



EXAMEN PAR LES PAIRS

EN MATIÈRE DE

PROTECTION SOCIALE

ET D'INCLUSION SOCIALE

2010

QUALITÉ DE VIE DANS LES
ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE
LONGUE DURÉE

MURNAU/BAVIÈRE , 18-19 OCTOBRE 2010

RAPPORT DE SYNTHÈSE



Pour le compte de la
Commission européenne
Emploi, affaires sociales
et inclusion



EXAMEN PAR LES PAIRS

EN MATIÈRE DE

PROTECTION SOCIALE
ET D'INCLUSION SOCIALE
2010

QUALITÉ DE VIE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

KAI LEICHSENRING

CENTRE EUROPÉEN DE RECHERCHE EN POLITIQUE SOCIALE
MURNAU/BAVIÈRE, 18-19 OCTOBRE 2010

RAPPORT DE SYNTHÈSE



Pour le compte de la
Commission européenne
Emploi, affaires sociales
et inclusion



La présente publication bénéficie du soutien du programme communautaire pour l'emploi et la solidarité sociale (2007–2013). Ce programme est géré par la Direction générale « Emploi, affaires sociales et inclusion » de la Commission européenne. Il a été établi pour appuyer financièrement la poursuite des objectifs de l'Union européenne dans les domaines de l'emploi et des affaires sociales, tels qu'ils sont énoncés dans l'agenda social, et contribuer ainsi à la réalisation des objectifs de la stratégie de Lisbonne dans ces domaines.

Le programme, qui s'étale sur sept ans, s'adresse à toutes les parties prenantes susceptibles de contribuer à façonner l'évolution d'une législation et de politiques sociales et de l'emploi appropriées et efficaces dans l'ensemble de l'UE-27, des pays de l'AELE-EEE ainsi que des pays candidats et précandidats à l'adhésion à l'UE.

PROGRESS a pour mission de renforcer la contribution de l'UE et d'aider ainsi les États membres à respecter leurs engagements et mener à bien leur action en vue de créer des emplois plus nombreux et de meilleure qualité et de bâtir une société plus solidaire. Dès lors, il contribuera :

- à fournir une analyse et des conseils dans les domaines d'activité qui lui sont propres ;
- à assurer le suivi et à faire rapport sur l'application de la législation et des politiques communautaires dans ces mêmes domaines ;
- à promouvoir le transfert de politiques, l'échange de connaissances et le soutien entre les États membres concernant les objectifs et priorités de l'Union, et
- à relayer les avis des parties prenantes et de la société au sens large.

Pour de plus amples informations, veuillez consulter :
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=327&langId=fr>

Davantage d'informations sur l'examen par les pairs en matière de protection sociale et d'inclusion sociale et sur l'évaluation en matière d'inclusion sociale peuvent être consultés sur : <http://www.peer-review-social-inclusion.eu>.

Le contenu de cette publication ne reflète pas forcément l'opinion ou la position de la Direction Générale « Emploi, affaires sociales et inclusion » de la Commission européenne. La Commission européenne ou toute personne agissant en son nom ne sont pas responsables de l'usage qui peut être fait des informations reprises dans cette publication.

2011

PRINTED IN BELGIUM



Table des matières

Résumé	5
Introduction	10
A. Le contexte européen	12
B. Politiques de l'Allemagne et de la Bavière en matière d'assurance qualité	15
C. Politiques et expériences des pays pairs	24
D. Discussions lors de l'examen par les pairs	33
E. Conclusions et principaux enseignements	36
Références	40





Résumé

Le présent examen par les pairs, organisé à Murnau (Bavière) les 18 et 19 octobre 2010, s'est intéressé aux réformes apportées par l'Allemagne à son régime d'assurance dans le domaine des soins de longue durée, et aux améliorations qu'elles ont générées en termes de qualité au niveau fédéral et régional.

L'examen par les pairs venait à point nommé, la qualité dans les établissements de soins de longue durée étant une préoccupation dans tous les États membres de l'UE et au niveau de l'Union. Organisé par le ministère bavarois du Travail et des affaires sociales, de la famille, des femmes et de la santé, et le ministère fédéral allemand de la Santé, il a rassemblé neuf pays pairs (Autriche, Chypre, Espagne, Estonie, Finlande, France, Luxembourg, République tchèque et Suède). Deux organisations de parties prenantes — la Plateforme européenne des personnes âgées (AGE) et le Réseau social européen (ESN) — y ont également participé, de même que des représentants de la Commission européenne (DG Emploi, affaires sociale et inclusion).

L'approche allemande de l'amélioration de l'assurance qualité dans les établissements de soins se fonde sur les exigences spécifiques des soins de longue durée. Le régime fédéral d'assurance en la matière, instauré en 1994 en tant que branche spéciale de l'assurance maladie, prévoit la délégation de l'évaluation des besoins (accès) et l'assurance qualité (inspection) aux services de médecine-conseil (MDK) des caisses d'assurance soins de santé. Il n'a rien modifié au système qui confère aux Länder (États fédérés/régions) la responsabilité de l'infrastructure sociale, de l'aide sociale et de la surveillance générale des services et des établissements.

La réforme du régime d'assurance soins de longue durée (SLD) opérée en 2008 a mis l'accent, parallèlement à une augmentation des cotisations et des prestations, sur le renforcement de l'assurance qualité en instaurant des contrôles annuels et des accords de transparence avec les prestataires — l'idée étant d'appliquer un système de points permettant d'améliorer la qualité de l'information fournie au consommateur appelé à choisir un établissement. Les MDK sont désormais chargés de l'inspection de la qualité des soins en suivant des directives classiques complétées de « directives de transparence » portant sur la qualité des structures, des processus et des résultats. La procédure d'inspection des MDK dans les institutions de soins et organisations de soins à domicile est

très structurée, et prévoit la fourniture de conseils sur la base des conclusions de l'inspection.

L'exigence de transparence est en vigueur depuis plus d'un an, et plus de 10 000 rapports sont déjà disponibles en ligne. Outre une appréciation générale couvrant l'ensemble des aspects, les personnes intéressées peuvent également consulter distinctement les points attribués à douze aspects plus spécifiques parmi lesquels la nutrition, le traitement des escarres et la médication; la pondération a suscité la controverse, certains détracteurs faisant valoir que les aspects essentiels des soins devraient avoir davantage de poids dans l'appréciation générale. Des propriétaires d'établissements de soins ont mis en question le système d'appréciation proprement dit, et engagé une action en justice pour contester les points qui leur avaient été attribués. À partir de 2011, chaque établissement sera inspecté chaque année — alors que tel était auparavant le cas de 20% d'entre eux seulement. Le personnel des MDK a été renforcé pour répondre à ce nouveau programme d'inspection.

6 Parallèlement à ces réglementations fédérales, chaque Land a adopté ses propres mesures en vue de la surveillance générale des services et des établissements — autrement dit leurs propres réglementations, structures et procédures pour en contrôler la conformité. En Bavière, ce rôle incombe à des organismes spécialisés dans la promotion de la qualité et l'inspection des établissements de soins de longue durée et des établissements pour personnes handicapées — les FQA qui, relevant des administrations publiques locales, veillent au respect des exigences de qualité stipulées par la loi bavaroise sur les soins de longue durée et la qualité de vie. L'accent est mis sur les services fournis et sur les approches adoptées en matière d'assurance qualité. Les inspections effectuées par les MDK et les FQA ont lieu de manière inopinée. La législation allemande requiert une coordination entre l'assurance qualité au niveau fédéral et les autorités de contrôle de chacun des États fédérés, et des débats sont en cours à propos de différents mécanismes à cette fin.

L'expérience allemande a suscité des discussions animées et incité les participants à présenter leurs propres expériences, lesquelles vont d'une approche de l'assurance qualité fondée sur un contrôle moins intensif (France et Luxembourg notamment) ou une inspection à la demande (Finlande et Suède) à une approche très ciblée et fondée sur des instruments sophistiqués (programme finlandais Inter-RAI, par exemple) et à une approche volontaire basée sur des mesures



d'incitation (Autriche entre autres). Les parties prenantes internationales ont souligné une tendance générale à l'auto-déclaration et l'auto-évaluation (qui doit encore être surveillée) et l'importance de la participation des acteurs concernés à l'organisation des soins de longue durée à tous les niveaux.

À la suite de la présentation des tendances générales en matière d'assurance qualité et de gestion de la qualité en Europe, et des résultats d'un projet de recherche¹ consacré à l'élaboration et à la mise en œuvre d'indicateurs pour les maisons de soins, les participants à l'examen par les pairs ont analysé et dégagé un consensus sur les points suivants:

- **Des débats stratégiques réunissant l'ensemble des parties prenantes** doivent être organisés dans chaque pays pour décider d'une qualité optimale et durable des soins de longue durée. **Un dialogue sur la qualité s'impose** entre acheteurs, fournisseurs et autres parties prenantes, de même qu'avec les résidents et leurs familles.
- De l'avis général, des **normes minimales** doivent être fixées en matière de soins résidentiels de longue durée, et **leur respect doit être contrôlé**, mais des mesures d'incitation doivent être proposées en vue de favoriser une réflexion plus poussée sur la qualité dans les établissements de soins.
- Un aspect essentiel de la qualité concerne la **dignité** et les **droits** au niveau des soins quotidiens: il s'agit d'instaurer des conditions de vie et de travail qui favorisent le **respect** des personnes et les protègent contre des abus.
- **Des systèmes de gestion de la qualité** sont en cours de développement dans les différents pays pairs. Plus le système d'inspection externe est sophistiqué, plus il demande une gestion interne efficace de la qualité; si tel n'est pas le cas, un écart considérable peut exister entre le résultat de l'inspection et la qualité réelle du travail quotidien.
- Le personnel soignant n'est pas habitué à travailler avec des **méthodes de gestion de la qualité** ou des **indicateurs de qualité**. L'introduction de ce type de système exige dès lors **une participation au niveau du lea-**

¹ Pour les résultats finaux du projet, voir: <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/projekte/ergebnisqualitaet.html>



dership et de la gestion des ressources humaines. La direction comme le personnel a besoin d'une formation en matière de gestion de la qualité et sur certains aspects connexes. Une approche fondée sur **l'apprentissage tout au long de la vie**, allant souvent au-delà de la formation exigée par la loi, s'impose.

