

E.N.S.P

**INSPECTEUR DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES
PROMOTION 1998-2000**

**LES CONVENTIONS PLURIANNUELLES
TRIPARTITES:
OUTILS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE
DES PERSONNES ÂGÉES ACCUEILLIES
EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT**

Gwendoline de GUENYVEAU

SOMMAIRE

AVANT PROPOS.....	p.3
INTRODUCTION.....	p.5
<u>PREMIERE PARTIE</u> : LES CONVENTIONS TRIPARTITES, VECTEURS ESSENTIELS DE LA REFORME DU SECTEUR DES ETABLISSEMENTS ACCUEILLANT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES.....	p.8
1.1. Un secteur qui méritait sans conteste une réforme.....	p.8
1.1.1. La réforme de la tarification répond à un réel besoin.....	p.8
1.1.1.1. Un cadre juridique devenu inadapté.....	p.8
1.1.1.2. Les apports de la réforme.....	p.9
1.1.2. La mise en place d'une démarche nouvelle dans le secteur des EHPAD.....	p.12
1.1.2.1. L'émergence tardive d'une politique conventionnelle dans le champ médico-social.....	p.13
1.1.2.2. Nature des changements liés à l'introduction d'une voie conventionnelle.....	p.14
1.2 Qualités et limites du nouvel outil contractuel.....	p.16
1.2.1. Avantages méthodologiques de l'outil conventionnel.....	p.16
1.2.1.1. La démarche conventionnelle favorise la négociation.....	p.17
1.2.1.2. Les limites de la négociation dans un contrat public.....	p.17
1.2.2. Les avantages de l'outil conventionnel au regard de l'objectif d'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées.....	p.19
1.2.2.1. Les conventions pluriannuelles tripartites permettent la mise en place d'une démarche qualité formalisée.....	p.20
1.2.2.2. Les conventions pluriannuelles tripartites prévoient la mise en place d'une évaluation de la qualité.....	p.22
<u>DEUXIEME PARTIE</u> : MODALITES DE MISE EN PLACE DANS LE DEPARTEMENT DE L'ESSONNE DU VOLET « QUALITE » DES CONVENTIONS PLURIANNUELLES TRIPARTITES.....	p.25
2.1. Présentation méthodologique de l'étude.....	p.28
2.1.1. Une démarche participative.....	p.26
2.1.2. Une démarche prospective.....	p.27
2.2.Spécificités du département de l'Essonne en matière d'hébergement des personnes âgées...p.28	p.28
2.2.1. Un département jeune mais insuffisamment médicalisé.....	p.29
2.2.2. Un département où la gestion des maisons de retraite par le secteur privé est prépondérante.....	p.30

2.2.3. Un département engagé dans une politique active de lutte contre la maltraitance.....	p.32
2.2.3.1. La mise en place d'une cellule de signalement spécialisée.....	p.33
2.2.3.2. Une campagne d'information musclée.....	p.33

2.3. Une démarche active de concertation soucieuse de l'amélioration de la qualité de vie en établissement.....	p.34
2.3.1. La mise en place d'un groupe de travail multipartenarial.....	p.35
2.3.1.1. Une volonté affichée de concertation.....	p.35
2.3.1.2. Des interrogations importantes.....	p.36
2.3.2. Etat de la réflexion au sein du groupe de travail.....	p.37
2.3.2.1. La mise en place de normes d'encadrement.....	p.38
2.3.2.2. L'élaboration d'un référentiel qualité.....	p.41

<u>TROISIEME PARTIE</u> : REFLEXION SUR LES CONDITIONS NECESSAIRES AU DEVELOPPEMENT D'UNE POLITIQUE « QUALITE » DANS LES ETABLISSEMENTS HEBERGEANT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES.....	p.45
--	-------------

3.1. Le souci d'une utilisation optimale de la voie contractuelle.....	p.46
3.1.1. Le respect des principes fondamentaux propres au champ contractuel.....	p.46
3.1.1.1. Le principe d'égalité des cocontractants.....	p.47
3.1.1.2. Le principe de transparence dans la négociation.....	p.48
3.1.1.3. Le principe de cohérence.....	p.49
3.1.2. L'existence de contraintes financières majeures.....	p.50
3.1.2.1. Impact financier de la réforme sur les dépenses d'Assurance Maladie.....	p.50
3.1.2.2. Impact des contraintes financières sur la négociation des conventions tripartites.....	p.52
3.2. la mise en place d'une évaluation rigoureuse et d'une coordination efficace.....	p.55
3.2.1. L'inspecteur doit contribuer à la mise en œuvre d'une évaluation performante.....	p.55
3.2.1.1. Une évaluation rigoureuse et consensuelle.....	p.55
3.2.1.2. Le souci d'une prise de décision responsable.....	p.58
3.2.2. La mise en place d'une coordination efficace.....	p.61
3.2.2.1. La valorisation du rôle d'accompagnement et de conseil des autorités de tutelle.....	p.62
3.2.2.2. Une meilleure coordination pour une plus grande continuité des prises en charge.....	p.63

CONCLUSION.....	p.66
------------------------	-------------

BIBIOGRAPHIE.....	p.67
--------------------------	-------------

Avant toute chose, je tiens à remercier ici, toutes les personnes qui m'ont consacré une part de leur temps pour m'aider à appréhender les implications de la réforme en cours, et tout particulièrement Madame Aurore BIRBA-BACHET, ma tutrice, qui malgré un agenda particulièrement chargé, a su rester disponible et ouverte à toutes les interrogations qui étaient les miennes, et qui par la qualité de son accueil a largement participé à rendre ces quatre mois de stage à la fois agréables et constructifs.

