

ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

CAFDES – 2001

C.F.D. STRASBOURG

**LA DYNAMIQUE DE SOIN AU SERVICE D'UNE PRISE EN
CHARGE GLOBALE DE LA PERSONNE AGEE DANS UN
ETABLISSEMENT DE PROXIMITE**

GUENIN Joël

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	p 4
<u>1ère partie : L' INSCRIPTION DU PROJET</u>	p 7
<i>I - DE L'HOPITAL MIXTE DE BACCARAT A LA MAISON HOSPITALIERE DE BACCARAT.....</i>	p 7
1 - L'EVOLUTION DES DESTINATIONS ET DES MISSIONS.....	p 7
2 - UNE VOCATION SANITAIRE DE PROXIMITE A REAFFIRMER.....	p 10
- 2.1 Un contexte démographique qui soutient un besoin.....	p 11
- 2.2 Une organisation et un management à revoir.....	p 12
- 2.3 Une vocation sanitaire en quête de réaffirmation.....	p 13
<i>II - LA PERIODE DE TRANSITION ET LES PREMICES D'UNE OFFRE DE SERVICE RENOUVELEE.....</i>	p 17
1 - L'ASSAINISSEMENT FINANCIER.....	p 17
2 - VERS UN AUTRE MANAGEMENT.....	p 18
3 - UN PROGRAMME DE RESTRUCTURATION.....	p 18
4 - UNE REDEFINITION DE LA MISSION.....	p 20
<u>2^{ème} partie: LES ORIENTATIONS ET LA MISE EN ŒUVRE</u>	p 24
<i>I -L' ELABORATION DU POSITIONNEMENT STRATEGIQUE.....</i>	p 24
1 - LA FORMULATION DU POSITIONNEMENT.....	p 24
2 - LES CONDITIONS LIEES AU CHOIX.....	p 25
- 2.1 Le changement du mode de financement.....	p 25
- 2.2 La pharmacie à usage intérieur.....	p 26
<i>II - UNE DYNAMIQUE QUI S'ENCLENCHE.....</i>	p 28
1 - LA RESTRUCTURATION DES LOCAUX.....	p 28
2 - LE PLAN DE FINANCEMENT.....	p 29
3 - LA CONFIANCE RETROUVEE ET LA MOBILISATION DES ACTEURS.....	p 30
4 - DES RESSOURCES ET UNE ORGANISATION PLUS ADAPTEES.....	p 32
- 4.1 De nouveaux moyens financiers.....	p 32
- 4.2 Des ressources humaines plus adaptées.....	p 34
- 4.3 Le médecin coordonnateur, acteur déterminant du projet.....	p 36
- 4.4 La formation, levier principal du changement.....	p 38
- 4.5 Un nouvel organigramme.....	p 40
5 - LA MISE EN PLACE DES 35 HEURES : DES QUESTIONNEMENTS COLLECTIFS POUR UN MEILLEUR SERVICE A LA PERSONNE AGEE.....	p 41

**3ème partie : LE PROJET D'ETABLISSEMENT BASE SUR DES PROJETS MEDICAUX
ET DE SOINS COHERENTS**..... p 47

I - UN PROJET DE QUALITE DE SERVICE A LA PERSONNE..... p 47

- 1 - LE PROJET MEDICAL, MOTEUR DU PROJET D'ETABLISSEMENT..... p 47
- 2 - LA CONTRIBUTION DE LA PHARMACIENNE AU PROJET..... p 48
- 3 - LA DEMARCHE DE SOINS AU SERVICE DU PROJET DE VIE..... p 49
- 4 - LES FONCTIONS HOTELIERES ET L'ACCUEIL COMPLEMENTS
INDISPENSABLES..... p 54

II - DES OUTILS D'EVALUATION..... p 56

- 1 - EVALUATION : AGGIR AUJOURD'HUI, DEMAIN RAIp 56
- 2 - DES DONNEES NOUVELLES : LE PMSI..... p 61
- 3 - LA REDUCTION DE LA DISPENSATION MEDICAMENTEUSE ET
L'IMPLICATION DES MEDECINS.....p 63

III- LES PERSPECTIVES..... p 64

- 1 LA REFORME DE LA TARIFICATION ET SES HYPOTHESES..... p 64
- 2 L'ENGAGEMENT DANS L'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE :
ANGELIQUE ET L'ACCREDITATION p 66
- 3 LA POLITIQUE DE CONTRACTUALISATION..... p 70
- 4 LE RESEAU GERONTOLOGIQUE LOCAL..... p 72
- 5 L'HOSPITALISATION A DOMICILE..... p 73

CONCLUSION.....p 74

BIBLIOGRAPHIEp 76

ANNEXES

INTRODUCTION

Bien que le vieillissement de la population s'accomplisse en règle générale dans de bonnes conditions de santé et d'autonomie, tant physiques que psychiques, les pathologies liées au vieillissement augmentent rapidement, sous le double effet de l'accroissement du nombre des personnes âgées et de l'allongement de la durée de la vie.

De plus, les maladies de la population tendent, et ce phénomène va en s'accroissant, à revêtir un caractère chronique en raison des progrès de la médecine et en raison du vieillissement de la population, le nombre de maladies s'accroissant avec l'âge.

Les politiques de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes engagées en France à la suite du rapport Laroque, ont permis l'émergence de prises en charge différentes : des services de soutien à domicile ont vu le jour qui ont permis aux populations âgées de rester sur leur lieu de vie plus longtemps.

En corollaire, l'entrée en institution s'est faite et se fait toujours à un âge de plus en plus avancé, avec des situations de dépendance ou pathologiques de plus en plus fortes qui nécessitent une réponse en terme de soins de plus en plus performante.

Il s'agit maintenant de permettre aux résidents très âgés d'y demeurer en y recevant les soins requis par leur l'état, le plus souvent jusqu'à leur dernier moment, mais aussi d'y trouver les conditions d'une existence décente et aussi agréable que possible.

Les établissements doivent donc s'organiser pour promouvoir une démarche préventive et une réponse de proximité en terme de soins, au service de la qualité de vie de la personne âgée.

Le grand âge apparaît comme un axe majeur de santé publique pour les décennies à venir.

Face à ce constat, arrivons maintenant à la maison hospitalière de Baccarat, au cœur de Baccarat, petite ville située en zone rurale, célèbre pour son industrie du cristal, qui comprend dans ses murs une maison de retraite de 86 lits dont 61 de cure médicale et une section sanitaire se composant d'une unité de soins de longue durée de 65 lits, et d'une unité de court séjour (médecine générale) de 8 lits.

Ses missions sont l'hébergement et la prise en charge des personnes âgées, y compris le soin de courte durée des maladies aiguës, tant pour ses résidents, que pour les personnes âgées de l'extérieur.

Du point de vue juridique, c'est un établissement privé, géré par une association à but non lucratif, relevant de la loi hospitalière 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière pour sa partie sanitaire, et de la loi 75-735 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales pour sa partie hébergement.

Nous le verrons, cette institution possède une vocation sanitaire de proximité ancrée dans son histoire, mais qui allait se transformer, faute de modernisation, de professionnalisation de son personnel et de mobilisation de ses acteurs.

Ce mémoire se propose d'expliquer la démarche entreprise pour repositionner l'établissement dans le tissu sanitaire régional et pour l'inscrire dans la perspective d'un service de proximité assurant une prise en charge globale de la population âgée du secteur. Son projet s'est élaboré et construit au fil des circonstances mais à partir d'un engagement fort de ses administrateurs. Dans une première partie, je m'attacherai à présenter l'inscription du projet dans l'histoire de la maison hospitalière, nécessaire à une bonne compréhension de ce qu'elle représentait pour les différents acteurs concernés, mais également dans son contexte démographique et réglementaire. J'aborderai la période de transition, qui a permis à l'établissement d'engager une réflexion sur le sens de sa mission et sur le renouvellement de l'offre de service qu'elle positionnait.

Dans une seconde partie, je décrirai l'élaboration de ce nouveau positionnement dans l'environnement, facilité certes, par sa réinscription dans l'histoire, mais construit à partir d'éléments pertinents d'élaboration d'une stratégie. Une dynamique de changement s'est enclenchée au sein de la structure, favorisant une prise en charge professionnelle pour les personnes âgées accueillies.

Après avoir abordé le projet proprement dit et en avoir décrit l'ampleur dans une troisième partie, je présenterai les outils d'évaluation qui s'offrent en perspective pour l'établissement ainsi que les profonds bouleversements que va subir le secteur des personnes âgées (réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes et révision de la loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, ainsi que le domaine sanitaire proprement dit, avec l'engagement dans la démarche d'accréditation, instituée par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée et le décret du 7 avril 1997).

Dans ce travail de mobilisation et d'accompagnement des acteurs, de négociation des moyens et de mise en œuvre du projet , je me situerai en tant que directeur de la structure, à la tête d'une équipe de direction de trois personnes, impliquées à tous les niveaux de la démarche d'une façon solidaire.

Aucun projet n'est orphelin. Quelqu'il soit, il s'origine dans un processus, c'est-à-dire qu'il procède de circonstances multiples que l'analyse rétrospective permet de mettre à jour pour, d'ailleurs, en remettre les éléments en jeu. Dans le cas de la maison hospitalière de Baccarat, une histoire préalable a curieusement inscrit des éléments qui sont actuellement à l'ordre du jour en tant que culture ou représentations qui ont perduré à travers l'évolution des destinations et des missions.

Les traverser nous permettra d'abonder à l'actualité de la vocation sanitaire locale de la maison avec ses difficultés, ses atouts et les prémices de l'offre de service de proximité nées des interrogations suscitées par des changements dans la structure.

1^{ère} partie : L'INSCRIPTION DU PROJET

I - DE L'HOPITAL MIXTE DE BACCARAT A LA MAISON HOSPITALIERE DE BACCARAT

1 - L'EVOLUTION DES DESTINATIONS ET DES MISSIONS

L'établissement n'a jamais changé d'implantation, mais il résulte d'une œuvre qui a évolué.

En 1835, la ville de Baccarat n'a qu'une population de 3 500 âmes ; elle est en grande partie manufacturière. Dans un esprit de charité, la partie aisée de la population avait le plus vif désir de faire le bien, mais les moyens manquaient.

Il existait bien un bureau de bienfaisance dont le point de départ était un legs fait en 1827 par une dame du pays. Celui-ci devait servir au soulagement des vieillards et orphelins nés et domiciliés à Baccarat, selon la condition expresse de la donatrice, mais le manque de ressources empêchait de satisfaire aux besoins de l'indigence, même si, en temps de disette ou d'épidémie, la société anonyme des cristalleries venait au secours de toutes les misères, sans distinction, par des distributions de pain et de viande. Mais l'insuffisance de secours nécessitait d'organiser un projet qui fit l'objet d'une consultation, car le doute subsistait et « *il fallait une initiative collective : la crainte de commettre des fautes, celle de n'être point secondé, empêchant tout élan* »¹. Cette aide d'initiative publique devait bientôt s'organiser en une société de 47 « dames », en possession d'un premier capital. Le bureau de bienfaisance prit sous sa protection la « société des dames de charité ». La société prospérait, malgré quelques excès qui avaient fait craindre des difficultés de trésorerie, mais que C. GUERIN avait recadré avec une fermeté qui était, je le cite « *le devoir d'une bonne direction, la pénurie menaçant de s'asseoir au seuil de la charité* ».

Puis, arrivèrent les mauvaises années, à partir de 1846 et pendant 7 ans : cherté du pain, secousses politiques, manque de travail, choléra, qui firent comprendre la nécessité urgente d'un projet d'organisation plus sérieux, face aux calamités de l'époque, et plus particulièrement destiné à venir en aide aux orphelins laissés par l'épidémie.

Aux distributions de secours devait donc se substituer un projet d'institution plus ambitieux:

¹ extrait du 6^{ème} numéro (décembre 1855) des Annales du Bien. « *Notice sur la maison de secours de Baccarat* » par C. GUERIN, trésorier, receveur de l'enregistrement des Domaines, imprimerie DE SIMON, CAMBRAI.

« obéissant jusque là à l'impulsion d'autrui, je me trouvais en face de moi-même avec la persuasion d'avoir contribué à un projet sérieux, seul applicable, et auquel je m'attachais énergiquement tant à cause des encouragements que j'avais reçus à son sujet que par l'étude approfondie que j'avais faite des besoins et des ressources du pays », consigne le même GUERIN, laissant paraître un début de professionnalisme indispensable à l'organisation de la charité publique à Baccarat et dont les méthodes sont somme toute proches des indicateurs actuels: recensement des besoins de la population, gestion rigoureuse, direction efficace et énergique, étude de projet.

Et le projet se concrétise, il s'agit de fonder à Baccarat une maison de secours destinée à recevoir les orphelins, à construire un étage supérieur pour les vieillards infirmes, des salles pour les malades, une pharmacie et un laboratoire où les pauvres soignés à domicile auraient aussi trouvé des médicaments. Mutatis mutandis, on peut entendre les échos de certaines similitudes avec le projet actuel qui prévoit la construction d'une pharmacie à usage interne, la réhabilitation ou reconstruction du service médecine, d'un oratoire et d'un hébergement social d'urgence !

Le 21 avril 1851, trois sœurs de St-Charles (de Nancy) y sont installées et le don d'un citoyen généreux permet même de pourvoir de linge, de matériel et mobilier la pharmacie ainsi que le logement des sœurs. La construction ne fut financée que partiellement par le gouvernement « attendu, disait M. le Préfet, que ni la commune, ni le bureau de bienfaisance ne fournissait aucun fonds ». Cependant, la promesse d'une commune voisine d'y envoyer ses enfants, donna quelques assurances aux promoteurs. Ne peut-on là encore, entendre résonner des modes de financement étrangement actuels ?

Les constructions terminées, ces derniers refusèrent l'intervention de la commune dans l'administration directe et les attributions de l'œuvre ; mais le mode d'administration ne suffisait plus, et un traité entre l'association des dames de charité de Baccarat et la congrégation des sœurs de St-Charles de Nancy fut signé le 7 novembre 1853 .

De ce jour, « *la Maison de Secours fut comblée des bénédictions du ciel* ». Restait cependant pour les fondateurs, à rendre l'œuvre durable et reconnue des autorités. Or, la demande de faire reconnaître l'œuvre de charité comme établissement d'utilité publique, tenait en fait à un avis favorable de l'administration locale, et la commune avait conservé de nombreux partisans de l'administration des secours à domicile.

Pour faire taire cet antagonisme, la commission administrative, avant de se constituer, demanda le 5 octobre 1854, la fusion des deux sociétés (bureau de bienfaisance et société des dames de charité). Un décret du 7 juillet 1858 consacra enfin l'œuvre d'utilité publique.

Au cours des années, la maison se développera en fonction des nécessités : pendant les deux guerres, médecine et chirurgie deviennent des activités à part entière, développées pour les opérations d'urgence par les médecins militaires.

Dans la même période, une maternité est ouverte et l'hôpital reprend sa vocation civile. Dès 1950, il répare les dégâts causés par la guerre et l'hospice a retrouvé un rôle diversifié avec la prise en charge des personnes âgées et des femmes convalescentes sortant de l'hôpital de Maréville, personnes à pathologies psychiatriques et personnes qui, n'ayant pas 60 ans, étaient considérées comme des « cas sociaux ». En fait, l'hospice était un lieu de réclusion et de contrôle de toutes sortes de populations marginales.

Pendant cette période s'opère en France une redistribution des fonctions entre *l'hospice*, lieu d'hébergement et *l'hôpital* spécialisé dans les soins. L'hospice garde son caractère d'assistance aux pauvres de tous âges et aux incurables, tandis que l'hôpital s'ouvre à toutes les classes sociales en développant une technologie médicale moderne.

A Baccarat, donc, l'hôpital n'a pas suivi l'évolution et la modernisation des hôpitaux des grandes villes voisines : en 1966, la chirurgie ferme et en 1973, c'est au tour de la maternité de cesser son activité.

C'est à partir de cette date que l'hôpital se transforme en maison d'accueil pour personnes âgées, malades, convalescents venant d'autres hôpitaux, pensionnaires ne pouvant plus retourner dans leur maison.

La loi sociale du 30 juin 1975 renforcée par la circulaire n° 33 du 16 juin 1980 consacre cette transformation : la maison de retraite est dotée d'une section de cure médicale de 47 lits, destinés à *assurer la surveillance médicale des personnes ayant perdu la capacité d'effectuer seules les actes ordinaires de la vie et présentant une affection médicale stabilisée*.

Pourtant, alors que la loi préconisait la transformation des établissements accueillant des personnes âgées, soit en établissements sociaux, maisons de retraite, soit en établissements sanitaires, moyens et longs séjours, Baccarat, à côté de ses 148 lits de maison de retraite, conserve ses vingt quatre lits de médecine .

En 1988, les soins quittent définitivement l'établissement pour manque de qualification et ce constat fait craindre pour l'avenir des lits sanitaires.

En 1990, la capacité de la maison de retraite est augmentée et l'hôpital perd la moitié de ses lits de médecine, qui passent à 12.

L'arrêté du 6 mars 1991 réduit encore la capacité sanitaire, qui passe de douze à huit lits, capacité actuelle.

En compensation, et face au constat de la dépendance accrue des pensionnaires, ce même arrêté créé 20 lits de long séjour et réduit la capacité de la maison de retraite de 25 lits.

Cette perte de vocation sanitaire de l'établissement, paradoxalement, a permis la transformation rapide, par principe de compensation, de lits de pensionnaires valides, de moins en moins adaptés aux besoins réels des institutions, en lits de long séjour.

Il faut remarquer que le conseil d'état, dans un arrêté du 20 mai 1985 avait déjà classé les centres de long séjour parmi les établissements d'hébergement *eu égard à la nature de la mission qui leur a été assignée à titre principal*, et non parmi les établissements de soins.

D'ailleurs, on a importé au sein du système hospitalier, à la création des unités de long séjour, des règles de financement propres au secteur social et médico-social, mais déroatoires au droit commun applicable en cas d'hospitalisation, dans lequel les frais de soins en hébergement sont pris en charge, à l'origine, par l'assurance maladie, sous réserve du ticket modérateur, et plus tard, du forfait hospitalier .

L'assurance maladie prendra en charge, comme pour les cures médicales (art. 27 de la loi de 1975), les seuls frais de soins sous la forme d'un forfait.

La capacité actuelle, à l'aube du projet sera définitivement acquise avec l'arrêté du 27 janvier 1994, augmentant de 45 nouveaux lits long séjour par transformation de 58 lits de maisons de retraite.

- une première autorisation budgétaire est octroyée le 1^{er} avril 1995 :

+ 30 lits long séjour par transformation de 38 lits maison de retraite.

- le solde intervenant l'année suivante au 1^{er} avril 1996 :

+ 15 lits long séjour par transformation de 20 lits maison de retraite.

Il ne reste donc plus que 86 lits de maison de retraite, dont 61 médicalisés, et 8 lits de médecine, alors que l'unité de soins de longue durée compte 65 lits.

2 - UNE VOCATION SANITAIRE DE PROXIMITE A REAFFIRMER

2-1 Un contexte démographique qui soutient un besoin.

Estimée à 2 307 900 habitants au 1^{er} janvier 1998 (source INSEE) la population de la Lorraine se stabilise à partir de 1993 en raison de la réduction de son déficit migratoire (important entre 1975 et 1990). Sur la période de 1990-1997, la région aurait ainsi bénéficié d'un très léger gain de population (+ 0,15 %) nettement inférieur à celui de l'évolution nationale (+ 3,8 %). Elle demeure parmi les régions les plus faibles en terme de gain de population.

Le départ des forces vives a entraîné une réduction de la natalité. Le nombre des naissances a baissé de près de 10 % entre 1990 et 1996 , soit plus de deux fois plus vite que dans

l'ensemble de la métropole. Cette baisse conjuguée au déficit migratoire, a pour conséquence un vieillissement accéléré de la population lorraine.

Les projections de population pour la Lorraine à l'horizon 2020 font passer la part des personnes de 65 ans et plus de 15,6 % à 21,7 %. En d'autres termes, plus d'une personne sur cinq aura 65 ans et au delà. L'effectif de cette partie de la population dépasserait 450 000 individus contre 340 000 en 1998.

En ce qui concerne les personnes de 85 ans et plus, leur part passerait de 1,7 % à 3,5 %, soit un doublement de leur poids relatif. Leur nombre serait de l'ordre de 72 000, alors que ce dernier est estimé en 1998 à un peu plus de 38 000 individus.

Enfin, ces projections ne tenant pas compte de la progression de l'espérance de vie, qui concerne surtout les âges élevés, il est fort probable qu'à l'horizon de 20 ans, le nombre de personnes âgées soit plus important que ce que les projections ne le prévoient !