- **L'évaluation comparative (benchmarking) de la qualité des soins** va plus loin qu'une simple comparaison de données agrégées. Des initiatives dans ce sens sont observées dans certains États membres, au niveau de groupements de maisons de soins ou au niveau régional. L'importance de l'investissement requis, en matière de formation notamment, fait cependant que la démarche n'est pas applicable dans tous les pays.
- Des préoccupations ont été exprimées quant à **la viabilité de systèmes d'inspection nationaux et régionaux parallèles** parfois conjugués à un troisième système, à savoir la gestion interne de qualité des prestataires eux-mêmes). De manière générale, les pays **abandonnent progressivement une approche exclusivement axée sur l'inspection** pour s'orienter vers une approche qui associe, d'une part, l'inspection à des conseils et, d'autre part, les rapports d'auto-évaluation à un système interne efficace de gestion de la qualité.
- À l'échelon européen, un débat est en cours sur les **services sociaux d'intérêt général**. Dans un certain nombre de pays, le **cadre européen volontaire pour la qualité des services sociaux**² pourrait servir de base à un débat national sans remplacer pour autant les systèmes d'assurance qualité et de gestion de la qualité existants, ni s'y superposer³.
- **Des services de soins** sont de plus en plus souvent proposés dans sur **l'ensemble du territoire européen**, étant donné que les prestataires de ces services, et les bénéficiaires, sont de plus en plus nombreux à exercer leur activité et à vivre en dehors de leur pays d'origine — une évolution qui constitue un défi supplémentaire en termes d'**assurance qualité**.

2 Pour de plus amples informations, voir: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=758&langId=fr>.

3 L'apprentissage mutuel a également été facilité dans ce contexte par le programme PROGRESS de la DG Emploi, affaires sociales et inclusion. Voir notamment les projets « *Quality management by result-oriented indicators. Towards benchmarking in residential care for older people* » (http://www.euro.centre.org/detail.php?xml_id=1396) et « *Benchmarking European standards in social services* » (<http://www.josefsheim.net/josefsheim/progress.shtml>).



- La question du recours au **Fonds social européen (FSE)** à l'appui de la réflexion, de la formation et de l'échange mutuel sur la qualité dans le domaine des soins de santé et des services sociaux a également été abordée.
- **La modernisation** des maisons de soins implique une **ouverture à d'autres maillons de la chaîne des soins**, et la qualité des établissements de soins de longue durée va également dépendre à l'avenir de leur ouverture à la communauté, aux réseaux, aux bénévoles et aux autres services sociaux. La **relation entre services de santé et services sociaux** doit faire l'objet d'un examen plus approfondi. Dans certains pays, l'approche des soins de longue durée est davantage orientée vers la santé; dans d'autres, elle est davantage axée sur les services sociaux.
- À long terme, la **transparence de la qualité** pourrait faciliter une réglementation des prix fondée sur la qualité offerte par la maison de soins. Toute évolution vers un financement basé sur la performance des maisons de soins doit néanmoins être envisagée avec la plus grande prudence et prévoir des incitations pour celles qui peuvent attester de bons résultats.



Introduction

L'importance des services de soins de longue durée s'accroît, de même que l'attente des citoyens à leur égard, tandis que les structures de gouvernance évoluent vers des mécanismes axés sur le marché. Il est désormais essentiel de disposer, dans ce contexte, d'instruments efficaces permettant de définir, de mesurer et d'améliorer la qualité dans un secteur qui, tout en appliquant le paiement d'un ticket modérateur non négligeable par les usagers, reste principalement financé par des fonds publics.

Les approches nouvelles adoptées partout en Europe en matière de soins de longue durée répondent à l'évolution des besoins et des attentes des citoyens: c'est ainsi que les soins de proximité ont été élargis; que les premières mesures en vue d'une meilleure coordination entre les services de santé et les services sociaux ont été prises; que des services de soins davantage différenciés ont été mis en place; et que les missions des structures de soins de longue durée ont été adaptées (Billings & Leichsenring, 2005; Pavolini & Ranci, 2008).

10

Les résidents ont de plus en plus tendance à retarder leur entrée en maison de soins, préférant l'aide de soignants familiaux informels ou de services formels à domicile, voire les deux — avec pour conséquence qu'ils sont souvent plus fragiles lorsqu'ils cherchent à être admis dans un établissement de soins de longue durée. Les maisons de retraite traditionnelles ont dû s'adapter à cette évolution de la demande: elles se sont transformées en maisons de soins ou en structures de logement avec services. Elles ont également dû répondre aux exigences croissantes de « clients » ayant connu un niveau de vie élevé par le passé.

L'introduction de systèmes offrant aux demandeurs de soins la possibilité d'acheter eux-mêmes les services dont ils ont besoin a pour corollaire que les demandeurs en question veulent savoir ce qu'ils peuvent obtenir pour leur argent (Glenning, 2009). Les décideurs et le secteur des maisons de soins ont entrepris de définir de nouvelles normes structurelles et procédurales, même si les efforts en la matière restent inégaux selon les États membres, voire à l'intérieur de ceux-ci, tant en termes quantitatifs qu'en termes qualitatifs. Ainsi par exemple, le pourcentage de personnes âgées requérant des soins de longue durée (selon les définitions nationales) et vivant en maisons de soins va de 5% environ en Estonie à près de 36% en Suède (Commission européenne/DG ECFIN, 2009).



Améliorer la qualité dans les établissements de soins résidentiels requiert l'élaboration de lignes directrices, de normes minimales et de mécanismes d'accréditation en matière de qualité en complément d'approches traditionnelles telles que la déontologie professionnelle et la relation de confiance entre les acheteurs publics et les prestataires — publics ou sans but lucratif — de services. Des critères à appliquer lors de la sélection des prestataires (dans le cas de passation de marchés publics, par exemple) et garantissant leur responsabilisation ont été mis au point en vue d'assurer le maintien des normes et d'un système face au contexte nouveau d'un quasi-marché caractérisé par de moindres restrictions en termes de planification, par la présence de nouveaux acteurs, etc.

L'examen par les pairs se voulait un échange d'expériences entre pays participants, dont les politiques et initiatives sont décrites dans les quatre parties du présent rapport de synthèse qui vont suivre: la première concerne les initiatives de l'UE dans le cadre du développement de la qualité des services sociaux d'intérêt général; la seconde porte sur les réformes et débats en cours dans le pays hôte, en l'occurrence l'Allemagne; la troisième propose une synthèse des politiques d'autres pays pairs et donne ainsi un aperçu des tendances et approches adoptées en Europe; et la quatrième est consacrée à l'examen des tendances et des éléments d'apprentissage éventuels.



A. Le contexte européen

Les structures de soins de longue durée ne figuraient initialement pas, en tant que volet des services sociaux de santé, à l'agenda de l'UE, mais cette situation évolue et il est de plus en plus souvent question de ces structures dans les débats sur les services sociaux d'intérêt général (SSIG) et dans le cadre de la méthode ouverte de coordination (MOC). Les premiers se sont concentrés sur les aspects urgents touchant aux principes fondamentaux et à la législation de l'UE concernant le marché intérieur, la concurrence et la liberté de circulation — autant d'éléments qui réclament davantage de coordination entre les États membres et les institutions européennes dans le domaine des services sociaux et de santé. Cette interaction de plus en plus étroite est partiellement organisée au travers de la MOC, qui bénéficie du soutien du Comité de protection sociale. Deux communications de la Commission s'avèrent pertinentes dans ce contexte pour les actions communautaires en matière de qualité des soins de longue durée:

- Suite à la communication « Travailler ensemble, travailler mieux: Un nouveau cadre pour la coordination ouverte des politiques de protection sociale et d'inclusion sociale dans l'Union européenne »⁴ (Commission européenne, 2005), les MOC déjà en place dans les domaines de l'inclusion sociale et des pensions ont été fusionnées avec la coopération en matière de soins de santé et de soins de longue durée. Outre les objectifs généraux de la MOC pour la protection sociale et l'inclusion sociale, des objectifs spécifiques ont été définis pour les soins de santé et les soins de longue durée, à savoir assurer des soins de santé accessibles, de qualité et viables.
- Suite aux débats sur les SSIG, la communication « Les services d'intérêt général, y compris les services sociaux d'intérêt général: un nouvel engagement européen »⁵ (Commission européenne, 2007) a proposé « une stratégie de soutien à la qualité des services sociaux dans l'ensemble de l'UE » dans le cadre de la MOC, « l'élaboration, au sein du Comité de la protection sociale, d'un cadre communautaire facultatif pour la qualité donnant des orientations quant à la méthodologie à adopter pour définir,

4 Disponible sur: http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_protection/c10140_fr.htm

5 Disponible sur: http://ec.europa.eu/services_general_interest/interest_fr.htm

suivre et évaluer des normes de qualité », et des initiatives ascendantes dans le cadre du programme PROGRESS.⁶

Plusieurs examens par les pairs se sont penchés ces dernières années sur des problématiques liées à la qualité des services sociaux. En Belgique, l'évaluation et l'amélioration de cette qualité ont été identifiées comme un enjeu clé de « L'avenir des services sociaux d'intérêt général » (2007)⁷; l'accent de plus en plus marqué qui est mis sur l'optimisation des ressources demande une assurance qualité dynamique et une évolution vers des stratégies de gestion et d'amélioration de la qualité, même si cette approche rend la réglementation plus complexe.

