

LE CONCEPT DE QUALITÉ EN FRANCE ET EN ESPAGNE

EN RELATION AVEC LES ÉTABLISSEMENTS HÉBERGEANT DES PERSONNES DÉPENDANTES

AJOUTER DES ANNÉES
À LA VIE, OUI !
MAIS SURTOUT, AJOUTER
DE LA VIE AUX ANNÉES !



Sistema para la Autonomía
y Atención a la Dependencia

Pr. Alfonso López de la Osa Escribano
Université de Pau – 21 Septembre 2012

PLAN

Introduction

I – Concept de qualité de soins, perspective de gestion du risque: méthodes d'évaluation et d'accréditation

A. La gestion du risque

B. Les méthodes d'évaluation pour améliorer la qualité

II – Le concept de qualité de soins aux personnes dépendantes, perspective légale

A. La qualité dans la prestation de soins aux personnes dépendantes en Espagne

B. La qualité dans la rénovation de l'action sociale et médico-sociale en France

Conclusion

Introduction

Le concept de qualité en France et en Espagne :

Dictionnaire de la RAE

La qualité « propriété ou ensemble de propriétés inhérentes à quelque chose qui permettent de juger sa valeur ».

Aussi, « **bonne qualité, supériorité ou excellence** », voire « caractère, génie, nature », « condition ou exigence mise dans un contrat ».

Le terme qualité, plusieurs sens, plusieurs nuances.

➤ Dans un sens large il s'agit des vertus ou de la nature de quelque chose.

Dictionnaire Larousse :

Aspect, manière d'être de quelque chose, ensemble de modalités sous lesquelles quelque chose se présente ;

Ensemble des caractères, des propriétés qui font que quelque chose correspond bien ou mal à sa nature, à ce qu'on attend.

Ce qui rend quelque chose supérieur à la moyenne.

Chacun des aspects positifs de quelque chose qui font qu'il correspond au mieux à ce qu'on attend.

Trait de caractère, manière de faire, d'être que l'on juge positivement.

Dans les actions médicales et médico-sociales : Comment mesurer la qualité ?

Concept de qualité: **évolutif**. Conception de la qualité: évolutive, durable et équilibrée.

Autrefois: La qualité associée à une question **matérielle** (de niveau de vie)

➤ Aujourd'hui le concept de qualité est associé non seulement à des questions **physiques** mais aussi **éthiques**.

Il existe **plusieurs modèles** pour donner des soins à des personnes dépendantes.

➤ Il faut chercher quel est le système qui donne le plus de couvertures

➤ Qui obtient le plus de ressources pour pouvoir donner des soins de qualité aux personnes dépendantes, de manière individuelle et personnalisée.

Trois types d'établissements sociaux et médico-sociaux: typiquement publics, mixtes, purement privés.

En plus en Espagne, **questions de compétences** de Communautés Autonomes en matière de services sociaux qui fait en sorte que plusieurs systèmes peuvent se créer.

Lorsque l'on parle des **personnes dépendantes**, nous pensons à trois sortes de personnes âgées : les personnes âgées pleinement autonomes, des personnes âgées dépendantes, et des personnes âgées autonomes mais qui peuvent basculer vers la dépendance.

Au système déjà existant **d'assurance**, financement, planification, couverture de la prestation médico-sociale, il faut ajouter la **dépendance** et le fait que de plus en plus les personnes âgées, peuvent avoir besoin **d'aide**.

Mais une aide de qualité, comment est-elle mesurée?

I - Le concept de qualité lors de l'attention aux personnes dépendantes : Perspective de gestion du risque: méthodes d'évaluation et accréditation

A. La gestion du risque : le contrôle de qualité

De plus en plus de personnes âgées, qui pourront devenir dépendantes.

La qualité dans la prestation de soins: mesurée à l'aide de **paramètres** et d'indicateurs.

➤ Mais elle doit toutefois être une exigence **éthique**.

L'éthique dans les institutions de santé, élément central qui promeut la prise de décision cherchant **l'excellence**. L'excellence technique et éthique.

La qualité du service dans les établissements hébergeant des personnes dépendantes, **n'est pas une question sérieuse**.

Chaque **patient**, nouvelle situation génératrice d'incertitude, c'est le principal moteur de la prestation de soins.

