publiques avec l'évaluation des hôpitaux et du secteur médico-social. L'auteur dit alors que nous sommes passés dans une « *culture de l'évaluation* » nous permettant ainsi de faire le lien avec les propos du médecin de santé publique interrogé lors de notre entretien exploratoire :

« *On veut travailler sur la notion de culture une culture ça se perpétue, se remettre en question toujours…euh…voilà l'objectif principal.* »

Cependant, toujours selon l'auteur si le principe de l'évaluation n'est pas contesté, la « *dérive gestionnaire* » qu'il peut potentiellement induire peut être rejetée par les professionnels. Nous

[172] Professionnels, Directions, résidents et familles
[173] DAMON, Julien. « *La fièvre de l'évaluation*». Sciences Humaines. Octobre 2009, n°208

retrouvons encore une fois ici la notion d'appropriation permettant à chacun de donner du sens à une démarche et de pouvoir ainsi contribuer à sa mise en place. L'affirmation progressive de l'évaluation induit quelquefois les espoirs de ceux qui en attendent une amélioration de leurs conditions de travail et de leur quotidien. Encore une fois, les objectifs de l'évaluation doivent être formalisés dans une réelle politique qualité et le terme de culture de l'évaluation abordée avec les professionnels, parties prenantes de toutes les démarches institutionnelles. Pour cela, communication et collaboration entre Direction et tutelles, professionnels et Directions sont des points forts.

- La direction dans la démarche qualité et l'évaluation

A la lecture des entretiens nous pouvons constater un manque de communication et de collaboration entre les responsables qualité et la Direction des établissements. La situation précaire du poste de Direction est également mise en exergue par deux de nos interlocuteurs. Or nous avons pu voir dans notre partie théorique l'importance de la mise en place d'une réelle politique qualité en amont des démarches d'évaluation. Une politique qualité doit être formalisée et communiquée à toutes les parties prenantes par la Direction.

E4-F-59ans-Cadre de santé-EHPAD privé associatif but non lucratif-80lits

(E1) : Comment me décrirais-tu l'évolution de la qualité au sein de la structure de son origine jusqu'au dispositif d'évaluation ?

(*e1) : c'est un fonctionnement paternaliste il n'y a qu'un décideur et c'est très politisé….il veut faire croire à une politique qualité …… c'est le paraître (ton acerbe) ton irrité*

E7-F-34 ans-Aide -Médico-Psychologique-EHPAD Public-60lits

(E6) : Permettez-moi de rebondir la directrice de l'époque avait-elle instaurée une politique qualité ?

(e6) : *« oui il y a beaucoup de changement le nouveau directeur est là depuis deux ans …non pas de politique en tout cas visible mais avec le nouveau directeur ça va*

Comme nous l'avons évoqué dans notre partie théorique, les directeurs pilotes de la démarche ne doivent pas perdre de vue que la démarche d'évaluation élément à part entière selon la loi

du 2 janvier 2002 du projet d'établissement, peut s'avérer être un outil de management et de communication interne et externe. La démarche évaluative constitue une étape primordiale dans le processus de la démarche qualité. La participation des personnels serait alors une condition nécessaire à leur implication et à leur adhésion au projet. L'enjeu central pour le directeur réside alors davantage dans la reconnaissance de la qualité par les professionnels afin d'avoir une véritable réflexion collective. A travers les différents entretiens nous percevons le rôle déterminant du directeur dans les structures. Le directeur s'engage pour pouvoir par la suite engager son établissement. Il se questionne sur sa stratégie de management de la qualité. La démarche évaluative suppose pour les professionnels d'entrer dans une logique de connaissance nouvelle de l'action impliquant une phase d'objectivation, et de démonstration de leurs pratiques. La qualité ne se décide pas ; elle se construit socialement en partenariat avec les acteurs et par les acteurs avec et pour les usagers. Dès lors ce dialogue engagé par la démarche implique le respect des professionnels quel que soit leur statut afin qu'il puisse participer au débat et ainsi définir un langage commun au profit des usagers. Penser la qualité c'est avant tout choisir, décider, piloter et à travers l'ensemble de nos entretiens nous comprenons que les directeurs ont une responsabilité particulière .Pour nos interlocuteurs leur implication est indispensable. En effet, il semble attendu du directeur qu'il puisse fixer des objectifs clairs et faisables et qu'il fournisse aux équipes les moyens de les réaliser. Mais nous ne pouvons parler de Direction sans aborder à présent la notion d'équipes et de parties prenantes.

- Les parties prenantes
  - Les professionnels

La majorité des interlocuteurs rencontrés déplorent l'absence de stratégie participative lors de l'évaluation interne et externe de leur établissement. Pourtant nous avons pu voir dans notre partie conceptuelle qu'à travers les échanges qu'elle génère, l'évaluation permet de renouveler les modalités de coopération et de collaboration entre les différents acteurs. La démarche d'évaluation permet de se questionner sur la pertinence, l'efficacité et la conformité des prestations proposées et réalisées. Les professionnels s'interrogent sur les évidences et les habitudes individuelles ou collectives. Nous pouvons constater dans nos entretiens l'absence des professionnels lors de la phase d'autoévaluation de leur établissement.

E6-F-57ans-Cadre de santé-EHPAD-Public-90 lits

(E17) : comment avez-vous vécu l'évaluation externe vous et les équipes ?

(e17*) : « les équipes n'ont pas été préparées à tout ça elles se sont senties jugées cela nous servira de leçon pour la prochaine il faut les impliquer les équipes c'est une certitude. »*

E7-F-34 ans-Aide- Médico-Psychologique-EHPAD Public-60lits

(E17) : les équipes et les familles ont participé à l'évaluation interne ?

(e17) : « j'avoue que les équipes ont vécu cela de loin et les familles à travers le CVS on était un peu dans l'urgence mais en général on amène les choses en expliquant. »

E4-F-59ans-Cadre de santé-EHPAD privé associatif but non lucratif-80lits

(E9) : Tu as pu réunir les équipes ?

(e9) : « non absolument pas ça a été fait à l'arrache le participatif il ne fallait pas s'y prendre comme ça quelques groupes et depuis statu quo. »

Or selon Ducalet[174] cité précédemment l'autoévaluation est un mode de dialogue entre le réel et les pratiques professionnelles. Elle implique une articulation entre la connaissance et l'action et induit une pratique réflexive. Les prestations, les services, les processus deviennent alors des objets de réflexion. Grâce à ce travail réflexif, les professionnels analysent et critiquent leu travail, confrontent leurs actions et décident de nouveaux modes opératoires. Chaque professionnel se voit reconnaître une place décisionnaire au sein de l'établissement et la notion de management participatif prend alors tout son sens. La mise en œuvre d'un système ou d'une stratégie pour manager la qualité doit résulter d'une part d'une volonté et d'une politique directoriale mais aussi d'un consensus interne entre les différents acteurs de la démarche. En effet, ces derniers constituent la garantie d'une véritable prise en compte des besoins et des attentes des usagers. La démarche ne peut être engagée sans un véritable engagement formel des dirigeants. La démarche qualité et l'évaluation constituent un processus dynamique qui doit concerner et mobiliser tous les acteurs. Parce qu'elles interrogent les pratiques professionnelles et surtout le sens qui leur est donné, elles doivent être réfléchies collectivement avec les usagers et leurs familles

[174] Op.cit.p 84

- <u>les résidents et les familles</u>

<u>E1F-52ans-IDE coordinatrice-EHPAD-associatif à but non lucratif-40lits</u>

(E8) : vous accompagnez également les résidents avec de gros troubles cognitifs les familles sont associées ?

(*e8) : « les familles sont primordiales la qualité commence par là pour moi.* **»**

Parmi les outils du dispositif d'évaluation et de la démarche qualité un axe est consacré à la consultation des usagers élément fondamental de la démarche. Dans notre partie théorique nous avons démontré l'importance de placer les usagers au cœur du dispositif. En effet la satisfaction des usagers est généralement exprimée par un sentiment global face à une situation donnée. Or, la satisfaction peut s'avérer être subjective et dépendre du vécu, des habitudes de vie, ou d'autres facteurs subjectifs. Le concept de satisfaction ou d'insatisfaction ressenti par l'usager provient alors de sa perception, de l'écart entre ses attentes et la réalité offerte par l'établissement. Pour nos interlocuteurs la prise en compte des usagers et des familles reste un élément essentiel.

<u>E2F-44ans-référente qualité-EHPAD privé à but non lucratif-80lits</u>

(e11) : « j'aurais voulu convier tout le monde dès le départ….. les résidents, les familles (…) c'est impossible du fait des plannings(…). »

<u>E3-F-57ans-Responsable hôtelière-EHPAD privé à but non lucratif-90lits</u>

(E2) : vous avez quand même instauré des actions prioritaires pour la qualité de vos prestations (…)

(e2) : « il y a des actions qui concernaient l'hôtellerie alors on a réajusté quelques pratiques avec le cadre de santé et l'aide des familles impliquées dans le conseil de vie sociale. »

Cependant, la démarche d'évaluation semble ne pas avoir été présentée aux familles qui ont majoritairement rencontrées les évaluateurs externes lors de la démarche sans avoir vécu la démarche en amont. Toutefois, le conseil de vie sociale a été instauré dans tous les établissements et le dernier compte-rendu était affiché dans toutes les structures. Mais l'intégration des résidents et des familles à la démarche reste aléatoire.

E6-F-57ans-cadre de santé-EHPAD-Public-90 lits

(E18) : vous avez pu les faire participer en groupes de travail ainsi que les familles ?

(e18) : « les familles sont représentées au CVS mais elles ne sont pas intégrées réellement dans la démarche les évaluateurs les ont rencontrées c'est tout. »

E4-F-59ans-cadre de santé-EHPAD privé associatif but non lucratif-80lits

(E16) : et dans la démarche d'évaluation interne pas de familles ni de résidents ?

(e16) : « non juste pour l'externe ils ont vu le président du CVS l'interne comme je t'ai dis a été faite si vite. »

Pourtant, l'évaluation de la satisfaction des usagers permet de définir d'une part si l'établissement a atteint ses objectifs et d'autre part d'effectuer des comparaisons dans l'espace et dans le temps. Véritable mécanisme permettant de décrire et de connaître l'établissement, l'évaluation de la satisfaction peut devenir un levier d'aide à la décision et un outil stratégique. De ce fait la mise en place d'un dispositif d'évaluation dans le temps ne peut encore une fois faire l'économie de la prise en compte des usagers. Cependant celle-ci ne peut se faire dans un contexte tendu ou conflictuel comme nous avons pu le ressentir dans le discours de certains de nos interlocuteurs confrontés quotidiennement à des tensions.

2.2.3.3. Les tensions et les interactions

Il existe des conflits dans toute organisation. Cependant, dans ce travail nous pouvons constater que les conflits font partie des relations humaines. Certains interrogés parlent avec amertume de leur relation avec la Direction ou de contextes directoriaux complexes. Pourtant ils avancent et ont à cœur l'atteinte d'objectifs institutionnels et personnels. Les relations professionnelles sont faites de réactions d'ordre affectives qui influent sur le travail en collaboration. Cela peut -être le cas des sentiments de confiance de la part des collaborateurs envers les managers ou à contrario des sentiments de méfiance vis-à-vis de la hiérarchie. Ces sentiments peuvent alors orienter l'activité ou devenir néfaste lors de la mise en place d'un dispositif législatif. Le partage d'informations et la coopération peuvent alors être impactés :

E1-F-52ans-IDE coordinatrice-EHPAD-associatif à but non lucratif-40lits

(E13) : Vous ne faites pas partie des réunions de Direction par rapport à la politique qualité?