AVANT PROPOS

La population française vieillit.

Ce constat est indiscutable.

Mais il faut s'en réjouir et non s'en plaindre car c'est sans conteste une chance de pouvoir profiter des effets bénéfiques d'une société avancée qui a permis, en l'espace de deux siècles, le passage de notre espérance de vie de 30 ans à près de 80 ans¹.

Cependant, cette évolution même si elle s'accompagne d'une augmentation concomitante de l'espérance de vie sans incapacité physique ou psychique, nous impose de prendre les mesures nécessaires à la prise en charge de cette population fragilisée qui sera de plus en plus importante à l'avenir. L'amélioration de cette prise en charge, constitue sans nul doute dès aujourd'hui et pour l'avenir, un enjeu majeur.

Cette prise de conscience se traduit même au niveau mondial, avec la décision des Nations Unies de célébrer, de l'automne 1998 à l'automne 1999 l'année internationale des personnes âgées en retenant notamment comme objectif l'amélioration de la qualité de vie pendant la vieillesse.

Bien que le souhait des personnes âgées soit, dans la très grande majorité des cas, de rester le plus longtemps possible chez elles, vivre en structures collectives devient parfois souhaitable ou nécessaire. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées répondent donc à un besoin.

¹ « De 28 ans pour les femmes et de 27 ans et demi pour les hommes en 1789, elle est passée, en 1938 à 61,6 ans pour les femmes et à 56 ans pour les hommes, et en 1994 à 81,8 ans pour les femmes et à 73,9 ans pour les hommes. »

Gérard BRAMI, « qualité de vie dans les établissements pour personnes âgées », éditions Berger- Levrault 1997, collection « repère âge ».

Or, ils pâtissent encore aujourd'hui malgré des améliorations notables, d'une mauvaise image liée au souvenir des anciens hospices, mais également à des scandales et à des négligences répétées dont la presse se fait régulièrement l'écho.

Denis LABAYLE, médecin hospitalier, auteur d'un livre sur la prise en charge en établissement des personnes âgées², indique à cet égard : *« j'ai visité des dizaines d'institutions, publiques et privées, du mouoir à l'hôtel quatre étoiles... j'ai découvert un monde oublié, hors normes, souvent hors la loi, où se côtoient l'intelligence et la bêtise, la générosité et le cynisme, le meilleur et le pire. »*

C'est pourquoi, afin de limiter ces errements, les gouvernements successifs ont engagé ces dernières années différentes démarches d'amélioration de la qualité de vie en établissement dont la loi 97-60 du 24 janvier 1997 (dite loi PSD)³ avec ses dispositions sur la réforme de la tarification constitue le point d'orgue.

Très contestée dans ses modalités, mais unanimement attendue dans ses principes, cette loi concrétise le souci partagé par tous de mieux répondre aux besoins de notre population âgée et dépendante en améliorant la qualité de la prise en charge du vieillissement à la fois à domicile et en établissement. Elle a ainsi répondu à un devoir moral et éthique en réaffirmant et en précisant le contenu des obligations qui nous incombent en ce domaine.

² Denis LABAYLE *« la vie devant nous, Enquête sur les maisons de retraite »* éditions du seuil 1995, p.10.

³ 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

INTRODUCTION

Introduite par la loi 97-60 du 24 janvier 1997, dans le champ de la loi du 30 juin 1975, le principe d'une convention pluriannuelle tripartite entre l'établissement et les autorités qui en garantissent le fonctionnement ne constitue pas une véritable novation juridique ou politique.

Le principe de l'interventionnisme conventionnel (ou contractualisation) des objectifs et des moyens envahit progressivement la pratique administrative et couvre des champs de plus en plus diversifiés.

A l'origine engagé dans le cadre de la planification nationale, le mouvement connaît une forte accélération depuis les années 1990 et substitue la convention ou le contrat à l'acte unilatéral dans toutes les hypothèses où le choix des moyens juridiques est possible.

C'est une « *technique en expansion, vraisemblablement irréversible, qui, au prix d'une méthodologie rigoureuse, parvient à cristalliser une communauté d'intérêt et justifie ainsi sa supériorité* »⁴.

De même nature que les contrats d'objectifs et de moyens signés entre le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (DARH) et les établissements de santé, ces nouvelles conventions pluriannuelles tripartites ont pour objectif de définir les conditions de fonctionnement des établissements tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui leur sont prodigués.

Ainsi, cette réforme en instaurant pour la première fois un lien contractuel dont la qualité est l'un des principaux objets, modifie le mode relationnel régissant les rapports entre les parties en présence tout en affirmant l'exigence d'une démarche qualité dans le secteur médico-social.

Elle est à cet égard l'aboutissement d'une réflexion générale engagée depuis plusieurs années.

En effet, assurer une qualité de vie aux personnes qui vieillissent est une préoccupation qui a suscité de nombreux travaux dont deux notamment paraissent constituer une référence au plan national : la « Charte des Droits et Libertés de la Personne Agée Dépendante » élaborée dès 1987 par la Fondation Nationale de Gérontologie avec le soutien du Ministère chargé des Affaires Sociales, ainsi que la « Déclaration des Droits de la Personne Agée Dépendante en Institution » qui date de 1989.

