



HAL
open science

L'impact du management par la qualité sur l'appropriation du nouveau référentiel d'évaluation dans les organisations de santé: le cas des EHPAD

Frédéricka Fourier, Alexandra Smail

► To cite this version:

Frédéricka Fourier, Alexandra Smail. L'impact du management par la qualité sur l'appropriation du nouveau référentiel d'évaluation dans les organisations de santé: le cas des EHPAD. Sciences de l'Homme et Société. 2024. dumas-04703475

HAL Id: dumas-04703475

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04703475v1>

Submitted on 20 Sep 2024

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License



UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

MOMA

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ POUR L'OBTENTION DU

**MASTER Management Stratégique des Organisations de Santé
Option « médico-social »**

**L'impact du management par la qualité sur l'appropriation du
nouveau référentiel d'évaluation dans les organisations de santé :
Le cas des EHPAD**

Présenté par :

Frédéricka FOURRIER et Alexandra SMAIL

Jury :

Laure JOUANIN

Sociologue – Présidente du cabinet INAES et Directrice de mémoire

Irène GEORGESCU

Directrice du diplôme (M2) Professeur Sciences de Gestion MOMA

Année : 2024

Date de la soutenance : 29 Août 2024



Remerciements

En préambule de ce mémoire, nous tenons à remercier Madame Laure JOUANIN, Sociologue Présidente du Cabinet INAES, et Directrice de notre mémoire. Merci à elle de nous avoir guidé à chaque étape de notre recherche, merci pour sa disponibilité, son expertise et ses conseils avisés.

Nous remercions également Madame Irène GEORGESCU Directrice du diplôme (M2) et Professeur en Sciences de Gestion MOMA, pour ses précieux enseignements ainsi que pour sa participation en tant que membre de notre jury.

Tous nos remerciements vont également à l'ensemble du personnel et du corps professoral du CESEGH, pour leur disponibilité et leurs enseignements.

Aussi un grand merci aux directeurs et professionnels de terrain pour le temps qu'ils ont pu nous accorder dans la réalisation de nos entretiens.

Enfin, merci à nos familles et amis, pour nous avoir soutenu tout au long de cette année.

Alexandra et Frédéricka

Glossaire

- AFDS : Agence Française pour le Développement de la Santé
- ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale
- ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
- ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et Évaluation de la santé
- ARS : Agences Régionales de Santé
- ATC : Autorités de tarification et de contrôle
- CAM : Caisses d'Assurance Maladie
- CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
- CPOM : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
- CVS : Conseil de la Vie Sociale
- DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
- DGS : Direction Générale de la Santé
- EHPAD : Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
- ESSMS : Etablissements et services sociaux et médico-sociaux
- FORAP : Fédération des Organismes Régionaux pour l'Amélioration des Pratiques
- HAS : Haute Autorité de la Santé
- HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire
- ISO : International Standardisation Organisation
- LOLF : Loi organique relative aux lois de finances
- NRMM : Normes Référentiels Méthodes Modèles
- NPM : New Public Management
- PDCA : Plan/Do/Check/Act
- PNSP : Programme National pour la Sécurité des Patients
- SMQ : Système de Management de la Qualité

Sommaire

INTRODUCTION

PARTIE 1

I- Cadres théoriques et conceptuels

1.1 Le concept d'évaluation en santé	1
1.2 Histoire de la qualité : de l'antiquité à la démarche qualité	2
1.3 L'évaluation de la qualité dans le contexte des politiques publiques	4
1.4 Evaluation de la qualité en santé : vers une culture de la mesure au service de la performance ?	5

II- De la démarche qualité au management par la qualité

2.1 Définitions et concepts liés au management par la qualité	8
2.2 Le système de management de la qualité	10
2.3 Rôle du management par la qualité dans l'amélioration continue des organisations de santé	13

III - Les EHPAD face aux enjeux du nouveau référentiel d'évaluation

3.1 Histoire des EHPAD	17
3.2 Présentation du nouveau référentiel d'évaluation	18
3.3 L'impact du nouveau référentiel d'évaluation sur les défis stratégiques et organisationnels	21
3.4 Evaluation des risques potentiels liés à la mise en œuvre d'un référentiel commun	25

IV - Le nouveau système d'évaluation : une opportunité à saisir ?

4.1 Repenser la qualité au-delà des préjugés et promouvoir son appropriation	26
4.2 Le concept d'appropriation	29
4.3 Le concept de motivation	31
4.4 Le rôle du management par la qualité dans l'appropriation du référentiel d'évaluation	33
4.5 Les outils et méthodes du management par la qualité.....	34

PARTIE 2 : ENQUETE

I - Méthodologie de recherche

1.1 Constitution de l'échantillon	36
1.2 Instrument de mesure : entretiens semi-directifs	37

II - Résultats des enquêtes

2.1 Analyse des entretiens menés aux directeurs d'EHPAD	39
2.2 Analyse des entretiens menés auprès des professionnels de santé	50
2.3 Rôle et perception du management par la qualité chez les professionnels de santé	57
2.4 Facteurs influençant l'appropriation d'une culture de la qualité	57

III - Discussion et recommandations pour une meilleure gestion de la qualité.....

Conclusion	62
Limites de l'étude et perspectives d'actions	

Annexes	65
----------------------	----

Bibliographie / Sitographie	70
--	----

Introduction

Au cours des dernières années, le paysage sanitaire et médico-social a été profondément transformé par une série de réformes. Le secteur des EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) a été particulièrement touché. Depuis l'adoption de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, suivie de la mise en place de Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens et de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) de 2009, ayant instauré les Agences Régionales de Santé, les EHPAD font face à un défi de taille : répondre aux besoins croissants des personnes âgées en perte d'autonomie tout en s'adaptant à un cadre réglementaire en constante évolution.

L'évolution des normes et des pratiques dans le domaine des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) s'est accompagnée d'une révision nécessaire des méthodes d'évaluation de la qualité. En 2002, le système reposait sur trois évaluations internes et deux évaluations externes réparties sur la durée d'autorisation de 15 ans. Cependant, la loi de 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a marqué un tournant décisif dans ce domaine.

En effet, face à ce nouveau contexte, la Haute Autorité de Santé (HAS) a été chargée de repenser le dispositif d'évaluation. L'objectif central était celui de promouvoir une dynamique d'amélioration continue de la qualité. Cette démarche visait à proposer un accompagnement optimal aux personnes accompagnées, en tenant compte de leurs parcours de vie singuliers.

Dans ce cadre, la HAS, dont les compétences ont été étendues au secteur social et médico-social, a publié le 10 mars 2022 un nouveau référentiel national d'évaluation pour les ESSMS, assorti d'un manuel détaillé. L'objectif de cette réforme vise à renouveler, rationaliser et uniformiser l'évaluation des ESSMS dans le cadre de leur démarche qualité tout en assurant un accompagnement de qualité, répondant aux souhaits, aux besoins et aux projets personnalisés de chaque individu. Cette réforme met en place un cycle d'évaluation quinquennal, encadré par des arrêtés de programmation des autorités de tarification et de contrôle (ATC), afin de réguler la soumission des rapports d'évaluation des ESSMS de manière uniforme.

Par ailleurs, suite aux révélations issues du livre « Les Fossoyeurs » de Victor Castanet¹, paru en janvier 2022, révélant de nombreux dysfonctionnements au sein des EHPAD ainsi que les conditions de travail difficiles des professionnels du secteur, il est devenu impératif de mettre en

¹ Source : <https://www.notretemps.com/famille/autonomie/ehpad-fossoyeurs-castanet-les-lecons-de-l-affaire-orpea->

place de nouvelles mesures de supervision. Ainsi, pour remédier à ces insuffisances et dans le but constant d'améliorer la qualité des soins et des services, ce nouveau référentiel, qui instaure un cadre unifié et des critères communs, contribue au renforcement des démarches qualité et à la transparence du secteur.

En tant que cadre de santé et cadre administratif exerçant depuis plusieurs années dans le secteur médico-social et plus particulièrement en EHPAD, nous avons participé à plusieurs préparations et évaluations dans nos établissements respectifs. De ce fait, nous avons constaté que de nombreux professionnels au sein de ces établissements considèrent la qualité comme une simple obligation réglementaire, reléguée au rang de formalité administrative. Cette perception réductrice de la qualité se traduit souvent par un manque d'engagement et d'implication de la part des professionnels, qui ne semblent pas prendre conscience de la valeur ajoutée qu'une démarche qualité approfondie pourrait apporter.

Notre recherche a pour objectif de comprendre les éléments qui contribuent à cette perception négative de la démarche qualité et à identifier les facteurs qui facilitent ou entravent son appropriation par les professionnels exerçant en EHPAD. En menant cette étude, nous souhaitons élaborer une stratégie visant à développer une perception plus positive de l'approche qualité et promouvoir son appropriation. Notre ambition vise à construire une culture de la qualité impliquant tous les professionnels dans une démarche d'amélioration continue. Nous sommes convaincues que c'est en travaillant ensemble que nous pourrons offrir aux résidents des soins et des services de qualité supérieure. Comme Philip Crosby, homme d'affaire et auteur américain ayant grandement contribué à la démocratisation de la qualité le soulignait : « *La qualité ne se décrète pas, elle se construit*² ».

Toutefois, l'engagement et la motivation des professionnels dans l'exercice de leurs fonctions ne sont pas systématiquement garantis, ce qui soulève la question suivante :

Dans quelle mesure le management par la qualité peut-il contribuer à renforcer l'appropriation du nouveau référentiel d'évaluation dans les organisations, en particulier au sein des EHPAD ?

² Source : <https://www.pqb.fr/citations.php>

Pour répondre à ce questionnement, dans un premier temps, nous débuterons notre recherche par la réalisation d'une revue de littérature portant sur les concepts clés liés à l'évaluation en santé et au management par la qualité. Cette approche nous permettra de mieux comprendre les enjeux et les défis liés à l'amélioration continue de la qualité dans le secteur de la santé. Nous nous intéresserons ensuite au concept d'appropriation, afin d'analyser les facteurs qui favorisent ou entravent son adoption par la gouvernance et les professionnels. Nous étudierons également les enjeux du nouveau référentiel d'évaluation au sein des EHPAD en nous appuyant sur des études de cas et des exemples concrets. Nous analyserons les éventuelles conséquences de l'uniformisation des pratiques dans le secteur de la santé, ainsi que les risques associés à une application mécanique des procédures. Nous examinerons également les possibles incompatibilités entre les exigences du nouveau référentiel et les réalités du terrain.

Dans un second temps, nous mènerons une enquête qualitative auprès des professionnels soignants et des directeurs d'EHPAD afin d'évaluer leur perception de la démarche qualité et d'identifier les facteurs qui influencent ou pas leur implication dans cette démarche.

Afin de recueillir des données approfondies et diversifiées sur les pratiques et les représentations des professionnels, et mieux les situer, nous aurons recours à des entretiens semi-directifs.

L'analyse des données recueillies, nous permettrons ensuite de mettre en lumière les tendances émergentes et de proposer des pistes de réflexion pour optimiser la démarche qualité au sein des EHPAD.

Pour terminer, nous élaborerons des recommandations pratiques et réalisables pour renforcer l'engagement de l'ensemble des professionnels et promouvoir une culture de la qualité au sein des EHPAD.

Ces recommandations seront fondées sur les résultats de notre enquête et sur les bonnes pratiques identifiées dans la revue de littérature.

PARTIE 1 : Cadres théoriques et conceptuels

1.1 Le concept d'évaluation en santé

Le concept d'évaluation en santé englobe un ensemble de méthodes et d'outils utilisés pour évaluer différents aspects de la santé, tels que les services, les programmes de prévention et les politiques de santé publique. L'objectif étant de mesurer l'efficacité, l'efficacités, la pertinence, l'impact et la qualité des interventions en santé, ainsi que d'identifier les domaines d'amélioration. L'évaluation en santé peut être réalisée à différentes échelles, allant de l'individu à la population identifiée.

L'évaluation vise à apprécier de façon objective les faits et à les comparer aux attentes grâce à un référentiel préétabli. Elle comporte quatre étapes : Le « stade descriptif », (état des lieux quantitatif et qualitatif de la situation), le « stade analytique » (on fait le point des objectifs qui étaient attendus), « la phase interprétative » (on compare la situation observée à celle qui était souhaitée), et enfin, les propositions concrètes d'amélioration, en vue d'une aide à la décision.

L'évaluation de la qualité poursuit plusieurs objectifs importants :

- ✓ Améliorer la qualité des soins et services : L'objectif principal est d'offrir aux patients des soins et services de qualité optimale, basés sur les meilleures pratiques et les connaissances scientifiques actuelles.
- ✓ Garantir la sécurité des patients : L'évaluation de la qualité permet d'identifier les risques et de mettre en place des mesures pour prévenir les incidents et les accidents médicaux.
- ✓ Optimiser l'utilisation des ressources : En mesurant la performance et en identifiant les points d'amélioration, l'évaluation de la qualité permet de rationaliser l'utilisation des ressources disponibles et de limiter les gaspillages.
- ✓ Accroître la satisfaction des patients et des professionnels : La qualité des soins et services a un impact direct sur la satisfaction des patients et des professionnels de santé. L'évaluation de la qualité permet de prendre en compte leurs besoins et leurs attentes.
- ✓ Promouvoir la transparence et la responsabilisation : L'évaluation de la qualité permet de rendre compte des résultats des actions menées et de garantir la transparence des pratiques.

En France, la recherche de la performance dans le secteur public, entendue comme l'optimisation du service rendu aux citoyens, a connu différentes étapes depuis l'après-guerre. Il en est de même pour la pratique de l'évaluation des politiques publiques qui s'est considérablement développée depuis les années 90.

Les différentes réformes et les programmes qui en découlent ont contribué à faire évoluer l'administration publique française d'une logique de moyens à une logique de résultats, étape essentielle de l'amélioration de la performance selon le paradigme du New Public Management (NPM). Ce NPM consiste à une contractualisation entre l'État et les établissements publics, à la quantification des objectifs, l'identification d'indicateurs de performance, au développement des obligations de compte rendu et de mesure du résultat à tous les niveaux, avec une rémunération au mérite.

Depuis le début des années 2000 les établissements de santé sont soumis à une procédure d'évaluation obligatoire du niveau de qualité et de sécurité des soins. Cette démarche, appelée procédure de certification, est pilotée par la Haute Autorité de Santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique. Elle travaille aux côtés des pouvoirs publics avec les professionnels pour optimiser les pratiques et les organisations dans le but de développer la qualité dans les champs sanitaire, social et médico-social.

La Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF), votée en 2001 a également fait évoluer la conception de l'évaluation du service public. L'évaluation vise dorénavant à la fois la mesure de l'efficacité et de l'efficience de l'action publique. Cette loi introduit le développement d'une culture client, la gestion des ressources humaines, la gestion des dépenses de façon plus efficace, une conception rationnelle et gestionnaire, avec comme support l'évaluation de la qualité des services rendus, des performances et de l'efficacité.

En effet, sur le plan de l'efficacité, il s'agit d'aboutir à une plus grande transparence sur les objectifs et les résultats vis-à-vis du Parlement, des acteurs sociaux et des contribuables et citoyens. Sur le plan de l'efficience, il s'agit d'établir le lien entre la qualité du service rendu aux bénéficiaires ou aux usagers et les moyens mobilisés. La maîtrise de l'évolution des dépenses de santé est l'objectif principal du régulateur, sans pour autant dégrader la qualité de la prise en charge et des prestations. Les établissements doivent donc travailler de manière efficiente.

1.2 Histoire de la qualité : de l'antiquité à la démarche qualité

L'histoire de la qualité trouve ses racines dans les civilisations anciennes et a évolué au fil du temps en fonction des contextes socio-économiques et des avancées technologiques. Les premières traces de contrôle qualité remontent à 2150 ans avant J.-C., avec le Code d'Hammourabi pour les architectes et les certificats de garantie pour les bijoux en or (Walshe & Rundall, 2001). Au temps

des Pharaons, le contrôle du travail des ouvriers était également une pratique courante (Garvin, 1988).

Au Moyen Âge, le corporatisme a marqué un tournant dans l'organisation du travail et l'émergence de la notion de qualité.

Les corporations, ces associations de métiers, ont instauré une hiérarchie professionnelle et mis en place de règles visant à encadrer les pratiques. Les patrons, maîtres façonniers, valets ou sergents et apprentis ou novices ont ainsi contribué à l'essor de la qualité à travers la réglementation, la formation et le contrôle (Oakland, 2003).

L'industrialisation et la naissance des grandes fabriques à la fin du XVIIIe siècle ont, quant à elles, donné naissance au taylorisme, un mode d'organisation du travail fondé sur la parcellisation en tâches simples et répétitives. Cette méthode, qui vise à planifier le système de production le plus rapide, a transformé radicalement l'organisation du travail et fait émerger une première forme de « gestion de la qualité » (Deming, 1986). Les principes de l'organisation scientifique du travail, développés par Frederick Taylor en 1903, ont posé les bases d'une approche systématique de la qualité, en introduisant notamment la notion de contrôle (Juran, 1951).

Le mouvement des ressources humaines, initié par Elton Mayo dans les années 1920 et 1930, a ensuite enrichi la notion de qualité en prenant en compte la dimension humaine du travail. L'adhésion du personnel, la communication interne et la formation professionnelle sont devenues des éléments clés de la démarche qualité, en complément des aspects purement techniques et organisationnels (Feigenbaum, 1991). Cette approche plus globale et participative a permis d'impliquer l'ensemble des acteurs de l'entreprise dans la quête de la qualité.

Dans les années 1950 et 1960, le Japon, confronté à la nécessité de reconstruire son économie et son industrie, a placé la qualité au cœur de ses préoccupations. Les industriels japonais ont compris qu'il fallait non seulement changer de système d'organisation, mais aussi de système de pensée pour aller plus loin dans la qualité (Crosby, 1979). Cette approche s'est peu à peu structurée et institutionnalisée sous le terme d'amélioration continue de la qualité, une démarche qui vise à impliquer tous les acteurs de l'entreprise dans un processus d'amélioration permanent (Dale, 1994). Face à la concurrence internationale et à la crise industrielle, les entreprises occidentales ont progressivement adopté les principes de la qualité totale et de l'amélioration continue à partir des années 1980. La dynamique d'amélioration est ainsi devenue une dimension centrale du management, intégrant les aspects techniques, organisationnels et humains (Walshe, 2003).

L'histoire de la qualité témoigne donc d'une évolution constante, depuis les premières formes de contrôle jusqu'aux démarches d'amélioration continue actuelles, reflétant les transformations du monde du travail et les préoccupations sociétales.

Autrement dit, la quête de la qualité a toujours été au cœur des organisations et des structures de travail, évoluant sans cesse pour répondre aux défis et aux enjeux de chaque époque.

De l'Antiquité à nos jours, cette notion a su se réinventer, témoignant de la nécessité d'adapter en permanence les pratiques et les méthodes pour atteindre l'excellence et satisfaire les attentes toujours plus élevées en matière de qualité.

1.3 L'évaluation de la qualité dans le contexte des politiques publiques

L'évaluation de la qualité des établissements de santé représente un enjeu de taille pour les politiques publiques de santé, car elle permet de garantir des soins de qualité aux usagers et de renforcer la confiance dans le système de santé. Dans un contexte marqué par des contraintes budgétaires importantes et des transformations profondes du secteur de la santé, l'évaluation de la qualité constitue un levier pour améliorer l'efficacité et la performance des établissements sanitaires. Les politiques publiques jouent, ainsi, un rôle clé dans l'encouragement et le soutien de l'évaluation de la qualité des établissements de santé.

Dans cette perspective, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a lancé la première feuille de route³ 2023-2025 intitulée « Améliorer la sécurité des patients et des résidents », dont le thème est « *Faire des patients les acteurs de leur propre sécurité* ». La sécurité des patients étant un élément fondamental de la politique d'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins, elle constitue un enjeu majeur de santé publique. Cette initiative s'inscrit dans la continuité du Programme National pour la Sécurité des Patients (PNSP) 2013-2017, qui avait souligné l'importance de la culture de la qualité et de la sécurité ainsi que la nécessité d'associer étroitement les patients.

L'objectif de cette feuille de route est de renforcer la culture de sécurité afin de réduire la survenue d'événements indésirables évitables associés aux soins.

En février 2023, la DGOS a ainsi approuvé la création d'un comité de pilotage responsable de la conception et du suivi de la feuille de route. Ce comité se compose de la Haute Autorité de Santé, de l'Agence Française pour le Développement de la Santé (AFDS), de la Fédération des

³ Source : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_-_synthese_2023-2025.pdf

Organismes Régionaux pour l'Amélioration des Pratiques (FORAP), de France Assos Santé, de représentants des Agences Régionales de Santé, de la Direction Générale de la Santé (DGS) et de la DGOS.

En juin 2023, les membres du comité de pilotage ont validé la structuration de la feuille de route 2023-2025 et les actions qui la composent. Cette feuille de route comprend deux objectifs transversaux et cinq axes de travail, qui se traduisent par 26 actions concrètes (cf. annexe1).

Cette initiative, mobilisant l'ensemble des acteurs du système de santé autour de la promotion d'une culture de sécurité et de qualité commune, reflète la détermination et l'implication des pouvoirs publics dans l'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des soins, deux dimensions intrinsèquement liées et essentielles pour optimiser les pratiques et garantir un accompagnement adapté et sécurisé.

1.4 Evaluation de la qualité en santé : vers une culture de la mesure au service de la performance ?

Comme nous venons de le voir, l'évaluation de la qualité en santé est un enjeu capital pour garantir la sécurité et le bien-être des patients. Elle vise à mesurer la performance du système de santé et à identifier les points d'amélioration. La mise en place d'une culture de la mesure s'avère essentielle pour encourager l'utilisation systématique d'indicateurs pertinents et piloter la performance vers l'excellence.