(e13) : « Non je ne suis pas toujours conviée et je ne trouve pas qu'il y ait la volonté de mettre en place une politique qualité c'est la direction ça même le médecin coordinateur est absent bien souvent. »

E4-F-59ans-cadre de santé-EHPAD privé associatif but non lucratif-80lits

(E11) : les équipes sont informées de la suite ?

(e11) : « il a fait une réunion d'information mais c'est un politicien beau discours. »

E2F-44ans-référente qualité-EHPAD associatif privé à but non lucratif-80lits

(E13) : dans l'encadrement la démarche a-t-elle posée problème ? (Silence) (Gêne)

(*e13) : « c'est pour ça qu'on les anime ouais mais heu… c'est en train de s'apprendre de ne pas toujours avoir raison c'est vrai que j'y vais avec mes gros sabots en réunion d'encadrement en fait j'ai pris le rôle du clown et du coup en insertion professionnelle ça marche je pense que les cadres sont mon dieu marie joseph mais quelle arrogance quelle arrogance qui euh…… et alors une arrogance par contre ce que je ne peux pas c'est la critique permanente envers l'autre alors ça je ne peux pas . »*

Arrêtons-nous quelques instants sur ces quelques mots de notre référente qualité, lesquels pourraient résumer à eux seuls toute la complexité de mettre en place l'évaluation interne et externe au sein des structures médico-sociales. A travers son témoignage notre interlocutrice travailleur social, se questionne sur le milieu médical et sur la toute-puissance relative du monde soignant. Ces quelques paroles nous ont amenés à nous interroger sur la mise en place d'une politique publique en l'occurrence le dispositif d'évaluation au sein d'un secteur où comme le dit Blandine Vigneras[175] « *les soignants eux-mêmes se donnent un statut de puissance.* » L'auteur nous dit alors que La société a conféré aux soignants une certaine puissance, un pouvoir sur l'être humain vulnérable. Le terme puissance renvoie selon sa définition, au pouvoir de commander, d'imposer son influence mais également au caractère de

[175] VIGNERAS, Blandine. « *Puissance et faiblesse des soignants : mythe ou réalité* » mai 2014 [en ligne] disponible sur <www.espace-ethique-poitoucharentes.org/.../original_151932-puissance-et-faiblesse-d>
.

ce qui peut exercer de l'influence sur autrui. Cela nous ramène à la notion de paternalisme protecteur évoquée par l'une de nos interlocutrices. Cette dernière évoque cette puissance réductrice empêchant toute initiative personnelle dans la démarche d'évaluation.

E4-F-59ans-Cadre de santé-EHPAD privé associatif but non lucratif-80lits

E3) : Cela impacte-t-il sur tes initiatives en tant que cadre notamment dans la politique qualité ?

(e3) : « c'est sûr il est difficile de déterminer des priorités de travail je dois me référer au Directeur dans tout ce que j'entreprends. »

Outre la notion de paternalisme, la remise en question par les soignants de leurs pratiques professionnelles s'avère complexe voire inconcevable et la mise en place d'une politique qualité incluant l'auto-évaluation devient un réel challenge et une source de conflits.

E10-F-40ans-infirmière coordinatrice-EHPAD public-40lits

(e8) : « Moi je pense que c'est bénéfique de se poser des questions les EHPAD ont souvent été dans le collimateur il faut de la transparence .On parle de la maltraitance mais c'est une réalité il faut montrer aux familles qu'on travaille pour que les résidents se sentent bien pour qu'ils puissent bénéficier d'une retraite heureuse et digne. »

Thomas et Kilman (1972) ont élaboré un modèle exposant cinq stratégies de gestion de conflits : Ces différents modèles relèvent de deux attitudes de base permettant de comprendre le comportement des membres d'une équipe et de pouvoir adopter une stratégie adaptée :

- *l'assertivité* attitude selon laquelle les comportements d'une personne visent à satisfaire ses propres intérêts et à satisfaire ses objectifs personnels.
- *la serviabilité* attitude selon laquelle les comportements d'une personne visent à satisfaire les intérêts d'une autre personne. La combinaison de ces deux dimensions implique l'accommodement et le compromis. L'accommodement serait un style ou l'on ne s'affirme pas et où l'on collabore. L'objectif serait-il ici de céder ? En général, cela implique de négliger ses propres besoins pour satisfaire les intérêts d'une autre personne. Nous aborderons la notion d'accommodations et de consensus un peu plus tard dans ce travail.

E1-F-52ans-IDE coordinatrice-EHPAD association à but non lucratif-40lits

(E17) : Et vous rédigez seule les protocoles ?

(e17) : « oui le problème c'est que pour des raisons financières on économise et je dois tout faire…. »

Revenons à présent sur les interactions des différents acteurs rencontrés avec leur environnement et les parties prenantes. Dans la majorité de nos entretiens les émotions semblaient marquer la plupart des enquêtés et pouvaient de ce fait déstabiliser notre rôle d'enquêteur chercheur. En effet, certains enquêtés ont demandé l'arrêt de notre enregistrement pour se confier et parler des difficultés de leur quotidien. Selon l'article de Cahour[176] les individus sont constamment en train d'évaluer leurs relations à l'environnement en termes d'implication pour leur bien-être, et cela dépend encore une fois du sens que chaque individu construit en situation. Pour cela consensus et accommodations s'avèrent nécessaires.

2.2.3.4. Accommodations et consensus pour construire malgré les conflits

Nous avons pu mettre en évidence dans ce travail les difficultés pour les responsables qualité de définir et de délimiter les missions relatives au suivi de l'évaluation interne et externe. Comme nous avons pu le voir, le responsable d'équipe est également dans la majorité de nos interrogés le responsable qualité qui définit les règles de fonctionnement. Dans ce travail l'équipe se compose de différentes personnes, de différents corps de métier complémentaires réunis autour d'un objectif commun : prendre soin et accompagner au mieux les résidents. Le bon fonctionnement de l'équipe implique la présence d'un responsable qui rappelle l'objectif du groupe ; Or nous avons pu constater que cela n'était pas évident dans certains EHPAD. En effet, certains responsables réfléchissent seuls alors qu'il semblerait que l'organisation et le déroulement des activités seront facilitées si les décisions du responsable sont prises en concertation avec des membres de l'équipe.

[176] CAHOUR B., LANCRY A. *« Émotions et activités professionnelles et quotidiennes*. » Le travail humain 2/2011 (Vol. 74), p. 97-106 {[en ligne] disponible sur <www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2011-2-page-97.htm>
.

E1-F-52ans-IDE coordinatrice-EHPAD association à but non lucratif-40lits

(E21) : selon vous ce dispositif pourrait-être un danger ?

(e21) : « je me suis rendue compte que si on impose un document justement avec l'évaluation externe j'ai créé le projet personnalisé personne ne le consultait (…) »

E1-52ans-IDE coordinatrice-EHPAD associatif à but non lucratif-40lits

(E1) : Comment me décririez-vous l'évolution de la démarche qualité au sein de la structure de son origine jusqu'au dispositif d'évaluation ?

(e1) : (…) du coup moi je suis à plein temps et je suis une des seules à être là le plus souvent et je me partage je m'organise pour faire la liaison entre les consignes administratives….ils ont toujours refusé de me considérer comme cadre (…)

En parallèle avec l'accommodation, le consensus serait une attitude entre l'affirmation de soi et la collaboration. L'objectif est de trouver rapidement un terrain d'entente afin de pérenniser la structure

Selon l'article de Nachi[177] dans la pratique le consensus est associé à une forme d'échange, une interaction entre les différentes parties prenantes et cela demande à chacun une volonté de coopérer. Certains font un effort d'adaptation, de concessions réciproques. Dans cette perspective nous pourrions mobiliser le concept de compromis dans la mise en œuvre du dispositif d'évaluation interne et externe par les responsables qualité. Ces derniers doivent mettre en place une stratégie afin de faire vivre le dispositif alors qu'ils n'ont pu se l'approprier pour le transmettre et le légitimer. Cependant, accommodations et consensus peuvent quelquefois s'avérer insuffisants face à des contextes instables.

[177]NACHI, Mohamed. *Deux concepts de compromis : commun vs analogique* », Négociations 2/2011 (n° 16), p. 95-108 [en ligne] disponible sur <www.cairn.info/revue-negociations-2011-2-page-95.htm>
.

2.2.4. Les modes d'action

2.2.4.1. La « transmission » dans un contexte d'absentéisme

Dans la mise en place d'actions relatives au dispositif d'évaluation l'aspect information et communication est essentiel. La qualité de l'information permet de développer une culture commune permettant de fédérer la démarche. Les établissements comme nous avons pu le voir tout au long de ce travail sont de véritables entreprises humaines supposant que toutes les parties prenantes puissent tenir leur place. Pour cela il est indispensable qu'elles soient tenues informées des étapes et des avancées de la démarche. Le dispositif d'évaluation demande une action de communication adaptée. Les Directions d'établissement devraient pouvoir s'orienter vers un mode de communication privilégiant l'argumentation, en insistant sur l'intérêt de s'engager dans une démarche qualité et un processus d'évaluation.

Le référentiel utilisé est également une donnée importante et l'on peut constater qu'il est hétérogène. Certains interlocuteurs se basent sur les référentiels de leur fondation ou de leur association afin de constituer une base de réflexion. Certains outils sont issus du référentiel de l'ANESM et d'autres ont été créés par les structures.

Cependant, l'outil doit embrasser la totalité des diverses composantes d'une prise en charge tout en restant à la portée de tous les professionnels. L'appropriation, étape absente du dispositif d'évaluation par certains interlocuteurs ne permet pas une utilisation optimale de l'outil. Lors de la phase de transmission il est indispensable que la démarche soit claire afin que les acteurs puissent lui donner un sens positif et éviter réticences et résistances. La démarche d'évaluation interne réalisée par les professionnels concernés par nos entretiens ne peut à elle seule garantir la motivation et l'implication des acteurs Dans la démarche évaluative mise en œuvre dans les EHPAD concernés nous pouvons peut-être regretter que le projet n'ai pas touché plus d'acteurs en particulier les personnels proches des usagers. Il nous semble que la démarche ait été managée par la Direction sans concertation des professionnels.

Un autre élément nous questionne. L'absentéisme[178] selon les témoignages est important dans la majorité des structures rencontrées. L'une de nos interlocutrices nous dit alors :

[178] Fait d'être absent de son lieu de travail

E2-F-44ans-référente qualité-EHPAD privé associatif à but non lucratif-80lits

(E8) : permettez-moi de rebondir. L'absentéisme est important ?

(e8) : « Heu je n'ai jamais vu ça de ma vie …. »

Cela nous évoque encore une fois la responsabilité de la Direction dans la mise en place d'une démarche de prévention des risques professionnels. Celle-ci nécessite l'analyse des différentes situations de travail et la mise en exergue des facteurs de risque. Afin de pouvoir définir des axes d'amélioration, cela fait l'objet d'un plan d'action. La santé au travail est une obligation pour l'employeur. En effet, selon l'Art. L 4121-1 du code du travail tout employeur est tenu de prendre des mesures pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs.

Selon une étude réalisée par les Services Interentreprises de Santé au Travail de Metz[179] et Thionville à laquelle ont participé des médecins du travail, des ergonomes une psychologue et une statisticienne, les conditions de travail au sein des EHPAD soulèvent de nombreux questionnements. Cette étude a été menée de 2008 à 2010 en réponse à la demande de nombreux professionnels[180] afin d'étudier et d'évaluer les postes de travail, apporter un soutien psychologique aux salariés et aider à réorganiser le travail.