Parallèlement, plusieurs organisations professionnelles du secteur des établissements privés ont ces dernières années décidé d'accompagner ces changements, en s'engageant dans une démarche de

⁴ Intervention de Joël CLEMENT à l'école nationale de santé publique le 21 octobre 1999, dans le cadre de la formation régionale mise en place par la Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification des Etablissements pour Personnes Agées (MARTHE)

certification de services. C'est notamment le cas de la FNACPPA⁵ qui s'est associée avec l'UNEPPA⁶ pour proposer une méthodologie certifiée contribuant ainsi à améliorer jour après jour la qualité de vie des personnes âgées hébergées et à faire œuvre pédagogique auprès des autres directeurs (cf. référentiel de certification de services FNACPPA-UNEPPA).

Cependant, les principes contenus dans ces documents ne sont que des obligations morales qui ne bénéficient pas d'une valeur contraignante. La loi constitue donc une avancée importante en ce domaine car désormais grâce aux nouvelles dispositions législatives, il existera un cadre de référence normatif précisant les éléments constitutifs d'une démarche qualité pour une catégorie d'établissements sociaux et médico-sociaux : ceux qui accueillent des personnes âgées dépendantes⁷.

Les enjeux sont considérables.

En effet, la mission d'appui à la réforme de la tarification des établissements d'hébergement (MARTHE) mise en place par le ministère dénombre en octobre 1999, 646 913 places en hébergement collectif pour les personnes âgées, réparties sur 10 281 établissements dépendants pour 63% du secteur public et pour 37% du secteur privé.

Par ailleurs, compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie qui, selon l'Insee, s'établira à 86,4 ans pour les femmes et à 77,9 ans pour les hommes à l'horizon 2020, les effectifs des personnes de plus de 60 ans atteindront à cette période, le seuil de 15 millions d'individus, dont près de 6 millions de plus de 75 ans (projections de l'institut national des études démographiques (INED)).

Même si la population âgée est loin d'être homogène, on constate que ces personnes entrent de plus en plus tard (83 à 85 ans) en maison de retraite, ce qui fait inexorablement glisser leur prise en charge vers la médicalisation.

Les implications économiques et humaines de cette situation sont considérables : prise en charge sanitaire, hébergement collectif, coût de la qualité... constituent donc des préoccupations majeures pour notre société.

⁵ FNACPPA : *Fédération nationale Accueil et Confort Pour Personnes Agées*

⁶ UNEPPA : *Union Nationale des Etablissements Privés pour Personnes Agées*

⁷Dépendance : « état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoins d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière » loi 97-60 du 24 janvier 1997, article 2 alinéa 3.

L'INSERM définit les personnes dépendantes comme étant celles confinées au lit et au fauteuil, ou celles non confinées au lit et au fauteuil, mais aidées pour la toilette et l'habillage, enfin, en excluant celles relevant des deux précédents groupes, celles ayant besoin d'être aidées pour sortir de l'institution ou du domicile (une dernière catégorie « autres personnes » permet de tenir compte de la diversité des cas)

Considérée comme un substitut au domicile, la maison de retraite se doit de garder le souci constant de maintenir une vie sociale et d'assurer à chaque individu un maximum d'autonomie, malgré un état de dépendance de plus en plus accentué chez les résidents.

C'est la raison pour laquelle, outre les mesures relatives à une harmonisation des règles de fonctionnement du secteur et de rationalisation des dépenses, c'est bien la qualité de vie de la personne âgée dépendante qui constitue le réel enjeu des nouvelles dispositions légales.

A cet égard, les conventions tripartites constituent un vecteur important d'amélioration du soutien au vieillissement et apparaissent comme l'outil essentiel qui doit contribuer à donner un sens qualitatif à la réforme même s'il n'en demeure pas moins vrai que planent d'autres enjeux plus politiques et nettement financiers.

Ce mémoire s'attachera, dans un premier temps, à étudier la pertinence de la méthode contractuelle appliquée au secteur des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et son adaptation à l'objectif affiché d'amélioration de la qualité du service rendu aux personnes âgées (1), puis dans un deuxième temps, il restituera les observations réalisées sur le terrain dans le cadre de la mise en œuvre des nouvelles dispositions légales (2) et enfin, il tentera de procéder à une analyse des conditions nécessaires à l'efficacité de ce nouvel outil et au développement d'une politique qualité (3).

PREMIERE PARTIE

LES CONVENTIONS TRIPARTITES,

VECTEURS ESSENTIELS DE LA REFORME

DU SECTEUR DES ETABLISSEMENTS ACCUEILLANT

DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES

1.1. UN SECTEUR QUI MERITAIT SANS CONTESTE UNE REFORME

La difficulté du propos et de la réflexion menée dans ce mémoire tient à l'imbrication de multiples facteurs dont l'interconnection se révèle si étroite qu'il est difficile d'isoler et d'analyser l'un d'entre eux sans aborder les autres, au risque de ne plus comprendre la logique de l'ensemble.

C'est pourquoi il nous a paru indispensable de procéder tout d'abord à une présentation globale, mais rapide, de la réforme en cours (1), pour ensuite nous attacher plus précisément à la place et au rôle des conventions tripartites dont certains ont pu dire qu'elles constituaient la clef de voûte du nouveau système mis en place⁸ (2). En effet, c'est à travers elles que se fera l'équilibre entre d'une part le niveau des dotations versées par le Conseil Général et l'Assurance Maladie, et d'autre part les exigences de qualité qui incomberont à l'établissement.

1.1.1. La réforme de la tarification répond à un réel besoin

1.1.1.1. Un cadre juridique devenu inadapté

Les règles qui régissent actuellement le secteur des EHPA sont issues

- pour une part de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales (établissement type maison de retraite, médicalisés ou non, logements foyers...),
- et pour une autre part de la loi du 31 juillet 1991 (services de soins de longue durée, communément désignés sous l'appellation « longs séjours »).

