



**EHESP**

---

**Directeur d'établissement sanitaire,  
social et médico-social**

Promotion : **2008 - 2009**

Date du Jury : **Décembre 2009**

---

**Une démarche participative pour  
l'instauration des outils introduits par  
la loi n° 2002-2 pour garantir les  
droits des usagers**

**Le cas de l'Hôpital Local de Nuits-Saint-Georges**

---

**Audrey HILAIRE**

---

# Remerciements

---

Je remercie chaleureusement Madame Bernadette KRAFT, mon maître de stage, pour les moments généreux d'échanges et de partage qui m'ont permis de progresser dans l'apprentissage du métier de directeur.

J'adresse mes remerciements aux membres du personnel de l'hôpital local de Nuits-Saint-Georges pour leur accueil sympathique et je remercie en particulier ceux avec lesquels j'ai travaillé à l'occasion de mes missions.

Je tiens à remercier les différents directeurs et professionnels du secteur sanitaire et médico-social ainsi que les résidents et les représentants des résidents qui ont bien voulu m'accorder un peu de leur temps pour répondre à mes questions.

Je remercie également Madame CHAUVIN, enseignante et Madame MABECQUE GUIGNARD, Directrice d'EHPAD, mes tutrices de mémoire, pour avoir accompagné ma réflexion.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Les droits des usagers personnes âgées dépendantes en hôpital local.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Éléments préalables : contexte juridique et définition.....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Réglementation applicable aux usagers de l'hôpital local .....	5
1.1.2 Proposition de définition pour le terme « usager » .....	6
<b>1.2 La place respective de l'usager dans la loi de 1975 et dans celle de 2002 ....</b>	<b>6</b>
1.2.1 De l'émergence timide du droit des usagers après la loi de 1975.....	6
1.2.2 ... à sa consécration officielle dans la loi du 2 janvier 2002 .....	7
<b>1.3 Les droits consacrés aux usagers des ESSMS par la loi 2002-2 .....</b>	<b>9</b>
1.3.1 Les droits fondamentaux des personnes .....	9
1.3.2 Les droits spécifiques à la vie en ESSMS .....	10
<b>1.4 Les outils énoncés par la loi 2002-2 pour garantir les droits des usagers ..</b>	<b>14</b>
1.4.1 Conseil de la vie sociale et contrat de séjour : des outils en faveur de la participation .....	14
1.4.2 Livret d'accueil, règlement de fonctionnement, charte et projet d'établissement : des outils contribuant à l'information .....	18
1.4.3 La personne qualifiée : une instance de protection .....	21
<b>2 Les intérêts à l'instauration des outils pour l'usager et pour l'établissement.....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Pourquoi un retard à la mise en place des outils à l'HLNSG ? .....</b>	<b>23</b>
2.1.1 Les causes renvoyant aux limites des outils.....	23
2.1.2 Les causes inhérentes à l'hôpital local, voire à l'hôpital local de Nuits-Saint-Georges.....	25
<b>2.2 L'intérêt de la mise en place des outils pour l'usager .....</b>	<b>27</b>
2.2.1 Favoriser la bienveillance.....	27
2.2.2 Etre informé pour pouvoir contester.....	28
<b>2.3 L'intérêt de la mise en place des outils pour l'établissement .....</b>	<b>29</b>
2.3.1 Interroger et remettre en question ses pratiques.....	29

2.3.2	Disposer d'un cadre commun connu, en prévention des conflits .....	30
2.3.3	Amorcer la négociation de la convention tripartite de deuxième génération dans de bonnes conditions.....	32
<b>3</b>	<b>Une démarche participative pour l'instauration des outils à l'HLNSG : actions mises en œuvre et préconisations.....</b>	<b>35</b>
<b>3.1</b>	<b>Une nécessaire participation des professionnels à la construction des outils .....</b>	<b>35</b>
3.1.1	Des intérêts à rechercher .....	36
3.1.2	Des limites à dépasser .....	38
<b>3.2</b>	<b>Les actions mises en œuvre à l'HLNSG .....</b>	<b>40</b>
3.2.1	Le cadrage du projet, garant de son efficacité .....	40
3.2.2	Le déploiement de l'action.....	43
3.2.3	L'évaluation et le suivi, pour garantir l'actualisation des outils .....	45
<b>3.3</b>	<b>Des préconisations pour assurer la pérennité et l'efficacité des outils co- créés .....</b>	<b>46</b>
3.3.1	Le développement de mesures d'accompagnement spécifiques.....	46
3.3.2	La mise en cohérence des outils en faveur du droit des usagers avec des dispositifs émergents à l'HLNSG.....	49
	<b>Conclusion .....</b>	<b>55</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>57</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>AAH</b>	Attaché d'administration hospitalière
<b>CASF</b>	Code de l'action sociale et des familles
<b>CG</b>	Conseil général
<b>CG 21</b>	Conseil général de la Côte d'Or
<b>COFIL</b>	Comité de pilotage
<b>CSP</b>	Code de la santé Publique
<b>CVS</b>	Conseil de la vie sociale
<b>DAS</b>	Direction des affaires sociales
<b>DDASS</b>	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
<b>DESSMS</b>	Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
<b>DH</b>	Directeur d'hôpital
<b>EHPA</b>	Établissement d'hébergement pour personnes âgées
<b>EHPAD</b>	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>ESSMS</b>	Etablissement et service social et médico-social
<b>GPMC</b>	Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
<b>HLNSG</b>	Hôpital local de Nuits-Saint-Georges
<b>IGAS</b>	Inspection générale des affaires sociales
<b>JO</b>	Journal officiel
<b>PA</b>	Personne âgée
<b>PH</b>	Personne handicapée
<b>RF</b>	Règlement de fonctionnement
<b>RI</b>	Règlement intérieur

## Introduction

Le droit des usagers concerne directement le directeur d'établissement social et médico-social (DESSMS) dans la mesure où il est responsable et garant de la mise en œuvre des obligations législatives et réglementaires qui s'imposent à l'établissement qu'il dirige. Cela implique, dans chacun de ses domaines de compétence, de connaître précisément les obligations qui s'imposent à lui et de travailler à leur mise en œuvre opérationnelle. Aussi, le thème des droits des usagers m'a paru intéressant en ce qu'il allait m'amener à maîtriser les contraintes législatives et réglementaires dans un domaine qui est à mon sens central puisqu'il concerne l'usager, situé au cœur des missions de l'action sociale.

S'agissant de la mise en œuvre opérationnelle, j'ai été amenée à réfléchir à la conception et au déploiement d'une stratégie et d'une méthodologie de travail pour créer et faire vivre ces outils dans l'établissement. J'ai ainsi pu approcher la méthodologie de la démarche projet, transposable à d'autres projets que j'aurai à mener dans le cadre de mon exercice professionnel futur.

Situé à équidistance entre Dijon et Beaune, l'hôpital local de Nuits-Saint-Georges (HLNSG) est un établissement public de santé composé de deux bâtiments distants de 150 mètres. L'un accueille les patients de médecine (*8 lits*) et les résidents d'EHPAD<sup>1</sup> les plus dépendants (*60 lits*). L'autre accueille les résidents d'EHPAD les plus autonomes (*64 lits*).

Par ailleurs, l'HLNSG gère 20 places de services de soins infirmiers à domicile.

Il a enfin la particularité de gérer une activité viticole, puisqu'il possède et exploite des vignes.

L'HLNSG a signé sa première convention tripartite en octobre 2002 avec une prise d'effet au 1<sup>er</sup> janvier 2003. Plus de cinq ans après, il convenait de procéder à son renouvellement.

A l'origine, fin 2002, tous les décrets d'application de la loi 2002-2 n'étaient pas encore parus. Aussi, l'un des objectifs de la première convention tripartite était de créer les outils qui n'existaient pas encore dans l'établissement et de mettre à jour ceux en place mais devenus obsolètes au regard de la nouvelle réglementation.

---

<sup>1</sup> EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Six ans après la prise d'effet de la première convention tripartite, l'HLNSG a procédé à son autoévaluation au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2008, dans la double perspective de la certification et de renouvellement de la convention tripartite. Or les résultats de l'autoévaluation, et plus particulièrement de l'autoévaluation de la partie EHPAD, montrent que nombre des outils mentionnés ci-dessus n'ont pas été mis en place ou n'ont pas perduré dans l'établissement. Ainsi :

- le conseil de la vie sociale n'était pas constitué,
- le contrat de séjour n'était pas en place,
- le règlement de fonctionnement n'était pas dissocié du règlement intérieur,
- le livret d'accueil était devenu obsolète,
- et le projet d'établissement avait dépassé sa durée de vie réglementaire de cinq ans.

A la lecture de documents internes à l'établissement, mais également de textes réglementaires et d'ouvrages se rapportant au thème du droit des usagers, mes premières hypothèses à la compréhension de cette situation ont été l'important mouvement des directeurs et cadres de santé sur la période, la parution progressive des textes d'application de la loi 2002-2 et le fait que les outils en faveur des droits des usagers n'étaient pas une priorité dans l'établissement. Progressivement, au fur et à mesure des rencontres et entretiens avec des professionnels de l'établissement, des directeurs d'autres structures et un professionnel du conseil général, d'autres explications sont venues compléter mes hypothèses initiales : la particularité de l'hôpital local, le temps nécessaire à la mise en œuvre d'un projet autour de tels outils et les difficultés liées au public qu'ils concernent.

De la confrontation des obligations législatives et réglementaires et du contexte de l'établissement, j'ai souhaité, dans ce mémoire, m'interroger sur la question suivante : **En quoi l'instauration des outils prévus par la loi 2002-2 présente-t-elle un intérêt pour les usagers et pour l'établissement ?**

Là encore, plusieurs hypothèses de réponses, exprimées dans le mémoire, se sont construites au fur et à mesure de l'avancée dans les lectures, les rencontres et les entretiens avec des usagers, des représentants d'usagers, des professionnels et des institutionnels.

Dans un premier temps, je présenterai l'évolution des droits des usagers du secteur social et médico-social entre 1975 et 2002, en mettant davantage l'accent sur les droits reconnus aux résidents d'EHPAD (*à l'exclusion du droit d'accès à l'établissement*) et sur les outils identifiés comme garants de leur respect (partie 1).

J'examinerai ensuite les éléments d'explication au retard de leur mise en place à l'HLNSG ainsi que les intérêts à leur instauration, tant pour les usagers que pour l'établissement (partie 2).

Enfin, je présenterai la démarche proposée puis engagée à l'occasion du stage pour construire ou actualiser (*selon les cas*) ces outils à l'HLNSG et formulerai des propositions pour faire en sorte qu'ils perdurent dans la structure (partie 3).

# 1 Les droits des usagers personnes âgées dépendantes en hôpital local

## 1.1 Éléments préalables : contexte juridique et définition

Il s'agit dans cette partie d'appréhender le contexte juridique de l'hôpital local et de définir ce que l'on entend par usager.

### 1.1.1 Réglementation applicable aux usagers de l'hôpital local

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont des établissements sociaux et médico-sociaux, conformément à l'article L312-1-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). Ce dernier précise en effet que « *sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux (...) les établissements hébergeant des personnes âgées (...)* ».

Pour sa part, l'article L 6141-2 du Code de la Santé Publique (CSP) qualifie l'hôpital local d'établissement public de santé.

Malgré un statut juridique différent, ces deux catégories d'établissements ont vocation à accueillir et à prendre en charge un public au moins en partie similaire, à savoir les personnes âgées dépendantes. Ainsi, lorsque l'hôpital local gère une activité EHPAD, le secteur EHPAD est un service social et médico-social de l'hôpital local au sens de l'article L312-1-6 du CASF, le critère de qualification étant l'accueil de personnes âgées. C'est à ce titre qu'il est, comme l'EHPAD autonome, soumis aux dispositions de la loi n° 2002-2 relatives aux droits des usagers, cette dernière indiquant que « *l'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux* » (ESSMS).

C'est à travers de cette activité commune qu'EHPAD et hôpitaux locaux se rejoignent sur le volet des droits des usagers prévus par loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002.

### **1.1.2 Proposition de définition pour le terme « usager »**

Alors même qu'elle introduit une section entière consacrée aux droits des usagers et qu'elle a pour ambition de le placer au cœur du dispositif, la loi du 2 janvier 2002, ne définit pas expressément ce terme. Toutefois, plusieurs expressions employées par le législateur apportent des éléments permettant de suggérer qui est l'usager : « *toute personne prise en charge par des ESSMS* », « *la personne ou son représentant légal* », « *les personnes bénéficiaires des prestations* », « *la personne accueillie* ».

De son côté, le Petit Larousse définit l'usager comme la « *personne qui a recours à un service, en particulier à un service public, ou qui emprunte le domaine public* ».

Aussi, je considérerai dans la suite du mémoire que l'usager de l'ESSMS est la personne accueillie dans la structure et accompagnée ou prise en charge par les professionnels.

## **1.2 La place respective de l'usager dans la loi de 1975 et dans celle de 2002**

Les droits des usagers du secteur social et médico-social ont connu une évolution sensible ces trente cinq dernières années, au cours desquelles on identifie deux principales dates clés : 1975 et 2002.

### **1.2.1 De l'émergence timide du droit des usagers après la loi de 1975...**

Cinq ans après la parution de la loi hospitalière<sup>2</sup>, la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales crée spécifiquement un secteur social et médico-social distinct du secteur hospitalier et clarifie ainsi le statut des établissements et services qui en relèvent. Les missions de ce nouveau secteur sont désormais définies parallèlement à celles du secteur sanitaire. Ainsi, alors que la loi hospitalière centre l'action de l'hôpital sur les soins et sur le développement d'équipements à haute technicité, la loi relative aux institutions sociales et médico-sociales trace le cadre qui va structurer la planification, la création, la transformation, la tarification et le fonctionnement des ESSMS, qu'elle définit préalablement.

---

<sup>2</sup> Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

A l'image de son intitulé, la loi reste centrée sur les établissements et services qui mettent en œuvre l'action sociale et médico-sociale. Ainsi, en son état initial, la loi dite sociale n'aborde pas les droits ni même les intérêts des personnes prises en charge par les institutions sociales et médico-sociales. Il faudra attendre la loi n° 85-10 du 3 janvier 1985<sup>3</sup> et plus tardivement encore un de ses décrets d'application<sup>4</sup> pour que soit introduite une première instance participative à destination notamment de la personne accueillie, à savoir le **conseil d'établissement**. Cette instance ouvre la possibilité aux personnes prises en charge de s'impliquer directement dans le fonctionnement de leur établissement d'accueil, introduisant ainsi la notion de représentativité des bénéficiaires et donc le début d'une responsabilisation de ces derniers, dès lors reconnus comme sujets de droit.

Cinq ans plus tard, la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 relative à la prestation spécifique dépendance rend obligatoire le **règlement intérieur** dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). Il est présenté comme un document interne à la structure dont le but est de « *garantir, notamment les droits des résidents, et le respect de leur intimité* » et opposables aux différents acteurs concernés. Le mot « droits » associé à celui de « résidents » apparaît pour la première fois dans ce texte de 1997, imposant aux gestionnaires d'établissements d'octroyer des droits aux personnes bénéficiaires des prestations et services qu'ils délivrent.

Ainsi, au cours de la période 1975 – 2000, seul le conseil d'établissement est rendu obligatoire dans les ESSMS assurant un hébergement, le règlement intérieur n'ayant un caractère obligatoire que dans les seuls EHPA.

Pour autant, ces textes législatifs et réglementaires ont « *largement contribué au mouvement de reconnaissance de l'usager et des droits dont il peut se prévaloir* »<sup>5</sup>, lesquels seront officiellement consacrés au début des années 2000.

### **1.2.2 ... à sa consécration officielle dans la loi du 2 janvier 2002**

Dès le milieu des années 1990, les évolutions de la Société conduisent les acteurs de l'action sociale ainsi que les politiques à vouloir réformer la loi de 1975. C'est en s'appuyant sur les conclusions du rapport IGAS Join-Lambert de décembre 1995 que Jacques Barrot, Ministre des Affaires Sociales de l'époque, confie le projet de réforme à la

---

<sup>3</sup> Loi n° 85-10 du 3 janvier 1985 portant diverses dispositions d'ordre social.

<sup>4</sup> Décret n° 91-1415 du 31 décembre 1991 relatif aux conseils d'établissement des institutions sociales et médico-sociales mentionnées à l'article 3 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975.

<sup>5</sup> HUMBERT C. (ed), 2002, *Les usagers de l'action sociale. Sujets, clients ou bénéficiaires ?*

Direction de l'Action Sociale (DAS). Celle-ci estime qu' « *un renouveau et une revitalisation de l'action sociale s'imposent au regard du vieillissement de la population et de l'augmentation de la dépendance qui en résulte, des besoins imparfaitement satisfaits dans le secteur des personnes handicapées adultes, de l'accroissement des populations en situation de fragilité et d'exclusion. L'un des enjeux majeurs aujourd'hui est de disposer de nouveaux outils juridiques afin de mieux répondre, à l'aube de l'an 2000, à ces nouveaux défis* ».