Aux Pays-Bas (2009), le débat sur le thème « Soins de longue durée: comment proposer des soins de longue durée qui soient abordables et viables compte tenu des contraintes au niveau des dispositions collectives (par opposition aux dispositions individuelles) et des responsabilités? »⁸ a également conclu que la poursuite du développement des systèmes de soins de longue durée exigeait impérativement de « rendre plus perméables les frontières qui font obstacle aux soins intégrés » et de relever le défi des pénuries de personnel (Rothgang, 2007: p. 33). En Roumanie (2010), l'usage d'outils spécifiques de gestion de la qualité a été analysé lors de l'examen par les pairs « Vers l'excellence dans l'offre de services sociaux ».⁹

Plusieurs aspects importants de l'assurance qualité ont également été abordés au Danemark (2009) dans le cadre d'un examen par les pairs intitulé « Combiner choix, qualité et égalité au niveau des services sociaux ».¹⁰ Des pays dans lesquels l'offre de services et leur couverture générale restent insuffisantes ont exprimé leur inquiétude quant au fait que « l'application rigoureuse de normes de qualité pourrait se traduire par l'incapacité de certains prestataires de s'y conformer —

6 Voir notamment les projets « *Quality management by result-oriented indicators. Towards benchmarking in residential care for older people* » (http://www.euro.centre.org/detail.php?xml_id=1396) et « *Benchmarking European standards in social services transnationally* » (<http://www.josefsheim.net/josefsheim/progress.shtml>).

7 Voir <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2007/the-future-of-social-services-of-general-interest>

8 Voir <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2008/how-to-organise-affordable-sustainable-long-term-care-given-the-constraints-of-collective-versus-individual-arrangements-and-responsibilities>

9 Voir <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2010/achieving-excellence-in-social-service-provision>

10 Voir <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2009/combining-choice-quality-and-equity-in-social-services>



et par la privation des personnes âgées de leurs services ». Ce risque doit être mis au regard d'autres priorités en matière d'amélioration de l'offre générale de services et « du coût de la conformité aux nouvelles normes de qualité » (Glendinning, 2009: p. 49). Cet examen par les pairs a également abordé la question de l'implication insuffisante des usagers dans l'assurance qualité.

Le cadre européen volontaire pour la qualité des services sociaux établi par le Comité de protection sociale ayant été publié quelques semaines à peine avant la date de l'examen par les pairs, les principes et les critères de qualité qu'il consacre ont été considérés comme une toile de fond particulièrement utile au débat sur l'assurance qualité et la gestion de qualité dans les établissements de soins. Les participants ont insisté sur le fait que ce cadre sera d'autant plus important dans les pays où les services sociaux, et les structures de soins de longue durée en particulier, n'ont pas encore atteint les normes.



B. Politiques de l'Allemagne et de la Bavière en matière d'assurance qualité

La nécessité d'un renforcement de l'assurance qualité externe est née en Allemagne lors de l'introduction de l'assurance soins de longue durée (SLD) en 1994 avec l'ouverture du « marché des soins » aux prestataires. Les relations entre le système d'assurance soins de longue durée (devenu le principal acquéreur/régulateur des soins), les autorités régionales et locales (essentiellement devenues des sources de cofinancement dans le cas des secondes) et les prestataires se sont radicalement transformées. Tout d'abord, de nouvelles formes de contrat ont été définies:

- des « contrats provisoires » qui, conclus entre le prestataire et le régulateur, accréditent le prestataire sur la base d'un certain nombre d'exigences structurelles de base;
- des « contrats cadres » qui, conclus au niveau régional entre la Fédération des prestataires et le régulateur (branche régionale du système d'assurance des soins de longue durée), portent sur le contenu des services, les exigences financières (rapports et comptabilité), les niveaux d'effectifs et les mécanismes de contrôle;
- des accords relatifs au financement des services par le système d'assurance soins de longue durée qui, conclus entre chaque prestataire et l'organisme de régulation, portent sur des « ensembles de soins » définis au plan régional, à savoir une série de services dont chaque élément constitutif est coté à l'aide de points; et des arrangements individuels.

Par ailleurs, ces accords basés sur la législation relative au système d'assurance soins de longue durée (SGB XI, article 80) précisent en outre que les prestataires agréés doivent s'être dotés d'un système de gestion de la qualité. Or aucun système ni aucune méthode n'ont été définis, ce qui explique le développement d'un large éventail d'approches. Les grandes organisations, par exemple, ont adapté des modèles classiques de type ISO (Organisation internationale de normalisation) et EFQM (Fondation européenne pour le management par la qualité), mais, en pratique, les prestataires tendent à se conformer aux normes minimales requises plutôt qu'à rechercher activement des améliorations qualitatives ou des avantages compétitifs (Blonski, 1999).



Le rôle des MDK

L'un des développements majeurs de l'assurance qualité a été la création du MDS (*Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen* — Service médical de la Fédération des caisses d'assurance maladie) et de ses unités opérationnelles à l'échelon régional, les MDK (*Medizinische Dienste der Krankenversicherung* — Services médicaux de l'assurance maladie). Les MDK sont responsables de la formation et de l'organisation des médecins et du personnel infirmier spécialisé qui évaluent les besoins individuels des demandeurs de prestations au titre de l'assurance SLD, et procèdent à des inspections de qualité en vue de conseiller les prestataires quant aux améliorations possibles. Les MDK peuvent suspendre les versements, voire même exclure totalement des prestataires de soins résidentiels lorsque des problèmes de qualité sont constatés et ne sont pas résolus dans un délai déterminé — même si une telle mesure est rarement jugée nécessaire.

Les rapports du MDS (le plus récent date de 2007) et des études connexes (Garms-Homolova & Roth, 2004) signalent des problèmes qualitatifs à divers égards au niveau des établissements de soins, que ce soit en termes de structure, de processus ou de résultat.

Les rapports du MDS sur la qualité des prestataires de soins, qui ne citent le nom d'aucun d'entre eux, ont entraîné certains changements positifs. Les données agrégées attestent en effet, entre 2003 et 2006, d'une tendance générale à l'amélioration par rapport aux critères visés par l'inspection, ce qui signifie que les gestionnaires d'établissements de soins commencent à répondre aux exigences sans qu'il ait été nécessaire d'appliquer des mesures coercitives. La question reste néanmoins de savoir si ces prestataires ont uniquement appris à fournir la preuve de leur conformité aux normes prescrites, ou si une gestion systématique de la qualité a réellement été instaurée.

Une réforme de la législation en matière d'assurance SLD s'est accompagnée de nouvelles lignes directrices en matière d'inspection, de sorte que la transparence est désormais exigée et qu'une évaluation externe a été introduite pour contrôler la qualité dans cinq domaines: les prestations médicales et de soins; la prise en charge des résidents atteints de démence; l'aide sociale et les activités en journée; le logement, les repas, l'économie domestique et l'hygiène; et la satisfaction des résidents (sur la base d'une enquête). Le but de ces lignes directrices est de mettre à la disposition des usagers ou des usagers potentiels les données qui



leur permettent de juger de la qualité de chaque établissement. Les résultats obtenus dans chacun des domaines, de même que le résultat final, sont rendus publics sous la forme de notes de type scolaire (MDS, 2009).

Les rapports du MDS ont suscité un débat animé à propos de la qualité des soins de longue durée, principalement entre les organismes prestant les soins et le MDS — y compris un certain nombre d'actions auprès de la juridiction sociale — et plus particulièrement à propos de la validité des résultats des inspections et du système de notation. En conséquence, les rapports relatifs à la transparence ont été évalués (Hasseler et al, 2010) et font actuellement l'objet d'un réexamen afin que tous les établissements de soins soient obligatoirement inspectés chaque année à partir de 2011 (MDS, 2010). Les associations d'usagers sont peu impliquées — exception faite d'une modeste initiative qui, soutenue par le ministère en charge de la protection des consommateurs (www.heimverzeichnis.de), a entamé le contrôle des établissements de soins (qui en ont fait volontairement la demande) en leur appliquant 120 critères de qualité touchant trois domaines de vie: l'autonomie, la participation et la dignité. Le contrôle est effectué par des volontaires spécialement formés, qui évaluent les établissements en les visitant durant une seule journée. Seuls les résultats des établissements de soins qui satisfont à 80% au moins des critères sont publiés sur le site Web.

Mesure et évaluation de la qualité dans les établissements de soins: une nouvelle approche

Le ministère fédéral de la Santé et le ministère fédéral de la Famille, des personnes âgées, des femmes et de la jeunesse ont conjointement commandité un projet de recherche visant à élaborer un jeu d'indicateurs pour l'évaluation de la performance des établissements de soins de longue durée. Les premières conclusions de cette étude ont été présentées par Klaus Wingenfeld de l'Université de Bielefeld.

Les indicateurs doivent se fonder sur des éléments factuels; être applicables aux pratiques courantes; convenir à la gestion interne de la qualité; et pouvoir être vérifiés lors d'une inspection. Ils doivent éviter autant que possible les affirmations trop imprécises pour se prêter à une comparaison entre établissements. Étant donné l'ampleur des difficultés empiriques, méthodologiques et pratiques, six grands domaines ont été retenus parmi les possibilités établies, et testés dans 46 établissements entre janvier et octobre 2010:



- les résultats obtenus sur le plan fonctionnel: maintien et promotion de l'autonomie dans la vie courante;
- la sécurité individuelle: protection des résidents contre les risques, les blessures et les charges;
- le logement et l'aide ménagère;
- les activités et la communication (et notamment la manière dont les résidents eux-mêmes perçoivent la possibilité pour eux de communiquer avec l'établissement);
- les réponses apportées aux situations difficiles (lorsque des résidents souffrent de troubles psychologiques, par exemple);
- les informations recueillies par des contacts avec des proches des résidents (enquêtes ou autres méthodes).

Des données ont été collectées à trois moments différents au cours de la période pour contrôler la qualité des résultats. On peut citer, à titre d'exemple de la manière dont la qualité a été suivie dans un domaine précis, en l'occurrence l'autonomie, le développement de trois indicateurs couvrant respectivement la stabilité en termes de mobilité, en termes de capacité de soins personnels et en termes de capacité d'organiser sa vie courante.

Les résultats obtenus par rapport à ces critères peuvent ensuite être comparés à intervalles de six mois. En ce qui concerne l'évolution de la mobilité des résidents, par exemple: 66,3% des patients ne présentant pas de troubles cognitifs ou souffrant de troubles cognitifs légers n'avaient rien perdu de leur mobilité en six mois, et 39,7% manifestaient des troubles cognitifs majeurs — ce qui montre à quel point il est important que les indicateurs établissent une distinction entre groupes de résidents, et plus particulièrement entre ceux qui sont atteints de démence et les autres. Une fois établie la différenciation entre les points de départ respectifs, les comparaisons entre établissements de soins prennent toute leur valeur: ainsi par exemple, il ressort d'une comparaison entre 10 établissements que le pourcentage de résidents ayant peu, voire pas de troubles cognitifs et dont la mobilité n'avait pas diminué au cours des six derniers mois dépassait 80% dans l'établissement le plus performant, et n'atteignait pas 50% dans le moins



performant. Ces résultats permettent une évaluation comparative (benchmarking) domaine par domaine.