⁸ document l'Union Nationale Interfédérale des œuvres et organismes privés Sanitaires et Sociaux (UNIOPSS), juin 1999.

Cependant, et les nombreux rapports⁹ sur le sujet depuis 1982 l'attestent, cette réglementation s'est révélée au fil des années, inadaptée pour diverses raisons parmi lesquelles je citerai :

- *l'insuffisante anticipation du développement de la médicalisation dans les établissements*. N'ayant jamais fait l'objet d'une réflexion globale, celle-ci s'est donc développée de manière empirique au cours des vingt dernières années avec, de surcroît, des affectations de moyens insuffisantes.
- *l'absence de cohérence et d'équité du système de financement*, le montant des forfaits soins étant fonction de la nature juridique de l'établissement et non de l'état de la personne âgée (ce fut l'une des principales critiques faite au système).
- *la porosité entre les sections tarifaires hébergement et soins* qui a contribué à multiplier les conflits de champ d'action entre les Conseils Généraux et l'Assurance Maladie (le prix de journée hébergement constituant du fait de l'insuffisance des financements de l'assurance maladie, la variable d'ajustement permettant l'équilibre financier de la structure).
- enfin, *l'insuffisance des contrôles réalisés sur l'activité et la qualité des prestations* fournies par les établissements d'hébergement pour personnes âgées. En effet, ceux-ci n'existent qu'au moment de la création de l'établissement à travers le dossier du Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Social (CROSS) et lors de contrôles ponctuels qui restent insuffisants et peu efficaces, j'aurais l'occasion d'y revenir.

Le souci des auteurs de la réforme a donc été de trouver les moyens de pallier les dysfonctionnements précités. Mais reste à savoir si ce faisant, ils n'en ont pas introduit de nouveaux. Cette question qui ne peut, dans ce cadre, faire l'objet d'une évaluation complète, sera abordée au regard des conventions tripartites qui constituent le thème central de cette étude.

1.1.1.2. Les apports de la réforme

- D'une façon générale

Les parlementaires en adoptant le 24 janvier 1997 une loi « *tendant, en l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux*

⁹ Pour ne mentionner que les plus importants, je citerais ici les rapports HENRARD de 1982, BRAUN de 1989 et les rapports BOULARD et SCHÖPFLIN de 1991

besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance (PSD) » n'ont donc considéré la mise en place de cette prestation que comme la premier élément d'un échafaudage bien plus important devant mener à une refonte plus globale de la tarification des EHPA.

Dans cet esprit, l'article 23 de cette loi stipule que « *les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées et les établissements de santé (longs séjours hospitaliers) ne peuvent accueillir des personnes âgées remplissant les conditions de dépendance... que s'ils ont passé une convention pluriannuelle avec le Conseil Général et l'Assurance Maladie qui respecte le cahier des charges établi par décret* ». par ailleurs, le législateur précise que « *les montants des prestations (tant PSD que futurs forfaits soins) sont modulés selon l'état de la personne accueillie* ».

A travers ces dispositions, la loi PSD

- *remplace une tarification établie en fonction du statut juridique de l'établissement par une tarification reposant sur l'état de dépendance des personnes accueillies.* A la tarification binaire actuelle distinguant un tarif soins et un tarif hébergement, est substituée une tarification ternaire qui outre les tarifs soins et hébergement individualise un tarif dépendance qui recouvre des prestations spécifiques (surcoût hôtelier, prestations relationnelles et aide à la vie quotidienne liées à la dépendance).
- *crée trois sections tarifaires étanches* dont les contenus sont clairement définis afin que chaque acteur concerné (Etat, Conseil Général) prenne désormais en charge financièrement que ce qui relève strictement de sa compétence.
- *contractualise les relations* entre les établissements qui souhaitent accueillir des personnes âgées dépendantes, et les autorités tarifaires par le biais de conventions pluriannuelles comportant deux volets : un volet financier et un volet qualitatif.

Même si certains points sont moins mis en avant que d'autres, l'objectif affiché de ce nouveau dispositif est triple :

- améliorer la prise en charge de la dépendance au bénéfice de l'utilisateur,
- parvenir à une meilleure médicalisation des établissements,
- rationaliser l'utilisation des ressources.

Les conventions tripartites qui sont l'instrument juridique majeur de cette réforme devraient être conclues au plus tard deux ans après la publication du décret, soit le 26 avril 2001. Elles constituent le point de rencontre entre les exigences de qualité incombant à l'établissement et les

financements accordés, sachant que ceux-ci seront fonction du degré d'engagement des EHPAD dans une démarche de progrès mais aussi des capacités budgétaires des financeurs.

- Au regard de la qualité

La réforme est à cet égard radicale.

En effet, pour la première fois dans ce secteur, la qualité fera l'objet d'un véritable lien contractuel entre l'établissement et les pouvoirs publics.

Aujourd'hui dès qu'un établissement a reçu une autorisation de fonctionner, son existence ne peut éventuellement être remise en cause que pour des faits atteignant une certaine gravité, pour ne pas dire une gravité certaine (cf. art. 210 du code de la Famille et de l'Aide Sociale).

Aussi étonnant que cela puisse paraître l'activité des établissements d'hébergement et la qualité des prestations qu'ils proposent n'est pas évaluée par les pouvoirs publics. Ainsi l'existence d'un projet de vie indigent ne justifie pas une fermeture.