En 1990, 1850 personnes âgées de plus de 65 ans vivent sur le canton de Baccarat pour une population totale de 10 650 âmes (10 833 en 1982), soit 17,38 % de la population totale, dont la moitié à Baccarat même .

Population totale	65 – 74 ans		75 – 84 ans		> 85 ans	
	N	%	N	%	N	%
10 650	958	9	679	6,38	213	2,00

Source : schéma des services collectifs sanitaires de lorraine 1999

Ce pourcentage varie en fonction de l'âge considéré

- 9 % de 65 à 74 ans
- 8,38 % de 75 ans et plus.

Le pourcentage de personnes très âgées est plus élevé qu'en Meurthe-et-Moselle où il n'est que de 6,17 % (6,8 % en France) de même pour celles de 65 à 74 ans (6,99 % en Meurthe-et-Moselle et 6,5 % en France).

L'évolution de la population âgée entre les deux recensements de 82 et 90 est significative :

	65 – 74 ans			75 – 84 ans			> 85 ans		
	82	90	%	82	90	%	82	90	%
Canton de Baccarat	900	958	6,44	652	679	4,14	143	213	48,9

Source : 3^o plan gérontologique de Meurthe-et-Moselle

A titre indicatif, la population âgée de 55 à 65 ans est passée dans la même période de 1 148 personnes à 1 258 (+ 9,58 %).

La seule tranche > 75 ans a augmenté de 12,2 % mais en faisant apparaître les tranches d'âge 75-79 ans et 70-74 ans, on perçoit l'incidence de la guerre de 1914-1918, qui est ici plus importante que dans le reste du département.

Age	1982		1990		%
	Date de naissance	Nombre	Date de naissance	Nombre	
65 - 69	1917 - 1913	402	1921 - 1925	635	+581
70 - 74	1912 - 1908	498	1916 - 1920	323	- 35,1
75 - 79	1907 - 1903	411	1911 - 1915	362	- 11,9
80 - 84	1902 - 1898	241	1906 - 1910	317	+ 31,5
> 85	Avant 1897	143	Avant 1905	213	+ 48,9

Source : 3^e plan gérontologique de Meurthe-et-Moselle

2-2 Une organisation et un management à revoir.

Comme dans bon nombre d'établissements pour personnes âgées, jusqu'en 1990, la gestion du personnel de la maison hospitalière de Baccarat, était lourdement sociale, sans dynamisme de formation, et une certaine pesanteur était ressentie, car les démarches étaient entravées par les manques de qualification.

De plus, les directions précédentes avaient imprimé des types de management radicalement opposés : on était passé d'un management paternaliste à réponse humaniste, hérité du passé de bienfaisance, à une période de quatre années pendant lesquelles le directeur, militaire retraité, avait décidé d'adopter une démarche autoritaire, ne laissant aucune place à l'initiative personnelle, ni à la moindre participation.

Il avait, dans le but d'une parfaite maîtrise des services soignants, placé son épouse au poste de surveillante générale.

De cette période, les salariés retiennent essentiellement les réprimandes, les crises, les conflits et le découragement.

Il faut rappeler que l'établissement de Baccarat, bien inséré dans la cité, accueille des pensionnaires et patients du canton, mais aussi a toujours embauché un personnel féminin local pour sa quasi totalité. Certains sont nés dans l'établissement, beaucoup y ont célébré

leurs cérémonies religieuses et des liens forts, souvent familiaux, existent entre les personnels, entre les résidents et aussi entre les personnels et les résidents.

Ainsi, nombre de familles bacchamoises sont représentées, à un titre ou à un autre dans l'établissement. Ce contexte, allié à la gestion paternaliste antérieure, avait fait se développer des organisations internes presque anarchiques au sein desquelles des prises de pouvoir s'étaient révélées, hors hiérarchie. Très souvent, ce pouvoir était d'ailleurs exercé par les personnels les plus anciens, et l'on retrouvait ces « noyaux » dans chacune des équipes, soignantes ou non soignantes.

Ces organisations ne prenaient plus en compte la raison même d'être de l'institution, la personne âgée, ni au sérieux la mission qui était la leur.

« L'organisation n'était ici, en fin de compte rien d'autre qu'un univers de conflits, et son fonctionnement, le résultat des affrontements entre les rationalités contingentes multiples et divergentes d'acteurs relativement libres, utilisant les sources de pouvoir à leur disposition »².

L'exemple le plus parlant de cet état de fait était donné par la multitude d'horaires de poste différents, qui s'étaient ajoutés les uns aux autres, au gré des opportunités et des demandes individuelles des personnels (50 horaires différents dans les seuls services de soins).

La direction précédente pensait engager un processus de changement global, en fondant son pouvoir sur la contrainte liée aux différences de positions dans la hiérarchie formelle. Cependant, tout pouvoir s'appuie aussi sur la légitimité. A l'opposé de la légalité qui vient d'en haut, la légitimité vient d'en bas, car même les qualités personnelles et exceptionnelles d'un chef ne suffisent pas à légitimer son commandement. La légitimité est essentiellement un phénomène politique ; elle ne se laisse pas réglementer.

2-3 Une vocation sanitaire en quête de réaffirmation.

La loi de 1975 relative aux institutions sociales et médico sociales avait été amenée à inclure dans son champ un certain nombre d'actions, qui se sont trouvées exclues de la sphère sanitaire, soit par le texte même de la loi de 1970, soit par l'attitude du corps médical vis-à-vis de certaines populations ou de certaines techniques.

La politique d'hébergement des personnes âgées, que les services ministériels avaient décidé de traiter à part dès 1970, avait été incluse dans le champ de la loi de 1975. Les raisons de son exclusion du champ sanitaire semblaient résider principalement dans la faible technicité des actes médicaux et dans l'irréversibilité de l'état des personnes qui appellerait une action de longue durée. Cette exclusion avait également pour objectif de limiter l'intervention de

² Michel Crozier *L'acteur et le système* éditions du seuil 1977

l'assurance maladie, principalement par rapport à la prise en charge antérieure des services réservés aux chroniques.

Les actions des établissements et services se sont inscrits dans la logique de l'alternative à l'hospitalisation, en s'efforçant de recueillir les clientèles et d'adresser les traitements dont se décharge l'hôpital.

Pour accueillir et garder les personnes âgées dont l'hôpital ne veut plus, il a donc fallu ménager différents espaces où pouvaient être dispensés les soins de faible technicité. Pour répondre à ce besoin, des solutions rationalisées, planifiées ont été recherchées en prenant appui sur la définition des besoins et notamment la définition de la dépendance³.

De l'analyse qui précède, il ressort que la notion de **dépendance** a été socialement construite au fur et à mesure de son institutionnalisation dans le cadre du traitement des « *vieux* » évacués hors des structures hospitalières. Dans ces processus, plus que l'évolution démographique du grand âge, est plutôt intervenue la nécessité de mettre en place un système diversifié de traitement de la dépendance tout en maîtrisant les dépenses de santé.

Réglementairement, l'établissement de Baccarat est atypique dans le paysage sanitaire, tant par son statut que par ses budgets de fonctionnement.

En effet, c'est un établissement privé, relevant pour 86 lits de la loi 75-735 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico sociales, à compétence tarifaire du préfet de département pour l'assurance maladie (forfaits soins), et du président du conseil général pour la partie hébergement.

Pour 73 lits, il relève de la loi 70-1318 du 31 décembre 1970 qui dans son chapitre III traite des conditions d'autorisation et de fonctionnement des établissements sanitaires privés, mais uniquement en termes de besoins par rapport à la carte sanitaire, aux conditions de sécurité et d'autorisation d'exercer, ainsi qu'en termes de maîtrise des dépenses de santé (prix en proportion des normes pour dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux). La compétence tarifaire relève du préfet du département et plus tard du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Pour sa partie sociale et médico-sociale, il est habilité à recevoir des personnes relevant de l'aide sociale du département.

Il est atypique eu égard à ses 8 lits de médecine privés de proximité, mais aussi par le fait qu'à l'aube du projet, l'ensemble de ses budgets ont pour base des prix de journée sauf celui qui concerne la partie soin des 61 lits de cure médicale, qui, du fait d'une erreur initiale des autorités de tarification, est financée par dotation globale

³ Colvez A. *Rapport : Approche épidémiologique des besoins en services pour les personnes âgées dépendantes* 1990
Joël GUENIN – Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2001

Les résultats des sections hébergement et médecine sont tous tributaires directement de l'activité et repris en complément des charges de l'exercice n° 2.

Un **rapport de l'Assurance Maladie**, établi par le groupe d'animation et d'impulsion nationale en janvier 1993, avait souhaité étudier le fonctionnement des services de médecine des hôpitaux locaux.

Les objectifs poursuivis étaient :

- le repérage des structures dont le fonctionnement ne correspondait pas à un service de médecine de court séjour hospitalier: « *des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë dans le domaine de la médecine active* » (article L711-2 de la loi hospitalière du 31-7-1991).
- des propositions de restructuration ou de reclassement.

Les conclusions générales de ce rapport sur les services de médecine de proximité du Nord-est de la France, étaient éloquentes:

- durées moyennes de séjour anormalement élevées par rapport à la classification de l'activité.
- zones d'attractivité souvent réduites.
- population hospitalisée âgée, voire très âgée.
- surveillance médicale ni permanente, ni coordonnée.
- dossier médical inconsistant.
- plateau technique insuffisant.

et Baccarat ne faisait pas exception à la règle:

- plus de plateau technique
- pas de convention avec un autre établissement sanitaire
- surveillance de nuit insuffisante
- trois chambres de médecine pour 8 lits, équipées de lavabos; une seule salle de bains commune à l'étage
- salle de soins commune aux services court et long séjours
- durée moyenne de séjour de 48 jours

La conclusion de l'époque préconisait la transformation du service médecine dans sa totalité en unité de soins de longue durée, le maintien ne justifiant pas les besoins et la réduction de sa capacité mettant en évidence la notion de masse critique ou de niveau de seuil.

L'établissement gériatrique de proximité sur Baccarat présentait, néanmoins pour la prise en charge des personnes âgées du secteur, d'indéniables atouts. qui pèseront de tout leur poids dans la décision prise quant au projet :

- le patient reste le plus possible dans son contexte : il peut ainsi conserver ses liens sociaux et familiaux le plus longtemps possible ; le vendredi, jour du marché, de nombreuses familles viennent effectuer des visites aux malades dans l'établissement et en profitent pour saluer d'autres patients.
- des embryons de réseaux et de filières de soins existaient au travers de la médecine de ville et de l'association qui gère l'aide et les soins infirmiers à domicile.
- les membres du conseil d'administration souhaitaient que Baccarat conserve une identité sanitaire forte et qu'un projet global se mette en place.
- un cadre infirmier en disponibilité d'un hôpital public, venait d'être recruté en lieu et place de l'épouse du directeur, ce qui constituait un atout non négligeable pour développer de nouvelles pratiques dans l'établissement.
- le prix de journée en médecine peu élevé cadrerait bien avec la politique affichée de maîtrise des dépenses de santé, et pouvait laisser entrevoir une marge de manœuvre intéressante lors des discussions budgétaires futures.

Tous les médecins libéraux de Baccarat et de ses environs intervenaient en médecine et dans l'établissement. Ceux-ci avaient une forte expérience gérontologique. Seul l'un d'entre eux possédait une capacité en gérontologie . Il avait été désigné **médecin coordonnateur** par ses pairs, sur demande de la précédente direction.

Leur rémunération était établie sur la base de conventions qui déterminaient, pour les forfaits soins, cure médicale et soins de longue durée, un nombre forfaitaire de dix vacations par patient et par mois rémunérées sur fiches de paye mensuelles.

Pour ce qui était de leur intervention en médecine, la base de calcul fut établie par la caisse primaire d'assurance maladie et réglée sous forme d'honoraires.

Ces honoraires étaient facturés directement à l'assurance maladie et pas pris en compte dans le prix de journée.

Ces médecins apportaient beaucoup à l'établissement, par rapport aux résidents, à la confiance que ceux-ci leur témoignaient, mais surtout à la **continuité des soins** particulière, les patients ne changeant pas de médecin en quittant leur domicile pour entrer dans l'institution.

De plus, les généralistes, premiers orienteurs, souhaitaient pouvoir prolonger leur travail de **proximité** auprès des malades, par un accompagnement spécifique des personnes les plus âgées et de leur famille ; ils étaient prêts à se remobiliser autour d'un projet mais attendaient néanmoins que l'établissement s'engage réellement dans une démarche de reconstruction sanitaire. L'attentisme était de rigueur, et à cette époque d'ailleurs, il avait été décidé de changer la dénomination même de l'établissement. Le terme hôpital apparaissait totalement inadapté : officiellement pour des problèmes de sécurité par rapport aux références sur l'annuaire, mais plus certainement par rapport à un ressenti d'établissement sans autre structuration des services de soins, que les interventions individuelles des médecins. L'hôpital mixte de Baccarat (pour hôpital et hospice) devient officiellement la maison hospitalière de Baccarat.

II - LA PERIODE DE TRANSITION ET LES PREMICES D'UNE OFFRE DE SERVICE RENOUVELEE.

L'échec de la politique sociale du directeur avait été sévèrement dénoncée par les familles et le personnel lui-même : les instances de représentation ne fonctionnaient plus et le climat s'envenimait ; le conseil d'administration de l'association des dames de Charité réagit rapidement et accepta sa démission.

Le sentiment de victoire qui régna à ce moment au niveau du personnel me laissa entrevoir la difficulté qu'il y aurait à créer une dynamique nouvelle dans cet établissement où l'on se plaisait à faire savoir « *que des directeurs, on en avait vu passer, mais que nous on était toujours là !* ».

A la demande du Conseil d'Administration, je pris, pendant la période de transition qui suivit, en 1995, la direction de l'établissement.

1 - L'ASSAINISSEMENT FINANCIER.

Des **priorités budgétaires**, s'imposèrent, qui portèrent sur la contractualisation d'un prêt relais pour les travaux supplémentaires occasionnés par une entreprise générale défailante. Ce concept avait été proposé par la direction précédente, qui s'était retrouvée seule, face à des décisions qu'elle ne maîtrisait pas et à des professionnels dont les intérêts ne rejoignaient souvent pas les siens. En effet, un premier projet immobilier avait été engagé, compte tenu de la vétusté des locaux et l'inadaptation totale des matériels. Ce programme concernait

essentiellement la partie maison de retraite et les services généraux : construction d'une nouvelle cuisine, réhabilitation des locaux administratifs, construction d'un bâtiment de 32 chambres sur deux étages, autour d'un espace vie, qui était venu se greffer sur l'ancien bâtiment existant.

Lors de cette réhabilitation, la partie sanitaire avait été oubliée, et le manque de qualification du personnel ainsi que la vétusté anachronique des locaux faisaient craindre pour l'avenir. Le service médecine n'était pas délimité et il consistait en trois chambres non distinguées : deux de trois personnes et une de deux. Autant dire que cette configuration ne favorisait pas le taux d'occupation et les déficits du service médecine s'accumulaient.

Je décidais également de l'adhésion à un **groupement d'achats**, dans un souci de maîtrise des coûts, en conservant souvent les mêmes fournisseurs institutionnels, notamment au niveau de l'alimentation. Enfin il y eut le renouvellement du réseau informatique de l'administration. Celui-ci, outre qu'il remédiait aux défaillances du précédent et par la même aux problèmes de fiabilité de la facturation, me permit d'engager un programme de formation qualifiante, à l'extérieur, qui créa un précédent dans l'établissement. J'en profitais également pour changer les programmes informatiques de bureautique totalement obsolètes, pour un système moderne et performant qui devait permettre d'élaborer des outils de gestion adéquats et impératifs par rapport au projet que nous entrevoyions.

2 - VERS UN AUTRE MANAGEMENT

Mais il fallait aussi renouer le **dialogue social** dans l'établissement, car l'adhésion du personnel était essentielle. Il fallait faire prendre conscience des nécessités de reconstruction de l'établissement et confirmer aux équipes qu'aucune avancée ne pouvait se faire sans elles. Pendant cette période transitoire, je mis donc en place une délégation unique du personnel qui permettrait d'initier les actions de formation à envisager face au déficit de qualification existant, et je m'attachais tout particulièrement à un véritable travail d'analyse des méthodes de travail dans tous les services, aidé tout particulièrement par la nouvelle surveillante générale pour les services de soins.

3 - UN PROGRAMME DE RESTRUCTURATION.

J'avais dû, pour des raisons de sécurité urgentes, faire fermer l'aile la plus ancienne, dès la réception du nouveau bâtiment de maison de retraite et faire occuper les trente deux chambres individuelles neuves par deux pensionnaires .

Il ne fallait pas renouveler l'erreur de confier la gestion des futurs travaux à une entreprise générale, maître d'œuvre, qui était à la fois juge et partie vis à vis du maître d'ouvrage.

L'objectif annoncé des membres du **conseil d'administration**, était, après avoir pris conseil d'expériences similaires auprès d'importantes associations de Nancy, de confier l'étude du dossier à une société d'économie mixte, mandatée à ce titre par le maître d'ouvrage. Ce mandataire engagea sur demande des administrateurs un programmiste, spécialiste du secteur d'activité, pour les aider dans la définition et l'étude des besoins des futurs locaux.

Parallèlement à la première approche technique, j'étais intervenu auprès des administrateurs de l'association afin de définir et de préciser les éléments prioritaires qui devraient être pris en compte et affirmés avec force tout au long des travaux.

Avant l'engagement de ces derniers, les membres du conseil d'administration de l'association décidèrent :

☹ -D'intégrer une **réflexion** approfondie sur la nécessité de préserver une qualité de vie optimale aux personnes âgées pendant les travaux et notamment :

- concernant les transferts à effectuer lors des *opérations tiroirs*⁴ des phases 2 et 3.
- concernant toutes les nuisances induites par les travaux de gros œuvre (bruit, poussière, cohabitations, etc.) pour les résidents et pour le personnel.

Cette réflexion déboucha sur des décisions qui furent présentées tout au long des trois phases, comme essentielles et qui ne pourraient souffrir d'aucune discussion :

- prévisions planifiées des transferts sur une période la plus longue possible, avec étude individuelle et préparation planifiée des personnes âgées et de leur famille.
- obligation intimée aux entreprises d'une étanchéité parfaite des différentes phases en exigeant que les parties en travaux soient séparées hermétiquement des lieux de vie ou de soins (murs en maçonnerie).
- nécessité d'élaboration d'un plan d'accès au chantier différent pour chacune des phases et intégrant les possibilités offertes pour son approvisionnement en matériaux.

☹ -De procéder à l'étude **financière** de l'opération et de sa cohérence par rapport au montant budgété, au plan de financement envisagé et à l'influence des nouvelles charges financières liées à l'opération sur le prix de journée de la section hébergement pendant toute la durée des emprunts.

J'ai établi un premier dossier à l'intention des administrateurs présentant un plan de financement théorique, d'après les études que j'avais engagées auprès des différents financeurs pressentis et concluant sur l'intérêt de s'inscrire dans une procédure d'appel

⁴ transferts des personnes âgées d'une phase en travaux à une phase réhabilitée

d'offre publique, car la conjoncture économique du moment (carnet de commandes des entreprises de travaux publics au plus bas, taux d'intérêts faibles et politiques d'investissements ralenties) était très favorable et permettrait sans nul doute de rester dans une enveloppe raisonnable eu égard à l'ampleur de la restructuration.

J'avais l'assurance de bénéficier d'une subvention du conseil général, de prêts sans intérêt de la caisse régionale d'assurance maladie du nord est (une partie hébergement, une partie sanitaire) et de prêts bonifiés de banques (prêts locatifs sociaux et prêts hébergement), qui pourraient être conclus sur une durée de 25 ans à des taux avantageux.

↳ -D'étendre la réflexion des besoins de locaux en y intégrant les résultats d'études réalisées auprès du personnel et des médecins, ainsi que ceux du recensement des besoins de la population de la commune exprimés par le bureau d'action sociale de Baccarat.

Cette réflexion engagée avec les médecins intervenant dans l'établissement et les personnels, avaient abouti à plusieurs constatations qui allaient se révéler déterminantes dans l'orientation du projet .

Il s'avérait indispensable de repositionner l'établissement dans le champ sanitaire et de profiter de sa restructuration pour valoriser sa compétence dans la prise en charge de proximité des personnes âgées, en amont des structures sanitaires plus importantes.

La restructuration à venir devrait concerner dans sa première phase, et en tout premier lieu (reconstruction), le service médecine, qui devrait comporter huit chambres individuelles, salle de soins et salle à manger privative. De plus, la partie sanitaire (médecine et unité de soins de longue durée) devrait être regroupée sur un même étage.