Les raisons de cette étude sont hétérogènes :

- *douleurs physiques et mal-être psychologique*
- *situations de crise vécue par les salariés*
- *le maintien de l'emploi, les postes non pourvus et les difficultés de reclassement*
- *les indicateurs d'absentéisme importants, le turn-over*[181]
- *accidents du travail*

Nous parlions dans l'introduction de notre travail de notre gestion de l'urgence au quotidien et des contraintes budgétaires auxquelles les structures sont confrontées. Dans un secteur en

[179] Etude des conditions de travail des salariés en EHPAD et Long Séjour réalisée de 2008 à 2010 septembre 2011 [en ligne] disponible sur <www.astlornorg/wp-content>
[180] Médecins du travail, salariés, Directeurs d'EHPAD
[181] Terme désignant un indicateur de renouvellement des effectifs dans une organisation

expansion, en raison du vieillissement de la population et de l'espérance de vie, les EHPAD accueilleront dans les années à venir selon l'INSEE[182] des personnes de plus en plus dépendantes avec des pathologies lourdes. Cela nécessitera la mise en œuvre de véritables politiques de prévention des risques et de gestion des emplois et des compétences. Cette étude démontre que les aléas au quotidien dans un contexte de pénurie de personnel, à savoir interruptions de tâches dues aux besoins des résidents, aux sollicitations légitimes des familles ou liées aux salariés comme les arrêts maladie, les non remplacements d'arrêts de travail génèrent du retard ce qui oblige les structures à développer les stratégies de compensation telles que

- l'augmentation de la durée de temps de travail
- la réduction ou la suppression de pause récupératrice

En effet, pour une même charge de travail, moins de salariés formés ou disponibles. Certains agents et intervenants comme les animatrices peuvent ne pas être remplacés impliquant ainsi des dysfonctionnements importants dans l'accompagnement du résident.

E1- F - 52 ans- IDE coordinatrice -EHPAD associatif à but non lucratif- 40 lits

(E2) : Vous évoquez la qualité des soins, comment parleriez-vous de la démarche qualité au sein de l'établissement ?

(e2) : Pour moi c'est avoir les moyens de bien faire. Depuis septembre 2015 plus d'AMP donc plus aucun travail au niveau des toilettes thérapeutiques accompagnement de gens déments et l'animation qui a beaucoup réduit

De manière informelle nous avons conversé avec certains de nos interlocuteurs sur les horaires des agents et dans huit des structures rencontrées les agents effectuent des horaires coupés[183], ces derniers ayant pour conséquence la réalisation de tâches les plus lourdes comme les levers ou les couchers sur ces plages horaires par le même agent. De plus les agents, outre les horaires coupés effectuent de multiples petits horaires permettant un rappel lors de repos ou en congés. Nous pouvons alors faire le lien avec nos entretiens et l'étude

[182] Selon les estimations de l'INSEE, la France comptera en 2030 15,6 millions de personnes âgées de plus de 65 ans soit une augmentation de 58,9 % par rapport à 2004. -DRESS mai 2009 [en ligne] disponible sur <www.travaillersante.fr>

[183] 7h-11h/17H-20H30 horaire coupé possible en EHPAD

précédemment citée qui démontre dans un tel contexte une diminution de la récupération du salarié avec un impact négatif sur la santé physique et psychologique. Les EHPAD étudiés semblent fonctionner à flux tendus en matière de personnel et les aléas ou autres temps transversaux ne sont pas prévus. Nos interlocuteurs évoquent la difficulté de planifier une réunion ou des rencontres hors temps de travail, ces temps devant être validés par les Directions.

E1- F - 52 ans- IDE coordinatrice -EHPAD associatif à but non lucratif- 40 lits

(E5) : Le staff est fait hors du temps de travail je crois comprendre ?

(e5) : Non mais avec les petits horaires je demande une dérogation sa voir si les équipes veulent rester ou pas et en tant qu'ide coordinatrice c'est moi qui demande aux personnes est ce que vous voulez rester etc… et l'administration ne devrait pas accepter… mais ça passe quand même au niveau du temps

E6-F-57ans-cadre de santé-EHPAD-Public-90 lits

(E18) : Vous avez pu les faire participer en groupes de travail ainsi que les familles?

(e18) : Il faut qu'elles restent, elles sont fatiguées ce n'est pas facile pour elles et heu alors ce que je fais pas vraiment pour l'activité mais quand elles ont des groupes un peu spécifiques je leur donne des journées que j'appelle formation et bon, c'est compté comme des journées de travail

Alors comment impliquer les agents des structures gérontologiques dans des missions transversales et assurer la pérennité d'une démarche qualité dans un tel contexte ? L'adage prendre soin des équipes pour pouvoir prendre soin des résidents prend alors ici tout son sens. Depuis 2001, tout employeur est tenu de réaliser un document unique d'évaluation des risques professionnels que l'on rencontre également sous le nom de « *document unique.*[184]» Lors de notre premier entretien, nous avons pu évoquer ce document en cours de réalisation.

E1- F - 52 ans- IDE coordinatrice -EHPAD associatif à but non lucratif- 40 lit

(E6) : Par rapport aux actions qualité dont vous me parliez tout à l'heure vous avez pu créer un PAQ d'après les résultats de l'évaluation interne ?

(e6) : (…) Pour l'instant j'essaye de travailler sur document unique gestion des risques on a du retard sur tous ces documents là

[184] Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs [en ligne) disponible sur <www.legifrance.gouv.fr >

Lors de la mise en place d'un programme de prévention de santé en EHPAD il est encore une fois essentielle de mobiliser les acteurs afin de dresser un état des lieux, d'identifier clairement des objectifs et définir ainsi définir un plan d'action prenant en compte les attentes des agents. L'adhésion du personnel à une telle action de prévention repose sur son implication afin d'identifier de façon précise les freins et les leviers et ainsi adapter au mieux une stratégie institutionnelle. Encore une fois nous évoquerons ici l'importance de l'information et de la communication auprès des professionnels par la Direction avec la mise en place d'une politique formalisée de suivi à travers des indicateurs institutionnels.

2.2.4.2. La pérennité des actions à travers les indicateurs de suivi de la qualité

Comme nous l'avons évoqué dans notre partie théorique et dans le début de cette seconde partie nous pouvons constater que la pérennité serait étroitement liée au contexte et aux relations entre les acteurs au sein d'un secteur. En effet rappelons que selon Handicap International :

- *la pérennité d'un secteur dépendrait du degré de cohérence qui existe entre les multiples acteurs*
- *le dysfonctionnement des relations humaines pourrait être un facteur compromettant pour la pérennité*

Alors comment le dispositif d'évaluation peut-il permettre de pérenniser les actions de la démarche qualité à travers la mise en place d'actions concrètes ? Pour la majorité de nos entretiens nous pouvons constater que la mise en place du plan d'action qualité est une étape en cours de réalisation ou absente, voire même méconnue. En effet l'une de nos interlocutrices reconnaît ne pas avoir entendu parler du plan d'action qualité ce qui corrobore encore une fois nos dires sur l'appropriation du dispositif.

E1-F-52ans-IDE coordinatrice-EHPAD associatif à but non lucratif-40lits

(E7) : Par rapport aux actions qualité dont vous me parliez tout à l'heure vous avez pu créer un PAQ d'après les résultats de l'évaluation interne ?

(e7) : silence un peu gênée ….. « Le PAQ c'est quoi ? »

Sans appropriation de l'outil la mise en place et la transmissions des actions semblent une étape impossible ou abordée avec difficultés Mais nous pouvons constater encore une fois à travers les propos de nos interlocuteurs combien les acteurs sont des éléments essentiels de la démarche.

E2F-44ans-référente qualité-EHPAD privé associatif à but non lucratif-80lits

(E22) : Pensez-vous que le dispositif d'évaluation interne et externe peut aider à pérenniser vos actions qualité ?

(e22) : « Tout à fait oui(…) et demain si quelqu'un prend ma suite je lui laisse quoi ? »

(E23) : Vous vous aidez des indicateurs qualité ?

(e23) : « Là les indicateurs c'est pareil je ne suis pas au point là-dessus nombre de linge perdu nombre de linge à Mme A et dans le placard Mme B il faut voir avec le groupe en fonction des objectifs Mais le suivi est difficile les équipes font de la résistance elles ne me disent pas , elles ne veulent pas me les donner je leur ai appris, elles ne veulent pas donner les chiffres pour erreur elles ont peur d'être incriminées. »

Selon Aline Metais responsable de projet évaluation interne de l'URIOPSS[185] les indicateurs de suivi de la qualité sont des outils de pilotage au service des établissements et des services pour suivre leur démarche d'amélioration continue de la qualité. Or nous pouvons analyser que les établissements sont loin de cette étape clé, les responsables seuls face au projet ont de la difficulté à construire la démarche. Les moyens humains, matériels, financiers restent à définir et les pratiques n'ont pas faits l'objet d'une évaluation par les professionnels pour la majorité des établissements.

E1-F-52ans-IDE coordinatrice-EHPAD association à but non lucratif-40lits

(E24) : Si je vous parle de la mise en place d 'indicateurs qualité pour un suivi dans le temps accessibles et transposables pour tous ?

(e24) : « Honnêtement je n'en suis pas là du tout je ne suis même pas formée à tout ça je suis désolée de ne pas vous en dire plus je n'ai pas été d'un grand recours pour cet entretien et pour votre mémoire. »

[185]Union Régionale Interfédérale des Œuvres et Organismes privés sanitaires et sociaux

De ce fait les effets sur les usagers prévus ou attendus, observés ou mis en œuvre restent également des données subjectives pour les responsables qualité. L'ANESM a publié deux recommandations spécifiques sur la conduite de l'évaluation interne destinées aux EHPAD. Nous en revenons alors au choix du référentiel utilisé par les structures lequel nous semblait très hétérogène. Ne serait-il pas pertinent pour les établissements de pouvoir se baser sur un référentiel commun permettant de mutualiser les connaissances et partager les difficultés ? Toujours selon Aline Metais les indicateurs permettent d'observer l'évolution d'une situation. La variation de l'indicateur doit alors donner la possibilité à l'établissement :

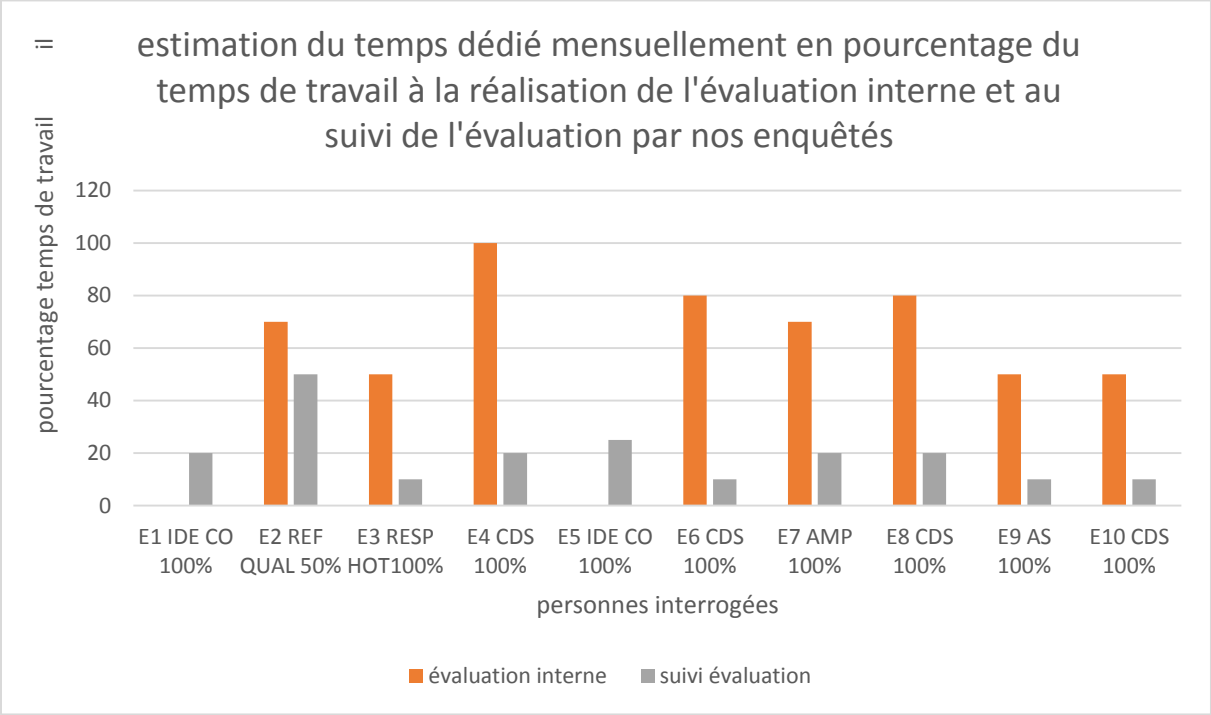
- *de déclencher un questionnement ou réajuster une pratique,*
- *de mesurer les effets d'une action pour les usagers et leur famille,*
- *d'objectiver les constats.*

