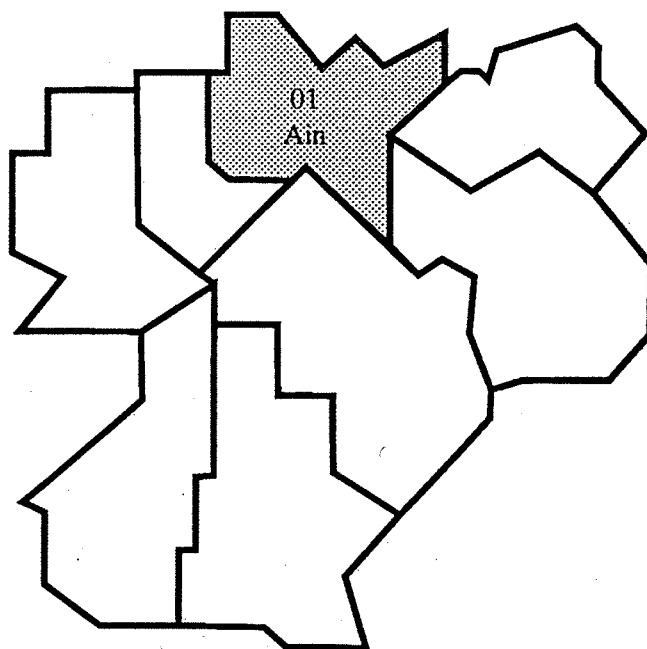


63^{ème}

JOURNEE REGIONALE DE GERONTOLOGIE

"LA DÉMARCHE QUALITÉ ..
QUELLE QUALITÉ POUR
L'USAGER"



Société Rhône-Alpes de Gérontologie

Siège social
UDIAGE 1 place de Metz
38000 GRENOBLE

Parc des Expositions
BOURG-EN-BRESSE

Mardi 4 avril 2000

**63^{ème} JOURNÉE RÉGIONALE
DE GÉRONTOLOGIE**

« LA DÉMARCHE QUALITÉ...

QUELLE QUALITÉ POUR L'USAGER »

MARDI 4 AVRIL 2000 à BOURG-en-BRESSE

SOMMAIRE

- ❖ **Ouverture de la journée** par Mme SAVIOZ Page 3
Présidente de la Société Rhône-Alpes de Gérontologie
- ❖ **Une expérience de démarche qualité en hôpital de jour
psycho-gériatrique - LAUSANNE (Suisse)** Page 7
Dr LIMA et Dr KUHNE
- ❖ **L'accréditation, une chance à saisir.** Page 15
Quels référentiels – qualités de soins – en gériatrie
Professeur MOULIAS
- ❖ **Le regard des institutions sur la démarche qualité** Page 23
Dr DELZENNE
- ❖ **L'évaluation, du travail en réseau et en coordination, une
opportunité pour la qualité des services et des prises en
charge.** Page 30
Professeur M. FROSSARD
- ❖ **Discussion** Page 36
- ❖ **Echange de différents points de vue sur la démarche qualité
à domicile et en institution** Page 45
Table ronde
- ❖ **La démarche qualité : effets et sens pour l'utilisateur âgé** Page 68
Professeur M. PERSONNE
- ❖ **Discussion** Page 75
- ❖ **Conclusion** - Professeur HUGONOT Page 81

La séance est ouverte à 9 h.30 sous la présidence de Mme Cécile SAVIOZ, Présidente de la Société Rhône-Alpes de Gérontologie.

Mme la Présidente - Mesdames, Messieurs, chers amis. J'ai reçu voici quelques jours une lettre d'un groupe de soignants :

“ Madame, comment pouvez-vous faire une journée sur la qualité, alors que nos conditions de travail ne nous permettent pas de fournir un travail dit de qualité ? En dépit de nos efforts, de nos heures supplémentaires, de nos fatigues, nous ne fournissons pas un travail de qualité et c'est pourtant notre désir. Manque de personnel, manque de lits, transferts de services et même fermetures, sans oublier le souci de notre propre avenir et la tristesse de nos malades qui ne se sentent pas en sécurité.

Nous savons que vos journées accueillent des intervenants dits de qualité. Nous attendons beaucoup d'eux et de vous-même.

Soyez tous, s'il vous plaît, notre porte-parole dans les instances que vous fréquentez. Merci à vous.”

Vous aurez l'occasion, Madame, Messieurs, au cours de cette journée, de faire part de votre compréhension et d'apporter vos encouragements. En dépit de ce qui ne va pas, ces soignants restent certainement, et j'en suis convaincue, très dévoués.

Je déclare ouverte la 63^{ème} journée régionale de gérontologie avec le parrainage de la Commission Droits et Libertés de la Personne Agée Dépendante de la Fondation nationale de Gérontologie.

Le Professeur MOULIAS, qui sera présent, proposait en 1987 au Secrétariat d'Etat une charte que Mme BARZACH, alors ministre de la Santé, faisait afficher dans tous les lieux d'hébergement.

En 1989, M. BRAUN, ministre chargé des personnes âgées, avait fait part de son inquiétude au Comité national des Retraités devant le développement quelque peu anarchique des structures pour personnes âgées. Il voulait savoir si les services offerts étaient satisfaisants. Le Comité national a donc mis en place un groupe de travail intitulé “ une éthique pour tous les promoteurs d'hébergement et de service ”.

Le Conseil général du Rhône a engagé en 1992 une enquête sur la qualité de vie dans les établissements d'accueil. Je ne m'étendrai pas sur les travaux des CODERPA et autres organismes que les choix garants d'une vie autonome préservant la dignité et assurant la sécurité.

Depuis plusieurs années, il faut signaler l'intérêt donné au thème de la qualité. Des colloques importants se tiennent avec pour thème évaluation, accréditation. Dans les secteurs d'activité du sanitaire, du médico-social, du social, personne aujourd'hui ne peut ignorer les enjeux et les méthodes des démarches qualité. La notion de qualité est incontournable en ce qui concerne, entre autres, la prise en charge des personnes âgées.

Quelle méthode suivre pour une démarche qualité à tous les niveaux : mieux connaître un service, mieux définir ce qui doit être bien effectué, chercher les améliorations à apporter afin de répondre au but recherché, le bien-être de la personne à aider ?

Dans quelque domaine que ce soit, les intervenants doivent être des personnes de dialogue. Les malades disent souvent : " Elles sont gentilles, mais toujours pressées ". La personne visitée est à la recherche d'un mieux-être et d'un mieux-vivre. Les mutations, les évolutions économiques, sociologiques, politiques, financières, doivent s'accompagner de la certitude que les actions menées sont pertinentes, efficaces, bien gérées, évaluées de manière suivie. Avec M. BONNET, je dirai que notre société doit avoir un nouveau regard, une nouvelle notion de santé publique.

Madame, Messieurs, vous qui, dans vos responsabilités, attachez à ce critère important la démarche qualité, nous vous remercions d'être là. Les personnels ici présents ont besoin d'être encouragés et soutenus dans les prestations de qualité qu'ils désirent apporter aux personnes qu'ils aident et qu'ils soignent, convaincus qu'ils sont de la nécessité de leur formation et de leurs compétences.

Je remercie les administrateurs de l'Ain pour le travail important que nécessite la préparation d'une telle journée. Merci à Martine VERNE, au Docteur BLOND, à Mlle BURTIN, à Mme REYBARD-MUTEL, nos administrateurs et tous ceux qui ont bien voulu se joindre à eux.

Merci à tous ceux qui ont préparé cette salle et à tous ceux qui ont donné leur temps et leur savoir-faire.

Merci au Conseil général, à la mairie de Bourg pour leur soutien et leur participation à cette journée.

Mme Anita BRENDEL, Maire-adjoint aux Affaires sociales de la Ville de Bourg, représente M. le Député-Maire, retenu à Paris. Je lui donne la parole quelques minutes.

Mme BRENDEL - Merci, je vous transmets les excuses de M. le Député-Maire qui est à l'Assemblée comme chaque mardi. Je voudrais, au nom du Conseil municipal, vous souhaiter la bienvenue à Bourg-en-Bresse. Il y a quatre ans, cette conférence régionale s'est déroulée au théâtre. Cette année, elle se tient au Parc des Expositions du fait de la rénovation du théâtre. Dans quatre ans, il sera entièrement rénové pour accueillir de nouveau la conférence.

Le thème choisi est extrêmement important ; la démarche qualité est un concept fort que je partage. Nous n'avons pas les compétences au niveau des villes, mais nous avons souvent des répercussions de la part des usagers au niveau des établissements.

En revanche, nous avons la compétence sur le plan du service public. Je crois qu'il n'y a pas de qualité sans prise en compte des attentes de la population, principalement des retraités. Au sein du Service des Aînés, qui est tout petit, nous essayons d'élaborer des méthodes de consultation effectives et, nous l'espérons, très efficaces, de façon à :

- prendre en compte réellement les attentes des retraités

- faire évoluer l'existant. La population des retraités est en pleine évolution, en pleine mutation. Il est important de ne pas rester sur les actions et les activités qui existent sur les villes.
- mettre en place du nouveau.