Parmi les quatre objectifs<sup>6</sup> fixés par la DAS et auxquels doit répondre la loi sociale rénovée, le premier, issu du rapport Join-Lambert, consiste à promouvoir les droits des bénéficiaires. L'esprit recherché est de rompre avec la logique institutionnelle et d'assistance que sous-tend la loi de 1975, pour tendre vers un dispositif centré sur l'individu. Plusieurs avant-projets de loi, animés par de nombreux débats, se succèdent à partir de mai 1998 et pendant cinq ans. Ils amènent à l'adoption de la loi n° 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale par les deux assemblées en décembre 2001 et à sa promulgation au Journal Officiel (JO) le 2 janvier 2002. Elle constitue la loi de référence dans le domaine du droit des usagers des ESSMS.

On passe ainsi d'une quasi-absence de l'utilisateur dans la loi de 1975, à une section qui est entièrement consacrée à définir ses droits et les outils à sa disposition pour les faire valoir dans la loi de 2002. De même, les intitulés des deux lois traduisent eux-mêmes le changement. D'une « *loi relative aux institutions sociales et médico-sociales* », centrée sur les instruments au service de l'action sociale, on passe à une « *loi rénovant l'action sociale et médico-sociale* », c'est-à-dire centrée sur la nature de l'intervention, qui est d'ailleurs définie elle-aussi pour la première fois dans un texte de loi. L'article L 116-1 du CASF indique que « *L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets* ».

---

<sup>6</sup> - Promouvoir les droits des bénéficiaires,  
- élargir les missions de l'action sociale et médico-sociale,  
- améliorer les procédures techniques de pilotage,  
- coordonner l'action des décideurs en améliorant la concertation et le partenariat.

2002 est une année charnière entre une période antérieure de presque absence de droits légalement reconnus aux usagers du secteur social et médico-social et une période postérieure de reconnaissance officielle de droits aux usagers, tant du secteur social et médico-social que du secteur sanitaire<sup>7</sup>.

La loi du 2 janvier 2002 harmonise les droits des usagers accueillis ou pris en charge dans les différents établissements et services relevant du secteur social et médico-social au sens de l'article L 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), et les cite expressément dans une section qui y est spécialement consacrée. On y distingue les droits fondamentaux des personnes et les droits plus spécifiques aux usagers du secteur social et médico-social.

### **1.3 Les droits consacrés aux usagers des ESSMS par la loi 2002-2**

Dans sa section consacrée aux droits des usagers, la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale réaffirme d'une part une série de droits fondamentaux garantis à tous et y adjoint, d'autre part, des droits reconnus spécifiquement aux personnes accueillies dans les ESSMS.

#### **1.3.1 Les droits fondamentaux des personnes**

Les usagers des ESSMS sont avant tout des hommes ; c'est ce qu'a manifestement souhaité rappeler le législateur en commençant l'énoncé des droits des usagers par ceux constitutionnellement garantis à tous. Ainsi, le texte de 2002 indique que « *l'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. (...), lui sont assurés : le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité (...)* ».

La **dignité** renvoie au respect, à la considération que l'on accorde à quelqu'un.

Ainsi, respecte-t-on par exemple la dignité d'une personne que l'on soigne tout en ne cessant pas la conversation avec un collègue ?

---

<sup>7</sup> Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique, Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

De même, par déduction, « *l'ensemble des mauvais traitements relève du non respect de la dignité des personnes, mais également les pratiques qui ne seraient plus acceptées du fait des évolutions des normes sociales* »<sup>8</sup>.

Le concept d'**intégrité** renvoie pour sa part à la conservation, sans altération, des facultés. Aussi, respecte-t-on l'intégrité de la personne en faisant certains gestes à sa place pour gagner du temps, au risque, à plus ou moins long terme, de lui faire perdre une partie de ses facultés ?

Les notions de **vie privée** et d'**intimité** sont assez proches. Dans les établissements sociaux et médico-sociaux, elles sont notamment liées à la confidentialité des informations connues ou recueillies auprès de la personne accueillie et à la notion de la chambre d'EHPAD, considérée comme son domicile et pourtant régulièrement investie par les professionnels.

L'ESSMS est enfin garant de la **sécurité** des personnes qu'il accueille et de leurs biens. En l'état actuel de la jurisprudence, on peut considérer qu'il existe une suprématie du droit à la sécurité sur les autres droits fondamentaux de la personne, et ce en raison de la vocation des établissements sociaux et médico-sociaux à accueillir des personnes déjà fragilisées pour assurer leur protection. La raison principale qui déclenche l'entrée en EHPAD est d'ailleurs très souvent le constat de l'impossibilité de garantir la sécurité de la personne âgée à son domicile.

La loi 2002-2 rappelle que les personnes qui entrent en établissement ou bénéficient d'un service ne perdent aucunement leur qualité de personne humaine, donc conservent les droits qui y sont associés. Par ailleurs en devenant usager, ils acquièrent, en parallèle, des droits spécifiques, qui nous le verrons dans le paragraphe suivant, sont tous animés par le respect des droits fondamentaux.

### **1.3.2 Les droits spécifiques à la vie en ESSMS**

Dès lors qu'elle est admise en établissement, la personne établit des relations avec les professionnels de la structure, les intervenants extérieurs et les autres résidents.

---

<sup>8</sup> J.M. LHUILLIER, *Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*.

Elle endosse alors, parallèlement à son statut de citoyen, le statut d'utilisateur, qui lui confère des droits particuliers. Ces droits peuvent être regroupés en fonction des objectifs recherchés par la loi, c'est à dire auxquels ils doivent permettre de répondre.

- A) Le libre choix et la participation pour positionner l'utilisateur au centre du dispositif et le rendre acteur de son accompagnement

Nous l'avons vu précédemment, l'un des objectifs attendu de la rénovation de la loi de 1975 est de redonner toute sa place à l'utilisateur au sein du dispositif de prise en charge. Dans cette perspective, la loi énonce, parmi les droits qui lui sont assurés :

- « le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes... »,
- et « la participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui le concerne ».

L'importance accordée par le législateur à la volonté des personnes et à leur positionnement en tant qu'acteur, ou à tout le moins co-acteur de leur prise en charge, transparaît clairement dans ces dispositions. Il repositionne la personne accueillie et par la même l'attitude attendue du professionnel. En effet, c'est en reconnaissant cette capacité à la personne que le professionnel respecte sa dignité. En affirmant sa légitimité pour échanger avec le professionnel jusqu'à lui faire part de ses choix, le législateur semble considérer que l'utilisateur sait ce qui est bon pour lui<sup>9</sup>. Dans l'échange, le professionnel pourra mettre en avant ses compétences et son expertise pour peser dans la décision, qui appartient toutefois à l'utilisateur dès lors qu'elle n'est pas de nature à mettre en danger sa sécurité ou à engager la responsabilité de l'établissement ; ce pourrait être le cas si la décision amenait à ce que la prise en charge soit inadaptée<sup>10</sup>.

- B) L'information sur ses droits fondamentaux et l'accès à toute information le concernant pour plus de transparence et de lisibilité

De même qu'il était attendu davantage de transparence et de lisibilité dans le texte de loi rénovant l'action sociale et médico-sociale, ce qui a manifestement été apporté par la compilation des droits des usagers mentionnés jusque-là dans des textes épars, il est désormais également exigé que des efforts de transparence et de lisibilité soient faits pour l'utilisateur, tant dans le fonctionnement de l'établissement où il vit que dans les

---

<sup>9</sup> En référence à J. TREMINTIN, *L'utilisateur sait-il ce qui est bien pour lui ?*, Lien social n° 727 du 28 octobre 2004.

<sup>10</sup> Article L 311-3-2° du CASF : « une prise en charge et un accompagnement (...) adaptés... ».

modalités et le déroulement de son accompagnement. La loi affirme que l'utilisateur a droit à « *une information sur ses droits fondamentaux et les protections légales et contractuelles dont il bénéficie, ainsi que des voies de recours à sa disposition* ». Effectivement, opérer un choix de façon éclairée entre des prestations, de même que participer activement à la définition et à la mise en œuvre de son projet d'accompagnement nécessitent pour l'utilisateur de disposer des informations utiles à la construction de sa décision. La loi a prévu de nombreux moyens pour informer l'utilisateur, que nous aborderons dans le paragraphe 1.4.

Par ailleurs, à l'instar des usagers du secteur sanitaire, l'utilisateur du secteur social et médico-social a « *accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires* ».

Le droit à l'information est très étendu, comme le suggère l'expression « *à toute information* », qui semble ne pas limiter ce droit à la seule communication du dossier de la personne<sup>11</sup>. Cela s'explique probablement en partie par le fait que tous les ESSMS ne sont pas tenus, aujourd'hui, à la constitution d'un dossier social. C'est notamment le cas des EHPAD. Toutefois, sans être soumis à cette obligation, de nombreux établissements constituent un « dossier résident », en référence aux bonnes pratiques professionnelles et pour assurer la traçabilité nécessaire à la continuité des soins et de l'accompagnement. Aussi dans les établissements pour personnes âgées, les éléments versés à ce dossier doivent être communiqués au résident qui en fait la demande.

- C) La confidentialité des informations et une prise en charge individualisée de qualité, au service de la sécurité et de l'efficacité de l'accompagnement

Juridiquement, « *est confidentiel ce qui est communiqué à quelqu'un sous l'interdiction, pour celui-ci, de le révéler à quiconque* », le but étant de garantir l'intimité et la vie privée.

A la différence de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, la loi du 2 janvier 2002 n'aborde que très succinctement la question de la confidentialité des informations concernant la personne accueillie en établissement social ou médico-social. Elle se limite en effet à lui garantir expressément ce droit, sans déterminer le type d'information concernée ni les contours de la notion de confidentialité.

---

<sup>11</sup> J-M. LHUILLIER, *Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*.

Cela amène les professionnels d'encadrement à se référer aux dispositions existantes dans le secteur sanitaire pour encadrer leurs pratiques dans l'attente de précisions jurisprudentielles.

La loi du 4 mars 2002 indique que « *ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements (...). Il s'impose (...) à tous les professionnels intervenant dans le système de santé* ».

La loi autorise les professionnels de santé à échanger des informations confidentielles relatives à la personne accueillie, à condition toutefois d'en avoir informé cette dernière et qu'elle ne s'y soit pas opposé, et sous réserve que cet échange soit nécessaire pour assurer la continuité des soins ou pour permettre de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire. Enfin, la loi de mars 2002 estime que « *lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe* ».

La loi du 2 janvier 2002 reconnaît aux usagers du secteur social et médico-social le droit à une prise en charge et à un accueil individualisé de qualité ainsi que le droit de participer à la conception de son projet d'accompagnement. Cela implique qu'il confie des informations aux professionnels de l'ESSMS pour que ces derniers soient en mesure de déterminer avec lui les modalités de prise en soins et d'accompagnement adaptées. Pour autant, la loi du 2 janvier 2002 ne prévoit pas de dispositions semblables à celles effectives dans le secteur sanitaire. Aussi, J.M. LHUILLIER<sup>12</sup> considère que dans le secteur social également, il est nécessaire d'informer l'utilisateur sur les éventuels échanges d'informations entre professionnels et sur la possibilité qu'il a de s'y opposer.

A partir de 2002, le législateur reconnaît expressément des droits aux usagers du secteur social et médico-social, mais il ne s'en tient pas là. Il définit également les moyens que les établissements et services doivent a minima mettre en œuvre pour favoriser le respect des droits.

---

<sup>12</sup> LHUILLIER J.M., Op. Cit.

## **1.4 Les outils énoncés par la loi 2002-2 pour garantir les droits des usagers**

Pour accompagner et garantir, autant que faire se peut, le respect effectif des droits reconnus aux usagers, le législateur a prévu des outils. On distingue trois types d'instruments : ceux qui amènent l'utilisateur à participer à son accompagnement, ceux qui constituent des supports d'information pour la personne accueillie et enfin, celui qui a pour objet plus spécifique (bien que l'ensemble des autres outils l'ait aussi) de protéger l'utilisateur face à l'institution.

### **1.4.1 Conseil de la vie sociale et contrat de séjour : des outils en faveur de la participation**

Le législateur a souhaité que l'utilisateur puisse s'exprimer et participer à sa prise en charge, tant en sa qualité d'individu qu'en sa qualité de personne appartenant à une collectivité.

- A) Une participation individuelle à travers l'élaboration et la signature du contrat de séjour

#### ***Principes et exceptions***

La loi indique qu' « un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal »<sup>13</sup>. Le décret d'application n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 modifié précise que cette obligation incombe aux ESSMS qui assurent un hébergement continu ou discontinu d'au moins deux mois. Aussi les résidents d'EHPAD et par conséquent les directeurs sont concernés par cette disposition, sauf cas particulier des séjours d'hébergement temporaire d'une durée inférieure à deux mois.

Le contrat est en principe conclu entre le représentant de l'établissement et la personne accueillie elle-même. Elle peut être accompagnée d'une personne de son choix, probablement pour favoriser la recherche de l'équilibre entre les parties. Par exception, le contrat est conclu entre le directeur et le représentant légal de l'utilisateur juridiquement reconnu incapable, ce qui n'empêche pas, au contraire au regard de l'esprit du texte, qu'il soit cosigné par l'utilisateur.

---

<sup>13</sup> Article L 311-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

La personne accueillie peut toutefois refuser de signer le contrat de séjour. Dans ces conditions, il se nomme « document individuel de prise en charge ». Son contenu ne diffère pas du contrat de séjour, simplement, seul le directeur de l'établissement y appose sa signature.

### **Objet du contrat**

Le contenu minimal du contrat de séjour a été précisé par décret presque trois ans après la parution de la loi. Le contrat doit à minima :

- définir « *les objectifs de la prise en charge, mentionner les prestations d'action sociale ou médico-sociale, de soins et thérapeutiques, de soutien et d'accompagnement qui peuvent être mises en œuvre dès la signature du contrat* »,
- décrire « *les conditions du séjour et d'accueil* »,
- indiquer « *les conditions de participation financière du bénéficiaire ou de facturation, y compris en cas d'absence ou d'hospitalisation* ».

### **Modalités d'élaboration et de signature**

Le décret organise de façon très précise les différentes étapes de la conclusion du contrat de séjour, les assortissant chacune de délais.

Le contrat doit être élaboré en collaboration avec la personne accueillie (ce qui exclut à priori que le contrat soit d'adhésion, c'est-à-dire non négociable et donc identique à tous les résidents), dans les 15 jours qui suivent son entrée dans la structure. Un temps de réflexion est accordé à l'usager avant la signature, qui doit intervenir dans le mois suivant l'admission. La réglementation prévoit un délai de six mois pour permettre à l'usager et aux professionnels de définir ensemble les prestations et les modalités d'accompagnement et de prise en charge les mieux adaptées à son état de santé, lesquelles sont consignées dans un avenant au contrat.

Enfin, cet avenant doit être actualisé au moins une fois par an.

- B) Une participation à la vie collective au moyen du conseil de la vie sociale (CVS)

### **Historique et objet du CVS**

Avant la loi de 2002, la participation des usagers et des familles au fonctionnement de l'établissement a été organisée dans certaines catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux.

En effet, la loi de 1975 l'a rendu obligatoire dans tous les établissements privés. Un décret de 1978<sup>14</sup> précise que cette participation prend la forme d'un « *conseil de maison* ». La loi n° 85-10 du 3 janvier 1985 entend généraliser cette instance aux établissements publics et la renomme « *conseil d'établissement* ». Cependant, le décret d'application<sup>15</sup> précise très rapidement que le dispositif ne concerne que les établissements pour personnes âgées. Il faudra attendre 1991<sup>16</sup> pour que l'ensemble des ESSMS soient tenus de mettre en place un conseil d'établissement.

Parce que de nombreux établissements n'ont pas créé cette instance, en raison des difficultés organisationnelles et d'autres tenant au public accueilli, ou par défaut de volonté en ce sens, la loi du 2 janvier 2002 réaffirme cette obligation et entend introduire plus de souplesse dans le dispositif, pour faciliter son application. Ainsi, la loi indique qu' « *afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service, il est institué soit un conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation* »<sup>17</sup>. En EHPAD, le CVS est obligatoire. Dans le texte de loi et dans le décret d'application à suivre, on constate la volonté du législateur de permettre des alternatives pour garantir au maximum l'instauration effective d'une forme de participation, en référence aux expériences infructueuses passées.

### **Composition du CVS**

Le nombre de membres au conseil, laissé à l'appréciation du gestionnaire de l'établissement, est toutefois encadré par décret : « *Le conseil de la vie sociale comprend au moins :*

- *deux représentants des personnes accueillies ou prises en charge,*
- *s'il y a lieu, un représentant des familles ou des représentants légaux,*
- *un représentant du personnel,*
- *un représentant de l'organisme gestionnaire ».*

Contrairement au conseil de maison, le CVS accorde la première place à l'utilisateur et à sa famille ou à son représentant légal. En effet, ils sont plus nombreux que les autres membres du conseil, et son président est en premier lieu un représentant d'utilisateur ou en cas d'impossibilité, un représentant de familles ou des représentants légaux.

---

<sup>14</sup> Décret n° 78-377 du 17 mars 1978 d'application de l'article 17 de la loi 75535 du 30-06-1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

<sup>15</sup> Décret n° 85-1114 du 17 octobre 1985 relatif à l'association des usagers, des familles et des personnels au fonctionnement des établissements qui assurent l'hébergement des personnes âgées et à la création des conseils d'établissements.

<sup>16</sup> Décret n° 91-1415 du 31 décembre 1991 relatif aux conseils d'établissements des institutions sociales et médico-sociales mentionnées à l'article 3 de la loi 75535 du 30-06-1975.