Les niveaux médicalisés (sanitaires et cure médicale), devraient être équipés des fluides médicaux (oxygène et vide) en réseaux, et la petite centrale de bouteilles approvisionnant l'ancien réseau serait agrandie.

Mais par delà ces urgences plus techniques, je mis à profit cette période de transition pour mener, avec l'aide de la surveillante générale et du médecin coordonnateur, une **réflexion** approfondie **sur le sens et la mission** de notre action et de celle de la maison hospitalière de Baccarat par rapport à la population accueillie.

4 - UNE REDEFINITION DE LA MISSION

Les actions de prévention, primordiales dans la prise en charge des personnes âgées, nécessitaient d'offrir le soin utile dont a besoin le malade âgé au moment où ce soin était encore efficace. Or, les centres hospitaliers voisins, se spécialisant techniquement, ont de moins en moins de lits de médecine générale à proposer, ce qui les oblige à renvoyer rapidement les patients âgés ou à les admettre dans des services où ils n'ont pas leur place.

Le sens de notre mission et notre seul objectif devait être la **qualité de vie** de nos résidents. Confrontés à une population de résidents de plus en plus âgés et de plus en plus dépendants, et donc à une situation sanitaire plus complexe, l'établissement devait acquérir un professionnalisme qui lui faisait défaut jusqu'à maintenant.

Paradoxalement, cette situation d'inéquation de nos moyens de réponse en face des besoins de la population accueillie, nous obligea à élargir notre champ d'investigation.

Pourquoi recentrer notre action sur le soin ? Pour les différentes raisons suivantes:

- Parce que la fragilité de la personne très âgée nécessite souvent une intervention rapide pour être efficace ; la nature de cet **état de fragilité** devait impérativement être détectée car il induit un risque de perte fonctionnelle ou d'aggravation de la perte fonctionnelle existante, qui peut intervenir à l'occasion d'événements extérieurs minimes.
- De plus en plus souvent l'établissement recevait des personnes âgées subissant un vieillissement avec **pathologies sévères**, évolutives ou compliquées, responsable le plus souvent d'un état de dépendance majeure.
- L'action de soin aux personnes âgées devait s'inscrire dans l'action de prévention indispensable, dès l'apparition de la pathologie, pour retarder la dépendance et ainsi garantir la meilleure qualité de vie au départ.

« Il s'agissait en somme d'aider le sujet âgé à vivre, le mieux possible avec sa ou ses maladies, le ou les traitements au long cours qu'elles nécessitent. Il était ici question de contrôler les maladies plus que de guérir, d'annuler ou de réduire ses symptômes fonctionnels gênants et de prévenir des complications ultérieures »⁵. C'est à dire que sans entrer dans la démarche hospitalière dans laquelle la technique médicale, spécialisée s'appuie sur la connaissance de celui qui agit, et non sur la parole du patient et tout en conservant et développant une base humaniste des soins, il paraissait évident à tous qu'il fallait remettre en place une base gériatrique sérieuse dans l'établissement.

⁵ SEBAG-LANOË Renée "Soigner le grand âge" Editions Desclée de Brouwer
Joël GUENIN – Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2001

La démarche de soins devait être la base d'une démarche **qualité** et d'un projet commun et il convenait de changer de culture ⁶, en créant des cadres de références, des processus d'établissement des priorités, en modifiant les habitudes, les comportements et en insistant sur la nécessité de soins de qualité aux personnes âgées.

La **dimension humaine** du soin devait être essentielle et les formations devaient permettre d'acquérir ou développer des connaissances nouvelles sur la prise en charge de la personne âgée, pour tous les acteurs de l'institution. Il s'agirait d'acquérir les **compétences** manquantes sur la personne âgée elle-même, mais également sur l'évaluation de la qualité des soins et sur les protocoles de suivi à mettre en place pour garantir l'accès aux soins et les chances thérapeutiques des personnes accueillies.

Le soin devrait devenir un moyen pour améliorer la qualité de vie des résidents, mais non une fin en soi.

L'établissement devait être capable, au niveau de ses lits de court séjour, de prendre en charge les affections aiguës et d'éviter les transferts sur les centres hospitaliers voisins, très souvent préjudiciables à la personne âgée, inutiles ou effectués dans l'urgence.

La prise en charge **de proximité** qui doit viser à la satisfaction du besoin de soin de la population âgée du secteur, au **meilleur coût** pour la collectivité, permet de s'appuyer sur un tissu relationnel et social très important pour la qualité de vie de la personne âgée.

Cependant, dans l'établissement, cet aspect relationnel avait entraîné certaines dérives de comportement qui s'avéraient incompatibles avec une organisation rationnelle des soins centrée sur le résident et ses attentes. Les services autogérés avaient adopté des modes d'organisation qui reposaient sur les initiatives individuelles. Sous prétexte d'entraide et de solidarité, petit à petit s'était produit un glissement et un mélange des fonctions. Il s'ensuivait une confusion des tâches et une dilution des responsabilités qui entraînaient une mauvaise qualité des soins et de l'hôtellerie. De plus, le mode de relations dans le travail était très souvent basé sur des rapports personnels et familiaux (dans les équipes, mais aussi avec les résidents) et il existait ainsi des zones d'imprévisibilité importantes, tant au niveau de la qualité de la prise en charge (cela dépendait beaucoup des personnes, des équipes et des résidents pris en charge) qu'au niveau de la sécurité même dans l'institution car tous les problèmes se réglaient directement entre soignants, dans les équipes et bien souvent à l'écart de l'infirmière.

⁶ Note de l'auteur : à moins qu'il ne se soit agi de réinvestir le palimpseste de ce que nous avons nommé préhistoire, dont on aura bien entendu noté l'écho.

Les exigences qui s'imposaient à ma réflexion tant en matière de continuité des soins que de sécurité des résidents, obligerait à repositionner des règles structurantes d'organisation qui redéfiniraient la place de chacun et à mettre en place des systèmes d'évaluation soignants pour recadrer les actions.

L'établissement intégrant la maison de retraite médicalisée, l'unité de soins de longue durée et la médecine sur un seul site, il faudrait **fédérer** l'ensemble des acteurs de terrain et démultiplier ces règles de fonctionnement rigoureuses à tout l'établissement.

L'établissement devait s'appuyer sur ses **atouts de proximité** et de positionnement sanitaire pour permettre la prise en charge globale des personnes âgées du secteur. L'adjectif « global » est devenu un incontournable de la gériatrie, tellement utilisé qu'il risque parfois de verser dans l'incantation. Il correspond cependant bien à cette élaboration pluri et interdisciplinaire qu'est la gériatrie, née d'un refus de morcellement dans l'objectif d'une médecine humaniste mais aussi rigoureuse.

« chez la personne âgée, il n'y a qu'un seul service » avait coutume de dire le chirurgien L. MOLE.

Comment mieux articuler le sanitaire et le médico-social, au service de la personne âgée, qu'en proposant dans un même établissement, technicité sanitaire et aide pour les patients âgés à préparer leur entrée de résidents, dans une structure médico-sociale ;

Comment mieux préserver les liens sociaux de la personne âgée, résident d'un établissement médico-social, qu'en lui offrant la possibilité d'une prise en charge des pathologies aiguës qui l'affectent sur son lieu même de vie ?

Et comment conjuguer au mieux **projet de soins et projet de vie**, qu'en s'appuyant sur une base gériatrique solide et une offre de soins efficace ?

Pour rendre crédible ces objectifs, il convenait d'afficher une politique claire et engagée ; les décisions proposées par les administrateurs prévoyaient d'inscrire le projet dans les orientations du futur schéma régional d'orientation sanitaire, dont on savait qu'il comporterait un important volet concernant la prise en charge des personnes âgées en institution.

Le Conseil d'Administration avait décidé de reconstituer une équipe de direction car les décisions prises allaient engager l'établissement financièrement et stratégiquement d'une manière décisive. La nouvelle équipe se composa du directeur, d'un directeur adjoint et de la surveillante générale qui fut confortée dans ses fonctions de cadre de direction .

Le projet nécessitait une reconnaissance officielle des services de l'état. C'est pourquoi le conseil d'administration me demanda en complément de lui présenter une étude et un dossier préparatoire sur une éventuelle participation de l'établissement au **service public hospitalier**.

2^{ème} partie : LES ORIENTATIONS ET LA MISE EN OEUVRE

I -L'ELABORATION DU POSITIONNEMENT STRATEGIQUE

1 - LA FORMULATION DU POSITIONNEMENT

Le positionnement issu des besoins et ressources conduisait à un engagement plus politique, celui de **la participation au service public hospitalier**.

La définition du service public hospitalier a été formulée dans la loi 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière ainsi que la faculté pour les établissements sanitaires privés d'y participer (section II art. 40 à 43). Cette participation et la demande y afférant à fait l'objet d'un décret n° 76-456 du 21 mars 1976.

Le décret 83-744 du 11 août 1983 a fixé les règles relatives à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier. Il a été complété par le décret 92-776 du 31 juillet 1992.

L'article 40 de la loi hospitalière de 1970 prévoit que *« les établissements d'hospitalisation privés assurant l'exécution du service public hospitalier sont assimilés aux établissements publics en ce qui concerne l'accès des assurés sociaux et des personnes bénéficiaires de l'aide sociale. De plus, ils bénéficient pour leur équipement des avantages prévus pour les établissements d'hospitalisation publics »*.

Enfin, leurs dépenses de fonctionnement doivent être couvertes dans les mêmes conditions que celles des établissements d'hospitalisation publics (article 41). En particulier, le financement de la section sanitaire est assuré par une dotation globale de financement.

Le dossier de demande de participation au service public hospitalier, adopté par le conseil d'administration de l'association fût déposé auprès des services de la DDASS ⁷ de Meurthe-et-Moselle. Cette demande représentait une affirmation forte de l'engagement de l'établissement sanitaire dans une mission de service public. Celle-ci imposait notamment un nouveau mode de financement.

2 - LES CONDITIONS LIEES AU CHOIX

2-1 Le changement du mode de financement.

Dans l'année qui suivit ce dépôt, courant 1997, furent fixées les modalités d'application des dispositions du chapitre III de l'ordonnance n° 96-346 du 25 avril 1996 (art. 22 à 27), sous la forme du décret 96-687 du 31 juillet 1996 relatif au financement des établissements de santé relevant antérieurement du régime du prix de journée préfectoral . Ce dernier étant supprimé, les établissements de santé privés et les maisons d'enfants à caractère sanitaire privées eurent l'option de choisir leur mode de financement, contractuel ou par dotation globale.

Le décret autorisant l'établissement à participer au service public hospitalier n'étant pas publié, et par mesure de prudence, j'engageais, avec l'accord des administrateurs, la demande d'option pour le financement par dotation globale à compter du 1^{er} janvier 1998.

Le nouveau régime budgétaire, financier et comptable des établissements publics de santé et des établissements privés financés par dotation globale (du fait de leur participation au service public hospitalier. ou sur option) fut définitivement fixé par le décret 97-1248 du 29 décembre 1997.

Les règles applicables à la maison hospitalière de Baccarat étaient profondément modifiées, et je regrettais pendant cette période de ne pas obtenir plus d'informations directement exploitables de la part des services de l'état.

L'information du personnel était indispensable d'autant que l'établissement, qui s'engageait résolument dans cette dynamique sanitaire, devait finaliser rapidement un projet d'établissement, contractualiser les objectifs et les moyens nécessaires à sa mission, et être capable d'évaluer ses prestations.

J'organisais donc **des stages** de préparation comptables et administratifs avec un important établissement sanitaire privé qui avait l'expérience du financement par dotation globale.

Ce nouveau régime obligeait de prévoir rapidement de nouvelles mesures:

- Des télétransmissions des informations des séjours sanitaires en lieu et place de la facturation aux caisses primaires d'assurance maladie.
- L'intégration dans la dotation globale de toutes les dépenses antérieurement facturées à l'assurance maladie en dehors du prix de journée préfectoral (y compris les honoraires des médecins).

⁷ Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

- La détermination d'un budget général (médecine) et de budgets annexes (unité de soins de longue durée et maison de retraite).
- La refonte des budgets en quatre groupes de dépenses et quatre groupes de recettes.
- L'établissement d'un rapport d'orientation budgétaire par le conseil d'administration avant le 30 juin pour l'exercice suivant.
- La transformation de la conférence médicale en une commission médicale d'établissement.
- La modification des règles d'affectation des résultats, y compris pour la partie médico-sociale, qui devenait budget annexe de la partie sanitaire.

L'objectif prioritaire qui devrait guider l'établissement au cours des années à venir, était l'amélioration de la qualité de la prise en charge de la personne âgée dans l'ensemble des secteurs de l'établissement, en s'appuyant sur une base sanitaire solide, en somme un nouvel élément culturel à intégrer. Parmi les termes de celui-ci, la satisfaction du besoin de soins de la population, au meilleur coût pour la collectivité devrait être maintenant considérée comme une valeur de référence pour les différents acteurs. Parallèlement à l'étude lancée sur les travaux de restructuration et la disposition des nouveaux locaux, les administrateurs de l'association avaient comme objectif d'intégrer un nouvel équipement pour l'établissement, qu'ils jugeaient particulièrement en phase avec la dynamique de qualité sur laquelle s'appuierait le projet : ils me confièrent le dossier de demande de création d'une **pharmacie à usage intérieur**.

2-2 La pharmacie à usage intérieur

Pour m'être rapproché d'un établissement nancéien qui avait effectué la démarche d'un créer une, j'en connaissais les contraintes, mais aussi tous les enjeux pour un établissement de santé, en particulier gériatrique.

Pour l'instant, l'approvisionnement en médicaments se faisait à partir des deux officines de ville, situées à Baccarat même, en alternance mensuelle.

Le budget total pour la cure médicale, l'unité de soins de longue durée et la médecine dépassait le million de francs.

Différentes simulations m'avaient assuré, à quantité égale, une **baisse des coûts** de cette ligne budgétaire dépassant les trente pour cent, qui permettrait de financer par **redéploiement** le salaire d'un pharmacien à temps partiel.

C'est cette proposition que je présentais au conseil d'administration qui l'accepta, à condition que j'organise au préalable une réunion avec les pharmaciens de Baccarat, pour leur expliquer les enjeux de la décision pour l'établissement, mais aussi le bénéfice pour la qualité de prise en charge des personnes âgées.

Car la prévention de la iatrogénie médicamenteuse en gériatrie repose sur une stratégie de bon usage du médicament. En effet, la prescription de médicaments est souvent très généreuse. La polyopathie de la personne âgée induit une polymédication qui augmente le risque, et ce d'autant que le terrain physiologique de la personne âgée est particulier (réduction de la masse maigre, diminution du métabolisme hépatique, de l'élimination rénale, déshydratation fréquente, etc.)

Des études françaises ont montré que le nombre moyen de médicaments, pour les patients de plus de 70 ans hospitalisés, était de 5,5 par jour et que chez 37 % d'entre eux, il existe une interaction médicamenteuse.

Au delà de cet aspect quantitatif, les ordonnances d'Avril 1996 renforcent les obligations des établissements de santé en terme de **qualité et de sécurité des soins**; or la iatrogénie médicamenteuse fait partie du risque clinique. Le lien entre les différentes organisations du circuit du médicament et le risque évitable en terme de santé publique est clairement établi. Je me suis référé sur ce sujet, à l'étude réalisée par le centre hospitalier de Lunéville, situé à 30 kilomètres de Baccarat, sur la démarche qualité appliquée au circuit du médicament et dont les résultats étaient à ce titre édifiants.

Je connaissais les contraintes liées aux locaux (surface, sécurité, stockage, accessibilité, procédures de livraison). Mais avant de déposer le dossier officiel de demande d'autorisation de création de la pharmacie à usage intérieur au préfet de Meurthe-et-Moselle, sur conseil avisé d'un inspecteur principal de la DDASS, j'associais à notre réflexion le médecin inspecteur départemental de la santé publique, ainsi que le pharmacien inspecteur régional pour recueillir leur avis et conseils sur le dossier, en particulier sur les plans des locaux et leur aménagement à prévoir.

Quelques modifications importantes furent prises en compte, avant que le dossier ne soit envoyé.

C'est devenu une règle essentielle pour moi **d'associer** les acteurs et décideurs en amont des projets et même de la présentation des dossiers.

En effet, le directeur ne peut plus être seul l'expert de sa propre réalité professionnelle. Cette fonction traditionnelle du directeur doit être aujourd'hui sans cesse renforcée, car on demande beaucoup plus aux responsables d'institution d'avoir des initiatives et de montrer la qualité du service pour lequel leur institution est financée. Il faut donc intégrer à toute démarche, si l'on

veut garantir son bon développement, de nouvelles formes d'expertise, qui peuvent se décliner sous différentes formes (conseil, cabinets, décideurs, regroupements fédérateurs, expertises collectives). Cette notion d'expertise concernant l'engagement de fonds publics, doit être systématisée.

II - UNE DYNAMIQUE QUI S'ENCLENCHE

1 - LA RESTRUCTURATION DES LOCAUX

Il avait été décidé de profiter de la restructuration complète de l'établissement pour y inclure un lieu d'intervention sociale dans l'établissement en faveur des plus démunis, qui étaient déjà partiellement pris en charge par conventionnement avec le CCAS de la commune pour les repas d'urgence. Le projet d'intervention sociale de l'établissement prévoyait un lieu d'hébergement temporaire pour personnes en situation de précarité. Ce local ferait partie des bâtiments de l'établissement, serait géré par lui, mais devrait être indépendant par ses accès. Ce projet s'intégrera d'ailleurs parfaitement dans le cadre de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. Celle-ci prévoit en effet des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, ainsi que des permanences d'accès aux soins de santé pour les personnes en situation de précarité.

La première étude chiffrée, sur la base d'une démolition de l'aile la plus ancienne (celle qui avait dû être vidée), se déclinait en trois phases successives d'une année chacune :

- phase 1 : démolition et reconstruction de l'aile la plus ancienne.
- phase 2 et 3 : réhabilitations successives du reste des bâtiments sur deux étages avec découpage vertical du phasage.

Cette solution de tranches verticales sur plusieurs étages était la seule envisageable qui permettait une reconstruction rationnelle des circuits d'eau et d'évacuations au fur et à mesure de l'avancement des travaux.

La large consultation des personnels que j'avais entreprise avec les groupes de travail avait permis, en complément du travail du programmiste, non seulement de définir les locaux indispensables, les équipements sanitaires nécessaires, mais aussi, les matériels qui faisaient cruellement défaut dans l'établissement et qui étaient nécessités pour la prise en charge de plus en plus médicalisée. La dynamique de soins que je voulais insuffler exigeait des équipements adaptés.

Les salles de soins et bureaux médicaux, les salles de bains collectives (en plus de la salle de bains individuelle dont dispose chaque chambre), les salles à manger, les deux chambres

d'accueil temporaire pour les familles, l'oratoire plus petit que l'ancienne chapelle, la bibliothèque, la salle de kinésithérapie, le local d'animation, les salles de détente du personnel, furent ainsi définis ainsi que le nombre de lits à hauteur variable manquants (un contingent de 15 achats par an fut intégré au budget à compter de cette date) et les autres équipements tels que : baignoires à hauteur variable, lève-personnes, machines à glaçons, brancards-douches, dessertes de lits.

Enfin, au cours de la première commission médicale d'établissement réunie à mon initiative, d'autres besoins furent recensés : cardiomètres, prises de tension et pouls électroniques, balances, appareils vides, chariots d'urgence, bouteilles oxygène individuelles, matelas anti escarres.

Le dossier de consultation des entreprises et l'avant projet sommaire de l'ensemble des travaux furent réalisés à la suite et la procédure d'appel d'offre publique se révéla fructueuse. La société mandataire du maître d'ouvrage organisa l'ensemble de la procédure. L'équipe de maîtrise d'œuvre se constitua d'un architecte, d'un bureau d'études et d'un coordonnateur chantier, responsable du planning et de la sécurité.

La première phase des travaux fut enclenchée qui concernait la démolition de l'aile la plus ancienne sur toute une rue et la reconstruction d'un bâtiment de 41 chambres, incluant en priorité le service médecine et les futurs locaux de la pharmacie intérieure. Cette phase devait durer une année, jusqu'à fin de l'année 1998.

2 - LE PLAN DE FINANCEMENT

Le budget total s'établissait à 32 millions de francs, tenant compte d'aléas éventuels qui pourraient subvenir dans la phase de restructuration des anciens bâtiments.