D'autres domaines couverts par un indicateur s'articulent autour de sous-indicateurs: dans le cas de la performance en matière de sécurité, ces indicateurs portent sur les escarres, la malnutrition, les chutes avec conséquences physiques graves, les contractures, la gestion de la douleur et la gestion de la médication; en ce qui concerne les activités et la communication, les sous-indicateurs sont le choix et l'autonomie pour les aspects essentiels des soins et de la vie sociale, le niveau d'activités quotidiennes et le soutien dans ce contexte, la gestion des plaintes, l'attitude du personnel, le traitement respectueux par le personnel, et le respect de la vie privée. Des efforts sont déployés, quel que soit l'indicateur considéré, pour associer les résidents et leurs familles à l'évaluation, même si la démarche est souvent difficile à concrétiser.

Les tests réalisés conduisent à une première conclusion, à savoir que l'approche fonctionne mais que certaines difficultés doivent encore être surmontées. Elles sont récapitulées ci-après:

- Dans le cas de plusieurs indicateurs (escarres chez des résidents à faible risque, par exemple), il se peut que les comparaisons entre établissements aient peu de valeur statistique; en ce qui concerne d'autres phénomènes (contractures notamment) ce sont les méthodes scientifiques de mesure qui font défaut. Il conviendrait de tenir compte de ces éléments au moment de décider des indicateurs à poursuivre.
- L'évaluation de la qualité exige la combinaison d'une gestion interne et d'inspections externes de la qualité. La mesure de la performance exige un taux d'échantillonnage de 100% que seule une gestion interne de la qualité permet d'obtenir: les contrôles ponctuels ne suffisent pas. Le seul suivi interne ne serait cependant pas fiable; il doit donc être validé par des contrôles de qualité externes pour lesquels le taux d'échantillonnage peut être sensiblement moins élevé. Il convient de perfectionner les techniques de gestion de la qualité au sein des établissements car beaucoup d'entre eux ne seraient pas capables, à l'heure actuelle, de mettre en œuvre le système proposé. La relation entre l'assurance qualité interne et les inspections doit être redéfinie.

- On peut encore citer au titre des difficultés à surmonter les aspects des soins qui ne peuvent être évalués en termes classiques de « performance », tels que les soins en fin de vie ou la mesure de la qualité de vie. L'accent mis sur les résultats obtenus risque en outre de mettre en péril l'évaluation d'indicateurs importants tels que ceux axés sur la structure et sur le processus.

Une fois établie, cette approche devrait catalyser l'amélioration de la gestion interne de la qualité, favoriser un usage plus efficace des ressources consacrées à l'assurance qualité, susciter des débats publics plus objectifs en matière de qualité des soins, et fournir aux usagers (potentiels) de soins de longue durée des informations fiables concernant la qualité des services visés.

Les participants à l'examen par les pairs ont trouvé l'approche attrayante à de nombreux égards, en particulier pour ce qui concerne la pondération des besoins individuels de soins, mais ils ont également attiré l'attention sur certaines questions importantes de faisabilité et de coût.

Le rôle des gouvernements régionaux en Allemagne: la loi bavaroise sur la qualité des soins et du logement

Bien que les gouvernements régionaux et les autorités locales aient perdu la plus grande partie de leurs compétences en termes d'organisation des soins de longue durée, les secondes partagent la responsabilité publique de garantir les soins, dans le cadre de services municipaux d'intérêt général notamment (*Kommunale Daseinsvorsorge*), tandis que les premiers procèdent aux inspections dans les établissements de soins. En ce qui concerne cette mission d'inspection, le gouvernement bavarois a fait de l'unité d'inspection (*Heimaufsicht*) un département pour la qualité et l'inspection (*Fachbereich Qualität und Aufsicht* ou *FQA*), qui a élaboré des lignes directrices pour l'évaluation de la qualité dans les établissements de soins en se basant sur la loi bavaroise de 2009 sur la qualité des soins et du logement. Ces orientations se concentrent sur la qualité de vie des résidents des établissements en question, laquelle est évaluée dans le contexte de « situations clés » par rapport à des critères et indicateurs pertinents. L'observation, les entretiens et un dialogue entre auditeurs externes, et avec la direction de l'établissement, dans une perspective de consensus sont autant d'éléments qui étayent l'auto-évaluation et la rédaction d'un rapport destiné à aider



les usagers (potentiels) à juger de la qualité de l'établissement de soins concerné (Bayerisches Staatsministerium, 2009).

La loi bavaroise sur la qualité des soins infirmiers et des établissements de long séjour définit un certain nombre d'exigences de qualité, telles que le respect de la dignité, des intérêts et des besoins des résidents; la promotion de l'indépendance et de l'autodétermination; et une offre de services basée sur l'état actuel des connaissances spécialisées reconnues — autrement dit, les orientations sont essentiellement axées sur la dignité et la qualité de vie des résidents, sur les relations et sur le principe d'un soutien aux établissements pour les aider à développer la qualité.

La méthode d'évaluation intègre pleinement ces valeurs et se veut aussi transparente que possible en se penchant à la fois sur les facteurs objectifs et les facteurs davantage subjectifs pour parvenir à la formulation d'une appréciation finale et de propositions d'amélioration. Chacun des 480 auditeurs a dès lors suivi une formation de 12 jours avant de pouvoir appliquer les lignes directrices des FQA en matière d'audit, et d'être autorisé à effectuer des inspections dans des maisons de soins pour personnes âgées et des structures de soins pour personnes handicapées. L'audit est organisé de manière à correspondre aux activités quotidiennes de l'établissement, et il a lieu sans avertissement préalable. Les auditeurs se préparent à la visite en lisant les rapports des inspections précédentes, y compris ceux des MDK, et en étudiant la documentation de l'établissement.

La méthode d'audit présente les caractéristiques suivantes:

- une approche basée sur des études culturelles (axée sur la compréhension et l'exploration);
- la perception et la formation dynamique des avis;
- la responsabilisation des auditeurs, de l'équipe d'audit et des représentants de l'organisation;
- le respect de l'autodétermination et de l'individualité des résidents;
- une équipe pluridisciplinaire et la permanence de l'équipe d'audit;
- la focalisation sur la promotion de la qualité plutôt que sur un jugement à l'égard de l'organisation;



- l'audit envisagé comme un « moment de vérité » pour la mise en lumière des valeurs et des pratiques qui en découlent;
- une approche qualitative permettant de mettre en évidence des faits « subjectifs » et de les documenter en toute transparence.

L'audit se fonde sur un dialogue, sur une compréhension mutuelle et sur une relation de longue haleine dépassant le cadre de la journée d'inspection. La première étape consiste à chercher à comprendre de quelle manière l'établissement vise à satisfaire aux exigences réglementaires. Il est possible ensuite, en observant des « situations clés » durant une période déterminée, d'établir si le système de gestion est efficace au jour le jour. En vertu de la règle 50/30/20, 20% seulement du temps d'audit est consacré à l'étude des dossiers, 30% aux entretiens avec le personnel et 50% à des mises en situations impliquant des résidents. Chaque équipe d'audit comprend trois ou quatre membres appartenant à des disciplines différentes — il s'agit le plus souvent, en pratique, d'un médecin, d'un expert administratif, d'un socio-pédagogue et d'un spécialiste en soins. Durant toute la matinée, les auditeurs procèdent à l'évaluation des critères de qualité en s'appuyant sur les questions qu'ils ont préparées. Ils assurent ensuite un retour d'information vers les gestionnaires de l'établissement et, si possible, vers d'autres parties prenantes, en veillant à souligner les éléments positifs, mais en ne négligeant pas les éléments négatifs. Après avoir poursuivi ses travaux dans l'après-midi, l'équipe d'audit tient une réunion interne avant d'organiser une discussion de clôture avec des représentants de la direction et du personnel, voire, dans certains cas, des représentants du conseil des pensionnaires.¹¹

Les participants à l'examen par les pairs ont apprécié les avantages de cette approche par rapport à l'assurance qualité externe, tout en s'interrogeant sur la viabilité de deux types différents d'inspection qui demandent, l'un et l'autre, beaucoup de personnel et de temps. De l'avis général, l'approche des FQA est sans doute davantage axée sur l'amélioration de la qualité, tandis que les critères de transparence des MDK sont probablement orientés davantage vers la fourniture d'informations au public.

¹¹ Lignes directrices disponibles (en allemand) sur www.stmas.bayern.de/pflege/pruefung. La version 6.0 sera publiée en 2011.

Autres initiatives

L'assurance qualité et la promotion de la qualité sont, depuis quelques années, des problématiques clés à l'agenda politique de l'Allemagne. Le ministère fédéral de la Famille, des personnes âgées, des femmes et de la jeunesse, le ministère fédéral de la Santé et les gouvernements régionaux ont tous adopté une série de mesures destinées à améliorer le cadre de l'assurance qualité au niveau des soins résidentiels. On peut citer au titre de ces initiatives la « Table ronde des soins », qui a rassemblé l'ensemble des acteurs concernés et élaboré la « Charte des droits des personnes ayant besoin d'aide et de soins de longue durée », ainsi que des recommandations en vue de l'amélioration des conditions cadres des soins de longue durée face au défi du vieillissement démographique, concernant l'assurance qualité et son amélioration, etc. (DZA et al, 2005). Il convient de mentionner parmi les autres institutions organisant des débats sur la qualité, la Conférence fédérale sur l'assurance qualité en matière de santé et de soins de longue durée (*Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V./BUKO-QS*) et le Réseau allemand pour l'assurance qualité dans le domaine des soins de longue durée (*Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege/DNQP*), chargé de l'élaboration des normes d'experts en matière de soins.