<sup>17</sup> Article L 311-6 du CASF.

On retrouve ici encore l'idée de rétablir un certain équilibre entre les usagers non professionnels et les personnels qui représentent l'institution. Pour autant, signalons que cette recherche d'équilibre doit être nuancée puisque le CVS est un organe consultatif, qui émet des avis et des propositions sur « *toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement* »<sup>18</sup>. Un champ à la fois très large de propositions et potentiellement très limité, puisque les avis peuvent être ou non suivis par le directeur, qui est toutefois systématiquement tenu d'y apporter des réponses.

### ***Modalités d'élection et de fonctionnement du CVS***

Au sein du CVS, les représentants des usagers et des familles ou des représentants légaux sont élus à bulletin secret à la majorité des votants, respectivement par et parmi les usagers et les familles et représentants légaux.

Dans les établissements relevant du statut de la fonction publique hospitalière, les représentants des personnels sont désignés par les organisations syndicales les plus représentatives parmi les personnels ayant au moins un mois d'ancienneté.

S'agissant des représentants de l'organisme gestionnaire, le texte ne précise pas les modalités de leur élection ou de leur désignation. Dans les établissements publics, on peut alors suggérer qu'il soit élu parmi et par les membres du conseil d'administration.

Pour faciliter le fonctionnement de l'instance, le texte indique que des suppléants sont élus aux côtés des titulaires, tout en précisant que « *l'absence de désignation de titulaires et suppléants ne fait pas obstacle à la mise en place du conseil* »<sup>19</sup>, pour éviter peut-être la tentation de se réfugier derrière un tel argument pour ne pas constituer l'instance.

Dans les établissements publics, le CVS est adopté par une décision du conseil d'administration. Lors de sa première séance, le CVS établit son règlement intérieur.

Conscient des possibles difficultés pour obtenir des candidats, le législateur permet au directeur de dresser un constat de carence s'il n'est pas parvenu à constituer le conseil.

Ce dernier se réunit au moins trois fois par an, sur convocation du président qui transmet l'ordre du jour aux membres au moins 8 jours avant la séance. Un relevé de conclusions est rédigé par un secrétaire de séance, qui peut bénéficier de l'aide d'un membre de l'administration de l'établissement pour accomplir cette tâche. Cela se comprend aisément, notamment en EHPAD, par la nature du public accueilli et par la finalité du conseil, à savoir débattre et donner des avis et propositions qui doivent pouvoir être consultées par l'ensemble des personnes accueillies.

Pour autant, cela suppose pour le directeur un temps agent important à consacrer à cette instance.

---

<sup>18</sup> Article R 311-15 du CASF.

<sup>19</sup> Article R 311-6 du CASF.

Par ailleurs et en dehors du contrat de séjour et du CVS, l'usager participe ponctuellement, directement ou indirectement, à la vie de l'établissement en donnant un avis sur le règlement de fonctionnement (RF) et sur le projet d'établissement via le CVS, consulté avant l'adoption de ces documents.

#### **1.4.2 Livret d'accueil, règlement de fonctionnement, charte et projet d'établissement : des outils contribuant à l'information**

##### A) Le livret d'accueil

La loi énonce qu' « *afin de garantir l'exercice effectif des droits (...) et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne accueillie ou à son représentant légal un livret d'accueil, auquel sont annexés :*

- a) *une charte des droits et libertés de la personne accueillie (...)*
- b) *le règlement de fonctionnement (...)*».

Tout en lui conférant un rôle particulièrement important, la loi n'aborde que très succinctement la question du livret d'accueil. Seule une moitié d'article lui est consacrée, laquelle ne sera pas complétée par décret mais par circulaire<sup>20</sup>. Le texte propose des thèmes à aborder dans le livret d'accueil, sans toutefois être opposable. Cela s'explique certainement par le fait que malgré l'absence d'obligation légale en la matière jusqu'en 2002, la remise d'un livret d'accueil aux nouveaux résidents est une pratique largement répandue dans les établissements. Aussi, la loi se limite-t-elle à définir les annexes obligatoires du livret d'accueil : la charte des droits et libertés de la personne accueillie<sup>21</sup>, s'agissant des EHPAD et le règlement de fonctionnement. Contrairement à l'arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé, qui définit les éléments d'information devant obligatoirement figurer au livret d'accueil, la circulaire de mars 2004 propose simplement aux gestionnaires d'ESSMS des thématiques à aborder dans le document : situation géographique, historique, organisation générale de l'établissement, noms des responsables, liste des personnes qualifiées, modalités d'admission, conditions d'accueil et d'hébergement...

---

<sup>20</sup> Circulaire n° DGAS/SD5/2004/138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L. 311-4 du CASF.

<sup>21</sup> Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles

Ainsi, une grande liberté est accordée au gestionnaire pour écrire le livret d'accueil, tant sur le fond que sur la forme. Il doit toutefois être particulièrement vigilant à la véracité et au respect des dispositions qui y figurent, faute de quoi il pourrait voir engager sa responsabilité.

#### B) La charte des droits et libertés de la personne accueillie

La charte des droits et libertés de la personne accueillie a été officialisée par un arrêté du 8 septembre 2003. Le texte précise qu'elle doit figurer en annexe du livret d'accueil, être affichée dans l'établissement et que les articles du CASF sur les principes fondamentaux de l'action sociale (articles L 116-1 et L 116-2), sur les droits des usagers (article L 311-3) et sur la protection des salariés dans le cadre de signalement de mauvais traitements (article L 313-24) doivent y être adjoints.

La charte énonce les droits fondamentaux des personnes en les adaptant au contexte d'une prise en charge en ESSMS. Elle s'adresse à la fois aux usagers pour lesquels elle représente une source d'information sur leurs droits et aux professionnels, qui doivent pouvoir y puiser une ligne de conduite pour leur intervention auprès des résidents.

En hôpital local, la charte des droits et libertés de la personne accueillie à afficher dans le secteur EHPAD doit ainsi cohabiter avec la charte du patient hospitalisé.

#### C) Le règlement de fonctionnement

##### ***Historique du règlement de fonctionnement***

Des textes de 1991<sup>22</sup> et 1996 abordent, sans la traiter directement, la notion de règlement intérieur (RI), le premier texte la rattachant aux établissements publics nationaux et le second aux établissements privés. Celle-ci n'est toutefois pas précisée ni définie par les textes. La loi de 1997<sup>23</sup> relative à la prestation spécifique dépendance pose l'obligation d'écrire un RI pour les établissements accueillant des personnes âgées, afin de garantir « *le droit des résidents et le respect de leur intimité* ». Une circulaire proposera un RI type. Enfin, la loi de 2002 distingue le RI du règlement de fonctionnement (RF), le premier étant depuis rattachée au droit du travail et d'adressant au personnel, le second se rapportant aux droits des usagers et s'adressant en particulier à eux.

---

<sup>22</sup> Décret n° 91-1415 du 31 décembre 1991 relatif aux conseils d'établissements des institutions sociales et médico-sociales mentionnées à l'article 3 de la loi 75535 du 30-06-1975.

<sup>23</sup> Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 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.

Par ailleurs, la loi généralise l'obligation d'écrire un RF à l'ensemble des structures du secteur social et médico-social : « *dans chaque établissement et service social ou médico-social, il est élaboré un règlement de fonctionnement* »<sup>24</sup>.

### **Objet du règlement de fonctionnement**

Le texte de loi précise également l'objet du RF, qui est de « *définir les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de la vie collective au sein de l'établissement...* ».

Pour ce faire, le décret d'application<sup>25</sup> définit en 8 points le contenu minimum du document. Les droits des usagers y sont explicités par écrit. Le législateur oblige le responsable de l'établissement à une certaine transparence à l'égard de l'utilisateur, en lui enjoignant d'écrire les interdits parallèlement aux droits. L'idée sous-jacente est d'en faire un document de référence plus précis que le contrat de séjour, auquel l'une et l'autre des parties puissent se référer pour justifier un comportement.

Le législateur souhaite également mettre un frein à l'arbitraire en imposant un document commun à tous les usagers de l'établissement, en complément du contrat de séjour qui se veut individualisé.

La difficulté du RF pour le gestionnaire est d'édicter des règles qui restent compatibles avec les droits et libertés tels que mentionnés dans la charte. Ces règles, que l'on imagine restrictives de libertés, doivent se limiter à l'énoncé de ce qui est « *nécessaire au respect des règles de la vie collective* ».

Les autorités de contrôle ont un droit de regard sur le RF (au même titre que tout autre document interne à l'établissement), notamment dans les établissements publics, où il est transmis au préfet dans le cadre du contrôle de légalité, puisqu'il fait l'objet d'une délibération du conseil d'administration après avis du CVS.

Le RF est ensuite diffusé à l'ensemble des résidents en tant qu'annexe du livret d'accueil. « *Il est affiché dans les locaux de l'établissement ou du service et remis à chaque personne qui y est prise en charge ou qui y exerce, soit à titre de salarié ou d'agent public, soit à titre libéral, ou qui y intervient à titre bénévole* ».

---

<sup>24</sup> Article L 311-7 du CASF.

<sup>25</sup> Décret n° 2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement institué par l'article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles.

#### D) Le projet d'établissement

L'article L 311-8 du CASF indique que « *pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement...* ».

Le projet d'établissement est assimilé par la loi 2002-2 à un outil garant du respect des droits des usagers, en ce qu'il énonce les valeurs de l'établissement et les traduit en modalités concrètes d'organisation et de fonctionnement des services.

#### 1.4.3 La personne qualifiée : une instance de protection

Parallèlement aux outils d'information et de participation des usagers, la loi a prévu la personne qualifiée comme personne extérieure (à la fois à l'établissement et à l'utilisateur) dans le but expressément énoncé par l'article L 311-5 du CASF de « *l'aider à faire valoir ses droits* ». On comprend alors que malgré l'énonciation de droits et la mise en place d'outils destinés à ce qu'ils soient effectivement respectés, la différence est telle entre le professionnel de l'action sociale et l'utilisateur, très souvent fragilisé, que le législateur a souhaité créer une garantie supplémentaire en faveur de l'utilisateur. Aussi peut-il s'adresser à une personne qualifiée choisie parmi une liste conjointement élaborée par le préfet et par le Président du Conseil Général (en EHPAD), pour qu'elle agisse en son nom auprès du responsable de l'établissement.

Le fait que la personne qualifiée doive rendre compte « *aux autorités chargées du contrôle des établissements (...) et à l'intéressé (...)* » et qu'elle « *peut* » simplement rendre compte au responsable de l'établissement traduit bien la volonté du législateur d'avantager l'utilisateur en vue de réduire le déséquilibre de pouvoir entre le professionnel et lui. Il s'agit également d'inciter le directeur à envisager d'autres solutions en interne pour recueillir et répondre aux réclamations et plaintes des usagers. Il n'a en effet pas spécialement intérêt à ce que l'extérieur et en particulier les autorités chargées de son contrôle soient informées de potentiels dysfonctionnements dont il n'aurait peut-être pas lui-même été préalablement informé, ou auquel il n'aurait pas répondu.

## **2 Les intérêts à l'instauration des outils pour l'utilisateur et pour l'établissement**

Après l'étude des exigences législatives et réglementaires et en amont de l'instauration des outils de la loi 2002-2, il convient d'étudier le contexte de l'établissement pour comprendre les raisons au retard de leur mise en œuvre. Il est parallèlement indispensable d'identifier les intérêts que dégageront la construction et la mise en œuvre des outils, de sorte à pouvoir asseoir la légitimité de la démarche.

### **2.1 Pourquoi un retard à la mise en place des outils à l'HLNSG ?**

L'étude des raisons au retard de mise en œuvre des outils de la loi à l'HLNSG, réalisée à travers des entretiens (directeur et personnel d'encadrement de l'établissement et d'hôpitaux locaux voisins ainsi qu'un responsable du CG de la Côte d'Or), a mis en évidence que certaines tiennent aux outils en eux-mêmes et que d'autres sont inhérentes à la structure hôpital local, voir même à l'HLNSG.

#### **2.1.1 Les causes renvoyant aux limites des outils**

- A) Une réglementation complexe, construite par étapes successives et contraignante

La loi énonce les droits des usagers dans une courte section. Elle est toutefois complétée par une série de décrets, arrêtés et circulaires venus préciser les modalités de mise en œuvre et le contenu des différents outils énoncés par la loi. Ils représentent un volume assez dense à analyser dans la perspective de leur mise en œuvre. La loi concerne en effet l'ensemble du secteur social et médico-social, et les spécificités liées aux différents publics pris en charge se traduisent quelquefois dans les textes d'application par des dispositions plus particulières à chacun des publics, qu'il convient d'identifier.

De plus, les décrets et circulaires ont mis un certain temps à paraître après la publication de la loi. En effet, alors qu'elle a été publiée en tout début d'année 2002, les premiers textes d'application sont intervenus presque deux ans après, c'est-à-dire à partir de novembre 2003 pour l'arrêté relatif à la charte et pour le RF.

Il a finalement fallu patienter pratiquement trois ans après 2002 pour que l'ensemble des textes initiaux d'application relatifs aux outils en faveur des droits des usagers paraissent ; plus tard encore dans de nombreux départements s'agissant de la désignation des personnes qualifiées.

La parution en cascade des textes a pu participer à une « rupture » de la dynamique de mise en œuvre effective de la réglementation dans les ESSMS.

Enfin, le législateur a voulu tenir compte des difficultés rencontrées par le passé dans ses tentatives pour définir des outils en faveur de l'information des usagers (conseil de maison, conseil d'établissement, RI ou contrat de séjour). Aussi est-il quelquefois très précis en fixant par exemple le contenu minimum du contrat de séjour et du RF ainsi que les nombreuses étapes de l'élaboration du contrat de séjour à sa signature. A l'inverse, il est parfois très souple dans ses orientations, en laissant par exemple une grande liberté sur le livret d'accueil ou encore pour la composition du CVS.

Cela nécessite un réel investissement pour le directeur et pour l'équipe d'encadrement, qui doivent, en amont de la construction des outils, bien maîtriser et distinguer ce qui est imposé par la réglementation et que l'on devra donc retrouver dans le contenu des documents ou dans le fonctionnement des instances, de ce qui est laissé à l'appréciation des structures et sur lequel il leur faudra débattre puis se positionner.

B) Une réglementation quelquefois en décalage avec la réalité du public accueilli en EHPAD

Presqu'une décennie s'est écoulée entre les premières réflexions à l'origine de la réforme de la loi de 1975, aux alentours de 1995-96, et la parution de la loi en janvier 2002. Au cours de cette période, le public accueilli en EHPAD a évolué. En effet, la période correspond à un fort accroissement du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans, qui a amené les politiques à adapter leurs aides aux personnes âgées en faveur du maintien à domicile. Cela a eu et continue aujourd'hui encore à avoir pour conséquence un accroissement du niveau de dépendance des personnes accueillies en institution. De plus, près de 57% des personnes âgées institutionnalisées sont atteintes de troubles cognitifs<sup>26</sup>. Cela questionne sur l'opérationnalité des objectifs conférés par la loi aux outils en faveur des droits des usagers, et notamment l'information et la participation.

---

<sup>26</sup> Extrait de la réunion préparatoire des Assises régionales Alzheimer organisée par la DRASS Bourgogne, DIJON, 20 avril 2009.

La réalité du public accueilli en EHPAD interroge sur la capacité des personnes à comprendre les outils, à assimiler les informations délivrées, à prendre part à la définition des modalités de leur accompagnement ou encore à représenter leurs « pairs » lors des réunions du CVS.

A ces remarques et questionnements, la réglementation apporte un début de réponse, en renvoyant l'établissement vers le représentant légal. Pour autant, deux problèmes demeurent. D'une part, les personnes âgées désorientées ne font pas toutes l'objet d'une mesure de protection juridique. D'autre part, les représentants légaux des personnes sous protection expriment, dans le meilleur des cas, ce qui leur semble être bon pour la personne. Pour autant, cela ne reflète pas nécessairement le souhait ou l'intérêt effectif de la personne elle-même. Il existe très souvent un écart, notamment générationnel, qui peut se traduire par un décalage entre ce qui est demandé par le représentant légal et ce qu'aurait pu exprimer la personne elle-même. La dimension affective intervient également lorsque le représentant légal est un proche. L'exemple des douches est assez significatif. Nombre de professionnels sont confrontés à des demandes de familles qui souhaiteraient que leur parent soit douché plusieurs fois par semaine. Or très souvent, la douche n'était pas une pratique habituelle de la personne âgée avant son entrée en institution et elle ne l'apprécie pas ou s'en trouve angoissée.

Au-delà des difficultés liées à l'état de dépendance des personnes âgées, la nature du public accueilli peut également constituer un frein à l'application de la réglementation.

80% des personnes âgées en établissements sont des femmes, et la moyenne d'âge atteint aisément 85 ans. Nous sommes en présence d'une génération de femmes qui n'a pas eu, ou qui a très peu eu à donner son avis au cours de sa vie, étant souvent directement passée de l'autorité d'un père à celle d'un mari. Alors lorsque quelques-unes se trouvent aujourd'hui tout à fait à l'aise pour exprimer un avis, une majorité d'autres sont perdues et indécises dans les situations où l'on attend d'elles qu'elles expriment une préférence ou un choix.