Je pouvais ainsi finaliser le plan de financement définitif :

• subvention du conseil général.....	4 170 000 frs
• caisse régionale d'assurance maladie du nord est.....	2 617 145 frs
• organisme collecteur du 1% logement.....	1 050 000 frs
• prêt locatif social du crédit foncier.....	11 800 000 frs
• prêt hébergement de la caisse des dépôts et consignations.....	10 640 000 frs
• caisses de Retraite.....	1 722 855 Frs

Ce plan, déjà pressenti, m'avait permis de réaliser des prévisions budgétaires montrant l'influence des nouvelles charges financières, sur l'évolution des prix de journée hébergement, sur une durée de cinquante ans. De plus, ce tableau retraçait l'évolution de la

capacité d'autofinancement future de l'établissement, en tenant compte des charges d'amortissement liées aux travaux et au capital des emprunts à rembourser. Il fallait vérifier que l'établissement pourrait poursuivre une politique d'équipement pluriannuelle. Ce tableau, fut transmis au service du conseil général, après avoir été approuvé en conseil d'administration.

3 - LA CONFIANCE RETROUVEE ET LA MOBILISATION DES ACTEURS

Pendant cette période, afin de mobiliser l'ensemble des acteurs dans la démarche, je mis en place les instances (réglementaires ou non), en particulier le conseil d'établissement, organe de représentation des usagers institué par le décret du 31 décembre 1991.

Certes, cette instance est difficile à faire vivre dans le secteur médico-social, du fait même, pour le secteur des personnes âgées, de l'âge de plus en plus élevé d'entrée en institution et de l'état de dépendance physique et psychique de plus en plus important. Mais il correspond à un véritable besoin d'un lieu d'expression du **sujet usager** de l'institution, qui par son engagement ou son retrait, est le mieux à même de produire une évaluation concrète de la qualité du service rendu.

Le conseil d'établissement n'est pas un organe décisionnel: il émet des avis et des propositions. Mais il faut le rendre vivant. Je veille, pour cela, à ce que les avis émis par le conseil d'établissement soient systématiquement rapportés lors des réunions du conseil d'administration.

En retour, le conseil d'établissement est informé de la suite donnée aux avis et aux propositions qu'il a pu émettre.

Je suis convaincu que l'institution doit préserver des espaces de liberté et d'intimité (en lieu et en temps) ; une institution ne doit pas risquer de vouloir contrôler tout, d'aller vers un certain «totalitarisme », qui empêcherait que l'individu ne développe des choses par lui-même. Ceci est aussi vrai pour les résidents, patients que pour le personnel.

La véritable autonomie concerne la capacité d'action des sujets, leur capacité de réflexion raisonnable et je pense qu'il existe des conditions institutionnelles à l'autonomie. Ce qui s'inscrit dans l'espace doit être effectif dans la manière de diriger

L'autorité conférée au directeur est un pouvoir pour développer aussi les capacités des autres et le directeur doit défendre les capacités d'auto réflexion pour que puisse se développer une certaine autonomie dans les équipes, et chez les résidents.

Il est certain que le directeur ne doit pas penser tout seul et que l'institution elle-même doit pouvoir s'interroger sur son organisation, sur ses finalités, sur son sens.

La politique de solvabilisation des populations en difficulté conduit à confier aux groupes concernés la propre gestion de leurs difficultés, incluant par là même divers degrés de professionnalité, des normes, des évaluations de qualité.

De plus en plus, les usagers vont vouloir influencer sur les prestations offertes. C'est, j'en suis convaincu un nouveau besoin de démocratie qui se fait jour et les institutions vont devoir être à même de créer les conditions de l'autonomie pour leurs résidents.

La délégation unique du personnel existait dans l'établissement et je la sollicitais pour la mise en place du **comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail** qui allait tenir un rôle important pendant toute la durée des travaux. En effet, l'article 4 de l'arrêté du 6 août 1996 relatif à la protection dans les établissements de santé et les institutions sociales et médico-sociales publiques précise la responsabilité du directeur pendant la période de construction, de réhabilitation ou d'aménagement de tout ou partie des locaux de l'établissement, malgré la présence d'un mandataire du maître d'ouvrage pendant la phase de travaux. Les réunions régulières du C.H.S.C.T., au cours desquelles était systématiquement présent le coordonateur sécurité du chantier, permettaient une prise en charge pluridisciplinaire des désagréments liés au chantier.

A la demande du comité une visite de l'équipe de la cellule régionale d'hygiène, eut lieu dans l'établissement; celle-ci permit d'effectuer un constat de départ et de mettre en place un plan pluriannuel et une organisation permettant d'améliorer la manière de gérer l'hygiène et la prévention des risques infectieux à la maison hospitalière de Baccarat.

Certes, les objectifs initiaux étaient modestes : procédures de ménage, hygiène des locaux et surfaces, mais tout un volet concernait également les procédures de soins et d'hygiène.

Pour rétablir une **communication** « organisationnelle », j'ai institué des réunions régulières et planifiées qui ont été mises en place dans l'ensemble des services. Le planning est prévu sur quatre mois, à date et heure fixe, négociées avec chacun des chefs de service. Cette communication organisée est destinée à assurer les repères nécessaires pour un univers de production et d'échanges et pour éviter les écarts qui engendrent des luttes intestines.

C'est aussi le moyen pour les personnels de savoir, d'être reconnu ou associé par une information continue et permanente.

Des supports institutionnels ont été créés (cadres de comptes rendus, fiches de présence) afin que toute personne absente puisse rapidement prendre connaissance des sujets traités.

La première phase de travaux achevée et la commission de sécurité ayant émis un avis favorable à l'utilisation du nouveau bâtiment, les transferts de résidents et l'aménagement dans les chambres neuves permirent de notablement améliorer les conditions d'accueil et de

vie dans une partie de l'institution. Pour les acteurs, ce fut la représentation concrète des axes forts du projet qui avaient été explicités et discutés lors des réunions de service. Tous prirent conscience que l'établissement s'était engagé dans une dynamique de modernité et de professionnalisation qui allaient les mobiliser pendant plusieurs années.

L'établissement devait maintenant se doter de moyens budgétaires nouveaux en rapport avec ses objectifs.

4 - DES RESSOURCES ET UNE ORGANISATION PLUS ADAPTEES

4-1 De nouveaux moyens financiers

Au premier janvier 1998, l'établissement obtint l'autorisation de participer au service public hospitalier. A compter de cette date lui était appliquée la nouvelle réglementation concernant la dotation globale de financement des établissements de santé (décret du 29 décembre 1997). La transition entre les deux modes de financement des sections de soins s'était réalisée avec le souci premier de minimiser les effets d'un article du code de la sécurité sociale, dont j'avais eu connaissance par la caisse primaire d'assurance maladie de Nancy.

Cet article R 174-1-9 du Code de la Sécurité Sociale (connu sous l'appellation précédente d'article 58) stipulait que « *les règlements effectués par les organismes d'assurance maladie au titre des facturations relatives aux prestations effectuées antérieurement à l'exercice à partir duquel les établissements entrent dans le champ d'application de la dotation globale, viennent en déduction des versements mensuels de la dite dotation* ». Autrement dit, tous les règlements correspondants à des facturations de l'unité de soins de longue durée et de médecine effectués par les caisses après le 31 décembre 1997 seraient déduits des premiers versements de la dotation globale 1998. Ces règlements étaient tributaires :

- des dates de réception des factures par les caisses et de leur traitement (en période de fêtes de fin d'année !).
- de la possibilité pour ces mêmes caisses de raccourcir au maximum leur circuit administratif pour une prise en charge immédiate de ces mêmes factures.

L'enjeu se chiffrant à quelques 200 000 francs, je pris donc la décision de faire effectuer une première tranche de facturation manuelle arrêtée au 15 décembre et de m'assurer après envoi qu'elle serait traitée en priorité par les différentes caisses d'assurance maladie.

Puis, je renouvelais l'opération à périodicité rapprochée (tous les deux jours). Cette facturation était déposée le jour même auprès des différents responsables des caisses des

différents régimes d'assurance maladie (essentiellement sur la région nancéienne) auprès de qui j'avais pris soin d'exposer les finalités de la démarche.

L'attribution budgétaire 1998 fut déterminante pour l'établissement et permit de doter le budget général d'importants moyens supplémentaires.

L'application du décret du 29 décembre 1997 relatif aux établissements publics et privés financés par dotation globale, permit que l'important déficit enregistré par le service médecine au cours des deux exercices précédents vienne s'ajouter à la dotation initiale de 1998, et pour cette seule année (mesure non reconductible). Ce déficit était dû, en fait, à l'inadaptation des chambres médecine et aux difficultés d'occupation qu'elle posait (mixité difficilement envisageable...).

De plus, la circulaire 97-524 du 24 juillet 1997 précisait clairement comment devait être déterminée la première dotation globale 1998 : la base de référence était constituée par la base 1996 augmentée des taux d'évolution retenues des dépenses pour 1997 et 1998, auxquelles devaient être intégrées les dépenses remboursées en sus du prix de journée, c'est-à-dire les honoraires médicaux, et ceux des professionnels paramédicaux, les transports sanitaires secondaires, les dépenses relatives à des actes de radiologie, de biologie, de kinésithérapie, des consultations spécialisées réalisées dans d'autres établissements, des appareillages et prothèses.

A titre définitif, cette fois, la base 1996 fut augmentée de 400 000 francs, qui furent estimés d'une manière favorable pour l'établissement par les services de l'état. La circulaire, en effet, laissait, à défaut d'informations précises, une marge d'évaluation suffisante .

Evolution des budgets d'exploitation des sections soins en kfs
cure médicale – unité de soins longue durée - médecine

1996	1997	1998	1999	2000
10 947	11 405	12 830	12 736	13 332

La section d'investissement allait, elle aussi, disposer de ressources supplémentaires, profitant de manière imprévue de l'application de l'article 17 de la loi de finances pour 1997 qui a soumis à la taxe sur la valeur ajoutée au taux réduit de 5,5 % la construction de logements sociaux à usage locatif :

- conventionnés par l'état et ouvrant droit à l'aide personnalisée au logement prévue à l'article L 351-23 du code de la construction et de l'habitation.
- dont le chantier de construction a été ouvert à compter du 1er octobre 1996.
- et financés à l'aide d'un prêt prévu à l'article R 331-1 du code de la construction et de l'habitation (prêt bonifié par l'état)

Cet article de la loi, complété par une instruction du 18 février 1997 pouvait s'appliquer à la 1^{er} phase, de construction du bâtiment neuf. Seules les huit chambres médecine ne correspondaient pas à la définition du logement social . Le conseil d'administration me donna son accord pour engager la démarche auprès de l'administration fiscale.

Conseillé par un inspecteur principal des impôts sur les implications fiscales qui pourraient en découler, ainsi que sur la procédure à suivre, je constituai le dossier de récupération. La maison hospitalière de Baccarat fut le premier dossier sur la région Lorraine à bénéficier de cette baisse de la taxe sur la valeur ajoutée et l'opération se solda par une récupération de 1 710 853 francs sur un coût de 16 743 051 francs, qui fut affectée dans les ressources de la section d'investissement de l'exercice 1999 et permit le financement des matériels et équipements figurant au programme.

4-2 Des ressources humaines plus adaptées

L'attribution des lits de soins longue durée en 1995 et 1996 avait déjà doté l'établissement de six personnels supplémentaires et m'avais permis de rajeunir l'effectif.

J'ai profité de l'augmentation des moyens budgétaires de 1998 de près d'un million de francs pour proposer une affectation cohérente avec la nécessité d'une continuité des soins et les besoins d'équipements sanitaires dans le cadre de nos projets. Ces propositions avaient été soumises à l'avis de la commission médicale d'établissement et approuvées à l'unanimité ; elles consistaient en:

- un poste d'infirmière supplémentaire à mi-temps.
- un poste de pharmacien à mi-temps financé par redéploiement des dépenses de la ligne produits pharmaceutiques.
- la transformation de trois postes d'agents hospitaliers en postes d'aides-soignantes.
- l'équipement complémentaire en lits médicalisés à hauteur variable et en divers matériels médicaux.

Par une décision modificative de Juillet 1998, les différents postes demandés furent accordés ; les postes d'aides-soignantes correspondaient à des formations engagées sur plan de formation annuel, dont les bénéficiaires étaient diplômés en 1998.

Le nombre total d'aides-soignantes ou d'aides médico-psychologiques, dont le statut est équivalent dans la convention collective qui régit les établissements hospitaliers et d'assistance privés, dans l'établissement, dépassait maintenant celui des agents hospitaliers et la structure du personnel correspondait mieux aux nécessités du projet de soins engagé, notamment en ce qui concernait le besoin en postes qualifiés.

Evolution des effectifs

Structures budgétaires 1995-2000	EFFECTIFS BUDGETES						Evolution en % 1995-2000
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	NC
Médecine	6,35	6,35	6,35	6,85	7,35	7,40	16,50
U.S.L.D.	33,15	39	39	39	39	42	26,70
Maison de retraite	32,35	32,35	32,35	32,35	32,35	35,35	9,20
Personnel non médical	71,75	77,60	77,60	78,10	78,10	84,10	17,20
Personnel médical	0,10	0,10	0,10	0,10	0,60	0,65	NC
Médecins Libéraux attachés à l'établissement en ETP	2,40	2,40	2,40	2,40	2,40	2,40	

Evolution des qualifications :

Structure en % de l'effectif 1995	Emplois	EFFECTIFS BUDGETES						<i>Evolution en % entre 1995-2000</i>	Structure en % de l'effectif 2000
		1995	1996	1997	1998	1999	2000		
*	Personnel MEDICAL	0,10	0,10	0,10	0,10	0,60	0,65	NC	
12,80	INFIRMIERES + Paramédicaux	9,25	9,25	9,25	9,75	9,75	11,25	21,60	13,30
28,50	Aides soignantes	20,50	24,50	24,50	27,50	27,50	30,50	48,80	36
33,40	Agents hospitalier	24	24,50	24,50	21,50	21,50	21,50	-10,40	25,40
61,90	Ss/total AS - AHS	44,50	49	49	49	49	52	16,80	61,40
8,30	Personnel Administratif	6	6	6	6	6	6,5	8,3	7,7
16,70	Services généraux	12	13,35	13,35	13,35	13,35	14,35	19,60	16,90
25	Ss/total LOGISTIQUE	18	19,35	19,35	19,35	19,35	20,85	15,80	24,60
99,90	Personnel NON MEDICAL	71,75	77,60	77,60	78,10	78,10	84,10	17,20	99,20
100	Total Etablisst.	71,85	77,70	77,70	78,20	78,70	84,75	17,90	100
	Médecins Libéraux attachés à L'Ets	2,40	2,40	2,40	2,40	2,40	2,40	<i>recalculés</i>	

NC : non calculés

4-3 Le médecin coordonnateur, acteur déterminant du projet

Le rôle du médecin coordonnateur est très important. Cette fonction existait déjà dans l'établissement : elle est rémunérée pour 0,10 équivalent temps plein par le budget médecine et elle concerne un médecin, titulaire d'une capacité en gériatrie intervenant par ailleurs à titre de vacataire dans l'établissement. Il assure **la coordination des soins**, avec les autres médecins libéraux, mais aussi avec les autres intervenants libéraux (kinésithérapeute, pédicure, podologue notamment). Il est en relation permanente avec les membres de la direction et réalise l'interface entre les médecins et la surveillante générale pour l'évaluation des pratiques de soins. Il agit en étroite collaboration avec la pharmacienne pour résoudre tout dysfonctionnement lié à la prescription médicamenteuse.

La notion de médecin coordonnateur apparaît dans l'article 12 du décret d'application 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (réforme en projet, pas appliquée actuellement; tarification dite ternaire : hébergement, dépendance et soins calculée selon l'état de dépendance réel de la personne âgée).

Son profil professionnel et ses missions sont définis dans le cahier des charges de la convention pluriannuelle tripartite. L'article 23 de la loi 97-60 du 24 janvier 1997 instituant la prestation spécifique dépendance insère dans la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 un nouvel article 5-1 instituant la convention pluriannuelle qui devra être passée entre l'établissement, le président du conseil général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie, pour pouvoir accueillir des personnes âgées dépendantes.

Cette convention tripartite devra être conclue au plus tard deux ans après la date de publication du décret précité, soit au plus tard le 27 avril 2001 et les dispositions du décret tarifaire 99-317 du 26 avril 1999 entreront en vigueur à la signature de la convention tripartite.

Les **missions** du médecin coordonnateur, définies dans le cahier des charges de la convention précitée, concernent :

- Le projet de soins, qui fait partie du projet de vie de l'institution et qui doit être mis en œuvre par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante et des intervenants libéraux, mais aussi avec les autres prestataires de soins externes à l'établissement.
- L'organisation de la permanence des soins (gardes, astreintes, nuit, week-ends).
- Les admissions (adéquation entre l'état de santé de la personne admise et la capacité de prise en charge de l'institution).
- L'évaluation des soins et le recueil des données (dossier médical, dossier de soins infirmier, information et formation gérontologique).

Il est donc défini comme l'interlocuteur médical du directeur, des différentes administrations, des caisses d'assurance maladie. Il est désigné par le directeur (éventuellement sur proposition des différents médecins exerçant dans l'institution) et il est régulièrement sollicité à la maison hospitalière de Baccarat au niveau de l'évaluation de l'état de santé et de dépendance des personnes âgées admises. L'article 22 de la loi 97-60 de janvier 1997 précitée précise qu'une évaluation de l'état de la personne est effectuée lors de l'admission dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendant de la loi de 1975 ou dans un établissement de santé visé au deuxième paragraphe de l'article L 711-2 du code de la santé publique, l'unité de soins de longue durée, puis périodiquement. Cette évaluation détermine, en fonction de la tarification en vigueur, le montant de la prise en charge dont peut bénéficier la personne âgée

(en particulier la prestation spécifique dépendance, prestation d'aide sociale se substituant à l'allocation compensatrice pour tierce personne à compter de 1997).

La présence du médecin coordonnateur gérontologue et son rôle dans l'évaluation systématique du niveau de dépendance des résidents constituent un atout et une avance prise par la maison hospitalière de Baccarat dans la perspective de la future réforme.

La mise en place de coordinations nouvelles, l'augmentation quantitative et surtout qualitative du personnel n'ont pu se faire sans que tous les moyens de formation de l'établissement ne soient mobilisés

4-4 La formation, levier principal du changement.

La formation a constitué un levier essentiel dans l'accompagnement des personnels dans la démarche de professionnalisation. Elle a permis :

- De **valoriser** des potentiels présents, y compris pour certains salariés anciens non qualifiés.
- De **communiquer** sur les enjeux, les impacts des changements.
- De **favoriser** une élaboration collective qui soit le reflet des préoccupations des différentes catégories d'acteurs . En particulier, la finalité des programmes pluriannuels de formation doit tenir compte et mettre en évidence la satisfaction des besoins de l'usager en terme de qualité de vie, mais aussi favoriser l'épanouissement, les conditions de l'autonomie et les aspirations des personnels.

Clarifier les situations de travail pour chacun permet de réajuster les pratiques professionnelles tout en mobilisant les acteurs.

La double dynamique « mouvement global » et « mouvement individuel » doit être gérée avec un maximum d'anticipation et de stratégie. Développer les **compétences** tout en accompagnant les **changements** furent les axes prioritaires des formations engagées durant ces périodes de transformation des pratiques.

Les moyens de formation ont été fortement mobilisés pour mener à bien ces transformations et la totalité du programme annuel d'utilisation des fonds (PAUF) de l'établissement a été utilisée chaque année. De plus, le fonds d'intervention de notre organisme de formation a été sollicité à deux reprises, et la direction départementale du travail de l'emploi et de la formation professionnelle a participé au financement d'une action d'aide au conseil en entreprise sur deux années. Enfin, le fonds social européen a financé deux programmes, sur le thème particulier de l'accompagnement des mutations dans l'établissement.

Financement des formations en kfs :

Années	P.A.U.F	Autres
1996	135	200
1997	146	150
1998	147	323
1999	149	228
2000	157	100
TOTAL	734	1 001

L'ensemble des programmes de formation, délégués pour les services de soins au cadre infirmier, a concerné un maximum de personnel : les thèmes ont été définis et retenus avec les intervenants extérieurs, toujours en rapport avec le bilan initial des pratiques qui avait été réalisé :

- L'accompagnement de la personne âgée (connaissance du public accueilli).
- La relation d'aide.
- La relation personnel soignant - personne âgée.
- Le projet de soins : quel soin offrir pour améliorer la qualité de vie ?
- La démarche de soins : recueil de données et dossier de soins.
- La prise en charge de la douleur.
- L'accompagnement de fin de vie.
- L'accompagnement dans l'écriture des projets de service.