Inscrit dans un tableau de bord, le suivi des indicateurs est un outil de pilotage de l'établissement et un support de dialogue de gestion entre l'autorité et les établissements. Cependant, encore une fois l'indicateur ne peut exister et prendre sens que dans son contexte. Chaque établissement peut être amené à modifier les indicateurs proposés par l'ANESM pour pouvoir les adapter à la situation de leur établissement.

Selon l'ANESM une quinzaine d'indicateurs de suivi[186] par établissement peuvent suffire pour suivre l'ensemble des thèmes investigués lors de l'évaluation. Cependant, la mise en place et le suivi de ces indicateurs nécessitent d'avoir le temps d'analyser les résultats et leur évolution. Nous mobiliserons alors par rapport à cela la notion de temporalité à l'aide du graphique ci-dessous relatif à l'estimation du temps dédié en pourcentage du temps de travail à l'évaluation et au suivi de l'évaluation par les enquêtés.

[186] Annexe n°7 p 203

2.2.4.3. La notion de temporalité, avoir du temps pour produire de la qualité



Lors de l'analyse de ce graphique nous pouvons constater combien le temps est un facteur important dans la démarche d'évaluation interne. Le fait de devoir répondre à un dispositif légal n'impliquerait-il pas un surinvestissement de la structure et du responsable qualité ? En effet, nous assistons à une forte disproportion entre la phase d'évaluation et la phase de suivi de l'évaluation. Le temps accordé au suivi des actions dans notre graphique témoigne du peu de temps dédié à cette étape par nos interlocuteurs. Or le suivi des actions est un point majeur dans la démarche d'évaluation. En effet, il est nécessaire de s'assurer que les actions prévues sont appliquées, adaptées et produisent les effets attendus. Les actions d'amélioration soulèvent des questions sur les pratiques et amènent de nouvelles manières de travailler outre le suivi des actions l'une des missions du responsable qualité est alors d'accompagner le changement.

E4-F-59ans-cadre de santé-EHPAD privé associatif but non lucratif-80lits

(E21) : Tu dirais que tu as quel temps dédié à la qualité dans ton quotidien ?

(e21) : « aucun temps dédié je fais comme je peux je n'ai rien changé depuis ma prise de poste. »

(E22) : Tu as eu quel temps dédié pour l'évaluation ?

(e22) : « M'en parle pas j'attends encore de le récupérer figure toi on a fait du 100% et en plus personne faisait mon boulot. »

Lors de nos entretiens l'ensemble de nos interlocuteurs a déploré ce manque de temps passé à la mise en place des actions relatives à la qualité .Seule notre interlocutrice référente qualité témoigne de son confort dans sa fonction. Son temps est dédié uniquement à la qualité comme nous pouvons le constater sur le graphique.

E2 F-44ans-référente qualité-EHPAD privé associatif à but non lucratif-80lits

(E17) : C'est une responsabilité pour un assistant qualité ?

(e17) : « Je ne faisais que ça (...) Je travaille dans un confort dans mon évaluation annuelle j'ai atteints mes objectifs euh… ouais c'est normal y a pas de mérite j'ai le temps de le faire

La notion de temporalité devient alors un facteur essentiel lors de l'évaluation mais également pour le suivi de l'évaluation. Adopter les principes de l'amélioration continue de la qualité à travers le dispositif d'évaluation et développer une démarche qualité requiert un investissement en temps et en moyens afin de produire des effets positifs et pérennes pour les usagers. Sans l'engagement du responsable qualité, la mise en œuvre de la démarche, son appropriation par les équipes et sa réussite sont compromis. Il est nécessaire de construire la démarche avec minutie afin de permettre à chaque acteur de comprendre et de contribuer à la démarche. Les responsabilités de chacun doivent être précisées afin d'évaluer l'implication des acteurs ainsi que le temps et les autres moyens nécessaires à la conduite de l'évaluation. Comme suggéré par notre interlocutrice référente qualité la notion d'animation et de suivi est au cœur de la démarche : organiser des bilans, valoriser les améliorations constatées sont autant de moyens pour assurer une communication effective et continue permettant de motiver ou renouveler l'engagement de chacun. Le développement d'une démarche d'amélioration continue de la qualité à travers le dispositif d'évaluation interne et externe est un projet à long terme qui s'envisage de façon progressive et nos interlocuteurs ont de la difficulté à gérer cette progression voire même de l'envisager. Les démarches d'auto-évaluation ont été majoritairement faites dans l'urgence sans un véritable état des lieux permettant d'évaluer et d'analyser le fonctionnement de l'établissement. Pour cela il semble indispensable de réaliser cette étape avec les Directions afin de définir des objectifs stratégiques, déterminer les points forts et les points sensibles en les objectivant.

Après un état des lieux de la structure il s'avère indispensable de pouvoir baser la maîtrise de la démarche qualité sur un plan d'action formalisé. En fonction des différents constats établis, un inventaire des axes d'amélioration peut-être réalisé. Les actions de progression sont établies à partir du plan d'action en mobilisant les ressources nécessaires selon les étapes et les échéances définies. Cependant, un plan d'action est un projet avec un état initial, un état à atteindre avec des moyens prévus selon un planning établi. Sa mise en œuvre suppose de mesurer avec régularité l'atteinte des objectifs en s'appuyant comme nous l'avons évoqué dans notre paragraphe précédent sur des indicateurs de mesure pertinents , des données objectives, des documents élaborés avec les équipes pour encore une fois permettre l'appropriation des différents outils de la démarche.

Les résultats pourront alors être valorisés et partagés avec l'ensemble des professionnels afin de communiquer à travers le partage du sens de la démarche, la diffusion d'initiatives et la pérennisation des actions réalisées. Le responsable qualité joue ici un rôle primordial dans la dynamique de progrès qui doit devenir l'affaire de tous au quotidien. Mais comment mettre toutes ces données en pratique lorsqu'en moyenne mensuellement trente pour cent du temps de travail de nos interlocuteurs sont dédiés au suivi des actions mises en place dans le cadre de l'évaluation interne et externe ?

2.2.4.4. Avoir du temps pour éviter l'effet soufflet du dispositif d'évaluation

Notre réflexion nous amène de façon logique à conclure cette enquête par l'opinion de nos interlocuteurs sur l'effet levier ou soufflet de la démarche d'évaluation sur les actions de la démarche qualité.

E1-F-52ans-IDE coordinatrice-EHPAD associatif à but non lucratif-40lits

(E25) : alors après notre entretien l'évaluation effet levier ou effet soufflet ?

(e25) : « en fait après notre entretien je me rends compte qu'il faut déjà que je travaille pour la prochaine évaluation interne c'est un levier c'est sûr c'est un angle en tout cas mais sans la direction je ne ferais rien ben effet soufflet oui ils ont tout fait seuls la dernière fois alors ça ne peut pas durer c'est sûr puisqu'on ne sait rien faut pas oublier que ce sont les équipes qui sont sur le terrain. »

Encore une fois l'implication de la Direction et des équipes est essentiel. Comme nous dit notre interlocutrice « ***sans la Direction je ne ferais rien*** ».

Aujourd'hui les stratégies d'amélioration de la qualité des soins ont favorisé le développement d'une culture de l'évaluation scientifique. Mais le risque d'essoufflement de la démarche est palpable si la démarche ne concerne pas tous les professionnels « ***faut pas oublier que ce sont les équipes qui sont sur le terrain.*** » L'effet levier est majoritairement cité par nos enquêtés dans le sens où la démarche est associée à une réponse à la loi et ou l'obligation d'une réponse législative permet de fédérer les équipes autour d'un projet commun. Le fait d'avoir des outils pour pouvoir structurer la démarche et définir les rôles de chacun est également évoqué. La mise en place de protocoles et de procédures comme conseillé au sein du référentiel d'évaluation a permis de réaliser un état des lieux des établissements et de poser les bases de la prochaine évaluation.

E6-F-57ans-Cadre de santé-EHPAD-Public-90 lits

(E23) : alors le dispositif d'évaluation pour vous effet levier ou effet soufflet ?

(e23) : « Alors pour moi c'est sûr il y a les deux effets levier et effet soufflet... euh... quelque part les protocoles j'avais mis en place je peux vous citer un truc qui va pas quand un protocole est fait je le laisse à lecture mais personne ne le lit pas le temps il faut trouver autre chose ça c'est très clair que ça a duré le temps de l'évaluation, et maintenant c'est niet je n'ai plus de rendu. Les protocoles il faut les reprendre, y a un effet soufflet pour moi il y a du bon car elles ont pris conscience de quelque chose mais quatre ans c'est loin il faut remobiliser et si on a une équipe de Direction qui y va cela sera plus facile.

E2 F-44ans-référente qualité-EHPAD privé associatif à but non lucratif-80lits

(E27) : Alors à l'issue de cet entretien et par rapport à ma dernière question Vous diriez effet levier ou effet soufflet pour le dispositif d'évaluation ?

(e27) : « Pour moi effet levier car on nous oblige à mettre en place un suivi la loi nous oblige et ça c'est important et quand on a mis en place un suivi on est bon du coup cela ira bien. (...) Finalement je travaille déjà pour la prochaine évaluation interne dans quelques années peut-être que je travaille pour moi si je suis encore là. »

Grâce au dispositif d'évaluation l'un de nos interlocuteurs a collaboré avec une autre structure afin de favoriser le partage des informations. Pour ce travail nous avons rencontré des

structures situées sur le même territoire et présentant les mêmes difficultés et questionnements. Chacun de nos interlocuteurs est resté seul face à ses doutes et ses incertitudes sans pouvoir se tourner vers une ressource aidante. Cela nous évoque la création de coordinations gérontologiques[187] qui prennent naissance petit à petit sur les territoires selon une volonté locale largement inspirée par les politiques nationales et locales. En effet, celles-ci encouragent la collaboration inter-institutions. Rappelons que la loi du 2 janvier 2002 permet une reconnaissance institutionnelle et la possibilité de groupements de coopérations sociales et médico-sociales. L'action vise la création d'une coordination gérontologique sur un territoire associant différentes structures œuvrant auprès d'un public similaire. Les services et leurs professionnels se retrouvent pour décider avec la personne concernée et son entourage de l'accompagnement proposée à la personne âgée.