### **2.1.2 Les causes inhérentes à l'hôpital local, voire à l'hôpital local de Nuits-Saint-Georges**

#### **A) Une rotation importante du personnel d'encadrement**

L'étude de la législation et réglementation ainsi que les entretiens avec les professionnels du secteur ont montré que la préparation puis la conduite d'une démarche de mise en œuvre des outils visés par la loi nécessitent un réel investissement de la part du directeur

et de l'encadrement. Or au cours de la période allant de janvier 2002 à fin 2008, trois directeurs se sont succédés à l'HLNSG. De ce fait, l'établissement a connu deux périodes d'intérim de direction, l'une de 6 mois, l'autre de 11 mois. Sur cette même période, quatre cadres de santé se sont également succédés. Ainsi au niveau de l'équipe d'encadrement, un seul cadre (attaché d'administration hospitalière) a couvert par sa présence l'ensemble de la période.

On comprend alors les raisons pour lesquelles en fin d'année 2008, la mise à jour du livret d'accueil, du RF et du PE, ainsi que la création du contrat de séjour et la constitution du CVS demeurent des questions d'actualité. Le turn-over important des directeurs et des personnels d'encadrement sur la période de parution successive des textes a nui au déploiement d'un projet de cette envergure. Compte-tenu de leurs fonctions principales, les directeurs par intérim ont simplement contribué au « *maintien du quotidien dans l'attente de la nomination d'un nouveau directeur (...), c'est-à-dire à signer les choses importantes, régler les deux ou trois choses importantes et réunir les instances* »<sup>27</sup>.

## B) Une culture sanitaire forte

L'hôpital local est un établissement de santé. Au-delà d'entretenir une certaine confusion, son statut juridique l'a longtemps amené à être dirigé par des directeurs d'hôpitaux (DH), généralement plus sensibles aux questions sanitaires, jusqu'à la réforme du statut des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (DESSMS) et les arrêtés qui s'en sont suivis désignant les établissements basculant dans le champ de compétence des DESSMS. Aussi, bien que l'activité principale des hôpitaux locaux (en termes de capacité) soit aujourd'hui très largement une activité médico-sociale, ces éléments concourent à expliquer la présence d'une culture sanitaire marquée.

L'HLNSG est dans cette configuration, où l'actuel directeur est DESSMS, mais ses trois prédécesseurs étaient DH. L'emploi souvent indifférencié par les professionnels (y compris quelquefois d'encadrement) des termes patients et résidents pour désigner un même usager, l'affichage de la seule charte du patient hospitalisé, le maintien de la signalétique relative à l'unité de soins de longue durée aujourd'hui pourtant transformée en EHPAD témoignent du poids important de la culture sanitaire alors même que l'activité sanitaire ne représente plus que 8 lits de médecine, aux côtés de 124 lits d'EHPAD et de 20 places de SSIAD.

La culture sanitaire marquée à l'HLNSG explique pour partie le retard pris dans la mise en œuvre des outils de la loi 2002-2 propre au secteur social et médico-social.

---

<sup>27</sup> Extrait d'entretien avec un cadre de l'HLNSG.

D'autant plus encore que la plupart des professionnels ne la connaissent pas et que la mention du droit des usagers leur évoque la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades.

Les EHPA ont été médicalisés pour mieux répondre aux besoins en soins des personnes âgées accueillies. Pour autant, la formation des professionnels (aides-soignants, infirmier, cadres de santé) qui y exercent est presque exclusivement axée sur l'environnement sanitaire de la personne et sur les actes techniques. On le comprend parce que c'est leur cœur de métier. Il est cependant utile de le constater et d'en prendre conscience pour faire preuve de pédagogie à l'occasion de la mise en place des outils.

Le retard à la mise en place des outils peut finalement devenir une opportunité pour l'HLNSG, qui peut tenir compte des expériences menées avant lui dans le domaine par d'autres établissements, et ainsi s'appuyer sur les points positifs relevés tant pour les usagers que pour les résidents et contourner les difficultés détectées.

## **2.2 L'intérêt de la mise en place des outils pour l'utilisateur**

Pour les usagers, l'instauration des outils de la loi 2002-2 dans l'établissement qui les accueille est de nature à favoriser la bientraitance et leur permet d'être informés de leurs droits, préalable nécessaire à toute contestation.

### **2.2.1 Favoriser la bientraitance**

Mettre en place les outils de la loi implique une information et une communication avec l'ensemble du personnel, pour les définir, expliquer leurs buts, les modalités concrètes de mise en œuvre et ce qui est attendu des professionnels tant au moment de la construction des outils, de leur lancement, que par la suite lors de leur utilisation au quotidien.

Informé et sensibilisé le personnel de l'établissement aux droits des usagers favorise la bientraitance ou à tout le moins réduit le risque de maltraitance.

En effet, la bientraitance est définie par l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des ESSMS comme « *une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance* »<sup>28</sup>.

---

<sup>28</sup> ANESM, Recommandations de bonnes pratiques, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*.

Aussi, instaurer les outils en faveur des droits des usagers est susceptible de favoriser la bientraitance, car cela amène les professionnels à s'interroger sur leurs comportements et leurs pratiques et éventuellement à les réajuster. Cela réduit le risque de maltraitance dans la structure à double titre. En effet, ne pas connaître les droits des usagers expose davantage les professionnels à ne pas les respecter. Or on a pu constater qu'ils étaient assez mal connus à l'HLNSG. De plus, le fait d'en prendre connaissance dans leur exercice professionnel, qui plus est dans le cadre d'une action impulsée par le directeur et relayée par l'encadrement traduit l'importance qui y est accordée dans la structure. Le respect des droits des usagers peut explicitement être présenté comme une valeur forte de l'établissement, que cadres et directeur s'engagent à défendre. Derrière ce message, on comprend alors que tout écart de comportement dans ce domaine sera repris voire même sanctionné.

Pour leur part, les autorités de tarification et de contrôle établissent également un lien entre l'absence de mise en place des outils de la loi et risque, notamment de maltraitance. *« Cela fait partie des éléments dont on dispose pour apprécier l'établissement, des indicateurs (...). S'il n'y en a pas, c'est un vrai indicateur. On a fait une inspection récente dans un établissement, qui s'est mal passée. Il n'y avait pas de livret d'accueil. Derrière, il n'y avait pas de procédure, il y avait des problèmes avec les médicaments. Tout suit. Quand il n'y a pratiquement aucun de ces outils-là, c'est que sur le reste, ça peut présumer du niveau »*<sup>29</sup>. Il s'agit donc d'un indicateur, qui croisé avec d'autres, permet de détecter un risque de maltraitance. Les autorités de contrôle rejoignent alors l'esprit recherché par la loi 2002-2 qui est de *« prévenir tout risque de maltraitance »*<sup>30</sup>.

### **2.2.2 Etre informé pour pouvoir contester**

La loi officialise des droits aux usagers et crée ou rend obligatoire des outils qui ont vocation à en garantir le respect. L'intérêt premier pour le résident est d'être informé par le biais de supports écrits. D'une part, cela limite les risques d'interprétation toujours plus grands à l'occasion de seuls échanges oraux et cela lui permet d'autre part de s'y référer à tout moment, le cas échéant pour pouvoir contester. Il dispose d'ores et déjà de début de preuve par l'écrit.

---

<sup>29</sup> Extrait d'entretien avec un responsable du Conseil Général de la Côte d'Or.

<sup>30</sup> Article L 311-4 du CASF.

De plus, entrent dans les éléments d'information devant obligatoirement figurer dans le RF remis à l'utilisateur « *les principales modalités concrètes d'exercice des droits énoncés au code de l'action sociale et des familles...* »<sup>31</sup>. A ce titre, l'établissement doit informer l'utilisateur sur les voies de recours et sur la possibilité qu'il a de faire appel à une personne qualifiée. Cela constitue une garantie supplémentaire pour l'utilisateur de voir respecter ses droits par l'établissement, en ce qu'il peut parallèlement ou en aval d'une contestation à l'amiable auprès du responsable de l'établissement, s'adresser à des personnes extérieures pour demander le respect de ses droits ou l'application de dispositions mentionnées dans les documents de présentation de l'établissement.

## **2.3 L'intérêt de la mise en place des outils pour l'établissement**

Si les usagers relèvent des intérêts à l'instauration des outils de la loi 2002-2, les établissements en identifient eux-aussi.

### **2.3.1 Interroger et remettre en question ses pratiques**

Travailler à la formalisation d'outils destinés à garantir les droits des usagers implique, pour les professionnels comme pour l'encadrement, d'interroger ses pratiques pour apprécier leur compatibilité avec le respect effectif des droits ou avec les conditions favorisant ce respect.

En EHPAD, les notions de dignité, intégrité, intimité, vie privée et sécurité apparaissent parfois difficile à concilier dans les pratiques quotidiennes des professionnels, compte tenu des caractéristiques du public accueilli.

Prenons l'exemple de la toilette de la personne âgée pour illustrer le propos. Est-ce respecter la dignité et l'intégrité de la personne que de faire certains gestes à sa place pour gagner du temps, alors qu'elle en est encore quelquefois capable ? Ne se réfugie-t-on pas quelquefois faussement derrière l'argument de la recherche de la sécurité de la personne pour justifier certaines pratiques telles que la contention ? Prend-on toujours les dispositions à notre portée pour garantir le respect de la vie privée et de l'intimité, en frappant à la porte avant d'entrer et en la fermant lors des soins exposant tout ou partie

---

<sup>31</sup> Décret n° 2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement institué par l'article L. 311-7 du CASF.

du corps à la nudité ? Autant de questions qui s'imposent aux professionnels dès lors qu'ils échangent ensemble sur la thématique du droit des usagers.

Pour l'encadrement aussi, il s'agit de réinterroger ses pratiques. Réfléchir à quelle organisation adopter, quels modes de fonctionnement privilégier, au-delà des outils imposés par la réglementation, pour favoriser le respect effectif des droits des usagers. Le respect des droits, et notamment des droits fondamentaux, relève essentiellement de la compréhension, de l'appropriation et de la conviction qu'en ont les professionnels, parce que ce sont eux qui sont quotidiennement en relation avec les résidents.

Aussi, il appartient au directeur et à l'encadrement de réfléchir à la façon de traduire cette valeur dans la politique Ressources Humaines pour favoriser et accompagner son développement (Cf. § 3.2.2.B.), et d'une manière plus générale encore dans la politique d'établissement.

Pour la direction et pour l'encadrement, interroger ses pratiques eu égard aux droits des usagers, c'est également relever ce qui, dans l'organisation actuelle du travail, mais aussi dans l'architecture des locaux etc. est susceptible de venir entraver le respect des droits fondamentaux de la personne.

### **2.3.2 Disposer d'un cadre commun connu, en prévention des conflits**

Il incombe au directeur d'établissement de mettre en œuvre les moyens pour faire appliquer et respecter le droit dans l'établissement qu'il dirige. Aussi, mettre en place les outils de la loi 2002-2, c'est déployer des moyens de nature à favoriser le respect effectif des droits des usagers.

Au-delà du seul fait de s'inscrire dans le respect de la réglementation, qui reste un argument fort pour l'élaboration des outils<sup>32</sup>, l'établissement a un intérêt certain à leur mise en place, à savoir la construction et l'écriture d'un cadre commun connu de tous : usagers, familles et professionnels. En effet, livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement et charte apportent un cadre dans lequel chacun peut trouver sa place pour évoluer. Ils ont l'avantage de fixer des règles qui clarifient ce que l'on peut faire de ce que l'on ne peut pas faire, tant collectivement qu'individuellement.

---

<sup>32</sup> Extraits d'entretiens : « si je caricature, un des objectifs des certains confrères, c'est de respecter la loi » ; « je pense que c'est la protection du directeur plus que..., la protection de l'institution » ; « l'intérêt à la mise en œuvre des outils, c'est d'appliquer la réglementation qui nous est demandée ».

Cela permet de prévenir un certain nombre de situations potentiellement conflictuelles en dictant une certaine conduite et en précisant le champ des responsabilités.

Donner des informations écrites aux résidents, c'est leur permettre de s'y référer à tout moment. A ce titre, cela développe le sentiment et l'effectivité de l'égalité de traitement pour les usagers. Ils ont la certitude d'avoir reçu la même information que leur voisin et sont garantis de bénéficier des mêmes droits ainsi que d'être soumis aux mêmes obligations. L'écrit favorise en effet l'harmonisation des pratiques des différents professionnels de la structure, au bénéfice du résident. Ils sont par ailleurs des outils de management : les dispositions qui y figurent sont écrites, validées (s'agissant à tout le moins du règlement de fonctionnement soumis à l'avis du CA), donc doivent s'appliquer. En cas d'écart de la part des professionnels, les cadres de proximité et le directeur peuvent s'y référer pour rappeler à la règle et exiger son application.

Pour les résidents et pour leurs familles, le fait de bénéficier d'une information écrite, dans des documents auxquels ils peuvent se référer et d'instances identifiées auprès desquels ils peuvent faire des remarques et poser des questions, est potentiellement un gage de plus grande satisfaction. En effet, cela peut permettre de prévenir les situations conflictuelles ou à tout le moins de faciliter leur gestion.

Prévenir les situations conflictuelles, parce que les textes posent de nombreuses règles, de fonctionnement des instances, de conditions de validité du contrat de séjour et du RF par exemple, qui supposent que l'établissement établisse un contact régulier et personnalisé avec le résident, et qui suggèrent même d'y associer les familles. Le législateur insiste d'autant plus sur la période qui suit l'admission. En témoignent la remise du livret d'accueil et de ses annexes, les informations et les explications qui doivent l'accompagner. En témoignent aussi les modalités de remise, d'élaboration conjointe, de signature puis de personnalisation du contrat de séjour via un avenant établi dans les six mois suivant l'admission. En témoignent enfin, tout au long de la prise en charge, les trois réunions annuelles minimales du conseil de la vie sociale, qui réunissent des représentants d'usagers, de professionnels, de l'organisme gestionnaire et éventuellement des familles, ainsi que l'actualisation a minima annuelle de l'avenant au contrat de séjour, conjointement par l'institution et le résident et ou sa famille.

Toutes ces règles supposent, et même imposent que les professionnels de l'établissement passent du temps à échanger avec le résident et ou avec sa famille, dès son entrée dans la structure. La remise d'écrits et les échanges précoces nombreux sont certes consommateurs de temps pour les professionnels, mais il s'agit de temps passé auprès du résident d'une part et de temps qui permet, d'autre part, la création d'une relation de proximité entre le résident et sa famille et les professionnels.

L'existence et la qualité de cette relation peut faciliter l'expression directe par les usagers des éventuels désagréments ou réclamations auprès de l'établissement et ainsi éviter des recours vers l'extérieur, personne qualifiée ou autorités de contrôle voire même juridictions compétentes, qui sont toujours délicats, tant pour l'image renvoyée par l'établissement que pour le temps qu'il faudra consacrer à la gestion de la situation et aux explications à donner. « *Si pour certains établissements, on n'a jamais de plainte, c'est parce qu'en fait il y a des plaintes mais elles sont traitées via, par l'intermédiaire de la direction, via une réponse au CVS etc.* »<sup>33</sup>.

Les outils de la loi permettent enfin de gérer avec plus de facilité les situations conflictuelles qui se déclencheraient malgré la prévention recherchée en amont, puisque des règles écrites et validées permettent de fournir des arguments tangibles, utiles dans certains cas pour désamorcer un conflit naissant.

### **2.3.3 Amorcer la négociation de la convention tripartite de deuxième génération dans de bonnes conditions**

L'HLNSG a signé sa première convention tripartite en octobre 2002, avec une prise d'effet au 1er janvier 2003, soit quelques mois après la parution de la loi et avant la publication de l'ensemble des textes d'application. Aussi, la mise en place du contrat de séjour et du CVS, ainsi que la mise à jour du livret d'accueil, du « règlement intérieur » et du projet d'établissement figuraient parmi les objectifs à atteindre dans le cadre de la convention. Or l'autoévaluation réalisée en début d'année 2008 dans la perspective du renouvellement de la convention tripartite a mis en évidence que cette série d'objectifs n'avait pas été atteinte. Aussi il a semblé indispensable à l'établissement de s'y atteler prioritairement afin d'amorcer la négociation de la convention dans de bonnes conditions. A double titre, puisque dans le département de la Côte d'Or, livret d'accueil, contrat de séjour, RF et procès verbal de CVS constituent des annexes à verser au dossier de convention tripartite, au même titre que le bilan de la première convention établi par l'établissement. Or logiquement, l'atteinte des objectifs de la première convention est appréciée par les autorités de tarification et de contrôle (DDASS et CG) avant l'examen des propositions de nouveaux objectifs pour les cinq années à venir et des demandes de moyens correspondants.

---

<sup>33</sup> Extrait d'entretien avec un responsable du Conseil Général de Côte d'Or (CG 21).

Dans ce cadre, la circulaire n° 2006-447 du 26 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire 2006 dans les établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées et au renouvellement des conventions tripartites opère une distinction entre les établissements qui ont atteints les objectifs initiaux de la convention et ceux qui sont dans la situation contraire.