C. Politiques et expériences des pays pairs

Autriche

L'Autriche est une république fédérale formée de neuf régions, qui ont chacune la responsabilité des soins de longue durée et de la définition des critères de qualité et de l'assurance qualité dans ce secteur. Les neuf cadres réglementaires différents ainsi institués se concentrent principalement sur les critères relatifs à la structure et au processus, tels que la dotation en effectifs et les conditions préalables en termes d'infrastructure. Plusieurs régions commencent à inclure la mise en place d'un système de gestion de la qualité parmi les exigences réglementaires pour l'obtention de l'accréditation. La large diffusion du nouveau système européen de gestion de la qualité pour les établissements de soins (E-Qalin) — développé avec des partenaires d'Allemagne, d'Italie, du Luxembourg et de Slovénie — fait que le nombre d'établissements dotés d'un système de gestion interne de la qualité est passé de 20 à plus de 200 en six ans, soit un chiffre qui représente un quart environ de l'ensemble des établissements de soins autrichiens. Ce système conjugue des instruments classiques de gestion de la qualité avec un développement organisationnel et des méthodes adaptées d'apprentissage et de formation. Il offre un point de départ potentiel pour l'autonomisation et la participation du personnel et d'autres parties prenantes à l'amélioration des processus et des résultats des services.

Un certificat national de qualité (NQZ), développé parallèlement aux inspections et concrétisé par les gouvernements régionaux, constitue une certification volontaire (audit externe) de systèmes accrédités de gestion de la qualité (ISO, QAP¹² et E-Qalin). Il est le fruit d'une collaboration entre le ministère du Travail, des affaires sociales et de la protection des consommateurs, la Fédération des établissements de soins et l'ensemble des gouvernements régionaux. L'audit NQZ se concentre sur la qualité telle qu'elle est perçue par les résidents, sur le niveau de qualification des effectifs, sur la gestion financière et des ressources humaines, ainsi que sur l'implication des proches, des autorités, du public et des médias. La viabilité et l'apprentissage intergénérationnel sont également pris en compte.

12 « La qualité en tant que processus » — évaluation des systèmes de gestion basée sur le modèle EFQML.



Le NQZ bénéficie d'un large soutien de la part des décideurs politiques aux niveaux fédéral et régional, tous s'accordant à dire qu'il doit rester volontaire. De l'avis général, en effet, un système obligatoire se traduirait par un abaissement des normes ou par des organisations qui mettent en œuvre une gestion de la qualité dans l'unique but de cocher des cases, et non dans leur propre intérêt.

Chypre

Le département des services sociaux (Social Welfare Services — SWS) du ministère du Travail et de la sécurité sociale est la seule instance chargée de l'assurance qualité dans les 120 établissements de soins environ que compte le pays. Pour être agréés, les établissements de soins résidentiels doivent faire l'objet d'une inspection par l'antenne locale du SWS; l'inspection se répète ensuite tous les six mois. Les établissements de soins ne sont pas tenus de se doter d'un système de gestion interne de la qualité, et ni les prestataires publics ni les prestataires privés n'ont introduit à ce jour de méthodes particulières d'assurance qualité interne.

L'inspection couvre les obligations légales, la qualification du personnel, le niveau des soins médicaux et sociaux, les éléments structurels (confort, sécurité et hygiène), la qualité des repas, le niveau nutritionnel, le traitement des pensionnaires et de leur famille, l'infrastructure, les activités de loisirs et l'ergothérapie, les contacts avec les proches et la communauté, et l'ambiance générale dans l'établissement.

Lorsqu'un établissement n'est pas conforme à un ou plusieurs critères, la direction en est avertie et dispose d'un délai pour remédier aux aspects critiques. L'établissement peut être fermé s'il n'est toujours pas conforme après une nouvelle inspection.

Espagne

L'Espagne a entrepris le remaniement complet de son système de soins de longue durée par la mise en œuvre de la Loi sur la promotion de l'autonomie personnelle et l'assistance aux personnes en situation de dépendance. Des normes et d'autres critères de qualité sont en cours d'élaboration et seront obligatoires pour tous les prestataires agréés. Les exigences seront précisées en ce qui concerne notamment: a) les ressources matérielles et les installations, b) les ressources



humaines — ratio en personnel et formation du personnel, c) les différents types de documents administratifs, d) l'accessibilité des locaux et l'environnement, e) la qualité des emplois, et f) l'amélioration permanente de la qualité.

La loi et les réglementations connexes stipulent pour la première fois l'obligation pour chaque prestataire d'être doté d'un système de gestion de la qualité. La réglementation précise de l'accréditation et de la passation de contrats est définie au niveau des Régions autonomes en leur qualité de principaux acheteurs de services de soins — ce qui a donné lieu à de fortes disparités régionales en termes d'exigences pour la création et l'exploitation d'un établissement de soins. Les compétences des Régions autonomes englobent également la création et l'actualisation de centres et de services destinés à faciliter l'accréditation requise pour assurer le respect des exigences et normes de qualité; l'inspection; et, s'il y a lieu, l'application de sanctions en cas de non-conformité. Les inspections portent sur les critères d'accréditation relatifs aux ratios en personnel et autres exigences structurelles, de même que sur les programmes plus spécifiques en matière d'hygiène et de soins.

26

Bien que la certification ne soit pas obligatoire, la plupart des prestataires participant à des appels d'offres compétitifs possèdent un système certifié de gestion de la qualité, basé le plus souvent sur la norme UNE ISO 9001 ou le modèle EFQM. Les prestataires seraient donc particulièrement intéressés d'associer leurs expériences de certification aux négociations complexes actuellement en cours au niveau du Conseil territorial, dans le cadre desquelles les différentes Communautés autonomes et l'État central tentent de trouver un consensus sur la mise en œuvre de la loi, sur ses exigences précises et sur des normes de qualité.

Estonie

La loi estonienne sur les services sociaux dispose que la responsabilité du suivi de la qualité des services incombe aux gouverneurs de comtés. La qualité est évaluée sur la base des exigences applicables aux prestataires de services, au personnel et aux locaux. Cependant, alors que ces exigences sont détaillées par la loi sur les services sociaux en ce qui concerne les services publics d'aide sociale — à l'intention des enfants et des personnes souffrant de troubles psychiques notamment — elles ne sont pas définies au niveau national en ce qui concerne d'autres services sociaux. En vertu du principe de l'autonomie locale, il



appartient aux autorités locales de fixer les exigences pour les services relevant de leur responsabilité, y compris les services de soins destinés aux personnes âgées, mais peu de municipalités l'ont fait. Des réglementations en matière de surveillance et d'inspection font également défaut, même si les gouverneurs sont censés présenter chaque année un rapport de surveillance au gouvernement, et s'ils ont le droit, en cas de constat de carences dans le cadre de cette surveillance, de proposer des mesures coercitives (suspension ou révocation de l'accréditation, résiliation du contrat, paiement d'amendes).

Des réglementations plus détaillées ont donc été élaborées concernant la prestation de services de soins de longue durée, à l'intention plus spécifique de personnes souffrant de troubles psychiques. Toute personne morale, tout organisme public local ou tout organisme géré par une autorité officielle qui souhaite prêter ce type de service doit être titulaire d'une licence d'activité valide octroyée par le Conseil des assurances sociales pour une période de cinq ans. Ce Conseil est également chargé du suivi et de la surveillance, et de mesures coercitives similaires à celles qui peuvent être prises par le gouverneur de comté. C'est ainsi notamment que le directeur général du Conseil des assurances sociales, qui conclut également des contrats avec des prestataires de services, peut refuser de signer un contrat avec un prestataire qui ne respecte pas les exigences fixées.

La réforme actuelle de la loi sur les services sociaux vise à améliorer la définition des exigences de qualité relatives aux différents services afin d'en faciliter le processus de surveillance.

Finlande

En Finlande, où le pourcentage de prestataires non publics est assez peu élevé, le cadre national pour des services de qualité aux personnes âgées, établi en 2001, a été actualisé en 2008 afin de tenir compte des stratégies gouvernementales, des objectifs de la politique nationale à l'égard des personnes âgées, des conclusions des évaluations cadres, des nouvelles données tirées de la recherche et de l'évolution du cadre opérationnel. Ce cadre national veut accroître le nombre de services d'aide aux personnes âgées vivant chez elles, et réduire la nécessité de soins résidentiels. Il vise également à améliorer l'accessibilité, la sécurité et le confort des structures de soins résidentiels à l'intention des personnes âgées.



Les municipalités et organisations de soins sont libres, en Finlande, de choisir leur mécanisme d'assurance qualité. L'une des démarches les plus fréquentes consiste à adopter un système de gestion de la qualité totale (TQM) ou le modèle « Tableau de bord prospectif » (TBP), qui impliquent l'ensemble de l'organisation selon un processus descendant. Près d'un tiers de l'ensemble des municipalités, qui restent les principaux prestataires de services, utilisent des indicateurs tirés de l'Inter-RAI (*Resident Assessment Instrument*) pour développer leurs services et fixer des points de référence. Les organisations utilisent pour leur part des indicateurs à des fins d'évaluation comparative pour agir directement sur l'amélioration des soins et le bien-être des clients. Les séries de données RAI permettent en outre de calculer le prix des services sur la base de « groupes d'utilisation des ressources » (RUG).

La collecte et l'analyse des données, de même que des formations régulières sur ces questions, sont soutenues par l'Institut national pour la santé et la protection sociale (THL). Une formation du personnel axée sur l'utilisation des instruments et de leurs résultats est proposée deux fois par an; une autre formation est organisée à l'intention des gestionnaires et concerne le mode d'utilisation des rapports sur la performance; enfin, un groupe d'experts analyse et réexamine régulièrement les critères.

Cette approche de l'assurance qualité et de la promotion de la qualité est à l'origine d'importants processus d'amélioration. Les autorités régionales de surveillance peuvent uniquement procéder à des inspections sur place lorsqu'une plainte est déposée à l'encontre d'un établissement particulier. Les services d'inspection indiquent néanmoins qu'ils ne disposent pas de ressources suffisantes pour assurer un suivi approfondi de toutes les plaintes dont ils sont saisis.