Au niveau de Bourg, nous avons deux secteurs d'activité prépondérants :

- ↳ le besoin d'aide individualisée, donc l'écoute, avec deux infirmières qui accomplissent un travail très important permettant de répondre individuellement aux préoccupations des personnes, principalement les plus âgées et les plus dépendantes qui restent à domicile.
- ↳ les actions collectives. Pour cela, nous travaillons énormément avec les associations et les clubs de notre ville.

Cette préoccupation de démarche qualité va aussi dans le sens que le Conseil général et nous-mêmes souhaitons dans le cadre du contrat-Ville. Nous en avons déjà discuté avec le directeur de la DiPAS. Je ne sais pas s'il en parlera cet après-midi. Faire un travail en commun avec les quatre communes de l'agglomération de Bourg-en-Bresse (Péronnas, Viriat, Saint-Denis, Bourg) nous permettra de faire un inventaire de l'existant mais aussi des propositions pour l'avenir.

Le travail en réseau fait partie du schéma de cette journée. Nous l'avons pris en compte et, grâce à l'ADAG (Association départementale de gérontologie) et à son bébé l'Association d'Action gérontologique Bassin de vie de Bourg, ce travail en réseau s'accroît. En tant qu'élue, c'est à mon niveau un outil extrêmement important.

La démarche qualité ne peut pas se réussir sans un personnel motivé. Je crois que c'est ce que nous avons à Bourg. Merci. (*Applaudissements*).

Mme la Présidente - M. le Président du Conseil général étant absent, il est représenté par le Docteur Gilles PIRALLA, conseiller général, Président de la Commission des Affaires sociales et Maire d'Ambérieu-en-Bugey. Je lui passe la parole.

M. PIRALLA - Merci de cette présentation. Permettez-moi de vous remercier de votre invitation.

Mes chers confrères, Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs, je suis ici pour représenter le Sénateur Président du Conseil général Jean PEPIN qui se trouve aujourd'hui retenu par une réunion des Présidents de conseils généraux.

Le Conseil général de l'Ain a l'habitude de soutenir cette journée régionale de gérontologie chaque fois qu'elle se déroule dans notre département. Ceci exprime le fait qu'il tient à marquer l'importance des échanges en matière de gérontologie. En effet, à un moment où l'on évoque la question des compétences, où celles-ci sont à nouveau en discussion notamment pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes, il semble exister un courant de pensée qui voudrait que celles-ci entrent dans le giron de la Sécurité sociale, sous la forme de ce que l'on pourrait appeler un

cinquième risque, le Conseil général tient à réaffirmer le sens de sa place dans le dispositif.

Car, Mesdames, Messieurs, il y a un enjeu social ; la prise en charge des personnes âgées se gère, nous le pensons, à un niveau de proximité, celui des cantons et des bassins de vie, pour être efficace. C'est à ce niveau que les besoins peuvent être identifiés et que les réponses sont apportées au meilleur prix. Les conseils généraux sont les mieux placés pour gérer la politique gérontologique en partenariat. Les Départements doivent affirmer leur capacité à construire des politiques d'action sociale sans se laisser enfermer dans des logiques parfois archaïques de l'aide sociale.

A côté de cet enjeu social, existe un enjeu financier. Le rôle central des conseils généraux dans la politique des personnes âgées a et aura des conséquences sur les budgets des Départements. Le nombre des personnes âgées dépendantes va se développer et les coûts exposés seront nécessairement plus forts. Il faut en être conscient et trouver les bons mécanismes.

En ce qui concerne la politique gérontologique du Conseil général de l'Ain - Mme le Maire-adjoint a parlé de ce qui se faisait au niveau de l'agglomération de Bourg-en-Bresse - au niveau du département, la loi a confié aux Conseils généraux la responsabilité de coordonner la prise en charge de la dépendance. Le Conseil général entend ici aussi bien l'assumer, mais pas seul. Il tient à le faire avec tous ceux qui partagent une action en faveur des personnes âgées, notamment au domicile, notamment avec les familles des personnes très dépendantes, afin de veiller au mieux au respect des personnes, au mieux à leur dignité, afin de veiller à la qualité, et c'est le thème de la journée, des prestations et des soins.

La proximité, l'information, la coordination impliquent donc, et vous en parlerez dans la journée, une logique de réseau.

Quelques mots sur les conseils généraux et la Prestation Spécifique Dépendance. Il nous semble que celle-ci n'est pas tout à fait satisfaisante. Il y a trop peu de bénéficiaires. Elle doit évoluer. Je crois que l'ensemble des conseils généraux en est d'accord. L'évaluation médico-sociale constitue d'ailleurs dans ce sens une avancée très importante.

Le thème de la journée est donc la qualité. Il s'agit d'un thème tout à fait essentiel. Il est le grand défi du siècle qui s'ouvre, car c'est la demande et l'attente de nos concitoyens et aussi celle des collectivités, cela au-delà parfois des maîtrises budgétaires.

Il est à noter qu'au niveau sanitaire, la démarche est largement engagée avec l'accréditation. Dans le secteur social et médico-social, elle s'ouvre avec les conventions tripartites prévues pour la réforme de la tarification des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes. Je crois que chacun des Présidents de Conseil d'administration de ces maisons doit s'interroger sur son implication ou non dans ce dispositif. Toutes ces demandes se feront bien évidemment au bénéfice des personnes âgées.

Je vous remercie de m'avoir écouté et je suis sûr que, durant cette journée, les travaux seront d'excellente qualité. Merci à vous.

Mme la Présidente - Merci Monsieur le conseiller général. Il me reste à vous souhaiter une journée de qualité.

M. le Professeur HUGONOT - Vous avez l'annonce de la prochaine journée régionale de gérontologie qui se déroulera à Grenoble le mardi 24 octobre. Nous avons choisi comme thème " la nuit " :

- la nuit des personnes âgées en établissement ou à domicile,
- la nuit des personnels qui les accompagnent ou des familles qui sont avec elles.

Ce sera également un thème passionnant et qui concerne au premier chef tous les soignants.

Nous passons la parole maintenant au Docteur LIMA " accompagné de son équipe " vous dit le programme. Son équipe, c'est en fait une personne, mais de qualité M. KÜHNE, ergothérapeute. Le Docteur LIMA et M. KÜHNE viennent de l'hôpital psychogériatrique de Lausanne. Vous venez en voisins, ce n'est pas extrêmement loin. D'autres dans la Région Rhône-Alpes ont couvert des distances encore plus importantes pour venir jusqu'ici.

L'un et l'autre sont un peu les héritiers du Professeur Jean WERTHEIMER qui, malheureusement, a disparu alors qu'il venait de prendre sa retraite. Il n'en a pas profité bien longtemps. Il avait fondé cet hôpital psychogériatrique. Il était pour nous tous un ami.

Nous vous remercions, Monsieur LIMA et Monsieur KÜHNE, de bien vouloir le représenter. Vous avez la parole.

UNE EXPERIENCE DE DEMARCHE QUALITE EN HOPITAL DE JOUR PSYCHO-GERIATRIQUE

M. LIMA - Je vous remercie d'évoquer la mémoire du Professeur WERTHEIMER. J'ai dit à Mme WERTHEIMER, lorsque son mari est décédé, que Dieu devait se sentir très vieux et déprimé pour avoir besoin de M. WERTHEIMER à ses côtés. C'est peut-être pour cela qu'il est parti si vite.

Je vous remercie également, suite à votre invitation, de l'opportunité qui m'est donnée de connaître la ville de Bourg-en-Bresse, capitale de ce département de l'Ain où j'habite depuis cinq ans et que je n'ai encore pas pu visiter avant. Cela me permet, à titre privé, non seulement de voir l'église de Bourg et les beautés de votre ville, mais de rencontrer les habitants si sympathiques.

Je vais vous raconter notre trajectoire, notre expérience qui a été un peu pionnière au sein de notre service dans notre canton. Il faut bien savoir que la Suisse n'existe pas en tant que pays, c'est une Confédération helvétique des cantons. Chacun d'entre eux a une très grande autonomie. Ce que je vais vous exposer concerne non seulement notre service, mais le Canton de Vaud.

Projection de transparents - (voir diapositives en fin de rapport)

Depuis la nuit des temps, la médecine, les soignants se sont toujours efforcés de dispenser des soins à des patients selon des principes éthiques et des techniques qui étaient censés être de qualité.

Faire de la qualité, parler de la qualité en santé, ce n'est pas tout à fait nouveau. Ce qui l'est, c'est que l'on nous demande de démontrer la qualité de ce que nous faisons. Nous nous sommes rendu compte que c'était très complexe. Le transparent montre plusieurs libellés, plusieurs mots, plusieurs idées qui peuvent être en rapport avec la qualité. Nous y sommes confrontés dans notre vie quotidienne, dans notre pratique.

La Suisse a une longue tradition de qualité. Ce pays s'est efforcé de faire presque comme un concept de son histoire la notion de qualité. Mais quand on regarde le problème de la qualité, surtout chez les personnes âgées, on se rend vite compte que 34 % des patients hospitalisés quittent les services avec des problèmes qui peuvent varier : des infections nosocomiales, de mauvaises réactions aux traitements ou des complications liées à l'environnement de ces patients.