Cette distinction se traduit en termes financiers : lorsque « *les objectifs initiaux de la convention n'ont pas été atteints* » et « *afin de permettre aux établissements de respecter les principaux objectifs initialement arrêtés en terme de qualité, il convient de conclure un avenant (...) sur la base d'une allocation de moyens calculées sur les bases précédemment retenues* ». Aussi, le représentant de l'Etat dans le département a pour consigne de strictement reconduire les moyens Assurance Maladie octroyés aux établissements qui n'ont pas atteints les objectifs fixés dans la première convention une fois son échéance arrivée. Une consigne que l'on suppose assez strictement appliquée dans un contexte de convergence tarifaire<sup>34</sup>. Aussi le directeur de l'HLNSG a-t-il choisi de présenter un dossier de renouvellement, avec certes un peu de retard au regard des 5 années de durée de vie d'une CT, mais avec des objectifs atteints ; le caractère réglementaire de ces objectifs ayant largement pesé dans la décision.

---

<sup>34</sup> Article L 174-6 du code de la sécurité sociale.

### **3 Une démarche participative pour l'instauration des outils à l'HLNSG : actions mises en œuvre et préconisations**

L'enjeu pour un directeur est de définir une démarche qui, de part ses modalités de mise en œuvre, permette de répondre aux besoins, attentes et particularités des différents acteurs concernés de l'HLNSG. La mise en œuvre de ces outils doit pouvoir être assimilée par les professionnels pour permettre aux instruments de répondre à leurs objectifs et pour qu'ils puissent perdurer dans le temps, d'où le choix d'une démarche participative.

#### **3.1 Une nécessaire participation des professionnels à la construction des outils**

La mise en œuvre des outils s'inscrit pleinement dans le cadre d'une démarche projet, dans le sens où elle nécessite le passage par les quatre étapes désignées par Deming<sup>35</sup> : to act (diagnostic), to plan (planification), to do (action), to check (évaluation – suivi).

A mon arrivée à l'HLNSG, le constat est posé de l'absence et de l'obsolescence des outils à l'occasion de l'autoévaluation menée en amont du renouvellement de la CT.

La loi et ses décrets d'application étudiés, le contexte de l'établissement appréhendé, on se trouve en possession des principaux enjeux et contraintes liés à la mise en œuvre des outils dans l'établissement, pour chacun des acteurs.

Les enjeux des résidents sont le respect effectif de leurs droits, qui passe nécessairement par leur information et par leur participation à leur accompagnement. Les enjeux de l'établissement sont de garantir une prise en charge de qualité de l'utilisateur, en s'inscrivant pleinement dans une démarche favorisant le respect la réglementation relative à ses droits. Cela implique, dans le contexte de l'HLNSG, l'appropriation de ces droits et outils par l'encadrement et par le personnel. L'appropriation du dispositif par les professionnels est nécessaire à la pérennisation des outils, ainsi que de l'évolution des pratiques et des gestes du quotidien dans le sens de la recherche de l'expression et du respect de la volonté des personnes, et plus généralement de leurs droits fondamentaux.

---

<sup>35</sup> Ces différentes étapes s'appuient sur le modèle d'amélioration continue développé par l'Américain W.E. DEMING en 1950 et plus connu sous le nom de « Roue de Deming ». Ce modèle est fondé sur les 4 étapes d'une démarche de progrès : to act ; to plan ; to do ; to check.

C'est également le point de vue du chef de service des établissements du CG 21, qui s'appuie sur une étude réalisée entre 2004 et 2005 en interne auprès des foyers d'hébergement pour personnes handicapées pour affirmer, au sujet de la loi du 2 janvier 2002, que si « *les directeurs d'établissements, les chefs de services se l'étaient bien appropriée, mais les équipes très très peu. Le message n'était pas redescendu* »<sup>36</sup>.

### **3.1.1 Des intérêts à rechercher**

La démarche participative présente de multiples intérêts, tant pour l'institution que pour les professionnels, et ainsi par voie de conséquence pour les résidents.

#### **A) L'esprit d'équipe**

La démarche participative permet en premier lieu aux professionnels de se rencontrer et d'apprendre à se connaître. On constate quelquefois que les agents ne se connaissent pas ou se connaissent peu, y compris dans des établissements de taille humaine. Cela s'explique par l'existence d'un certain cloisonnement entre des services, entre des bâtiments, et en leur sein, entre les étages et parfois même entre les ailes d'un étage. Aussi, leur rencontre à l'occasion d'un projet peut contribuer à faire émerger, ou selon les cas à consolider un esprit d'équipe.

De cet esprit d'équipe, découle l'opportunité pour les managers de faciliter les mouvements de personnels entre les services, au gré des besoins ponctuels comme sur des perspectives à plus long terme. Le fait de connaître les collègues des autres services est de nature à amoindrir les appréhensions voire les réticences à aller y travailler. De plus, les mouvements de professionnels permettent, dès lors qu'ils ne sont pas intempestifs, d'insuffler un certain renouveau tant dans les services que dans la carrière des professionnels.

---

<sup>36</sup> Extrait d'entretien avec un responsable du CG 21.

## B) La valorisation du personnel

Un autre intérêt d'une démarche participative est la valorisation du personnel. Le statut de la fonction publique limite considérablement les possibilités de valorisation des agents par le biais de la rémunération ou de la notation. Seule la prime de service y concourt, partiellement seulement en raison de son articulation avec la note, elle-même dans les faits fortement corrélée à l'ancienneté. Proposer aux agents de participer à un travail de réflexion et de conception d'outils destinés à l'amélioration de l'accompagnement des résidents est valorisant. Les associer revient d'une part à reconnaître qu'ils ont des compétences spécifiques qui leur sont propres, et d'autre part à affirmer que l'institution en a besoin pour évoluer et s'améliorer. C'est à mon sens un message intéressant à faire passer aux professionnels, pour certains en quête de reconnaissance pour pouvoir amorcer une dynamique nouvelle.

## C) La lutte contre la maltraitance

Je considère par ailleurs que saisir voire provoquer des occasions pour écartier par moment les professionnels des actes quotidiens auprès des résidents constitue un moyen de lutte contre la maltraitance. Ce sont des actions qui participent, certes pas isolément, à éviter l'épuisement professionnel.

## D) La sensibilisation du personnel aux droits des usagers

Dans le contexte de l'HLNSG, empreint d'une culture sanitaire marquée, opter pour une démarche participative a pour intérêt majeur et pour objectif de contribuer à pallier la méconnaissance de la loi 2002-2, de son esprit, des outils associés et de ses implications tant dans les pratiques que dans l'état d'esprit des professionnels. C'est un moyen pour faire connaître aux agents la réglementation relative aux droits des usagers. En effet, leur demander de participer à la création des outils implique nécessairement en amont une information sur le contexte et les raisons inhérentes à la parution de la loi ainsi que sur les règles de droit auxquels les instruments doivent répondre. C'est aussi permettre aux professionnels de s'interroger sur les situations dans lesquelles ils sont en adéquation avec ces droits et à l'inverse sur celles à l'occasion desquelles ils s'en éloignent, d'en comprendre les causes et ainsi d'envisager des solutions.

#### E) La prise en compte des réalités de terrain

Lors d'une démarche participative, l'animateur amène les différents professionnels à confronter leurs points de vue. Il en découle la possibilité de prendre en compte les réalités de terrain, qui sans cela, ne seraient pas nécessairement mesurées dans toutes leurs dimensions ou dans de justes proportions. On peut alors parvenir à construire des outils qui soient opérationnels. Leur opérationnalité est une condition, sans doute la condition première à leur acceptation et à leur utilisation effective par les professionnels, ainsi qu'à leur inscription dans la durée.

#### F) L'implication

Esprit d'équipe, valorisation du personnel, sensibilisation aux droits des usagers, prise en compte des réalités de terrain pour aboutir à des outils opérationnels co-construits par les professionnels concourent à développer leur implication. Cette dernière aura un impact sur le projet « droits des usagers » mais peut aussi s'inscrire dans une dynamique à plus long terme. Pour la démarche en cours, elle permet au directeur et à l'encadrement de bénéficier d'un soutien parmi les professionnels à l'occasion du lancement des outils. Tout changement, toute évolution génère à tout le moins des réticences de la part des professionnels concernés, l'appui de certains d'entre eux est alors particulièrement utile.

Les intérêts envisagés ci-dessus ne peuvent toutefois se réaliser que si les limites inhérentes à toute démarche participative ont été anticipées et levées.

### **3.1.2 Des limites à dépasser**

#### A) Le risque de désorganisation des services

Le principe même de la démarche participative est de mobiliser des professionnels autour d'une réflexion ou d'un projet. Cela implique d'accepter de consacrer une partie de leur temps de travail à la démarche, soit en les détachant par moments de leurs fonctions, soit en leur permettant d'effectuer des heures supplémentaires.

Il appartient alors au manager de veiller à deux aspects fondamentaux du calibrage de la démarche : l'organisation des services pendant la durée du projet et la répartition des missions entre les professionnels qui y sont investis.

Il lui faut en effet veiller à l'organisation des services pour ne pas aboutir à l'effet inverse de celui recherché par la mise en place des outils qui est en l'occurrence de tendre vers une prise en charge et un accompagnement de meilleure qualité et plus respectueux des résidents. Il convient d'être vigilant à ne pas créer, ni favoriser les conditions du non respect des droits, qui pourraient survenir si l'on soustrayait un trop grand nombre de professionnels des soins et de l'accompagnement des résidents, en vue de les redéployer sur la démarche projet.

Le manager doit parallèlement être attentif à proposer une répartition optimale des missions entre les acteurs investis afin d'éviter le surmenage de certains d'entre eux. Cela serait néfaste pour la réalisation du projet, car exposerait à leur découragement. Il convient en effet de fixer des objectifs atteignables<sup>37</sup>.

Aussi, dans un contexte économique qui le permet, il me semble pertinent de privilégier la réalisation d'heures supplémentaires dès lors que les professionnels y sont favorables. Cette alternative permet d'écarter le risque de désorganisation des services, conséquence d'un ratio d'encadrement dégradé, tout en ayant l'avantage de dépasser les limites posées par le statut et de pouvoir valoriser financièrement les agents.

#### B) Le risque d'un résultat différent de celui attendu

Une autre limite à anticiper et à laquelle le directeur doit être particulièrement vigilant en amont de la démarche est d'aboutir à un résultat différent de celui attendu.

La participation de plusieurs professionnels et la tendance à vouloir prendre en compte les avis, suggestions et propositions des uns et des autres est l'un des principes inhérents à toute démarche participative. Cela induit cependant le risque de s'écarter du résultat attendu dès lors que celui-ci est insuffisamment précisé. D'où la nécessité pour le directeur de bien délimiter le projet, de définir expressément ses attentes en amont pour que les professionnels travaillent dans la direction souhaitée. Cela permet en effet au chef de projet et à l'animateur de pouvoir, si besoin, réorienter les débats et le travail en mettant en avant les éléments incontournables : ceux imposés par la réglementation et ceux voulus par la direction.

---

<sup>37</sup> Les objectifs doivent être MALIN, c'est-à-dire Mesurables, Atteignables, Limités (dans le temps ou dans l'espace), Initiés (par celui qui doit les atteindre, dans la mesure du possible) et Négociés.

Au regard de ces éléments, on comprend le rôle important à jouer par le directeur dans la phase de préparation du projet. Le temps qu'il consacrerà à formaliser ses attentes avec son équipe d'encadrement, à anticiper les problématiques susceptibles de se poser ainsi que les conduites à tenir y afférent et à établir un calendrier prévisionnel de mise en œuvre, est un investissement indispensable pour garantir le bon déroulé de la démarche et la satisfaction des différents acteurs quant aux résultats, lui y compris. Cette étape constitue en effet les fondations qui assureront la solidité des outils créés.

## **3.2 Les actions mises en œuvre à l'HLNSG**

Le choix d'une démarche participative pour créer et actualiser les outils garants du respect des droits des usagers à l'HLNSG repose sur la recherche des intérêts et le dépassement des limites identifiés précédemment.

Pour le renouvellement de la CT, dont l'actualisation et la création des outils et instances de la loi 2002-2 ont fait partie intégrante, la directrice de l'HLNSG m'a confié le rôle de chef de projet. Un rôle, que l'on verra ci-après doublé avec celui d'animateur des quatre groupes de travail relatifs aux outils de la loi, compte tenu de l'intérêt porté au sujet et de mon choix d'en faire mon sujet de mémoire. Aussi, j'ai été chargée, sous sa responsabilité, d'assurer les phases de cadrage du projet, de déploiement de l'action et la communication correspondante, la phase de diagnostic initial ayant été réalisée en amont de mon arrivée et celle de suivi<sup>38</sup> étant envisagée en aval de mon départ.

### **3.2.1 Le cadrage du projet, garant de son efficacité**

Le cadrage du projet est la phase de préparation qui précède sa mise en œuvre. Elle consiste à définir précisément et à délimiter les objectifs à atteindre, les acteurs à mobiliser ainsi que leur rôle respectif, et enfin les modalités et le calendrier de travail. Il s'agit autrement dit de baliser le champ du projet, de sorte à éviter les éventuels dérapages. C'est pourquoi cette étape incombe en particulier au directeur, en lien avec l'équipe d'encadrement, en ce qu'il lui appartient de déterminer le sens que le travail doit prendre.

---

<sup>38</sup> Ces différentes étapes s'appuient sur le modèle d'amélioration continue développé par l'Américain W.E. DEMING en 1950 et plus connu sous le nom de « Roue de Deming ». Ce modèle est fondé sur les 4 étapes d'une démarche de progrès : to act ; to plan ; to do ; to check.

## A) La détermination des objectifs généraux

A mon arrivée à l'HLNSG, les objectifs généraux découlant du constat (to act), c'est-à-dire de la confrontation entre les résultats de l'autoévaluation et la réglementation applicable dans le domaine du droit des usagers, étaient pour rappel les suivants :

- actualiser le livret d'accueil devenu en partie obsolète,
- mettre à jour le règlement intérieur de l'établissement pour en faire un véritable règlement de fonctionnement tel qu'imposé par la réglementation,
- rédiger un contrat de séjour,
- constituer un conseil de la vie sociale,
- afficher la charte des droits et libertés de la personne accueillie, dans le secteur EHPAD de l'établissement,
- réécrire le projet d'établissement.

## B) La création d'instances

Deux types d'instances ont été créés pour structurer les travaux :

- le comité de pilotage (COFIL), instance de validation,
- et des groupes de travail, instances opérationnelles.

Il m'a semblé indispensable que la précision des attentes vis-à-vis de chacun des objectifs généraux d'une part, ainsi que la définition des modalités et du calendrier de travail d'autre part fassent l'objet d'échanges avec les autres acteurs de l'établissement qui auront à porter la démarche puis ultérieurement, à en assurer le suivi et l'évaluation, pour qu'ils puissent s'approprier le projet.

C'est pourquoi j'ai constitué un **comité de pilotage** (COFIL), en vue de l'instauration des outils, mais aussi plus largement dans l'optique de la construction du dossier de renouvellement de la CT.

Le COFIL est composé de l'équipe d'encadrement, à savoir du directeur, du cadre administratif, des deux cadres de santé. Y sont également intégrés le médecin coordonnateur, l'adjoint des cadres en charge des finances (dans la perspective des éléments budgétaires et financiers à produire dans le dossier convention tripartite) et la secrétaire de direction également agent qualité. Les membres du COFIL ont été déterminés de sorte à retrouver dans cette instance les diverses compétences nécessaires au pilotage et à l'accompagnement de la démarche.

Parallèlement, le choix d'une démarche participative ayant découlé des intérêts recherchés par l'instauration des outils, tant pour les résidents que pour l'établissement (cf. partie 2), le principe de la constitution de **groupes de travail** pluridisciplinaires a été acté. Le COPIL a validé la proposition de constituer 4 groupes de travail relatif aux droits des usagers, correspondant à chacun des objectifs repérés dans ce domaine.

Pour éviter une désorganisation des services, les membres du COPIL ont choisi de limiter entre 4 et 6 le nombre d'agents par groupe.

#### C) La définition du rôle de chacun et des modalités de travail des groupes

En qualité de chef de projet et au cours de la phase de préparation, j'ai soumis au COPIL un document explicitant le rôle de chacun des acteurs de la démarche<sup>39</sup> : directeur, chef de projet, COPIL, animateur de groupe de travail, membres des groupes de travail et personnes ressources.

Chacun a ainsi pu disposer d'un support écrit constituant une ligne de conduite auquel se référer en tant que de besoin au fil de la démarche.

J'ai par ailleurs invité les membres du COPIL à réfléchir aux modalités de travail des groupes. L'organisation suivante a été retenue : chaque groupe de travail se réunit trois fois 1H30, à environ 3 semaines d'intervalle. Entre chaque réunion, il est accordé à chacun des membres du groupe la possibilité de se dégager 1H30 de son service pour rechercher (le cas échéant auprès de personnes ressources) ou mettre en forme certains éléments en vue de les suggérer aux autres participants à la réunion suivante.

#### D) La planification de la démarche

Un planning prévisionnel<sup>40</sup> des actions à mettre en œuvre a été établi en tenant compte des modalités de travail définies ci-dessus d'une part et des dates et périodes qui influent sur le déroulement de la démarche d'autre part. C'est en particulier le cas des périodes de vacances scolaires, où les services travaillent à flux tendu et où l'on peut difficilement réunir les groupes de travail, et du 26 juin, correspondant à la date de fin de stage qui implique que les objectifs soient atteints.