En France, l'évaluation médicale se développe dès le début des années 1980, avec la dynamique de l'évaluation des politiques publiques. L'évaluation en santé est portée par une volonté de transparence et d'efficacité du secteur sanitaire et associée à l'émergence de la réflexion d'une rationalisation de l'offre de soin et de l'utilisation des ressources financières. A cela s'ajoute, à la fin des années 1980, l'évolution des attentes de la population vis-à-vis du système de santé, notamment du fait des crises sanitaires, poussant les pouvoirs publics vers plus de sécurité, de transparence et de qualité.

Selon une définition souvent citée, « *l'évaluation d'une politique publique a pour objet d'apprécier l'efficacité de cette politique en comparant ses résultats aux objectifs assignés et aux moyens mis en œuvre* » (décret du 18 novembre 1998). Derrière la simplicité du concept, on devine la difficulté de l'exercice. L'exigence d'évaluer, peu contestée dans son principe, se heurte aux

objectifs flous et contradictoires de l'action publique, à la difficulté de mesurer ses résultats et aux réticences des pouvoirs à se soumettre à ce qui apparaît comme une forme de jugement.

Les procédures d'évaluation des politiques publiques visent à rendre l'action publique plus transparente et à promouvoir l'évaluation comme un « instrument de démocratisation politique ». L'évaluation des politiques publiques, liée à leur analyse, se concentre principalement sur les effets d'une action (sur ses bénéficiaires, la société, l'économie, etc.) plutôt que sur le fonctionnement d'un service ou d'un organisme.

Il ne s'agit donc pas, en théorie d'une action de contrôle ou d'audit. Cependant au regard des formes et objectifs très divers que cette évaluation prend dans la réalité, Bernard Perret, économiste français, propose la définition suivante :

« L'évaluation d'une action publique - politique, programme, plan d'action, projet, etc. - consiste en un examen portant à la fois sur les conditions de mise en œuvre, le processus et les différentes conséquences de cette action (résultats, effets, impacts), menés dans un cadre institutionnel plus ou moins formalisé dans le but de rendre des comptes, d'améliorer cette action et/ou d'éclairer les décisions (notamment budgétaires) la concernant. » (Perret, 2016, p.49). L'évaluation est alors mise en œuvre par une « instance d'évaluation ».

Durant cette période, des structures publiques de surveillance se développent afin de répondre à ces préoccupations : garantir la qualité de soins et poursuivre la régulation des dépenses de santé.

En 1985, Edmond Hervé, ministre de la Santé, crée la fondation pour l'évaluation des techniques et pratiques médicales qui regroupe experts et acteurs du système de santé. Cette fondation, à travers ses appuis techniques et méthodologiques, participe à l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques issues des conférences de consensus. Au grès des gouvernements successifs entre 1986 et 1988, cette instance évolue et a pour objectif de susciter et faire la promotion des démarches d'évaluation.

C'est finalement sous le ministère de Claude Evin que l'Agence Nationale de l'Évaluation Médicale (ANDEM) est créée en septembre 1989. Les missions de l'ANDEM sont d'initier, promouvoir et développer la démarche évaluative à partir de méthodes validées, d'établir une méthodologie pour l'élaboration des conférences de consensus et diffuser les résultats de ces conférences ainsi que les recommandations de pratiques élaborées par les sociétés savantes au sein du corps médical. Un double objectif est à atteindre : l'amélioration des pratiques et une meilleure utilisation des ressources sans pour autant que des critères de coûts soient intégrés aux évaluations

des pratiques médicales. La loi du 31 juillet 1991 prévoit ainsi la promotion d'une évaluation des activités de soins et de leur organisation au sein des établissements.

En 1995, l'ANDEM est remplacée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). La création de cette instance résulte de la volonté d'Alain Juppé, ministre de la Santé, de « renforcer la place de l'État dans la maîtrise des dépenses de santé ».

La mission d'évaluation de l'ANAES dépasse donc le cadre de la pratique médicale. Elle va concerner les établissements et l'ensemble des professionnels qui participent à ce processus. Il s'agit d'une démarche globale qui s'est concrétisée par la procédure d'accréditation des établissements de santé prévue par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme du système de l'hospitalisation qui spécifie que l'accréditation concerne tous les établissements de santé publics et privés et que l'analyse porte sur les services et activités pratiqués au sein de l'établissement.

Cette évaluation sera réalisée sur la base d'un référentiel élaboré par des groupes de travail regroupant professionnels de santé, gestionnaires et usagers. L'objectif global de la procédure d'accréditation, tel qu'il est énoncé dans le manuel est de « *s'assurer que les établissements de santé développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients* » (ANAES, 1999). Il s'agit d'une démarche ambitieuse qui a pour objectif que la culture de la qualité se développe au sein des établissements et qui suppose que ceux-ci s'approprient la démarche qualité.

Pour accompagner les établissements, l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance), fondée par la loi HPST du 21 juillet 2009 contribue à réaliser un des objectifs majeurs de la loi. En effet, son objectif est de soutenir l'amélioration de la performance du système de santé en France par un accompagnement des établissements de santé sanitaire et médico-sociaux.

Cette mission est réalisée en étroite collaboration avec les ARS sur les territoires. Au moment où ces secteurs connaissent de profondes mutations avec des contraintes budgétaires importantes, l'ANAP développe des recommandations et des conseils pour aider les établissements et les services à y faire face en leur proposant de repenser complètement leur organisation et en bousculant leurs pratiques professionnelles.

L'ANAP a pour mission d'accompagner les acteurs du système de santé dans l'amélioration de la performance et de la qualité des soins. Elle intervient dans les domaines suivants :

- L'évaluation de la performance des établissements de santé et médico-sociaux.
- Le développement de la culture de la mesure et de l'évaluation.

- L'appui à la mise en œuvre des politiques publiques en matière de santé.
- La diffusion des bonnes pratiques et l'innovation.

L'ANAP promeut une culture de la mesure au sein du système de santé. Cette culture vise à :

- Mesurer la performance des établissements de santé et médico-sociaux de manière systématique et objective.
- Identifier les points d'amélioration et mettre en place des actions correctives.
- Fonder les décisions sur des données objectives et fiables.
- Améliorer la communication et la collaboration entre les différents acteurs du système de santé.
- Renforcer la responsabilisation des professionnels et des établissements de santé.

L'ANAP met à disposition des acteurs du système de santé un certain nombre d'outils pour les aider à développer une culture de la mesure, tels que :

- Le tableau de bord de la performance des établissements de santé et médico-sociaux.
- Des guides et des méthodologies pour l'évaluation de la performance.
- Des formations à l'utilisation des outils d'évaluation.
- Des programmes d'accompagnement pour la mise en place de la culture de la mesure.

L'ANAP joue un rôle important dans le développement d'une culture de la mesure au sein du système de santé. Ses outils et son expertise permettent aux acteurs du système de santé d'améliorer la performance et la qualité des soins.

Ainsi, le secteur de la santé est un domaine où la qualité et l'évaluation revêtent une importance capitale. La qualité des soins et services délivrés aux patients est essentielle pour leur sécurité et leur bien-être. L'évaluation permet de mesurer le niveau de qualité et d'identifier les points d'amélioration. Elle est donc un outil indispensable pour optimiser les performances du système de santé et garantir des soins de qualité. La qualité et l'évaluation favorisent l'amélioration des performances, la satisfaction des patients, la réduction des coûts et permet d'améliorer l'image de marque d'un établissement santé.

II- De la démarche qualité au management par la qualité

2.1 Définitions et concept liés au management par la qualité

Le concept de la qualité dans le domaine de la santé est étroitement lié au management de la qualité. Ce dernier englobe les stratégies et les pratiques visant à garantir des soins de santé

efficaces, centrés sur le patient et répondant aux normes et aux attentes en matière de qualité et de sécurité. Mais concrètement qu'est-ce que la qualité en santé ?

Définition de la qualité en santé

Il existe de nombreuses définitions de la qualité dans le secteur de la santé. Parmi les plus reconnues, on peut citer celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) selon laquelle un soin de qualité « doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui leur assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins⁴ ».

Pour la HAS, « la qualité d'un système de santé augmente lorsque les soins prodigués sont aussi efficaces, sûrs et accessibles que possible, dans des conditions aussi équitables et efficaces que possible ».

Dans cette perspective, la HAS identifie, dans son rapport⁵ de décembre 2022, quatre familles de déterminants transversaux de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé dont voici la classification par famille :

1. Ressources matérielles :

- L'architecture et la conception des établissements.
- Les plateaux techniques et les équipements.
- Les systèmes d'information.

2. Ressources humaines :

- La compétence des professionnels.
- Les effectifs et la charge de travail.
- La continuité et la permanence des soins, la stabilité des équipes.
- Les volumes d'activité.

3. Organisation des équipes de soins :

- Les facteurs de gouvernance et de culture.
- Le travail en équipe.
- La mise en œuvre des bonnes pratiques.

⁴ Source : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1725555/fr/qualiscope-qualite-des-hopitaux-et-des-cliniques

⁵ Source : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3395825/fr/les-determinants-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins-en-etablissement-de-sante

- La pertinence des soins.
- L'approche centrale sur le patient et l'engagement des usagers.
- L'évaluation et les démarches d'amélioration.
- La gestion des risques.
- La qualité de vie au travail.

4. Coopération des équipes de soins :

- La coopération au sein de l'établissement.
- La coopération et la gradation de l'offre au sein du territoire.
- L'organisation et l'optimisation des parcours de soins

Cette classification met ainsi en évidence l'importance d'une meilleure connaissance des déterminants de la qualité et de la sécurité des soins de santé. Selon la Haute Autorité de Santé, il est essentiel de comprendre ces facteurs qui influencent la prise en charge des patients afin d'identifier les éléments clés ayant un impact direct sur leur sécurité et leur bien-être. Ainsi, en maîtrisant ces déterminants spécifiques, les établissements de santé et les professionnels peuvent instaurer une approche structurée et proactive visant à améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients.

Dans cette optique, le système de gestion par la qualité représente un outil indispensable pour atteindre ces objectifs.

2.2 Le système de management par la qualité

Le système de management par la qualité repose sur une stratégie visant à définir les politiques, les objectifs et les processus qui contribuent à la réalisation d'un produit/service acceptable pour le client/patient, au meilleur ratio coût/bénéfice⁶.

Egalement connu sous le nom de gestion de la qualité, le management par la qualité réunit ainsi un ensemble de concepts visant à répondre aux attentes des clients d'une organisation, qu'il s'agisse d'entreprises, d'associations ou d'organismes publics, en leur fournissant des produits et services correspondant à leurs besoins.

⁶ Source : La Pensée, 2015/1 (N° 381), p. 91-102. DOI : 10.3917/lp.381.0091. URL : <https://www.cairn.info/revue-la-pensee-2015-1-page-91.htm>

Le management de la qualité est constitué de quatre familles d'activités complémentaires⁷ :

La maîtrise de la qualité : cette activité vise à mettre en place des processus rigoureux pour garantir la conformité des produits et des services aux exigences établies.

L'assurance de la qualité : elle consiste à mettre en œuvre des mécanismes de contrôle et de suivi afin d'assurer la qualité tout au long du processus de production ou de prestation de services.

La planification de la qualité : cette étape consiste à définir les objectifs qualité, à mettre en place des plans d'action et à allouer les ressources nécessaires pour atteindre ces objectifs.

L'amélioration continue : le management de la qualité encourage la recherche constante d'amélioration. Il s'agit d'identifier les points faibles, de proposer des solutions et de mettre en place des actions correctives pour améliorer en permanence les processus et les résultats.

Ces différentes activités sont liées aux principes et aux exigences des normes ISO 9000. Considérées comme le pilier des systèmes de gestion de la qualité, les normes ISO 9000, offrent un cadre internationalement reconnu pour la mise en place d'un système de gestion par la qualité efficace. Elles mettent l'accent sur la conformité aux exigences, le contrôle et le suivi, la définition des objectifs de qualité et l'amélioration continue.

Les cinq piliers essentiels d'un système de management de la qualité conforme à ISO 9001:2000 sont :

Un système de gestion de la qualité : L'organisme doit mettre en place et maintenir un système de gestion de la qualité documenté, en se concentrant sur l'identification et la maîtrise des processus. L'amélioration continue de l'efficacité du système est également essentielle.

La responsabilité de la direction : La direction joue un rôle clé en identifiant les attentes des clients, en réalisant la politique qualité, en définissant les objectifs qualité pour chaque fonction de l'entreprise et en planifiant les ressources nécessaires pour les atteindre. La direction est responsable du système de gestion de la qualité et doit mettre en place les responsabilités et autorités appropriées pour garantir le respect et l'amélioration du système. La communication interne est également un aspect important.

⁷Source : <https://blog-gestion-de-projet.com/management-qualite>

La gestion des ressources : L'entreprise doit déterminer les ressources nécessaires à la mise en place et au maintien du système de gestion de la qualité. Cela inclut l'ajustement des ressources humaines en fonction des objectifs, ainsi que les actions de formation, de qualification et de sensibilisation du personnel. La maîtrise des ressources liées à l'environnement de travail est également prise en compte.

La réalisation du produit (ou service) : Ce volet englobe les processus liés aux clients (prise en compte de leurs exigences et communication) ainsi que les processus couvrant le cycle de vie du produit ou service, de la conception au contrôle final. Les processus requis par le système de gestion de la qualité sont également intégrés. Il s'agit essentiellement de mettre en place une assurance qualité solide.

Mesurer, analyser et évaluer : Les exigences relatives à la mesure des processus (avec des indicateurs de performance prévus) et à la satisfaction du client sont mises en avant dans cette section. La norme ne préconise pas d'outils spécifiques, mais encourage le suivi des informations relatives à la satisfaction ou au plaisir du client. L'amélioration continue est également soulignée.

En suivant les principes du management de la qualité et en respectant les exigences des normes ISO 9000, notamment la Norme ISO 9001, les établissements de santé ont l'opportunité d'élever leur approche de la qualité et de la sécurité des soins à un niveau supérieur et peuvent ainsi améliorer considérablement la qualité de leurs prestations.

Il est également important de souligner le rôle crucial du Comité Français d'Accréditation (COFRAC) et de la Norme 17020 dans le nouveau processus d'évaluation des ESSMS. Le COFRAC est chargé d'accréditer les organismes d'évaluation, garantissant ainsi leur compétence et impartialité.

D'autre part, la Norme 17020 définit les exigences en matière de compétence et d'impartialité pour les organismes réalisant des inspections, telles que les évaluations des ESSMS. Ces deux éléments sont essentiels pour assurer la qualité, la fiabilité et la pertinence des évaluations, contribuant ainsi à l'amélioration continue de la qualité des services offerts aux usagers et au bien-être des résidents. En somme, le COFRAC et la Norme 17020 constituent les piliers fondamentaux de la démarche qualité, et leur prise en compte est indispensable pour une évaluation réussie et une poursuite de la qualité.

L'accréditation Joint Commission International (JCI)

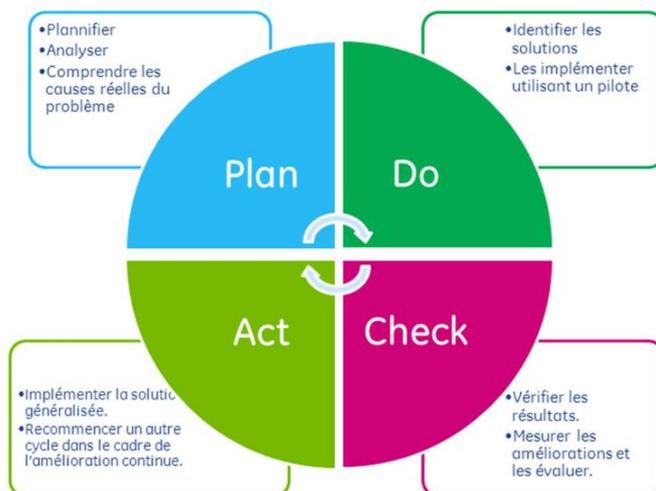
L'accréditation Joint Commission International⁸ (JCI) est une démarche d'évaluation et de certification de renommée internationale pour les établissements de santé. Elle a pour objectif de promouvoir l'excellence et l'amélioration continue des soins en établissant des normes et des standards rigoureux en matière de qualité et de sécurité des soins. Cette démarche permet aux établissements de santé de démontrer leur engagement envers l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients, tout en bénéficiant d'une reconnaissance internationale (JCI, 2021).

2.3 Rôle du management par la qualité dans l'amélioration continue des organisations de santé

Le management par la qualité repose principalement sur le cycle Plan-Do-Check-Act (PDCA), également connu sous le nom de cycle de Deming ou roue de Deming. Ce modèle en quatre étapes vise à réaliser le changement et l'amélioration continue. La roue de Deming, issue de la méthode de gestion de la qualité PDCA, repose sur une démarche d'amélioration continue pour anticiper les problèmes et proposer des produits ou services de qualité. Elle encourage également les expérimentations pour favoriser l'innovation.

LE CYCLE PDCA EN PRATIQUE

Dans la pratique, le développement d'une méthode se présente souvent différemment. Le cycle PDCA se compose de quatre étapes : planifier, faire, contrôler et agir.



Le système de management par la qualité englobe l'ensemble des dispositions humaines, techniques et organisationnelles qui permettent d'établir et mettre en œuvre la politique qualité et de faire fonctionner la démarche au sein de l'organisme. Dans une publication consacrée au management en santé et plus particulièrement le management par la qualité, Jacques ORVAIN⁹

⁸ Source : <https://www.blog-qhse.com/accr%C3%A9ditation-jci-r%C3%A9duire-jusqu'%C3%A0-6-mois-dans-sa-pr%C3%A9paration>

⁹ Orvain, J. (2018). Le management par la qualité. Dans J. Orvain, Références Santé Social(pp.379-402). Presses de l'EHESP.

(enseignant chercheur en management) reprend le cadre conceptuel du management de la qualité qui a été développé par Stephen M. SHORTELL¹⁰ et qui repose sur quatre dimensions :

- **La dimension technique** qui repose sur des compétences, des connaissances et des savoir-faire dans la mise en œuvre des activités de soin, des politiques et projets d'amélioration de la qualité.
- **La dimension stratégique** qui dépend de l'affichage par l'établissement d'une stratégie explicite pour la qualité et la gestion des risques. Cette stratégie permet d'orienter ou de créer les ressources nécessaires et d'engager les acteurs sur le terrain.
- **La dimension structurelle** qui correspond à la mise en place des structures de coordination nécessaire à la démarche elle est complétée par des outils de pilotage (tableaux de bord, mécanismes incitatifs).
- **La dimension culturelle** qui s'intéresse aux croyances, valeurs, normes, représentations et comportements qui favorisent la mise en œuvre de la démarche qualité. Elle se traduit par des attitudes collectives cohérentes qui font partie des habitudes des acteurs du système

Le dispositif de management de la qualité sera robuste et performant si les quatre dimensions sont présentes, solides et coordonnées. Tout comme il existe différentes formes de management, il existe différentes formes de management de la qualité qui déploient des techniques variées.

Le management de la qualité est un principe qui doit être mis en œuvre sous des formes concrètes : le découpage de l'activité en processus dont le fonctionnement est évalué grâce à des indicateurs ; le principe de l'amélioration continue avec la définition d'un plan d'action et son suivi, l'identification des risques...

L'objet n'est pas ici d'en dresser la liste mais plutôt de considérer, comme le fait Michel Weill¹¹, économiste Français, que le principe de qualité et de démarche qualité est un mode de gestion et que les Normes Référentiels Modèles et Méthodes (NRMM) qui ont accompagné le développement de la démarche qualité peuvent être considérés comme des outils de gestion appliqués à la qualité. Cette méthode holistique vise à établir des cadres de travail cohérents et efficace pour la gestion des organisations.

¹⁰ Shortell S. M., Bennett C. L., Byck G. R., 1998, « Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement on Clinical Practice: What it Will Take to Accelerate Progress », *Milbank Q.*, vol. 76(4), p. 593-62

¹¹ WEILL, M. (2009) Le Management de la Qualité : <https://www.cairn.info/le-management-de-la-qualite--9782707134677.htm>

Ainsi, le développement que nous avons consacré à l'évaluation dans les établissements de santé, nous a permis de comprendre que la maîtrise de la qualité et de la sécurité des soins a été posée comme un axe stratégique majeur pour le système de santé et donc pour les établissements répondant ainsi aux attentes de ce que nous pouvons nommer les parties-prenantes du système de santé : les usagers, les tutelles et les différents acteurs impliqués.

La prise de connaissance des différentes itérations du manuel d'accréditation devenu manuel de certification, nous a permis de mieux comprendre pourquoi, au-delà de la simple évaluation, ou de la fonction de contrôle, la HAS a eu pour objectif d'inciter à la mise en place d'un système de management par la qualité et de la qualité dans les établissements de santé.

La méthodologie proposée pour l'évaluation est basée sur des méthodes de gestion et de pilotage de la qualité : l'organisation et la diffusion des bonnes pratiques concernant la réalisation des prises en charge, la complétude des dossiers patients en particulier pour les éléments de traçabilité des réponses aux exigences de la démarche qualité, l'organisation du pilotage de la démarche d'amélioration continue au moyen d'un système d'audits et d'observations de pratiques réalisés et diffusés à l'ensemble des acteurs des prises en charge patients. Il s'agit donc pour les établissements de déployer les outils qui permettront de rendre concret le concept de la démarche qualité et d'en effectuer le pilotage.