En Suisse, nous sommes choqués de constater que plus de 30 % des personnes âgées quittent l'hôpital général avec des problèmes qu'elles n'avaient pas en entrant, que 46 % des chefs de service ne connaissent pas le taux de mortalité dans leur service, que 69 % ne connaissent pas le nombre d'infections nosocomiales dans leur service et que 55 % des établissements n'ont pas de procédure de traitement des plaintes.

Dans un pays qui avait une longue tradition de qualité, pouvoir démontrer ces items et les reconnaître a été un choc culturel au début des années 90, quand on a commencé à réfléchir sur le problème de la qualité.

Si l'on consulte le Robert, référence française en termes de dictionnaires, les définitions de *assurer* et de *qualité* sont les suivantes.

- “ *Assurer : mettre dans un état de sécurité, de confiance,...* ” Ceci nous touche tous en tant que soignants.
- “ *... mettre en sûreté, à l'abri du danger,...* ” C'est aussi notre mission.
- “ *... défendre, garantir, préserver, protéger, faire qu'une chose fonctionne, ne s'arrête pas,...* ” C'est assurer la continuité du bien-être que nous sommes en train de nous efforcer de donner à nos patients.
- “ *... garantir par un contrat d'assurance,...* ”
Cela signifie aujourd'hui, lorsqu'on parle d'assurance qualité, que l'on s'engage à quelque chose, plus formellement qu'avant à dispenser des soins de qualité.
- “ *... donner pour réel, pour vrai, pour sûr, pour certain, mettre dans une position stable, empêcher de bouger affermir et assujettir* ”.

Le risque, qui peut être inhérent à la démarche d'assurance qualité, est qu'en établissant des règles trop strictes, des procédures trop rigides et qui ne sont pas révisées, on risque d'induire une certaine rigidification du système à laquelle on doit faire attention. Ceci doit être inclus dans les révisions périodiques de système d'assurance qualité pour empêcher ce risque.

Pour la qualité, le Robert dit :

- *“ Manière d'être plus ou moins caractéristique, élément de la nature d'un être permettant de le caractériser,... ”* C'est un élément nouveau que l'on devrait prendre en compte quand on définit notre service. Il faudrait essayer de le caractériser par la nature des soins dispensés et leur qualité. En effet, les autorités sanitaires sont curieuses d'avoir des informations et des statistiques épidémiologiques mais aussi les scores des échelles de qualité passées dans le service pour pouvoir prendre une décision stratégique concernant le service. Pouvoir identifier et démontrer ces scores fait presque partie de l'identité du service dans l'avenir.
- *“ ... Ce qui fait qu'une chose est plus ou moins recommandable,... ”* C'est toute la réputation de notre service.
- *“ ... degré plus ou moins élevé d'une échelle de valeur pratique qui reste à définir pour chacun de nous, manière d'être, aspect sensible et non mesurable des choses ”.* C'est l'aspect difficile à saisir. Quand on parle de démarche qualité, il est sûr que l'on va s'engager à mesurer ce qui est mesurable. Mais ce qui est très important et que l'on ne peut pas mesurer est peut-être laissé de côté, risquant ainsi de diminuer la crédibilité et la valeur d'une démarche qualité.

Il faut poser certaines questions : Assurer qui ? Assurer pour qui ? Assurer quoi ?

Nous avons eu de la chance à Lausanne. Lorsque j'ai commencé avec l'équipe de l'hôpital de jour, nous nous sommes intéressés aux problèmes de qualité. C'était nouveau et ne nous était pas imposé. Cela a été un choix stratégique pour nous de commencer cette démarche. Deux ans après, la loi de la Santé a obligé que les services fassent tous, au niveau cantonal puis au niveau national, une démarche qualité.

Quand on part d'une aventure telle que celle que nous avons vécue, les principes qui peuvent guider la démarche sont nettement différents de ceux qui viennent d'en haut. Lorsque nous avons commencé notre expérience, nous étions libres de contraintes. Cela nous a permis d'avoir un très grand degré de liberté pour mener notre démarche, qui a pu être valorisée après.

Il s'agit d'assurer quoi ? De meilleurs coûts, de meilleurs soins, de meilleures pratiques, de meilleurs résultats. Ces questions sont fondamentales. La démarche peut commencer à travers des simulations d'une association d'usagers ; les critères définis seront très différents si la démarche commence par l'intérêt de l'équipe soignante ou si elle vient de l'Etat ou des tiers payeurs. Le référentiel dans lequel on se situe pour commencer une démarche et pour créer et générer une information est dépendant des intérêts et des enjeux liés à cette démarche.

Dans notre réflexion de départ, nous avons constaté qu'il existait des questions fondamentales que chaque personne travaillant autour de la qualité doit se poser. Qui

décide des pratiques de soin ? Qui décide des informations à recueillir ? Il s'agit de l'équipe, d'une démarche avec participation de groupes administratifs ou alors de représentants des patients. Qui saisit l'information ? A qui va-t-elle servir ? Qui dispose de l'information ? Il y a presque des contextes éthiques. De la même façon que vous êtes censés garder le secret professionnel concernant vos patients, on peut se poser la question de la transparence que cette information générée doit avoir. Doit-elle être publique ? Doit-elle être l'objet de publications, d'une grande divulgation ? Doit-elle circuler simplement dans des milieux restreints ? Les enjeux sont très grands. A qui appartient l'information ? Au patient, à l'équipe soignante, au service ? Qui analyse ces informations ? Quelles stratégies seront mises en place ? Par qui ? Nous avons, par notre expérience, compris que le mieux était que l'équipe avec le consommateur direct des soins devaient participer à l'expérience et établir des procédures de qualité. Ensemble, ils doivent avoir le pouvoir d'intervenir afin d'améliorer la qualité des prestations fournies. S'il existe un grand décalage entre celui qui délivre le soin, celui qui mesure la qualité et ceux qui peuvent prendre des décisions par rapport à la qualité des prestations fournies, le système risque de gripper et de ne pas fonctionner.

Concrètement, dans une démarche qualité, au tout début, on dit ce que l'on veut faire. On établit des procédures, des standards de qualité. Puis, on essaye de faire ce que l'on a dit. Enfin, on se propose à contrôler ce que l'on a fait.

Les suggestions de notre expérience sont de commencer toujours par le plus simple et le plus important, c'est-à-dire choisir des priorités d'intervention. Si l'on veut s'attaquer à l'ensemble des problèmes pouvant exister, toute la vie institutionnelle, cela devient très difficile pour une équipe de soignants d'assurer une démarche qualité. Une démarche qualité, qui peut être très intéressante et très utile, consomme beaucoup de temps. Il faut rappeler aux personnes qui nous obligent aujourd'hui à faire cela qu'elles doivent le comptabiliser en termes de temps, d'argent et d'énergie.

Notre service a eu la chance de devenir centre laboratoire de l'OMS pour la psychogériatrie depuis 1977. Nous sommes le seul centre au monde auquel une des premières missions confiées était de préparer une démarche qualité pour la santé mentale des personnes âgées.

L'OMS avait commencé en 1981 à se poser la question des problèmes de qualité en santé mentale. Il faut dire que la santé mentale a été le dernier domaine de la médecine dans lequel la démarche qualité est arrivée. Dans le domaine sanitaire et dans ceux des autres disciplines de la médecine, on s'est interrogé sur le problème qualité depuis les années 50 ou 60.

C'est seulement à partir du milieu des années 80 que le problème de qualité de la santé mentale est devenu en enjeu important. Il y a eu une première réunion à l'OMS en 1991 pour définir quelle stratégie adopter.

Il a été défini qu'il fallait commencer par établir des instruments d'évaluation pouvant servir de guide d'orientation de ce qui doit être important à mesurer et non comme des normes établies auxquelles tous les pays du monde doivent répondre. C'étaient presque des suggestions d'indicateurs de qualité. Ces guides ont été préparés et publiés après une validation. Nous avons donc eu l'honneur d'établir pour l'hôpital de jour psycho-gériatrique 90 indicateurs de qualité.

Pour l'OMS, avant qu'un service plonge dans une démarche qualité, il faut d'abord qu'il existe une politique nationale de santé mentale dont la qualité doit être évaluée. Pour l'OMS, la première chose importante a été d'évaluer la qualité de la politique de la

santé mentale d'un pays. C'est après que l'on s'est penché sur les programmes établis en santé mentale. Supposons qu'il en existe un pour personnes âgées qui doit être fondé sur la politique que j'ai mentionnée avant, on doit pouvoir non seulement mesurer la qualité de la politique mais également celle du programme. Quelles sont les étapes dans lesquelles il a été établi ? Comment a-t-il été établi ? Il y a aujourd'hui une orientation pour évaluer la qualité d'un programme de santé mentale.

C'est seulement après que l'on peut partir pour évaluer les services de santé en soins primaires, ambulatoires, hospitaliers, résidentiels et ceux pour l'hôpital de jour que nous avons eu l'honneur de faire.