---

<sup>39</sup> Cf. Annexe 2.

<sup>40</sup> Cf. Annexe 3.

### 3.2.2 Le déploiement de l'action

La première étape de cette phase consacrée à la mise en œuvre (to do), a consisté à organiser une **réunion générale du personnel**, dont les principaux objectifs recherchés étaient les suivants :

- présenter la démarche de travail retenue aux professionnels (objectifs, calendrier, modalités de travail) en la replaçant synthétiquement dans le contexte juridique et d'établissement,
- susciter l'intérêt des agents et ainsi commencer à identifier des volontaires pour s'investir dans un ou plusieurs groupes de travail.

L'**appel à candidatures** lancé à l'occasion de la réunion du personnel a été relayé par une note de service. Parallèlement, les cadres de proximité se sont appuyés sur le staff hebdomadaire qu'ils animent pour inciter les professionnels relevant de leurs services respectifs à participer à la démarche.

Sur la base des candidatures recueillies, la **composition nominative des groupes de travail** a pu être proposée et validée par le COPIL. Les groupes de travail ont été constitués en prenant en compte les critères suivants :

- la présence de professionnels de chacun des deux sites pour en assurer la représentation,
- la participation, dès que possible, de professionnels de nuit,
- les préférences des professionnels pour participer à l'élaboration de l'un ou l'autre des outils,
- des groupes de travail de taille modeste (4 à 6 agents), de sorte à ne pas désorganiser les services en leur soustrayant un nombre trop important de professionnels à l'occasion des réunions de travail,
- des groupes pluridisciplinaires pour favoriser le partage de points de vue.

La composition des groupes a ensuite fait l'objet d'une **information à l'ensemble des agents** par note de service. Parallèlement, les animateurs des groupes de travail ont pris contact individuellement avec les professionnels mobilisés pour les informer de la date de leur première réunion.

Chacun des quatre groupes de travail relatifs aux outils de la loi 2002-2 s'est réuni trois fois, approximativement selon le même mode de fonctionnement<sup>41</sup>.

La première **réunion** a commencé par une présentation des membres du groupe. J'ai ensuite indiqué les modalités de travail envisagées et les ai soumises aux participants qui les ont validées. Nous sommes ensuite entrés dans le vif du sujet par une présentation détaillée des éléments réglementaires identifiés comme devant impérativement figurer dans le document final d'une part, et l'énoncé des consignes de fond et de forme fixées par les membres du COPIL d'autre part.

La première réunion s'est achevée par la répartition entre les professionnels du travail à accomplir d'ici la prochaine rencontre et la fixation de la date de celle-ci<sup>42</sup>. La réunion suivante a consisté à mettre en commun et à échanger sur les travaux réalisés individuellement, en binômes et ou après sollicitation de personnes ressources par les membres du groupe après la première réunion. Les propositions de chacun ont été soumises à l'avis des autres membres du groupe de travail et adaptées au vue des échanges.

On notera que sur toute la période de travail des groupes, le **COPIL** s'est quant à lui réuni chaque quinzaine pour suivre l'état d'avancement et étudier les propositions émanant des professionnels, de sorte à les valider, les compléter ou les réorienter selon les cas. Par ailleurs, l'ensemble du personnel a été régulièrement informé de l'avancement du travail par le biais du « flash info », journal interne de l'HLNSG.

Enfin, la troisième et dernière réunion de chaque groupe a eu un double objet. Il a d'abord s'agit de présenter aux participants le document abouti, pour relecture et adaptations. Le rôle d'animateur et de chef de projet a également consisté à remercier les agents pour leur participation et implication et de leur rappeler la suite qui allait être donnée à leur travail, c'est-à-dire :

- l'harmonisation des écrits composant le document, tant dans la présentation, dans le style rédactionnel que dans le contenu des informations abordées, de sorte à assurer une bonne cohérence et à éviter les redondances avec les outils construits par les autres groupes,
- l'approbation du document ainsi abouti, le cas échéant après adaptations ou modifications, par le COPIL et en dernier lieu par le directeur.

---

<sup>41</sup> A quelques différences près pour le CVS, dont l'objectif n'était pas d'aboutir à un document rédigé à destination des résidents mais à une proposition d'organisation détaillée pour la constitution du CVS.

<sup>42</sup> Cf. Annexe 4 pour illustration, compte-rendu de la réunion n° 1 du groupe de travail chargé de l'écriture du règlement de fonctionnement.

Après la dernière rencontre du COPIL, chacun des outils a par la suite été présenté aux **instances** du mois de juin (conseil d'administration, commission médicale d'établissement et comité technique d'établissement), même si seul le RF le requérait juridiquement (en principe après avis du CVS, à ce moment là non encore constitué à l'HLNSG).

Enfin, une première **présentation synthétique** a été faite **aux résidents et à leurs familles** fin juin et sera complétée à l'automne par une réunion qui leur présentera les modalités l'organisation décidées pour la remise individuelle à chacun des résidents et ou de leur famille, du livret d'accueil actualisé, du RF et du contrat de séjour. Le second objet de la réunion sera la description des modalités et d'un calendrier d'élection d'un CVS à l'HLNSG.

Cette seconde réunion résident – familles aura lieu après une **réunion générale du personnel de rentrée** destinée à communiquer sur la nature, l'objet et le contenu des nouveaux documents avec l'ensemble des agents (et parallèlement, sur les objectifs et moyens inscrits dans la convention tripartite de deuxième génération, qui a également mobilisé des agents). Il est en effet nécessaire qu'ils soient informés en amont des résidents et de leurs familles, de sorte à ce qu'ils soient en capacité de répondre à leurs éventuelles questions et le cas échéant de les renvoyer vers le cadre de santé ou un de leur collègue plus averti.

La **remise des supports** aux résidents actuels et à l'occasion de nouvelles admissions commencera au lendemain de la seconde réunion résidents – familles mentionnée précédemment.

### **3.2.3 L'évaluation et le suivi, pour garantir l'actualisation des outils**

Mon rôle s'est achevé à la fin de la période de stage. Cela a correspondu à la finalisation du livret d'accueil, du RF, du contrat de séjour et de la définition des modalités organisationnelles de constitution du CVS.

Cependant, une fois les outils construits, débute la période de leur utilisation effective par les professionnels et par les résidents. C'est alors que le directeur et l'encadrement vont apprécier le niveau de mise en œuvre des outils créés et seront particulièrement attentifs aux remarques des différents utilisateurs de sorte à procéder aux ajustements nécessaires.

### **3.3 Des préconisations pour assurer la pérennité et l'efficience des outils co-crés**

Si elles demeurent des actions isolées et non accompagnées, l'actualisation et la création des outils risquent de ne pas être suffisantes pour atteindre les objectifs recherchés par leur mise en place, les professionnels ne disposant pas de moyens suffisants pour se les approprier. Aussi je préconise d'une part de développer des mesures d'accompagnement spécifiques et d'autre part, d'inscrire les outils garants du respect des droits des usagers dans la politique d'établissement.

#### **3.3.1 Le développement de mesures d'accompagnement spécifiques**

##### A) La nomination de référents « droits des usagers »

Il existe à mon sens un double intérêt à nommer des référents :

Cela permet de responsabiliser et ainsi de crédibiliser un agent vis-à-vis de ses collègues pour qu'il donne l'impulsion nécessaire à la mise en œuvre opérationnelle des outils dans un premier temps, puis pour qu'il en assure le suivi dans un second temps. Donner l'impulsion en étant aidant et pédagogique auprès de ses collègues, en particulier auprès de ceux qui n'auront pas fait partie des groupes de travail. En effet, à l'HLNSG, chaque nouveau résident est mis en contact avec un professionnel chargé de veiller plus particulièrement à son bien-être au cours des premiers mois suivant son admission, de sorte à faciliter son intégration. Aussi est-il important que le professionnel connaisse bien les outils pour être en capacité de les présenter au résident et ou à sa famille. On peut envisager qu'il puisse acquérir cette connaissance au moyen d'un accompagnement du professionnel par l'agent référent « droits des usagers » à l'occasion des premiers résidents qu'il accueillera après le lancement de l'utilisation des outils par les services.

Le référent « droits des usagers » serait, dans un second temps, chargé d'assurer le suivi de la mise en œuvre des outils. Dans ce cadre, son rôle consisterait à faire remonter au cadre de proximité et ou à la direction les difficultés rencontrées, pour permettre des adaptations réactives. Le but est d'éviter un renoncement des professionnels à l'utilisation des outils en raison de difficultés que les responsables n'auraient pas détectées assez tôt, n'en étant pas utilisateurs directs. Assurer le suivi de la mise en œuvre des outils consiste aussi pour les référents à former les nouveaux arrivants à leur utilisation.

Par ailleurs, on l'a vu précédemment lors de l'étude du contexte de l'établissement, l'HLNSG a connu un turn-over important de personnels de direction et d'encadrement ces dix dernières années. Les entretiens, de même que les échanges informels avec les professionnels, ont mis en évidence que les agents regrettent que certains projets n'aient pu aboutir en raison des départs, périodes d'intérim et arrivées de nouveaux responsables, qui n'étaient pas clairement informés de tous les projets en cours, ou qui ne tenaient pas à poursuivre un projet dont il n'était pas l'initiateur. Avoir travaillé sur un projet qui n'a pas abouti a été une source de démobilisation pour les professionnels.

Aussi, la nomination de référents permet de favoriser la continuité de la démarche engagée en faveur du respect des droits des usagers, laquelle repose largement sur l'utilisation des outils s'y rapportant en cas de départ du directeur ou du cadre de proximité. En sa qualité de référent, le professionnel aurait acquis la légitimité nécessaire, en l'absence de cadre, pour faire poursuivre la dynamique engagée.

## B) La formalisation d'une procédure d'accueil

L'accueil des nouveaux résidents fait l'objet d'une attention particulière à l'HLNSG, sans pour autant être formalisé dans une procédure.

Une commission d'admission composée du directeur, des deux cadres de santé et d'un agent du bureau des admissions se réunit chaque semaine pour étudier les demandes. Quelques jours avant l'admission, une rencontre est organisée entre le nouveau résident, sa famille et le cadre de santé, pour une visite de l'établissement et un échange sur les conditions de vie dans la structure, au cours de laquelle sont abordées certaines des thématiques désormais écrites dans le livret d'accueil, le contrat de séjour ou le RF. Le médecin coordonnateur intervient à l'occasion de cette rencontre pour mesurer le degré de dépendance<sup>43</sup> et la charge en soins<sup>44</sup> de la personne.

---

<sup>43</sup> Il détermine le groupe iso-ressources (GIR) dont elle relève, sur la base d'une évaluation réalisée avec la grille AGGIR.

Enfin et comme indiqué précédemment, un référent professionnel est désigné pour accompagner chaque nouvel arrivant les premiers mois suivant son entrée.

Ce sont à mon sens de bonnes pratiques pour favoriser l'intégration du résident, qui pourraient être valorisées par la formalisation d'écrits et qui pourraient être harmonisées et complétées, au regard des exigences législatives et réglementaires dans le domaine du droit des usagers.

Aussi, je préconise que les pratiques existantes soient formalisées dans une procédure d'admission, laquelle serait enrichie par la liste des dispositions à prendre et des informations à communiquer au résident en amont et en aval de son admission pour respecter au mieux la réglementation relative aux droits des usagers. Dans cette perspective, un logigramme<sup>45</sup> a été formalisé à l'issue des réunions des groupes de travail livret d'accueil, contrat de séjour et RF pour acter la conduite à tenir par chacun des acteurs concernés, depuis la réception d'une demande d'admission jusqu'au premiers mois suivant l'entrée de la personne dans l'établissement. Ce document a été alimenté par les échanges des professionnels lors des réunions des groupes de travail et a été validé par le COPIL.

Il doit désormais être présenté et explicité aux professionnels avant d'être précisé dans le volet « accueil » du projet de vie par chacun des éléments à aborder oralement avec le résident et sa famille pour favoriser le respect effectif des droits des usagers par les professionnels et ainsi être en adéquation avec la réglementation.

### C) Des actions de formation

La préconisation de déployer des actions de formation sur la thématique du droit des usagers ainsi que sur la connaissance du contenu des outils qui s'y rapportent s'inscrit dans la perspective de poursuivre l'action de sensibilisation aux droits des usagers initiée auprès des personnels. Cette dynamique d'information a été engagée par le déploiement de la démarche participative et par la l'information faite tout au long de la démarche, partant du principe que la connaissance des droits par les professionnels constitue le socle premier et indispensable pour qu'ils soient en mesure de les respecter. La formation constitue alors un moyen supplémentaire que l'établissement peut choisir de se donner pour garantir le respect des droits.

---

<sup>44</sup> Il détermine le niveau de soins requis avec le logiciel PATHOS.

<sup>45</sup> Cf. Annexe 4.

Aussi, accompagner la mise en œuvre des outils par la formation traduit l'engagement de la direction de vouloir professionnaliser ses agents dans le domaine central de l'accompagnement et de la prise en charge des résidents. Un engagement d'autant plus affirmé que l'on sait la formation coûteuse. Les directeurs sont amenés à fixer des priorités pour ne pas dépasser le montant de leur plan de formation<sup>46</sup>, dans le contexte financièrement difficile du développement du droit individuel à la formation. Il est toutefois probable que les sessions de formation relatives aux droits des usagers puissent bénéficier de financements ou de cofinancements de la part de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, laquelle dispose de crédits spécifiques dans le cadre du plan de développement de la bientraitance<sup>47</sup> et de lutte contre la maltraitance. C'est un moment opportun pour que l'HLNSG puisse en bénéficier, puisqu'il travaille cette année sur des outils créés par le législateur dans la perspective première de lutter contre la maltraitance.

Les actions de formation pourraient concerner prioritairement les deux cadres de santé de l'établissement, tant parce qu'elles sont issues du secteur sanitaire et parce qu'elles superviseront la mise en œuvre opérationnelle des outils, ainsi que les référents « droits des usagers » nommés, qui auront eux-mêmes à accompagner leurs collègues.

### **3.3.2 La mise en cohérence des outils en faveur du droit des usagers avec des dispositifs émergents à l'HLNSG**

Au-delà des mesures à prendre pour accompagner la connaissance et la mise en œuvre effective des outils par les professionnels, il convient également d'inscrire cette démarche en cohérence avec la politique d'établissement pour lui permettre, à plus long terme, de devenir une valeur partagée par les professionnels de la structure.

#### **A) La méthodologie de soins Humanitude**

Le développement des outils en faveur du droit des usagers s'inscrit pleinement dans l'esprit recherché par la méthodologie de soins Humanitude développée par l'Institut Gineste-Marescotti<sup>48</sup>.

---

<sup>46</sup> Montant du plan de formation fixé à 2,1% de la masse salariale.

<sup>47</sup> Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance du 14 mars 2007.

<sup>48</sup> Y. GINESTE et J. PELLISSIER, *Humanitude*.

Cette philosophie consiste à amener les soignants à se (re)positionner en tant que professionnels vis-à-vis des résidents. Des professionnels qui bénéficient de droits mais aussi de devoirs et qui mettent en œuvre des pratiques visant à prendre soin des personnes âgées et non à les prendre en charge, expression qui traduit la passivité.

Cet état d'esprit implique la juste appréciation et ensuite la mobilisation, par les professionnels, des capacités restantes de la personne<sup>49</sup>, de sorte à ce qu'elle puisse continuer à se sentir un être humain vivant dans les gestes et le regard des professionnels et ce, jusqu'à la fin de sa vie.

L'équipe d'encadrement de l'HLNSG est convaincue par cette philosophie et le directeur a décidé il y a près d'un an de la transmettre aux professionnels, là-encore au moyen d'une formation spécifique dont bénéficieront l'ensemble des personnels soignants dans les deux années à venir. Mi-2009, soit près d'un an après le lancement du dispositif, une vingtaine de professionnels a suivi la session de formation au sein de la structure. Cette méthodologie de soins centrée sur la personne est par ailleurs promue par les autorités de tarification et de contrôle dans le cadre du plan Bientraitance. En témoigne une réunion organisée en juin dernier par la DDASS et le CG à destination des directeurs et cadres de santé d'établissements pour personnes âgées et handicapées ainsi que des présidents de CVS du département de la Côte d'Or.

A l'occasion de la présentation et de la mise en œuvre du livret d'accueil, du contrat de séjour, du RF et du CVS à l'HLNSG, il me semble opportun qu'un rapprochement soit opéré entre la formation Humanitude en cours dans l'établissement et le déploiement d'une démarche visant à promouvoir le droit des usagers dans la structure. C'est un état d'esprit similaire qui est recherché par l'un et l'autre des dispositifs, état d'esprit qui tend au respect des droits fondamentaux du résident en tant que personne humaine (dignité, intégrité, intimité etc. (Cf. § 1.3.1.).

Aussi je suggère d'associer à la période du lancement de la mise en œuvre des outils, la détermination, par les professionnels, de « règles de l'art » propres à l'établissement. Les formateurs à la méthodologie Humanitude invitent en effet les professionnels à identifier parmi les règles de l'art de leur profession, celles qui leur paraissent les plus indispensables et sur lesquelles ils acceptent de s'engager.

---

<sup>49</sup> « des soins qui veillent (...) à renforcer, ou maintenir, toutes les forces de vie de la personne ». Y. GINESTE et J. PELLISSIER, *Humanitude*, p 199.