Ces formations se sont étalées sur quatre années. Leur but essentiel était une remise en cause des **pratiques professionnelles** devant déboucher sur une appropriation collective d'un projet, et aussi, la définition d'un langage commun face à la personne âgée accueillie. Il fallait acquérir une cohérence des équipes, qui travaillaient dans des services différents mais sur un même lieu et au service du même public. Ces formations devaient déboucher sur un plus grand professionnalisme dans l'établissement

J'ai tenu à ce que ces formations aient lieu dans l'établissement même, car bien que faisant appel à des partenaires extérieurs, elles devaient s'inscrire dans une perspective « d'institution apprenante » et d'accompagnement de l'adaptation de l'organisation à ses environnements.

Ces programmes se sont vus adjoindre d'autres formations, complémentaires sur le plan individuel, dans des domaines plus divers, répondant autant à des besoins de l'établissement (qualité notamment) qu'à des aspirations de perfectionnement des individus.

Ainsi ont été engagées :

- Des formations d'aides médico-psychologiques (six agents formés).
- Des formations de qualification pour les agents de service (cinq agents formés).
- Une formation au management pour des agents de maîtrise.
- Un programme de formation à la méthode HACCP ⁸.
- Une formation à la convention collective applicable dans l'établissement.
- Des programmes de formation à la **sécurité**, à la prévention des risques lombaires, à l'ergonomie.
- Des formations au brevet de **secouriste** et des premiers soins.
- Des formations des membres du personnel du comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail.
- Une formation d'**animation** auprès des personnes âgées.
- Un diplôme universitaire de **gérontologie**.

Car la formation doit aussi constituer une reconnaissance des autres fonctions considérées à tort comme non valorisées par le projet. L'implication de tous les acteurs est fondamentale et l'adhésion des individus dépend en partie du degré de reconnaissance qu'est capable de lui renvoyer l'institution. Cette reconnaissance se traduit également par le degré de responsabilité délégué aux personnes ressources de l'organisation.

4-5 Un nouvel organigramme

Arrivé à ce stade, il m'est apparu que l'organigramme existant n'était plus adapté; il était important qu'il soit cohérent avec les transformations en cours et qu'il les *affiche*.

Il fallait transversaliser les démarches et faire en sorte qu'elles soient coordonnées, pour préparer le projet d'établissement dans toute sa dimension.

Je créais donc un niveau **d'agents de maîtrise**, qui étaient déjà reconnus comme tels par la convention collective, mais que je formalisais par des réunions institutionnelles nouvelles, bi-mensuelles, nommées « réunions maîtrise » qui concerneraient donc :

Le directeur, le directeur adjoint, la surveillante générale, le chef du service entretien, le chef de cuisine, la responsable des services logistiques, l'adjointe des services économiques, et

⁸ *Hasard Analysais Criticaille Contrôla Points* ou analyse des risques, points critiques pour leur maîtrise en cuisines collectives

enfin quatre infirmières référentes qui avaient démontré de réelles capacités dans le management d'équipes.

Ces infirmières, avec leur accord, furent désignées **référentes** de chacun des quatre services de soins. Elles constitueraient ainsi un relais très utile pour la surveillante générale. Elles étaient intégrées ainsi, de par leur position, au niveau agents de maîtrise, mais le budget ne permettait pas de concrétiser financièrement cette nouvelle fonction. Les prochaines prévisions budgétaires en tiendraient cependant compte.

Le travail de ce groupe «maîtrise » est primordial dans la coordination des équipes. Il a permis de clarifier la réalité de travail de chacun et d'élaborer des réponses concertées aux problèmes des équipes, concernant surtout des écarts de mesures entre le projet de vie dans l'établissement, les désirs des résidents, et l'exigence d'une prestation de qualité.

Ces **réponses concertées et collectives** donnèrent et donnent lieu à des procédures et protocoles écrits qui sont référencés dans chaque service.

Par exemple, le groupe a revu la définition et les supports de la fiche alimentaire individualisée, qui concerne la diététicienne pour l'élaboration des menus, les services de soins pour le suivi des besoins nutritionnels des résidents, la personne âgée pour la satisfaction de ses goûts alimentaires et son désir d'une possibilité de choix par rapport au menu, le service de cuisine pour les approvisionnements les offres de service et le comptage des repas, ainsi que le contrôle budgétaire pour le suivi du coût alimentaire dans l'établissement.

Des lieux étaient en place désormais permettant de discuter l'organisation et d'y apporter ses propositions.

Cet engagement permit de profiter de la mise en place des 35 heures dans l'établissement, pour réformer radicalement certaines organisations du travail avec pour seule volonté collective, un meilleur service pour les personnes âgées.

5 - LA MISE EN PLACE DES 35 HEURES: DES QUESTIONNEMENTS COLLECTIFS POUR UN MEILLEUR SERVICE A LA PERSONNE AGEE

La loi du 13 juin 1998 ramène la durée légale hebdomadaire du travail de 39 heures à 35 heures au 1^{er} janvier 2000 pour les entreprises et établissements de 20 salariés et plus.

Elle incite par ailleurs ceux-ci à réduire rapidement leur durée effective du travail, ou tout au moins à signer un accord d'entreprise avant l'échéance, par le biais d'une aide financière dégressive attribuée sur 5 ans et dont le montant au départ est tributaire de la date de signature

de l'accord (antérieure ou pas au 30 juin 1999). De plus, un système d'aide au conseil (mission d'appui conseil aux établissements) est introduit et financé par la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

L'esprit de la loi est de mettre **la négociation** au centre du processus de la réduction du temps de travail (art. 2 de la loi). Par le fait même de devoir repenser l'organisation du travail (les embauches ne compensant généralement pas, pour des questions budgétaires, la réduction du temps de travail) et de devoir signer un accord favorable aux intérêts des deux parties avec les organisations syndicales, la négociation joue nécessairement un rôle primordial.

Soucieux et garant des moyens de l'établissement, il me fallait engager rapidement une démarche qui devait déboucher sur la signature et le dépôt d'un accord d'établissement avant le 30 juin 1999, date butoir pour obtenir les aides maximales.

La dynamique initiée autour du projet, le climat de confiance retrouvé qui s'était peu à peu installé dans l'établissement me permirent d'établir des priorités qui s'inscrivent comme base de travail à la réflexion collective.

Ces priorités furent :

- de faire mandater un représentant du personnel de l'établissement par une organisation syndicale.

J'attachais en effet une grande importance à ce que les représentants du personnel, favorisent un dialogue concret et direct entre les différents acteurs. La communication avait permis jusque là de faciliter l'accès aux formations et à la compréhension mutuelle autour d'un projet et d'une culture commune. Un délégué du personnel se présenta de fait spontanément.

- d'affirmer les valeurs qui guideraient mon action, à savoir la transparence, la progression pas à pas et le partage des informations, la participation et le dialogue avec les personnels.
- d'engager rapidement une mission d'appui-conseil avec un consultant extérieur, agréé par la DDTEFP (direction départementale du travail et de la formation professionnelle).
- d'inclure dans notre réflexion la notion **d'avancée sociale** relative aux conditions de travail du personnel, mais surtout de profiter de cette opportunité pour des questionnements **organisationnels** collectifs visant à améliorer les prestations offertes aux personnes âgées, ceci à tous les niveaux.

De façon à garantir la sérénité des travaux, la méthodologie mise en place fut négociée avec les représentants du personnel et fit l'objet d'une **charte**.

Je contractualisai la mission d'appui-conseil, et précisai que les solutions débouchant sur un accord ne pourraient qu'être en conformité avec l'accord conventionnel de la FEHAP⁹ en

⁹ fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés

cours de négociation, notamment sur les volumes, déjà connus, de réduction du temps de travail et d'embauches compensatrices.

Les négociations seraient inscrites dans un cadre de réduction de 10 % du temps de travail et de 7 % d'embauches compensatrices.

Trois réunions entre le directeur, le consultant, le délégué syndical et les représentants du personnel furent organisées pour négocier et valider la démarche.

Ensuite, la charte et la méthodologie furent explicitées aux agents de maîtrise et infirmières référentes par l'équipe de direction, à charge pour les instances représentatives du personnel d'informer l'ensemble du personnel.

Le consultant quant à lui, dans son rôle d'expertise, était chargé d'effectuer un diagnostic sur les temps effectifs de travail dans les services et de réaliser une enquête exhaustive auprès des personnels (par questionnaires, entretiens individuels et de groupes) destinée à éclairer certaines « zones d'ombres » sur les enjeux et les points de vue.

Actuellement les experts interviennent principalement dans un contexte **de rationalisation des pratiques professionnelles**. Dans de nombreuses professions, on peut rapprocher cette intervention de la « démarche qualité », surtout dans le domaine de la santé et du social. « dans une conception rationalisée de la profession, l'expertise est un outil de décision parmi d'autres »¹⁰. Mais au-delà d'une représentation de l'expert comme simple technicien aux services de décideurs, l'expert doit déployer de nombreux actes pour contribuer au mode de légitimation qui autorise sa présence. « *Intervenir, c'est d'abord et avant tout entrer dans le champ de l'autre* » nous dit Grimaud (1976).

L'expertise se traduit par un élargissement du champ temporel permettant de raisonner et de se représenter clairement le futur en intégrant les éléments du passé et du présent. Un élargissement du champ spatial en raisonnant sur d'autres types de situations que celles sur lesquelles on exerce habituellement « *Un élargissement du champ des possibles en faisant face à l'inédit* »¹¹.

Un groupe de pilotage¹² composé de 12 personnes, dans lequel tous les services étaient représentés a été constitué. Ses missions ont été de construire, à l'aide des travaux de groupe organisés au sein du personnel des services, des scénarios multiples (au moins deux) pour chaque hypothèse proposée.

Ensuite, d'analyser les alternatives possibles, les formaliser et se positionner sur leur faisabilité de façon à construire la situation de négociation directeur-délégué syndical.

¹⁰ Jean-Yves TREPOS *La sociologie de l'expertise* - Collection que sais-je PUF (1996).

¹¹ M. CHABOISSIER in *Les Cahiers du Management* p IV – Objectifs Soins, n° 59, décembre 1997.

¹² Composition du comité de pilotage : trois cadres, l'agent de maîtrise service cuisine, l'agent de maîtrise service entretien, l'agent de maîtrise services blanchisserie-animation, une infirmière référente et 5 employés dont 2 AS, 1 AMP, 2 ASH

Le rôle du groupe de pilotage était un rôle d'analyse, de conseil, et même d'animation des travaux complémentaires au sein des services, étant entendu que décision et négociation appartenaient au directeur et au délégué syndical.

Délégué syndical et représentants du personnel ont été systématiquement destinataires de toutes les informations et les résultats du diagnostic, de l'enquête et de l'ensemble de l'avancée des travaux du groupe de pilotage étaient présentés dans les services par les responsables d'encadrement.

Je désirais que les points de vue et **attentes du personnel** soient entendus à tout moment dans le processus. Il devait être en capacité de dialoguer, d'informer ou d'interpeller directement les membres du groupe de pilotage, le délégué syndical, les institutions représentatives du personnel, l'équipe de direction, le consultant. Il était très important que le personnel participe aux travaux de groupe afin que des solutions adaptées et réalistes soient proposées.

Les résultats contenus dans l'accord furent à la hauteur du travail de fond réalisé à tous les niveaux.

Certains compromis furent trouvés (pas de réduction quotidienne de la durée du travail mais pas non plus de compensation exclusive en jours de congés supplémentaires), et j'ai dû, pour les scénarios relatifs au travail de nuit, solliciter par l'intermédiaire du comité d'entreprise, une enquête individuelle auprès de chaque personnel. Il s'agissait en effet de supprimer l'équipe de nuit et de demander à tous les personnels qualifiés des équipes de jour d'effectuer des roulements jour / nuit. Dans tous les services, **les avancées sociales** ont été conséquentes :

- 35 heures de travail par semaine sans perte de salaire.
- en moyenne un jour de congés supplémentaire par cycle de quatre ou de six semaines
- semaine de travail de quatre jours au service cuisine, sur un cycle de six semaines, rendue possible par le fait que tous les employés travaillent à temps plein.
- pour les services de soins, maximum de quatre nuits travaillées par cycle de huit semaines avec récupération cumulée des heures de nuit effectuées au delà de la durée moyenne (dix heures par nuit).
- réduction du nombre de week-end travaillés (deux sur quatre semaines).
- réduction du nombre d'horaires discontinus (horaires dits *coupés*).
- rallongement des plages de travail pour les personnels à temps partiel, occasionnant une diminution du nombre des trajets et des temps de déplacement.
- temps de pause conservé dans le temps de travail (dans la limite conventionnelle).
- acquisition de matériels permettant des gains de productivité compensant pour certains services, l'absence d'embauche (auto laveuse, bras de pliage intégré à la calendreuse).

- embauche de deux personnes en contrat « emplois jeunes », en plus du quota des sept pour cent, dont les missions sont l'accompagnement de la vie des personnes âgées et le développement de l'animation dans les services.

En contrepartie, les objectifs **d'amélioration de l'organisation** pour une meilleure prise en charge des personnes âgées ont été largement atteints, et acceptés car ils sont le résultat d'une réflexion collective :

- transfert de tâches sur le planning de nuit, d'où un gain de temps pour la relation d'aide sur la journée.

- roulements jours / nuits au niveau de chaque équipe, qui induit une parfaite continuité des soins la nuit, chaque personnel intervenant sur le même service et gardant une connaissance efficace des résidents.

- organisation de travail couvrant mieux les besoins effectifs de la prise en charge des personnes âgées (meilleure concentration des moyens aux repas, au moment des soins et dans l'après-midi pour le service administratif).

- tri et distribution du linge personnel au résident et au patient par le service blanchisserie – lingerie lui-même. Ce système offre l'avantage de réduire les manipulations lors du tri et de réduire les intermédiaires. La relation directe lingère / utilisateur permet d'assurer un contrôle et un service personnalisé très apprécié par les personnes âgées. Cette réorganisation avait également d'autres objectifs :

a) Réduire les litiges consécutifs aux erreurs de distribution des effets personnels.

b) Intégrer les personnels de blanchisserie à la démarche relationnelle et de prise en charge globale des personnes âgées (valorisation de compétence et implication dans le projet).

c) Dégager du temps pour une meilleure prise en charge par les services de soins; en particulier gain du temps de tri, de déplacement et de traitement des erreurs.

- plus grande amplitude quotidienne du travail du personnel de cuisine consécutive à la semaine de quatre jours travaillés, qui permet une présence physique dans les salles à manger au moment du repas du soir.

- transfert du nettoyage des salles à manger des services de soins au service ménage

J'ai respecté la réglementation concernant la consultation des personnels travaillant à temps partiel sur leur souhait d'augmenter leur temps de travail dans le cadre du recrutement prévu dans l'accord (soit six équivalent temps plein) :

Besoins requis	Augmentation temps partiel		Recrutement direct	
	Personne	ETP	Personne	ETP
1,5 ETP infirmière	1	0,5	1	1
3 ETP aides soignantes	2	0,5	3	2,5
1 cuisinier qualifié (CAP)	-	-	1	1
0,5 agent administratif qualifié (BEP)	-	-	1	0,5
6 ETP	3	1	6	5

L'ensemble de cette stratégie, alliée à la politique de formation et de qualification, m'a également permis de profiter de l'opportunité de la réduction du temps de travail pour améliorer encore le niveau de qualification des services.

L'accord signé fut déposé le 29 juin 1999 mais agréé par le ministère de l'emploi et de la solidarité six mois après, en janvier 2000, les services publics ayant été débordés par la masse de demandes d'agrément. Ce fut une période de questionnements et d'incertitude de la part du personnel qui attendait maintenant avec impatience la mise en place des résultats du travail fourni. Cette attente m'a toutefois permis d'évaluer la motivation du personnel ainsi que son implication.

De plus, l'accord agréé devait ensuite faire l'objet d'un conventionnement avec la direction départementale du travail, de sorte que la mise en œuvre de la réduction du temps de travail n'a été effective qu'à compter du 6 mars 2000 à la maison hospitalière de Baccarat.

La dynamique qui avait été initiée dans l'établissement allait pouvoir se concrétiser.

3^{ème} partie : LE PROJET D'ETABLISSEMENT BASE SUR DES PROJETS MEDICAUX ET DE SOINS COHERENTS

I - UN PROJET DE QUALITE DE SERVICE A LA PERSONNE

1 - LE PROJET MEDICAL, MOTEUR DU PROJET D'ETABLISSEMENT.

Le projet médical, a été élaboré et finalisé, au cours de différentes réunions de la commission médicale d'établissement.

Il a tenu compte du nouveau schéma régional d'organisation sanitaire de Lorraine établi pour cinq ans, qui comporte un important volet « personnes âgées » ; ainsi que la conférence de santé régionale dont une des priorités est la prise en charge des dépendances.

Les thèmes principaux sont de **développer les savoir-faire déjà existants** : assurer la continuité de la prise en charge des personnes âgées, ouverture et attention au projet de vie, à la qualité de vie, de **s'inscrire dans le projet d'établissement** avec un fonctionnement en harmonie avec le projet de soins et de permettre l'étude et le **développement de nouvelles activités** :

- L'accès aux soins palliatifs avec les partenaires locaux et régionaux.
- L'ouverture sur l'extérieur avec l'accueil temporaire de personnes âgées atteintes de troubles du comportement dans le but de soulager les familles, ou l'hospitalisation à domicile.
- La participation à la lutte contre l'exclusion par la mise à disposition d'un hébergement temporaire, de repas et de soins médicaux (la commission médicale d'établissement s'est déclarée favorable sur le principe de consultations médicales pour les personnes en difficulté sociale).

Ses **objectifs prioritaires** concernant les personnes âgées prises en charge sont:

- Le bien être du patient âgé, le respect de l'être humain, afin de lui permettre de participer activement au projet de vie.
- La qualité des soins, notamment par la prise en charge de la douleur, la prévention des chutes, la nutrition, l'hygiène, et la prévention des escarres.

Pour les atteindre, il prévoit de mettre en place ou d'améliorer:

- Des réunions de synthèse à l'entrée et périodiques pour l'évaluation de la dépendance des patients, pour définir les objectifs de soins et de vie, pour recueillir les désirs, les attentes de la personne âgée et de sa famille.
- Un guide de synthèse qui permette un bilan complémentaire favorisant la prévention des risques (à l'aide de grilles et de test simples)
- Le dossier unique du patient et la sécurisation des données.
- Des activités collectives de kinésithérapie (assouplissement, travaux d'équilibre).

Le projet médical a l'ambition d'être le moteur du projet d'établissement : il doit rester évolutif par rapport aux besoins de la population accueillie (exemple: prise en charge des centenaires, nouveaux traitements de la maladie d'Alzheimer.).

- Des outils individualisés au niveau de la pharmacie.

2 - LA CONTRIBUTION DE LA PHARMACIENNE AU PROJET

L'autorisation préfectorale accordée pour la création de la pharmacie à usage intérieur, officiellement délivrée à la maison hospitalière de Baccarat au cours du second semestre 1998, allait offrir à l'équipe d'encadrement une nouvelle ressource. J'entreprenais, avec l'accord du conseil d'administration, le recrutement du pharmacien-gérant salarié à mi-temps. L'attractivité de l'établissement s'était améliorée et je reçus plusieurs candidats. Le conseil d'administration, après avis de la commission médicale d'établissement, et sur ma proposition, engagea une pharmacienne nouvellement diplômée, habitante de Baccarat et qui désirait travailler à mi-temps. Les démarches liées au contrat de gérance et à l'aménagement des locaux de la pharmacie à usage intérieure ne permirent pas à celle-ci d'être opérationnelle avant le 15 mars 1999, date effective de sa mise en service.

Pourtant, dès son arrivée, la pharmacienne s'est révélée une personne ressource pour la direction de l'établissement. Elle tient un rôle fédérateur à plusieurs niveaux :

- Elle a rapidement créé un comité du médicament, dont elle est présidente et qui comprend en outre deux médecins, une infirmière, la surveillante générale et le directeur.
- Sous son impulsion, ce comité a rédigé un livret du médicament, qui tend progressivement à harmoniser les ordonnances des médecins pour les secteurs cure médicale, unité de soins de longue durée et médecine, (soit pour 134 résidents et patients sur 159) et également à limiter le nombre de produits prescrits, ce qui a pour effet de contrôler les risques liés aux interactions médicamenteuses, notamment lors des changements ou des arrêts de traitements.

Le comité propose également des modalités de prescription de certains médicaments . Il réfléchit au choix de certains produits (exemple : les pansements pour les escarres). Ce choix

s'accompagne d'une réflexion sur l'emploi et la technique d'utilisation, il est à l'origine de la construction de protocoles.