Notre démarche à partir de ces indicateurs a été accomplie en quatre étapes. Nous avons choisi des indicateurs de qualité et élaboré un instrument de mesure. Cela a pris une année et demie avec notre équipe. Nous avons établi une période d'évaluation des bases pendant six mois à l'aide de cet instrument, puis nous avons sélectionné des problèmes prioritaires, comme par exemple les procédures d'admission, les procédures de soins et les procédures de sortie de l'hôpital de jour.

Nous sommes intervenus pour améliorer la qualité de ces trois points qui nous semblaient prioritaires.

Avec l'évaluation initiale à partir de 90 indicateurs, les programmes prioritaires, par exemple le processus d'admission, avec l'équipe, nous avons préparé une nouvelle procédure. Nous avons décortiqué les étapes de la procédure d'admission en hôpital de jour. Ceci nous a permis de baliser ces processus par des indicateurs de qualité. Nous en avons actuellement 13.

Parmi les indicateurs de qualité que nous mesurons, se trouvent des indicateurs de type structure : Est-ce que les locaux sont disponibles pour les tâches administratives ? Est-ce que nous avons un lieu fermé et disponible pour les pauses du personnel ? Est-ce que l'équipe est multidisciplinaire ?

Nous avons aussi des indicateurs pour les processus. Les patients bénéficient d'un entretien avec leur référent le jour de leur admission. Est-ce que l'entretien des bilans est réalisé tous les "x" jours (pour nous, c'est tous les 20 jours) en présence du patient, de son référent et de son psychiatre ?

Nous avons 90 indicateurs et à peu près 150 patients par an. Cela fait un volume d'informations énorme à gérer. Nous avons développé un système informatique pour le faire. M. KÜHNE va le présenter.

Applaudissements.

Projections de transparents - (Voir diapositives en fin de rapport)

M. KÜHNE -. Le docteur LIMA vous a accueillis à la porte de la maison, vous a montré le vestibule, le plan du bâtiment. A moi maintenant de vous faire visiter quelques pièces. Nous n'aurons pas le temps de voir toutes les chambres, mais visitons la véranda et le jardin. Vous aurez la vue !

A part les questions de dynamique du changement que nous n'allons pas aborder aujourd'hui, un des problèmes auxquels nous avons été rapidement confrontés est celui de la quantité d'informations.

Nous avons développé un instrument de mesure de la qualité qui comportait 90 indicateurs, auxquels nous avons ajouté des instruments spécifiques pour certaines parties de la prise en charge. Ils sont appliqués pour chacune des hospitalisations. A la fin, nous nous retrouvons avec plus de 60.000 indicateurs évalués. Quand je pense à notre petite équipe, je trouve que cela fait beaucoup ! Nous sommes huit ou neuf !

Cela entraîne des problèmes de communication, de documentation, de logistique, d'ergonomie. Dans ces cas-là, l'informatique est souvent d'un grand secours. Mais il ne suffit pas de prononcer le mot ordinateur pour que, par magie, tous les problèmes disparaissent. D'autant plus que l'équipe multidisciplinaire était assez exigeante.

Elle voulait une saisie ergonomique, un système ne modifiant pas trop les pratiques en vigueur et surtout pouvant être modifié en tout temps pour respecter la dynamique d'un programme d'assurance qualité, afin de pouvoir améliorer les choses et changer les procédures au fur et à mesure. Le Docteur LIMA évoquait l'importance qu'il y avait de ne pas bloquer les procédures.

Il n'y avait pas 36 solutions, il nous en fallait une de haute technologie, un outil de saisie qui tienne dans la poche, qui résiste aux chocs, dont l'apprentissage soit si simple que les stagiaires ou les étudiants puissent savoir l'utiliser en quelques minutes et surtout un outil de saisie qui résiste aux taches de café ! En psychiatrie, c'est très important !

Nous avons trouvé cet outil de saisie. Il coûte moins d'un franc par poste de travail, c'est simplement le crayon et le papier ! Il est vrai que nous avons un peu amélioré le papier.

Nous utilisons un système qui permet de scanner les formulaires, d'en reconnaître certaines parties et d'alimenter ainsi une base de données. Il y a donc de l'informatique quand même. L'important était pour nous que le soignant ne soit pas en charge de l'informatique, mais que l'informatique soit au service du soignant. Ce sont des slogans mais nous essayons de les traduire dans le quotidien.

Le système reconnaît des coches portées sur une échelle visuelle analogique, des coches portées dans des cases à cocher et des lettres, pour autant qu'elles soient mises au bon endroit, ce qui n'est pas toujours le cas. Ces formulaires sont scannés. La base de données est utilisée pour l'assurance qualité, mais aussi pour la clinique, pour la gestion et pour la recherche.

Sur le graphique suivant, grâce à ce système, on voit l'évolution de la qualité des hospitalisations, telle que mesurée au moyen de l'instrument avec 90 indicateurs. On voit que l'amélioration continue de la qualité n'est pas seulement un mot. Les mauvaises langues diront que nous ne sommes pas partis de bien haut, mais cela montre une image plutôt positive du service. C'est ce que nous montrons dans les conférences comme aujourd'hui. Quand on va voir de plus près ce qui passe, on se rend compte que la réalité est plus complexe.

Si l'on regarde dans le détail, on voit que la qualité n'est pas un processus stable ou même continu. La qualité des prestations vit au rythme de l'institution. Je ne pense pas vous apprendre quelque chose, cela dépend de l'absentéisme, des déplacements du médecin responsable dans les congrès à l'étranger ! Il suffit aussi que les admissions soient un peu plus importantes pour que l'une ou l'autre des procédures soient modifiées et que l'indicateur de qualité baisse.

Evidemment, nous sommes loin de l'idée de fixer la qualité. Il s'agit de se rendre compte que c'est dynamique.

On comprend que l'intégration des usagers dans les démarches de qualité, quand la vie des institutions est aussi complexe, ne soit pas aisée. D'autant plus qu'en matière de qualité, les points de vue ne sont pas toujours convergents. Il ne faut pas oublier que les patients sont dans un univers où le pouvoir, si je me permets de grossir un peu le trait, n'est pas de leur côté. Je ne connais aucun psychogériatre qui ait dû déménager, entrer en pension par exemple, sur intervention de son patient, ou qui ait été hospitalisé contre son gré !

Tandis que les patients soit y ont été confrontés personnellement, soit ont vu leur père, leurs amis hospitalisés d'office ou placer à fin d'assistance. De leur point de vue, c'est quelque chose qu'ils ont subi.

Donc, par la force des choses - si j'ose dire -, les patients et leurs proches ont parfois tendance à répondre à la loi du plus fort (c'est nous) avec une stratégie de survie qui a fait ses preuves : la loi du silence. Nous sommes confrontés en psychiatrie de l'âge souvent à la difficulté de faire émerger le discours de l'autre côté. On comprend bien pourquoi.

Dans le Canton de Vaud, existe une association qui s'appelle RESIDEMS. Elle défend les intérêts des usagers dans les institutions de long séjour. En 1995, un tiers des plaintes reçues par cette association avaient été déposées par les familles post-mortem, c'est-à-dire après la mort des résidants. Cela m'a fait beaucoup réfléchir, cela m'a vraiment choqué. Cela signifie que, pour les proches, leur parent est en quelque sorte l'otage de l'institution et qu'ils ne peuvent pas parler ouvertement.

Au SUPG (Service Universitaire de Psychogériatrie) également, on constate que les plaintes formelles ne sont pas très nombreuses. En revanche, quand il y en a, elles modifient beaucoup les pratiques.

S'agissant des plaintes informelles, notre quotidien en est plein. Elles ne modifient pas beaucoup les pratiques et souvent on y répond avec une écoute active ou avec compassion, sans pouvoir toujours en faire quelque chose. A l'hôpital de jour, elles étaient prises en compte pour leur côté anecdotique. Nous avons essayé d'avoir une démarche un peu plus systématique en profitant de l'outil d'information que nous avons.

Nous avons mis une petite procédure de détection en place. Nous utilisons des formulaires. Nous avons simplement ajouté sur chacun des formulaires de compte rendu clinique une petite case à cocher s'il y avait une plainte informelle et une autre s'il y avait une expression de satisfaction. Il fallait quand même que nous ayons aussi un peu de baume à nous mettre sur le cœur !

Le fait que ce soit décodé et informatisé permet de traiter toutes ces plaintes informelles dans une réunion qui a lieu toutes les six semaines, afin de ne pas les laisser en l'air et d'essayer de changer les pratiques .

Plus de la moitié des informations relevées sont des expressions de satisfaction. Mais on se rend compte aussi que les plaintes informelles sont nombreuses, courantes. Tout à coup, on en voit apparaître dans toute la vie quotidienne et à tous propos.

Le fait d'avoir de l'information permet de classer ces plaintes, de déterminer leur importance par rapport à l'ensemble, de voir si elles sont nombreuses. Nous avons vu émerger des choses surprenantes, d'autres qui l'étaient moins parmi lesquelles le retard aux entretiens. C'est aussi une plainte qui existe à l'intérieur de l'équipe soignante. Cela perturbe tout le fonctionnement. Toujours au moyen de SEQUOIA, nous avons pu constater que ces 5 % étaient les quelques arbres qui cachaient une très grande forêt.