Les « règles de l'art » sont définies comme « des savoirs et savoir-faire établis au fur et à mesure de son existence [la profession] et modifiées en permanence, en fonction de l'évolution sociale, des expériences professionnelles, des attentes des clients, des connaissances scientifiques, des dispositions réglementaires, etc. »<sup>50</sup>.

La finalité recherchée à travers cette proposition est d'ancrer dans les pratiques des professionnels, les principes énoncés par la formation Gineste Marescotti, qui visent, comme les outils de la loi 2002-2, le respect des personnes âgées et la garantie de leurs droits. Il s'agit donc d'inviter les professionnels à poursuivre la réflexion engagée à l'occasion de la démarche participative et à l'occasion des sessions de formation Humanitude sur la remise en question de certaines de leurs pratiques<sup>51</sup>, en vue d'aboutir à un document s'apparentant à une charte qui recenserait les « règles de l'art » de l'HLNSG et que chacun s'engagerait à respecter.

#### B) La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC)

Il appartient au directeur et aux personnels d'encadrement d'utiliser au plus près de leurs besoins les outils dont ils disposent pour appuyer telle ou telle orientation de la politique d'établissement.

C'est pourquoi parallèlement au rattachement à opérer avec la méthodologie Humanitude, il me semble pertinent que l'HLNSG prenne par ailleurs appui sur le dispositif de GPMC pour promouvoir les droits des usagers auprès des professionnels.

La connaissance des droits des usagers est mentionnée dans certaines fiches métiers (infirmière, aide-soignant...) du référentiel national des métiers de la fonction publique. Dans une démarche GPMC, il appartient au directeur de se positionner sur le niveau de connaissance attendu des professionnels dans ce domaine, au même titre que sur ce dont il attend d'eux dans les domaines plus techniques du soin par exemple. Il peut donc par ce moyen afficher l'importance qu'il accorde au domaine du droit des usagers, qui fera alors partie des éléments appréciés au titre des savoirs et savoirs être dans le cadre de l'entretien annuel d'évaluation.

---

<sup>50</sup> Y. GINESTE et J. PELLISSIER, Op. cit. pp 199.

<sup>51</sup> Cf. § 2.3.1.

Dans la perspective de recrutements futurs, les cadres pourraient apprécier la sensibilité des candidats à la thématique du droit des personnes âgées en institution et leur indiquer que c'est une valeur importante pour l'établissement. Il s'agirait de sensibiliser les nouveaux arrivants en utilisant les outils créés comme supports remis à chaque professionnel qui prend ses fonctions dans l'établissement. La charte des droits et libertés de la personne accueillie ou selon le cas celle du patient hospitalisé ainsi que les « règles de l'art » ont l'avantage d'être synthétiques. Le livret d'accueil, le contrat de séjour et le RF permettraient au nouvel arrivant de connaître les droits des usagers et leurs répercussions dans les pratiques de l'établissement, de façon plus complète.

Enfin, il appartient au directeur de se renseigner sur les métiers qui correspondent le mieux aux besoins des résidents accompagnés, et de saisir les opportunités de créations de poste, de départs de professionnels ou de formation pour les introduire dans les services. L'agent formé à la spécialisation d'assistant de soins en gérontologie est un exemple de professionnel qui pourrait convenir à l'HLNSG, car déjà fortement sensibilisé à la culture médico-sociale et gérontologique.

#### C) Le projet d'établissement et les projets de vie personnalisés

Le projet d'établissement est l'un des outils identifiés par le législateur pour garantir les droits des usagers : « *Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs (...), ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement...* »<sup>52</sup>.

Le projet d'établissement de l'HLNSG est arrivé à échéance en fin d'année 2008. Aussi, pour poursuivre, finaliser et entériner la dynamique engagée en faveur du droit des usagers, le projet d'établissement reste le dernier outil identifié par la loi à concrétiser à l'HLNSG, avec la constitution du CVS.

Il apparaît indispensable d'y traduire l'état d'esprit recherché, les actions mises en œuvre et celles à poursuivre dans le domaine du droit des usagers, de même que les moyens que l'établissement entend se donner pour favoriser un accompagnement respectueux et adapté de chacun des résidents. Parmi ces objectifs, mis en évidence à l'occasion de la construction des outils comme devant être précisés dans le projet d'établissement, trois principales actions à mettre en œuvre constituent la traduction des droits des usagers dans les pratiques des professionnels et de l'établissement.

---

<sup>52</sup> Article L. 311-8 issu de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002.

La première est l'accent à porter sur la période d'accueil de la personne âgée dans la structure. L'objectif est de faciliter son intégration à travers un temps important à lui consacrer à l'échange avec elle et avec sa famille sur les responsabilités, les droits et les devoirs respectifs. La remise du livret d'accueil et de ses annexes en amont de l'admission, puis l'élaboration, la signature et l'actualisation du contrat de séjour en aval de l'entrée en EHPAD constitueront les supports de cette démarche, parallèlement à la professionnalisation des personnels dans le domaine du droit des usagers.

La seconde mesure est la recherche et le respect, autant que faire se peut, du choix des personnes âgées et ou de leurs familles, qui constituent l'un des principaux droits des personnes accueillies en institution tels qu'énoncés par la loi.

Je préconise que cela se fasse au moyen de la généralisation des projets de vie personnalisés, émergents à l'HLNSG. A ce jour, seule une demi-douzaine de résidents bénéficie d'un projet personnalisé formalisé. Ils correspondent aux personnes âgées dont l'accompagnement et la prise en soins posent le plus de difficultés aux personnels.

Or l'appropriation naissante de la philosophie de soins Humanitude par les professionnels permet d'envisager la généralisation des projets personnalisés à l'ensemble des résidents dans les mois à venir. Aussi et pour éviter la multiplication de supports écrits concourant aux mêmes objectifs et consommateurs de temps pour les professionnels chargés de les élaborer, je suggère que pour chaque nouvel arrivant, le projet personnalisé soit formalisé de sorte à pouvoir juridiquement être assimilé à l'avenant du contrat de séjour. En effet, la réglementation relative au contrat de séjour indique que dans les six mois suivant l'admission, un avenant doit être établi avec le résident pour préciser « *les objectifs et prestations adaptés à la personne* »<sup>53</sup>.

Enfin, la troisième mesure à inscrire au projet d'établissement sur la thématique du droit des usagers est de formaliser les réflexions et propositions que les professionnels ont eues dans le cadre du groupe de travail « CVS », et ce conformément aux décisions actées par le COPIL. A l'HLNSG, il s'agira(it) essentiellement de veiller à constituer un CVS dont les représentants des résidents et des familles soient issus de chacun des deux sites de l'établissement, pour des débats et propositions adaptés à la réalité des deux lieux de vie.

---

<sup>53</sup> Décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles

## Conclusion

En définitive, le directeur d'un ESSMS se doit de créer les conditions nécessaires au respect de la réglementation qui s'applique à l'établissement qu'il dirige. Ainsi, l'instauration des outils de la loi 2002-2, que le législateur considère comme garants du respect des droits des usagers, relève pleinement du métier de directeur. Ce dernier a un rôle central à jouer, tant dans la définition stratégique de la méthodologie de travail à adopter eu égard au contexte de l'établissement que dans le déploiement et l'accompagnement de la démarche. C'est en effet un acte managérial fort qu'il pose en s'investissant dans la démarche, susceptible d'élever le respect des droits des usagers au rang de valeur pour l'établissement.

L'analyse faite dans le mémoire est basée sur un travail de terrain. Elle est par conséquent très liée à l'HLNSG. Pourtant, certains éléments sont généralisables.

En effet, le contexte de l'HLNSG est spécifique : une rotation importante des personnels de direction et d'encadrement, une méconnaissance des droits des usagers définis par la loi 2002-2 par les professionnels et une culture sanitaire marquée font du cas étudié un cas particulier.

Pour autant, l'analyse des difficultés d'application de la loi et de ses textes d'application en EHPAD, la recherche des intérêts que peuvent retirer les résidents et les professionnels de l'instauration des outils ainsi les étapes de la démarche projet appliquée à leur construction, qui ont été mis en avant dans le mémoire, sont transposables à d'autres EHPAD.

Bien qu'indispensables, la participation des professionnels à la construction des outils ainsi que l'information et la communication auprès de l'ensemble des acteurs ne sont toutefois pas suffisantes à elles-seules pour assurer leur pérennité. Un investissement du directeur et de l'équipe d'encadrement est indispensable pour rechercher et mettre en place des leviers pour l'accompagnement de l'utilisation par les professionnels des outils co-construits.

La nomination de référents « droits des usagers », la formalisation d'une procédure d'accueil et la formation des professionnels ont été identifiés comme des leviers d'accompagnement opérationnels à l'instauration des outils.

Toutefois, le respect effectif des droits des usagers par l'ensemble des professionnels à long terme suppose la mise en cohérence de la démarche avec des dispositifs ancrés ou à ancrer dans la politique d'établissement.

Dans cette perspective, le rattachement de la démarche à la méthodologie de soins Humanitude, à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences et à la généralisation des projets de vie personnalisés, a été identifié comme levier stratégique à exploiter à l'HLNSG.

Par les questionnements qu'elle suscite, cette étude relative à la recherche des conditions d'une instauration pérenne des outils garants des droits des usagers est un angle d'approche intéressant du métier de directeur, et en particulier du rôle qui est le sien pour impulser et accompagner des projets, c'est-à-dire pour donner un sens au travail des professionnels.

A travers la mise en place des outils, c'est aussi la difficile conciliation entre la recherche d'un accompagnement sécurisé de qualité dans un environnement contraint et du respect des droits fondamentaux des personnes que les professionnels et moi-même avons pu appréhender. Au terme des débats, il n'en demeure pas moins que c'est au directeur d'établissement de se positionner et donc de mesurer en amont les conséquences de ses choix.

---

# Bibliographie

---

## Textes législatifs et réglementaires

- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA SECURITE SOCIALE. Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, Journal officiel du 3 janvier 1971, p 67.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE. Loi n° 85-10 du 3 janvier 1985 portant diverses dispositions d'ordre social, Journal officiel du 4 janvier 1985, p 94.
- MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 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, Journal officiel n° 21 du 25 janvier 1997, p 1280.
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal officiel du 3 janvier 2002, p 124.
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal officiel du 5 mars 2002, p 4118.
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique, Journal officiel du 7 août 2004, p 14040.
- MINISTERE DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DE LA COHESION SOCIALE. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Journal officiel du 12 février 2005, p 2353.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, Journal officiel du 23 avril 2005, p 7089.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA SECURITE SOCIALE. Décret n° 78-377 du 17 mars 1978 d'application de l'article 17 de la loi 75535 du 30-06-1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, Journal officiel, n°69 du 22 mars 1978, p 1252.

- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'INTEGRATION. Décret n° 91-1415 du 31 décembre 1991 relatif aux conseils d'établissement des institutions sociales et médico-sociales mentionnées à l'article 3 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975, Journal officiel, n° 5 du 7 janvier 1992, p 340.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITE et MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Décret n° 2003-1094 du 14 novembre 2003 relatif à la personne qualifiée mentionnée à l'article L. 311-5 du CASF, Journal officiel, n° 269 du 21 novembre 2003, p 19759.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITE et MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Décret n° 2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement institué par l'article L. 311-7 du CASF, Journal officiel, n° 269 du 21 novembre 2003, p 19760.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITE et MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, puis MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004, modifié par le décret n° 2005-1367 du 2 novembre 2005, relatif au conseil de la vie sociale et autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du CASF, Journal officiel, n° 74 du 27 mars 2004, 5909 et Journal officiel n° 257 du 4 novembre 2005, p 17375.
- MINISTERE DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DE LA COHESION SOCIAL, MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE et MINISTERE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE. Décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu à l'article L. 311-4 du CASF, Journal officiel n° 276 du 27 novembre 2004, p 20155.
- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du CASF, Journal officiel n° 234 du 9 octobre 2003, p 17250.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire n° DGAS/SD5/2004/138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L. 311-4 du CASF.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n° DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

## Ouvrages

- AGAËSSE M., 2005, « Diriger un établissement » in AGAËSSE M., *Guide de la création et de la direction d'établissement hébergeant des personnes âgées*, Saint Just la Pendue : Dunod, pp. 311-513.
- AÏM R., 2007, *L'essentiel de la gestion de projet*, 3<sup>ème</sup> édition, France : Gualino Editeur, 119 p.
- BELLENGER L., 2004, « Partie connaissance du problème » in BELLENGER L., *Piloter une équipe projet*, Condé sur Noireau : ESF éditeur, pp. 13-137.
- GINESTE Y., PELLISSIER J., 2008, *Humanitude*, Paris : Armand Colin, 319 p.
- HUMBERT C. (ed), 2002, *Les usagers de l'action sociale. Sujets, clients ou bénéficiaires ?*, Condé-sur-Noireau, L'Harmattan, 285 p.
- JANVIER R., MATHO Y., 2004, *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les organisations sociales et médico-sociales*, Saint-Jean de Braye : Dunod, 318 p.
- LHUILLIER J-M., 2007, *Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médicosociaux*, 3<sup>ème</sup> édition, Dijon – Quetigny : ENSP, 239 p.

## Articles de périodiques

- DOUCHEZ M.H., octobre 2006, « Les droits des usagers du système de santé ». *IASS La Revue*, n° 52, pp 19-24.
- ENNUYER B., décembre 2005, « Le droit des usagers ». *Gérontologie et société*, n° 115, pp. 13-28.
- LE GALL C., mai 2006, « Droits des usagers : comment faire évoluer les pratiques ». *La gazette santé-social*, n° 19, pp 20-27.
- MERETTE M., décembre 2005, « Le droit des usagers : un droit à reconnaître ». *Gérontologie et société*, n° 115, pp. 243-252.
- TREMINTIN J., PLANTET J., février 2005, « La place des usagers : où en est-on avec l'application de la loi 2002-2 ? ». *Lien social*, n° 742, pp 4-13.
- TREMINTIN J., VAILLANT M., octobre 2004, « L'utilisateur sait-il ce qui est bon pour lui ? ». *Lien social*, n° 727, pp 4-10.

## Site Internet

- CREAL de Bourgogne, *Le secteur social et médico-social : Les lois actuelles impulsent un nouveau rapport entre professionnels et usagers*. [visité le 30.12.2008], disponible sur Internet :[http://www.creaibourgogne.org/01/analyses-et-positions/secteur\\_social/Loi%202.01](http://www.creaibourgogne.org/01/analyses-et-positions/secteur_social/Loi%202.01)

## **Supports et rapports techniques**

- AGENCE NATIONALE DE L'ÉVALUATION ET DE LA QUALITÉ DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX (ANESM).  
*La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, juillet 2008, 51 p.
- CRAM d'Aquitaine, 2002, *Guide de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes*, 34p.
- MINISTÈRE DÉLÉGUÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE, AUX PERSONNES ÂGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET À LA FAMILLE - *Plan de développement de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance* – Paris, mars 2007.

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1 : Guides d'entretiens**

**Annexe 2 : Rôle de chacun des acteurs de la démarche participative**

**Annexe 3 : Calendrier prévisionnel de la démarche participative engagée à l'HLNSG**

**Annexe 4 : Compte-rendu de la 1<sup>ère</sup> réunion du groupe de travail « règlement de fonctionnement »**

**Annexe 5 : « Logigramme » relatif à la conduite à tenir face à une demande d'admission.**

**Guide d'entretien des directeurs d'établissements**

- Depuis quand êtes vous directeur de cet établissement ?
- Est-ce que les outils étaient en place à votre arrivée ? Quel était le contexte de l'établissement en termes de directeur et cadres (depuis 2002, date de la loi)?
- D'après vous, pourquoi n'étaient-ils pas en place ?
- Est-ce que l'initiative originelle de la mise en place des outils vient de vous, ou a-t-elle été demandée par des agents – familles – résidents – autorités ?
- L'Etablissement a-t-il fait l'objet de visites d'inspection de la DDASS et / ou du CG depuis 2002 ? Si oui, des remarques ont-elles été faites sur le contrat de séjour, CVS ... ?
- Sans que ça ne passe par des inspections, des enquêtes vous ont-elles été adressées sur la mise en place de ces outils, les difficultés éventuelles ? Est-ce que ça a fait écho dans la structure ?
- Est-ce que leur absence vous a manqué dans votre fonction de directeur, qu'est-ce qui vous a incité / décider à créer ces outils ?
- Est-ce que vous partiez avec des a priori (positifs ou négatifs) pour la mise en place des outils ? Se sont-ils avérés ?
- Qu'est-ce que vous attendiez de la mise en place de ces outils ?
- Comment avez-vous procédé / Quelle démarche avez-vous adopté (seule, en groupe de travail, quelle retour au personnel, résidents, familles... ?). Pourquoi ce choix ?
- Quelles difficultés avez-vous rencontré ?
- Au contraire, qu'est-ce qui s'est particulièrement bien passé ?
- Qu'est-ce que vous retirez de la mise en place de ces outils pour l'établissement et pour les résidents ? (positif comme négatif)
- Est-ce que la mise en place de ces outils vous a servi, je dirais presque « personnellement » dans votre fonction de directeur ? Pour prendre contact avec familles – résidents – personnels ? Dans le domaine du management ? Pour faire passer certaines de vos convictions ?...
- D'après vous, quelles sont les principales conditions nécessaires à la réussite de la mise en œuvre des outils ?
- Vous qui avez eu à mettre en place ces outils et à les pratiquer, pour certains au quotidien depuis quelque temps, êtes-vous aujourd'hui convaincu de leur utilité ? Quelle utilité ? Pourquoi ? Quels effets indésirables ?
- Est-ce que d'après-vous, la mise en place des outils a été bénéfique pour le personnel ? De quelle façon / pourquoi / qu'est-ce que ça leur a apporté ? (sensibilisation du personnel / des utilisateurs aux droits des usagers ? Les connaissaient-ils ?).
- Quels bénéfices avez-vous constaté pour les résidents eux-mêmes ?