Selon nos lectures, il est possible d'avancer que les outils qui vont permettre de matérialiser la démarche qualité peuvent être intégrés aux outils de gestion. Michel LAJANTE et Dominique LUX¹² reprennent la définition proposée par Jean-Claude MOISDON¹³ (Sociologue Français) à savoir « *les variables issues de l'organisation permettant de prévoir, décider et contrôler* ». Plus récemment, Eve CHIAPELLO et Patrick Gilbert¹⁴ (sociologues français) précisent que l'outil de gestion est comme un objet ayant une matérialité et qui répond à une certaine structure, par exemple un tableau de bord ou une grille d'évaluation. Les auteurs citent en exemple l'utilisation du tableau de bord comme outil de pilotage de la performance.

Considérer que la démarche qualité est, au moins en partie, concrétisée au sein des organisations, par le déploiement et l'utilisation des outils de gestion nécessite de s'intéresser aux recherches

¹² Lajante, M., & Lux, G. (2018). Ouvrons la boîte noire des émotions pour comprendre le processus d'appropriation des outils de gestion! Finance Contrôle Stratégie.

¹³ Jean-Claude Moisdon Du mode d'existence des outils de gestion. Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation, Paris, 1997, 288 p.

¹⁴ Ève Chiapello, Patrick Gilbert (2013) Sociologie des outils de gestion. Introduction à l'analyse sociale de l'instrumentation de gestion

concernant la manière dont ces outils prennent forme et évoluent, comment ils interviennent et sont intégrés dans l'organisation collective. Cette question entre en résonance avec notre questionnement initial portant sur le « sens que la démarche qualité a pour les équipes sur le terrain ».

Nos lectures sur la théorie des outils de gestion nous ont permis de comprendre, comme l'explique Armand HATCHUEL (chercheur dans le domaine de la gestion et l'innovation), que les outils de gestion sont « *ce par quoi nous recréons, nos raisons d'agir et nos actions elles-mêmes.* ». ¹⁵

Cette approche nous a conduit à nous interroger sur la manière dont ces outils interviennent sur l'action en l'initiant et en la faisant évoluer. Nous comprenons ainsi que pour que les outils de gestion permettent l'évolution des actions, cela implique qu'ils soient parfaitement maîtrisés par les acteurs de l'organisation.

Nous dépassons ainsi la question du sens posé initialement pour nous intéresser à la question de la maîtrise et plus généralement à la question de l'appropriation que nous allons développer dans une prochaine partie de notre travail.

En effet, pour déployer cette approche, elle doit être comprise afin que son intérêt en soit clairement perçu au sein de la direction des établissements. La grille de maturité proposée par Philip B. Crosby est une grille d'autocontrôle ou d'auto-évaluation, elle permet d'évaluer la prise de conscience des organisations par rapport à la nécessité de la qualité. Cette grille définit cinq niveaux de prise de conscience des nécessités de la qualité :

1. **L'incertitude** : l'organisation n'intègre pas les outils de la qualité comme outils de management.
2. **Le réveil** : la qualité est reconnue comme importante mais aucune action concrète n'est décidée.
3. **La vision éclairée** : la direction fait face et bâtit un plan formel d'amélioration de la qualité.
4. **La sagesse** : la prévention fonctionne, les problèmes sont identifiés à la source, les actions correctives sont mises en place.
5. **La certitude** : la qualité devient un outil de management.

¹⁵ HATCHUEL, A. (2005). Préface. Dans *De la conception à l'usage. Vers un management de l'appropriation des outils de gestion.* (P. 11). Colombelles: Editions EMS.

Considérer que la démarche qualité est, au moins en partie, concrétisée au sein des organisations, par le déploiement et l'utilisation des outils de gestion nécessite de s'intéresser aux recherches concernant la manière dont ces outils prennent forme et évoluent, comment ils interviennent et sont intégrés dans l'organisation collective.

III - Les EHPAD face aux enjeux du nouveau référentiel d'évaluation

3.1 Histoire des EHPAD

Pour comprendre l'histoire et l'évolution des EHPAD, il est important de noter que l'idée de créer des établissements spécialisés pour les personnes âgées dépendantes remonte au début du XXe siècle, lorsque les besoins spécifiques de cette population en termes de soins et d'accompagnement ont été reconnus.

Dans les années qui ont suivi la Seconde Guerre mondiale, les établissements d'hébergement pour personnes âgées étaient appelés « hospices¹⁶ ». À l'époque, cette dénomination n'avait pas la connotation négative qu'elle peut avoir aujourd'hui. Cependant, l'amélioration du niveau de vie général dans notre pays a rapidement conduit à des modifications terminologiques. La loi du 30 juin 1975 a introduit le concept de « maison de retraite ». Toutefois, la réforme de 1999 des établissements, va finalement conduire les maisons de retraite médicalisées à changer de statut pour devenir progressivement des Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

En parallèle, il convient de souligner que les EHPAD ont connu une profonde transformation sur le plan réglementaire, par la volonté constante des pouvoirs publics d'améliorer la qualité des soins prodigués et la sécurité des résidents. Cette évolution s'est inscrite dans une démarche progressive, jalonnée par des textes clés qui ont façonné le paysage actuel :

1. La convention tripartite (2002)

Point de départ fondateur, cette convention a posé les bases d'une collaboration étroite entre les EHPAD, les Agences Régionales de Santé et les Caisses d'Assurance Maladie, instaurant un cadre commun pour l'organisation et le financement des soins.

¹⁶ Source : <https://www.cairn.info/revue-empan-2013-3-page-56.htm>

2. La loi HPST (2009) et son décret d'application (2010)

Cette loi a marqué un tournant majeur en définissant un nouveau socle de droits pour les résidents, en renforçant les obligations des EHPAD en matière de qualité et de sécurité, et en introduisant la notion d'évaluation interne annuelle.

3. La loi ASV (2015)

Dans la continuité de la loi HPST, la loi ASV (Adaptation de la Société au Vieillessement) a instauré les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens pour les EHPAD, remplaçant ainsi la convention tripartite par un outil de pilotage plus individualisé et performant.

4. Le nouveau référentiel qualité de la HAS publié en mars 2022

Ce référentiel, élaboré par la Haute Autorité de Santé, constitue aujourd'hui la référence en matière d'évaluation de la qualité des EHPAD. Il définit un ensemble d'exigences et de recommandations couvrant tous les aspects du fonctionnement des établissements, de la prise en charge individuelle à la gestion des risques.

Cette évolution réglementaire, rythmée par des textes de plus en plus précis et contraignants, a contribué à davantage professionnaliser le secteur des EHPAD et à placer la qualité des soins et la sécurité des résidents au cœur des préoccupations. Les EHPAD d'aujourd'hui doivent se conformer à un cadre réglementaire exigeant, qui garantit aux résidents un environnement de vie sécurisé et une prise en charge de qualité.

Il est important de noter que cette évolution n'est pas statique et que de nouvelles réglementations ou directives peuvent venir compléter le cadre existant. Les EHPAD doivent donc s'adapter en permanence aux changements pour répondre aux exigences croissantes en matière de qualité et de sécurité.

3.2 Présentation du nouveau référentiel d'évaluation

Le nouveau dispositif d'évaluation HAS a pour objectif de valoriser les démarches mises en œuvre par les établissements sociaux et médico-sociaux pour améliorer leur qualité d'accompagnement, dans le cadre d'une approche centrée sur la personne et dans le respect de ses droits.

Il répond à 3 enjeux :

- Permettre à la personne accompagnée d'être actrice de son parcours ;
- Simplifier la démarche et inscrire les structures dans une perspective d'amélioration continue de la qualité ;

- Promouvoir une démarche porteuse de sens pour les ESSMS et leurs professionnels.

Ce dispositif s'inscrit, plus largement, dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques de la HAS en termes d'inclusion sociale, de protection de l'enfance, d'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées.

Le référentiel est fondé sur une approche globale de la personne, et porte 4 valeurs fondamentales intimement liées à la qualité des pratiques d'accompagnement :

- Le pouvoir d'agir de la personne ;
- Le respect des droits fondamentaux ;
- L'approche inclusive des accompagnements ;
- La réflexion éthique des professionnels.

Ce nouveau dispositif d'évaluation s'appuie désormais sur un référentiel national unique, qui est commun à tous les ESSMS et auquel sont ajoutées les spécificités de leurs missions.

Ce référentiel est structuré autour de 3 axes/chapitres :

✓ **Le chapitre 1 – La personne**

L'évaluation portant sur la personne accompagnée se concentre sur :

- Le respect des droits de la personne accompagnée ; son cadre de vie ;
- La sollicitation de son expression, de son expérience et de son entourage ;
- La co-construction et la personnalisation de son projet d'accompagnement ;
- Les actions de prévention, d'éducation à la santé et d'accompagnement en santé dont elle bénéficie.

✓ **Le chapitre 2 – Les professionnels**

L'évaluation des professionnels détermine leur capacité à :

- Avoir un questionnement éthique ;
- Garantir l'effectivité des droits des personnes accompagnées ;
- Assurer la fluidité et la continuité des parcours ;
- Réaliser un accompagnement à la santé des personnes.

✓ **Le chapitre 3 – L'ESSMS**

Cette évaluation questionne l'ESSMS et sa gouvernance sur différentes thématiques :

- Encourager une démarche de bientraitance ;
- Veiller au cadre de vie de la personne ;
- Impulser une stratégie d'accompagnement de la personne et une politique de ressources humaines ; le tout dans une démarche qualité et gestion des risques.

LES SPECIFICITES DES ESSMS PRISES EN COMPTE

Les chapitres du référentiel HAS se déclinent en 9 thématiques :

- Bientraitance et éthique
- Droits de la personne accompagnée
- Expression et participation de la personne accompagnée
- Co-construction et personnalisation du projet d'accompagnement
- Accompagnement à l'autonomie
- Accompagnement à la santé
- Continuité et fluidité des parcours
- Politique ressources humaines
- Démarche qualité et gestion des risques

Ces thématiques s'intègrent dans les objectifs et critères génériques ainsi que dans des objectifs et critères spécifiques aux missions des ESSMS, selon :

- le type de population accueillie : enfant, personne âgée, personne en situation de handicap etc. ;
- le mode d'accompagnement : établissement ou service ;
- le type d'activité : sociale ou médico-sociale.

LES MÉTHODES D'ÉVALUATION

L'évaluation des ESSMS s'appuie sur un travail de terrain : entretiens avec les personnes accompagnées, les professionnels et la gouvernance, analyse documentaire et/ou observation terrain. Les critères du référentiel sont évalués par le biais de 3 méthodes :

1. L'accompagné traceur

Cette première méthode évalue la qualité de l'accompagnement de la personne dans l'établissement ou le service. Elle s'appuie sur le croisement des regards de la personne accompagnée, et des professionnels qui l'accompagnent au quotidien.

2. Le traceur ciblé

Cette deuxième méthode évalue, sur le terrain, la mise en œuvre réelle d'un processus, sa maîtrise par les professionnels qui l'utilisent et sa capacité à atteindre les objectifs fixés. Contrairement à l'audit système, le traceur ciblé « remonte » du terrain jusqu'aux processus. La méthode du traceur ciblé permet de vérifier la cohérence et la maîtrise des processus mis en place dans l'établissement par l'ensemble des professionnels. Ainsi, elle s'assure de la cohérence à différents niveaux puisqu'elle consiste à croiser les regards de tous les professionnels de terrain, avec les membres de la gouvernance par l'intermédiaire d'entretiens.

3. L'audit système

La méthode de l'audit système consiste à rencontrer la gouvernance de l'établissement pour prendre connaissance des processus mis en œuvre au sein de la structure, évaluer ensuite leur maîtrise avec les professionnels sur le terrain. L'audit système se différencie du traceur ciblé, l'investigation est ici conduite en partant de l'organisation du processus jusqu'à la vérification de la mise en œuvre réelle sur le terrain. Ces étapes permettent de s'assurer de l'atteinte des objectifs attendus. A l'inverse du traceur ciblé, l'audit système « descend » des processus jusqu'à la vérification terrain de leur mise en œuvre effective par les professionnels. Les représentants du Conseil de la Vie Sociale (CVS) pourront être consultés.

Pour résumer, l'évaluation des ESSMS a pour objet d'évaluer la qualité des prestations délivrées aux personnes accueillies. Elle consiste en une appréciation réalisée par un tiers extérieur indépendant de la structure nommé « organisme accrédité » lors d'une visite au sein de l'ESSMS.

A présent, il semble important de nous intéresser à l'impact de ce nouveau référentiel sur les établissements.

3.3 L'impact du nouveau référentiel d'évaluation sur les défis stratégiques et organisationnels

L'entrée en vigueur du nouveau référentiel d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux en 2022 a introduit des changements significatifs dans le paysage de l'évaluation de la qualité au sein de ces structures.

Cette évaluation est un outil pour l'entrée dans la démarche qualité des établissements. Au-delà des obligations légales, la procédure d'évaluation constitue une opportunité d'accompagner les structures dans la promotion de la culture d'amélioration continue de la qualité en faveur des usagers.

Si l'objectif principal de ce nouveau référentiel est d'améliorer la qualité des accompagnements offerts aux personnes prises en charge, il n'est pas sans impact sur les défis stratégiques et organisationnels auxquels les ESSMS sont confrontés.

Sur le plan stratégique, le nouveau référentiel impose aux ESSMS de :

- Recentrer leur stratégie sur la personne accompagnée en plaçant ses besoins et ses attentes au cœur de leurs démarches. Cela implique une évolution de la culture organisationnelle et une implication plus forte des personnes accompagnées dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets.
- Adopter une approche d'amélioration continue de la qualité en identifiant en permanence les axes d'amélioration et en mettant en œuvre des actions correctives. Cette démarche nécessite une implication forte de l'ensemble des professionnels et une culture d'apprentissage permanent.
- Renforcer leur collaboration avec les partenaires en s'inscrivant dans une logique de réseau et en développant des partenariats avec les acteurs du territoire. Cette collaboration est essentielle pour répondre aux besoins complexes des personnes accompagnées et pour optimiser l'utilisation des ressources.

Sur le plan organisationnel, le nouveau référentiel exige des ESSMS de :

- Mettre en place une organisation plus participative en associant les personnes accompagnées, leurs familles et les professionnels à l'ensemble des démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité.
- Développer des compétences nouvelles en matière d'évaluation, d'analyse des données et de conduite de projets.
- Renforcer leur système d'information et de gestion afin de collecter et d'analyser les données nécessaires à l'évaluation de la qualité et au pilotage des actions d'amélioration continue.

Sur le plan méthodologique :

- Le référentiel exige une plus grande rigueur car l'évaluation se base sur des preuves concrètes et non du déclaratif. Cela implique de la traçabilité et une gestion documentaire organisée avec un niveau de formalisation attendu dans les établissements.

Ce nouveau dispositif d'évaluation des ESSMS constitue un défi majeur pour les organisations, mais il représente également une opportunité d'amélioration de la qualité des accompagnements et

de renforcement de leur performance. C'est également un outil stratégique car la gestion de la qualité et le résultat de l'évaluation étant reconnus comme un élément de la performance de l'organisation.

La plateforme SYNAE

La Haute autorité de santé met à disposition de tous les ESSMS engagés dans une démarche d'évaluation, et de tous les organismes accrédités autorisés à procéder aux évaluations des ESSMS, un système d'information appelé Synaé.

Synaé, plateforme collaborative sécurisée, permet :

- D'accéder à toutes les informations concernant les outils et méthodes d'évaluation,
- De dématérialiser les échanges entre les ESSMS, les Organismes accrédités et la HAS,
- De procéder aux évaluations.
- De réaliser des auto-évaluations en reprenant l'ensemble des critères du référentiel qui leur sont applicables ;
- D'extraire les résultats de l'auto-évaluation pour alimenter leur plan d'actions d'amélioration de la qualité.

En effet, comme le précise le nouveau référentiel publié par la HAS, l'auto-évaluation est une démarche facultative, mais elle est vivement conseillée pour les raisons suivantes :

Raison n°1 : impulser une démarche collective

L'auto-évaluation est une démarche partagée et participative permettant d'impliquer l'ensemble des professionnels. L'objectif est de croiser les regards avec les personnes accompagnées / usagers et leurs représentants ainsi que la gouvernance.

Raison n°2 : engager une dynamique qualité

L'autodiagnostic de l'établissement permet de maintenir une dynamique d'amélioration continue de la qualité. À l'issue de ce diagnostic certains axes d'amélioration ou de progrès sont identifiés. Ainsi la démarche qualité fait l'objet d'un suivi régulier et d'une communication aux professionnels et à la gouvernance.

Raison n° 3 : se préparer à la visite d'évaluation

S'autoévaluer permet de mesurer la qualité des prestations de l'établissement, d'identifier les écarts entre son niveau actuel et les exigences attendues et, de fait, d'anticiper la visite d'évaluation. L'identification de ces écarts permet à la direction d'établissement ou au référent qualité de définir des actions d'améliorations et de piloter son établissement par le biais du management par la qualité.

Raison n° 4 : proposer un projet d'établissement.

Les auto-évaluations peuvent également être inscrites au sein du projet d'établissement afin de rassurer les usagers, bénéficiaires, résidents et les professionnels sur la dynamique qualité entreprise par l'ESSMS.

Raison n° 5 : s'inscrire dans la stratégie et la politique d'amélioration continue des ESSMS

La mise en place de cette démarche, nous l'avons compris, nécessite la mobilisation de l'ensemble des acteurs de l'établissement, c'est pourquoi il apparaît essentiel de mettre en place un management participatif. Celui-ci permet de faire émerger les idées par les professionnels de terrain, ce qui permet une meilleure appropriation des objectifs du référentiel, tout en développant l'autonomie de chacun. René Bernard (théoricien français de la gestion) définit le management participatif comme un mode de management permettant l'association aux décisions.

La démarche qualité s'inscrit dans la démarche stratégique de l'établissement. Une démarche stratégique se définit sur le long terme, la démarche qualité est donc une démarche qui s'établit également sur le long terme avec différentes étapes illustrées par la roue de Deming, puisqu'il s'agit d'une démarche continue.

Dans la littérature, on retrouve le terme de Système de Management de la Qualité (SMQ), celui-ci se définit comme le système de management permettant d'orienter et de contrôler un organisme en matière de qualité (ANAES, 2002). Comme pour tout élément stratégique, il est important de définir des objectifs.

Pour cela, les objectifs en terme de démarche qualité doivent s'intégrer à la politique générale de l'organisation de l'établissement.

Face à ces défis, les ESSMS peuvent grâce à ce nouveau référentiel :

- Améliorer l'image et la reconnaissance de leur établissement en démontrant leur engagement envers la qualité des accompagnements.
- Renforcer la motivation et l'implication des professionnels en les associant à une démarche porteuse de sens et d'amélioration continue.

- Optimiser leurs ressources et leur performance en identifiant les points d'amélioration et en mettant en œuvre des actions correctives ciblées.
- Mieux répondre aux besoins et aux attentes des personnes accompagnées en personnalisant les accompagnements et en favorisant leur participation.

3.4 Evaluation des risques potentiels liés à la mise en œuvre d'un référentiel commun

L'adoption d'un référentiel qualité commun, tel que le propose la Haute Autorité de Santé, vise à harmoniser les pratiques et à garantir un niveau de qualité homogène dans l'ensemble du secteur. Si cet objectif semble louable, il est important de considérer également les éventuels risques liés à une telle uniformisation.

En se basant sur les analyses de plusieurs experts, il est possible d'identifier les risques potentiels associés à l'uniformisation des pratiques dans les EHPAD via le référentiel HAS.

Rigidité et perte d'autonomie : Un référentiel trop prescriptif pourrait limiter l'autonomie des EHPAD et restreindre leur capacité à adapter leurs pratiques aux besoins spécifiques de leurs résidents. Cela pourrait conduire à une certaine rigidité dans la prise en charge et à une perte d'individualisation des soins (Moumouni, S., & Langlois, E.2020).

Perte de diversité et d'innovation :

L'uniformisation des pratiques pourrait freiner l'innovation et l'expérimentation de nouvelles approches de soin. En effet, si tous les EHPAD doivent se conformer aux mêmes directives, il y a un risque de voir se banaliser les pratiques et de limiter l'émergence de nouvelles idées (Gilliéron, C., & Grégoire, P. 2011).

Difficultés d'adaptation aux réalités locales :

Un référentiel national ne peut pas tenir compte de toutes les spécificités locales et des contextes socio-culturels variés des EHPAD. Une application uniforme du référentiel pourrait donc s'avérer difficile, voire inappropriée, dans certains cas (David, M.-F., & Verdon, J.-P. 2010).

Risque de bureaucratie et d'alourdissement administratif :

La mise en œuvre d'un référentiel commun peut générer une charge administrative supplémentaire pour les EHPAD, avec des procédures de reporting et d'évaluation accrues. Cela pourrait détourner du temps et des ressources précieuses des soins directs aux résidents (Barbier, J.-C. (2007).

Au regard de ces risques potentiels, l'appropriation et l'application du nouveau référentiel d'évaluation par l'ensemble des parties prenantes, y compris les évaluateurs, représentent des défis importants.

En effet, le Bilan de la HAS sur les 3000 premiers rapports d'évaluation interne et externe, publié en 2024, souligne l'importance du rôle des évaluateurs pour garantir le succès de l'approche visant à améliorer la qualité. Ils doivent, effectivement, être en mesure de conjuguer bienveillance et rigueur afin d'éviter une application trop rigide du référentiel qui pourrait entraver l'adaptabilité et la pertinence des évaluations.