La médecine, n'étant pas une science exacte, pas possible d'établir de **protocoles** extraordinairement rigides, ni des lois créant des systèmes trop **contraignants**. A chaque patient, ses soins, sa prestation de santé: rapprochement de la médecine; juste mesure des statistiques.

Ainsi: on trouve la **solution** au problème du patient, comme il le veut, constatant une vraie **qualité** du **service**. Les **exceptions** sont les propres ou inhérentes aux maladies (maladies incurables, incapacités permanentes, approches palliatives).

Pour la Dépendance: Il faut un **cadre de qualité d'attention totale** propre du système européen cherchant : **équilibre, gestion, attention** et **personnalisation**.

La qualité:

- est **faciliter les attitudes adaptatives**
- **réduire** les limites fonctionnelles des personnes.

Plus de **formation**, s'entraîner aux **habilités**, aux **aides** techniques, aux **opportunités**, aux capacités **d'élection**,

Dans la Dépendance, aussi: **gestion du risque**, apprendre à vieillir bien (En France, Plan National Bien Vieillir : Bien vieillir, vieillir ensemble, 2007-2009 ; aussi le Train Bien Vivre pour Bien Vieillir).

Pour améliorer la qualité en EHPAD : l'outil **Angélique** : outil d'**auto-évaluation** pour aider les établissements à établir « *leur bilan initial, afin de leur permettre de **dégager leur points forts** et **leurs points faibles**, et de préciser les améliorations en matière de qualité qu'ils considèrent comme prioritaires pour leur projet de convention* ». Plus d'une centaine de questions servent à cette auto-évaluation.

Deux documents:

- Le **guide d'accompagnement**, précisant les principes et méthodes de l'auto-évaluation en EHPAD
- **L'outil** d'auto-évaluation proprement dit.

L'amélioration de la qualité des aides et soins implique une démarche **participative**. Elle comporte des **indicateurs qualitatifs** qui nécessitent d'être appréciés à l'occasion d'une analyse.



B - Les méthodes d'évaluation et d'accréditation pour améliorer la qualité

Importance de **l'information** au sens large et de l'utilisation des **systèmes d'information**, des **protocoles** et des **modèles d'accréditation**.

Nous comptons en règle générale sur plusieurs modèles ou systèmes d'évaluation de la qualité (Voici 3):

- Le modèle européen d'excellence de la **Fondation européenne pour la Gestion de la Qualité** (*European Foundation for Quality Management*). Cette Fondation utilise la **gestion totale** de la qualité (*Total Quality Management*), comme véhicule pour atteindre l'excellence dans la gestion des organisations ayant un siège en Europe.
 - Sa **mission** : stimuler les organisations dans les activités pour améliorer les services et la satisfaction du client, des membres du personnel, l'impact dans la société et les résultats de la gestion, dans une recherche d'excellence ; venir en aide des cadres dirigeants des organisations européennes pour qu'elles considèrent la **qualité comme un facteur décisif** pour obtenir un avantage compétitif global.
- Le modèle d'accréditation de la **Joint Commission International Accreditation** (JCIA/JCAHO), prête des services et accréditations à travers l'élaboration de **standards**, la réalisation d'évaluations dans les organisations qui le demandent et prenant des décisions d'accréditation.
 - Il s'agit d'une **entité de droit privé** qui fait partie d'une association hybride formée du secteur public et du secteur privé. Sa fonction, celle de superviser la qualité dans l'assistance de soins donnée au citoyens.

➤ Le **modèle ISO (Organisme International de Normalisation)**, dénommé en Europe EN-ISO et pour l'Espagne UNE-EN-ISO ou Association Espagnole de Normalisation et Certification (AENOR). Nous comptons parmi cinq documents de normes principales, du 9000 au 9004.

- La norme ISO 9001 se caractérise pour traiter sur les **exigences du système de qualité** et est considérée comme une section suffisamment complète. La norme ISO 9000 fournit une **base commune** pour le registre des qualités des fournisseurs. Ces évaluations sont réalisées par des tiers, mais parfois ne sont pas d'application directe dans le domaine de la Dépendance. Il s'agit de conditions centrées principalement dans la **production** et utilisent un langage différent de celui du monde **médical** et **médico-social**.