- Avec le recul, est-ce que si vous avez à y retravailler dans un autre établissement, vous changeriez la démarche adoptée pour la mise en place de ces outils ?, comment ?, pourquoi ?
- Est-ce que ce serait une priorité pour vous et pourquoi ?
- Quelque chose à ajouter ?

### **Guide d'entretien d'un responsable du service des établissements au CG 21**

- 6 / 7 ans après la parution de la loi 2002-2, quel regard portez-vous sur la mise en œuvre des outils (citer) en faveur des droits des usagers ?
- Est-ce que vous avez des statistiques / un ordre d'idée sur la proportion de mise en œuvre de ces outils par les ESMS / plus particulièrement dans le secteur PA ? (divergence selon les outils / selon les secteurs ?)
- Comment vous l'expliquez ?
- Est-ce que les gestionnaires d'établissement vous font part de difficultés auxquelles ils seraient confrontés pour leur mise en œuvre ? Ou au contraire, quelles satisfactions en découlent ?
- Par rapport à ces difficultés, quelles souplesses peuvent être tolérées par rapport à la stricte application de la réglementation ?
- En tant qu'autorité de tarification, et de contrôle, comment est-ce vous voyez et exercez votre rôle dans le domaine du droit des usagers, et plus particulièrement des outils... ?
- Quels types d'interventions ?
- Selon quelles modalités ?
- Quels sont vos points de contrôle les plus systématiques lorsque vous contrôlez ou participez au contrôle d'un établissement et pourquoi (sur place, sur pièces) ? Les outils de la loi 2002-2 en font-ils partie (cf. Grille Angélique) ?
- Quelle interprétation donnez-vous à l'absence de mise en œuvre / mise à jour de ces outils ?
- Quels risques potentiels ?
- Est-ce une alerte ? Quelle suite donnez-vous ?
- Les personnes qualifiées conjointement désignées par le préfet et par le PCG rendent compte au CG et à la DDASS de leurs interventions sur les situations dont elles sont saisies. Sont-elles fréquemment interpellées par les usagers (résidents, familles...) des ESMS ?
- Pour quel(s) type(s) de demande(s) ?
- Quelle démarche conseilleriez-vous ou déconseilleriez-vous pour mettre en place ces outils de sorte à ce qu'ils puissent vivre, perdurer dans la structure ?
- Quels pré requis indispensables ?
- Comment levez les difficultés liées à la capacité / incapacité des résidents / de l'utilisateur à recevoir l'information, à donner son consentement éclairé (signature du contrat de séjour), et à prendre part à son projet de vie personnalisé ?

- Cf. question de la capacité juridique supposée parce qu'aucune démarche dans le sens inverse n'a été entreprise, mais réalité différente ? (Cohérence ?)
- D'après vous, qu'est-ce que vous pensez que la mise en place des outils est susceptible d'apporter :
  - aux résidents ?
  - aux établissements ?
  - est-ce que vous croyez en ces outils ?
  - est-ce que leurs limites ont été suffisamment envisagées dans cet entretien ?
- Y a t il des points que l'on n'a pas abordé au cours de l'entretien et qui vous paraissent intéresser le thème des droits des usagers ?

<b>Guide d'entretien des cadres de santé de l'HLNSG</b>
---

- Pouvez-vous me retracer brièvement de votre carrière ?
- A quelle période avez-vous suivi la formation de cadre ?
- Est-ce que le droit des usagers est abordé dans la formation de cadre de santé / dans la prépa?
- Est-ce que vous connaissiez les droits des usagers des établissements sociaux et médico-sociaux à votre arrivée à l'HLNSG ? Comment l'avez-vous découvert (précédent emploi dans privé ?)
- Les autres professionnels de l'Etablissement ont-ils bénéficié de formation dans le domaine ?
- Comment expliquez-vous que les outils de la loi 2002-2 n'ont pas été mis en place à l'HLNSG avant 2009 (à l'exception du livret d'accueil) ?
- Est-ce que vous-même ou d'autres agents avez eu l'occasion d'attirer l'attention d'un directeur sur les échéances à respecter pour la mise en place des outils en faveur des droits des usagers ? Si oui, quelle réponse a été faite ?
- La mise en place du CVS, contrat de séjour, règlement de fonctionnement faisait partie des objectifs à atteindre au terme de la 1ère convention tripartite. Pourquoi ? d'après-vous n'ont-ils pas abouti ? Quel suivi a été fait des objectifs conventionnels, en interne (quelle organisation, comité de pilotage ?...) et par les autres parties à la convention (DDASS, CG) ?
- Avez-vous déjà été sollicité (vous ou d'autres professionnels) par des résidents ou des familles sur le non respect d'un de leurs droits ? Sur la volonté de participer à la vie de l'Etablissement ? Quelle réponse avez-vous pu lui faire ?
- Aujourd'hui, dans le cadre du renouvellement de la convention tripartite, on renouvelle le LA et le RF, on rédige le contrat de séjour et on essaie de constituer le CVS. Etiez-vous dans l'attente de leur création / mise à jour, ou pas particulièrement / vous voyiez d'autres priorités ?
- En tant que cadre, qu'attendez-vous de la création de ces outils ?
- Qu'est-ce que vous pensez pouvoir en retirer de positif pour l'Etablissement et pour les résidents ?

- Est-ce que vous pensez que l'Etablissement est prêt pour que leur mise en œuvre soit suivie d'effet / puisse perdurer ? Pourquoi ? Que manque-t-il ?
- D'après vous, quelles sont les principales conditions nécessaires à la réussite de la mise en œuvre des outils ?

### **Guide d'entretien des représentants d'utilisateurs**

- Qu'est-ce qui vous a amené à vous présenter pour être représentant des utilisateurs ?
- Comment s'est passé l'élection / la nomination ?
- Estimez-vous qu'on vous donne les moyens d'agir (formation...) ?
- Connaissez-vous les droits des résidents en EHPAD ? Par quel biais ?
- Connaissez-vous les outils qui s'y rapportent ?
- En quoi consiste votre rôle de représentant des utilisateurs ?
- Etes-vous parfois saisi ou interrogé par des résidents ou des familles pour vous signaler des dysfonctionnements ou vous demander des conseils voire une intervention ?
- Comment procédez-vous ?
- Vous saisissez-vous vous-même de certaines problématiques ?

### **Guide d'entretien des utilisateurs**

- Pouvez-vous me retracer votre arrivée dans l'établissement ?
- Comment avez-vous procédé pour faire le choix de cet établissement ? Estimez-vous avoir eu le choix ?
- Quel a été le rôle de vos proches dans ces démarches ?
- Vous a-t-on présenté l'établissement avant votre arrivée ? (visite, rencontres avec des professionnels ?)
- Vous a-t-on remis un livret d'accueil, un RF ? De la part de qui ? Selon quelles modalités ? Intérêt et clarté de ces documents ? Caractère complet des informations ?
- Avez-vous signé un contrat de séjour ? Selon quelles modalités ?
- Existe-t-il un CVS ? Etes-vous tenu au courant des sujets qui y sont débattus ? Comment ? Est-ce que ça vous intéresse ?
- Estimez-vous être suffisamment informé sur la vie de l'établissement ?
- Vous a-t-on présenté vos droits dans l'établissement ? Les connaissez-vous ? Sont-ils respectés par les professionnels ? (Si non, dans quelles circonstances ?)
- Vous arrive-t-il de demander des informations ou d'émettre des réclamations ? Auprès de qui ? Directement, par le biais d'un tiers / comment ? Pourquoi ? Quelle réponse vous a-t-on apporté ?

**Définition des rôles****Rôle du directeur :**

- Initiative du lancement du dossier de renouvellement de la convention tripartite et désignation d'un chef de projet,
- Encadrement du chef de projet,
- Suivi du bon déroulement du dossier,
- Prise de décision sur les propositions émanant du comité de pilotage,
- Reprise des missions du chef de projet après son départ ou désignation d'un nouveau chef de projet.

**Rôle du chef de projet :**

- Cadrage du projet (*actions et réflexion à mener – méthodologie de travail - calendrier à respecter*),
- Préparation et animation des réunions du comité de pilotage,
- Lien avec les membres du comité de pilotage – animateurs des groupes de travail pour assurer une centralisation des informations,
- Suivi de l'état d'avancement de chacun des objectifs par rapport aux dates de début de mise en œuvre et d'atteinte de l'objectif,
- Communication sur l'avancement du dossier.

**Rôle des membres du comité de pilotage :**

- Echange et validation sur la composition des groupes de travail,
- Echange et validation de la priorisation prioritaire puis pluriannuelle des objectifs issus des résultats de l'autoévaluation,
- Echange et validation des travaux de groupes exposés par les animateurs,
- Echange sur les difficultés rencontrées, les propositions de solutions envisageables,
- Contribution à l'écriture de la convention tripartite.

**Composition du comité de pilotage :**

- Directeur
- Cadres de santé
- Attaché RH
- Médecin coordonnateur
- Adjoint des cadres Budgets / Finances
- Secrétaire de direction / Qualité
- Elève directeur – Chef de projet renouvellement de la convention tripartite.

**Rôle des animateurs de groupe de travail :**

- Ecrire les modalités de travail envisagées,
- Animer le groupe de travail en assurant la gestion du temps et en veillant à ce que la parole soit donnée à chaque membre du groupe,
- Informer les membres du comité de pilotage sur l'état d'avancement des travaux du groupe, via un compte-rendu de réunion,
- Atteindre l'objectif pour l'échéance retenue.

**Rôle des personnels de l'établissement :**

- Participation aux groupes de travail,
- Echange avec les animateurs et / ou membres des groupes de travail qui viendraient les consulter sur un point particulier pour lequel ils peuvent être considérés comme « personnes ressources »,
- Implication dans la mise en œuvre et l'atteinte des objectifs pluriannuels qui seront inscrits dans la convention tripartite.

### Annexe 3

#### PLANNING PRÉVISIONNEL DES REUNIONS DES MEMBRES DU COPIL

SEMAINES	Animateurs	Mb des groupes	Décembre				Janvier					Février				Mars				Avril				Mai		Juin				Juillet			
			49	50	51	52	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	
Comité de pilotage	BK, JLG, MCB, SZ, CM, IR, JL, AH		X				X	X				X				X	X			X	X												
<b>Mise en œuvre</b>																																	
Bilan de la 1ère convention tripartite	JL	MCB, CM, JLG						X	X			X																					
Mise à jour du livret d'accueil des résidents	AH	SZ ou CM										X				X	X																
Rédaction du contrat de séjour	AH	SZ ou CM - IR?							X							X	X																
Ecriture du règlement de fonctionnement	AH	SZ ou CM - IR?										X				X		X															
Constitution du Conseil de la vie sociale	CM/AH											X				X	X			X													
Réflexion sur le plan du "projet de vie et de soins en EHPAD"		BK, JLG, CM, AH		X																													
Ecriture du "Projet d'accompagnement de la PA à l'HLNSG"																																	
Volet Accueil / Sortie	CM	?							X			X				X																	
Volet Rôle des soignants	CM	?								X						X																	
Volet PEC par l'équipe soignante	JLG	?										X				X	X																
Volet Projet d'animation	CM	?										X				X	X																
Volet Alimentation - Nutrition	BK - JLG	/								X						X				X													
Volet Rythmes de vie - Projet architectural	BK	/															X			X													
Plan de formation pluriannuel	MCB	BK, JLG, CM, SZ																X		X													
Echéancier financier prévisionnel sur 5 ans - PPI	JL	BK - MCB										X	X			X		X		X													
	<b>Personnes moins ou pas disponibles</b>																																
Réunions d'encadrement GPMC	BK, MCB, SZ, CM, AH	MCB																															
EPRD		JL																															
Vente des vins		BK - JL																															
<b>LEGENDE :</b>																																	
<b>Vacances scolaires</b>																																	
<b>Validation des travaux de groupes</b>																																	

## Annexe 4

### Groupe de travail « Ecriture du Règlement de Fonctionnement »

#### Compte-rendu de la réunion du 09/02/09

Etaient présents :

...

Etait absent :

...

L'ordre du jour était le suivant :

- Poser les principes de travail
- Définir ce qu'est un règlement de fonctionnement (RF)
- Faire un point sur la réglementation qui s'applique en matière de RF
- Relecture des éléments de l'autoévaluation se rapportant au RF
- Echange sur les rubriques à faire figurer au RF
- Attentes du travail inter session
- Fixer la date de la prochaine réunion

#### Principes de travail

- 3 réunions d'1H30, avec entre chaque réunion, un travail des membres du groupe, en lien avec des collègues (*personnes ressources*), pour aboutir à faire des propositions au COPIL qui tranchera.
- On repart des travaux déjà engagés et de l'existant :
  - . Récemment, dans le cadre de l'autoévaluation Angélique
  - . Règlement intérieur actuel et RF d'autres structures comme sources documentaires.
- Le travail du groupe consiste à écrire une proposition de RF pour l'Etablissement d'une part, et à formuler des propositions pour sa mise en place (*différentes hypothèses envisageables avec pour chacune d'elles, avantages et inconvénients, ce qui permettra au COPIL de prendre des décisions*).

#### Qu'est-ce qu'un règlement de fonctionnement ?

Le RF est un document écrit qui retrace les règles d'organisation et de fonctionnement dans un établissement social / médico-social et donc les droits et limites à respecter par chacun des usagers pour faire en sorte que la vie en collectivité se passe au mieux.

#### Point sur la réglementation en matière de RF

Le RF est une **annexe** obligatoire du **Livret d'accueil** des résidents, au même titre que la charte des droits et libertés de la personne accueillie.

Le RF est **encadré par un décret** (*Décret n° 2003-1095 du 14 novembre 2003*) qui fixe les **8 points à y aborder** obligatoirement, sa procédure d'adoption et les dispositions à respecter en matière d'information et de communication sur le RF (*cf. Doc Synthèse de la réglementation en matière de RF remis dans le dossier*).

**PS** : Vigilances particulières pour les membres du groupe de travail :

- . Eviter les doublons de renseignements avec contrat de séjour et livret d'accueil (*cf. VD, CM et AH qui font partie de plusieurs groupes de travail*).
- . Distinguer chaque fois que nécessaire ce qui concerne l'accueil en médecine de ce qui s'applique à un accueil en EHPAD.

## Point sur les résultats de l'autoévaluation Angélique en matière de RF

- « Dissocier le RI du personnel du RF des résidents »
- « Compléter le RF en fonction des prestations offertes »
- « Culte »
- « Protection des biens »
- « Boite à idées »
- « Mobiliers – objets personnels »
- « Ligne téléphonique »
- « Lieux privés / collectifs pour recevoir familles – amis en dehors de la chambre ».

Les membres du groupe signalent les points suivants comme étant régulièrement problématiques avec les résidents ou leur famille :

- culte,
- bibelot,
- linge (*de marque, perte, dégradation linge fragile*),
- bijoux,
- téléphone mis à disposition des résidents / familles.

## Echange sur les rubriques à faire figurer au RF

### Propositions :

- Les 8 points mis en avant par la réglementation
- Autres points éventuels : y réfléchir d'ici la prochaine réunion.

## Attentes du travail inter session

Propositions de rédaction pour les paragraphes / articles du prochain RF de l'Etablissement. La répartition du travail entre les membres du groupe a été décidée de la suivante :

- Principales modalités concrètes d'exercice des droits (*énoncés à l'article L 311-3 du CASF*) et les modalités d'association de la famille à la vie de l'Etablissement (*le cas échéant*) : **AH**
- Organisation et affectation à usage collectif ou privé des locaux et bâtiments + les conditions générales de leur accès et de leur utilisation : **CD** et **FD** (*chacune sur son site*)
- Mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens : **VD**
- Mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles : **CM** puis **VD**
- Modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'Etablissement quand elles ont été interrompues : **VD**
- Dispositions relatives aux transferts et déplacements, aux modalités d'organisation des transports, aux conditions d'organisation de la délivrance des prestations offertes par l'Etablissement à l'extérieur : **FD**
- Règles essentielles de vie collective :
  - . *Obligations faites aux personnes accueillies* **AH**
  - . *Respect des décisions de prise en charge* **CD**
  - . *Respect des termes du contrat* **AH**
  - . *Respect des rythmes de vie collectifs* **AH**
  - . *Comportement civil à l'égard des autres résidents et du personnel* **CD**
  - . *Respect des biens et équipements collectifs* **AH**
  - . *Prescriptions d'hygiène de vie nécessaires* **AH**
- Rappel que les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires : **AH** (*copier-coller d'autres RF*)

Date prochaine réunion : Mardi 24/02/09 de 14H00 à 15H30.

## Annexe 5

### « Logigramme » relatif à la démarche à suivre en interne pour une admission en EHPAD