Le Bilan de la HAS (Cf. Annexe 2), présente en ce sens de nombreux témoignages, notamment, le retour d'expérience des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), et des services de veille sociale de l'ADALEA (Côtes-d'Armor) qui indique par exemple que : « *La posture du cabinet évaluateur est importante pour aider l'ESSMS à progresser dans sa réflexion. L'un des évaluateurs a vraiment adopté une approche basée sur la réflexion et la prise de recul ce qui a inscrit le dialogue dans une bonne dynamique, et dans une réelle recherche de l'adéquation entre le référentiel et la réalité du terrain* » ; ou encore, le témoignage de l'EHPAD du Centre Intercommunal d'Action Sociale (CIAS) de Bresse-Haute-Seille¹⁷ (Jura) qui illustre également cette nécessaire bienveillance dans l'approche des évaluateurs : « *L'évaluation qui, certes représente un stress supplémentaire, est une opportunité pour les professionnels de se questionner sur leurs pratiques. Les évaluateurs ont ouvert un dialogue constructif et bienveillant* ».

Ces témoignages mettent en lumière l'importance de l'approche des évaluateurs. Ils soulignent que l'évaluation, bien qu'elle puisse générer une forme de stress supplémentaire, offre toutefois, l'opportunité aux professionnels d'adopter une posture réflexive à leurs pratiques.

IV - Le nouveau système d'évaluation : une opportunité à saisir ?

4.1 Repenser la qualité au-delà des préjugés et promouvoir son appropriation

La qualité dans les organisations de santé est souvent associée à des contraintes « descendantes ». Cependant, il est essentiel de repenser la qualité au-delà de ces préjugés pour favoriser son appropriation par les professionnels de santé, en particulier dans le contexte de l'adoption d'un référentiel d'évaluation commun.

Dans cette partie, nous allons explorer certaines pistes visant à dépasser les idées reçues sur la qualité et encourager son intégration dans les pratiques quotidiennes des acteurs de santé.

¹⁷ Source : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-05/bilan_annuel_qualite_essms.pdf

Définition et origine des préjugés

Un préjugé est une opinion ou un jugement préconçu, souvent négatif, sur un sujet, une personne ou un groupe, qui est formé sans connaissance, raisonnement ou expérience adéquats (Allport, 1954). Les préjugés sur la qualité dans les organisations de santé peuvent provenir de diverses sources, telles que des expériences passées, des stéréotypes, des croyances culturelles ou des influences médiatiques (Brown, 2010).

Dépasser les préjugés sur la qualité dans les organisations de santé

Plusieurs préjugés entourent la notion de qualité dans les organisations de santé. Comme nous l'avons évoqué précédemment, parmi eux, on peut citer la perception de la qualité comme une contrainte réglementaire (Rathert, 2012), une approche descendante et bureaucratique (Meyer & Bate, 2017), ou encore un outil de contrôle et de sanction (Flodgren et al., 2011). Ces représentations négatives peuvent entraver l'appropriation de la démarche qualité par les professionnels de santé.

Vers une vision élargie de la qualité

Pour favoriser l'appropriation de la qualité, il est nécessaire d'adopter une vision plus large et plus positive de cette notion. La qualité peut être considérée comme un levier d'amélioration continue des pratiques et de l'organisation des soins (Beral & Dumez, 2015), une démarche participative et collaborative (Dutton & Dukerich, 2013) et un facteur de motivation et de valorisation des professionnels (Pronovost et al., 2006).

Impact des préjugés sur l'appropriation de la qualité

Les préjugés sur la qualité peuvent avoir un impact significatif sur l'appropriation de la démarche qualité par les professionnels de santé. Ils peuvent générer de la résistance au changement, une faible motivation, un manque d'engagement et une mauvaise compréhension des enjeux et des objectifs de la qualité (Dutton & Dukerich, 2013).

Déconstruire les préjugés sur la qualité

Pour repenser la qualité au-delà des préjugés, il est essentiel de déconstruire ces derniers en s'appuyant sur des données probantes, des études de cas et des témoignages d'acteurs de terrain. Il est également important de promouvoir une culture du débat et de la réflexion critique au sein des organisations de santé (Vincent & Amalberti, 2016).

Ainsi, pour repenser la qualité dans les EHPAD au-delà des préjugés, il convient non seulement de déconstruire ces derniers en s'appuyant sur des données probantes, mais aussi de favoriser l'appropriation de la qualité par les professionnels de santé en impliquant ces derniers dans la démarche.

Promouvoir l'appropriation de la qualité dans les EHPAD : favoriser la participation et la collaboration

Pour encourager l'appropriation de la qualité, il est donc essentiel d'impliquer les professionnels de santé dans la démarche. Cela passe par la mise en place de groupes de travail pluridisciplinaires, la valorisation des retours d'expérience et la promotion d'une culture du dialogue et de l'échange (Vincent & Amalberti, 2016).

Développer la formation et l'accompagnement

La formation et l'accompagnement des professionnels de santé sont des leviers majeurs pour favoriser l'appropriation de la qualité. Il est important de proposer des formations adaptées aux besoins et aux attentes des acteurs de terrain, ainsi qu'un accompagnement personnalisé dans la mise en œuvre de la démarche qualité (Batalden et al., 2016).

Mettre en place des outils et des indicateurs adaptés

Le choix des outils et des indicateurs de qualité est déterminant pour faciliter leur appropriation par les professionnels de santé. Ces outils doivent être simples, pertinents et adaptés aux spécificités des EHPAD (Bergman et al., 2015). Il est également important de veiller à la cohérence entre les différents outils et les référentiels utilisés (Reeves et al., 2015).

En d'autres termes, reconsidérer la qualité au-delà des préjugés et encourager son adoption par les professionnels de santé constitue un défi de taille pour les organisations, notamment dans le déploiement d'un nouveau dispositif d'évaluation unique et homogène. Pour y parvenir, il est donc important de dépasser les idées préconçues, de promouvoir la participation et la collaboration des acteurs de terrain, de renforcer la formation et de mettre en œuvre des outils ainsi que des indicateurs appropriés.

4.2 Le concept d'appropriation

Le terme d'appropriation provient du latin *appropriare* qui signifie rendre propre à une destination, adapter, conformer. L'action de s'approprier désigne l'idée de s'attribuer, de se donner la propriété de quelque chose et ce, dans une perspective plus large que la simple dimension juridique. L'appropriation est définie également comme le fait de s'approprier une chose¹⁸. Considéré sous l'angle d'une donnée immatérielle, l'appropriation peut être définie comme « l'acte de l'esprit qui fait siennes les connaissances qu'il acquiert »¹⁹. L'idée dominante est alors celle de l'assimilation, de l'intégration qui est le résultat d'un processus.

Le concept d'appropriation tire son origine des travaux de Karl Marx. L'appropriation se fait à travers l'intériorisation de savoirs et de capacités²⁰. Cette approche est à mettre en miroir avec la perspective psychocognitive décrite par François-Xavier De Vaujany²¹. En effet, De Vaujany considère que le processus d'appropriation peut s'envisager selon trois perspectives différentes. En premier lieu, la perspective psychocognitive selon laquelle « le processus d'appropriation doit être envisagé comme un processus d'apprentissage, selon la dialogique assimilation/accommodation mise en évidence par Piaget ».

En effet selon Jean Piaget, l'apprentissage met en œuvre deux processus décrits comme étant opposés « *l'assimilation et l'accommodation (...), l'assimilation désigne le processus par lequel, dans le cadre d'une interaction entre le sujet et son environnement, le sujet incorpore une information issue de l'environnement dans une structure cognitive d'accueil préalablement activée* » (Bourgeois, 2019, p. 77)²². Si cette information est incompatible avec la structure cognitive activée, le sujet doit alors mettre en œuvre un processus d'accommodation qui correspond à une transformation de la structure d'accueil. L'appropriation, selon cette perspective, est liée aux notions de sens, de valeurs et aux représentations, ce que Bourguignon et Jenkins ont conceptualisé sous le terme de cohérence psychologique. (Lajante & Lux, 2018)²³

La seconde perspective décrite par De Vaujany, correspond à l'approche socio-politique où l'appropriation est considérée comme « un acte social (...), processus collectif qui s'inscrit dans la durée. » Selon cette approche, l'appropriation est influencée et va influencer les interactions sociales au sein du groupe, les règles de fonctionnement.

¹⁸ <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/appropriation>

¹⁹ <http://stella.atilf.fr/définition/appropriation>

²⁰ <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2008>

²¹ De Vaujany, F. X. (2006, n°9). Pour une théorie de l'appropriation des outils de gestion: vers un dépassement de l'opposition concept-usage. *Management & Avenir*, pp. 107 - 126.

²² Bourgeois, E. (2019). Jean Piaget et le paradigme constructiviste de l'apprentissage. Dans E. Bourgeois, *Psychologie pour la formation* (pp. 71 - 86). Paris: Dunod.

²³ Lajante, M., & Lux, G. (2018). Ouvrons la boîte noire des émotions pour comprendre le processus d'appropriation des outils de gestion! *Finance Contrôle Stratégie*.

Selon cette perspective, il est à considérer que l'appropriation sera influencée par ce que Michel Crozier et Erhard Friedberg (sociologues Français et Autrichien) décrivent comme la marge de liberté des acteurs et qui explique l'écart entre la théorie et la réalité. (Crozier & Friedberg, 1977)²⁴. De Vaujany complète son étude du concept en considérant l'appropriation selon une perspective rationnelle qui peut être rapprochée des théories de Taylor concernant la division et la planification du travail. Dans ce cas, l'appropriation est organisée, contrôlée par un « noyau stratégique » qui en fait un processus normalisé. Cependant, il existe dans cette vision très « descendante » de l'appropriation une part d'influence, de régulation et de relais des acteurs périphériques. (Martinet, 2001).²⁵

Le processus d'appropriation nous apparaît donc comme complexe et présentant la coexistence des aspects cognitifs et psychologiques individuels avec les logiques d'interactions sociales influençant et modifiant les outils rationnels déployés par l'organisation. Outre sa complexité, le processus d'appropriation va également être influencé par la nature même de l'objet d'appropriation ainsi que par l'organisation de leur déploiement et mise en œuvre. L'étude du concept selon ces trois perspectives nous permet de mettre en évidence les facteurs qui pourront favoriser le processus.

L'appropriation dépendra de l'objet dont il est question mais aussi de là où l'on se place par rapport à cet objet, que l'on soit concepteur ou utilisateur. Il est cependant possible de retenir que, de façon globale, les possibilités de modification ou d'action sur l'objet, la mise en œuvre d'un apprentissage organisé de cet objet et la prise en compte de l'impact que l'objet aura sur les relations sociales en influence son appropriation. Ce sont donc ces différents aspects que nous pouvons déjà identifiés comme facteurs ou enjeux de l'appropriation. (De Vaujany, 2006).

Philippe Bernoux²⁶ évoque un enjeu à la fois plus « fonctionnaliste » et réflexif de l'appropriation. Pour lui, c'est la maîtrise par le travailleur, dans son activité concrète, des objets et des relations qui l'entourent et la preuve qu'il possède une rationalité de production efficace. Si Philippe Bernoux a principalement ciblé la production pour ses études, il s'est aussi intéressé au système de normalisation et aux outils de gestion pour lesquels il évoque que l'appropriation est liée au sens que ces outils auront pour les acteurs par rapport à leur propre travail. (Bernoux, 2011). Yves Clot²⁷ a complété la notion de maîtrise par la notion de pouvoir d'agir défini comme « le rayon d'action du sujet ou des sujets dans leur milieu professionnel habituel. » (Clot, 2010).

²⁴ Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Edition du Seuil.

²⁵ Martinet, A.-C. (2001). Le faux déclin de la planification stratégique. Dans *Stratégie, Actualité et futurs de la recherche* (pp. 175 - 193). Paris: Vuibert.

²⁶ Bernoux, P. (2011, octobre). Reconnaissance et appropriation: pour une anthropologie du travail. *Esprit*, pp. 158-168.

²⁷ Clot, Y. (2010). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris: Presses Universitaires de France.

Selon Yves Clot, le pouvoir d'agir permet au travailleur de donner du sens à son travail et de s'y reconnaître, renforçant ainsi l'appropriation. Le travailleur qui possède une certaine autonomie ou marge de manœuvre aura plus de facilité à s'approprier son activité et le sens des actions en sera renforcé. Il est possible d'élargir ce principe et de le transposer aux outils de gestion de la qualité dont l'appropriation peut être renforcée s'ils sont, tout ou en partie créés et utilisés en collaboration avec les acteurs de la prestation de soin.

Plus récemment, dans une étude menée en 2018, Lajante et Lux mettent en évidence le lien entre les émotions et l'appropriation. Ils font notamment référence aux travaux de Basch et Fischer qui ont montré que « les événements dans l'organisation étaient à l'origine d'une large gamme de réponse émotionnelle chez les employés. En retour, ces émotions exerceraient une influence importante sur les comportements organisationnels. » (Lajante & Lux, 2018, p. 7).

Les émotions sont présentées comme une dimension structurante de l'identité individuelle et, en ce sens, elles vont être intégrées aux processus d'appropriation en ayant un effet facilitateur ou bloquant. Si la recherche des conditions favorables à l'émergence d'émotions facilitant l'appropriation paraît difficile à mettre en œuvre, il est au minima pertinent de prendre conscience de ce lien et d'en prendre acte lors du déploiement d'un outil. Pouvoir d'agir, apprentissage, impact social et émotionnel, création de sens sont donc autant de facteurs dont nous pouvons conclure qu'ils participent au processus d'appropriation.

Après cette étude du concept d'appropriation, nous allons nous intéresser au concept de motivation avec l'objectif de préciser notre questionnement.

4.3 Le concept de motivation

Le concept de motivation provient des termes latins motus « mouvoir » et motio « mouvement ». Pour la psychologie et la philosophie, la motivation désigne toutes ces choses qui impulsent une personne à réaliser certaines actions et à y persister jusqu'à arriver à ses objectifs. Le concept est également associé à la volonté et à l'intérêt. Autrement dit, la motivation est la volonté de faire un effort et d'atteindre les objectifs fixés.

R. J. Vallerand et E. E. Thill²⁸ (chercheurs en psychologie) proposent quant à eux la définition suivante de ce concept « *La motivation représente le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement.* »

²⁸ R. J. Vallerand et E. E. Thill, « Introduction au concept de motivation », Études vivantes – Vigot, 1993.

Cette définition met clairement en avant la difficulté d'observer directement la motivation d'une personne. Elle est un construit hypothétique, un type de comportement que tout individu est supposé pouvoir développer.

Il s'agit d'un processus qui est déclenché à l'origine par l'action d'une force motivationnelle intérieure qui dépend de caractéristiques personnelles comme les besoins, les pulsions, l'instinct, les traits de personnalité. Il peut être déclenché aussi par une force motivationnelle externe qui dépend de la situation, de l'environnement de travail, de la nature de l'emploi, du mode de management des supérieurs, etc.

Ces facteurs de motivation internes ou dispositionnels, et externes ou situationnels, sont changeants et propres à chaque individu. Le niveau de motivation peut *"être soit faible soit fort, variant à la fois entre les individus à des moments déterminés, et chez une même personne à différents moments, et selon les circonstances"* (Craig C. Pinder 1984, p.8).²⁹

Les théories motivationnelles vont donc chercher à expliquer la ou les forces qui poussent l'individu à persister là où il devrait abandonner, à fournir l'effort supplémentaire lui permettant d'atteindre l'objectif qu'il s'est fixé.

Les psychologues R. J. Vallerand et E. E. Thill développent les quatre éléments constitutifs de ce construit :

- **Le déclenchement** du comportement : on passe de l'absence d'activité à l'exécution de tâches nécessitant une dépense d'énergie physique, intellectuelle ou mentale. La motivation fournit cette énergie ;
- **La direction** du comportement vers les objectifs à atteindre : la motivation est la force incitatrice qui oriente l'énergie nécessaire à la réalisation des buts à atteindre ;
- **L'intensité** du comportement : la motivation incite à dépenser l'énergie à la mesure des objectifs à atteindre. Elle se manifeste par le niveau des efforts déployés dans le travail ;
- **La persistance** du comportement : elle se manifeste par la continuité dans le temps des caractéristiques de direction et d'intensité de la motivation.

Il ressort de cette description du concept que la manifestation la plus proche de la motivation est l'ensemble des efforts déployés dans le travail dirigé avec intensité et de manière persistante vers des objectifs attendus.

²⁹ Craig C. Pinder "Work Motivation: Theory, Issues, and Applications" (Motivation au travail: théorie, enjeux et applications).

Ces efforts sont définis comme la somme d'énergie physique, intellectuelle et/ou mentale engagée dans une activité. De nombreux instruments de mesure de la motivation visent à évaluer ces manifestations - efforts et énergie - du comportement de l'individu dans l'organisation (Roussel, 1996).³⁰

En résumé, la motivation au travail peut aussi se définir comme un processus qui active, oriente, dynamise et maintient le comportement des individus vers la réalisation d'objectifs attendus. En identifiant les facteurs qui influencent la motivation, il est possible de mettre en place des stratégies pour accroître la motivation et améliorer les performances.

4.4 Le rôle du management par la qualité dans l'appropriation du référentiel d'évaluation

Le management par la qualité joue un rôle déterminant dans l'appropriation du référentiel d'évaluation ESSMS, en effet, il permet de :

1. Mobiliser et impliquer l'ensemble des parties prenantes

- Le management par la qualité doit en premier lieu mobiliser et impliquer l'ensemble des parties prenantes dans le processus d'appropriation du référentiel. Cela implique l'engagement de la direction, l'implication des cadres, des professionnels, des personnes accompagnées et leurs familles aux enjeux de l'évaluation et à l'importance du référentiel.
- Il est essentiel de créer un climat de confiance et de dialogue pour que chacun puisse s'exprimer et s'approprier le référentiel. Le management par la qualité doit favoriser la participation active de tous à l'évaluation et à la mise en œuvre des actions d'amélioration.

2. Communiquer et diffuser le référentiel

- Le management par la qualité doit mettre en place un plan de communication efficace pour diffuser le référentiel auprès de l'ensemble des parties prenantes. Cela implique de fournir des informations claires et accessibles sur le contenu du référentiel, ses objectifs et son utilisation.
- Il est également fondamental de former les professionnels à l'utilisation du référentiel et de leur fournir les outils nécessaires pour s'approprier la méthodologie.

3. Organiser et piloter le processus d'auto-évaluation

- Le management par la qualité doit organiser et piloter l'autoévaluation en s'appuyant sur le référentiel. Cela implique de définir les modalités d'évaluation, de choisir les outils et les méthodes les plus adaptées et de mettre en place un rétroplanning.

³⁰ La motivation au travail « concept et théories par Patrice ROUSSEL -Octobre 2000

- La gouvernance doit garantir l'objectivité et l'impartialité de l'auto-évaluation afin d'être au plus près de la réalité du terrain.

4. Coordonner les actions d'amélioration et valoriser l'atteinte des objectifs

- Le management par la qualité doit permettre la coordination des actions d'amélioration identifiées suite à l'autoévaluation. Cela implique la définition des priorités d'action, de mobiliser les ressources nécessaires et de suivre les progrès réalisés.
- Il est également important de communiquer sur les résultats des actions d'amélioration et de valoriser l'atteinte des objectifs.

5. Favoriser une démarche d'amélioration continue de la qualité

- Le management par la qualité doit inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Cela implique de faire de l'évaluation un outil de pilotage de la performance et de l'utiliser pour identifier les axes d'amélioration prioritaires.
- Il est également nécessaire de mettre en place des processus de veille et de mesure de la satisfaction des parties prenantes pour suivre l'évolution de la qualité des prestations.

Comme nous venons de le développer, le management par la qualité semble être un levier favorisant l'appropriation du référentiel d'évaluation par l'ensemble des acteurs de l'établissement. Pour soutenir notre réflexion nous allons nous intéresser aux outils et méthodes permettant de développer cette culture de la qualité.

4.5 Les outils et méthodes du management par la qualité

Le management par la qualité est un ensemble de principes, d'outils et de méthodes visant à améliorer continuellement les processus et les performances d'une organisation. Comme observé précédemment, pour développer une culture de la qualité au sein des organisations de santé, il est essentiel de mettre en œuvre des outils et des méthodes adaptées visant à favoriser l'émergence d'une culture de la qualité dans les établissements de santé.

Les outils fondamentaux du management par la qualité

Les sept outils de base de la qualité

Les sept outils de base de la qualité sont des méthodes simples et efficaces pour recueillir, analyser et présenter des données, afin de prendre des décisions éclairées et d'améliorer les processus. Parmi ces outils, on trouve le diagramme de causes et effets (ou diagramme d'Ishikawa), le diagramme

de Pareto, l'histogramme, le graphique de contrôle, la carte de contrôle, l'échantillonnage et les plans d'expériences (Ishikawa, 1985).

Les méthodes d'amélioration de la qualité

La méthode Six Sigma

La méthode Six Sigma est une approche structurée et rigoureuse visant à réduire la variabilité et les défauts dans les processus, en s'appuyant sur des données mesurables et des outils statistiques. Elle repose sur cinq étapes clés : Définir, Mesurer, Analyser, Améliorer et Contrôler (DMAIC) (Pyzdek & Keller, 2018).

La méthode Lean

La méthode Lean est une approche centrée sur l'élimination des gaspillages et l'amélioration de l'efficacité des processus. Elle vise à créer de la valeur pour le client en optimisant les flux de production et en réduisant les délais (Womack & Jones, 2003).

La méthode Kaizen

La méthode Kaizen est une approche d'amélioration continue basée sur l'implication et la participation de l'ensemble des acteurs de l'organisation. Elle repose sur des petites améliorations incrémentales et quotidiennes, mises en œuvre par les équipes de terrain (Imai, 1986).

Il est important de souligner que l'adoption de ces outils et méthodes ne suffit pas à garantir une amélioration significative et durable de la qualité des soins. Les établissements de santé doivent également veiller à mettre en place des conditions favorables à leur déploiement, telles qu'un leadership engagé, une communication efficace, une formation adéquate des professionnels et un système de suivi et d'évaluation des actions entreprises.