II – Le concept de qualité de soins aux personnes dépendantes: Perspective légale

La qualité dans la prestation de soins aux personnes dépendantes en Espagne : la Loi n° 39/2006, du 14 décembre, portant sur la Promotion de l'Autonomie Personnelle et l'Attention aux personnes en situation de dépendance (désormais LAAD)

Dépendance: l'attention aux personnes dépendantes et son autonomie personnelle : **défi des politiques sociales** des pays développés.

L'UE a décidé trois critères qui devaient diriger les politiques de dépendances des Etats membres

- **Universalité**
- **Haute qualité**
- **Durabilité** dans le temps des systèmes implantés

Importante croissance de la population de plus de 65 ans.



En plus : « **vieillesse du vieillissement** », augmentation collective d'une population ayant plus de 80 ans, qui sera doublé en 20 ans.

Corrélation entre **âge** et **handicap** : plus du 32% des personnes âgées ont une sorte d'handicap ; 5% dans le reste de la population.

Autrefois en Espagne:

- *Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales*
- *Planes de Acción para las personas con Discapacidad y para personas Mayores.*



Sécurité Sociale, assumait les aspects d'attention tels que:

- **Grands invalides** ou handicaps lourds.
- Les **compléments d'aide** à des tierces personnes pour une pension non contributive d'invalidité ;
- **Prestation familiale** pour le fait d'avoir un enfant à sa charge à cause d'un handicap ;
- Prestations de services sociaux pour la **rééducation** et réhabilitation des personnes ayant un handicap ;

L'assistance à des personnes âgées ;

L'attention à la dépendance:

Nouvelle **modalité de protection sociale** qui élargit et complète **l'action protectrice de l'Etat et du Système de Sécurité Sociale**

Problématique de la Loi sur la Dépendance espagnole

Comment s'adapte-il le **Système pour l'Autonomie et Attention à la Dépendance (SAAD)** à la **structure constitutionnelle** de l'Etat ? Comment se **distribuent-elles** les compétences entre l'Etat et les Communautés Autonomes dans le système dessiné par la Loi ?

Objectif de la Loi :

Etablir les conditions de base qui garantissent **l'égalité dans l'exercice du droit subjectif** des citoyens à la **promotion de l'autonomie personnelle** et **l'attention aux personnes en situation de dépendance.**

Par le biais de la création du (SAAD) avec la participation de toutes les AAPP.

Défi de politique sociale, personnes qui se trouvent dans une **situation spécialement vulnérable** (Préambule de la Loi).

Le législateur **fixe les bases** pour configurer le SAAD, considéré le **quatrième pilier** de l'Etat de Bien-être (**Education, Santé, Pensions, Autonomie Personnelle**) ;

SAAD: collaboration et la participation de toutes les Administrations Publiques, dans le **respect** des compétences que les CCAA auraient assumé en **matière d'assistance sociale** d'après ce qui est établi par l'article 1^{er} art. 148.1.20 CE.

El SAAD cherche à:

- garantir les **conditions basiques** et la prévision des niveaux de protection contenus dans la loi ; il sert comme **canal** pour a **collaboration** et la **participation** des AAPP et cherche à optimiser les ressources publics et privées disponibles ;
- Durabilité garantie par la **coresponsabilité des AAPP** ;

Un **droit subjectif** est configuré sur la base des principes :

- Universalité
- Equité
- Accessibilité

En développant un modèle **d'attention intégrale au citoyen**, bénéficiaire du système ;

Ainsi nous avons :

- D'une part, la **LAAD** et D'autre part, la **régulation des Systèmes de Services Sociaux des CCAA**

L'articulation: le SAAD, érigé sur la structure des Systèmes des Services Sociaux de Autonomies.

Les structures prévues par les CCAA dans les domaines de personnes âgées, handicapées ou dépendantes, ne disparaissent pas, **mais elles se sont intégrés dans le SAAD**.



La régulation d'une Loi Basique comme la LAAD n'est pas exhaustive :

- de nombreux aspects se concrétisent au sein du **Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia** (Conseil Territorial du Système pour l'Autonomie et Attention à la Dépendance) où sont représentées la plupart des CCAA.

Ce système a une **influence** sur les CCAA:

- Sa comparaison permet de détecter les **inégalités** parmi les territoires des CCAA, et **atteindre l'égalité** pour toutes les personnes en situation de dépendance, indépendamment du lieu dans lequel ils résideraient ;
- Les CCAA **adaptent les services** et prestations qu'ils ont pour les personnes âgées et handicapés au cadre normatif basique, complétant ainsi le cadre général de la dépendance.