E7-F-34 ans-Aide- Médico-Psychologique-EHPAD Public-60lits

(E21) : donc pour vous effet levier ou effet soufflet le dispositif d'évaluation ?

(e21) : « les deux sans contestation on a fait dans l'urgence c'est sûr tout le monde était stressé car c'était la première chacun n'avait pas un rôle défini c'était le bazar mais en tout cas maintenant on a posé les choses, ce qui est compliqué pour moi c'est de trouver les outils au début j'ai dit au directeur comment je fais avec quoi sur quelle base. Du coup on s'est aidé entre établissements, on a mutualisé nos idées seule on ne fait rien on ne peut pas tout faire. »

Cependant nous avons pu constater pour la majorité des établissements un effet pervers de la démarche. En effet, l'effet soufflet impliquant la réactualisation des protocoles et des procédures dans l'urgence pour le rapport d'évaluation interne a en quelque sorte dénaturé le sens de la démarche. Les équipes ont donné à la démarche une connotation négative considérant celle-ci comme une contrainte et un jugement de leurs pratiques. Rappelons que sans les acteurs la démarche ne peut avoir lieu et ne pourra perdurer dans le temps, le facteur humain est essentiel; Reconnaître la place des professionnels, les intégrer pleinement à la démarche est un élément dont on ne peut faire l'économie. Pour les établissements, les évaluations permettent d'installer progressivement en place un modèle d'organisation au service de l'innovation. L'évaluation constituant un levier de management, la démarche selon

[187] Création d'une coordination gérontologique « s.d » [en ligne] disponible sur <www.unccas.org>

nos interlocuteurs doit être portée par la Direction pour ne pas s'essouffler très vite. Celle-ci doit mobiliser les équipes autour de ce projet commun et permettre ainsi un questionnement régulier et pertinent du sens de l'action collective au regard des besoins identifiés. L'évaluation pourrait ainsi conduire à la recherche d'une meilleure adéquation entre les besoins et les attentes des usagers. Pour les tutelles, l'évaluation est également l'occasion de mobiliser les partenaires sur un territoire de santé donné pour encourager une réflexion commune sur le public accueilli. Pour rappel, le renouvèlement de l'autorisation est fondé essentiellement sur des éléments d'appréciation de la qualité de l'accompagnement. A l'issue de notre analyse de terrain nous pouvons mettre en exergue certaines limites dans notre travail.

2.2.5. Les limites de notre enquête de terrain

Nous avons pu nous questionner pour l'analyse de ce travail sur la faiblesse de notre échantillonnage pour légitimer les résultats obtenus. Cependant, nous avons recueilli des opinions, des comportements et des pratiques permettant de nourrir notre travail. C'est avant tout la singularité de nos interlocuteurs que nous recherchions.

Mais le discours recueilli constitue-t-il vraiment une base légitime de connaissances des pratiques ? N'existe-t-il pas un écart entre le discours de nos enquêtés relatif à leurs pratiques et la réalité des pratiques décrites ?

Lors de nos entretiens nous avons eu de la difficulté à prendre du recul et à ne pas faire le parallèle entre ce que nous vivions dans notre activité professionnelle et le discours de notre enquêté .En témoigne les dires de notre interlocutrice référente qualité :

E2 F-44ans-référente qualité-EHPAD privé associatif à but non lucratif-80lits

(e2) : « tout ça ce n'est pas la peine de passer trois plombes là-dessus je vois que l'on sait toutes les deux de quoi on parle

Suite à cet entretien nous avons pu réajuster notre posture, le but étant de faire parler nos enquêtés sur un sujet qui nous intéresse et ne pas dévoiler notre connaissance et notre expérience. Nous avons petit à petit laissé de côté notre guide d'entretien pour un entretien

plus spontané afin de ne pas donner l'impression à nos interlocuteurs de vivre un interrogatoire. Nous nous sommes également questionnés sur le fait d'avoir dévoilé à nos interlocuteurs notre fonction de cadre de santé. En effet, certains enquêtés donnaient l'impression d'être face à une hiérarchie extérieure et de revivre une seconde évaluation externe. Cet élément a peut-être constitué un biais lors de nos entretiens.

Par ailleurs, nous aurions souhaité intégrer à notre enquête l'observation participante[188] afin d'avoir le temps de nous imprégner de chaque contexte tout en recueillant un discours n'étant qu'une partie de la réalité. Selon Bastien Soule l'observation participante implique de la part du chercheur une immersion totale du terrain ce qui s'avérait impossible dans le contexte de notre recherche. Nous aurions pu ainsi saisir toutes les nuances et subtilités en termes de production de nos données et décrypter des mécanismes peut-être inaccessibles.

CONCLUSION

En achevant cette seconde partie relative à notre enquête de terrain nous avons pu toucher du doigt toute la complexité d'un travail de recherche. A travers nos entretiens, nous avons pu nous rendre compte de l'importance des rapports sociaux. Derrière chaque enquêté, il existe un positionnement auquel sont liés des intérêts et des enjeux. Encore une fois nous ne pouvons ignorer le contexte social dans lequel évolue notre interlocuteur. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que nos entretiens sont construits en relation avec nos hypothèses et qu'ils requièrent un caractère utile et un rapport avec l'objet de notre recherche.

[188] SOULE Bastien, PhD. « *Observation participante ou participation observante. Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales».* p 2 2008 [en ligne] disponible sur <www.recherchequalitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/.../soule.pdf>

CONCLUSION GENERALE

Au terme de ce travail de recherche permettant de confronter la théorie aux représentations de terrain et de prendre du recul par rapport à nos propres représentations, quelques éléments de réponse permettent d'éclairer notre problématique :

Le dispositif d'évaluation interne et externe permet-il de favoriser la pérennité de la démarche qualité en EHPAD ?

Notre hypothèse de départ étant la suivante :

Hypothèse 1

Le dispositif d'évaluation interne et externe permet de favoriser la pérennité de la démarche qualité en EHPAD

A l'issue de ce travail plusieurs hypothèses s'offrent à nous pour corroborer nos propos.

Hypothèse 2

La démarche participative lors de l'évaluation permet de favoriser la pérennité de la démarche qualité. Sans démarche participative la démarche qualité est en péril.

Hypothèse 3

L'implication des Directions dans le dispositif d'évaluation permet de favoriser la pérennité de la démarche qualité.

Comme stipulé par Michel Laforcade « *l'amélioration de la qualité et le déploiement de la démarche d'évaluation sont en marche dans le secteur médico-social.* »[189]L'auteur parle alors de mobilisation de l'ensemble des acteurs des structures, des territoires de santé et des départements. La sécurité des prises en charge ainsi que la promotion des comportements bientraitants envers les usagers sont au cœur des réflexions et des préoccupations

[189] *« Outils pratiques pour favoriser la mise en œuvre de l'évaluation interne dans le secteur médico-social.* » Guide d'utilisation décembre 2013 Comité de Coordination de l'Evaluation clinique et de la Qualité en Aquitaine p 2 [en ligne] disponible sur <www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa...priv/.../OutilsCPP-PJ-Evaluation-interne-guide.pdf>

quotidiennes en témoigne leur prise en compte dans le renouvellement des autorisations de fonctionner pour l'ensemble des établissements. Lors de notre enquête nous avons pu constater que le premier facteur clé de réussite d'une démarche d'évaluation était l'implication de la Direction ce qui appuie notre troisième hypothèse. En effet, notre expérience de terrain nous a démontré que le processus d'évaluation peinait à se mettre en place ou n'aboutissait pas en raison du manque d'engagement de la Direction. Celle-ci doit être la première à être convaincue de la nécessité d'évoluer par des changements en interne incluant la formalisation d'une politique qualité avec des objectifs définis et des plans d'actions. Sans une Direction présente les responsables qualité ne peuvent assurer la pérennité de la démarche qualité. En effet, la Direction crée une vision partagée du projet et communique son engagement à l'ensemble de ses collaborateurs afin de faire de l'évaluation un projet durable et constructif.

Outre la Direction nous avons pu démontrer combien l'encadrement avait une responsabilité majeure dans l'implication des différents collaborateurs. Relais essentiel de la promotion de la qualité entre la Direction et les professionnels, les responsables qualité rencontrés ont exprimé leur solitude quant à leur rôle dans la mise en place d'une méthodologie relative au suivi des actions qualité. Nous pourrions mobiliser ici le concept du projet cher à Jean-Pierre Boutinet. En effet, dans son ouvrage l'auteur détermine le projet et ses étapes essentielles[190] avec l'amont du projet incluant :

- *un diagnostic de la situation,*
- *la négociation d'un objectif d'action*
- *la détermination des moyens*

Et l'aval du projet avec :

- *la planification des activités*
- *la réalisation et le contrôle*
- *l'évaluation terminale*

Dans le contexte du suivi des actions à travers les indicateurs évoqués dans notre travail le dispositif d'évaluation ne serait-il pas associé à une démarche projet ? Cependant, cette

[190] BOUTINET, Jean-Pierre. «Anthropologie du projet ».Quadrige/puf 2008, p 213

méthodologie ne peut s'avérer bénéfique sans la contribution du personnel en phase de conception et d'application. Comme nous avons pu le voir tout au long de ce travail, les professionnels connaissent le terrain et peuvent apprécier la faisabilité des solutions proposées. Cela nous permet de valider notre seconde hypothèse. L'implication des professionnels passe alors par la formation, la reconnaissance des résultats et par la communication de l'avancement de la démarche. La pérennité de la démarche qualité à travers le dispositif d'évaluation est un projet de longue durée pour les établissements. De ce fait le risque de démotivation progressive des différents acteurs est réel. Cependant, la démarche ayant lieu tous les cinq ans, il est nécessaire de tenir compte de la capacité des professionnels à appréhender les changements dans le temps. Afin d'assurer la pérennité de la démarche qualité à travers le dispositif d'évaluation, la formalisation est également un facteur indispensable à la transmission. Toutefois, la tentation serait de réduire la démarche à une multitude de classeurs jamais ouverts et stockés sur des étagères inaccessibles. La formalisation doit être avant tout un élément facilitateur.

Comme tout projet, nous avons pu voir qu'assurer le suivi des actions de la démarche qualité demande du temps. En effet, cela nécessite de planifier, d'organiser pour mener la démarche à terme. Tous ces éléments pourraient contribuer à valider notre hypothèse celle-ci étant que le dispositif d'évaluation permet de favoriser la pérennité de la démarche qualité si le personnel est impliqué, si la Direction s'est engagée dans une politique qualité, si la démarche qualité est structurée, s'il existe un temps dédié à la démarche pour le responsable qualité. Cependant un élément essentiel manque à notre énumération à savoir la communication. Si la Direction veut convaincre les professionnels d'intégrer une démarche d'évaluation, elle doit communiquer. L'évaluation de la qualité concerne tous les professionnels. Comme le dit Dominique Boudin la qualité est un « *état d'esprit, une démarche permanente où les femmes et les hommes ont une place prépondérante*[191] ». L'évaluation rentre elle aussi peu à peu dans les esprits pour devenir culture comme le stipule le médecin rencontré lors de notre entretien exploratoire. En préparant l'ensemble des professionnels, en mettant l'accent sur la formation, l'information et la motivation, les Directions d'EHPAD pourront alors relever un véritable défi collectif.