En regardant les formulaires et la base de données, on se rend compte que c'est plus de la moitié des entretiens ou des traitements individuels qui ne commencent pas à l'heure. Cela semble négligeable. Dans le milieu médical, on a un peu l'habitude de faire attendre le patient dans la salle d'attente, mais quand on travaille en réseau, avec des gens qui viennent du domicile, dans le cas de maintien à domicile, des infirmières, des médecins, des proches, de la famille, qui travaillent, qui essaient de se libérer, alors que l'on sait que les conditions de travail sont plus difficiles, on se rend compte que ces 50 % sont vraiment un problème important. Nous essayons de les traiter maintenant.

Mais le problème n'est pas photodégradable, il ne suffit pas de le mettre en lumière pour qu'il disparaisse ! Les " Y a qu'à " ne fonctionnent pas bien. Avec le docteur LIMA, nous avons essayé de dire : " Y a qu'à arriver à l'heure ", mais cela ne change rien ! Cela dépend du contexte, de l'institution, de la répartition des territoires, des cahiers des charges. Il y a quelques années, le prédécesseur du Docteur LIMA passait 7 % de son temps dans sa voiture à se déplacer d'une unité à l'autre. Quand on voit que l'on peut payer un médecin de cette importance pour conduire sa voiture, cela pose beaucoup de questions.

Evidemment, si on parle de territoire, on parle de rapport de pouvoir. J'en terminerai avec cette remarque : il ne faut pas être dupe quand on parle de qualité, il s'agit de l'organisation de l'institution. Il n'est plus question seulement de gentils soignants de base et de bonnes pratiques, il s'agit d'autre chose, il ne faut pas l'oublier.

Applaudissements

Dr. LIMA - Je vais conclure. Il est difficile en trente minutes de raconter six ans d'expérience autour de notre démarche qualité. Je vous ai apporté quelques articles que nous avons publiés au sujet de SEQUOIA et de notre démarche.

Je vous remercie beaucoup pour cet accueil, je reste à votre disposition pour toutes les questions que vous aurez à la fin. Merci.

le Professeur HUGONOT - Cette intervention double et riche vaut le déplacement à Lausanne pour aller vous demander quelques précisions et faire un essai de " papier intelligent".

Je suis heureux maintenant de vous présenter le professeur MOULIAS car cette journée organisée à Bourg-en-Bresse se déroule sous le parrainage de la Commission Droits et Libertés des Personnes âgées dépendantes de la Fondation nationale de Gérontologie.

Cette commission a été fondée, voici plusieurs années, par le professeur Robert MOULIAS qui en est le Président. Dans le courant de l'année dernière, elle a décidé

de décentraliser, pour que ce ne soit pas seulement à Paris, un certain nombre de ses démarches de réflexion et de travail. C'est le premier exemple en France de cette décentralisation.

Monsieur MOULIAS, nous vous remercions d'avoir effectué le déplacement jusqu'à nous.

L'ACCREDITATION, UNE CHANCE A SAISIR. QUELS REFERENTIELS – QUALITES DE SOINS – EN GERIATRIE

M. MOULIAS - Bonjour, merci de votre invitation. Je suis ravi de voir une salle bien remplie, très attentive et intéressée par ce sujet de la qualité.

Bien sûr, le premier droit de tout patient est celui d'avoir un soin de qualité. Mais je crois qu'il faut peut-être en préalable parler aussi de la qualité des mots, leur première étant leur précision et le fait d'avoir un langage commun. Pendant des millénaires, dès que les premiers vieux ont existé - c'est probablement beaucoup plus récent que l'apparition de l'homme -, on a un peu mélangé la vieillesse et la dépendance. Ce n'est que relativement récemment, avec les progrès de la qualité de vie, de la médecine, du mode de vie, que l'on s'est aperçu que la vieillesse était une période physiologique. Elle était souvent accompagnée par la maladie, mais qu'elle n'était pas une maladie. Il est très important de faire une distinction.

Il y a les personnes âgées, qui ne sont pas dépendantes dans leur immense majorité ; c'est un problème de qualité de vie qui les concerne personnellement, la façon dont elles peuvent s'organiser mais également les possibilités qu'elles ont de ne pas s'ennuyer.

Il y a les personnes âgées malades, mais comme toute personne malade, elles ne sont pas forcément dépendantes pour autant.

Enfin, il y a les personnes âgées qui ont des maladies handicapantes, chroniques et évolutives. Ce sont celles-là que l'on a tendance à appeler les personnes âgées dépendantes.

Parmi celles-ci, il y a des personnes "âgées" qui ont des maladies handicapantes frappant les fonctions supérieures. Ce sont celles qui ont des syndromes démentiels, celles qui fournissent le gros bataillon des institutions car, souvent, même avec une famille et surtout sans famille, il est impossible de conserver le soin au domicile.

Cette clarification du langage est absolument indispensable. Si on parle des personnes âgées en parlant des syndromes démentiels, on altère la qualité de vie des deux car le discours devient inapproprié. On mélange ceux qui aident et ceux qui ont besoin d'aide.

Certains mots sont malheureux. On parle des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes. Il aurait été mieux de parler d'établissement d'accueil - l'accueil et l'hébergement sont deux notions différentes - des personnes âgées ayant des maladies handicapantes évolutives. C'est là que se situe le problème.

Il importe également dans toutes ces notions de qualité de bien savoir qu'elles n'auront d'efficacité que si l'on part d'une appropriation de la notion de qualité par ceux qui sont auprès du patient. Si c'est un processus uniquement décidé et que l'équipe ne fait pas sien, on pourrait avoir tous les protocoles possibles écrits, s'ils ne sont pas appliqués, cela ne fonctionnera pas.

Parmi ces procédures - il faut le dire et insister, ce n'est pas une critique - qui sont de très grands progrès, la première est celle de l'"accréditation". C'est une chance à saisir mais il dépend de nous tous qu'elle le soit.

Cette accréditation concerne essentiellement l'hôpital pour l'instant, mais il faut bien savoir qu'elle ne va pas concerner que celui-ci. Les réseaux commencent déjà à avoir leurs propres procédures d'accréditation. M. FROSSARD en parlera certainement tout à l'heure. Les futurs établissements EHPAD ont un projet de référentiel en cours. Je ne peux pas le dévoiler puisqu'il n'est pas encore public ; il est encore en évolution. Il est réalisé par le ministère et non par nous. Il représente un très grand progrès. Cela part du principe des commissions tripartites.

Il persiste trois points faibles qui devraient évoluer.

- ↳ Ce sont les conditions d'entrée dans l'établissement. C'est le point faible surtout pour des malades ayant des handicaps intellectuels, ceux dont on ne peut pas recueillir le consentement de façon réelle puisqu'ils ne peuvent pas le donner. Quelle garantie peut-on donner à ces personnes ? C'est un point de qualité qui sera très difficile à établir en critère.
- ↳ Il y a le problème de l'évolution. Les personnes entrent à un niveau, non pas parce qu'elles ont envie de passer leurs jours à l'abri et de ne pas mourir seules, mais de plus en plus parce qu'elles ont une maladie évolutive et handicapante. Celle-ci va évoluer quels que soient les progrès de la thérapeutique. Comment est conçu le problème de l'évolution au sein de l'établissement ? Ce sont des critères très difficiles à faire entrer.
- ↳ Enfin, il faut établir un référentiel unique. Comment faire entrer la spécificité du soin à donner au syndrome démentiel à côté de celui à donner à une personne un peu arthrosique ?

Concernant l'accréditation hospitalière, un manuel a été réalisé par l'ANAES. Il est peu précis mais il a un objectif parfaitement louable qui est d'apprécier la qualité des soins donnés au patient. Il faut bien penser que l'accréditation concerne l'établissement qui héberge, mais cela doit concerner le patient, sinon cela ne rime à rien.

Une autre notion est nouvelle et très intéressante. On va juger l'établissement général, non pas tellement sur son état présent, mais sur ses capacités d'améliorer de façon continue la prise en charge de chaque patient. Ce n'est pas une photo, c'est réellement un projet évolutif ; c'est une notion très intéressante.

Ceci implique des recommandations explicites, que les critères soient clairs et lisibles, une appropriation par des professionnels. Bien entendu, rien ne peut se faire sans engagement de la Direction qui est au premier plan.

Le problème est que sont en dehors de l'accréditation tellement de domaines :

- le médico-social, peut-être les futurs longs séjours dont on ne sait pas s'ils deviendront des EHPAD ou la partie qui deviendra peut-être des "Soins Prolongés". Comment faire quand on ne sait pas ?
- l'enseignement, la recherche, l'évaluation des compétences. C'est une très grosse lacune sur laquelle l'Ordre des médecins attire l'attention actuellement. Je rappelle que devenir PH ne veut plus forcément dire, à la suite d'une décision prise au mois d'août, avoir les diplômes garantissant la compétence !
- la planification ne fait pas partie de l'évaluation de l'hôpital,
- l'autorisation de fonctionnement,
- l'allocation de ressources.

On se demande à quoi cela va servir ; il est bien certain que ce sera pris en compte cependant. Mais il n'est pas du tout sûr que cela ait un retentissement pratique. Je prends l'exemple du Canada où l'agrément, équivalent de notre accréditation, est indiqué sur la carte de visite de l'hôpital. Cela n'a pas de retentissement direct. Ce serait dommage qu'il n'y en ait pas plus.