Depuis 2006 et jusqu'à sa totale terminaison, ces CCAA restent engagées dans le **Nivel adicional de protección del Sistema**. (Niveau additionnel de protection du système).

En matière de **qualité**

Pour l'Espagne la Loi sur la Dépendance a supposé de tenter d'obtenir **plus de ressources**, plus de **couverture**, plus **d'intensité dans l'attention aux personnes dépendantes**.

- Ainsi la LAAD dispose l'assistance à domicile, la téléassistance ; les maisons habilitées, Centres spécialisées, adaptation des centres qui existent ; préparation du personnel ; etc.

Le titre II de la LAAD, s'occupe de la **qualité** et de l'efficacité du **Système pour l'Autonomie et l'Attention à la Dépendance** (SAAD).

Ce titre est composé de cinq chapitres :

- le premier relatif aux **mesures qui garantissent la qualité du système**, formé des articles 34 et 35 de la loi ;
- le deuxième chapitre sur la **formation en matière de dépendance**, constitué par l'article 36 ;
- le troisième chapitre formé par les **Systèmes d'informations**, intégré par les articles 37 et 38 ;
- le quatrième chapitre, se référant aux actions pour éviter la **fraude**
- et un cinquième et dernier chapitre qui établit les **Organes consultatifs du SAAD**, articles 40 et 41.



La Qualité dans le système d'attention à la dépendance: Dispositions garantissant la qualité du SAAD

L'article 34 de la LAAD portant sur la qualité a un clair caractère **programmatique**,

- le système encouragera la qualité dans l'attention aux personnes dépendantes pour assurer les prestations et services.

L'organisme important est le **Conseil Territorial du Système pour l'Autonomie et l'Attention à la Dépendance**, qui établit les **critères communs d'accréditation des centres** et **les plans de qualité du SAAD**, dans un cadre général de qualité de l'Administration Générale de la Santé.

De fait, l'art. 8.f) de la LAAD dispose que le Conseil Territorial doit **adopter** des **critères communs d'évaluation du Système**.

La **concrétisation** des critères pour l'accréditation des centres est faite en principe par les **Communautés Autonomes**.

- Certaines d'entre elles ont fixé par exemple les critères matériels que doivent réunir les Centres des Services Sociaux pour être accrédités et homologués

Ces critères-là peuvent servir **d'orientation** à ceux qui seraient déterminés par le Conseil Territorial.

La plupart des fois les **conditions** à réunir sont en relation avec :

- L'emplacement des centres
- La distribution de l'espace, avec l'indication de l'équipement et de l'espace nécessaire de chaque aire ou salles.
- Les installations telles que l'électrique, le chauffage, les ascenseurs, l'éclairage et les systèmes d'aération, les systèmes anti-feu, entre autres.
- Les questions normatives et les exigences formelles contenues dans le règlement intérieur, le système d'admission, de sortie de l'établissement, de l'existence d'un fichier individualisé de chaque usager, du système des prix, de la boîte de suggestion.
- Questions économiques et comptables et des prix.
- Aussi des prestations qui peuvent être **obligatoires**, comme l'attention personnelle basique (*atención personal básica*) ou **optionnelles**, comme les services médicaux, d'attention pendant les week-ends ou les jours fériés (les services tels que la buanderie ou prestations comme le magasin de coiffure seraient aussi inclus ici).
- **L'horaire** d'attention.
- Les **dotations en personnel**, important aussi en ce qu'il établit le ratio de personnel d'attention directe en fonction du numéro d'utilisateur du service.
- Le programme d'activités

Régime d'attention, qui peut être **global** ou **partiel**.

Le Royal Décret 951/2005 du 29 juillet établissant le cadre général pour l'amélioration de la qualité de l'Administration Générale de l'Etat, guide le Conseil Territorial. Ce **cadre général** est formé par les suivants programmes de qualité:

- L'analyse de la demande et de l'évaluation de la satisfaction des usagers ;
- Le catalogue des services
- Plaintes et suggestions
- Evaluation de la qualité des organisations
- L'Observatoire de qualité des Services Publics.

Concernant le **programme d'évaluation**, le Royal Décret 951/2005, dispose que celle-ci se fera à deux niveaux :

- **l'autoévaluation**
- et l'évaluation **externe** réalisée par un autre organe de la même Administration. Cette évaluation suppose l'élaboration de programmes d'amélioration et l'identification des **meilleures pratiques** et de la manière dont elles sont transférées.