Mais, la pharmacienne a aussi développé son rôle de formation auprès des services de soins :

- suivi des bonnes pratiques d'hygiène, d'utilisation de matériels stériles.
- prise en charge de la douleur et suivi des antalgiques moyens.
- surveillance épidémiologique au niveau des traitements, des infections nosocomiales.
- relations constante avec la diététicienne.
- centralisation et gestion des stocks des services et des chariots d'urgence.
- enfin, elle participe activement aux réunions de la commission médicale d'établissement.

Son rôle est très vite devenu déterminant quant à la sécurité et à la qualité qu'elle apporte aux patients âgés au travers de leur traitement et des soins qui leur sont prodigués.

Elle répond ainsi à l'objectif annoncé par l'établissement de proposer une réponse en terme de soins adaptée aux spécificités de la prise en charge de la personne âgée, pour restaurer son bien être et lui permettre de participer au projet de vie.

3 - LA DEMARCHE DE SOINS AU SERVICE DU PROJET DE VIE

Les grands thèmes du **projet d'établissement** ont été explicités et discutés lors de réunions rassemblant l'ensemble du personnel. A la suite de celles-ci, j'ai constitué des premiers groupes de travail qui avaient pour mission de travailler, pendant plusieurs mois, sur la partie les concernant, en associant les résidents pour le projet de vie.

Dans ce cadre, un groupe de pilotage a été constitué avec l'aide d'un intervenant extérieur dont la mission a été de guider le groupe vers la formalisation et la concrétisation des projets de soins infirmiers et des projets de vie.

Les différentes actions de formation suivies par le personnel ont aidé à définir un minimum de **langage commun**. Sous l'impulsion de la surveillante générale, des infirmières et du médecin coordonnateur des outils ont été définis, mis en place et écrits dans le projet de soins.

Ils constituent une méthodologie cohérente qui est **démultipliée** dans l'ensemble des services, tant sanitaires que médico-sociaux.

La « démarche de soins » à la maison hospitalière a été en premier lieu nécessitée par un constat d'inadéquation entre les moyens mis en œuvre et les résultats obtenus au niveau de la qualité des prestations : l'organisation manquait d'efficience. Il existait un nombre impressionnant d'horaires différents, les personnels se croisaient sans échanger sur leur pratique. Les équipes de travail n'effectuaient pas de transmission, il n'existait pas de dossier de soins structuré (seules les infirmières notaient leurs remarques personnelles), la communication s'effectuait sur *post-it*® ou papier volant, le rapport soignant-soigné était

primaire. De plus, les médecins n'avaient pas de support précis et relataient peu l'entretien avec le soigné.

Il fallait progressivement évoluer vers la prise en compte du soigné dans sa globalité, demander au personnel le repérage de *cibles*, et faire adopter une organisation de travail par priorités. Anticipation et participation devenaient incontournables.

Toute démarche théorique, pour être opérationnelle, doit faire l'objet d'une ré appropriation par son utilisateur. C'est-à-dire qu'il doit connaître non seulement son contenu, mais aussi ses finalités, comment elle a été constituée, par quels mécanismes intellectuels elle fonctionne.

Il est indispensable de passer par l'étape de la **modélisation** (consensus admis par tous, instrument de production et d'exposition collectif de connaissances) et de la **conception** des soins (moyen, outil intellectuel qui permet d'atteindre un objectif, ou ensemble des conceptions regroupés en vue d'une finalité) pour éviter de soigner en référence à des représentations personnelles, qui peuvent être divergentes de celles des autres soignants.

C'est notre référence à une modélisation qui nous permet de raisonner juste et non pas par rapport à nos propres représentations.

Paul Valéry l'affirme : « *Nous ne raisonnons que sur des modèles* ». Une modélisation est toujours multidimensionnelle et complexe. La conception des soins est le contexte de sens qui va permettre d'évaluer les résultats de l'action à partir de critères élaborés sur des normes issues de la modélisation.

Une conception n'a de raison d'être que si elle devient principe organisateur des pratiques qu'elle détermine.

A l'inverse d'une philosophie, une conception est opératoire ; plus une conception sera pensée en fonction de sa finalité, d'une culture donnée, plus elle sera actualisée, et plus cette conception sera performante permettant d'engendrer des pratiques de qualité.

De plus, toute organisation (qui n'est jamais le fait du hasard) est déterminée au regard d'une conception (ou de l'absence de conception).

Par le jeu d'idées maîtresses ou de priorités, dégagées de la conception, l'institution peut plus facilement s'organiser différemment.

La démarche de soins, dans ce contexte, devait devenir un outil conceptuel indispensable à la pratique des soins aux personnes âgées. Elle se voulait un élément fondamental de la **qualité**, puisqu'elle ouvrait le champ de la personnalisation des soins. Ceux-ci ne devraient plus rester standards et adaptés aux services, mais adaptés aux patients et résidents eux-mêmes.

Parvenir à une prise en charge de la personne âgée dans sa globalité, privilégier le **bien être** du patient et le **respect** de l'être humain ont été les éléments structurants de la conception des soins à la maison hospitalière de Baccarat.

Prendre en compte les problèmes de santé des personnes âgées, certes, mais aussi établir une relation entre des personnes qui vont se découvrir. Situer la personne âgée dans un contexte socioculturel et des habitudes de vie et tenter d'identifier ses problèmes personnels.

Privilégier le bien être du patient par l'importance appuyée donnée à la **prévention** et au **soin utile** pour la sécurité de la personne âgée, et respecter l'être humain dans les choix et les désirs qu'il peut exprimer, c'est à dire ne pas le priver de plaisir sous prétexte que l'on sait ce qui est bon pour son corps, ne sont nullement incompatibles avec le développement d'outils rationnels de planification des soins.

Ceux-ci permettent au contraire une organisation de la pensée qui facilite la prévention, et libère un temps précieux qui peut être réinvesti dans la relation.

Le mot grec « therapeuô », équivalent le plus exact du mot français « soigner » possédait trois sens principaux : « honorer les dieux », « s'occuper de quelqu'un ou de quelque chose avec attention », « soigner un malade ».

Le sens premier, religieux et rituel du mot, est aussi celui qui privilégie les déterminants contextuels du trouble, et par conséquent du traitement, par rapport aux causes immédiates ou aux symptômes.

Rétablir l'équilibre relationnel entre les dieux et les hommes, c'est aussi, dans les représentations du monde des anciens grecs, recréer les conditions élémentaires de la santé. Ces conditions sans lesquelles tout effort technique, aussi judicieux soit-il, est inefficace.

L'activité de soin doit tenir compte d'une double adéquation si elle veut être à même de produire pleinement son office :

- Elle doit être adéquate à l'objet dont elle s'occupe. Il faut que le soin se fasse « lege artis » selon une technique adaptée.
- L'adéquation doit aussi se chercher par rapport au contexte dans lequel évolue l'objet, c'est-à-dire le milieu physique et biologique, ainsi que l'environnement relationnel, social, économique et culturel. C'est la dimension référentielle du soin, qui vise à rétablir l'individu dans une relation fonctionnelle satisfaisante **avec l'environnement**. Lorsque l'on oublie de tenir compte de la dimension référentielle du soin au profit des seules considérations techniques, c'est le corps qui est traité et non plus la personne âgée au sens littéral du terme.

La relation d'aide relève du rôle propre du personnel soignant. Sa mission ne saurait se borner d'apporter des soins techniques irréprochables. Les personnes âgées demandent à être « accueillies », « écoutées », « comprises ». Cette démarche effectuée au cours des soins ou en dehors, demande une **conception unifiée** des façons de faire et d'être. L'accompagnement ne pourra être efficace que si le personnel a une bonne connaissance de la personne (son

histoire, son vécu dans l'institution), et s'il maintient une observation constante des progressions et des régressions des résidents. La satisfaction des besoins des personnes âgées doit constituer une approche collective, soutenue par une méthodologie commune cohérente, par un langage commun, par une organisation autour de la personne, et en rationalisant le travail dans le but de générer du temps à la réalisation des objectifs d'aide et d'accompagnement.

Les outils mis en place sur l'ensemble des services sanitaires et médico-sociaux devaient permettre d'adopter une démarche professionnelle commune au service d'une prise en charge globale de qualité des personnes âgées. La surveillante générale opéra une transformation majeure qu'elle plaça sous la responsabilité des infirmières référentes, indépendamment des secteurs d'activité (médecine, unité de soins de longue durée, cure médicale et soins courants).

Elle présenta le système de la planification murale aux services, et leur fit adopter, car cet outil est bien adapté à l'individualisation des soins et à la prise en charge pluridisciplinaire. C'est un outil de programmation accessible à tous et adapté à chaque patient ou chaque résident.

La planification murale traduit et planifie les actions mises en œuvre pour atteindre les objectifs individualisés de soins, aussi bien les soins relevant de prescription, que ceux relevant du confort, de l'alimentation. C'est l'outil de l'organisation qui permet également de prioriser les actions en fonction du degré d'urgence, des problèmes à résoudre et des ressources disponibles (répartition sur l'ensemble de la journée des tâches à accomplir, lissage de l'activité pour éviter les pavés de suractivité).

Pour que les équipes s'approprient cet outil, je me suis appuyé sur une formation-action, accompagnée par le consultant extérieur.

La surveillante générale a créé un groupe de travail, composé de personnes ressources issues des équipes, afin de définir les objectifs de la démarche et de mettre en place la planification murale ainsi que les transmissions ciblées. Chaque personnel en formation devait intégrer la méthode de travail et la diffuser dans son service. L'ensemble des personnels ainsi formés a pu développer une stratégie de transfert entre la formation proprement dite et la mise en œuvre sur le terrain (nombreux échanges avec les collègues, rencontres inter services pour définir une homogénéité dans l'application de la démarche de soins, retour des questionnements au niveau du groupe de formation, apport de réponses dans les services respectifs).

Désormais, les observations constatées, modifications de comportements, anomalies, incidents, au niveau des personnes âgées, sont relevés et discutés en équipes au cours des transmissions ciblées. Ils donnent lieu à la mise en place ou au réajustement des actions prévues et servent de base à l'évaluation des résultats obtenus.

Le temps des transmissions ciblées est un temps de communication autour des **valeurs** partagées et des **règles** établies. Il débouche sur un engagement de l'équipe, vers l'opérationnalisation des différentes pratiques décrites dans les projets, pour qu'ils ne restent pas des projets d'intention.

C'est un lieu de partage sur l'évolution des résidents, qui permet en outre d'anticiper sur les pratiques futures, de faire émerger les demandes du personnel, de traiter certaines questions en terme de besoins de formations. Leur organisation favorise la participation des personnels et leur implication dans la démarche : une personne anime, une écrit au dossier de soins, une autre reprend les fiches du planning mural et en assure la mise à jour.

Certes, ces nouvelles techniques, au début, se sont révélées contraignantes et exigeantes au quotidien (au dire des personnels lors des premiers bilans), mais elles ont permis néanmoins que chacun travaille en complémentarité et en toute confiance.

Tous reconnaissent la nécessité de l'écrit qui seul apporte la rigueur et l'efficacité (visualisation rapide de ce qui a été fait ou reste à faire, que rien n'a été oublié).

De plus, l'écrit oblige à une implication individuelle **identifiable** qui offre l'assurance d'une réelle responsabilité et d'une coordination efficace de la prise en charge par les différentes équipes.

Par contre, il s'est avéré nécessaire d'accompagner certaines personnes pour qui le rapport à l'écrit était problématique, qui ne se reconnaissaient pas dans ce qui était écrit par d'autres, dans un langage qui n'était pas le leur.

Cette méthodologie doit assurer une organisation rationnelle autour de la personne âgée prise en charge dans le but de générer du temps pour la réalisation des objectifs d'aide et d'accompagnement figurant dans le projet de vie. Le projet de soins se met ainsi **au service du projet de vie** car la maison hospitalière est un lieu de vie pour ses résidents; le projet de vie s'organise autour de valeurs consensuelles exprimées dès le début par les personnels des groupes de travail; les notions de bien-être, de plaisir, d'absence de douleur sont primordiales. Elles vont de pair avec l'individualisation des soins, le respect de la personne, de ses choix et habitudes de vie, de son histoire, de la dignité de la fin de vie.

En écho à ces valeurs consensuelles et à la volonté d'individualisation des soins, une réflexion conduite à différents niveaux (groupe projet de vie notamment) a permis de **cerner la notion**

d'équipe . Je suis intervenu, à ce niveau, afin de clarifier le « non-négociable » et valider les bases de travail collectives : les ressentis doivent être exprimés, les règles de fonctionnement sont comprises et respectées, les différences sont acceptées, la finalité commune est de répondre aux besoins du public accueilli, la vie privée est respectée ainsi que le secret professionnel, les tâches et le travail de chacun sont reconnus et valorisés.

Le recueil et le traitement des données ont été ainsi réactivées dans un processus d'information circulante, permettant des échanges entre l'ensemble des services de l'établissement et centralisées au niveau du dossier unique du résident : j'ai ainsi demandé à ce que soient établies **des fiches de visite** ou d'entretien par les services administratifs et logistiques sur lesquelles sont retranscrits des éléments importants concernant les résidents, recueillis au cours des divers entretiens avec les personnes âgées ou leur famille. Ces fiches sont transmises aux infirmières référentes des services qui disposent ainsi de renseignements complémentaires qui les aident dans leur mission de prise en charge globale. Ces éléments concernant l'histoire de la personne âgée, ses habitudes sociales, alimentaires, culturelles viennent enrichir le dossier du résident et sont ainsi partagées par l'ensemble des personnels qui peuvent mieux accompagner et « aller vers » la personne dont elles assurent la prise en charge (y compris l'animation, la restauration et la blanchisserie)

L'ensemble des moyens et activités de l'établissement doit ainsi constituer un système¹³ d'aide et des soins pour concourir au maintien de la santé et de l'autonomie de la personne âgée.

4 - LES FONCTIONS HOTELIERES ET L'ACCUEIL: COMPLEMENTS INDISPENSABLES

Le constat de départ présentait trois difficultés essentielles liées :

1 – aux différents **horaires** des personnels, créés au fil du temps et qui prenaient très peu en compte les besoins des personnes âgées accueillies.

2 – à une **dévalorisation** des tâches hôtelières apparaissant comme secondaires aux équipes soignantes car effectuées par des personnels très peu qualifiés, « formés sur le tas ». De plus, l'absence de programme de formation qualifiant avait obligé un recouvrement des tâches soignantes par des agents hospitaliers spécialisés.

3 – à la vétusté des locaux et la faiblesse en **équipements** qui contribuaient à réduire la fonction hôtelière à une fonction mineure au regard de la prise en charge des personnes âgées.

¹³ Concept de « care » utilisé en langue anglaise, qui distingue « health and social care » .

Les locaux en cours de réhabilitation neufs et fonctionnels pour la plupart et les programmes pluriannuels de formation engagés (répartition structurelle des qualifications différentes) ont permis de réorganiser l'offre de prestations hôtelières dans l'établissement.

Le renforcement des qualifications, par le plus grand nombre d'aides-soignantes, d'aides médico-psychologiques ainsi que la qualification d'agents hôteliers, a permis d'engager une redéfinition des rôles propres et des missions de chacun.

Il convient de délimiter les champs respectifs, mais aussi les zones d'intervention communes garantes de la cohésion d'une prise en charge globale des personnes âgées.

Ces réflexions se font par l'intermédiaire du groupe travaillant sur la définition du projet de vie à la maison hospitalière de Baccarat.

Ses conclusions sur la nécessité de valoriser les tâches hôtelières sont rapportées dans les réunions de service et discutées, car le **projet de vie** doit questionner l'organisation et les acteurs de l'institution.

J'ai beaucoup insisté sur l'importance donnée à cet axe au sein du projet d'établissement et j'ai obtenu que soient déléguées aux personnels hôteliers des **missions** spécifiques qui sont abordées au cours des réunions de service (mission animation, mission repas, mission ménage, mission hygiène, mission accueil). Ces missions sont transversales : elles ont permis de définir une structure commune de réflexion dans les projets de services quant au projet de vie.

Ainsi, j'ai pu faire prendre conscience de la nécessité de réaménager l'ensemble des horaires des personnels ; il était nécessaire d'en réduire le nombre et d'adapter leur amplitude pour garantir qualité de vie et sécurité aux personnes âgées.

Les exigences étaient les suivantes :

- Décalage des horaires de repas et retour à des horaires normaux avec respect des temps de repas spécifiques aux personnes âgées .
- Adéquation du nombre de personnels présents avec la charge de travail effective.
- Continuité de la prise en charge après le repas du soir et poursuite d'activités accompagnées jusqu'à 21 heures pour les personnes âgées qui le désirent.
- Assurance d'une présence infirmière jusqu'à 21 heures pour une bonne continuité des soins.
- Activités et accueil assurés le samedi.

Ces demandes avaient été relevées dans les résultats d'une consultation interne pour laquelle j'avais sollicité les administrateurs ainsi que les membres du **conseil d'établissement**. Celui-ci doit être en effet un des acteurs privilégié du projet de vie.

Elles avaient été confirmées par des interventions des médecins, qui avaient attiré mon attention sur les conséquences d'horaires inadaptés pour la santé même des résidents :

- Durée trop longue entre le dernier repas et le petit déjeuner.
- Temps de repas trop courts pour certains.
- Rupture dans les périodes d'activités.
- Temps de coucher trop long risquant d'aggraver la dépendance.
- Continuité des soins mal assurée.

Les nouvelles grilles d'horaires, proposées par la surveillante générale, furent présentées aux instances représentatives du personnel puis au personnel au cours des réunions institutionnelles qui suivirent, avant leur mise en œuvre définitive.

J'avais auparavant entendu les remarques qui concernaient les difficultés engendrées par les fins de poste à 21 heures et je tenais à favoriser une élaboration collective du projet qui tienne compte, autant que possible, des préoccupations des différentes catégories d'acteurs. J'ai donc demandé en contrepartie à ce que soient privilégiés les horaires continus, appréciés par les salariés, au détriment des horaires dits « coupés ».

« Il n'y a d'acteurs sociaux que si se combinent la conscience intériorisée de droits personnels et collectifs, la reconnaissance de la pluralité des intérêts et des idées [...] la responsabilité de chacun à l'égard d'orientations culturelles communes »¹⁴.

Ces projets se verront complétés par le projet social de la direction, par le projet de gestion administrative et du système d'information. Le projet d'établissement est déposé en juillet 2000 et engage la maison hospitalière de baccarat dans une dynamique où l'évaluation va jouer un grand rôle, dans tous ses domaines d'activité et pour tous ses acteurs

II - DES OUTILS D'EVALUATION

1 -EVALUATION: AGGIR AUJOURD'HUI, DEMAIN RAI

En janvier 1997 est promulguée une loi « *tendant dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance (PSD)* ».

Cette prestation s'inscrit dans la logique de l'assistance, son obtention est soumise à conditions de ressources et donne lieu à récupération lors de la succession. La responsabilité

de son attribution est confiée aux conseils généraux et son financement par le département est pour partie une substitution à l'allocation compensatrice pour personne handicapée.

La vieillesse est vue comme une image dévalorisante, c'est-à-dire un état de dégradation et de dépendance auquel on ne s'intéresse plus que d'un point de vue médical et gestionnaire. La vieillesse est alors la dépendance qui est évaluée selon les grilles à partir de critères dits objectifs, mis en place par des spécialistes :

« sera dépendant celui qui ne peut plus accomplir seul les gestes de la vie quotidienne. La démarche consiste alors, à faire l'inventaire des différents déficits qui conduisent à la dépendance. C'est une addition de pertes et de peurs qui vont de la perte de motricité et de sensibilité à la peur du mal mourir en passant par la perte de la lucidité et la crainte de devenir un danger pour les autres. Etre vieux c'est ne plus vouloir et ne plus pouvoir, c'est être dépendant »¹⁵.

Le vieillissement et son approche, en termes de dépendance, mettent la personne dans une situation de hors jeu relationnel. La loi de janvier 1997 sur la PSD, loin de redonner à la personne son autonomie de décision, renforce cette image négative et fait toujours de la vieillesse une réalité exclusivement biologique et économique. C. LALIVE D'EPINAY¹⁶ très critique sur cette dénomination préfère le terme de « synomie »¹⁷ qui rend à la personne âgée la liberté de choix et la possibilité d'action sur son milieu, c'est-à-dire sa citoyenneté.