Les contrôles sur ces structures ne s'exercent en fait réellement qu'au moment de la création de l'établissement à travers le dossier qui reçoit l'avis du CROSS, et l'approbation du Conseil Général.

Ensuite les contrôles menés par les DDASS et les services sociaux du Conseil Général ne sont d'une part pas suffisamment fréquents et d'autre part sans grande efficacité tant les procédures de fermeture sont lourdes ou volontairement non utilisées.

Par ailleurs, à ce jour, seuls sont concernés par ces contrôles, les établissements publics ou ceux habilités à l'aide sociale, à l'exclusion des établissements privés lucratifs, dits commerciaux.

Pour ces structures, l'intervention et le contrôle de l'Etat ne peut s'opérer que sur la base des compétences de celui-ci au titre de l'ordre public. Il en résulte qu'en l'absence de plainte, l'établissement commercial peut fonctionner de façon totalement autonome, sans contrainte et sans compte à rendre à quelle autorité que ce soit. Si l'on peut admettre cette autonomie financière (ces établissements n'étant pas destinataires de fonds publics) la situation est plus discutable au regard des prestations fournies aux personnes âgées.

A l'avenir, et grâce au dispositif prévu par les nouveaux textes, l'évaluation de la qualité sera l'un des éléments d'appréciation des autorités tarifaires et du résultat de celle-ci dépendra le renouvellement ou non de la convention sans laquelle il deviendra impossible d'héberger des personnes âgées dépendantes.

Les autorités tarifaires ne seront donc plus seulement amenées à regarder le fonctionnement financier et budgétaire de l'établissement mais également l'adéquation entre les objectifs de qualité prévus dans la convention et les résultats obtenus.

Le cahier des charges paru dans l'arrêté du 26 avril 1999¹⁰ vient compléter la mise en place des conventions en détaillant toute une série de recommandations propres à améliorer la qualité des prestations et leur évaluation.

Pourtant, même si cet arrêté constitue une réelle avancée, il recèle un risque majeur qui tient à l'ambiguïté qui sépare la notion de « recommandation » de celle de « norme » et ce même si le législateur a pris la précaution d'en préciser la différence dans le préambule de l'arrêté.

Ainsi, il est indiqué que « *les recommandations se distinguent des normes techniques de fonctionnement qui seront ultérieurement précisées par décret* ». Alors que les normes techniques présentent un caractère obligatoire... les recommandations laissent aux contractants une marge d'interprétation et d'adaptation liée à la spécificité de chaque établissement ». Cette différence subtile mais réelle permet notamment de prendre en compte les différences de qualité entre les établissements. S'ils ne sont pas tous sur la même ligne de départ, ils devront en revanche progressivement atteindre un niveau comparable.

Mais le chemin qui mène de la recommandation à la norme est étroit, et ce qui, en fait, sépare ces deux notions, c'est l'attitude que décideront d'adopter sur le terrain les inspecteurs chargés des contrôles et de la négociation des conventions.

1.1.2. La mise en place d'une démarche nouvelle dans le secteur des EHPAD

En préambule, les conventions peuvent se définir comme « *des accords de volonté qui, non seulement peuvent créer des obligations ou transférer des droits (ce sont alors des contrats), mais peuvent également modifier des obligations préexistantes ou les éteindre* »¹¹.

Il s'agit donc d'une catégorie plus vaste que les contrats même si les termes « convention » et « contrat » sont le plus souvent employés comme synonymes. Compte tenu de cet usage, ils seront utilisés indifféremment dans cette partie qui s'attachera notamment, à étudier les conditions de son émergence dans le secteur médico-social, ainsi que la nature et les avantages de ce cadre juridique.

¹⁰ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales

¹¹ Boris STARCK « *droit civil, obligations* », Librairies Techniques 1972, P.339

1.1.2.1. L'émergence tardive d'une politique conventionnelle dans le champ médico-social

Alors que la démarche contractuelle se développe depuis déjà une vingtaine d'années comme mode relationnel à privilégier d'une part au sein des administrations elles mêmes dans le cadre de la réforme de l'Etat, et d'autre part dans le cadre des relations de celles-ci avec leurs partenaires, force est de constater que cette démarche ne prend réellement forme dans le secteur médico-social que depuis la parution de la loi PSD de 1997 et de ses décrets d'application de 1999.

Ainsi, malgré les avancées majeures du secteur sanitaire notamment avec la loi du 31 juillet 1991, qui prévoit des contrats pluriannuels fixant les obligations des établissements, confortée par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, qui institue les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, il a fallu attendre la loi du 24 janvier 1997 pour que le système conventionnel soit adopté comme cadre des relations entre l'Etat et une partie, mais seulement une partie, des établissements relevant du secteur médico-social : ceux qui accueillent des personnes âgées dépendantes.

En effet, l'article 23 de la loi de 1997 précitée, stipule que *«les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées... ne peuvent accueillir des personnes âgées remplissant des conditions de dépendance ... que s'ils ont passé une convention pluriannuelle avec le conseil général et l'assurance maladie... »*.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ce retard. Deux d'entre elles paraissent cependant émergentes :

- *Le morcellement du secteur* dont l'action, pour des raisons historiques, se trouve prise en charge par de multiples associations. Les interlocuteurs représentatifs étant peu nombreux toute réflexion d'ensemble en vue d'une rationalisation était et reste difficile à mettre en place.
- *Le niveau des sommes engagées sur le secteur médico-social*, même s'il a considérablement augmenté depuis 1975, se maintient très en deçà des montants investis dans le secteur sanitaire. Les enjeux financiers étant moindres, l'exigence d'une rationalisation en vue d'une maîtrise des dépenses s'avérait moins pressante.