Parallèlement, par l'art. 34 de la LAAD, le Conseil Territorial prend des **accords** sur les suivantes matières :

- Les **critères de qualité** et de **sécurité** pour les centres et services (critères à respecter pour être accrédités et homologués).
- **Indicateurs** de qualité pour l'évaluation, l'amélioration de manière continue et l'analyse comparée des établissements et services du Système (par exemple, l'existence des Comités de qualité).
- **Guide de bonnes pratiques** (Soft Law), sans efficacité normative, mais indiquent comment mieux dérouler une activité. A long terme, elles peuvent devenir contraignantes. Le **Conseil Territorial les élabore, en relation avec des services et prestations**, et leur respect sera un indicateur de la qualité redoutable, et sa diffusion contribuera à améliorer le Système.
- **Catalogue de services** : adaptés aux personnes dépendantes, ils sont basés sur les principes de **non-discrimination** et **d'accessibilité**. Par ces documents, système d'information aux citoyens de leurs droits et l'engagement dans la qualité des prestations.
 - Ces catalogues seront publiés dans le Journal Officiel correspondant.

Attributions qui ne doivent **pas rentrer en collision** avec les compétences des CCAA et de l'AGE.

Le Conseil Territorial: **rôle primordial** dans l'adoption dans les matières, **coordonnant** les normes de l'Etat et des Communautés Autonomes. La **marge discrétionnaire** des Communautés Autonomes vis-à-vis des **accords adoptés par le Conseil Territorial** se trouve dans le **niveau de protection** (de donner plus de protection).

En revanche, **aucune différence** peut être faite dans les conditions **d'égalité**, ni dans les différents guides de bonne pratique ou catalogue de services, car il doit exister une **accréditation commune à caractère étatique pour le SAAD**, critères qui peuvent bouger, s'adapter.

Le Conseil Territorial adoptera les accords, mais la LAAD ne dit rien sur **leur efficacité normative**. Est-ce l'Administration Générale de l'Etat qui doit leur doter de l'efficacité correspondante ? Est-ce les Communautés Autonomes ?

Les accords du **Conseil Territorial** peuvent faire l'objet d'une **loi nationale** ou de **lois des autonomies**.

Aucun doute, les Communautés Autonomes sont responsables de leur inspection et de vérifier leur respect. D'ailleurs, la compétence en matière de **sanction** appartient aux **Communautés Autonomes** (d'après l'article 11. g) et h) LAAD), sur le non-respect des conditions et seuil de qualité exigés aux centres et services, et concernant les droits des bénéficiaires, afin d'évaluer périodiquement le fonctionnement du Système dans son territoire correspondant.

Certaines CCAA ont créé des instituts pour contrôler la qualité, comme Région de Murcie avec **l'Institut de Murcie d'Action Sociale** (*Instituto Murciano de Acción Social*) qui cherche un niveau de qualité digne et suffisant los de la prestation des services sociaux, coordonnant des entités publiques et privées par des accords ou conventions avec les entités correspondantes

Aussi l'**Inspection des Affaires Sociales** (*Inspección de Asuntos Sociales*) peut permettre tel que certaines CCAA l'ont fait, le contrôle et l'évaluation des services : vérification de la normative sur les conditions fonctionnelles et minimales matérielles que doivent réunir les Services et Centres de services sociaux. Fonction en somme de qualité. (Andalousie).

Les CCAA ont aussi des **prévisions sur l'évaluation, contrôler l'évaluation de la qualité**, vérifier si les activités du centre ou service et les mesures planifiées sont déroulées de manière efficace et sont adéquat aux normes actuelles (autant pour la qualité des services que pour l'attention aux usagers).

Pour Valence, le contrôle pourra être de périodicité annuelle, payant les frais de l'évaluation les entités titulaires des centres et services cherchant l'évaluation. L'évaluation est **obligatoire** pour ceux qui perçoivent des aides ou **subventions sur le budget de la Generalitat Valenciana**, pour ceux qui réalisent leur activité par la biais d'organisation des services, ayant leur **propre autorisation**, l'évaluation sera **facultative**. Egalement les entités qui signeraient des contrats avec le Gouvernement Valencien devront obligatoirement (personnes physiques ou juridiques et UTE) se faire évaluer.