France

Plusieurs organismes sont chargés, en France, du contrôle de la qualité dans les établissements de soins pour personnes âgées: l'Inspection générale des affaires sociales, mais également les autorités locales et les instances compétentes en matière d'assurance maladie. L'obligation d'adopter un système d'assurance qualité dans les établissements de soins a été instaurée en 1997 dans le cadre d'accords tripartites entre l'autorité compétente en matière d'assurance maladie, l'autorité locale (Département) et l'établissement de soins résidentiels. Il dé-



coule de cette exigence que plusieurs mesures ont été introduites pour faciliter l'évaluation interne de la qualité. On peut citer à cet égard :

- la nouvelle fonction de « médecin coordonnateur » dans les établissements de soins, instituée pour garantir l'application des meilleures pratiques gérontologiques, et pour faciliter la programmation des soins et l'évaluation régulière de leur qualité;
- l'outil d'auto-évaluation ANGELIQUE — dont l'utilisation reste très répandue;
- certains établissements ont acquis une certification tierce partie (AFNOR ou SGC-Qualicert), bien que ces certifications privées ne remplacent pas les évaluations externes exigées par la loi.

Une évaluation externe n'est effectuée que tous les cinq à sept ans. Depuis 2002, une évaluation externe doit obligatoirement être effectuée par un organisme agréé dans les sept ans qui suivent l'octroi de l'autorisation de créer un établissement de soins (le résultat de cette évaluation doit être disponible deux ans avant l'expiration de l'autorisation, autrement dit après cinq ans, afin d'étayer la décision quant au renouvellement de cette agrégation).

29

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) a été fondée en 2007 pour évaluer et adapter les lignes directrices et recommandations en vue de services sociaux et de santé de qualité; s'appuyant sur les bonnes pratiques, l'Agence vise à aider les prestataires à mettre en œuvre des processus d'évaluation interne et externe de la qualité. Elle autorise également des tierces parties (organismes de conseil, de certification ou de formation) à procéder aux audits externes évoqués plus haut.

Bien que des inspections portant sur le respect des exigences en matière de structures, de sécurité et d'hygiène soient également et régulièrement effectuées par des autorités régionales ou locales (Département, Conseil général), l'approche française du développement de la qualité s'appuie essentiellement, à l'heure actuelle, sur des mesures d'incitation à l'intention des prestataires et sur des possibilités d'amélioration inspirées par des exemples de bonnes pratiques.



Luxembourg

Les responsabilités en matière de soins de longue durée sont réparties, au Luxembourg, entre le ministère de la Santé et de la sécurité sociale (au travers de l'assurance soins de longue durée principalement) et le ministère de la Famille et de l'intégration. Ce dernier a fixé les normes minimales à respecter pour l'agrément des prestataires de soins résidentiels, et le ministère de la Santé et de la sécurité sociale a institué une « Commission de qualité » pour réglementer la prestation de services dans le cadre de l'assurance soins de longue durée. Cette commission, composée de représentants de toutes les parties prenantes, a défini des normes de qualification et veille à promouvoir des normes et lignes directrices d'experts dans la perspective de bonnes pratiques dans toute une série de domaines (l'hygiène dans les établissements de soins de longue durée, par exemple).

L'assurance qualité est garantie par les deux instances de tutelle. Le ministère de la Famille et de l'intégration effectue des visites de suivi au titre de la réglementation légale de l'agrément des prestataires. La conformité aux accords contractuels est contrôlée une fois par an au moins, afin de s'assurer de cette conformité et du respect de normes minimales en termes de qualité structurelle et opérationnelle. Des expériences sont échangées, et des mesures correctives parfois suggérées, durant ces visites annoncées. La cellule d'évaluation et d'orientation se charge pour sa part de se rendre dans les établissements pour s'assurer qu'ils respectent les procédures en matière d'assurance soins de longue durée.

Aucune obligation légale n'est prévue en ce qui concerne la gestion interne de la qualité, mais les principaux gestionnaires d'établissements de soins ont décidé, à titre volontaire, d'appliquer des méthodes certifiées de gestion de la qualité telles que E-Qalin, EFQM ou ISO.

Un dialogue entre régulateurs et prestataires est envisagé pour l'avenir afin d'adapter les normes légales et les critères de qualité en vigueur; de mettre en œuvre un « Plan d'urgence »; et de développer un nouveau cadre normatif destiné à générer de nouveaux types d'établissements de soins et d'assurer ainsi des services répondant aux différents besoins.



République tchèque

En République tchèque, où les réformes ont donné lieu à un partage complexe des responsabilités, les conditions d'enregistrement et les obligations des prestataires de services ont été fixées par la loi de 2006 sur les services sociaux, laquelle a également renforcé les droits des clients et des résidents. Quinze normes de qualité sociale, portant pour la plupart sur des aspects structurels et techniques tels que la dotation en effectifs, sont ainsi contrôlées lors de l'inspection des services gérés par les régions, effectuée par le ministère fédéral du Travail et des affaires sociales, et lors de l'inspection des services fournis par des ONG ou des municipalités, effectuée par les régions. Tous les services sociaux seront inspectés au cours des sept prochaines années.

Au niveau des organisations de prestataires, plusieurs projets ont été menés — avec le soutien du Fonds social européen — dans une perspective d'amélioration de la qualité: c'est ainsi que le transfert du système E-Qalin vers la République tchèque est en cours; que des systèmes de qualité ISO et EFQM sont déjà appliqués par vingt à trente maisons de soins; et qu'un projet prévu en 2011 vise à mettre un cadre commun d'évaluation (CAF), généralement réservé à l'administration publique et aux écoles, à la disposition des établissements de soins dans un délai de deux ans. Un autre projet, intitulé Quality Mark, est géré par l'association tchèque des prestataires de soins en concertation avec d'autres parties prenantes, y compris les usagers.

Suède

La responsabilité des soins aux personnes âgées incombe, en Suède, à trois autorités agissant à des niveaux différents. À l'échelon national, les objectifs stratégiques et les lignes directrices générales sont mis en œuvre par le Parlement et le gouvernement, et les organismes sous la tutelle de ce dernier: c'est ainsi par exemple que le Conseil national pour la santé et le bien-être est chargé de la surveillance, du suivi et de l'évaluation des services organisés par les conseils municipaux et de comtés. À l'échelon régional, vingt conseils de comtés assurent la prestation des soins médicaux et de santé. Et à l'échelon local, les 290 municipalités du pays ont l'obligation légale de répondre aux besoins des citoyens âgés en termes de services sociaux et de logement. Les autorités locales sont des entités autonomes habilitées à interpréter la législation nationale, en l'occurrence la loi sur les services sociaux et la loi sur la santé publique et les services médicaux.



L'assurance qualité externe n'est généralement mise en œuvre dans les établissements de soins, dont 85% sont gérés par les autorités locales, qu'en cas de plainte ou de signalement d'abus dans le cadre du suivi externe effectué par le Conseil national pour la santé et le bien-être.

Il existe un autre outil visant à la transparence de la qualité dans les établissements et services de soins: il s'agit du site Web « Elderly Guide » destiné aux personnes âgées et à leurs familles en quête d'informations sur la qualité des soins dans les différentes municipalités. Ce guide contient des renseignements communiqués par les municipalités, et généralement recueillis une fois par an à l'aide d'enquêtes spéciales, en rapport avec 36 indicateurs axés sur les unités individuelles de logements spéciaux, les services d'aide à domicile et les services de garde de jour. Le guide aborde la qualité dans ses multiples dimensions: accessibilité, implication des usagers, dotation en effectifs, formation et stabilité du personnel soignant, indépendance de l'utilisateur, repas, soutien aux aidants familiaux, implication du médecin, services et soins infirmiers préventifs, gestion, suivi et communication d'informations. Les résultats peuvent être consultés de plusieurs manières, étant présentés sous la forme de tableaux récapitulatifs, de graphiques ou d'un rapport général, et les visiteurs du site peuvent sélectionner les municipalités ou les unités qu'ils souhaitent comparer (ministère suédois de la Santé et des affaires sociales, 2007).

D'autres actions sont en cours en vue d'une meilleure coordination entre la législation en matière de santé et celle qui concerne les services sociaux, y compris une approche plus systématique de la gestion de la qualité incluant des auto-évaluations régulières, un suivi et un retour d'information sur les expériences. La tendance générale s'oriente toutefois vers la surveillance d'indicateurs de performance reflétant la qualité perçue par les personnes âgées elles-mêmes, et porte moins sur les aspects structurels et organisationnels. Cette approche, qui se fonde sur les enquêtes effectuées auprès des usagers depuis 2008, trouve sa consécration dans la récente législation nationale qui dispose qu'à partir du 1er janvier 2011, les valeurs éthiques et la dignité des personnes âgées doivent être respectées en matière de soins. Le grand défi à relever par les municipalités — et le Conseil national pour la santé et le bien-être — va donc consister à mettre au point des indicateurs capables de mesurer la « dignité » et autres valeurs éthiques, ainsi que « l'évolution des attitudes ».



D. Discussions lors de l'examen par les pairs

Trois aspects majeurs ont été mis en évidence à la suite des présentations faites lors de l'examen par les pairs: la transférabilité et la durabilité des outils d'assurance qualité externe décrits; la pertinence des méthodes et instruments d'assurance qualité; et des aspects plus généraux concernant le développement de systèmes de soins de longue durée.

Durabilité et transférabilité

Face au large éventail d'activités menées en Allemagne dans le domaine de l'assurance qualité, les participants se sont demandé comment ces diverses initiatives à l'échelon national et régional, et à l'échelon de la recherche scientifique, pouvaient être coordonnées dans la pratique quotidienne des établissements de soins. Le coût élevé des inspections (MDK) et des audits externes (FQA) ont été considérés comme une entrave à leur transfert vers d'autres pays — dont la plupart se sont d'ailleurs déjà dotés d'autres méthodes et approches.