Synthèse de la première partie : cadres théoriques et enjeux de l'évaluation de la qualité en santé

Dans la première partie de ce mémoire, nous avons pu explorer les cadres théoriques et conceptuels liés à l'évaluation de la qualité en santé, ainsi que l'évolution historique de la notion de qualité jusqu'aux outils et méthodes favorisant l'adoption d'une démarche qualité au sein des organisations de santé. Nous avons également examiné les enjeux spécifiques auxquels sont confrontés les EHPAD face au nouveau référentiel d'évaluation, ainsi que les risques potentiels liés à sa mise en œuvre. Enfin, nous avons souligné l'importance de repenser la qualité au-delà des préjugés et de promouvoir son appropriation par les professionnels, en mettant l'accent sur le rôle du management par la qualité dans ce processus.

PARTIE 2 : ENQUETE

Dans cette seconde partie de notre étude, nous nous attacherons à exposer les conclusions de nos investigations réalisées auprès de Directeurs et de professionnels de santé exerçant leur activité au sein d'un EHPAD. Nous débuterons par une présentation de notre méthodologie de recherche, en précisant les modalités de constitution de notre échantillonnage et en justifiant le recours à des entretiens semi-directifs comme instrument de mesure.

Nous procéderons ensuite à une analyse des résultats obtenus. Enfin, au regard des données recueillies, nous tâcherons d'identifier les bonnes pratiques à privilégier et formulerons des recommandations en vue de faciliter l'adoption du nouveau système d'évaluation au sein des EHPAD.

I - Méthodologie de recherche

1.1 Constitution de l'échantillon

Dans le cadre de notre recherche dont la problématique est la suivante : **Dans quelle mesure le management par la qualité peut-il contribuer à renforcer l'appropriation du nouveau référentiel d'évaluation dans les organisations, en particulier au sein des EHPAD**, nous avons mené une étude qualitative auprès de professionnels volontaires exerçant au sein de ces établissements. Pour ce faire, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs d'une durée moyenne d'une heure chacun, en nous appuyant sur un guide d'entretien préalablement élaboré (cf. Annexes 3 ; 4).

Pour des raisons organisationnelles, l'échantillonnage de notre enquête s'est construit sur une même zone géographique : l'Occitanie.

Dans cette optique, des entretiens ont été menés auprès de 7 professionnels de santé, 4 directeurs d'EHPAD et un directeur d'une Plateforme Gérontologique, responsable de 14 établissements et services pour personnes âgées, dont 6 EHPAD, occupant également les fonctions de directeur d'EHPAD.

En combinant les perspectives des professionnels de santé et des directeurs d'établissements, nous avons souhaité croiser les regards et les expériences pour enrichir notre réflexion sur le management de la qualité dans les EHPAD. Cette approche pluridisciplinaire et collaborative nous a permis de rassembler de nombreuses données riches et variées, en adéquation avec l'objet de notre recherche.

1.2 Instrument de mesure : entretiens semi-directifs

Tableau récapitulatif des investigations réalisées :

Caractéristiques des professionnels interrogés			
Ancienneté	Qualification	Homme/Femme	Nombre
Moins de 1 an	1 ASH + 1 IDE	F	2
1 à 4 ans	AS	1 H / 2 F	3
5 à 10 ans	ASH	H	1
Plus de 10 ans	Cadre de santé	F	1
Moyenne d'âge des professionnels : 31 ans			TOTAL : 7

Caractéristiques des directeurs interrogés			
Ancienneté en qualité de directeur d'EHPAD	Qualification	Homme/Femme	Nombre
Moins de 1 an	-	-	-
1 à 4 ans	Directeur plateforme gérontologique N°1	H	1
5 à 10 ans	Directeur EHPAD N°2	H	1
Plus de 10 ans	Directeur EHPAD N°3.4.5	H	3
Moyenne d'âge des directeurs : 48 ans			TOTAL : 5

Pour étayer au mieux l'objet de notre recherche, nous avons utilisé différents dispositifs d'approches méthodologiques, notamment l'approche qualitative ainsi que l'observation. La complémentarité de ces approches nous a permis d'aborder la question complexe de la démarche qualité et de son appropriation de manière transversale.

Méthode de travail

Dans le but d'affiner notre recherche et de nous rapprocher au plus près de notre objet d'étude, nous avons dans un premier temps procédé à l'identification de diverses ressources documentaires (études, rapports, revues scientifiques, etc.) en lien avec le management par la qualité et la démarche qualité, en utilisant la méthode dite de « l'entonnoir ». La technique de l'entonnoir est une méthode de recherche documentaire qui consiste à partir d'un ensemble de sources

d'information large et hétérogène pour affiner progressivement les critères de sélection et aboutir à un corpus de références pertinentes et ciblées sur le sujet d'étude.

Cette approche nous a orienter de manière plus précise dans notre recherche et nous a permis d'affiner nos instruments d'analyse. Nous avons ainsi pu concevoir deux guides d'entretien, un en direction des professionnels de santé, puis un second à destination des directeurs d'établissements. Pour ces questionnaires, nous avons fait le choix d'utiliser des questions ouvertes afin de donner la possibilité aux répondants de s'exprimer librement.

La durée des entretiens était d'environ 45 minutes pour les professionnels et 1h30 pour les directeurs, répartis de février à juin 2024.

Notre approche reposait donc sur le modèle des entretiens semi-directifs structurés. Cette méthode nous a permis « d'encadrer » le discours des personnes interrogées à travers différentes thématiques préalablement définies lors de l'élaboration de nos guides d'entretien.

Cependant, pour ne pas nous enfermer dans une liste de questions « préprogrammées », aux dépens de l'improvisation que réclame toute véritable discussion, et dériver vers une forme d'interrogatoire, nous qualifierons davantage nos guides d'entretien comme un « canevas d'entretien ». Cette approche, moins rigide, nous a permis de respecter la dynamique de discussion, tout en laissant place à l'improvisation, sans perdre de vue les thématiques à suivre.

« [...] Les questions que le chercheur se pose sont spécifiques à sa problématique, à son objet, à son langage. Elles n'ont de pertinence que dans son univers de sens. Elles ne font pas spontanément sens pour son interlocuteur. Il faut donc les transformer en questions qui fassent sens pour celui-ci. C'est là que le savoir-faire « informel » acquis à travers l'observation participante (comme à travers les difficultés et les incompréhensions des premiers entretiens) est réinvesti, souvent inconsciemment, dans la capacité à converser sur le terrain même de son interlocuteur et en utilisant ses codes³¹[...].

Collecte des données

Afin de gérer efficacement le flux d'informations, nous avons fait le choix d'enregistrer les entretiens puis de croiser les regards entre les deux terrains d'investigations, pour enfin faire le lien entre les données recueillies et l'état de l'art observé. La récolte des données s'est échelonnée de février à juin 2024.

³¹ Cf. D. Delaleu, J.-P. Jacob & F. Sabelli, *Éléments d'enquête anthropologique : l'enquête-sondage en milieu rural*, Neuchâtel, Institut d'Ethnologie, 1983, p. 80 ; N. Fielding, « Qualitative interviewing », in N. Gilbert, éd., *Researching Social Life*, Londres, Sage, 1993, p. 135-136.

Considérations éthiques

Cette étude n'a présenté aucune atteinte pour les participants. L'enregistrement des entretiens, a fait l'objet du consentement de chaque personne interrogée et a également été soumise pour approbation à chaque direction d'établissement pour les professionnels.

II – RESULTATS DES ENQUETES

Nature du questionnaire à destination des directeurs

La nature du questionnaire à destination des directeurs s'est articulée autour de 7 axes :

- 1) Connaissance du concept de démarche qualité
- 2) Place de la démarche qualité
- 3) Avantages associés à la démarche qualité
- 4) Obstacles et difficultés rencontrés
- 5) Actions concrètes pour favoriser l'appropriation de la démarche qualité
- 6) Perception du nouveau référentiel HAS
- 7) Management par la qualité

2.1 Analyse des entretiens menés auprès des directeurs d'EHPAD

Questions 1 : Connaissez-vous le concept de démarche qualité ?

A la question, connaissez-vous le concept de démarche qualité, les 4 directeurs ainsi que le directeur de la plateforme gérontologique, ont affirmé connaître ce concept. Ils ont expliqué que cela faisait partie intégrante de leur mission.

Le directeur de la plateforme gérontologique a indiqué que la démarche qualité était un élément stratégique clé de gestion et d'organisation, soulignant que : « *cette approche permet d'améliorer en continu les pratiques professionnelles et la qualité de vie des résidents* ».

Trois directeurs (N°2.4.5) ont par ailleurs mis en avant le fait que la démarche qualité constituait un outil de management et de pilotage pour les établissements. « *Je suis convaincu que la démarche qualité peut apporter beaucoup à notre établissement, mais je dois avouer que je me sens parfois dépassé par l'ampleur de la tâche* » (directeur N°5).

Ainsi, en réponse à cette question, les directeurs ont tous affirmé connaître le concept de démarche qualité et l'ont présenté comme un élément essentiel de leur mission de direction et de gestion : « *C'est une démarche essentielle nécessitant la participation de toutes les parties prenantes de l'établissement : le personnel, les résidents, les familles et les partenaires* » (directeur N°2).

Les directeurs ont expliqué que cela leur permettait de garantir un accompagnement de qualité pour les résidents tout en respectant les bonnes pratiques professionnelles. Toutefois, certains d'entre eux (directeur N°5) ont également laissé entendre que la mise en œuvre concrète de la démarche qualité, pouvait constituer un défi en raison de la complexité de la démarche.

Question 2 : Selon vous, quelle est la place de la démarche qualité dans votre établissement ?

Bien que tous les directeurs affirment connaître le concept et l'importance de la démarche qualité dans leur établissement, tous soulignent un manque de temps et de ressources pour mettre en œuvre efficacement cette démarche : « *Notre organisation actuelle ne nous permet pas de répondre à 100% aux exigences en lien avec la démarche qualité* » (directeur N°3) ; ou encore : « *La place de la démarche qualité dans les EHPAD est un enjeu capital, mais force est de constater que nous sommes confrontés à un manque de temps et de moyens considérables pour la mettre en œuvre de manière réelle et concrète* » (directeur N°3).

Les directeurs ont également exprimé le stress engendré par ce manque de temps et de ressources, en particulier dans ce contexte de publication du nouveau référentiel HAS : « *Le nouveau référentiel et toutes ces nouvelles normes ne font qu'accentuer cette pression permanente* » (Directeur 5) ; « *Nous ne pouvons pas nous permettre de recruter un personnel spécialement dédié à la qualité. Nous sommes donc en train de revoir notre organisation au mieux pour essayer de trouver des solutions* » (directeur N°2).

Des freins qui ne semblent pas être spécifiques aux EHPAD. Une étude³² menée en juillet 2022 par le comité éthique de la Fédération hospitalière de France (FHF) sur le thème « *Prendre soin des professionnels de santé* », a mis en lumière un constat similaire, venant corroborer les éléments avancés par les directeurs. Cette enquête réalisée auprès de 10 040 professionnels de santé, dont 5% de directeurs, a mis en évidence que le manque de moyens humains et matériels constituait une source importante de stress pour 67% des répondants.

³² Source : https://www.fhf.fr/sites/default/files/2023-02/FHF_R%C3%A9sultats_enqu%C3%AAtes_2023_0.pdf



Etude du Comité éthique de la FHF – 24 janvier 2023

Par ailleurs, cette enquête révèle que la santé des professionnels peut être impactée lorsque que le travail génère du stress. A cet égard, l'étude démontre, que 36 % des répondants déclarent avoir des symptômes physiques, (troubles du sommeil, digestifs, articulaires, etc.), 28 % ont des symptômes émotionnels (nervosité, anxiété, dépression) 12 % ont des symptômes cognitifs (difficultés de concentration, erreurs, oublis, absence d'initiative ou d'engagement). Au positif, seulement 20 % des répondants disent ne pas avoir de symptômes.

Question 3 : Quels sont les avantages que vous associez à la mise en place d'une démarche qualité ?

En réponse à cette question, l'ensemble des directeurs interrogés ont mis en avant les bénéfices qu'une démarche qualité dynamique et structurée pourrait apporter.

Ils ont notamment évoqué :

- L'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents, en respectant les bonnes pratiques professionnelles (5 directeurs).
- L'amélioration de la communication entre les différents professionnels (5 directeurs).
- La possibilité de bénéficier de financements ou de subventions supplémentaires (directeur plateforme gérontologique).
- L'implication et la participation des équipes autour d'objectifs communs, ce qui peut contribuer à améliorer le climat social, à réduire le turnover et à donner du sens à nos actions (directeurs N°2.3.4).

Il convient de noter que ces avantages sont également confirmés par les résultats d'une étude menée par l'ANAP en 2019 auprès de 1 659 établissements de santé en France.

En effet, dans le cadre de cette enquête, les avantages les plus fréquemment cités par les établissements ayant mis en place une démarche qualité sont similaires à ceux évoqués par les directeurs à savoir :

- L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (94% des répondants) ;
- L'amélioration de la satisfaction des patients/résidents et de leur entourage (89% des répondants) ;
- L'amélioration de l'organisation et de la coordination des soins (85% des répondants) ;
- La valorisation de l'image de l'établissement (77% des répondants) ;
- La mobilisation et l'implication des professionnels (88% des répondants).

Questions 4 : Concrètement, quels sont les obstacles ou les difficultés que vous avez rencontrés lors de la mise en œuvre de la démarche qualité ?

L'analyse des réponses des directeurs révèle que la mise en œuvre d'une démarche qualité au sein des EHPAD est confrontée à plusieurs obstacles. Les principaux obstacles évoqués ont été les suivants :

- Le manque de temps et de ressources humaines et matérielles pour mettre en œuvre la démarche qualité ont été cités en premier lieu (5 directeurs) ;
- L'absentéisme et la résistance au changement de la part de certains professionnels de santé, qui peuvent percevoir la démarche qualité comme une contrainte supplémentaire (5 directeurs). « *Sans compter que le secteur souffre d'un déficit d'attractivité et de fidélisation* » (directeur plateforme gérontologique) ;
- La complexité de certaines procédures (directeurs N°3.4.5) ;
- Le manque de formation et d'accompagnement des équipes et des directeurs (directeurs N°2.3.4.5) ;
- Une évolution dans les priorités des jeunes professionnels : « *Je ne dirai pas que les nouvelles générations sont moins impliquées, mais elles aspirent de plus en plus à trouver un équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle, contrairement à ce que l'on pouvait observer auparavant, où la carrière professionnelle primait davantage [...]* » (directeur N°4, 14 ans d'ancienneté).

Ces propos rejoignent ceux³³ d'Isabelle TATER, DRH Courvoisier, qui souligne que les jeunes générations au travail mettent en avant des attentes différentes par rapport à leurs aînées, telles que le besoin que leur travail ait du sens, la qualité des relations entre collègues et avec leur manager, et la recherche d'un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.

Questions 5 : Quelles sont les actions concrètes que vous avez mises en place pour favoriser l'appropriation de la démarche qualité par les professionnels de votre établissement ?

L'ensemble des directeurs ont fait preuve d'une volonté manifeste de progresser dans ce domaine. Ils indiquent tous avoir mis en place des actions visant à encourager l'appropriation de la démarche qualité par les professionnels de leur établissement : *« J'ai encouragé tous les directeurs à organiser des séances de discussion, telles que des "quarts d'heure éthique" ou des "quarts d'heure Bienveillance", à collaborer avec les professionnels pour élaborer leur plan d'action »* (directeur plateforme gérontologique). Cependant, les directeurs déplorent rencontrer des difficultés dans la mise en œuvre concrète de ces actions. En effet, bien qu'ils aient élaboré un plan d'action qualité, ils soulignent les difficultés à le mettre en œuvre collectivement avec leur équipe, ce qui a tendance à limiter son actualisation. L'un des directeurs a précisé que la coordination et l'organisation nécessaires à la mise en œuvre de certaines actions étaient difficiles à gérer : *« Il est parfois compliqué de coordonner les différents acteurs à la mise en œuvre de certaines actions, surtout lorsque l'on a déjà une charge de travail importante et des priorités à gérer au quotidien »* (directeur N°4).

Deux directeurs (N°3 et 5) ont indiqué avoir mis en place des mesures pour valoriser les bonnes pratiques et encourager leur adoption par les professionnels de santé. L'un d'entre eux (directeur N°3) a ainsi déclaré : *« Nous avons rendu les RBPP de la HAS accessibles sur les tablettes des soignants, ce qui leur permet de consulter facilement les recommandations et les bonnes pratiques en vigueur [...] Nous avons également mis à disposition le projet d'établissement dans la salle de réunions ainsi qu'une boîte à idée »*. Le deuxième directeur de dire : *« Nous avons mis en place des séances d'analyses de pratiques professionnelles ainsi qu'un tableau d'affichage regroupant diverses informations notamment les modalités de déclaration d'événements indésirables, pour encourager les professionnels à signaler les incidents et les dysfonctionnements ou encore l'affichage de différentes chartes (Bienveillance, Ethique) »*.

³³ Source : <https://www.cairn.info/revue-questions-de-management-2023-1-page-125.htm>

Par ailleurs, bien que les directeurs aient tous souligné des contraintes organisationnelles en lien avec le déploiement de la démarche qualité, ils ont tous mis en avant l'importance qu'ils accordaient à l'élaboration et au suivi des Projets d'Accompagnement Personnalisés (PAP) des résidents, considérant cela comme un élément incontournable de la qualité de l'accompagnement des usagers : « *Le PAP est un outil essentiel pour nous permettre de répondre au mieux aux besoins et aux attentes de chaque résident. C'est un élément déterminant de notre accompagnement, car il nous permet de personnaliser et de garantir une prise en charge adaptée* » (directeur de la plateforme) ; « *Les projets personnalisés sont essentiels pour garantir un accompagnement de qualité, respectueux des besoins et des souhaits de chaque résident. Ils permettent de définir des objectifs individualisés, de coordonner les interventions des différents professionnels et d'y associer les familles* » (directeur N°2).

Certains directeurs (N°3.4.5) ont mis en place un référent soignant pour chaque résident, mais le turn-over et l'absentéisme, rend parfois difficile la poursuite de cette initiative. Comme l'a expliqué l'un d'entre eux : « *Nous avons mis en place un référent soignant pour chaque résident, mais cela s'avère difficile à maintenir en raison de l'absentéisme. Nous réfléchissons donc à trouver d'autres moyens pour garantir la qualité de l'accompagnement des résidents* » (directeur N°4).

Un directeur (N°5) a souligné le peu de temps de présence de la psychologue de l'établissement, qui est salariée à mi-temps. Il considère que cela peut limiter l'accompagnement et le soutien psychologique des résidents. Il a également mentionné que le taux élevé de rotation du personnel soignant complique la tâche de la psychologue, qui se retrouve fréquemment en réunion avec du personnel intérimaire peu informé sur les résidents : « *Il est vrai que le turn-over du personnel soignant peut rendre difficile la bonne coordination avec la psychologue, surtout lorsque nous avons recours à des intérimaires qui ne connaissent pas bien les résidents. C'est là aussi un défi que nous devons relever* » (directeur N°3).

L'analyse des rapports d'activité médicale 2020 de 702 EHPAD de la région Occitanie, représentant 87% des établissements, démontre effectivement, que les PAP sont un facteur clé de la qualité de l'accompagnement en EHPAD. Le taux de réalisation atteignant 71,1%.

PROFIL DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS		
Sexe : Femme (GALAAD) (en % des résidents)	74,8	73,7
Age moyen médian	87,0	87,6
Perte d'autonomie et besoins en soins (GALAAD)		
Résidents GIR 1 ou 2 (en % des résidents)	65,3	61,5
GMP médian	777	746
PMP médian	224	230
Résidents SMTI (en % des résidents)	14,1	15,0
Projet de vie individualisé réalisé (en % résidents au 31/12)	75,7	71,1

Question 6 : Quelle perception avez-vous du nouveau référentiel qualité HAS ?

En ce qui concerne le nouveau référentiel qualité HAS, les directeurs ont exprimé des perceptions variées. Ils ont salué sa pertinence et son caractère plus opérationnel que la version précédente, notamment en ce qui concerne la mise en avant de l'approche centrée sur le résident : « *Je suis plutôt positif, mais je reste vigilant quant à sa mise en œuvre concrète au sein de nos établissements* » (directeur de plateforme).

Certains directeurs ont également exprimé des réserves à son égard.

En effet, bien qu'ils aient reconnu sa pertinence, certains directeurs estiment que le nouveau référentiel est trop complexe et trop dense, ce qui rendait sa mise en œuvre et son suivi difficile. Ils ont également regretté le manque de souplesse et de marge de manœuvre laissés aux établissements pour adapter le référentiel à leur contexte et à leurs pratiques : « *Le référentiel évolue et c'est bien, mais on a l'impression que le nouveau référentiel a été pensé pour des établissements, qui n'ont pas à faire face à des contraintes de temps, de personnel ou de budget. Dans la réalité, on a besoin de plus de souplesse et de marge de manœuvre pour pouvoir mettre en place une démarche qualité qui réponde vraiment aux attendus* » (Directeur N°2).

Ensuite, tous ont pointé le caractère normatif et prescriptif du nouveau référentiel, qui selon eux, ne laissait pas assez de place à l'initiative et à la créativité des professionnels. Ils ont également déploré le fait que le référentiel ne prenne pas suffisamment en compte les contraintes et les réalités du terrain, ce qui pouvait conduire à des exigences irréalistes ou inadaptées.