Rappelons cette citation de L.V. THOMAS *« La véritable dépendance reste de l'ordre de la réciprocité [...] pas de dépendance sans interdépendance [...]. Il importe que notre société retrouve les lois de la sagesse où la vieillesse se définit autant en termes de gains que de manques ».*

On peut regretter que dans l'effort de mise à plat du système, l'état ne soit pas allé jusqu'au bout de sa logique en homogénéisant l'ensemble de la tarification concernant les handicapés avant et après 60 ans : en effet, le nouveau dispositif laisse place à un système « spécial vieux » qui n'est guère satisfaisant pour l'esprit.

Voulant cultiver la spécialisation en utilisant un terme aussi dangereux que celui de dépendance, le secteur a perdu la possibilité de bénéficier du travail conceptuel et de la pratique ancienne du lobbying du milieu handicapé.

En effet, si la loi de 1975 prévoyait bien que tous les handicaps étaient concernés par l'allocation compensatrice qu'elle instituait, de nombreux conseils généraux, chargés du

¹⁴ Alain Touraine *Critique de la modernité*.

¹⁵ B. VEYSSET (1989) *Dépendance et vieillissement* - Paris L'harmattan, p. 171.

¹⁶ C. LALIVE D'EPINAY *Entre retraite et vieillesse* - Lausanne : Réalités sociales - p. 240.

¹⁷ Synomie : ensemble de règles partagées.

financement de cette aide, en ont contesté l'attribution aux personnes âgées¹⁸, obtenant finalement que la loi de janvier 1997 officialise définitivement cette scission entre handicapés jeunes et vieux.

Le glissement de la notion d'invalidité à celle de dépendance n'est pas neutre. Il fait mettre l'accent sur les conséquences sociales des limitations fonctionnelles, et sur la nécessité d'intervention d'un tiers.

Relation d'aide et relation de dépendance ne se recoupent pas. En ce qui concerne les personnes âgées, il n'est guère nécessaire d'avoir des handicaps pour recevoir une aide de la part des membres de la famille: c'est une norme solidaire qui s'impose. Celle-ci est largement développée à l'égard des personnes valides, aussi bien qu'à l'égard des personnes handicapées.

Avant que n'interviennent les professionnels, la personne âgée au sein de son entourage est perçue comme ayant plus ou moins besoin d'aide et non comme faisant partie d'une catégorie spéciale.

Cette relation d'aide ne devient véritablement une relation de dépendance qu'avec l'entrée en scène des professionnels.

Des études ont fait apparaître le décalage entre la gêne vécue par les personnes âgées et ses processus d'expression d'une part, et l'objectivation de la dépendance d'autre part.

Ces mêmes études¹⁹ ont fait apparaître la résistance des personnes âgées à entrer dans des processus institutionnels par lesquels se transforme leur propre statut et s'imprime une image dévalorisée et refusée de « dépendants ».

De plus, la personne âgée considérée comme dépendante garde rarement la maîtrise de son sort et subit généralement les décisions prises par d'autres. Ainsi, l'entrée en institution échappe presque complètement à son contrôle.

La **grille d'évaluation** retenue en 1996 par la sécurité sociale est la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources) qui permet de regrouper les personnes âgées en six groupes, nécessitant les mêmes ressources pour subvenir à leurs besoins. Elle met fin à la recherche de la grille idéale (450 conçues en vingt ans). Cette grille a été élaborée en s'inspirant de toutes les 450 échelles et grilles existantes (Kunzman, Geronte, Katz, Lawton, Exton Smith, Enderson, etc.). Les items communs à ces outils ont été analysés puis les plus pertinents ont été repérés par traitement mathématique.

¹⁸ Y compris en établissement, en dépit des textes et des décisions de justice.

¹⁹ Plan Urbain / Mire, *vieillir dans la ville*, L'harmattan 1992.

Elle permet d'évaluer selon ses concepteurs :

- Le degré d'autonomie ; l'état de santé des patients est appréhendé par des degrés d'autonomie.
- Les ressources nécessaires à mobiliser en fonction de la perte d'autonomie.

Elle comporte dix variables discriminantes et sept variables illustratives. Les premières portent sur la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'élimination, les transferts, les déplacements et la communication à distance. Elles seules servent à définir les groupes iso-ressources (GIR).

Les secondes portent sur les activités de la vie quotidienne : gestion, cuisine, ménage, etc.

Ces variables sont cotées selon une échelle à trois degrés : le premier correspond au cas où la personne fait ces activités seule, c'est-à-dire sans aucune aide ni stimulation, totalement, habituellement et correctement. Au degré suivant, la réalisation est partielle et au dernier, la personne ne fait pas ou pas correctement.

Les observations sont traitées par un logiciel qui calcul le GIR pouvant aller de 1 pour les plus dépendants à 6 pour les moins dépendants. La loi de janvier 1997 a fixé au seuil de trois le service de la PSD. Il correspond au statut d'une personne ayant conservé son autonomie mentale et partiellement son autonomie motrice mais nécessitant plusieurs fois par jour, des aides pour l'hygiène de l'élimination tant anale qu'urinaire.

AGGIR est une grille de gestion à **visée tarifaire**, orientant les accès aux GIR selon des critères de temps de soins de base pré-déterminés. Il ne faut pas lui en demander plus.

une modification de l'algorithme informatique²⁰ qui traite les données recueillies pourrait en ventiler les GIR différemment.

le pourcentage de l'allocation attribuée à chaque groupe relève d'une décision socio-économique et culturelle.

le fait que le choix d'items légèrement différents donne des résultats GIR très éloignés ne permet pas d'utiliser AGGIR comme une grille de suivi de l'état de dépendance.

Une grille de dépendance n'apporte aucune donnée exploitable pour la qualité du soin car elle mesure ce qui manque plus que ce qui reste. Or ce sont toutes les possibilités restantes qui doivent être exaltées par des actions qui aident à vivre... le peu de temps qui reste à déguster. A mon avis, il paraît salutaire de ne pas intégrer AGGIR dans le dossier de soins, car elle est susceptible de faciliter une dérive bien connue, la philosophie de « gardiennage », qui conduit

²⁰ *Processus de calcul permettant d'arriver à un résultat final déterminé.* Larousse

à la grabatisation des résidents (l'effet pervers de l'adéquation état de dépendance = attribution de moyens est connu).

Lorsque l'état de dépendance est durable, service de soins de longue durée et maison de retraite médicalisée, en plus de la quantité de soins infirmiers dispensés, une évaluation de la pertinence des choix des soins prodigués est nécessaire puisque la « sortie guérison » n'est plus là pour service d'indicateur qualitatif.

Dans le même groupe iso-ressources, les soins donnés seront différents en fonction de nombreux critères dont le premier est le projet de soins, qui marque le passage du quantitatif au qualitatif.

C'est pour cette raison que la direction générale de la santé, la direction des hôpitaux, la direction de l'action sanitaire et sociale, le laboratoire de santé publique « santé et vieillissement » de l'université de Paris V, et la fondation nationale de gérontologie ont formé un groupe de travail sur les méthodologies d'évaluation et de promotion de la qualité des soins aux personnes âgées en établissement de soins de longue durée.

Leur recherche a permis de retenir une méthode performante, adaptée et testée, le RAI:

« Résident Assessment instrument ».

Cette démarche est centrée sur l'identification et l'analyse des problèmes des résidents.

Le RAI est utilisé dans l'ensemble des « nursing homes » américains et expérimenté dans plusieurs pays européens (Allemagne, Danemark, Finlande, France, Islande, Italie, Norvège, Pays-Bas, République Tchèque, Royaume-Uni, Suède, Suisse) ainsi qu'au Japon.

Depuis 1996 et jusqu'en 1999, une expérimentation est en cours dans 10 établissements en France.

Le RAI est une méthode d'évaluation globale, c'est-à-dire multidimensionnelle des résidents et qui lie celle-ci structurellement à la préparation d'un plan de soins personnalisé, susceptible d'améliorer la qualité des soins. L'évaluation globale du résident prend en compte les différentes dimensions de l'être : physique, psychique, fonctionnelle, sociale, environnementale ainsi que les habitudes de vie.

En outre, en structurant l'information sous de multiples facettes, elle permet de répondre aux objectifs poursuivis par les différents acteurs impliqués dans l'organisation, le financement et la dispensation des soins. Des données utiles à la planification et à la gestion sont ainsi fournies.

Le RAI comporte trois étapes :

- 1) **S'informer / observer** : évaluation multidimensionnelle et multiprofessionnelle de chaque résident qui aboutit à un recueil structuré et codifié d'informations : le MDS : minimum de données standardisées .

- 2) **Repérer les problèmes** : A partir du MDS un tableau synthétique permet le repérage des problèmes du résident parmi les 18 problèmes types.
- 3) **Analyser la situation** : Des guides d'analyse aident à la recherche des facteurs à l'origine des situations observées et fournissent des éléments permettant d'établir un plan de soins adapté (protocoles standardisés sur les situations cliniques les plus souvent rencontrées en gérontologie).

C'est une démarche dynamique qui accompagne la démarche de soins. Sa qualité première est reconnue à l'usage : elle permet « de comprendre pour mieux aider ».

Tout laisse à penser que dans la prochaine décennie, AGGIR sera remplacée par des données de type GIR découlant de l'observation multidisciplinaire du RAI, l'analyse informatique des données servant à l'évaluation de la charge de travail, nécessaire pour justifier l'attribution des ressources.

2 - DES DONNEES NOUVELLES: LE P.M.S.I.

La mise en place du programme de médicalisation du système d'information au début des années 1980 témoigne de la volonté d'introduire des variables médicales pour expliquer l'activité hospitalière et la production de soins au cours d'un séjour.

Or, la caractéristique de la médecine gériatrique est d'être transversale aux structures hospitalières. La prise en charge dépend plus de l'état du malade que du statut tarifaire du lit. Il n'est donc pas surprenant qu'un patient soit soigné d'une insuffisance cardiaque aiguë en soins de longue durée, qu'un motif purement social justifie un séjour en médecine. Il faut intégrer cet état de fait dans le PMSI.

Enjeu majeur de santé publique, le vieillard malade n'est pas un objet de politique hospitalière. Une telle démarche est difficile à concrétiser dès lors qu'il n'y a ni acte vedette, ni diagnostic unique et que la prise en charge ne se résume pas à une pratique médicale pasteurienne.

A la maison hospitalière de Baccarat, en 1998, la mise en place du PMSI, obligatoire pour les sections de court séjour, mais simple outil macro-économique pour celles de moins de cent lits, a eu comme effet de remettre en selle la sacro-sainte durée de séjour comme variable - clé du fonctionnement du service médecine.

Il est évident que tout facteur de prolongation de la durée du séjour est défavorable. Ce qui pose le problème des malades gériatriques qui ont une durée de séjour plus longue.

« En effet, la durée du séjour d'une personne âgée peut être décomposée en une période de séjour médical et une période sociale. De plus le lieu d'hospitalisation a une influence sur la durée du séjour totale alors que le lieu où devrait aller le patient à sortie du court séjour a une influence sur la période d'attente de sortie. La durée du séjour est devenue une priorité de la gestion hospitalière et un certain nombre des personnes âgées sorties précocement sont rapidement réhospitalisées (plus de 10 % des hommes âgés de 85 ans et plus par exemple) »²¹.

En second lieu, cette prolongation du séjour est liée au nombre de pathologies associées au diagnostic principal, à la nécessité d'une rééducation durant le séjour et à l'ampleur de la complexité sociale.

Enfin, la prise en charge de personnes nécessitant des soins palliatifs augmente sensiblement les durées de séjour et j'ai dû rappeler ces différents éléments aux autorités de contrôle à plusieurs reprises.

Pour l'année 1999, la durée moyenne de séjour en médecine à Baccarat s'établit à vingt quatre jours. Mais quinze séjours (sur cent deux) représentent à eux seuls une durée moyenne de cinquante sept jours, qui correspondent effectivement à deux lits sur huit occupés sur l'année par des malades nécessitant des soins palliatifs.

Cette activité constitue une priorité du projet médical et elle fait l'objet de demandes budgétaires réitérées chaque année.

La mobilisation des médecins a permis cependant de faire baisser la durée moyenne de séjour en médecine, progressivement, depuis l'engagement du projet. En effet, il a été essentiel de faire admettre la nécessité d'une utilisation rationnelle d'un service de plus en plus performant, au service d'une mission de service public et certaines pratiques ont ainsi pu être corrigées.

Les données du PMSI sont traitées, par convention, par le département d'information médicale (DIM) du centre hospitalier voisin. Le PMSI a ainsi permis à la maison hospitalière de Baccarat de créer des relations différentes avec les partenaires de santé du secteur. Le médecin DIM forme les professionnels de Baccarat à la maîtrise de cet outil ; la lecture des données statistiques qui en sont extraites permettent à tous de mieux cerner la réalité de l'établissement et d'engager une réflexion efficace.

²¹ M.C. MOUQUET, SESI, *Personnes âgées : conditions de vie, solidarité santé*. 1996 – p. 53 à 66.
Joël GUENIN – Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2001

3 – LA REDUCTION DE LA DISPENSATION MEDICAMENTEUSE ET L'IMPLICATION DES MEDECINS

L'amélioration de la qualité des prescriptions, de la qualité de la délivrance et l'analyse pharmaceutique des ordonnances associées à des tarifs plus avantageux, ont permis d'atteindre rapidement les objectifs budgétaires en matière de dépenses pharmaceutiques.

La réorganisation du circuit du médicament dans l'établissement contribue à l'efficacité de l'offre de soins et permet une réduction sensible des médicaments dispensés. Il apporte également la sécurité indispensable dans la prescription et le suivi des analgésiques morphiniques majeurs utilisés notamment au niveau des soins palliatifs.

Les médecins prescripteurs se sont reconnus dans les objectifs et les projets d'un de leurs pairs, la pharmacienne. Tous se sont fédérés autour de protocoles et d'actions construites en commun, lors notamment des réunions de la commission du médicament et de la commission médicale d'établissement.

Peu à peu, l'équipe médicale s'est mobilisée au travers du projet médical et des nouvelles missions qui s'y trouvaient inscrites : importance du rôle du médecin coordinateur, études des résultats de l'activité avec le médecin du département d'information médicale (PMSI), estimation du besoin de nommer un médecin responsable de l'unité de médecine et sollicitations nombreuses au fur et à mesure de la mise en place des instances réglementaires.

Les médecins participent à des degrés divers au CHSCT, au conseil d'établissement, à la commission du service de soins infirmiers, au comité de lutte contre les infections et à la récente commission de conciliation mise en place à la maison hospitalière de Baccarat fin 1999.

Trois d'entre eux font partie des groupes d'auto évaluation mis en place dans le cadre de l'accréditation. Enfin, un médecin a été nommé correspondant d'hémovigilance, travaillant en liaison avec le centre de transfusion sanguine de Nancy.

Cette participation aux différentes structures nécessite parallèlement une réflexion sur des modes de rémunération des médecins qui ne soient pas seulement liés aux actes de soins.

Ceux-ci demandent que les propositions budgétaires incluent désormais des temps salariés d'encadrement médical : augmentation du temps de médecin coordonnateur (0,15 ETP) et création du poste de médecin responsable, salarié pour 0,10 équivalent temps plein, ainsi qu'un poste de secrétariat médical, salarié pour 0,50 équivalent temps plein.

III - LES PERSPECTIVES

1 - LA REFORME DE LA TARIFICATION ET SES HYPOTHESES

Les établissements pour personnes âgées sont financés par les personnes âgées, avec si besoin, une allocation-logement et l'aide sociale départementale pour ce qui relève de l'hébergement. Ils peuvent disposer d'une section de cure médicale et d'une unité de soins de longue durée pour les personnes les plus dépendantes ; l'assurance maladie apporte alors le financement nécessaire à la prise en charge des dépenses de soins.

La loi du 24 janvier 1997 ²², instaurant la prestation spécifique dépendance (PSD), prévoit une réforme de la tarification, devant entrer en vigueur au plus tard le 27 avril 2001. En avril 1999 étaient notamment publiés dans le cadre de cette réforme de la tarification un décret n° 99-316 du 26 avril 1999, dit décret tarifaire et un décret n° 99-317 du 26 avril 1999, dit décret budgétaire comptable .

Les prestations relèvent d'un tarif afférent à l'hébergement, un tarif afférent à la dépendance, un tarif de soins, les six tarifs de soins étant également liés au degré de dépendance .

La tarification est ainsi établie pour chaque établissement en fonction du degré de dépendance des personnes accueillies.

Afin de moduler les tarifs afférents à la dépendance et aux soins, il est nécessaire de réaliser le classement des résidents selon leur niveau de dépendance.

Le classement des personnes âgées dans chacun des GIR donne lieu à une cotation en points de 1000 points à 70 points.

La dépendance moyenne des personnes hébergées dans un établissement est exprimée par le GMP (gir moyen pondéré) : il correspond au montant des points dans les différents groupes de toutes les personnes hébergées, en maison de retraite, médicalisée ou pas, et en unité de soins de longue durée, divisé par le nombre de personnes hébergées.

Faire dépendre la tarification du degré de handicap de la personne âgée, et non de la structure et des agréments de l'établissement, est donc un réel progrès, souhaité comme tel par les pouvoirs publics, les différents financeurs et l'ensemble des professionnels depuis fort longtemps.

Nous regrettons cependant que cette tarification lie de façon arbitraire les tarifs de soins au degré de dépendance.

²² Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 instituant la PSD, complétée par le décret 97-426 du 28 avril 1997 relatif aux conditions et aux modalités d'attribution de la PSD et par le décret n° 97-427 du 28 avril 1997 instituant la grille AGGIR.

D'autres calculs de groupe iso-ressources, reposant sur les caractéristiques **cliniques** des patients, et sur les types de soins, distinguent clairement des groupes de patients ayant une réduction importante des performances pour les activités de la vie quotidienne, ayant des troubles cognitifs, ayant des troubles sévères du comportement, recevant des soins de réadaptation, des soins intenses, des soins complexes, ou des soins spéciaux.

Sous la pression des organisations professionnelles, le ministère de l'emploi et de solidarité propose un projet de décret présentant des **modifications** techniques non négligeables :

- Le calcul des tarifs journaliers tiendra compte de produits imputables à 100 % au tarif dépendance (ex. les couches et produits absorbants).
- La prévention est prise en compte (points supplémentaires à l'échelle des GIR telle qu'elle était définie) et les GIR sont mutualisés deux par deux pour le calcul des tarifs dépendance.
- Le contenu des tarifs soins sera modifié.
- La PSD couvrira demain le tarif dépendance de l'établissement (PSD spécifique). Cette mesure s'accompagne de l'instauration d'une franchise correspondant à 280 points GIR (qui s'apparente à un « ticket modérateur ») qui resterait à la charge du résident.
En revanche, la partie supérieure aux 280 points sera payée par la PSD ou par la personne âgée si elle n'est pas éligible à la prestation.
- Le « clapet anti-retour » sera généralisé. Ainsi les établissements qui bénéficieraient actuellement de crédits d'assurance maladie supérieurs à ceux qui leur seraient alloués dans le cadre de la nouvelle tarification conserveraient leurs moyens actuels (tarifs soins).
Le déséquilibre ainsi constaté devra être progressivement corrigé en portant le niveau de prestations (de soins) à hauteur de la contribution de l'assurance maladie.
- L'obligation d'avoir du personnel diplômé dans les cinq ans à compter de la signature de la convention tripartite est maintenue, mais les aides-soignantes ou aides médico-psychologiques pourront être soit diplômées, soit en cours de formation.

On le voit, la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes s'oriente lentement vers la prise en compte de l'évolution des besoins des résidents, et de la nécessaire adaptation des structures.

Pourtant, des questions restent en suspend, et notamment le devenir des unités de soins de longue durée.

Une circulaire de la direction de l'assurance maladie du 15 juin 1999 précise que l'application immédiate de la réforme de la tarification à cette catégorie d'établissements, dont la population âgée ne nécessite pas, dans la majorité des cas, des soins techniques lourds,

relevant d'un plateau technique hospitalier, n'emporte pas leur mutation de structures sanitaires en structures médico-sociales.

Le législateur n'a donc pas pour le moment encore, décidé le transfert des services de soins de longue durée dans le champ médico-social.

Enfin, la prise en charge des personnes âgées dépendantes nécessite l'intervention de multiples acteurs formels ou informels. Dès lors, le problème de leur coordination en matière de financement est soulevé.

Le débat sur le financement de la dépendance est inscrit sur l'agenda politique depuis le milieu des années quatre-vingt. La solution choisie a été un transfert de responsabilités aux collectivités départementales du fait de l'impossibilité des pouvoirs publics à imposer un fonds commun de financement.

Pour illustrer ces propos, je citerai l'accord intervenu entre la ministre de l'emploi et de la solidarité et l'association des départements de France (ADF) pour notamment ne pas remettre en cause l'actuelle répartition des compétences, issue des lois décentralisatrices de 1982 et 1983, présenter les budgets des EHPAD en trois sections d'imputation tarifaire **hermétiquement** fermées et avec des reprises de résultats **propres** à chacune des sections.