[191] BOUDIN, Dominique. « *Les facteurs clé du succès d'une démarche qualité* » adsp n°35 juin 2001 Les principes généraux et la qualité p 25

Afin d'achever ce travail nous souhaiterions mettre l'accent sur la distinction entre les EHPAD rattachés à un Centre Hospitalier et les EHPAD autonomes. Cadre de santé au sein d'un EHPAD hospitalier nous rencontrons les mêmes problématiques que nos interlocuteurs. Nous bénéficions effectivement des ramifications du secteur sanitaire avec une participation de nos agents aux différentes instances permettant ainsi une veille professionnelle à travers la mise à jour des procédures. Cependant, les jeux d'acteurs sont également présents entraînant des conflits, des accommodations et des consensus. Il serait intéressant de pouvoir faire un comparatif entre les EHPAD autonomes et les EHPAD rattachés à un Centre Hospitalier dans le suivi des actions suite à l'évaluation. Cela pourrait faire l'objet d'une nouvelle problématique et d'un nouvel objet de recherche.

En 2016, cette comparaison risque de s'accentuer avec la mise en place des groupements hospitaliers de territoire[192]. Les GHT ont pour objectifs de garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins en renforçant la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médical. Cela permettra d'inscrire les hôpitaux publics dans une vision partagée de soins, de mieux organiser et anticiper les prises en charge territoire par territoire. Les EHPAD publics pourront s'ils le souhaitent intégrer le GHT. En revanche les établissements privés à but lucratif ou non ne pourront pas être membres des GHT mais pourront intervenir dans le cadre d'un partenariat. Un nouveau travail de recherche en perspective s'offre à nous et nous émettrons alors une nouvelle problématique afin de conclure ce travail : l'inscription d'un EHPAD dans un Groupement Hospitalier de Territoire représente-t-elle une plus-value pour l'accompagnement des usagers ?

[192] Créés le 27 janvier 2016 par la loi de modernisation du système de santé

TABLE DES ANNEXES

- **L'entretien exploratoire**

Annexe 1 ..... page 121

- **Guide d'entretien**

Annexe 2 ..... page 126

- **Les entretiens**

Annexe 3 ..... page 131

- E1 ..... page 132
- E2 ..... page 140
- E3 ..... page 149
- E4 ..... page 152
- E5 ..... page 158
- E6 ..... page 162
- E7 ..... page 168
- E8 ..... page 174
- E9 ..... page 180
- E10 ..... page 185

- **L'évaluation interne à travers les recommandations de l'ANESM thème1**

Annexe 4 ..... page 190

- **L'évaluation externe à travers l'abrégé de l'ANESM**

Annexe 5 ..... page 195

- **Exemple rendu d'évaluation externe en pourcentage de satisfaction aux recommandations de L'ANESM**

Annexe 6 ..... page 202

- **Suivi des indicateurs à travers l'outil proposé par l'ANESM**

Annexe 7 ..... page 203

Annexe 2 : Guide d'entretien

LE DISPOSITIF D'EVALUATION ET LA DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE EN EHPAD EN 2016.

Enquête : L'impact du dispositif d'évaluation interne et externe sur la démarche d'amélioration continue de la qualité en EHPAD.

Grenoble, février 2016, M2 PPS.

CONSIGNE : COMMENT DECRIRIEZ-VOUS L'EVOLUTION DE LA QUALITE AU SEIN DE LA STRUCTURE DE SON ORIGINE JUSQU'AU DISPOSITIF D'EVALUATION ?

<u>Pouvez-vous me dire comment se concrétise la qualité au sein de votre établissement avant l'évaluation ?</u>	- Statut de la structure -Année de la structure -fonction exercée ? âge ? -date d'entrée dans la structure ? -date évaluation interne -date évaluation externe	
I La qualité vécu ?	Vos actions au quotidien concernant la qualité avant l'évaluation poste dédié à la qualité ? plan de communication ? Plan d'actions qualité ? Mise en place indicateurs qualité Suivi des indicateurs ? Echéanciers ?	Mise en place **<u>démarche</u>** qualité Politique qualité formalisée ?
2 Votre perception de la démarche qualité en général **<u>Pouvez-vous me décrire les différentes étapes de votre évaluation ?</u>**	-La démarche qualité au sein de votre établissement bilan avant votre évaluation	Démarche participative ? active ? organisée, en sommeil ?

Le dispositif d'évaluation vécu -évaluation interne - évaluation externe Perception de l'évaluation en général	organisation en amont évaluation	Temps de préparation appropriation présentation Année Méthodologie Référentiel ? Démarche anticipée ou dans l'urgence ? Par qui ? en interne ? moyens humains ? quel budget ? quand comment Axes d'amélioration définis ? enjeux pour la structure ? comment ?participation acteurs internes externes ? mise en place pistes d'amélioration ? enjeux pour la structure ? Contraintes ? opportunité ?s outil qualité ? Inconfort ? levier ? contrôle ?
La démarche qualité après l'évaluation 1 La démarche qualité et ses actions	Temps dédié à la qualité ?	Suivi des actions ? Inscription dans le temps planification jusqu'à la prochaine évaluation

	Préconisations mises en place ? Plan d'actions qualité ?	interne
2 Perception de votre démarche qualité après les évaluations	Démarche participative ? plan de communication ? Mise en place indicateurs qualité ? Suivi des indicateurs ? Echéanciers ?	Surinvestissement en amont évaluation ? Démobilisation après évaluation ? Avez-vous commencé à mettre en œuvre les préconisations des évaluateurs externes ?
3 L'évaluation après l'avoir vécu	Existe-t-il un avant et un après évaluation ?	Contrainte ? simple condition de renouvellement d'autorisation ? Ecarts avec la réalité de terrain ? Effet soufflet ? engouement collectif lors de l'évaluation mais pas de suivi des actions ? pourquoi ? Levier pour développer une culture de remise en question permanente des pratiques professionnelles ? Aide pour structurer la démarche qualité ? Aide à la planification des actions ?

Pouvez-vous me dire comment vous envisagez votre démarche qualité jusqu'à la prochaine évaluation ?		Alimentation du plan d'action qualité régulière ? Méthodologie non définie ? Travail à partir du rapport des évaluateurs ?
Quelle est votre définition de la pérennité ?		Diriez-vous que votre démarche qualité est pérenne ? Diriez-vous que le dispositif d'évaluation aide à pérenniser la démarche qualité ?
	FIN DE L'ENTRETIEN	

Annexe 3 - Les entretiens

BIBLIOGRAPHIE

SOURCES DE SECONDE MAIN

- ***TEXTES OFFICIELS***

LOIS

- Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 relative à la séparation entre le secteur sanitaire et le secteur social.
- Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
- Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée à l'autonomie.
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé.
- Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
- Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 relative au financement de la sécurité sociale pour 2007.
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires dite loi « HPST ».
- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation du système de santé.

ARTICLES

- Art L.311-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles relatif à la mise en place du Conseil de Vie Sociale dans les établissements sociaux et médico-sociaux.
- Art L312-8 du code de l'Action Sociale et des Familles relatif à l'évaluation des pratiques par les établissements sociaux et médico-sociaux.
- Art L311-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles qui garantit à tout usager du secteur social et médico-social le respect de ses droits.

- Art L313-1 du Code de l'Action Sociale et des familles relatif à l'autorisation de fonctionner des établissements.
- Art L.6133-7, L.6321-1, L. 6147-7 et L.6322-1 du Code de la Santé Publique relatifs à la procédure de certification des établissements de santé et des structures visées aux articles.
- Art L6111-2 de la loi du 21 juillet 2009 HPST -Les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les évènements indésirables liés à leurs activités.

DECRETS

- Décret n°43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics.
- Décret n° 84-74 du 26 janvier 1984 et 93-1235 du 15 novembre 1993 relatif à la norme.
- Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif à la tarification et au financement des EHPAD
- Décret n°2001-388 du 4 mai 2001 relatif aux modifications des modalités de tarification et de financement des établissements.
- Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 relatif au Document Unique.
- Décret n°2003-1134 du 26 novembre 2003 relatif au Conseil Nationale l'Evaluation Sociale et Médico-sociale.
- Décret N°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au Conseil de Vie Sociale
- Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et Médico- sociaux
- Décret n° 2007-221 du 19 février 2007 pris en application du II de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles relatif aux modalités de délégation et au niveau de qualification des professionnels chargés de la direction d'un ou plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux [en ligne]disponible sur <www.legifrance.fr >

ARRETE

- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociale

CIRCULAIRES

- Circulaire N°176 DHOS/E2/E4 du 29 mars 2004 relative au champ des risques dans les établissements de santé.
- Circulaire n°2006-447 DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006 relative au «« plan solidarité grand âge ».
- Circulaire du 20 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et à la qualité des prestations délivrées dans les ESSMS
- Circulaire N□ DGCS/SD3A/2012/404 du 7 décembre 2012 relative à la mise en œuvre du décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du Médecin coordonnateur en EHPAD

ORDONNANCE

- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme sur l'hospitalisation publique et privée.

DECISIONS

- Décision du 17 décembre 2008 du Collège de la Haute Autorité de Santé adoptant la procédure de certification des établissements de santé.
- Décision n°2010.11.041bis du 24 novembre 2010 du Collège de la Haute Autorité de Santé portant modification de la procédure de certification des établissements de santé.
- Décision n°2012.0030/DC/SCES du 22 mars 2012 portant adoption de la procédure de certification des établissements de santé.

MANUEL D'ACCREDITATION

- ANAES. « *Manuel d'accréditation des établissements de santé, deuxième procédure d'accréditation* ». Paris, septembre 2004 disponible sur <www.has.fr> (consulté le 20 juin 2016).

- **OUVRAGES**

- AMYOT, Jean-Jacques, MOLLIER, Annie. « *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées* ». Dunod 2ème édition, coll. Action sociale, 2002, 256p.
- ARSENAULT, Vianney, PATENAUDE Johane, LEGAULT Georges. « *Enjeux de l'éthique professionnelle* ». Codes et Comité d'éthique Presses de l'université du Québec, 1996, 148p.
- AVEROUS, D et AVEROUS, B. « *Mesurer et manager la qualité de service* ». Ed Julhiet 2ème édition, 2004,154p.
- BERNOUX, P. « *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*». Paris seuil, 2009, 310p.
- BOERI, Daniel. « *Maîtriser la qualité tout sur la certification et la qualité totale les nouvelles normes ISO 9001-V-2000* ». Ed Laurent Demesnil maxima 2nd édition, Paris 2003 ,319 p.
- BOUQUET, Brigitte. JAEGER Marcel, SAINSAULIEU Ivan. « *Les défis de l'évaluation en secteur social et médico-social* ». Paris Dunod 2007,304p.
- BOUTINET, Jean-Pierre. «*Anthropologie du projet* ». Quadrige/Puf 2008,405p.
- BOURDON, Raymond, BOURRICAUD, François. « *Dictionnaire critique de la sociologie* ». 4ème édition, Paris, Puf 1994, 768p.
- BRECHON, Pierre (sous la dir.). « *Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives* ». Presses Universitaires de Grenoble, 2011, 229p.
- CATTAN, Michel. « *L'engagement de la direction ISO 9000* ». Coll. Afnor, 2000, Pratique, 2001,114 p.
- CHARLEUX, F. GUAQUERE, D. « *Evaluation de la qualité en action sociale et médico-sociale évaluation interne outils méthodes et mise en œuvre* ». Paris, ESF Editeurs, 2006, 286p.
- CONNANGLE, Sylvain, VERCAUTUREEN Richard. « *Gérer la démarche qualité dans les établissements pour personnes âgées, La culture gérontologique dans les équipes multi professionnelles* ». Erès, Pratiques gérontologiques, 2007,141p.
- CUILLERE, Olivier in « *L'appropriation des outils de gestion ; vers de nouvelles perspectives théoriques* ». GRIMAND Amaury, ALCOUFFE Simon (et al).Universités, St Etienne ,2006 ,258p.
- DE BERNARDINIS, Christophe. « Les droits du malade hospitalisé » hdf, Coll. Droit Professionnel, 2006 ,138p.