Les procédures sont très compliquées. Je n'entrerai pas dans le détail. Il faut commencer avant fin 2001, donc cette année ou l'année prochaine. Cela implique l'engagement de l'hôpital. La première opération, c'est là que nous - médecins, soignants, administrateurs - avons à intervenir, concerne cette étape de première évaluation pour faire toucher le problème du malade gériatrique.

La deuxième étape est une visite d'experts visiteurs. Les experts sont formés, mais il s'agit d'un médecin, d'un soignant, d'un administratif. Par définition, ils ne sont pas omniscients. Il faut qu'ils soient capables de toucher du doigt tous les problèmes, tâche très difficile pour eux.

La troisième étape porte sur les rapports établis par les visiteurs, qui vont à un collège. Quelle est la formation des visiteurs en gériatrie ? A priori, il n'y en a pas.

Le résultat n'est pas le rapport des visiteurs, mais celui du collège de l'accréditation, de façon à tout homogénéiser, afin que cela ne dépende pas de l'humeur des visiteurs, de leur caractère plus ou moins pointu sur tel domaine.

Probablement quelques établissements, on peut toujours espérer !, seront parfaits. Il n'y aura pas de recommandations, ce sera : " au revoir et à dans cinq ans " ! Ce serait un peu curieux que cela puisse se produire.

D'autres établissements recevront des recommandations relativement modérées. On regardera cinq ans après si elles ont été suivies. Certaines pourront être données avec réserve ; on demandera un bilan du suivi. L'établissement devra justifier ses actions pour améliorer.

D'autres établissements seront avec réserve. Donc des revisites seront ciblées.

Le référentiel de l'Agence pour l'accréditation est constitué de trois cahiers. L'un concerne le patient et sa prise en charge. Le deuxième s'appelle " le management et sa gestion au service du patient ". Là aussi, il est rappelé que c'est au service du patient, mais c'est l'organisation de l'hôpital qui est examinée. Le troisième s'intitule " qualité et prévention " ; c'est le domaine le plus évolutif.

Je donne quelques extraits. Sur certains points, nous pouvons, nous devons intervenir lors de l'auto-évaluation pour voir si l'établissement assure à tous nos malades, les malades gériatriques, l'accès aux soins. Combien d'établissements n'assurent pas un accès aux soins aux malades gériatriques ou tout au moins à certaines catégories de malades gériatriques, en particulier ceux qui sont atteints d'un syndrome démentiel qui vont subir des aggravations ? Ils arriveront à l'établissement d'accueil dans une situation bien pire que celle dans laquelle ils étaient entrés à l'hôpital.

Le «secteur d'activité clinique est sensibilisé à la reconnaissance des situations nécessitant une prise en charge spécifique». Cela s'adapte parfaitement à la gériatrie, mais il faut que, dans la procédure d'auto-évaluation, quelqu'un assure la représentation gériatrique et parle une langue qui ne soit pas de bois aux visiteurs lorsque l'établissement sera visité. Cela peut être le directeur, le directeur des soins infirmiers, le médecin gériatre, s'il y en n'a pas cela peut être tout médecin conscient du problème gériatrique ou un cadre infirmier conscient du besoin de ses malades. Il faut absolument faire identifier les carences et les qualités, s'il y en a.

D'autres domaines, comme la continuité des soins entre secteurs d'activité, s'imposent, lors des mutations internes. La façon dont sont transférés les malades gériatriques d'aigu en soins de suite, de soins de suite vers d'autres établissements, laisse souvent beaucoup à désirer, en particulier la façon dont sont distribués les malades, parfois même dès la sortie des urgences.

« La planification de la sortie est envisagée dès l'arrivée du malade ». Combien de fois est-ce accompli ?

« Les secteurs d'activité clinique utilisent les recommandations de pratiques cliniques », nous allons y revenir.

Ce sont des domaines sur lesquels il est de notre devoir d'intervenir lorsque seront faites les visites.

Certaines considérations sont négatives. Les critères sont très généraux, il faut bien pointer ceux qui concernent la gériatrie. Nous avons diffusé à tous les membres de la Société de gériatrie - on peut vous le distribuer - la façon d'intervenir auprès de la visite ou auprès de ceux qui seront chargés de faire de l'auto-évaluation pour faire entrer les items gériatriques à leur emplacement. Ceci sera distribué dans les revues de gériatrie, comme la " Revue de gériatrie " ou le " Journal du généraliste et de la gérontologie ".

S'agissant du style, parfois, ce n'est pas très clair ; manifestement, il a manqué un Voltaire parmi les rédacteurs ! Les critères ont été établis par un groupe de travail de 163 personnes parmi lesquelles, bien que les malades gériatriques représentent une part très importante de l'activité hospitalière, il y avait en tout un gériatre, un cadre infirmier de gériatrie et une infirmière de gériatrie !! En revanche, aucun membre, ni dans le groupe de relecture, ni dans le Conseil scientifique, n'a de près ou de loin une approche quelconque avec la gériatrie.

L'efficacité gériatrique dépendra entièrement de la formation des visiteurs et de la façon dont aura été faite l'auto-évaluation.

Un grand nombre de considérations sont positives. L'accréditation nous donne les moyens d'action.

Sur l'accueil, on peut poser la question : un établissement général peut-il être accrédité sans qu'il y ait d'activité gériatrique sur place ? Aussi bien qu'une activité de suite et pour l'entrée du malade gériatrique ?

Les transferts sont considérés comme une décision médicale. Dans combien d'établissements le transfert correspond-il à un désencombrement du service par l'assistante sociale qui est un peu révoltée par la tâche qu'on lui demande ?

Il y a :

- la place pour les bonnes pratiques cliniques, c'est-à-dire une place pour des référentiels de qualité qui concernent le soin de tous les jours,
- la place pour les recommandations des Sociétés savantes reconnues comme telles,
- et la place pour les recommandations qu'a faite l'ANAES elle-même, pour les recommandations européennes, celles de l'OMS ou l'appropriation de recommandations américaines qui sont les plus riches.

A nous de proposer des recommandations réalistes, c'est-à-dire réalisables, avec des critères simples à comprendre permettant de dire : " Nous faisons cela ; nous ne faisons pas ceci, mais nous devrions le faire ". Ces critères permettent une appropriation de la réflexion qualité à chaque instant.

La Société française de Gériatrie avec l'aide d'un groupe de réflexion de l'Assistance publique de Paris (en un seul établissement), qui représente la plus grosse masse de services gériatriques, ont essayé d'établir un cahier de références sur les bonnes pratiques cliniques gériatriques, qui puisse prendre une dimension nationale. Il est en cours de test sur toute la France.

Première question : où faut-il s'occuper de ce malade ? Est-ce uniquement dans nos services ou partout où il se trouve ? Il est bien certain qu'il faut faire des référentiels qui puissent être accessibles aux soignants du malade gériatrique, partout où il se trouve et pas seulement dans nos unités où c'est souvent trop tard. Il faut que ce soit accessible aux urgences, aux services de chirurgie et également aux établissements d'accueil des personnes âgées ayant des maladies handicapantes qui vont recevoir les plus gros bataillons de ces malades chroniques évolutifs, donc la plus lourde tâche. Il faut que ce soit également accessible au domicile.

Cela représente, d'où un certain temps pour réaliser cette tâche, des difficultés spécifiques. Pour les bonnes pratiques cliniques intra-gériatriques, c'est le plus facile. Nous avons les motivations. Les équipes manquent de documents et nous avons de très grosses demandes pour avoir des auto-évaluations de tel ou tel cahier du référentiel. Mais nos équipes ont-elles les moyens de la qualité ?

En revanche, pour faire passer les bonnes pratiques cliniques en dehors de nos services, il faut d'abord que les équipes puissent avoir touché du doigt leurs propres carences dont elles ne sont souvent pas conscientes. Il nous faut des références "hôpital", des références "service accueillant des malades âgés". Si les bonnes pratiques cliniques gériatriques étaient accessibles dans tous les services orthopédiques qui traitent des fractures du col du fémur, nous aurions une morbidité et une mortalité bien moindres après cet accident.

Comment motiver et, le plus dur, comment traiter l'anosognosie des équipes qui soignent des malades gériatriques sans avoir de formation gériatrique ? L'anosognosie est l'absence de connaissance de leur ignorance.

A partir du moment où on a fait toucher du doigt le problème, c'est-à-dire qu'une équipe s'est aperçue que son soin n'était pas approprié, il est certain que l'on a gagné. Ce moment-là, c'est l'étape la plus importante de la démarche qualité et ensuite de sa progression.

Je rappelle que la démarche qualité et l'accréditation, ce n'est pas une photographie, c'est un processus au long cours, un processus permanent de progrès.