Cependant la logique de rigueur financière et d'amélioration du rapport qualité/prix des prestations appliquée au sanitaire rattrape aujourd'hui les établissements médico-sociaux et notamment les établissements pour personnes âgées dépendantes.

Dès lors, se trouve abandonnée une partie de l'ancien ordre juridique qui régissait ce secteur.

Cependant, comme l'exprime à juste titre, le conseiller d'Etat Michel J. LEVY, il ne faut pas surestimer l'incidence du choix des instruments juridiques même si celle-ci reste importante : « *que l'on concrétise des choix politiques par la voie contractuelle ou celle de la décision unilatérale, ce qui demeure essentiel ce sont les choix et les limites financières qui les conditionnent* »¹². En effet, les règles de droit doivent garantir le respect des procédures et des droits ouverts par la loi. Mais il est bien évident qu'elles ne peuvent garantir les conditions d'équilibre économiques et sociaux dont dépend inévitablement la mise en œuvre des textes législatifs.

En conséquence, et quel que soit l'outil utilisé, il ne pourra être fait abstraction des contraintes, notamment économiques, du moment (nous aurons l'occasion d'y revenir ultérieurement). C'est ce qui explique, malgré un relatif consensus sur les objectifs d'équité et d'amélioration de la qualité de la réforme, les réticences de certains.

On peut dès lors se poser la question de savoir pourquoi il a été décidé de mettre en place dans le secteur médico-social un dispositif qui privilégie la contractualisation ?

D'une façon générale, il apparaît que le meilleur moyen de faire évoluer les choses dans un domaine déterminé est d'obtenir l'adhésion de ceux qui sont concernés.

La démarche contractuelle, qui par nature, valorise l'expression du consentement des parties au contrat apparaît ici, comme l'outil le plus approprié pour associer les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes aux mutations fondamentales préconisées par la réforme.

L'abandon (partiel ?) de l'ancienne régulation unilatéralement imposée se justifie donc par la volonté de d'adopter un mode relationnel partenarial.

1.1.2.2. Nature des changements liés à l'apparition d'une voie conventionnelle

La loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales avait précisé les trois niveaux de la naissance de la vie et de la mort des institutions sociales et médico-sociales. Exception faite de quelques spécificités pour les établissements publics, il existait trois décisions essentielles marquant le fonctionnement des structures publiques et privées de ce secteur :

- ***l'autorisation (art. 9 loi du 30.6.1975)***: elle résulte d'une décision du préfet, du président du conseil général ou de ces deux autorités conjointement, et vise à garantir une réelle adéquation entre les créations d'établissements et les besoins qualitatifs et quantitatifs de la population.

¹² M.J LEVY, « *revue de droit sanitaire et social* » Vers de nouvelles régulations dans le secteur social et médico-social, octobre-décembre 1998

- ***l'habilitation et éventuellement le conventionnement*** qui autorise le financement par la sécurité sociale de certains établissements, pour frais liés aux soins ou par l'aide sociale pour les frais liés à l'hébergement (mais ici la convention est facultative et son existence est liée à l'habilitation).
- ***la tarification*** qui fixe par arrêté le montant des sommes allouées à l'établissement habilité pour les prestations réalisées et qui résulte d'une décision unilatérale des autorités dites « de tarification » (Préfet ou président du Conseil Général)

Il apparaît donc, que l'organisation de ce secteur s'est articulé jusqu'à ce jour, à l'intérieur d'un cadre juridique fonctionnant sur le mode unilatéral au sein duquel les établissements n'ont pas eu la possibilité de discuter les mesures qui leur étaient appliquées.

La doctrine juridique s'accorde pour voir dans la pratique de contractualisation un comportement de l'action publique contemporaine qui conjugue l'esprit et les règles de la décentralisation et une gestion managériale des affaires.

- Un cadre légal nouveau qui favorise une gestion managériale du secteur

En associant des règles relatives à la tarification et au dispositif budgétaire, avec des règles relatives à la valorisation d'une démarche qualité au sein des établissements, le conventionnement concrétise une nouvelle forme d'encadrement légal du fonctionnement des établissements. C'est un socle juridique nouveau qui, tout en visant la réduction de l'écart organisationnel des établissements, encadre les évolutions prévues par les moyens d'un projet stratégique partagé.

Désormais, avec la convention tripartite et son cahier des charges, il appartient à l'ensemble des établissements concernés de répondre à des objectifs nationalement ciblés et constituant un idéal commun vers lequel il faut tendre.

Par ailleurs, le mode conventionnel qui se substitue pour partie à l'acte unilatéral, constitue une technique qui présente un avantage majeur, celui de cristalliser les intérêts et d'amener les différents protagonistes à adopter une même vision de l'avenir.

Par le conventionnement, les partenaires s'engagent dans une démarche concertée et planifiée de progrès qui concerne tous les aspects de leur fonctionnement.

Cependant, la convention tripartite ne se substitue pas totalement à la démarche unilatérale. En effet, la planification reste première en la matière et l'autorisation reste donc un élément unilatéral incontournable.

- La convention est outil supplémentaire de régulation

Le rôle des conventions tripartites dans ce domaine est double :

- en premier lieu, la convention *tripartite assure la liaison entre deux dispositifs de planification* : le Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire et Social (SROSS) qui organise au niveau régional l'offre de places en fonction des besoins qualitatifs et quantitatifs, et le schéma gérontologique départemental qui prévoit à l'échelle du département les orientations à suivre pour améliorer les prises en charge.