- DUCALET, Philippe, LAFORCADE, Michel. *« Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales »*. Paris, Semi Arslan, Coll. Penser l'action sanitaire Broché 3ème éd, 2008,320p.
- DUFOURCQ, Annabelle. « *La dimension imaginaire du réel dans la philosophie de Husserl »*. Springer, 2011, 397p.
- DUMEZ, Hervé. « *Méthodologie de la recherche qualitative, les 10 questions clé de la démarche compréhensive »*. Magnard-Vuibert, 2013,256p.
- FAYOL, H. « *Administration industrielle et générale »*. Paris, réédition Dunod, 1999,133p.
- GOFFMAN, Erving. « *Asiles études sur la condition sociale des malades mentaux »*. Paris, éd de minuit, le sens commun, 1968,452p.
- HESBEEN, Walter. « *La qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante »*. Paris, Editions Masson, 2002, 208p.
- IMBERT Jean. « *Les hôpitaux en froid canonique »*. Paris, l'Eglise et l'Etat du Moyen âge, 1947, 334p.
- MALLON, Isabelle. « *Vivre en maison de retraite, le dernier chez soi »*. Paris, le lien social, Presses Universitaires de Rennes, 2004, 288p.
- MARECHAL, Christian. « *Comprendre l'évaluation dans le secteur social et médico-social développer la bientraitance par l'évaluation interne et externe »*. Ed Lexitis, 2011, 184p.
- MILES et HUBERMAN. « *Analyse des données qualitatives* ». 2ème édition, méthode en sciences humaines, De Boeck, 2003, 626 p.
- MINTZBERG, H. ROMALEAR. « *Grandeur et décadence de la planification stratégique »*. Paris, Dunod, 1999,456p.
- MOULIAS, Robert, MOULIAS Sophie. « *Abord clinique du malade âgé* ». Ed Springer .coll. Abord clinique, 2010, 200p.
- ROLAND, Janvier. (In) « *Mettre en œuvre les droits des usagers dans les institutions sociales et médico- sociales »*. Paris, Dunod, 3ème édition, 2004 ,318p.
- SAVIGNAT, Pierre. « *Conduire l'évaluation externe dans les établissements sociaux et médico-sociaux* ». Dunod, 2ème édition, 2004, 256p.
- SAVIGNAT, Pierre. *« Evaluer les établissements sociaux et médico-sociaux »*. Coll. Santé Social, Dunod, 2009,384p.
- THEVENET, Maurice. (In) « *Théorie et management des organisations* ». (Plane Jean-Michel). Paris, Dunod, 3ème édition, 2012, 291p.

- VERGELY, Bertrand. « *La souffrance recherche du sens perdu* » .Gallimard, Folio essais, 1997,352p.

- **GUIDES**

- Guide. « *Démarche qualité évaluation interne dans un établissement ou service médicosocial ou social et recours à un prestataire* ». Mars 2004 [en ligne] disponible sur <www.travailsocial.com/IMG/pdf/alefpa-6nrltz7u.pdf> (consulté le 15 mai 2016).
- Guide d'utilisation. « *Outils pratiques pour favoriser la mise en œuvre de l'évaluation interne dans le secteur médico-social.* » Comité de Coordination de l'Evaluation clinique et de la Qualité en Aquitaine décembre 2013 [en ligne] disponible sur <www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa...priv/.../OutilsCPP-PJ-Evaluation-interne-guide.pdf> (consulté le 15 mai2016).
- Guide. « *La démarche d'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux, l'évaluation interne* ». « s.d » [en ligne] ARS Bourgogne disponible sur <www.ars.santé.fr> (consulté le 16 mai 2016).

- **FICHE JURIDIQUE**

- « *Fiche juridique sur l'évaluation interne* » « s.d » [en ligne] disponible sur www.ars.languedoc-roussillon-midi-pyrenees.sante.fr (consultée le 17 mai 2016).

- **CHARTE**

- « *Charte de l'économie sociale* » 1995 [en ligne] disponible sur <www.cresspdl.org/uploads/charte_1995.pdf > (consultée le 17 mai 2016)

- **RECOMMANDATIONS**

- « *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements sociaux et médico-sociaux* ». 2006 [en ligne] disponible sur <www.anesm.sante.gouv.fr> (consultée le 25 avril 2016).
- « *L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées* ». 2009 [en ligne] disponible sur <www.anesm.sante.gouv.fr> (consultée le 25 avril 2016).

- « *La démarche d'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux l'évaluation interne* ». « s.d » [en ligne] ARS Bourgogne disponible sur <www.ars.santé.fr> (consultée le 24 avril 2016).
- « *La participation des usagers au fonctionnement de l'établissement : Recueil des pratiques et témoignages des acteurs* ». 2012 [en ligne] disponible sur <www.anesm.sante.gouv.fr> (consultée le 24 avril 2016).

- **ARTICLES NUMERIQUES**

- BLANCHET Karl, BOGGS Dorothy. « *Le processus d'analyse de la pérennité : l'exemple de la réadaptation fonctionnelle* ». Direction des ressources techniques. 2012 [en ligne] disponible sur < www.hiproweb.org > (consulté le 2 février 2016)
- BOUDIN, Dominique. *« Les facteurs clé du succès d'une démarche qualité* » adsp n°35 juin 2001[en ligne] disponible sur <www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad352525.pdf> (consulté le 29 juillet 2016)
- CAHOUR B, LANCRY A. « *Émotions et activités professionnelles et quotidiennes, le travail humain* ». 2/2011 (Vol. 74) [en ligne] disponible sur < www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2011-2-page-97.htm> (consulté le 23 mai 2016)
- CHARLANNE, Didier. « *Le dispositif d'évaluation dans le secteur social et médico-social* ». Journée d'information du 29 juin 2011 [en ligne] disponible sur <www.ars.alsace.sante.fr/.../19042012_maquette_actes_finale.pdf > (consulté le 26 avril 2016)
- CONNANGLE, Sylvain. « *Réflexion visant à proposer une meilleure appropriation des démarches d'évaluation dans le secteur médico-social consacré aux personnes âgées. 10 Propositions* ». 2011[en ligne] disponible sur <www.ladocumentationfrancaise.fr> (consulté le 27 avril 2016).
- CONTANDRIOPOULOS, A.P., F. CHAMPAGNE, et al. « *L'évaluation dans le domaine de la santé concepts et méthodes* ». « Bulletin 33(1)/ » 12-17 1993[en ligne] disponible sur < www.perfeval.pol.ulaval.ca/sites/perfeval.pol.ulaval.../publication_202.pdf > (consulté le 10 mars 2016).
- DONNADIEU, Gérard. *« Motiver les hommes dans les entreprises approche systémique* ». Ed technique ingénieur 10 janvier 2004 [en ligne] disponible sur < www.techniques-ingenieur.fr/...systemes.../motiver-les-hommes-dans-les- entreprises-approche-systemique-ag1525/ > (consulté le 5 mars 2016)
- DOUCET, Christian. « *Histoire de la qualitique* » « s.d » [en ligne] disponible sur <www.qualite-info.net/Articles/articlesCD.htm> Espace-Management -Info (consulté le 3 juillet 2016)

- DUCALET, Philippe « *l'évaluation interne : enjeux sens et méthodes* » 11 septembre 2012[enligne] disponible sur <www.cnfpt.fr/sites/default/files/2012_esms_integral_1.pdf> (consulté le 27 juin 2016).
- LOUBAT Jean-René. (In) « *Lien social l'actualité sociale autrement évaluation de la qualité : la particularité des établissements sociaux et médico-sociaux* ». 2001[en ligne] disponible sur < www.lien-social.com > (consulté le 6 janvier 2016).
- LOUBAT, Jean-René. « *Evaluation de la qualité. La particularité des établissements sociaux et médico-sociaux*. Lien social n°719,2004 [en ligne] disponible sur < www.lien-social.com/l-evaluation-de-la-qualite-dans > (consulté le 21 juillet 2016).
- MARTINS Daniel. « Les inférences » « s.d » [en ligne] disponible sur <www.uvp5.univ-paris5.fr/TFL/AC/AffFicheT.asp?CleFiche=5100&Org=QUTH>
- MARTIN, Olivier. « *Induction-déduction* », Sociologie Les 100 mots de la sociologie, mis en ligne le 01 octobre 2012[en ligne] disponible sur < http://sociologie.revues.org/1594> (consulté le 6 juillet 2016).
- MIGNON, Sophie. « *La pérennité organisationnelle. Un cadre d'analyse : introduction* ». Revue française de gestion 2/2009 (n° 192) [en ligne] disponible sur< www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2009-2-page-73.htm> (consulté le 20 mars 2016).
- NACHI, Mohamed. « *Deux concepts de compromis : commun vs analogique*». Négociations 2/2011 [en ligne] disponible sur <URL : www.cairn.info/revue-negociations-2011-2-page-95.htm> (consulté le 2 juin 2016).
- PEIRCE SANDER, Charles. (In) « *Le processus interprétatif : Introduction à la sémantique* ». Nicole EVERAERT-DESMEDT Margada, philosophie et langage, 1990, TRICOT, Jean. *Aristote Catégories* Traduction (1936) Editions Les Echos du Maquis, vo ; 1, 0, janvier2014 [en ligne] disponible sur < www.echosdumaquis.com _ > (consulté le 25 avril 2016).
- PETIT Valérie, BOULOCHER Véronique. « *Comment développer la légitimité managériale*». 2nd volet. Définition évaluation et récits de pratiques par les collaborateurs et managers des entreprises. Edhec-Business-school. 2009 [en ligne] disponible sur <www.groupe-edhec.fr/.../position-paper-la-legitimite-des-equipes-dirigeantes-132059....> (consulté le 25 juin 2016).
- RESEAU DE GERONTOLOGIE. Lettre d'information. N°96 ,10 avril 2007 [en ligne] disponible sur <www.territorial.fr> (consulté le 26 juin 2016).
- SOULE Bastien, Ph.D. « *Observation participante ou participation observante. Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales*». 2008 [en ligne] <www.recherchequalitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/.../soule.pdf> (consulté le 24 juin 2016).

- TRICOT, Jean. « Aristote Catégories » .Traduction (1936). Editions Les Echos du Maquis, vo 1, 0, 2014 [en ligne] disponible sur <www.echosdumaquis.com> (consulté le 20 mars 2016).
- VIGNERAS, Blandine. « *Puissance et faiblesse des soignants : mythe ou réalité* ». 2014 [en ligne] disponible sur <www.espace-ethique-poitoucharentes.org/.../original_151932-puissance-et-faiblesse> (consulté le 5 juillet 2016)

.

- **REVUES**

- DAMON, Julien. « *La fièvre de l'évaluation* ». Sciences Humaines. Octobre 2009, n°208.
- Magazine de la Fédération Hospitalière de France « Evaluation externe ». Hiver 2016 n°26.