Les personnes qui évaluent la qualité :

Personne juridiques **spécialisées**, qui réunissent des conditions établies dans la loi, qui fournissent information concrète sur la qualité des centres et services de l'action sociale, pour garantir le respect des seuils de qualité.

Elles doivent réunir des conditions **minimales**, suivre une procédure d'accréditation et être inscrites dans un registre d'entités d'évaluation de la qualité.

L'évaluation peut aussi supposer la réalisation de Rapports Sociaux (*Informes Sociales*) faits par les travailleurs sociaux des entités locales (*Cantabria*).

Dispositions garantissant la **qualité** de la prestation du service

- **L'article 35 LAAD** : qualité dans la prestation des services sociaux: avec l'accord du Conseil Territorial du SAAD, des seuils essentiels de qualité peuvent être établis pour chaque service formant le catalogue des services.
- Les **résidences** doivent compter sur un **règlement de régime intérieur (parfois soumis à** approbation administrative) chargé de réguler son organisation et fonctionnement, incluant un **système de gestion de qualité** et un système de **participation des usagers** déterminé par l'Administration compétente.
- Ce règlement dispose les **droits de usagers**, ainsi que leur devoirs, les règles de fonctionnement, les régimes d'admission, de sorties, horaires, participation des usagers et tuteurs, régime des visites, sorties et communication avec l'extérieur et le système de paiement des services.



Formation en matière de dépendance:

Art. 36 LAAD : **formation** et **qualification** des **professionnels** et **soignants**. Formation basique et permanente.

Les pouvoirs publics détermineront les **qualifications professionnelles** plus adaptés pour l'exercice des fonctions et au catalogue de services. **Promotion** des actions formatives nécessaires pour les services établit par la LAAD.

Fomenter pour une **meilleure qualité du système**, la collaboration entre Administration Publiques (éducative, sanitaire, du travail et des affaires sociales), aussi les universités, les sociétés scientifiques et les organisations professionnelles, syndicales, patronales, etc.

Programmes de **formation continue**, recyclage, perfectionnement des connaissances, meilleurs adéquation de ses capacités professionnelles aux caractéristiques de la population

Les CCAA ont aussi prévu des **formations** pour soigner des **personnes âgées** ou handicapées comme une exigence de qualité, formation des professionnels en **gérontologie** (comme en Andalousie) et son adaptation aux personnes, leurs besoin qui peuvent être changeant.

Les secteurs de préférence (*Cantabria*) :

- Professionnels des **services sociaux de base**
- Professionnels des **services sanitaires d'attention primaire et spécialisée**
- Professionnels **d'autres institutions et entités** qui développent des programmes spécifiques en matière d'attention à la dépendance
- **Famille** et membres **d'associations d'aide et l'aide de soi**
- **Professionnels des différents centres** et services médico-sociaux.

Parmi la formation la plus demandée par les CCAA : **l'attention à domicile**.

- Normalement il est exigé une formation pour travailler comme auxiliaire, sans spécifier parfois le contenu, cela dépend de la CA.

Par exemple dans Castille et León:

- **Personnel auxiliaire** (attention direct aux usagers, ses fonctions sont la réalisation matérielle des attentions personnelles, ne travaille pas la nuit, sauf exceptions)
- **Travailleur social** (gestion, valorisation, suivi et coordination de la prestation)
- **Psychologue** (responsable de dessein, exécution et suivi de l'attention psychosociale si conflit, famille déstructurée, etc.)
- **Educateurs et animateurs intégrant de l'Action Sociale** (différents professionnels responsables du soutien socioéducatif pour promouvoir autonomie et dépendance).

Les personnes voulant être des **Aides à domicile** (*Ayuda a domicilio*) doivent avoir dans Castille et León:

- soit l'accréditation du **Gérant des Services Sociaux** pour pouvoir être Auxiliaire d'Aide à domicile (*Auxiliar de Ayuda a Domicilio*) dans cette Communauté Autonome ;
- soit disposer du **Certificat professionnel** de l'occupation d'Auxiliaire d'Aide à Domicile
- soit disposer du Certificat ou Diplôme accréditatif de la formation minimale durée 315 heures. La formation devra soit être reconnue soit impartie par une entité publique.