Enfin, les directeurs ont exprimé des inquiétudes quant à l'impact du nouveau référentiel sur la charge de travail et le stress des professionnels, déjà soumis à de fortes pressions et à un manque de moyens. Ils ont également évoqué le risque que le référentiel ne devienne une fin en soi, au détriment de la qualité réelle de la prise en charge des résidents : « *Il est donc essentiel de trouver un équilibre entre la mise en œuvre de la démarche qualité et la prise en compte des contraintes et des besoins de nos équipes* » (directeur N°3).

En ce sens, le directeur a mentionné qu'il avait déjà observé que certains professionnels, craignant de ne pas être dans les délais, avaient parfois tendance à privilégier le respect du cadre réglementaire, au détriment de la qualité de la prise en charge des résidents : « *J'ai remarqué que certains professionnels avaient tendance à se concentrer sur le respect du calendrier fixé, au détriment de la qualité réelle de la prise en charge des résidents[...] je pense à une ancienne psychologue qui réajustait les projets d'accompagnement personnalisés seule, dans le but de*

respecter les échéances, alors que l'on sait pertinemment que la construction de ces projets se fait en équipe car c'est ce qui donne véritablement du sens à la démarche ».

Le directeur N°4 a quant à lui souligné qu'il serait judicieux d'inclure un temps d'échange réservé exclusivement à la démarche qualité pour réfléchir ensemble aux modes opératoires et comment répondre aux enjeux. Cependant il précise : *« Il est toutefois impératif de ne pas perdre de vue l'objectif principal de notre travail, le terrain ! Bien sûr, le respect des normes est important, mais cela ne doit pas se faire au détriment de la réalité du terrain ».*

En effet, mettre l'accent sur le respect des normes et des indicateurs peut parfois détourner l'attention des professionnels de la qualité de la prise en charge des résidents. Le défi consiste donc à trouver un équilibre entre la nécessité de respecter ce cadre réglementaire et la prise en compte des besoins et des contraintes des professionnels et des résidents.

Pour ce faire, il est important que les établissements adoptent une approche globale et intégrée de la qualité, qui prenne en compte l'ensemble des dimensions de l'accompagnement proposé.

Comme le précise le directeur N°4, cela signifie que les professionnels doivent être formés et accompagnés pour développer une vision holistique de leur travail, qui prenne en compte non seulement les aspects techniques et médicaux, mais aussi les aspects relationnels, éthiques et organisationnels : *« Nous devons former nos professionnels à élever leur vision, à avoir une approche globale de leur travail, qui intègre tous les aspects de l'accompagnement, pas seulement les aspects réglementaires ou médicaux ».* (Directeur N°4).

Par ailleurs, deux directeurs (N°3.5) ont exprimé leur désaccord quant au système de notation sous forme de cotation, qu'ils jugent peu représentatif de la qualité réelle de la prise en charge des résidents.

Relevons toutefois qu'à ce sujet, la HAS a déjà entamé une réflexion pour améliorer le dispositif. Les travaux³⁴ en cours visent principalement à affiner le système de cotation pour harmoniser les pratiques des évaluateurs externes et à garantir un nombre suffisant de personnes accompagnées interrogées pour avoir une évaluation plus précise de la qualité des accompagnements.

³⁴ Source : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3517533/fr/evaluation-de-la-qualite-de-l-accompagnement-dans-les-essms-la-has-publie-un-premier-point-d-etape

Question 7 : Pour conclure, que pensez-vous du management par la qualité ?

Les directeurs ont exprimé des avis divergents sur la question du management par la qualité. Deux d'entre eux (N° 2 et 5) ont estimé que sa mise en œuvre était un processus adapté, mais complexe, nécessitant une appropriation et une diffusion auprès des professionnels. Ils ont également souligné que cela pouvait être difficile à gérer et requérait un investissement en temps conséquent.

Néanmoins, tous les directeurs ont souligné que la mise en place d'un management par la qualité aurait des répercussions bénéfiques : *« La mise en place d'un management par la qualité nécessite un investissement en temps et en énergie, mais les bénéfices qui en découlent en valent la peine. Il est essentiel de créer les conditions favorables à l'amélioration continue de la qualité en impliquant tous les acteurs dans une dynamique collective. »* (Directeur de plateforme).

Le directeur N°5 d'ajouter : *« Il faut que les professionnels se sentent concernés, qu'ils comprennent l'intérêt de leur participation et de leur implication dans le processus d'amélioration continue, nous avons tous un rôle à jouer ».*

Les directeurs ont également insisté sur l'importance de la communication et de la valorisation des professionnels dans le processus de management de la qualité.

Ils ont évoqué la nécessité de mettre en place une organisation et des outils adaptés, tels que des groupes de travail, des référents qualité, des indicateurs de suivi adaptés et réalisables : *« ces méthodes et outils donnent le cap, ils permettent de piloter et d'évaluer nos actions »* indiquent deux d'entre eux (directeur de plateforme et directeur 2), avant de poursuivre : *« de bons outils associés à une bonne organisation contribuent à renforcer la culture de l'amélioration, en valorisant les bonnes pratiques et en encourageant les responsabilités »* (directeur de plateforme).

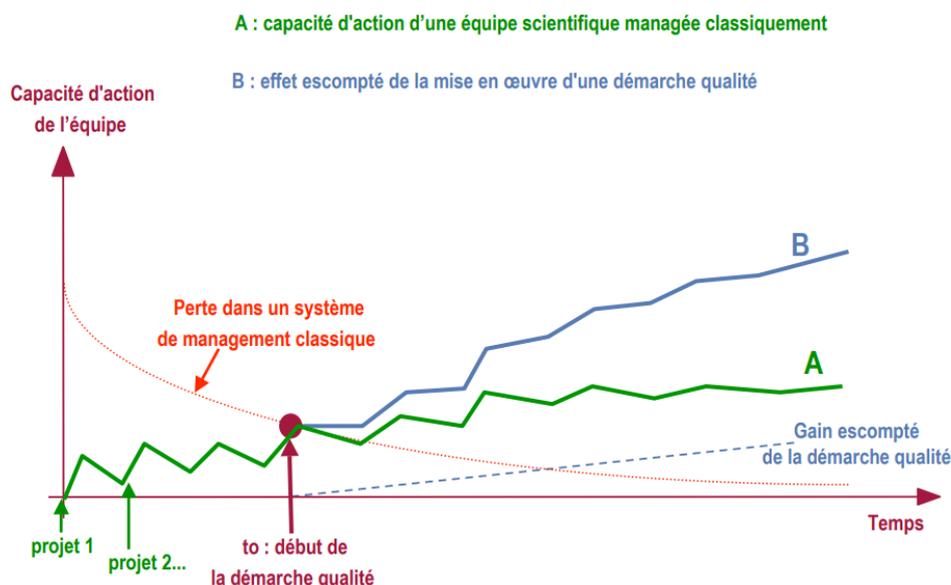
Le directeur N°3 précise : *« Il est important de créer une dynamique autour de la démarche qualité, en impliquant tous les professionnels dans la définition des objectifs et des actions à mettre en œuvre, en reconnaissant leur contribution à l'amélioration continue de la qualité ».*

Prenons l'exemple illustré par Gilbert FARGES, docteur-ingénieur et enseignant-chercheur en management de la qualité. Dans le graphique³⁵ ci-dessous, Gilbert FARGES met en exergue la différence entre la capacité d'action d'une équipe gérée de manière « classique » et les résultats

³⁵ Source : https://www.utc.fr/fim/films/qp01/supports/01a_MQ_M2_QP01_2007_GF_pds.pdf

attendus avec la mise en place d'une démarche qualité participative et valorisante pour les professionnels.

Gilles FARGES met ainsi en lumière le fait que l'implication dynamique des professionnels joue un rôle essentiel, dans la mise en œuvre d'une démarche qualité. Il démontre qu'en formalisant le « sens » de l'existence de l'entité et les objectifs à atteindre, une telle approche permettrait de renforcer la motivation et l'engagement des membres de l'équipe, de favoriser la communication et la collaboration, et d'améliorer la qualité des résultats. Il précise, pour que cette démarche soit couronnée de succès, il est effectivement essentiel d'adopter une approche participative en impliquant tous les membres de l'équipe dans le processus décisionnel et en reconnaissant leur contribution à la réalisation des objectifs.



Autrement dit, en réponse à la question : « Quels sont les avantages que vous associez à la mise en place d'une démarche qualité », toutes les données convergent vers le même constat : la mise en place d'une démarche qualité axée sur la participation et la valorisation des professionnels est un élément clé pour améliorer la qualité de la prise en charge des résidents et renforcer la cohésion et l'efficacité des équipes.

De même, qu'à la lecture des données précitées, les résultats d'une seconde étude³⁶ exploratoire publiée dans le Bulletin de psychologie, menée auprès d'aides-soignantes et d'infirmiers, confirme que la dimension participative et le temps alloué au collectif de travail sont effectivement des

³⁶ MACHADO Tony, DESRUMAUX Pascale, VAN DROOGENBROECK Adeline, « Indicateurs organisationnels et individuels du bien-être. Étude exploratoire auprès d'aides-soignantes et d'infirmiers », *Bulletin de psychologie*, 2016/1 (Numéro 541), p. 19-34. DOI : 10.3917/bupsy.541.0019. URL : <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2016-1-page-19.htm>

facteurs clés dans une organisation de travail efficace (Colombat, 2012 ; Lachman, Larose, Pénicaud, 2010).

Synthèse des entretiens des directeurs

Les directeurs d'EHPAD interrogés ont tous affirmé connaître le concept de démarche qualité et l'ont présenté comme un élément essentiel de leur mission de direction et de gestion. Cependant, certains d'entre eux ont également laissé entendre que la mise en œuvre concrète de la démarche qualité, pouvait constituer un défi en raison de la complexité du processus.

Ils ont tous souligné l'importance qu'ils accordaient à l'élaboration et au suivi des Projets d'Accompagnement Personnalisés des résidents, considérant cela comme un élément clé de la qualité de l'accompagnement des usagers. Toutefois, ils ont majoritairement constaté un manque d'implication de la part des familles dans l'élaboration et le suivi des PAP. Pour pallier ce manque, certains directeurs ont mis en place un référent soignant pour chaque projet, mais le turn-over et l'absentéisme ont rendu difficile la poursuite de cette initiative.

Les directeurs ont mis en avant les bénéfices qu'une démarche qualité dynamique et structurée pourrait apporter, notamment en termes :

- D'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des résidents
- Du renforcement de la coordination, de la communication entre les différents professionnels
- De l'implication des équipes autour d'objectifs communs
- De la possibilité de bénéficier de financements ou de subventions supplémentaires.

Cependant, ils ont également souligné les difficultés et les freins qu'ils pouvaient rencontrer avec la mise en œuvre d'une démarche qualité, tels que le manque de temps et de moyens, le poids administratif de la démarche, ou encore la résistance au changement de la part de certains professionnels. Ils ont ainsi insisté sur la nécessité de renforcer les moyens dédiés à la démarche qualité, de simplifier et de clarifier les procédures, et d'accompagner les professionnels dans la mise en œuvre de cette démarche.

Les directeurs ont également exprimé des points de vue variés sur le nouveau référentiel qualité HAS. Certains ont salué sa pertinence et son caractère plus opérationnel que la version précédente, tandis que d'autres ont exprimé des réserves à son égard, notamment en ce qui concerne sa complexité et son manque de souplesse.

Enfin, les directeurs ont exprimé des opinions différentes sur la mise en œuvre d'un management par la qualité dans leurs établissements. Certains ont souligné la complexité de ce processus et les difficultés à le gérer, tandis que d'autres ont mis en avant les bénéfices que cela pourrait apporter. Tous les directeurs ont cependant insisté sur l'importance de l'implication et de la communication des professionnels dans la démarche qualité, ainsi que sur la nécessité de mettre en place des outils et une organisation adaptée. Ils ont également persisté sur la nécessité de renforcer les moyens dédiés à la démarche qualité.

2.2 Analyse des entretiens menés auprès des professionnels de santé

Les entretiens ont été réalisés au sein d'un EHPAD auprès d'une cadre de Santé, d'une infirmière (Claire³⁷), de 3 aides-soignants (Julien, Marie et Céline) de 2 agents des services hospitaliers (Hervé et Salma) soit 7 professionnels.

Pour chacun des entretiens avec les IDE, AS et ASH, un bureau médical a été utilisé, permettant un échange en face à face favorisant la discussion. L'entretien réalisé avec la cadre de santé a eu lieu dans son propre bureau.

Le guide d'entretien à destination des professionnels a été élaboré autour de 4 thématiques principales :

- ✓ Qualité /culture qualité
- ✓ Amélioration continue
- ✓ Evaluation
- ✓ Appropriation

Résultat de l'étude

Les entretiens ont débuté par un échange sur le parcours individuel de chaque personne interrogée afin de faire connaissance et d'engager les échanges autour de notre question de recherche. Le premier questionnement était le suivant : « *Avez-vous connaissance de la mise en place d'une Démarche Qualité au sein de votre établissement ?* ». Les sept professionnels ont répondu sans hésitation positivement à cette question. Par exemple pour Hervé « *oui, bien sur la démarche qualité, notre cadre nous en parle très souvent* ». Pour Claire « *oui la démarche Qualité fait partie de notre travail pour moi, c'est normal* ». Pour la Cadre de Santé « *oui la démarche qualité, je connais bien c'est un sujet de tous les jours pour nous la date de l'évaluation étant fixée en Mars 2026... nous avons du travail, beaucoup de travail !* »

³⁷ Dans le respect de l'anonymat des personnes, les prénoms ont été modifiés

Après ces premiers échanges, nous avons tenté de comprendre quelle définition les professionnels avaient de la qualité.

Pour la majorité des professionnels rencontrés la qualité est définie par la qualité des soins et des prises en charge. Pour Céline l'aide-soignante, « *la qualité c'est apporter des soins de qualité* » Claire, l'infirmière définit la qualité par les soins et la considération du résident dans sa globalité « *en tant qu'IDE notre qualité ça va être tous les soins qu'on peut apporter aux résidents, c'est la prise en charge dans sa globalité* ».

Pour Marie, aide-soignante, la notion de résultat est présente dans sa vision de la qualité « *la qualité, c'est de répondre aux attentes du résident (...) aux objectifs fixés avec lui dans son projet personnalisé* ». Certains associent qualité des soins et bonnes pratiques à la notion de maîtrise et de compétences.

Julien aide-soignant propose des éléments de définition qui sont moins en prise avec la pratique de soins, il évoque « *le bon fonctionnement, les règles, les protocoles* », des éléments qui sont donc plus en rapport avec l'organisation globale et qui font évoquer la notion de démarche qualité. De même la Cadre de Santé pour qui la qualité correspond à « *la mise en évidence de la rigueur de nos processus de prise en charge* », la qualité semble dans ce cas une manière de valoriser les activités quotidiennes.

La définition d'une qualité descriptive et liée aux activités métiers semble donc dominante chez les professionnels rencontrés. Deux d'entre eux ayant une définition qui est plus directement en lien avec la démarche qualité.

Nous avons recherché des éléments concrets de la qualité par la question portant sur les manifestations de la qualité dans le quotidien de travail des professionnels. Pour Céline et Julien aides-soignants, la qualité est principalement définie par ce qu'ils apportent aux résidents, ils ont, naturellement, évoqué leur comportement personnel « *le savoir être avec la personne âgée* » est un élément concret de la qualité au quotidien. Ils évoquent également la bienveillance et l'attention portée à l'autre « *les personnes âgées sont des personnes fragiles, nous devons respecter leur rythme et être à l'écoute* ».

Pour l'infirmière, « *la traçabilité dans le dossier est un élément clé de la qualité* » (...) « *pas tracé pas fait* ». On comprend à travers ces propos que la traçabilité imposée par les règles de bonnes pratiques prend du sens quand une utilité particulière apparaît. Globalement, la plupart des

réponses ont été centrées sur la vision ou définition de la qualité avec l'émergence de notions telles que le savoir-être, la Bienveillance, la traçabilité et l'existence de protocoles adaptés.

A la question, « Qu'est ce qui selon vous facilite la qualité ou empêche la qualité ? ». L'analyse des entretiens fait apparaître que les éléments facilitateurs ou inhibiteurs de la qualité sont identiques. C'est en effet par leur présence ou absence que sera mesuré leur aspect facilitateur ou inhibiteur sur la qualité.

Les réponses sont relativement homogènes, les soignants interrogés évoquent que les ressources (matérielles et humaines) selon qu'elles seront présentes ou absentes auront un effet sur la qualité de leurs prestations de soin. Céline aide-soignante, par exemple, évoque « *le personnel compétent et en nombre auprès des résidents, avoir du matériel, et l'accès à des formations pour prendre en charge des personnes de plus en plus dépendantes sont indispensables* »

Pour Marie, « *la communication ou l'absence de communication au sein de l'équipe peut impacter la qualité des soins positivement ou négativement* ». La cadre de santé fait aussi référence aux compétences et aux ressources et évoque le besoin de présence d'un spécialiste de la qualité au sein de la structure comme facteur facilitant par son rôle de soutien et d'accompagnement des personnels médicaux ou paramédicaux « *un responsable qualité (...) impliqué et qui gravite dans les différentes instances de l'établissement* ».

Selon nos répondants, les compétences soignantes les ressources matérielles et humaines ou encore la communication sont des facteurs dont la présence ou l'absence peuvent influencer la qualité au quotidien.

Au cours des entretiens et au regard des éléments de définition de la qualité recueillis avec les premières questions, l'objectif suivant était de compléter les données avec des éléments liés à l'évaluation de la qualité.

Pour Marie, Julien et Hervé, c'est la satisfaction du patient qui va être leur critère d'évaluation. Hervé tient les propos suivants : « *C'est le ressenti des résidents et des familles qu'on doit prendre en compte pour juger la qualité de ce qu'on propose ici à l'EHPAD* » Pour Marie, le critère d'évaluation sera lié aux ressources dont elle va disposer pour la réalisation de ses soins, « *qu'on ait le temps de faire des soins de façon correcte* ». Nous comprenons ainsi que selon elle, l'organisation influence la qualité en fonction des ressources mises à disposition.

Synthèse des représentations liées à la qualité

Les professionnels ont globalement une représentation de la qualité intimement liée à leur propre activité. Ils identifient cependant des outils de la qualité comme intervenant directement dans la réalisation du soin (les protocoles, les bonnes pratiques...).

Les facteurs matériels de ressources et d'organisation qui sont repérés comme influents et les modalités d'évaluation sont également liées à la réalisation des activités, que ce soit en termes de satisfaction du résident ou d'atteinte d'objectifs. Pour les soignants interrogés, c'est la qualité des soins qui paraît porteuse de sens.

Amélioration continue

La question suivante portait sur la connaissance des professionnels quant à la manière dont la démarche d'amélioration continue est déployée au sein de l'établissement : « *Quand on parle de démarche d'amélioration continue de la qualité, pour vous qu'est-ce que cela évoque ?* ».

La plupart des professionnels n'avaient pas de définition claire de ce terme. Avec la cadre de santé, nous les avons alors orientés en évoquant les déclarations d'évènements indésirables et le comité de retour d'expérience (CREX), le plan d'action qualité afin d'explicitier le principe de l'amélioration continue.

C'est principalement par les réunions pluridisciplinaires, les groupes de travail et les questionnaires de satisfaction adressés tous les ans aux résidents et leur famille que nos répondants ont matérialisé la démarche d'amélioration continue au sein de l'EHPAD. L'infirmière Claire évoque aussi les évaluations de pratiques professionnelles (EPP). Marie l'aide-soignante, quant à elle, évoque la réalisation d'audits « *c'est les audits réalisés (...) voir ce qui ne va pas dans l'organisation et essayer de mettre des choses pour améliorer la prise en charge des résidents ou les conditions de travail des professionnels* ». Elle explicite son propos par un exemple concret lors du passage en 12h ayant entraîné une modification de l'organisation parfaitement adapté aux liens qu'elle identifie entre la démarche d'amélioration continue et son activité quotidienne.

Nous percevons à travers les réponses que le principe de la démarche d'amélioration continue est globalement compris par nos interlocuteurs. Une guidance a été nécessaire dans certains cas pour expliciter les termes mais ensuite les éléments concrets et outils de la démarche ont été énoncés, le lien étant principalement fait avec les activités métier et l'organisation et pas évidemment par le déploiement d'une démarche totalement organisée et institutionnalisée.

A la question « Avez-vous connaissance de la manière dont la démarche est pilotée au sein de l'établissement ? ». Les professionnels ont, à l'unanimité, identifiés la cadre de santé comme la personne référente et moteur sur le sujet de la qualité. D'ailleurs Hervé l'ASH nous dit « *Notre cadre nous parle souvent de la qualité et de l'évaluation qui va arriver, elle est d'ailleurs un peu stressée avec ça* » ; Claire l'infirmière parle de sa mission de référente qualité « *Il y a quelques mois, la cadre m'a identifiée comme référente du circuit du médicament, j'ai accepté cette mission car je trouve indispensable de questionner notre travail et de se remettre en question* »

Pour la question suivante « Comment ça se matérialise dans votre activité quotidienne ? » Pour Marie l'aide-soignante, « *l'évaluation nous y pensons mais c'est au quotidien que nous essayons de faire de la qualité en prenant soin de nos résidents* ». Pour Salma ASH, « *la qualité c'est le respect des règles, en tant qu'ASH, j'applique les protocoles d'entretien des locaux, je sais que durant l'évaluation l'hygiène sera observé se sera donc le moment d'évaluer le travail de toute l'équipe* ».

De son point de vue la cadre de santé, évoque les moyens qu'elle utilise pour créer du sens « dire qu'il y a quelque chose qu'on pourrait améliorer (...) de façon imagé je dépose une petite graine et après je laisse germer (...) à un moment donné, il faut que ça vienne des professionnels, du coup quand ça vient d'eux, ils s'approprient les changements et proposent des choses et des actions qui répondent aux critères d'évaluation ».