- en second lieu et de façon complémentaire, la convention tripartite *articule les deux planifications précitées avec le projet d'établissement de chaque structure* et permet un enracinement des politiques de prise en charge des personnes âgées au cœur même des institutions qui les accueillent.

On peut donc considérer que SROSS et schéma gérontologique sont les contenants évolutifs mais incontournables des politiques de prise en charge des personnes âgées, tandis que les conventions tripartites apparaissent comme le contenu progressif de celles-ci.

L'élaboration de schémas départementaux est donc une nécessité première si l'on veut aboutir dans les départements à une organisation cohérente des EHPAD, en lien avec les autres modes de prise en charge (notamment à domicile ou hospitalière) afin que les termes « coordination gérontologique » ne soient pas de vains mots.

1.2. QUALITES ET LIMITES DU NOUVEL OUTIL CONVENTIONNEL

Ainsi grâce à l'outil contractuel, pourront être développés deux objectifs essentiels : favoriser la négociation entre les acteurs et mettre en place une évaluation des pratiques et des modes de fonctionnement dans les établissements

l'outil conventionnel présente a priori plusieurs avantages, les premiers étant d'ordre méthodologique alors que les autres concernent la réalisation des objectifs fixés par la loi.

1.2.1. Les avantages méthodologiques de l'outil conventionnel

L'esprit du conventionnement permet la mise en œuvre d'une politique de coopération

En effet, la démarche conventionnelle favorise d'une part la négociation et permet d'autre part la mise en place d'une évaluation.

1.2.1.1. La démarche conventionnelle favorise la négociation

L'adoption d'un cadre contractuel pour organiser les relations entre les parties en prise sur le secteur des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, traduit clairement la *volonté de partenariat* des pouvoirs publics en la matière.

L'objectif affiché est d'associer l'ensemble des acteurs en charge du secteur :

- *l'Assurance Maladie* au titre de ses responsabilités financières en matière de prise en charge des frais liés aux soins des personnes âgées dépendantes,
- *le Conseil Général* en raison du financement par l'aide sociale d'une partie de l'hébergement des personnes âgées économiquement faibles,
- *les directeurs d'établissements* comme prestataires de services.

Par ailleurs, rompant avec les pratiques antérieures où les payeurs n'étaient pas toujours les décideurs, le nouveau dispositif contractuel permet *d'instaurer une véritable cogestion* par les structures de l'Etat au titre de l'assurance maladie, celles du Conseil Général et les directeurs d'établissement. en les rendant tous directement partie prenante des choix financiers et organisationnels qui sont faits.

Par définition, « *le contrat naît de la rencontre de plusieurs volontés concordantes, chaque partie ayant donné son consentement à cet effet* »¹³.

Ainsi, quel que soit le sujet abordé dans les conventions tripartites, il sera nécessaire que les trois parties en présence trouvent un point de convergence qui emporte l'adhésion de tous. La négociation se révèle ici essentielle au dégagement d'un consensus commun, sans lequel la concrétisation de la convention est impossible.

Cependant, on peut se poser la question de la valeur et du degré d'engagement des cosignataires.

1.2.1.2. Les limites de la négociation dans un contrat public

Les conventions tripartites créées par la loi PSD de 1997 est un contrat de droit public qui prend sa place dans un espace qui n'est pas totalement égalitaire. L'administration en entrant ici dans la technique contractuelle ne se dépouille pas de toutes ses prérogatives de puissance publique.

¹³ Boris STARCK « *droit civil, obligations* », Librairies Techniques, 1972, p. 366

Ainsi, la démarche conventionnelle ne se substitue-t-elle pas à toute autre forme de régulation et les autorisations de création d'établissement, de même que les extensions ou les transformations relèvent encore de la décision unilatérale. La planification reste donc malgré tout un domaine où le pouvoir et l'autonomie de l'Etat restent sans partage.

Cependant, parce que le procédé contractuel n'a pas le même caractère autoritaire que le procédé de l'acte unilatéral, et parce que nous vivons dans une société où l'administration et les hommes politiques cherchent à s'assurer le consentement des administrés, il faut interpréter la démarche du législateur comme l'expression d'une volonté de la puissance publique de travailler en coordination avec ses interlocuteurs.

Malgré cette volonté affichée, *certaines interrogations subsistent quant au degré d'autonomie de la volonté des partenaires en présence.*

Ainsi, on peut se demander :

- de quelle véritable latitude dispose un établissement qui accueille des personnes âgées dépendantes face à un interlocuteur public (Etat ou Département) qui détient le pouvoir de signature, d'autorisation puis de conventionnement, donc de financement ?
- de même, la possibilité offerte aux parties, de rompre le contrat en cas de désaccord, par sortie de convention, constitue-t-elle une réelle option pour le directeur d'établissement ?
- par ailleurs, et même si la convention est le constat de la convergence des intentions des partenaires, qu'en est-il des droits et obligations réciproques qui naissent en principe de la signature d'un contrat?

Ainsi, quelles sont les chances de succès d'un établissement qui attaquerait l'Etat signataire pour non respect de ses engagements financiers ?

D'une façon analogue, quelles sont les chances d'aboutir d'une plainte déposée par un usager personne âgée contre l'une des autorités tarifaires signataire de la convention de son établissement d'accueil au motif que les enveloppes allouées ne permettent pas le maintien des normes qualité fixées dans la convention ?