Quelles sont les références que nous avons greffées sur notre cahier ? D'abord celles qui sont sur le cahier d'accréditation :

- l'accès aux soins ; les malades ont-ils tous accès aux soins en fonction de leurs indications et non en fonction de leur âge ?
- l'accès à l'information ;
- l'accès au consentement ; est-ce que l'on prend bien l'avis du malade âgé, avec toutes les difficultés de celui qui a un syndrome démentiel et qui n'est pas capable de le donner lui-même ? Dans ce cas, un autre problème n'est pas réglé par la loi : quel référent peut avoir ce malade ?
- les problèmes d'intimité et de dignité. Là encore, il est "facile" de respecter la dignité d'une personne lucide. Celle qui a des troubles intellectuels a droit à la même dignité, et qu'on lui reconnaisse la même unicité avec la personne qu'elle était auparavant.
- l'organisation de la prise en charge sur l'évaluation médicale, sur la continuité des soins, y compris la planification de la sortie. Il ne faut pas que les services se débarrassent du malade.

Les références sont greffées sur le cahier d'accréditation. Quelle est la place de la gériatrie au sein de l'organisation de l'hôpital ? Peut-on avoir un hôpital sans stratégie personnes âgées ? Quel plan de formation ? Quels risques spécifiques du malade gériatrique sont-ils pris en compte ?

Je vais vous donner quelques exemples. On va avoir plusieurs versions de référentiels.

Tout d'abord, nous aurons une version globale testée en service de gériatrie et qui comportera sur chaque problème quelques références clefs que l'on aura essayé de

choisir sur des points stratégiques de qualité des soins, plutôt pour faire toucher du doigt.

Puis, nous aurons des cahiers spécifiques d'auto-évaluation volontaire où un service se dira : " Nous avons mal répondu. Nous ne nous occupons pas bien de la qualité, par exemple, de la conservation ou de l'amélioration de la marche des malades qui viennent chez nous ". Les troubles de la mobilité sont plus fréquents que les troubles intellectuels. On va demander le cahier trouble de la marche. On va s'auto-évaluer sur cette pratique. Il est certain que cela joue également sur les autres soins.

Nous aurons une version du malade gériatrique en médecine, en chirurgie. Il faudra en faire un pour les urgences qui sont de très gros demandeurs car ils sont conscients de leurs limites dans le problème de l'urgence gériatrique qui est un domaine à part.

Je donnerai deux ou trois exemples. Dans un domaine souvent méconnu, le trouble de la déglutition est une source de pathologies infectieuses énorme. Ce sont les seules infections nosocomiales intéressantes car ce sont celles dont on meurt tellement elles sont graves.

- 1) Est-ce que l'examen clinique systématique recherche les troubles de la déglutition ? La réponse n'est pas difficile : oui ou non !
- 2) Est-ce qu'il existe un plan de soins connus et appliqués en cas de trouble de la déglutition identifié ?
- 3) Est-ce que l'on a prévu ce qu'il fallait faire si l'on décèle chez le malade des troubles de la déglutition ? S'il est grave, ce qui est le cas de la majorité d'entre eux ?
- 4) Est-ce que le malade à risque dispose d'un matériel d'aspiration à proximité, en particulier quand il peut y avoir un incident dans la salle à manger ? C'est donc une implication de la Direction, avec également la technique, dépistage, moyens si on a pu dépister et formation. Ce n'est utile que si les personnels sont formés aux manœuvres d'urgence en cas de fausse route.

A partir du moment où l'on a ces quatre points, on peut établir un cahier beaucoup plus détaillé sur les troubles de la déglutition. On peut être sûr que le malade aura quand même un soin de qualité lorsqu'il présente des troubles de la déglutition.

Autre exemple, les troubles de la marche. Est-ce que l'on connaissait les troubles de la marche du malade âgé avant son hospitalisation ou avant son entrée en établissement ? Est-ce que le point de départ apparaît de façon expresse dans le dossier médical ? On peut toujours revenir au point de départ, on peut rarement faire mieux que le point de départ.

Ceci implique qu'il peut être hospitalisé ou entrer en institution pour une affection qui a touché sa marche. Chez tout malade âgé, est-ce que les capacités de marche sont explorées cliniquement dès l'entrée ? Est-ce que l'on sait ce qu'il est capable de faire au moment de son entrée qui est peut-être différent de ce qu'il était capable de faire avant ?

Est-ce que, chez tout malade qui est entré, un protocole de prévention précoce des troubles de la marche est appliqué, de façon à ce que le malade ne soit pas aggravé par un alitement inapproprié et que, dès son entrée, quel que soit l'établissement - sauf si c'est en chirurgie -, on ait pensé à rétablir ou entretenir la marche ? Mais même en chirurgie, on peut faire de la gymnastique.

Autre exemple, diminuer la iatropathologie, beaucoup d'établissements se contentent de réécrire l'ordonnance d'entrée du malade. Il faut s'approprier le traitement, y compris celui du vieillard pas malade qui n'a pas besoin de traitement. Toute prescription médicale est redéfinie à l'entrée chez toute personne âgée. Toute prescription médicamenteuse est révisée au moins deux fois par semaine en cours séjour, une fois par semaine dans un service de suite et au moins une fois par mois dans un long séjour ou un établissement chronique. Il est certain qu'il faut éviter le danger de ces prescriptions qui n'en finissent pas. 90 % des accidents thérapeutiques sont dus aux traitements au long cours. Sont-ils justifiés ? Oui, cela vaut le risque, sinon cela ne vaut pas le risque.

La présentation et la modalité de l'administration médicamenteuse sont adaptées au cas de chaque malade âgé. Est-ce que l'on donne des pilules à ceux qui ont des fausses routes, par exemple ? Est-ce que l'on donne des prescriptions en gouttes à des malades qui prennent eux-mêmes leurs médicaments, ce qui est bien, mais qui ont des troubles de la vision ?

On tient compte de l'ensemble des éléments, mais cela ne concerne que les médecins.

On ne peut pas tout traiter ; on ne traite donc que ce qui est le plus urgent dans une situation donnée. La prescription a un objectif chez le malade âgé : sa qualité de vie. On ne traite pas pour traiter, on traite pour améliorer la qualité de vie. Guérir la maladie quand on peut le faire est la meilleure façon d'améliorer la qualité de vie.

Il existe, en plus de ce référentiel général, un certain nombre de référentiels d'auto-évaluation gériatriques. Ils sont faits pour des équipes, ils doivent être jugés en commun par les médecins, les cadres, les infirmiers, les aides-soignants. Ils concernent l'examen clinique de l'octogénaire, les escarres, l'alimentation et la nutrition, l'hygiène corporelle, la formation des équipes qui est un peu différente de la formation individuelle, les troubles de la marche, de la déglutition, la iatropathologie, les maladies cardiaques et les maladies vasculaires. D'autres sont en préparation, comme les infections, en particulier respiratoires.

Il faut considérer, même si cela va donner un travail supplémentaire, que l'accréditation et les référentiels qualité qui y sont liés seront un progrès parfois spectaculaire, on peut l'espérer, dans la prise en charge de nos malades. Cela devrait servir à tous, y compris à ceux qui reçoivent les malades bien et très bien car cela peut les conforter et leur permettre de faire encore mieux. Cela peut être utile pour se rendre compte qu'il ne faut pas critiquer les équipes car beaucoup n'ont jamais été formées à ce métier. Souvent elles font mal en croyant bien faire. Elles peuvent se rendre compte de leur déficit et passer réellement dans une démarche de qualité qui sera évolutive. Elles ne pourront pas tout changer du jour au lendemain. Petit à petit, elles pourront améliorer leurs pratiques.

L'accréditation elle-même, dans son implication de tout l'hôpital, autour de la démarche de tout soignant, peut être le levier qui nous manquait pour faire évoluer l'hôpital aux soins du malade âgé, en particulier du malade âgé " dépendant ", celui qui a une maladie handicapante.

Ceci ne pourra se faire que si chaque équipe, chaque hôpital s'approprie la démarche qualité. C'est moins de remplir les critères qui est important que de s'approprier la démarche de progrès permanent. C'est ceci qui fera le progrès.

Tout ceci ne peut pas se faire uniquement gracieusement. Cela demandera des moyens, mais plutôt des moyens d'investissement de départ. Les quelques exemples de démarche qualité, en particulier dans la décision médicale et d'autres expériences suisses dans ce domaine, montrent qu'à terme, quand on améliore la qualité, on diminue le coût des soins. Les malades seront soignés plus tôt, plus efficacement ; on aura moins de handicaps, moins d'entrées en institution, moins de placements, moins de retours à l'hôpital. A partir d'un investissement de départ qui sera surtout à faire sur la formation et sur les compétences, sur les moyens donnés aux équipes de pouvoir prendre en charge les malades chroniques, on aboutira à une démonstration que cette qualité, je suis prêt à en faire le pari, représentera une diminution des charges. Cela a été démontré également dans d'autres pays.

Si on ne fait rien, l'augmentation des charges pour la dépendance se fera de façon inéluctable ; si on a une démarche qualité, on pourra rester dans les limites actuelles, voire diminuer les coûts.

Merci de votre attention.

M. le Professeur HUGONOT - L'intervenante suivante est le Docteur Axelle DELZENNE, représentant le Docteur Jean HERES qui n'a pas pu venir à cette réunion. Mme Axelle DELZENNE était attachée à l'Observatoire régional de la Santé. Elle est maintenant médecin attaché au Conseil général du Rhône. Nous la remercions d'être venue jusqu'ici. Elle va traiter le regard des institutions sur la démarche qualité.