Les éléments recueillis à cette étape confirment que le déploiement de la démarche repose à ce jour sur l'encadrement et quelques professionnels. En revanche, cela permet de comprendre qu'au-delà de la question de la culture de l'amélioration continue, c'est la question de ce qui fait sens pour les équipes et comment cela se construit jusqu'à l'appropriation.

A présent, c'est sous l'angle de la recherche des contraintes et opportunités de la démarche de l'amélioration continue que nous allons compléter cette partie de notre analyse avec la question suivante : « Pouvez-vous expliquer comment cette démarche impacte votre activité ? ».

Lors des échanges, les professionnels ont naturellement mis en lien la démarche d'amélioration continue avec leurs activités métier et l'organisation, c'est donc logiquement par rapport à ces mêmes points qu'ils évoquent les contraintes et opportunités. Nous avons relevé trois contraintes principales dans les discours : l'adaptation et l'intégration de nouvelles pratiques ainsi que les changements qui peuvent découler d'un dysfonctionnement en rapport avec l'organisation. Les contraintes sont donc multifactorielles. Pour Céline, cette contrainte est temporaire « *Intégrer dans notre façon de travailler un protocole, ça va être une contrainte, c'est juste le temps de s'y habituer* ». En revanche, Julien l'aide-soignant voit plus de difficultés par rapport à un changement

et évoque les résistances qui peuvent apparaître « *C'est plus difficile de faire changer, de faire évoluer des fois certaines personnes de l'équipe* ».

Nous avons identifié plusieurs opportunités dans les propos des professionnels. En premier lieu l'amélioration des conditions de travail pointées par Claire l'infirmière ou des locaux qui, selon Salma l'ASH, ont un effet positif « *même au niveau du personnel on est content quand on voit des petites choses avancer (...) on se sent mieux dans son travail* ». Les principales opportunités se situent au niveau de l'amélioration des pratiques et de la sécurité. Julien évoque notamment les déclarations d'événements indésirables, « *je suis intimement convaincu que les feuilles d'événements indésirables peuvent améliorer la qualité et la sécurité des soins* ». Céline pense que la réelle opportunité est quand la démarche d'amélioration continue « *débouche sur des choses concrètes et des changements visibles* ».

A travers les propos des professionnels, nous comprenons qu'au-delà de la démarche d'amélioration continue, c'est effectivement la question du sens qui est présente dans ce qui va être vécu comme une contrainte ou une opportunité. Le sens qui peut transformer la contrainte en opportunité, le sens qui permet au changement d'être accepté.

Synthèse des représentations liées à l'amélioration continue

En synthèse de cette partie de notre analyse, nous retiendrons que les professionnels associent le principe de l'amélioration continue à celui de l'évaluation, tout en étant centrés sur leurs pratiques et activités liées à leur métier. Les instances institutionnelles sont identifiées, ainsi que certaines méthodes d'audit. La notion d'amélioration continue est fortement associée à la notion de conduite au changement et à la question centrale de sens.

Pour poursuivre, nous avons questionné les professionnels sur leur connaissance du nouveau référentiel d'évaluation des établissements médico-sociaux élaboré par la HAS.

La connaissance reste globalement assez générale, Claire par exemple évoque la présence d'évaluateurs « *des évaluateurs vont venir s'assurer de la qualité de la prise en charge des résidents, ils vont regarder la traçabilité dans les dossiers, le circuit du médicament de la préparation à l'administration* ». Elle évoque également « *l'accompagné traceur* » sans donner plus de précision ainsi que la recherche « *de tous les éléments preuves de la qualité qu'on peut avoir dans les dossiers* » Claire complète en évoquant l'existence d'une grille et des critères de réponse « *on est jugé sur des points précis (...) il y a des grilles, on doit répondre à une certaine norme* ».

Pour Julien, l'évaluation « *c'est pour montrer comment on travaille, ce qui est fait dans l'établissement.* » Pour la Cadre de santé, la démarche d'évaluation lui apparaît comme une opportunité d'amélioration de la qualité des prises en charge pour les résidents et une amélioration des conditions de travail des professionnels « *c'est une dynamique (...) ça booste même si cela demande un immense travail (...) voir ce qui va et ce qui ne va pas c'est un moyen d'avance vers du mieux !* ». Elle fait également référence aux protocoles, l'évaluation représente une opportunité « *ça pousse le personnel à s'intéresser aux procédures, aux protocoles, au mode opératoire... (...) ce qui permet de revoir tout la base documentaire* ».

Céline et Julien évoquent, quant à eux, une opportunité d'amélioration « *c'est enrichissant et puis ça nous remet un peu en question sur nos pratiques* ».

Pour la Cadre de Santé, l'évaluation représente « *une garantie pour la sécurité des prises en charge* ». Claire semble partager cette vision tout en regrettant que le sens soit parfois perdu dans les obligations. « *Il y a des choses qui ne servent pas (...) nous perdons un temps fou à tout tracer plutôt que d'être avec le résident* ». La cadre de santé, apporte une vision complémentaire et considère qu'il est nécessaire de donner du sens à la démarche « *si on arrive à leur montrer le lien entre les pratiques au quotidien et l'évaluation, les choses auront du sens* ». Les propos des professionnels nous permettent de constater que mêmes s'ils reconnaissent un réel intérêt à la démarche qualité, ils précisent toutefois que ce concept reste parfois éloigné de leur quotidien.

La question du sens profond de la démarche reste donc centrale dans la vision des professionnels.

Synthèse des représentations de la démarche d'évaluation des ESSMS

Nous pouvons conclure des propos évoqués par les professionnels que la démarche n'est que partiellement connue. Au regard des éléments recueillis, il est possible de dire que les professionnels ont connaissance de certains éléments concrets en lien avec l'évaluation. Cependant, la démarche ne semble pas être complètement intégrée comme dans un processus global. Même si des éléments d'organisation des visites sont cités, le processus global de la démarche et les enjeux qu'elle représente ne sont pas clairement évoqués. Par des propos précis, les soignants évoquent que, de leur point de vue, la démarche d'évaluation semble surtout être un processus administratif et manque de lien avec leur pratique quotidienne.

2.3 Rôle et perception du management par la qualité chez les professionnels de santé

Après cette analyse des entretiens, nous comprenons que le management par la qualité vise plusieurs objectifs :

- Améliorer la qualité de vie des personnes accompagnées en identifiant et corrigeant les dysfonctionnements pouvant altérer le bien-être de chacun.
- Respecter l'individualité et de la dignité des personnes accompagnées en tenant compte des capacités et des fragilités de chaque personne.
- Sécuriser le parcours de soins afin de prévenir les incidents et accidents liés aux soins, en mettant l'accent sur la gestion des risques et la mise en place de protocoles.
- Optimiser les ressources et les moyens en favorisant une utilisation efficiente des ressources humaines, matérielles et financières, au bénéfice de la qualité de la prise en charge.
- Renforcer la cohésion et la collaboration des équipes en favorisant la communication, le travail d'équipe et la mutualisation des compétences.

Quant à la perception de la qualité, elle demeure variable en fonction de l'expérience des professionnels, de leur formation et du contexte dans lequel ils travaillent. Le management par la qualité constitue un outil pour améliorer la qualité de vie des personnes accompagnées tout en valorisant le travail des professionnels de santé qui les accompagnent. Les modalités d'appropriation d'une culture de la qualité au sein des organisations sont alors à questionner.

2.4 Facteurs influençant l'appropriation d'une culture de la qualité

A travers les recherches que nous avons menées pour préciser les concepts de la qualité et de l'évaluation, nous avons compris que c'est par l'intermédiaire des outils déployés dans l'organisation que la démarche peut être visible et objectivée. Par ailleurs, nous avons compris dans l'étude du concept, que l'appropriation peut s'envisager selon trois perspectives : psycho-affective, socio-politique et rationnelle. Le déploiement de la démarche qualité au sein d'une organisation relève d'une véritable décision stratégique. Il est particulièrement important de souligner l'importance de la mise en œuvre d'une stratégie visant à développer une démarche qualité réelle et concrète compte tenu du caractère obligatoire de la procédure d'évaluation.

Il sera nécessaire de considérer cet élément dans l'étude de l'appropriation. Il est en effet possible que la question de l'appropriation concerne également l'équipe managériale dans les choix et méthodes qui seront proposées. L'étude du concept d'appropriation nous a permis d'en

comprendre la complexité par les différents mécanismes cognitifs, psychologiques et sociaux qui interviennent. Il nous est ainsi apparu que l'appropriation doit être au minimum permise et pour le mieux favorisée et accompagnée. Nous avons compris qu'au-delà de l'objectif d'évaluation se trouve la volonté des établissements médico-sociaux de s'emparer réellement des principes de management de la qualité dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins en prenant en compte les attentes et besoins des résidents, en impliquant et responsabilisant toutes les parties prenantes (professionnels, familles...).

A ce titre, nous avons pu mettre en relation les éléments émergents des entretiens, liés à la question du sens avec les travaux respectifs de Bernoux et Clot qui identifient des facteurs tels que la maîtrise, la question du sens ou encore l'autonomie et la marge de manœuvre comme facteurs participant à l'appropriation.

Les propos faisant références aux changements inhérents à la mise en œuvre de la démarche qualité seraient quant à eux à rapprocher des modèles managériaux d'accompagnement du changement.

III - Discussion et recommandations pour une meilleure gestion de la qualité en EHPAD

Dans notre écrit, nous avons souligné le défi de taille auquel sont confrontés les EHPAD dans la mise en œuvre d'un management par la qualité efficace. Il s'agit de garantir une prise en charge de qualité optimale pour les résidents, tout en respectant les normes et réglementations en vigueur.

Les entretiens menés auprès des différents acteurs concernés, qu'ils soient directeurs ou bien professionnels de santé ont permis de recueillir des données précieuses sur les représentations et les pratiques liées à la qualité et à l'amélioration continue.

Dans ce chapitre, nous chercherons à identifier les pratiques efficaces à mettre en place et formulerons également des recommandations pour améliorer la gestion de la qualité dans les EHPAD.

1. La qualité : une représentation centrée sur les pratiques professionnelles

Les professionnels de santé interrogés ont une perception de la qualité étroitement liée à leur pratique professionnelle. Ils considèrent que les outils de la qualité, tels que les protocoles et les bonnes pratiques par exemples, ont un impact direct sur la qualité de l'accompagnement proposé et la réalisation des soins.

Au même titre que les directeurs, les professionnels de santé reconnaissent également l'importance des facteurs matériels tels que les ressources et l'organisation.

Cependant, pour l'ensemble des acteurs, la qualité et la personnalisation de l'accompagnement proposé constituent un élément essentiel, voire « le pilier central » de leur mission, qui donne un sens à leur travail quotidien.

Recommandation 1 : Mettre en place une démarche qualité participative

Suite à nos investigations, nous suggérons la mise en place d'une démarche qualité coopérative et participative au sein des EHPAD pour renforcer la culture de la qualité. Cette approche commune impliquant l'ensemble des professionnels dans la définition des objectifs et des actions à entreprendre, permettrait non seulement d'améliorer la qualité des soins, à laquelle tous sont attachés, mais aussi de valoriser les compétences et l'expertise de chacun. De plus, ce processus encouragera un climat de travail positif et engageant.

Pour être efficace, cette démarche doit également être centrée sur les pratiques professionnelles. Elle peut s'appuyer sur des outils tels que des protocoles mais aussi sur des méthodes d'évaluation et d'amélioration continue (évaluation des pratiques professionnelles, analyse des événements indésirables, audit interne ...). Il est donc nécessaire de souligner que la participation active de tous les professionnels est essentielle pour garantir le succès de cette démarche et pour assurer une amélioration continue de la qualité de la prise en charge.

2. L'amélioration continue : une démarche centrée sur l'évaluation et le changement

Les professionnels interrogés considèrent que l'amélioration continue est étroitement liée à l'évaluation de leurs activités professionnelles. Ils reconnaissent l'importance des instances institutionnelles et des méthodes d'audit dans ce processus. Cependant, pour eux, la notion d'amélioration continue est associée au changement et à la recherche de sens dans leur travail.

Recommandation 2 : Renforcer la formation et l'accompagnement des professionnels

Pour encourager l'adoption de la démarche d'amélioration continue en EHPAD, il nous paraît nécessaire de renforcer la formation et l'accompagnement de l'ensemble des acteurs. Cette formation devrait non seulement se concentrer sur les méthodes et les outils d'amélioration continue, mais aussi sur la compréhension du sens de cette démarche et sur la gestion du changement. Elle peut être dispensée sous forme de formations initiales ou continues, de tutorats ou de tout autre moyen approprié.

En effet, pour que la démarche d'amélioration continue soit pleinement efficace, il est fondamental que tous les professionnels comprennent son importance et son impact sur la qualité des soins et l'accompagnement des résidents. Nous sommes convaincues qu'en donnant du sens, l'ensemble des acteurs, qu'ils soient professionnels de santé ou directeurs, seront plus enclins à s'impliquer dans sa mise en œuvre.

3. Le nouveau référentiel d'évaluation HAS : une opportunité d'amélioration continue

Les personnes interrogées ont une connaissance générale du nouveau référentiel d'évaluation des EHPAD. Ils mentionnent notamment la présence d'évaluateurs, la traçabilité dans les dossiers, le circuit du médicament, l'accompagnement traceur et la recherche d'éléments probants de la qualité dans les dossiers (éléments de preuves). Certains professionnels et directeurs considèrent cette démarche d'évaluation comme une opportunité d'amélioration continue de la qualité des soins et des conditions de travail, tandis que d'autres la perçoivent comme une contrainte administrative supplémentaire. Il est donc essentiel de renforcer la communication et la formation autour de ce référentiel pour en faire un outil dynamique d'amélioration de la qualité au sein des EHPAD.

Recommandation 3 : S'approprier le nouveau référentiel d'évaluation HAS

Pour tirer parti du nouveau référentiel d'évaluation HAS, nous pensons qu'il est capital de s'en approprier les principes et les critères. Cette appropriation peut se faire dans le cadre d'une démarche qualité participative et de la formation continue de l'ensemble des acteurs concernés. Elle peut également s'appuyer sur des outils tels que les grilles d'auto-évaluation et les retours d'expérience. En d'autres termes, nous sommes convaincus que la maîtrise du référentiel HAS est une étape déterminante pour faire face au défi que constitue l'évaluation d'un établissement.

4. La démarche d'évaluation : une démarche administrative ou une opportunité d'amélioration continue?

Les professionnels interrogés ont une vision partielle de la démarche d'évaluation des ESSMS. Ils évoquent les aspects administratifs et les obligations réglementaires, mais ont du mal à en saisir les enjeux et les opportunités d'amélioration continue. Certains regrettent que le sens soit parfois perdu dans les obligations. Il est donc essentiel de renforcer la communication autour de cette démarche, en mettant en avant les bénéfices attendus en termes d'amélioration continue. Il est ainsi essentiel de promouvoir une culture de l'amélioration continue au sein des établissements, en encourageant les différentes parties prenantes à s'impliquer activement dans cette démarche, plutôt que de la percevoir comme une contrainte administrative.

La démarche d'évaluation doit être considérée comme une opportunité de progresser dans la qualité des prestations et des accompagnements proposés aux usagers.

Recommandation 4 : Donner du sens à la démarche d'évaluation

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la théorie de Patrice ROUSSEL sur la motivation et l'engagement au travail suggère qu'en identifiant les facteurs qui influencent la motivation, il est possible de mettre en place des stratégies pour accroître la motivation et améliorer les performances. Cependant, il est important de garder à l'esprit que tous les professionnels ne sont

pas nécessairement motivés à participer à une démarche d'évaluation. C'est pourquoi clarifier les objectifs et donner du sens à celle-ci sont des facteurs clés pour favoriser l'appropriation, l'engagement et la motivation des professionnels.

Ainsi, pour encourager l'appropriation, il est essentiel de communiquer clairement ses objectifs et de les relier aux pratiques professionnelles ainsi qu'aux enjeux de qualité. Pour ce faire, les directeurs doivent lutter contre les préjugés et présenter cette démarche comme une opportunité d'amélioration continue visant à garantir la sécurité et la qualité des soins. Ils peuvent ainsi favoriser l'émergence d'une culture de la qualité et encourager les échanges entre professionnels en adoptant différentes méthodes de gestion et de pilotage, telles que des réunions d'équipe régulières, des groupes de travail ou des formations.

Ces outils peuvent contribuer à améliorer la communication et la collaboration entre les professionnels, et ainsi renforcer leur engagement et leur motivation dans la démarche d'évaluation.

En donnant du sens à la démarche d'évaluation et en impliquant activement les professionnels dans son élaboration et sa mise en œuvre, il est possible de renforcer leur engagement et leur motivation. Chaque acteur pourra ainsi mieux comprendre l'intérêt et l'utilité de cette approche et s'engager plus activement dans son application, contribuant ainsi à l'amélioration continue de la qualité des soins en EHPAD.

Conclusion

L'adoption d'un nouveau référentiel d'évaluation dans les EHPAD constitue une étape importante dans l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées en institution. En effet, ce nouveau référentiel, centré sur les besoins et les attentes des personnes accompagnées, vise à promouvoir une approche plus individualisée de la prise en charge et plus respectueuse des droits de la personne.

Toutefois, la réussite de la mise en œuvre de ce nouveau référentiel dépend d'un engagement solide de tous les acteurs impliqués, en particulier les directeurs d'EHPAD et les professionnels de santé. Le management de la qualité joue donc un rôle essentiel dans cette démarche, en visant à mobiliser les équipes et à faciliter l'appropriation de ce nouveau référentiel par l'ensemble des parties prenantes, tout en les accompagnant dans sa mise en pratique concrète.

L'appropriation du référentiel doit s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins. Cela implique de mettre en place des outils et des procédures pour évaluer régulièrement les pratiques professionnelles, d'identifier les axes d'amélioration et de mettre en œuvre des actions correctives.

Notre travail de recherche, nous a permis de mettre en évidence l'impact du management par la qualité dans l'appropriation du nouveau référentiel d'évaluation des établissements médico-sociaux. En effet, en mettant en place une démarche qualité structurée et rigoureuse, les directions d'EHPAD peuvent :

- **Impliquer** l'ensemble des parties prenantes dans le processus d'appropriation du nouveau référentiel (professionnels de santé médicaux et paramédicaux, fonctions support, les résidents et leurs familles etc.)
- **Communiquer** efficacement sur le nouveau référentiel et clarifier ses enjeux. Il est important de faire comprendre à tous les acteurs concernés les objectifs et les bénéfices qu'il peut apporter à la qualité des soins.
- **Former** les professionnels de santé à son utilisation, cela leur permettra de comprendre les critères d'évaluation et de les appliquer de manière cohérente.
- **Accompagner** les professionnels de santé dans l'auto-évaluation de leurs pratiques en mettant en place un comité de pilotage, des groupes de travail, (douleurs, fin de vie, qualité...)
- **Valoriser** les bonnes pratiques et les progrès réalisés. Il est important de reconnaître les efforts des professionnels de santé et de les encourager à poursuivre leurs efforts d'amélioration de la qualité.

Le déploiement de la démarche d'évaluation et plus largement de la démarche qualité, doit être ancré dans la stratégie des établissements. Elle doit être pilotée par la direction afin de faciliter son appropriation par l'ensemble des professionnels. En effet, nous insistons sur le fait que l'ensemble des acteurs doivent être impliqués dans la démarche, car il s'agit d'une démarche institutionnelle qui est transversale. Elle doit se déployer sur le long terme et nécessite une dynamique qui peut être associée à celle de la conduite du changement. Comme nous avons pu le constater, les résultats des évaluations réalisées en 2023 permettent de dresser un bilan globalement positif de la qualité de la prise en charge dans les EHPAD. Les notes moyennes obtenues par les établissements sont :

- **3,83 pour le chapitre consacré à la personne accompagnée**
- **3,77 pour le chapitre consacré aux professionnels**
- **3,66 pour le chapitre consacré à l'établissement**

Ce premier constat démontre l'engagement des professionnels et des établissements à offrir une prise en charge de qualité aux personnes accompagnées. Néanmoins, ces résultats encourageants ont également mis en lumière certains axes d'amélioration notamment sur la gestion des risques, la communication, l'information des résidents et l'accompagnement en fin de vie. La totale réussite de ce nouveau dispositif dépendra de la capacité à fédérer toutes les énergies autour d'un objectif commun : la qualité et l'individualité de la prise en charge des personnes accompagnées.

« L'amélioration de la qualité des soins est une responsabilité collective qui incombe à tous les acteurs du système de santé. » - Ministère de la Santé et des Solidarités

Limites de l'étude et perspectives d'actions

Ce travail comporte certaines limites, en particulier concernant la représentativité des données collectées lors de notre enquête de terrain. En effet, le choix des établissements (lieux de travail) et le nombre restreint de personnes interrogées peuvent affecter la généralisation des résultats. Il convient donc de prendre ces limites en compte lors de l'interprétation des données. En revanche, ce travail a été riche d'enseignements. En premier lieu, il nous a permis de reconsidérer la place de la démarche d'évaluation dans une démarche qualité globale et ainsi de comprendre que les logiques d'appropriation doivent dépasser ce seul dispositif. Nous avons acquis une vision plus claire du principe de l'appropriation et des facteurs qui peuvent être en sa faveur.

Enfin, ce travail nous a permis de prendre de la distance avec nos propres croyances et représentations, de considérer les réactions observées sous un angle différent.