Le coût (environ 4 500 € en moyenne par établissement de soins) et le nombre d'inspecteurs qualifiés requis pour procéder aux inspections annuelles des MDK — dans 11 000 établissements de soins environ et chez plus de 12 000 prestataires de soins à domicile — sont effectivement considérables. Le financement s'organise aujourd'hui dans le cadre de l'assurance soins de longue durée, mais la viabilité à terme de cette approche va exiger une diminution des inspections — dans les établissements très performants, par exemple. Les audits des FQA demandent jusqu'à quatre auditeurs par établissement et douze journées de formation individuelle pour les 450 auditeurs environ. Peut-être deviendra-t-il nécessaire de rendre les approches davantage compatibles en dépit de leurs objectifs distincts — l'inspection de transparence des MDK visant principalement à informer le public, et l'audit des FQA visant à aider les établissements de soins dans le développement de leur qualité et à évaluer l'efficacité de ce processus.

En complément des discussions au niveau des MDK et FQA, les autorités bavaroises et le ministère fédéral de la Santé pourraient commanditer une analyse coûts-avantages de l'assurance qualité des soins de longue durée en Allemagne afin d'en étudier les perspectives à moyen terme.

Méthodes et instruments de l'assurance qualité

À l'heure où les systèmes de soins de longue durée font tout juste leur apparition en Europe, il n'est guère surprenant que les méthodes destinées à les définir, les évaluer et les développer nécessitent encore une mise au point; la grande diversité des approches adoptées va d'ailleurs s'avérer utile à longue échéance, lorsqu'une gamme complète d'approches pourra être évaluée. Les discussions sont encore loin d'être « européennes ». Les différents pays ont respectivement développé des approches répondant à leurs propres besoins et s'inscrivant dans leurs propres traditions. On a assisté jusqu'ici à une adaptation de systèmes généraux de gestion de la qualité (ISO, EFQM) aux contextes locaux et organisationnels, et peu d'outils plus spécifiques de gestion (E-Qalin) ou d'évaluation (Inter-RAI) de la qualité ont acquis une envergure transnationale.

Les comparaisons et l'évaluation comparative (*benchmarking*) continueront de poser une difficulté majeure dans la mesure où les instruments doivent répondre aux besoins différenciés des usagers de services de soins de longue durée et des pensionnaires d'établissements de soins de longue durée.

34

Le perfectionnement des méthodes permettant de recueillir des échos de la part des résidents, de leurs familles et de leurs amis, de même que de la part du personnel et d'autres parties prenantes, s'avère déterminante pour promouvoir la transparence et améliorer les évaluations axées sur les résultats obtenus. Il a été souligné en effet que tout instrument ou méthode utilisée doit se fonder sur l'implication des différentes parties prenantes et sur l'existence d'une confiance mutuelle — une véritable transparence étant impossible à atteindre aussi longtemps que la gestion de la qualité est perçue comme une nécessité uniquement destinée à faire plaisir aux inspecteurs. Le fait que les mesures coercitives soient relativement faibles dans ce secteur le confirme. La fermeture d'un établissement de soins parce qu'il ne satisfait pas aux exigences de qualité constitue le tout dernier ressort des pouvoirs publics: la fermeture de 4 établissements de soins seulement, sur les 2 000 environ en exploitation en Bavière, a été ordonnée en 2007–2008.

Enfin, des disparités en termes de dotation en personnel, de conditions de travail, et de formation de la direction et du personnel posent problème. La formation de base et la formation continue se sont améliorées dans la plupart des pays, mais les politiques futures vont être confrontées à une pénurie imminente de main-d'œuvre dans le secteur des soins de longue durée — et devront s'effor-



cer de conserver le personnel à l'aide de formations et de conditions de travail attrayantes.

Financement des développements futurs

Il est évident que le développement de la qualité et l'assurance qualité dans le domaine des soins de longue durée demandent des investissements supplémentaires et un financement stable. La question de savoir dans quelle mesure il pourrait être fait appel, en complément du financement national, au Fonds social européen (FSE) pour soutenir des formations supplémentaires et des approches innovantes, a été soulevée. Le FSE soutiendra, au cours de sa prochaine période de programmation, l'ensemble des objectifs de la stratégie « Europe 2020 », en ce compris la lutte contre l'exclusion sociale. Des projets visant à promouvoir la participation de personnes âgées pourraient donc bien être éligibles et bénéficier d'un financement, dans les nouveaux États membres en particulier.

E. Conclusions et principaux enseignements

La qualité souhaitable et durable des soins de longue durée doit être définie dans le cadre de débats politiques impliquant toutes les parties prenantes

Certains pays ont obtenu des résultats tangibles en intensifiant le débat social et politique sur les soins de longue durée; d'autres en sont à peine à reconnaître les problèmes posés par ce type de soins. L'Allemagne a jeté les bases d'avancées supplémentaires en introduisant l'assurance soins de longue durée, laquelle a suscité de nouveaux débats dans le cadre de la « Table ronde sur les soins », de la réforme de 2008 et des nouvelles approches pour le suivi de la qualité dans les établissements et les services de soins. En Finlande, les débats relatifs au cadre national de qualité pour les services aux personnes âgées ont amorcé des investissements considérables dans l'amélioration de la qualité. Il est intéressant de noter que les pays nordiques ont opté pour une approche fondée sur les incitations, la formation et la transparence, plutôt que sur les seules inspections. L'orientation générale vers un suivi de la qualité des résultats obtenus et de la qualité telle qu'elle est perçue par les résidents et clients (Suède, Angleterre et partiellement Allemagne) va s'accompagner de nouveaux défis en termes de pistes et de méthodes pour garantir la qualité. Certains de ces aspects ont été abordés au cours de l'examen par les pairs.

Un problème persiste dans tous les pays: il s'agit du dialogue entre secteur des soins de santé et secteur de l'aide sociale, et de la coordination de services fragmentés. Certains pays ont développé un concept des soins de longue durée axé sur les services médicaux, tandis que d'autres se sont davantage concentrés sur les services sociaux. L'objectif général est de permettre aux personnes requérant des soins de longue durée de rester chez elles le plus longtemps possible, mais les services et les mécanismes de soutien font encore défaut dans la plupart des pays.

À l'échelon européen, les débats en cours dans le cadre des services sociaux d'intérêt général ont progressé avec l'accord sur le cadre européen volontaire pour la qualité, lequel pourrait servir de base à un débat national, en particulier dans les pays où les services de soins de longue durée ne sont encore guère développés.



Des normes minimales et des inspections pour en contrôler le respect sont nécessaires, mais ne garantiront pas le développement d'une réflexion sur la qualité au sein même des établissements de soins

L'examen par les pairs a rappelé une nouvelle fois que le développement général d'une assurance qualité se base sur la définition de normes minimales; sur un contrôle de la qualité des structures et des processus basé sur des indicateurs de résultats; et sur des procédures de suivi plus sophistiquées alliant méthodes de gestion interne de la qualité avec audits externes (certification) et mesures d'incitation à l'amélioration permanente. Les exemples de l'Allemagne et de la Bavière illustrent la réussite de cette stratégie, même si la possibilité de maintenir et d'harmoniser la coexistence de ces deux approches distinctes dans le pays doit encore être démontrée.

D'autres stratégies se sont avérées efficaces. Ainsi l'exemple espagnol atteste-t-il que la certification et la gestion interne de la qualité au niveau des prestataires peut également améliorer la base de connaissances que l'administration publique locale pourra utiliser et qui alimentera les débats nationaux. L'exemple autrichien révèle pour sa part une conjugaison intéressante de stratégies descendante et ascendante: les prestataires développent et appliquent une gestion interne de la qualité (E-Qalin, QAP, ISO) tandis qu'un audit externe effectué par une tierce partie est reconnu par le ministère du Travail, des affaires sociales et de la protection des consommateurs en tant que « Certificat national de qualité ».

Il convient d'intensifier le dialogue entre acheteurs publics, prestataires et autres parties prenantes, y compris les résidents et leurs familles, à propos des méthodes, critères et indicateurs de qualité afin d'assurer la durabilité de ces systèmes; une incertitude persiste néanmoins sur le point de savoir si des systèmes parallèles d'inspection — nationaux et régionaux — et la certification par une tierce partie sont une approche réaliste à longue échéance. Un accent particulier devrait être mis en outre, lors de la préparation de réformes dans ce domaine, sur les questions suivantes (voir les pays pairs pour une aide ou des informations):

- la fréquence des inspections ou des audits externes: en quelles circonstances ces inspections ou audits doivent-ils avoir lieu chaque année (Allemagne, Luxembourg, Chypre), tous les cinq ans (France) ou uniquement sur demande à la suite de plaintes (Finlande, Suède)?

- la formation des inspecteurs ou auditeurs: quel type de formation? Qui doit la suivre et pendant combien de temps: douze jours comme en Bavière? Dix jours comme en Autriche (NQZ)? Les inspecteurs doivent-ils travailler seuls (Espagne), à deux (MDK en Allemagne) ou en équipe pluridisciplinaire pouvant compter jusqu'à quatre membres (Bavière)?
- comment le dialogue entre inspecteurs/auditeurs et associations de prestataires peut-il s'organiser (FQA en Bavière, NQZ en Autriche, MDK en Allemagne)? Et quelles seraient les mesures susceptibles d'inciter les prestataires à adapter leur gestion interne de la qualité aux méthodes d'inspection (Espagne, France)?
- comment conjuguer différentes approches de la gestion de la qualité avec les critères définis par les administrations publiques (Espagne)?

Une gestion interne de la qualité constitue la base indispensable d'une évaluation externe de la qualité et réclame des mécanismes de soutien à l'intention de la direction et du personnel des établissements de soins

38

Les présentations et discussions intervenues au cours de l'examen par les pairs ont mis en lumière le développement d'un nombre impressionnant d'initiatives et de systèmes en matière de qualité dans les différents pays pairs. Il apparaît clairement que plus le système d'inspection externe est sophistiqué, plus il demande une gestion interne adéquate de la qualité — faute de quoi les systèmes d'inspection, aussi avancés soient-ils et même s'ils s'appuient sur une approche de partenariat et de gestion de la qualité, ne stimuleront pas une amélioration permanente de la qualité.