A niveau **local**, l'entité locale peut en absence de personnes ayant la formation, les embaucher mais s'engageant cette corporation à leur donner cette formation dans les 6 mois suivants (*Aux Iles Baléares, après accréditation de 245 heures de travail au Services de l'Aide à Domicile, la formation peut être obtenue*).

Systèmes d'information

Fondamental dans la LAAD : la coordination avec les AAPP qui ont compétences en matière de Dépendance.

L'art. 37 LAAD prévoit que le Ministère s'occupant de la matière, établisse un **système d'information** entre les AAPP, compatibilité et articulation des différents systèmes.

Le Conseil Territorial du Système pour l'Autonomie et l'Attention à la Dépendance, accorde les objectifs et contenus de **l'information** (*catalogue de services ; données sur la population protégée ; ressources humaines ; infrastructures du réseau ; résultats obtenus sur la qualité et prestation des services ; la réalisation de statistiques à des fins étatiques en matière de dépendance ; celles ayant un intérêt supra communautaire et international*).

L'art. 38 LAAD prévoit un réseau de **communications** qui permette la canalisation de l'information en utilisant de préférence les **infrastructures communes** de communication et services télématiques des AAPP. Ce réseau est mis à disposition par la Ministère s'occupant de la gestion (originellement Ministère du Travail, aujourd'hui de la Santé).

L'utilisation de cette information à travers le réseau est soumise à la **Loi Organique 15/1999, du 13 décembre, des Protection des Données à caractère Personnel** (signature électronique, cryptage, entre autres).

Plusieurs entités se sont créées pour obtenir et actualiser les connaissances et besoins des ressources existantes (*Observatorio Regional de las Personas Mayores de Castilla y León ; Observatorio Regional de la Discapacidad en Murcia ; récemment l'Agence Navarre pour la Dépendance le 25 juillet 2012*).

En France: la perspective légale

Il s'agit d'un secteur large : avec des principes d'organisations communs.

Les textes :

Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, elle a modernisé le secteur

La Loi n° 2-2002 du 2 janvier rénovant l'action sociale et médico-sociale,

Les ressources du Centre sont évaluées en fonction du **degré de dépendance des personnes**, de manière personnalisée.

Dans la **Convention tripartite** Etat, Département et l'Etablissement, sont fixés les systèmes des tarifs et sont définis les objectifs de qualité.

Les établissements doivent obligatoirement faire **l'objet d'évaluation de la qualité**. En Espagne pas toujours.

La Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Evolution de la qualité dans le secteur des personnes dépendantes en France: Loi qui renforce les droits des usagers et organise et évolue dans la qualité.

Existence de **l'Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico-Social**.

Evaluation des établissements médico-sociaux hétérogènes : Résidences, centres d'accueil aux SDF

Statuts juridiques différents :

- Etablissements publics gérés par des Collectivités Locales ;
- des centres privés ayant un but lucratif ;
- Des centres à but non-lucratif gérés par des associations.

Les centres privés ayant un but lucratif, comptent en France sur le plus grand **nombre d'accréditations**.

Régimes d'autorisations

- Parfois **donnée** par **l'Etat**, recevant le centre un **financement** de l'Etat. Ces autorisations en France sont normalement d'une durée de **15 ans**, pouvant être prolongée en fonction du résultat de l'évaluation.
- Parfois c'est la **Collectivité Territoriale**, le Département, qui **autorise** le projet, et qui le **finance**.
- Parfois c'est **l'Etat qui autorise** et c'est la **Sécurité Sociale qui finance**, lorsqu'il existe aussi des prestations de soins qui sont données dans le Centre.

En France il existe aussi un fonctionnement **mixte** avec l'existence de plusieurs tarifs en fonction des **prestations hôtelières**, des **prestations de dépendance** (financées par la Département) et des **prestations de soins** (financés par la Sécurité Sociale).