Ayant mis en évidence des éléments que nous pourrions appeler contributifs à l'appropriation, il pourrait être pertinent de poursuivre la réflexion entamée par des questionnements portant sur la manière dont le processus managérial permet et accompagne l'appropriation et comment il peut intégrer ces éléments contributifs. Pour ce faire, il serait intéressant de réaliser une enquête auprès d'un plus grand nombre de dirigeants, de cadres de proximité et d'infirmières coordinatrices pour recueillir l'ensemble des moyens utilisés au quotidien pour favoriser le déploiement d'une démarche qualité opérationnelle et riche de sens pour tous les parties prenantes.

ANNEXES

Annexe 1

« Améliorer la sécurité des patients et des résidents » :
La 1ère feuille de route 2023-2025 du ministère.

Annexe 2

Evaluation de la qualité des ESSMS : premier bilan 2023

Annexe 3 :

Guide d'entretien à destination des directeurs

Annexes 4 :

Guide d'entretien à destination des professionnels

Annexe 1 : « Améliorer la sécurité des patients et des résidents » : la 1ère feuille de route 2023-2025 du ministère.



L'ambition portée par cette feuille de route est notamment de renforcer la culture de sécurité avec pour objectif de réduire la survenue d'événements indésirables associés aux soins que l'on sait évitables.

En février 2023, la direction générale de l'offre de soins a validé la mise en place d'un comité de pilotage chargé de la conception et du suivi de la feuille de route. Ce comité se compose de la HAS, de l'AFDS, de la FORAP, de France Assos Santé, de représentants d'ARS, de la DGS et de la DGOS.

En juin dernier, les membres du comité de pilotage ont validé la structuration de la feuille de route 2023-2025 « Améliorer la sécurité des patients et des résidents » ainsi que les actions qui la composent.

Ainsi, la feuille de route se décline en 2 objectifs transversaux et 5 axes de travail qui se traduisent en 26 actions concrètes.

+ Objectif 1 : communiquer auprès des professionnels de terrain et des usagers

+ Objectif 2 : renforcer la formation des professionnels et des patients à la culture sécurité

+ AXE 1 : Valoriser et accompagner le travail en équipe et les temps collectifs sur l'ensemble du parcours patient (ville, établissements de santé, établissements médico-sociaux)

+ AXE 2 : Agir sur la sous-déclaration des événements indésirables graves liés aux soins

+ AXE 3 : Améliorer sur la capitalisation des retours d'expérience

+ AXE 4 : Poursuivre des actions ciblées dans certains secteurs

+ AXE 5 : Promouvoir la place du patient, et de ses proches, pour améliorer la sécurité

Evaluation de la qualité des ESSMS : premier bilan 2023

En France, la qualité des 40 000 établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) est obligatoirement évaluée tous les 5 ans. Après avoir effectué une refonte du dispositif et accompagné son déploiement, la HAS dresse un premier bilan à l'issue de l'évaluation de 3 028 établissements et services en 2023.

Les principes de l'évaluation

Un cadre commun
Centré sur la personne accompagnée
Au service d'une amélioration continue de la qualité



40 000 ESSMS
évalués tous les 5 ans



1 référentiel commun
3 chapitres (la personne, les professionnels et l'ESSMS), 157 critères dont 18 impératifs



117 organismes évaluateurs
autorisés (fin 2023) à réaliser des évaluations

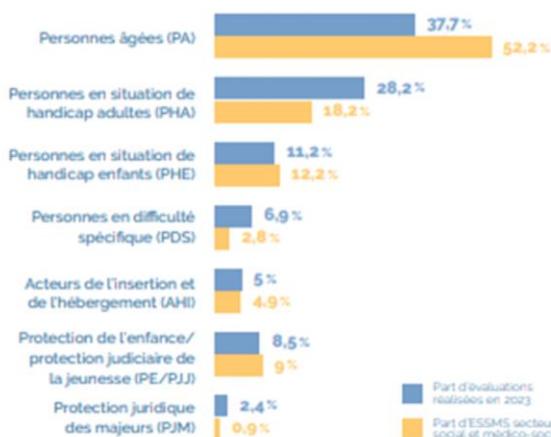
L'évaluation en 5 étapes



* Aux autorités de certification et de contrôle UATC

Plus de 3 000 évaluations réalisées en 2023

Soit 7,4 % des ESSMS évalués



Quels premiers enseignements ?

Un niveau de qualité plutôt encourageant
niveau 3 sur les trois chapitres



échelle de 4 à 1 : tout à fait satisfaisant à pas du tout satisfaisant

Des professionnels engagés
10 000 auto-évaluations réalisées

Des points à améliorer sur les critères impératifs

- La prévention des risques (par ex. maltraitance)
- La gestion des plaintes et des réclamations
- Les plans de gestion de crise
- La gestion des événements indésirables

80 % des évaluations reposent sur le seuil minimum de 3 personnes accompagnées interrogées

Pour en savoir plus, consultez le [bilan annuel 2023](#)



Annexe 3 : Guide d'entretien à destination des directeurs

Guide d'entretien à destination des Directeurs

Dans le cadre de notre formation en Master 2 Management Stratégique des Organisations de Santé, nous réalisons une enquête concernant la perception des Directeurs d'EHPAD sur la démarche qualité au sein de leur établissement. Durée de l'entretien 1h30mn.

Dans quelle tranche d'âge êtes-vous?

- Moins de 30 ans
- 30 - 39 ans
- 40 - 49 ans
- 50 ans et plus

Depuis combien de temps travaillez-vous dans cet établissement ?

- Moins de 1 an,
- 1 à 4 ans,
- 5 à 10 ans,
- Plus de 10 ans

QUESTIONS

- 1) **Connaissance du concept de démarche qualité**
 - Connaissez-vous le concept de démarche qualité ?
- 2) **Place de la démarche qualité**
 - Selon vous, quelle est la place de la démarche qualité dans votre établissement ?
- 3) **Avantages associés à la démarche qualité |**
 - Quels sont les avantages que vous associez à la mise en place d'une démarche qualité ?
- 4) **Obstacles et difficultés rencontrés**
 - Concrètement, quels sont les obstacles ou les difficultés que vous avez rencontrés lors de la mise en œuvre de la démarche qualité au sein de votre établissement ?
- 5) **Actions concrètes pour favoriser l'appropriation de la démarche qualité :**
 - Quelles sont les actions concrètes que vous avez mises en place pour favoriser l'appropriation de la démarche qualité par les professionnels de votre établissement ?
- 6) **Perception du nouveau référentiel HAS**
 - Quelle perception avez-vous du nouveau référentiel qualité HAS ?
- 7) **Management par la qualité**
 - Pour conclure, que pensez-vous du management par la qualité ?

Commentaires et suggestions :

- Avez-vous d'autres commentaires ou suggestions à partager concernant la démarche qualité au sein de votre EHPAD ?

Nous vous remercions sincèrement de votre participation à cette enquête. Vos réponses nous seront d'une grande valeur pour mieux comprendre la perception des professionnels travaillant en EHPAD concernant la démarche qualité. Veuillez noter que vos réponses seront traitées de manière confidentielle et anonyme.

Annexe 4 : Guide d'entretien à destination des professionnels de santé

Guide d'entretien à destination des professionnels

Dans le cadre de notre formation en Master 2 Management Stratégique des Organisations de Santé, nous réalisons une enquête concernant la perception des professionnels des EHPAD sur la démarche qualité au sein de leur établissement. Durée de l'entretien 45 mn.

Fonction du professionnel :

Dans quelle tranche d'âge êtes-vous ?

- Moins de 30 ans
- 30 - 39 ans
- 40 - 49 ans
- 50 ans et plus

Depuis combien de temps travaillez-vous dans cet établissement ?

- Moins de 1 an,
- 1 à 4 ans,
- 5 à 10 ans,
- Plus de 10 ans

-) Avez-vous connaissance de la mise en place d'une Démarche Qualité au sein de votre établissement ?
 - Oui
 - Non
-) Connaissez-vous la date de la prochaine certification de votre établissement ?
-) Avez-vous été sensibilisé à cette échéance, avez-vous suivi une formation sur la démarche Qualité ?
-) Pour vous c'est quoi la qualité ?
 - a. Comment cela se manifeste dans votre quotidien de travail ?
 - b. Qu'est ce qui selon vous facilite la qualité ou empêche la qualité ?
-) Quand on parle de démarche d'amélioration continue de la qualité, pour vous qu'est-ce que cela évoque ?
 - a. Avez-vous connaissance de la manière dont la démarche est piloté au sein de l'établissement ?
 - b. Comment ça se matérialise dans votre activité quotidienne, dans votre travail ?
- 6) Pouvez-vous m'expliquer comment cette démarche impacte votre activité ? (contraintes, opportunités ?)
- 7) Quel(s) facteur(s) vous semble(nt) indispensable(s) à la réussite d'une démarche qualité ?
- 8) Comment vivez-vous la démarche qualité au sein de votre structure ?
- 9) Pour vous, c'est quoi la démarche d'évaluation des établissement médico-sociaux ?
 - a. Qu'est-ce que vous en connaissez ?
 - b. Est-ce que vous pouvez m'expliquer comment ça se passe ?
- 10) Pour conclure, pour vous, c'est quoi manager la démarche qualité ?

Nous vous remercions sincèrement de votre participation à cette enquête. Vos réponses nous seront d'une grande valeur pour mieux comprendre la perception des professionnels travaillant en EHPAD concernant la démarche qualité. Veuillez noter que vos réponses seront traitées de manière confidentielle et anonyme.

BIBLIOGRAPHIE / SITOGRAPHIE

ARTICLES

BATALDEN, P., Davidoff, F., Batalden, M., Stevens, D., O'Connor, M., & Dixon, B. (2016), « Coproduction de services de santé », *BMJ Quality & Safety*, 25(7) : 509-517. URL : https://www.researchgate.net/publication/310792780_Coproduction_of_healthcare_service.

BERAL, V., & Dumez, V. (2015), « Efficacité des interventions conçues pour promouvoir la participation des patients afin d'améliorer la sécurité : une revue systématique », *Patient involvement in healthcare quality and patient safety : a systematic review and thematic synthesis. BMJ Open*, 5(11), e009332. URL : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.translate.google.com/20427301/>

BERNOUX, P. (2011, octobre). Reconnaissance et appropriation: pour une anthropologie du travail. *Esprit*, pp. 158-168.

BOISTEL Philippe, LAROUTIS Dimitri, « E-réputation et réputation : similitudes et différences. Une analyse comparative conceptuelle », *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 2019/3 (n° 36, vol. 8), p. 104-120. DOI : 10.3917/rimhe.036.0104. URL : <https://www.cairn.info/revue-rimhe-2019-3-page-104.htm>

BOUCHARD, Chantal et PLANTE, Jacques. La qualité: mieux la définir pour mieux la mesurer. *Les Cahiers du Service de pédagogie expérimentale*, 11, 2002, vol. 12, p. 219-236. URL : https://www.academia.edu/24177520/la_qualit%c3%89_mieux_la_d%c3%89finir_pour_mieux_la_mesurer

BRAMI Gérard, « Les paradoxes de l'évolution des EHPAD », *Empan*, 2013/3 (n° 91), p. 56-61. DOI : 10.3917/empan.091.0056. URL : <https://www.cairn.info/revue-empan-2013-3-page-56.htm>

CHIAPELLO, E. GILBERT, P. (2013) Sociologie des outils de gestion. Introduction à l'analyse sociale de l'instrumentation de gestion

CLOT, Y. (2010). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris: Presses Universitaires de France.

CROZIER, M., & FRIEDBERG, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Edition du Seuil

DELALEU, D. JACOB J.-P & SABELLI, F. *Éléments d'enquête anthropologique : l'enquête-sondage en milieu rural*, Neuchâtel, Institut d'Ethnologie, 1983, p. 80

DELVOSALLE Christian, « La qualité des concepts à la pratique », *Pyramides, Revue du Centre d'Etudes et Recherches en Administration publique* (2002), 5 : URL : <https://journals.openedition.org/pyramides>

DERY Richard, « Le management. De la tradition à l'hypermodernité », *Gestion*, 2007/3 (Vol. 32), p. 76-87. DOI : 10.3917/riges.323.0076. URL : <https://www.cairn.info/revue-gestion-2007-3-page-76.htm>

DE VAUJANY, F. X. (2006, n°9). Pour une théorie de l'appropriation des outils de gestion: vers un dépassement de l'opposition concept-usage. *Management & Avenir*, pp. 107 - 126.

DUTTON, J. E., & Dukerich, J. M. (2013). Calling and membership: how high-quality interpersonal relationships energize and engage people in their work. *Research in Organizational Behavior*, 33, 157-181.

FIELDING, N. « Qualitative interviewing », in N. Gilbert, éd., *Researching Social Life*, Londres, Sage, 1993, p. 135-136.

FLODGREN, G., Rachas, A., Fagg, C. W., Eccles, M. P., Shepperd, S., & Grimshaw, J. M. (2011). « Revue systématique de l'application de la méthode planifier-faire-étudier-agir pour améliorer la qualité des soins de santé », *A systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. BMC Health Services Research*, 11(1), 1-12. URL : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.translate.google/24025320/>

FRANCOIS Abel, MAGNI-BERTON Raül, « Les dimensions contextuelles de la tolérance à l'égard des immigrés en France : effets de contact et de compétition », *Revue française de sociologie*, 2013/1 (Vol. 54), p. 53-82. DOI : 10.3917/rfs.541.0053. URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-sociologie-2013-1-page-53.htm>

HAS, « *Qu'est-ce que la qualité ?* », *QualiScope - Qualité des hôpitaux et des cliniques*. URL : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1725555/fr/qualiscope-qualite-des-hopitaux-et-des-cliniques

HATCHUEL, A. (2005). Préface. Dans *De la conception à l'usage. Vers un management de l'appropriation des outils de gestion*. (P. 11). Colombelles: Editions EMS.

HESBEEN, W. (2017). *La qualité du soin infirmier "De la réflexion éthique à une pratique de qualité"*. Issy les Moulineaux: Elsevier Masson.

IMAI, M. (1986) *Kaizen : La clé du succès compétitif du Japon*. Éducation McGraw-Hill, New York. URL : <https://www-scirp-org.translate.google/reference/referencespapers>

ISHIKAWA, K. (1985) *Qu'est-ce que le contrôle qualité total ? La manière japonaise*. Traduit par Lu, DJ, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey. URL : <https://www-scirp-org.translate.google/reference/ReferencesPapers>

KIM Pan Suk, « La qualité, un reflet de l'innovation ? La gestion de la qualité dans l'administration publique coréenne », *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 2009/3 (Vol. 75), p. 461-479. DOI : 10.3917/risa.753.0461. URL : <https://www.cairn.info/revue-internationale-des-sciences-administratives-2009-3-page-461.htm>

KINTA Lucia SENE, « Management de la qualité », membre des auditeurs certifiés de l'Agence Française de Normalisation (AFNOR). URL : <https://blog-gestion-de-projet.com/management-qualite>

LAJANTE, M. & LUX, G. (2018). Ouvrons la boîte noire des émotions pour comprendre le processus d'appropriation des outils de gestion! *Finance Contrôle Stratégie*.

LANORE Peter, « 3. Méthode Six Sigma », dans : *Guide indispensable des décisions efficaces. De Maslow à la matrice BCG, les modèles pour décrypter, comprendre et agir*, sous la direction de LANORE Peter. Wavre, Mardaga, « Développement personnel », 2023, p. 131-140. URL : <https://www.cairn.info/guide-indispensable-des-decisions-efficaces--9782804734466-page-131.htm>

MARTINET, A.-C. (2001). Le faux déclin de la planification stratégique. Dans *Stratégie, Actualité et futurs de la recherche* (pp. 175 - 193). Paris: Vuibert.

MEYER, B., & Bate, P. (2017). From bureaucracy to engagement: a new model for quality improvement in health care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(3), 460-465. URL : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26647411/>

MOISDON, J-C, Du mode d'existence des outils de gestion. Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation, Paris, 1997, p.288

PRONOVOST, P. J., Goeschel, C. A., Wachter, R. M., & Lubomski, L. H. (2006) « Améliorer la sécurité des patients grâce à un meilleur travail d'équipe : quelle est l'efficacité des différentes méthodes de debriefing par simulation ? » Improving patient safety through teamwork and collaboration. *Journal of General Internal Medicine*, 21(suppl 4), S14-S17. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.translate.google/pmc/articles/>

RATHERT, C. (2012). The unintended consequences of public reporting. *Journal of Healthcare Management*, 57(3), 183-192. URL : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.translate.google/15755946/>

ROUCAYROL Anne-Marie, « Management de la qualité en établissement de santé », *La Pensée*, 2015/1 (N° 381), p. 91-102. DOI : 10.3917/lp.381.0091. URL : <https://www.cairn.info/revue-la-pensee-2015-1-page-91.htm>

ORVAIN, J. (2018). Le management par la qualité. Dans J. Orvain, *Références Santé Social* (pp. 379-402). Presses de l'EHESP.

TROUSSEL, P. (2000) La motivation au travail « concept et théories » B. (2007). Les transformations de L'Etat social Français depuis 1975 : une analyse centrée sur les politiques de santé et menée au regard des standards typologiques et théoriques du changement institutionnel. *Économie appliquée*, 60(1), 69-100.

TISSERANT, Pascal, BOURGUIGNON, David, et BOURHIS, Richard. Colloque « La fabrique des discriminations: acteurs et processus » organisé par l'ARDIS, à l'Université Paris--Est Marne-la--Vallée, le jeudi 6 novembre 2014.

VINCENT, C., & Amalberti, R. (2016). « Des soins de santé plus sûrs : stratégies pour le monde réel », Safer health care: strategies for the future, *BMJ*, 353, i2151. URL : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.translate.google.com/29465922/>

OUVRAGES

DAVID, M.-F., & Verdon, J.-P. (2010). L'uniformisation des pratiques professionnelles en santé: entre nécessité et risque. In *Questions de santé*, Vol. 28, No 4 : 503-512.

GILLIERON, C., & Grégoire, P. (2011). L'évaluation des pratiques professionnelles dans le champ du travail social : enjeux et défis. In *Recherches en travail social*, No 117 : 77-90.

MOUMOUNI, S., & Langlois, E. (2020). L'uniformisation des pratiques professionnelles dans le secteur social et médico-social : entre standardisation et individualisation. In *Savoirs et pratiques en travail social*, No 24 : 77-92.

Sitographie

<https://www.notretemps.com/famille/autonomie/ehpad-fossoyeurs-castanet-les-lecons-de-l-affaire-orpea>

<https://www.pqb.fr/citations.php>

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1725555/fr/qualiscope-qualite-des-hopitaux-et-des-cliniques

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3395825/fr/les-determinants-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins-en-etablissement-de-sante

<https://anap.fr/s/>

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1725555/fr/qualiscope-qualite-des-hopitaux-et-des-cliniques

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3395825/fr/les-determinants-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins-en-etablissement-de-sante

<https://www.cairn.info/revue-la-pensee-2015-1-page-91.htm>

<https://blog-gestion-de-projet.com/management-qualite>

<https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2016-1-page->

https://www.utc.fr/fim/films/qp01/supports/01a_MQ_M2_QP01_2007_GF_pds.pdf

https://www.fhf.fr/sites/default/files/2023-02/FHF_R%C3%A9sultats_enqu%C3%AAte_2023_0.pdf

<https://www.cairn.info/le-management-de-la-qualite-82707134677.htm>

THESES ET RAPPORTS

DEEB S., « Contribution méthodologique à la maîtrise conjointe de la qualité d'un produit et de ses processus de production par une modélisation des concepts qualité », *U.F.R. Ecole Supérieure des Sciences et Technologies de l'Ingénieur de Nancy*, Thèse (2008) présentée pour l'obtention du titre de Docteur de l'Université Henri Poincaré, Nancy I. URL : https://theses.hal.science/tel-00321445/file/Salah_DEEB_These.pdf

HAS, (2023), « Dispositif d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux Bilan annuel 2023 » : Mesurer & améliorer la qualité. URL : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/202405/bilan_annuel_qualite_essms.pdf

HAS, « Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé », ÉTUDES ET RAPPORTS - Mis en ligne le 13 déc. 2022. URL : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3395825/fr/les-determinants-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins-en-etablissement-de-sante

TITRE :

L'IMPACT DU MANAGEMENT PAR LA QUALITE SUR L'APPROPRIATION DU NOUVEAU REFERENTIEL D'EVALUATION DANS LES ORGANISATIONS DE SANTE : LE CAS DES EHPAD

RÉSUMÉ:

L'adoption d'un nouveau référentiel d'évaluation dans les EHPAD est une étape importante pour améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées en institution. Ce référentiel, centré sur les besoins et les attentes des personnes accompagnées, vise à promouvoir une approche plus individualisée et respectueuse des droits de la personne. Cependant, sa mise en œuvre nécessite un engagement fort de la part de tous les acteurs concernés, en particulier les directeurs d'EHPAD et les professionnels de santé. Le management par la qualité joue un rôle essentiel dans cet effort, en mobilisant les équipes et en favorisant l'appropriation du référentiel. Cette adoption doit s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins, impliquant la mise en place d'outils et de procédures pour évaluer régulièrement les pratiques professionnelles, identifier les axes d'amélioration et mettre en œuvre des actions correctives. Les résultats des évaluations réalisées en 2023 montrent un engagement des professionnels et des établissements pour offrir une prise en charge de qualité aux personnes accompagnées, mais aussi des points d'amélioration à prendre en compte. La réussite de ce nouveau dispositif dépendra de la capacité à mobiliser tous les acteurs et à fédérer les énergies autour d'un objectif commun : la qualité et l'individualité de la prise en charge des personnes accompagnées.

MOTS CLÉS : NOUVEAU REFERENTIEL D'EVALUATION HAS – DEMARCHE QUALITE - MANAGEMENT PAR LA QUALITE – EHPAD - ETABLISSEMENTS DE SANTE – PRATIQUES PROFESSIONNELLES