- **DICTIONNAIRE**

- BOURDON Raymond, BOURRICAUD, François. « *Dictionnaire critique de la sociologie* ». (4ème éd) Paris, PUF 1994, 768p.
- Petit Robert : définition de la qualité / définition d'un dispositif

- **DICTIONNAIRE EN LIGNE**

- Hélène HATZFELD, « Légitimité », in CASILLO I. avec BARBIER R., BLONDIAUX L., CHATEAURAYNAUD F., FOURNIAU J-M., LEFEBVRE R., NEVEU C. et SALLES D. (Dir.), Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la participation, Paris, Démocratie et Participation, 2013 [en ligne] disponible sur <www.dicopart.fr/it/dico/legitimite>

- **SITES**

- Définition de la norme « s.d » [en ligne] disponible sur <www.utc.fr/~tthomass/Themes/Unites/unites/.../normes/Les_normes.pdf> (consulté le 20 mars 2016)
- Keepschool > fiches de cours > lycée > philosophie > Husserl : la conscience « s.d » [en ligne] disponible sur <www.keepschool.com> (consulté le 4 juin 2016)
- Citation de Feurstein « s.d » [en ligne] disponible sur <http://archive.unu.edu/unupress/food2/UIN12F/UIN12F0C.HTM> (consulté le 25 avril 2016)

- Enquête de la DRESS auprès des EHPA 2009 « *les EHPAD un secteur en profonde mutation* » [en ligne] disponible sur <www.travaillersante.fr> (consulté le 5 juillet 2016)
- Création d'une coordination gérontologique « s .d » [en ligne] disponible sur <www.unccas.org> (consulté le 13 juin 2016)
- Définition tableau synoptique [en ligne] disponible sur < www.linternaute.com> (consulté le 19 mai 2016)
- Définition démocratie sanitaire [en ligne] disponible sur <www.ars.iledefrance.sante.fr/Democratie-sanitaire.81526.0.html> (consulté le 14 juin 2016)
- Etude des conditions de travail des salariés en EHPAD et Long Séjour service Santé de Metz de 2008 à 2010 septembre 2011 [en ligne] disponible sur <www.astlornorg/wp-content>

- **RAPPORTS EN LIGNE**

- ANAES. « *Les coûts de la qualité et de la non qualité dans les établissements de santé* ». 2004 [en ligne] disponible sur <www.has-sante.fr/portail/jcms/c.../fr/couts-qualite2-2004-rap-pdf > (consulté le 28 juin 2016).
- FRA.GUERIN (Marie-Françoise), JOIN-LAMBERT(Marie-Thérèse) Rapport n°95155. Réf. 130049 Rapport -. Paris : IGAS (éditeur). 1995 [en ligne] disponible sur <www.bdsp.ehesp.fr > (consulté le 16 mai 2016).
- Haute Autorité de Santé : « *Définir ensemble les nouveaux horizons de la qualité en santé*. » 2007[en ligne] disponible sur < www.has-santé.fr> (consulté le 24 juillet 2016).
- Rapport COUTY « *Le pacte de confiance pour l'hôpital* ». Mars 2013[en ligne] disponible sur <www.social-sante.gouv.fr> (consulté le 27 juillet 2016).
- Rapport COMPAGNON. « *Pour l'an II, de la démocratie sanitaire* » Février 2014[en ligne] disponible sur <www.social-sante.gouv.fr> (consulté le 28 juillet 2016).
- Rapport LAROQUE (1962) réédition 2014 [en ligne] disponible sur <www.geroscopie.fr/reedition-du-rapport-laroque_679A4A833774B5.html> (consulté le 25 juillet 2016).
- TERRASSE Pascal : *Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des Affaires Culturelles Familiales et Sociales (1) sur la réforme de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975relative aux institutions sociales et médico-sociales.* 2000 [en ligne] disponible sur < www.assemblee-nationale.fr> (consulté le 25 juin 2016)

SOURCES DE PREMIERE MAIN

Entretien exploratoire 21 février 2016

Entretien 1 18 mars 2016

Entretien 2 20 mars 2016

Entretien 3 25 mars 2016

Entretien 4 15 mai 2016

Entretien 5 19 mai 2016

Entretien 6 25 mai 2016

Entretien 7 26 mai 2016

Entretien 8 30 mai 2016

Entretien 9 31 mai 2016

Entretien 10 1er juin 2016

Table des matières

INTRODUCTION 2

PARTIE 1 –LE CADRE CONTEXTUEL ET CONCEPTUEL DE NOTRE TRAVAIL 6

1. DU CONCEPT DE QUALITE DANS L'INDUSTRIE A LA DEMARCHE QUALITE DANS LES EHPAD 7

1.1. L'HISTOIRE DE LA QUALITE A TRAVERS LES SIECLES 7

1.1.1. La qualité, de la philosophie à la norme dans l'industrie 7

1.1.2. La qualité, le cœur du système de santé 10

1.1.3. La qualité, à la croisée des enjeux du système de santé 12

1.1.4. De la qualité à la démarche qualité dans les pratiques de santé, un enjeu règlementaire 14

1.1.5. De la qualité à la démarche qualité au sein du secteur médico-social 16

1.2. LES EHPAD ACTEURS DU SYSTEME DE SANTE ET DE LA QUALITE 19

1.2.1. Les EHPAD un passé une histoire 19

1.2.2. Les EHPAD des établissements dits « de gériatrie » 20

1.2.3. Des politiques et des publics 21

1.2.4. Des usagers placés au cœur du dispositif 22

1.3. LA DEMARCHE QUALITE EN EHPAD, INSCRIRE L'ACTION DANS LE COLLECTIF 24

1.3.1. L'implication des Directions, une volonté d'engagement 24

1.3.2. L'implication des professionnels pour donner un sens et du sens 25

1.3.3. La participation des usagers au cœur de la démocratie sanitaire 27

1.3.4. De la démarche qualité à l'évaluation du service rendu aux usagers 30

2. L'EVALUATION UNE OBLIGATION ET UN CONCEPT 31

2.1. L'EVALUATION A TRAVERS L'HISTOIRE 31

2.1.1. L'évaluation un concept vieux comme le monde 31

2.1.2. La certification dans le secteur sanitaire, un élément précurseur du dispositif d'évaluation en EHPAD 32

2.1.3. L'évaluation au sein des EHPAD 35

2.2. LE DISPOSITIF D'EVALUATION EN EHPAD 37

2.2.1. L'évaluation interne, une auto-évaluation des pratiques 37

2.2.2. L'évaluation externe, un œil extérieur sur l'établissement 40

2.3. LE DISPOSITIF D'EVALUATION EN EHPAD ET LA DEMARCHE QUALITE 41

2.3.1. La place des évaluations dans la démarche qualité 41
2.3.2. Le cycle de la qualité pour une démarche pérenne 43

3. LA PERENNITE ET SES CONTOURS 45

3.1. LA PERENNITE UN CONCEPT ET UN PROCESSUS 45
3.1.1. Une définition au sein du secteur de l'entreprise 45
3.1.2. L'analyse du processus de pérennité à travers l'expérience d'Handicap International .. 46

3.2. LA PERENNITE AU SEIN DES EHPAD 50
3.2.1. S'adapter pour pérenniser 50
3.2.2. Les indicateurs de suivi de la qualité en EHPAD, outils de pérennité pour la démarche qualité ? 50

CONCLUSION 51

PARTIE 2 – RESTITUTION DE NOTRE ENQUETE AUPRES DE RESPONSABLES QUALITE EHPAD 53

1. ENJEUX ET METHODE 54

1.1. LA REFLEXION DE NOTRE ENQUETE 54
1.1.1. Une problématique tournée vers l'avenir du dispositif d'évaluation 54
1.1.2. L'entretien exploratoire point de départ d'une interrogation inattendue 55

1.2. LES ACTEURS DE NOTRE ENQUETE 57
1.2.1. Les EHPAD non hospitaliers 57
1.2.2. Les responsables qualité, nos acteurs cibles 59

1.3. LA METHODE CHOISIE 61
1.3.1. Le choix d'un entretien semi-directif à travers un guide d'entretien 61
1.3.2. L'analyse qualitative à travers l'analyse de contenu 62
1.3.3. La réalisation des entretiens un véritable exercice de style 63
1.3.4. La retranscription des entretiens, une étape clé pour l'analyse 65

2. ANALYSE DE NOTRE RECUEIL DE DONNEES 66

2.1. LE DECOUPAGE METHODOLOGIQUE DES DONNEES 66
2.1.1. Le tableau synoptique 66
2.1.2. La démarche inductive choisie pour ce travail 69
2.1.3. La démarche déductive un autre angle d'analyse possible 70
2.1.4. Le travail d'inférence 70

2.2. ANALYSE DES DONNEES 71
2.2.1. L'analyse des aspects humains et structurels 71
2.2.1.1. Des profils motivés malgré un contexte instable 71
2.2.1.2. La culture des établissements ciblés, l'histoire inscrite dans le présent 78
2.2.2. L'émergence de différents concepts à travers notre analyse 80
2.2.2.1. L'appropriation du dispositif d'évaluation 80
2.2.2.2. Les enjeux d'une politique publique pour les usagers et les professionnels 83
2.2.2.3. La légitimité du dispositif d'évaluation par la mise en avant de la loi 85
2.2.3. Les mécanismes et les acteurs au cœur du dispositif d'évaluation 88
2.2.3.1. Le management 88
2.2.3.2. Les modes de collaboration 92
2.2.3.3. Les tensions et les interactions 97
2.2.3.4. Accommodations et consensus pour construire malgré les conflits 100
2.2.4. Les modes d'action 102
2.2.4.1. La « transmission » dans un contexte d'absentéisme 102
2.2.4.2. La pérennité des actions à travers les indicateurs de suivi de la qualité 106
2.2.4.3. La notion de temporalité, avoir du temps pour produire de la qualité 109
2.2.4.4. Avoir du temps pour éviter l'effet soufflet du dispositif d'évaluation 111
2.2.5. Les limites de notre enquête de terrain 114
CONCLUSION 115

CONCLUSION GENERALE 116

TABLE DES ANNEXES 120

BIBLIOGRAPHIE 205

LAURENT Frédérique

Directrice de mémoire : Mme Marie-Estelle Binet

TITRE : EVALUATION ET DEMARCHE QUALITE EN EHPAD

SOUS-TITRE : EFFET LEVIER OU EFFET SOUFFLET ?

Des premières maisons de retraite fondées à l'initiative de congrégations religieuses ou des hôpitaux publics soucieux de se détacher de la gestion d'hospices, les institutions accueillant des personnes dites âgées n'ont cessé d'évoluer. De nos jours, dans une société prônant le jeunisme, il n'est guère aisé de parler de la vieillesse. Or, l'accompagnement des personnes d'un âge avancé constitue un véritable support de politique publique. La loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale soumet les EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) à une législation propre en matière d'amélioration continue de la qualité des prestations, ainsi qu'en matière d'évaluation des pratiques professionnelles. Permettant de porter une appréciation sur les actions mises en place et leurs impacts pour la population accompagnée, l'évaluation a pour objectif premier d'améliorer de façon pérenne, la qualité des prestations pour les usagers. La législation distingue pour les EHPAD deux types d'évaluation : l'évaluation interne et l'évaluation externe cette dernière étant réalisée par un organisme extérieur. L'autorisation de fonctionner des établissements est désormais soumise aux résultats de l'évaluation. Evaluation et « qualité durable » serait alors étroitement liées. Mais qu'en est-il du vécu du dispositif d'évaluation pour les EHPAD ? Comment un dispositif d'évaluation peut-il assurer la pérennité de la démarche qualité en EHPAD ? Une démarche d'évaluation nécessite selon l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux une démarche participative et collective, ainsi qu'une démarche d'objectivation nécessitant rigueur et méthodologie. En regard de la première grande échéance relative au dispositif d'évaluation en janvier 2015, le processus évaluatif a-t-il trouvé sa place ? Comment ont-été vécues les premières « vagues d'évaluations » et la remise en question des pratiques qu'elles impliquent pour les professionnels ? Pouvons-nous parler aujourd'hui d'une véritable culture de l'évaluation en EHPAD permettant de « cultiver » la qualité à long terme au profit des générations futures ?

MOTS-CLES : EHPAD–EVALUATION-QUALITE-DEMARCHE QUALITE-PERENNITE