La mise en œuvre d'une gestion de la qualité dans les établissements de soins exige un leadership adéquat et une bonne gestion des ressources humaines, car le personnel et la direction de ces établissements ne sont généralement pas encore familiarisés avec le processus de réflexion sur la qualité; en d'autres termes, il faut prévoir à leur intention une formation en matière de gestion de la qualité, mais également en matière de gestion de projets, de facilitation de groupes, de communication et d'organisation des relations entre personnel, résidents et autres parties prenantes dans le cadre des établissements de soins. Une approche fondée sur l'apprentissage tout au long de la vie, allant au-delà de la formation légalement obligatoire, est souvent recommandée.



L'évaluation comparative (*benchmarking*) de la qualité des soins restera l'exception sauf en cas de gestion interne de la qualité et d'investissements importants. Des approches différentes de ce type d'évaluation sont expérimentées en Allemagne et en Finlande: l'une et l'autre requièrent des investissements majeurs — en formation entre autres, ici également — et pourraient ne pas être applicables dans tous les pays.

Le développement de la gestion de la qualité va dépendre de la mesure dans laquelle les parties prenantes concernées seront disposées à investir dans la professionnalisation de l'ensemble du secteur des soins. Investir uniquement dans l'assurance qualité externe ne suffira pas à garantir la transparence et l'amélioration permanente.

Références

Arntz, M., Sacchetto, R., Spermann, A., Steffes, S. & S. Widmaier (2007), *The German Social Long-Term Care Insurance — Structure and Reform Options*. Mannheim: IZA Discussion Paper n° 2625; ZEW Discussion Paper.

Barthel, P. (2009), *Qualitätssicherung in der Altenpflege*. Hambourg: Igel Verlag.

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Frauen (2009), *Prüfleitfaden für Einrichtungen der Pflege und Behindertenhilfe in Bayern*. Munich: BSASFF.

Berschneider, J., Schulte, T. (2009), *Gesundheits- und Seniorenimmobilien: Versorgungsstrukturen im Umbruch — Pflegeheime zwischen Versorgungsqualität und Investmentprodukt*. Hambourg: Hafencity Universität Hamburg.

Bertin, G., Leichsenring, K. (2003), « *La regolazione delle politiche sociali nei Paesi dell'Unione Europea a partire dai sistemi locali* » dans: Messina, P. (a cura di) *Sistemi locali e spazio europeo*. Roma: Carocci: p. 188–204.

Bieback, K.-J. (Hg.) (2009), *Die Reform der Pflegeversicherung 2008*. Berlin: LitVerlag.

Billings, J., Leichsenring, K. (Ed.) (2005), *Integrating health and social care services for older persons. Evidence from 9 European countries*. Aldershot: Ashgate.

Blonski, H. (Hg.) (1999), *Qualitätsmanagement in der Altenpflege — Methoden, Erfahrungen, Entscheidungshilfen*. Hagen: Brigitte Kunz Verlag.

Bundesministerium für Gesundheit (2008), *Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*. Berlin: BMG.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006), *Erster Bericht über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner*. Berlin: BMFSFJ.

Care Quality Commission/CQC (2010), *Essential standards of quality and safety. Guidance about compliance*. Londres: CQC.

Centre européen de recherche en politique sociale (coordinateur) (2010), *Measuring Progress: Indicators for Care Homes*. Vienne: www.euro.centre.org/detail.php?xml_id=1396.

Commission des Communautés européennes (2005), *Travailler ensemble, travailler mieux: Un nouveau cadre pour la coordination ouverte des politiques de protection sociale et d'inclusion sociale dans l'Union européenne*. Bruxelles: CCE [COM(2005) 706 final, 22.12.2005].

Commission des Communautés européennes (2007), *Les services d'intérêt général, y compris les services sociaux d'intérêt général: un nouvel engagement européen*. Bruxelles: CCE [COM (2007) 725 final, 20.11.2007].

Commission européenne, Direction générale Affaires économiques et financières (2009) *Rapport 2009 sur le vieillissement: projections économiques et budgétaires dans les États membres de l'UE-27 (2008–2060)*. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes [Économie européenne 2/2009].



Deutsches Zentrum für Altersfragen/Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege (2005), *Runder Tisch Pflege. Arbeitsgruppe II: Verbesserung der Qualität in der Stationären Betreuung und Pflege, Anhang Empfehlungen für die Praxis*. Berlin: DZA (www.dza.de).

Di Santo, P., Ceruzzi, F. (2010), *Migrant care workers in Italy. A case study*. Rome/Vienne: Centre européen (Rapport n° 4 projet INTERLINKS).

Döhner, H., Lüdecke, D., Eickhoff, V. (2008), « *Migrant Workers in Home Care for Older People in Germany: The Use and Problems of Legal and Irregular Care* ». Dans: GeroBilim — Journal on Social & Psychological Gerontology 01/08: p. 2–13.

Garms-Homolová, V., Roth, G. (2004), *Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegegemängeln: Forschungsbericht*. Düsseldorf: Enquetekommission 'Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen' des Landtags von Nordrhein-Westfalen.

Gebert, A.J., Kneubühler, H.-U. (2003), *Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Alters- und Pflegeheimen. Plädoyer für ein gemeinsames Lernen*. Bern etc.: Huber.

Glendinning, C. (2009), *Combiner choix, qualité et égalité au niveau des services sociaux*, Rapport de synthèse pour l'Examen par les pairs en matière de protection sociale et d'inclusion sociale, Danemark.

Hasseler, M., Wolf-Ostermann, K./Nagel, M. & S. Indefrey (2010), *Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege — Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich*. Hambourg/Berlin: HAW/ASH.

Huber, M., Maucher, M. & B. Sak (2008), *Study on Social and Health Services of General Interest in the European Union*. Vienne/Bruxelles: Centre européen de recherche en politique sociale, ISS, CIRIEC.

Igl, G., Naegele, G. & S. Hamdorf (Hg.) (2007), *Reform der Pflegeversicherung — Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen*. Münster: LIT-Verlag.

Marin, B., Leichsenring, K., Rodrigues, R. & M. Huber (2009), *Who Cares? Care coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European Union. Document d'information pour la conférence « Vieillesse en bonne santé et dans la dignité » organisée à Stockholm les 15 et 16 septembre 2009*. Vienne: Centre européen de recherche en politique sociale.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (2007), *Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI*. Essen: MDS.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (2009), *Qualitätsprüfungs-Richtlinien, MDK-Anleitung, Transparenzvereinbarung. Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege*. Essen: MDS.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (2010), *Evaluation der Transparenzvereinbarungen. Quantitative und qualitative Auswertung der Transparenzergebnisse der Medizinischen Dienste für die stationäre und ambulante Pflege*. Essen: MDS — disponible sur: http://www.mds-ev.de/media/pdf/100216_Abschlussbericht_Transparenz_FINAL.pdf.



Nakrem, S., Guttormsen Vinsnes, A., Harkless, G.E., Paulsen, E. & A. Seim (2008), « *Nursing sensitive quality indicators for nursing home care: International review of literature, policy and practice* ». Dans: *International Journal of Nursing Studies*, vol. 46: p.48–857.

Nies, H., Leichsenring, K., Van der Veen, R./Rodrigues, R., Gobet, P., Holdsworth, L., Mak, S., Durrett, E. H., Repetti, M., Naiditch, M., Hammar, T., Mikkola, H., Finne-Soveri, H., Hujanen, T., Carretero, S., Cordero, L., Ferrando, M., Emilsson, T., Ljunggren, G., Di Santo, P., Ceruzzi, F. & E. Turk (2010), *Quality Management and Quality Assurance in Long-Term Care — European Overview Paper*. Utrecht/Vienne: Stichting Vilans/Centre européen de recherche en politique sociale (Rapport n° 2 projet INTERLINKS).

Pavolini, E., Ranci, C. (2008), « *Restructuring the welfare state: reforms in longterm care in Western European countries* ». Dans: *Journal of European Social Policy*, vol. 18, n° 3: p. 246–259.

Peters, A. (2006), « *Strategische Ziele finden und umsetzen — Was können Führungssysteme wie die Balanced Scorecard leisten?* ». Dans: Blonski, H. (Hg.) *Strategisches Management in Pflegeorganisationen*. Hanovre: Schlütersche: p. 131–150.

Rothgang, H., Engelke, K. (2009), *Soins de longue durée: comment proposer des soins de longue durée qui soient abordables et viables compte tenu des contraintes au niveau des dispositions collectives (par rapport aux dispositions individuelles) et des responsabilités*. Rapport de synthèse pour l'Examen par les pairs en matière de protection sociale et d'inclusion sociale, Pays-Bas.

Sorenson, C. (2007), « *The US experience in long-term care quality measurement* ». Dans: *Euro Observer*, vol. 9, n° 2: p. 5–6.

Wiener, J.M., Tilly, J., Howe, A., Doyle, C., Evans Cuellar, A., Campbell, J. & N. Ikegami (2007), *Quality Assurance for Long-Term Care: The Experiences of England, Australia, Germany and Japan*. Washington: AARP.





<http://www.peer-review-social-inclusion.eu>

Qualité de vie dans les établissements de soins de longue durée

Pays hôte : **Allemagne**

Pays pairs : **Estonie, Finlande, France, Luxembourg, Suède, Espagne, République Tchèque, Chypre, Autriche**

Selon les prévisions actuelles, la population européenne âgée de 65 ans et plus devrait augmenter de 77% environ entre 2004 et 2050, et cette progression est appelée à s'accompagner d'une forte hausse du nombre de personnes requérant des soins de longue durée. Un continuum de services, qui va des maisons de soins à des structures non institutionnelles, s'est créé pour répondre à la demande de ce type de soins – mais leur qualité s'avère souvent difficile à garantir.

De nombreuses initiatives ont été lancées un peu partout en Europe pour évaluer et réglementer la qualité des soins de longue durée aux personnes âgées, et l'examen par les pairs organisé par l'Allemagne vise à encourager les États membres à échanger leurs expériences diverses en la matière.

L'un des grands axes autour duquel s'articulera l'examen sera l'assurance d'une qualité de vie qui soit objectivement bonne pour l'ensemble des résidents. Le gouvernement de Bavière a adopté différentes mesures dans ce sens, parmi lesquelles l'octroi d'une aide d'un million d'euros par an environ pour l'organisation de formations dans le cadre de l'emploi ou en dehors de celui-ci.