Cfr aussi la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

7 caractéristiques de l'évaluation de la qualité en France:

1. Elle est **obligatoire** : avec des exigences concrètes et réelles. Les résultats obtenus doivent être transmis.
2. L'évaluation est soumise aux **mêmes règles dans tous les établissements** de services sociaux et médico-sociaux.
3. Evaluation à la fois **interne** et **externe** ; **interne** : en accord avec les recommandations de bonne **pratique professionnelle**, mais peuvent aussi demander de l'aide externe.
4. Evaluation **périodique** (il est exigé aux établissements de faire **trois** évaluations internes et **deux** externes pendant les 15 ans de durée de l'autorisation).
5. Le **champ d'évolution** est **large** et **identique** que l'évaluation de la qualité soit interne ou externe : les centres doivent **respecter** les **droits** des **personnes dépendantes**, les pratiques quotidiennes doivent respecter des soins personnalisés.
6. Evaluation de manière **participative** : elle **mobilise** toutes les équipes professionnelles.
7. Evaluation qui est faite dans le but de permettre aux **Centres de progresser** dans la qualité de leurs prestations. L'évaluation **interne** et **externe** est **dynamique**, et en même temps **rigoureuse**; l'évaluation interne : méthodologie exigeante qui mobilise les acteurs; l'évaluation externe : analyse en profondeur, pluridisciplinaire gérée avec l'indépendance nécessaire pour émettre un jugement **impartial** et **adéquat**.

Conclusions

Méthodes de **gestion de la qualité de la santé**, différents en Espagne, **différents** aussi quant aux cultures et au sein d'un même pays : peut-être une certaine homogénéisation (normalisation internationale et définitions de méthodes communes) à cet égard serait **souhaitable**.

Attention aux effets pervers : un **marché de l'évaluation**

Précaution : respecter le cahier des charges des établissements

Renforcer la culture de l'évaluation

Sachant que **Public** et **privé** coexistent dans la prestation de soins aux personnes dépendantes.

Actuellement en **France**, le **Débat sur la Dépendance**, mais rien n'a été conclu. Contraposition **solidarité nationale** (financement public), centres privés; **compagnies d'assurance** (contrat de dépendance).

En **Espagne**, Loi sur la dépendance, créant le **SAAD** qui développe expressément un cadre de la qualité sur la dépendance; mais aussi des établissements privés **coexistent**. Pour le **contrat d'assurance** dépendance: pas beaucoup de succès.

Qualité = moyens économiques. **Coûts élevés**. Pouvons-nous faire quelque chose ?



SOLO EXTREMADURA Y GALICIA AUMENTAN EL NÚMERO

El SAAD perdió casi 5.000 dependientes en el mes de agosto. La Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales denuncia que el Sistema “**se destruye por inanición**”

Redacción. Madrid. 18/09/2012

Solo dos autonomías, Extremadura y Galicia, suman más beneficiarios de la Ley de Dependencia a 1 de septiembre que a 1 de agosto, según se extrae de los datos publicados por el Sistema Nacional de Atención a la Dependencia. **Con estos datos se constata el retroceso del SAAD**, que por primera vez desde la puesta en marcha del sistema **ha perdido beneficiarios, prestaciones y solicitudes**. De este modo, la estadística indica que el número de dependientes con prestaciones se ha reducido en un mes en 4.814 casos, los dictámenes en 7.953 y las prestaciones en 6.814. Además, hay 4.459 grandes dependientes y 2.298 graves dependientes menos que en los dictámenes del mes anterior. “**Los efectos de los recortes de julio se hacen visibles**”, ha señalado a Publicación de Dependencia y Atención Sociosanitaria José Manuel Ramírez, presidente de la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales. Así, denuncia que el Sistema “**se destruye por inanición**”. Y es que, según estos datos, no se mantiene la tasa de reposición. Es decir, **al fallecer un beneficiario su prestación o servicio no se asigna a alguno de los casi 240.000 dependientes que se encuentran en la lista de espera**. En este sentido, la Asociación que preside José Manuel Ramírez señala que “el único dato positivo es que la lista de espera baja en 3.252 personas, pero es un espejismo estadístico, ya que no han sido incluidos en el Sistema, sino que probablemente han fallecido sin haber llegado a ser atendidos por el SAAD”. “La noticia a partir de ahora va a ser el número de dependientes que se mueren”, concluye. De seguir esta tendencia, señala la Asociación, “se dejaría de atender a unas 60.000 personas en un año”. Desde el punto de vista del **empleo**, el impacto de estos indicadores “**se traduce en una pérdida de cerca de 1.000 puestos de trabajo en este mes**”, lo que supondría “12.000 puestos de trabajo menos en un año”. Todo esto unido a “la reducción de un 15 por ciento de la prestación de cuidadores familiares” y al cese de la cotización en el convenio especial de la Seguridad Social por parte de los 177.348 cuidadores familiares.