LE REGARD DES INSTITUTIONS SUR LA DEMARCHE QUALITE.

Dr DELZENNE - Bonjour à toute l'assemblée. M. HERES m'a demandé de le remplacer pour vous parler de la démarche qualité au sein des institutions.

Projection de transparents

J'ai préféré prendre un abord plutôt théorique de manière à ce que vous puissiez vous approprier la démarche qualité et comprendre de quoi il s'agit.

A première vue, on pourrait croire que la démarche qualité va de soi, que cette notion n'est qu'un mot creux qui déguise des effets de mode. Il n'en est rien et je me suis fixé comme objectif de vous faire comprendre la complexité de cette démarche, de vous

expliquer sur quoi elle va déboucher. Vous allez comme moi vous enthousiasmer face à ce mouvement.

Il faut d'abord parler des définitions. Je vais donner un exemple. Je fais maintenant avec vous, tout, sauf de la démarche qualité.

Je m'explique. Ce que je vous transmets s'est conçu dans la précipitation et dans l'improvisation. Entendons-nous, j'y ai mis tout mon cœur, toute mon intelligence et toute ma rigueur. J'ai fait en sorte que je vous donne le meilleur de moi-même sur le sujet, mais je n'ai pas eu le temps de mettre en place en parallèle des outils qui me permettraient d'évaluer :

- est-ce que le message que je voulais transmettre est passé ?
- est-ce que le public était intéressé ?
- est-ce qu'il sortira avec des idées plus claires ?

Tout cela, je ne le saurai pas à la fin de mon exposé.

De plus, je n'ai pas eu le temps de contacter les autres orateurs avant aujourd'hui, si bien qu'existeront quelques redondances que je n'ai pas pu vérifier avant. Je n'ai pas pu vérifier non plus que j'étais en cohérence avec les autres orateurs. Donc je tends vers quelque chose de qualité, bien entendu, avec les éléments que je possède. Je le fais toute seule. Avec tous ces éléments, je peux vous dire que je ne suis pas dans une démarche qualité.

Après cet exemple, voyons ce qu'est une démarche qualité.

Pour définir la démarche qualité, il faut définir des mots clefs qui sont : évaluation, qualité, assurance qualité, démarche qualité.

Evaluation. Evaluer, c'est mesurer le niveau de réalisation des objectifs que l'on s'était fixés préalablement à l'action. On peut évaluer une politique, un programme, une structure. On va s'intéresser à sa pertinence, à son organisation, à sa cohérence, à son efficacité, à son impact. L'évaluation est donc un processus interactif qui implique un jugement porté sur le niveau de réalisation d'un objectif. Le but est éventuellement de modifier la manière d'atteindre l'objectif, en fait c'est améliorer sa pratique. Evaluer, c'est mesurer l'écart entre un objectif que l'on s'est fixé et la réalisation dans la réalité. La qualité, c'est l'adéquation entre un produit ou un service et l'attente réelle du "client". Ici, en l'occurrence, nous parlerons de l'adéquation entre un service que fournit une institution et l'attente de la personne âgée. Pour mesurer un service ou un produit, cela présuppose que l'on s'est penché préalablement sur les diverses propriétés et caractéristiques du service, qui lui donnent l'aptitude à satisfaire les besoins du client, besoins qui vont être exprimés ou implicites.

Pour arriver à la qualité, je reprends ici ce que le professeur LIMA a dit tout à l'heure : il faut dire ce qu'il convient de faire, faire ce que l'on a dit et vérifier et valider que l'on a bien fait ce que l'on avait dit.

L'assurance qualité est l'ensemble des dispositions préétablies et systématiques, nécessaires pour donner la confiance en ce que le produit ou le service vont réellement satisfaire les exigences données de la personne. Grâce à un ensemble de dispositions, on donne aux clients la confiance qu'ils vont trouver satisfaction à leurs exigences dans le domaine.

Maintenant, on peut aborder la démarche qualité. Etre dans une démarche qualité, c'est planifier la qualité. Il faut déterminer à l'avance les objectifs et les exigences pour la qualité et le système de qualité. La planification de la qualité consistera donc à décrire et à décider plusieurs points :

- ce que l'on va faire,
- comment,
- quand,
- qui en a la responsabilité,
- qui va le faire,
- les moyens à mettre en œuvre, matériels et humains.

Dans la planification doit être déjà inscrit le " comment on va mesurer les résultats ", c'est-à-dire la qualité, l'adéquation entre les services et les attentes du client.

Une façon de s'y prendre est d'instaurer des contrôles de qualité. Le contrôle, c'est l'action de mesurer, d'examiner une ou plusieurs caractéristiques d'un service et de les comparer aux exigences spécifiées en vue d'établir une conformité.

Pourquoi la démarche qualité ? Il y a des raisons économiques : le coût prohibitif de la non-qualité. On sait maintenant que la maîtrise de la qualité peut avoir des répercussions bénéfiques sur le coût et, inversement, la recherche de l'efficience ne s'effectue pas forcément au détriment de la qualité. Je précise que, dans le mot efficience, vient se cacher la notion de rendement.

Il y a aussi des raisons éthiques : le droit des personnes âgées à des soins de qualité, au même titre que n'importe quel autre citoyen. Mais aussi face à la mise en place de systèmes de maîtrise des dépenses hospitalières qui pourraient faire craindre pour la qualité des soins, il convenait de mettre en place un dispositif servant de garde-fou à une dérive purement comptable.

Il y a des raisons juridiques ou légales : il s'agit de se conformer aux règles, aux lois, aux décrets mis en place.

Au-delà de ces trois enjeux, la démarche qualité exprime une forme d'interrogation sur les missions des institutions. Elles touchent à une modification en profondeur des habitudes et elles questionnent sur l'évolution de la société et le devenir de la prise en charge des personnes âgées.

Où s'inscrit la démarche qualité au sein des institutions ? Une institution, donc une maison de retraite, qu'il y ait des lits médicalisés ou non, un long séjour, mais je pense aussi un service, cela peut être un service d'aide à domicile, un service de soins à domicile - je parle donc " d'institution " au sens large , une institution comprend à la fois une structure et des professionnels.

La démarche qualité concerne donc à la fois les performances des professionnels mais aussi celles de la structure. DONABEDIAN a beaucoup réfléchi sur la question au niveau hospitalier. Il a proposé une classification où il reprend la qualité des performances des professionnels qu'il décompose en une dimension technique et une dimension relationnelle.

La dimension technique est liée aux connaissances scientifiques et à l'expérience du professionnel. La dimension relationnelle met en relief son caractère empathique dans la relation avec le patient.

Il envisage également la qualité des performances de la structure. Celle-ci comprend des spécificités, comme l'adéquation au besoin de santé, l'accessibilité de la structure et les notions qui ont trait à l'accueil, à l'hôtellerie, à la restauration.

Comment étendre ce concept de démarche qualité aux institutions et services qui s'occupent des personnes âgées ? L'évaluation doit tenir compte de la personne âgée, de sa famille, des équipes de soins, des équipes techniques, de l'équipe de Direction et du corps médical.

Pour donner un exemple de critères qui seraient intéressants à prendre au niveau des institutions pour personnes âgées, on va entrer dans une institution et poser la question : " Est-ce que chaque résidant a un contrat de séjour ? Dans cette institution, y a-t-il un règlement intérieur ? L'institution a-t-elle un projet d'établissement qui inclut un projet de vie, un projet de soins ". Ce sont des critères qui seront intégrés dans la démarche qualité.

L'institution doit assurer globalement à la personne âgée diverses performances :

- ↪ la sécurité ; elle doit avoir la capacité de minimiser les risques pour la personne âgée, pour le personnel et pour l'environnement. Elle doit pouvoir être conforme à toutes les règles du type sécurité incendie et les processus d'hygiène, notamment au niveau alimentaire.
- ↪ l'accessibilité ; elle doit offrir à la population d'obtenir les prestations dont elle a besoin en quantité suffisante et à un prix raisonnable.
- ↪ la continuité ; l'offre qu'elle propose doit rester disponible dans le temps. La structure a son propre entretien à gérer, mais également à s'ouvrir vers un réseau extérieur.
- ↪ l'efficacité et l'efficience ; la structure doit être capable d'atteindre les objectifs qu'elle s'est fixés, donc de produire des résultats. C'est l'efficacité. Ces résultats obtenus doivent être optimums par rapport aux moyens qu'elle s'est donnée pour les réaliser. Quand on introduit le mot " optimum ", on est dans l'efficience et dans la notion de rendement.
- ↪ la globalité ; la structure doit offrir aux différents prestataires la possibilité de réaliser une articulation efficace entre eux.
- ↪ enfin, la satisfaction ; c'est la structure qui doit apporter la réponse aux attentes des patients, des adresseurs et du personnel.

Ce qui a été particulièrement étudié déjà depuis un certain nombre d'années est le " comment améliorer la qualité des soins ". La notion de qualité des soins implique la référence à des recommandations, voire des normes. C'est sur ces recommandations et normes que reposent les procédures d'évaluation.