2 - L'ENGAGEMENT DANS L'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE : ANGELIQUE ET L'ACCREDITATION.

L'évaluation : ce terme générique est devenu à la fin des années 70 l'un des mots clé les plus utilisés dans le vocabulaire courant. Pour définir l'évaluation on pourrait l'opposer au contrôle, ce sont 2 approches différentes mais complémentaires : le contrôle s'oriente plus vers le **quantitatif**, il consiste à vérifier, à mesurer les résultats, les écarts et les variations. Il conformise, c'est une opération limitée dans le temps. Il marque la fin d'une action, il est normatif. L'évaluation privilégie le pôle **qualitatif** : elle consiste à produire, à créer un référent en même temps qu'elle s'y rapporte, elle s'inscrit dans une logique de sens pour aller vers une autre compréhension. L'évaluation a une visée perspective, son action se prolonge sur le devenir et dans la durée.

« L'interrogation sur le sens ou la pertinence des programmes renvoie immanquablement à l'évaluation au sens plein du terme, des projets visés qui les inspirent »²³.

L'évaluation, parfois confondue avec le contrôle, peut être perçue comme une menace et non

²³ J. ARDOING, G. BERGER *Fondement de l'évaluation et démarche critique* Novembre 1989
Joël GUENIN – Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 2001

comme une aide à la qualité ou à la décision ou encore comme une recherche de sens. Quelque soit la forme de l'évaluation, elle doit toujours être préparée avec les acteurs du terrain et tenir compte de la culture de l'entreprise.

La loi du 31 janvier 1991, dite loi hospitalière avait déjà placé l'évaluation comme une obligation essentielle des établissements de santé « ils sont tenus de procéder à l'évaluation de leur activité afin de dispenser des soins de qualité ».

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation comporte l'obligation, dans les cinq ans, pour tous les établissements de santé, de s'engager à leur initiative, dans une procédure externe dont le but est d'obtenir une appréciation indépendante de la qualité ou, le cas échéant, d'un ou de plusieurs services ou activités de ces établissements.

Pour promouvoir une politique **active** et **continue** d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé doivent faire l'objet d'une accréditation.

Cette accréditation est faite par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), établissement public administratif, créé par le décret n° 97-311 du 7 avril 1997 dans le cadre de la réforme du système de soins français.

L'accréditation des structures est la sanction de la qualité ou de la non qualité. D'où la nécessité de s'y engager. En s'engageant dans une démarche qualité, les établissements s'engagent dans un processus dynamique d'amélioration permanente. J'estime que la qualité n'est pas une fin en soi, que c'est une démarche collective impliquant l'ensemble des acteurs de chaque structure.

A la maison hospitalière de Baccarat, l'accréditation concerne réglementairement 73 lits (l'unité de soins de longue durée et la médecine), et l'établissement a choisi le moment le plus opportun pour entrer dans la procédure. Le conseil d'administration et le directeur ont préparé ce choix avec les professionnels qui y exercent.

Certains postulats étaient nécessaires :

- que les orientations stratégiques soient clarifiées, notamment par l'élaboration du projet d'établissement.
- que les principes de l'amélioration continue de la qualité soient partagés.
- que la sécurité dans l'établissement soit conforme à l'ensemble des normes réglementaires.

- que des actions de communication interne soient effectuées sur les objectifs poursuivis par l'accréditation et le déroulement de la procédure.

L'établissement s'était engagé depuis plusieurs années dans une forte dynamique de changement, les transformations réalisées permettaient d'aborder cette phase d'évaluation et d'analyse des pratiques.

Le projet d'établissement était finalisé et le conseil d'administration de l'association, dans sa séance du 25 juillet 2000, décida d'envoyer le dossier de demande d'engagement de l'établissement dans la procédure d'accréditation (prévu à l'article R710-6-2 du code de la santé publique).

Le cycle de l'accréditation comporte quatre phases :

1. l'engagement dans la procédure,
2. la phase d'auto évaluation,
3. la visite d'accréditation par les experts visiteurs,
4. le plan d'amélioration et de suivi et la validation du rapport d'accréditation par l'ANAES.

Mais il apparaît que l'auto évaluation est la **phase essentielle** de la procédure. Elle permet à l'établissement de santé de réaliser son diagnostic qualité, temps particulier d'appréciation réalisé au sein d'un processus continu d'amélioration.

Ce diagnostic doit être conduit de manière **objective** et porte sur **l'ensemble des activités** de l'établissement qui participent directement et indirectement à la prise en charge du patient.

Il m'apparaissait difficile, à la maison hospitalière, de limiter l'auto évaluation aux seules unités sanitaires.

L'auto évaluation s'appuie et utilise les référentiels figurant dans le manuel d'accréditation et un certain nombre de référentiels, élaborés par l'ANAES avec des professionnels de santé, impliquaient de façon transversale, l'ensemble des services de l'institution.

Par exemple :

« *La gestion prévisionnelle des ressources humaines, permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement.* »

Ou « *la tenue du dossier du patient permet une gestion fiable des informations.* »

Ou encore « *l'établissement est organisé pour assurer la sécurité des personnes contre l'incendie.* »

L'établissement profite de ce travail lourd et chronophage pour auto évaluer la qualité **dans l'ensemble** de la structure.

- Pour ce faire, j'ai mis en place quatre groupes d'auto évaluation pluridisciplinaires qui correspondent aux quatre groupes élaborés dans le manuel d'accréditation, et qui traitent les thèmes suivants :

:

- auto évaluation des soins.
- auto évaluation de la logistique et de la fonction hôtelière.
- auto évaluation du management, des ressources humaines et des systèmes d'information.
- auto évaluation des comités de vigilances sanitaires et des moyens mis en œuvre pour la lutte contre les infections nosocomiales.

Ces groupes sont pilotés par un comité représentatif de 7 membres, dont je suis le chef de projet, chargé de coordonner la préparation de l'auto évaluation, l'organisation de sa conduite, la validation méthodologique des résultats et la préparation des conclusions.

La réflexion engagée sur la totalité de l'établissement nous permet d'anticiper sur les perspectives liées à la réforme de la tarification des EHPAD : la démarche d'évaluation de la qualité des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes a été introduite par les décrets du 26 avril 1999 relatifs à réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, dans le cadre des conventions tripartites dont le contenu du cahier des charges a été fixé par l'arrêté du 26 avril 1999.

L'élément nouveau, contenu dans cette réforme est la **formalisation** systématique des démarches d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité centrées sur la personne âgée et répondant à ses besoins.

La démarche doit s'appuyer sur un projet institutionnel visant à améliorer le service rendu aux résidents et à leur famille précisant les projets de vie, d'aides et de soins.

La démarche qualité constitue un droit pour l'utilisateur et un devoir pour les professionnels.

Il ne peut y avoir d'amélioration durable de la qualité sans évaluation de l'existant, puis des résultats obtenus ensuite.

L'outil d'auto évaluation retenue est le résultat du travail d'un groupe réuni dans le cadre de la mission MARTHE²⁴. Il répond au dénominateur d'ANGELIQUE²⁵ et comprend quatre parties :

- attentes et satisfaction des résidents et familles.
- réponses apportées aux résidents en terme d'autonomie, d'accompagnement et de soins.

²⁴ Mission D'appui de la Réforme de la Tarification d'Hébergement en Etablissement composée de représentants des services de l'état, des conseils généraux, de l'assurance maladie, de responsables et professionnels d'établissements et de l'école nationale de la santé publique.

²⁵ Application Nationale pour Guider une Evolution Labellisée Interne de Qualité pour les Usagers des Etablissements.

- l'établissement et son environnement.
- la démarche qualité.

Une cotation est déterminée, ainsi que des objectifs d'amélioration, sur chacune des questions relatives à ces parties.

Le conseil général de Meurthe et Moselle nous a fait travailler sur une première version de cet outil d'évaluation. En parcourant les grilles, l'équipe de direction a pu mesurer l'avance prise par l'établissement dans l'ensemble des domaines évalués :

- l'accueil.
- le livret d'accueil, refait à la fin de la restructuration.
- le règlement intérieur des résidents.
- le contrat de séjour, dont les évolutions nécessaires sont étudiées dans les réunions du groupe maîtrise.
- l'animation qui fait partie des projets des services.
- l'évaluation globale des résidents.
- La nutrition et l'hygiène.
- La qualité et les valeurs inscrites dans les soins dispensés le dossier individuel et unique du patient.
- l'implication des familles.
- l'adaptation des locaux.
- l'évaluation des risques.
- l'évaluation de la satisfaction des résidents et des familles.

Tous ces critères font déjà partie à la maison hospitalière de Baccarat d'une dynamique commune qui privilégie la qualité de vie et permet d'apprécier l'adaptation des services aux attentes de la population accueillie.

3 - LA POLITIQUE DE CONTRACTUALISATION

Au sens général le contrat est défini comme un acte par lequel deux (ou plus) parties égales s'engagent librement l'une envers l'autre (ou les unes envers les autres) pour faire ou faire faire une ou plusieurs actions sur une certaine durée dans un but déterminé et d'intérêt mutuel. Le passage d'une gestion administrée à une gestion négociée est en soi une véritable révolution pour les établissements de santé mais également pour les EHPAD dans le cadre de la réforme de la tarification qui se profile.

La notion de contractualisation s'inscrit en effet dans le cadre d'une responsabilisation des acteurs de santé et est prévue par l'ordonnance n° 96 346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Le contrat d'objectif et de moyen instauré par l'ordonnance du 24 avril 1996 est obligatoire, général, ordinaire, portant sur tous les aspects stratégiques de la politique de l'établissement et de la politique de l'état et de l'agence régionale de l'hospitalisation, en conformité avec le schéma régional d'organisation sanitaire, les normes de sécurité et d'activité, et avec les référentiels et les critères de la qualité et de l'accréditation.

Pour leur part, les conventions tripartites (article 23 I de la loi du 24/1/97) pourront jouer un rôle central dans l'amélioration de la qualité, puisqu'elles imposeront aux partenaires des échanges plus larges que le simple volet budgétaire.

En effet, la convention doit être un instrument de partenariat qui permettra de faire progresser autant les démarches des établissements que les politiques des conseils généraux ou des services extérieurs de l'état.

Pour les établissements et la maison hospitalière de Baccarat en particulier, je pense que la politique de contractualisation pluriannuelle peut être bénéfique sous certaines conditions :

- pour l'établissement, la préparation au contrat, c'est réglementairement un projet élaboré et approuvé. Bien préparé, il rétablit l'égalité avec les autorités de contrôle qui elles disposent des outils de planification.
- l'égalité des usagers, la qualité de l'établissement, la sécurité des soins et des services, l'efficacité des équipes, la satisfaction des besoins de santé publique au meilleur coût doivent constituer l'intérêt commun sur lequel seront négociés les contrats ou conventions.
- le contrat doit être préparé dans la concertation et la communication : la confiance des acteurs est fondamentale, et il doit être clair et comporter des clauses de suivi, d'évaluation, de « renégociation » et d'intérêt collectif.
- face à une durée déterminée (5ans) le degré de réalisation sera d'autant plus satisfaisant que les objectifs auront été négociés (voire proposés) par l'établissement, et non pas imposés.
- par contre, l'établissement doit tenir compte des contraintes liées à l'environnement : nécessaire adaptation des services aux attentes de la population, coopération entre les acteurs, planification, contraintes économiques, budgétaires, maîtrise des dépenses.

Aucune entreprise ou organisation n'est libre de contrainte.

Pourtant, pour, la maison hospitalière de Baccarat, la multiplicité des conventions à signer, concernant des clauses qui se recourent (qualité, objectifs, moyens et évaluation) représentent une surcharge importante et peut paraître redondante aux acteurs de terrain et aux professionnels.

Une réelle coordination des différentes autorités de contrôle de l'établissement devrait en réduire les effets.

4 - LE RESEAU GERONTOLOGIQUE

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée a clairement inscrit dans les codes de la sécurité sociale et de la santé publique la constitution de réseaux de soins coordonnant les interventions en ville et à l'hôpital, et visant à promouvoir de nouvelles formes d'organisation des soins, notamment dans le domaine médico-social.

Dès 1993, la caisse nationale d'assurance vieillesse avait consacré une circulaire promouvant la création de réseaux gérontologiques afin d'assurer une meilleure coordination des services. L'institution doit être capable de dépasser la sphère d'influence de sa structure et de permettre l'émergence d'autres modalités de prise en charge. Pour ma part, la principale innovation du réseau est de permettre de modifier les modes de relations entre acteurs et institutions et leurs représentations de la vieillesse et de l'action sociale et médico-sociale ; il peut conduire ainsi à une nouvelle structuration du dispositif au centre duquel se trouve la personne âgée ou le patient dans son approche globale.

En janvier 2000, la maison hospitalière de Baccarat est à l'initiative d'un groupe de travail rassemblant les intervenants locaux, qui a entrepris une réflexion sur l'existant, ainsi qu'une définition des besoins du canton. Ce groupe est composé du service de soins infirmiers à domicile, des professionnels de santé libéraux, de la maison de repos et de convalescence de Baccarat, du centre communal d'action sociale, et de trois associations d'aides aux personnes âgées.

La réflexion entreprise va, dans un premier temps déboucher sur des formations conjointes et nécessaires sur les soins palliatifs, et plus tard sur la constitution d'un véritable réseau local.

Celui-ci sera naturellement associé à l'étude et à la définition du projet d'hospitalisation à domicile envisagé par la maison hospitalière de Baccarat.

5 - L'HOSPITALISATION A DOMICILE

78 % des personnes âgées dépendantes vivent au domicile et expriment le désir d'y rester et d'y mourir.

L'hospitalisation à domicile, prescrite par un médecin hospitalier ou un médecin exerçant à titre libéral, permet de dispenser au domicile du malade, pour une période limitée, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés.

La circulaire 2000 295 du 30 mai 2000 de la direction des hôpitaux définit les missions de l'HAD, les orientations à intégrer, et précise sa place parmi les structures de soins à domicile afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

Cette circulaire est venue appuyer la réflexion en cours, au sein de la maison hospitalière de Baccarat, qui désire une ouverture de son champ de prestations, et pouvoir apporter une réponse adaptée aux aspirations légitimes des patients âgés du canton. Créer un service d'hospitalisation à domicile, nouveau secteur d'activité sanitaire de l'établissement, permettrait de faire bénéficier à domicile d'une prise en charge adaptée de la douleur, dans le cadre des soins palliatifs notamment.

La complémentarité avec les autres services de maintien à domicile devrait être envisagée, avec des possibilités de passage de l'un à l'autre suivant l'intensité des soins requis. La participation au réseau de soins intégrant les différentes structures et facilitant l'accès aux soins des patients en zone rurale (population plus âgée) sera un avantage certain. La maison hospitalière de Baccarat remplira alors pleinement son rôle d'établissement de santé de proximité.

CONCLUSION

Le nouveau positionnement de la maison hospitalière de Baccarat a été facilité par une réinscription dans l'histoire et dans la mémoire locale.

Il relève cependant d'une stratégie de ses administrateurs : les décisions prises prévoyaient d'inscrire le projet dans les orientations du futur schéma régional d'organisation sanitaire, dont on savait qu'il comporterait un important volet concernant la prise en charge des personnes âgées en institution. Avoir pour objectif de développer l'offre de soins de proximité ne devait pas nous faire oublier la principale mission de l'établissement, qui est la prise en compte globale des besoins et attentes des personnes âgées que nous accueillons, ainsi que celles du canton.

Le projet de la maison hospitalière de Baccarat est maintenant considéré par le plus grand nombre, comme la réalisation d'un engagement.

Il s'est élaboré et construit de circonstances provoquées ou fortuites qui sont devenues autant d'éléments pertinents, jalons de la dynamique de changement engagée, sous l'impulsion d'un comité de direction représentant une véritable équipe, soudée et solidaire.

La mise en place de projets impose qu'ils soient partagés par le plus grand nombre et que l'on ait donné les moyens du développement des autonomies individuelles, notamment la capacité de participer, de s'exprimer. L'augmentation quantitative et surtout qualitative du personnel, la mise en place de coordinations nouvelles n'a pas pu se faire sans que des choix de management et la mobilisation de nombreux acteurs n'aient pu se conjuguer.

L'établissement a acquis une nouvelle reconnaissance de ses salariés, des professionnels locaux, des autres établissements du bassin de santé, ainsi que des autorités de contrôle, sanitaires et médico sociales. La plus grande facilité de recrutement du personnel qualifié, notamment le personnel infirmier, et l'activité retrouvée démontrent l'amélioration de son attractivité.

Enfin, la maison hospitalière est d'ores et déjà en mesure de répondre aux exigences nouvelles et aux échéances qui vont s'imposer au secteur des établissements de santé et d'hébergement des personnes âgées dépendantes. Le rapport d'auto évaluation de la qualité de ses prestations dans le cadre de l'accréditation devra être rendu au cours du premier semestre 2001 et les administrateurs sont confiants et prêts à s'engager dans une procédure de contractualisation avec les différentes autorités de contrôle.

Dans les années à venir, l'établissement devra conforter les procédures d'évaluation qui ont été initiées, pour l'engager dans un processus d'ajustement constant de ses pratiques.

S'engager dans une dynamique valorisante s'est révélé motivant pour la plupart d'entre nous. L'équipe de direction devra maintenant s'efforcer d'entretenir ce mouvement d'amélioration continue, qui seul permettra de s'adapter pour faire face efficacement aux nouveaux enjeux démographiques qui vont se poser .

BIBLIOGRAPHIE

- Comité Consultatif National d’Ethique « *Rapport sur le vieillissement* » N° 59 25/05/1998
- Crozier M. « *L’acteur et le système* » Editions du seuil 1977
- Delnatte J.C. - Hardy JP « *La réforme financière des EPAHD* » Editions ENSP - Rennes 03/2000
- Felder S. - Les fiches documentaires du centre interfacultaire de gérontologie de l’université de Genève N° 5 12/1997 -« *Les coûts médico pharmaceutiques et l’âge chronologique* »
- Gérontologie et Société n° 80 1997 «*L’hôpital* » Cahiers de la fondation nationale de gérontologie
- Gérontologie et Société n° 81 1997 « *30 ans de politique vieillesse* » Cahiers de la fondation nationale de gérontologie
- Henrard JC – Ankri J « *Grand âge et Santé Publique* » Editions ENSP - Rennes 09/1999
- Lefèvre P. « *Guide de la fonction directeur d’établissement social et médico-social* » - Editions DUNOD – 1999
- Léonard J. L. « *Manager autrement, les outils du management hospitalier* » Editions TSA – 1994
- Mouquet M.C. « *Personnes âgées : conditions de vie solidarité santé* » 1996
- Population et Société n° 302 06/1995 «*La survie des personnes âgées* » Institut National d’Etudes Démographiques
- Revue de droit Sanitaire et Social 03/1992 « *La dépendance des personnes âgées* » sous la direction de Francis Kessler - Editions Sirey Paris
- Schéma régional d’organisation sanitaire de la région lorraine 2000-2005 « *Prise en charge des personnes âgées en établissement de santé* »
- Sebag-Lanoë R « *Soigner le grand âge* » Editions Desclee de Brouwer Paris 1993
- Timar S. « *Imbroglia dans les équipes soignantes* » – Editions TSA – 1993
- Trepos J.Y. « *La sociologie de l’expertise* » Presse universitaire de France 1996
- Veysset B. « *Dépendance et vieillissement* » L’harmattant 1989

ANNEXE 1

TABLEAU DES EFFECTIFS 2000

	TOTAL	MEDECINE	FORFAIT		HEBERGEMENT		Plus RPLCT BUDGET.	P L U S				
			SC-CM	USLD	M R	USLD		CES	CEC	C Q	E J	
D I R E C T I O N	2				2							
MEDECIN	0.15	0.15										
PHARMACIEN GERANT	0.5	0.5										
KINESITHERAPEUTE	0.25	0.25										
I D E	11.00	2.00	4.00	5.00								
A S	30.50	3.25	10	17.25								
A H S	21.5	1.5	0	0	8.5	11.5	1	8	1	0	2	
SERVICES GENERAUX	18.85				10.85	8	0.08					
T O T A L	84.75	7.65	14	22.25	21.35	19.5						
							1.08	8	1	0	2	

**CES: contrat emploi solidarité ; CEC: contrat emploi consolidé ; CQ: contrat de qualification ;
EJ: emploi jeune ; SC: soins courants ; CM: cure médicale ; MR : maison de retraite ; USLD :
unité de soins longue durée**