- enfin, le principe de négociation officiellement instauré par les nouveaux textes présente-t-il une réelle différence avec le précédent système de l'acte unilatéral qui faisait bien souvent l'objet de discussions préalables, s'apparentant ainsi à un acte unilatéral négocié ?

Malgré ces incertitudes, il faut cependant noter que la négociation instituée par les conventions tripartites bénéficie d'un élément « facilitateur » en la *nature pluriannuelle des conventions tripartites*. Grâce à cette caractéristique, le travail de réflexion engendré par la recherche d'un point d'équilibre satisfaisant pour tous, pourra intégrer des possibilités d'évolution sur 5 ans (durée légale des conventions), l'adaptation d'un établissement aux exigences nouvelles, ou l'accompagnement financier de mesures d'amélioration de la qualité des prestations offertes, s'accommodant mal d'échéances annuelles.

On peut donc espérer que certaines difficultés évoquées plus haut pourront trouver un mode de résolution du fait de l'étalement et de la progressivité des adaptations envisagées.

1.2.2. Les avantages de l'outil conventionnel au regard de l'objectif d'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées

La qualité n'est évidemment pas une préoccupation nouvelle dans le secteur médico-social. Ce qui est nouveau, c'est la mise en œuvre au sein des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes de démarches institutionnelles permanentes de progrès centrées sur la satisfaction des exigences de qualité.

Inscrite dans le mouvement enclenché par l'accréditation dans le secteur sanitaire, la qualité est ainsi en passe de devenir le thème central dans la définition des politiques d'accueil et des relations entre les acteurs.

La vieillesse est réaffirmée comme une étape importante de l'existence pendant laquelle chacun doit pouvoir poursuivre son épanouissement et la personne âgée est désormais placée au cœur des préoccupations.

Le gouvernement, conscient de ses responsabilités, entend avec la réforme de la tarification mettre l'accent sur *l'amélioration de la qualité de vie en établissement* et le volet qualité de la convention constitue l'instrument de cette mutation que certains qualifient de « révolutionnaire » :

« Pour la première fois dans le secteur de l'hébergement des personnes âgées, les établissements vont devoir s'engager sur des objectifs de qualité et évaluer les résultats de leurs actions »¹⁴.

Les textes, par le biais des conventions tripartites, mettent en place un dispositif d'encadrement des évolutions nécessaires qui présente, au regard de l'objectif qualité, deux avantages importants : il

¹⁴ Revue « le mensuel des maisons de retraite », n°14, oct. 1998

permet à la fois une formalisation des exigences de qualité et la mise en place d'une évaluation de la démarche et des ses résultats.

1.2.2.1. Les conventions pluriannuelles tripartites permettent la mise en place d'une démarche qualité formalisée

Nous évoquerons d'abord la nature de cette formalisation puis les avantages de celle-ci.

- Conditions de la formalisation de la démarche qualité prévue par les conventions tripartites

A l'occasion de la signature des conventions, il sera procédé dans chaque établissement à une analyse du niveau de qualité des services proposés aux personnes âgées accueillies, puis à une formalisation écrite des améliorations à prévoir.

Le document ainsi élaboré devra intégrer les moyens mis en place pour atteindre ces objectifs tant aux plans organisationnel et humain qu'au plan financier.

Ainsi, c'est d'un commun accord entre les signataires de la convention que seront fixées les modalités de réalisation des objectifs prévus pour les cinq années de vie de la convention.

Les pouvoirs publics conscients de la difficulté pour les établissements concernés par la réforme de s'engager dans une telle démarche, ont dans un arrêté spécifique (arrêté du 26 avril 1999 précité) rédigé un cahier des charges qui doit permettre à l'ensemble des protagonistes de s'appuyer sur des références de bonnes pratiques.

Cet arrêté édicte ainsi, un certain nombre de recommandations qui couvrent essentiellement quatre grands domaines :

- la qualité de vie des résidents (projet institutionnel, qualité des espaces)
- la qualité des relations avec les familles (lors de l'entrée, au cours du séjour, lors du décès)
- la qualité et qualification des personnels exerçant dans l'établissement (programme de formation, soutien psychologique)
- l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique comportant des soins coordonnés (complémentarités)

Ce document, bien que non contraignant puisqu'il s'agit de simples recommandations, constitue pourtant une base de réflexion qui fixe au plan national les objectifs vers lesquels il faut

tendre pour améliorer le fonctionnement des établissements accueillant des personnes âgées ainsi que la qualité des prestations qui leur sont offertes.

Du fait de la réflexion qu'elles imposent, il apparaît que les conventions tripartites et le cahier des charges qui leur est intégré, vont impulser un *dynamique nouvelle d'assurance qualité* dans tous les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes pour garantir à celles-ci les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins.

- La formalisation issue des conventions tripartites permet la mise en œuvre d'une dynamique nouvelle

La formalisation des services imposée dans le cadre des conventions, doit s'opérer dans chaque établissement en associant l'ensemble des acteurs de la prise en charge des personnes âgées au sein de l'établissement et ce quel que soit leur niveau de compétence.

En effet, « *il ne peut être question d'importer un système externe qui serait plaqué artificiellement sur l'organisation de l'établissement. Elle doit être construite et appropriée localement, pas à pas avec tous les acteurs concernés* ». ¹⁵

La démarche qualité doit donc permettre de mobiliser l'ensemble du personnel sur un objectif précis et un projet dynamisant. A cette occasion, les méthodes de travail et d'organisation sont reconsidérées en revisitant les procédures existantes dans le but d'ajuster les différences de pratiques et de corriger les dérives qui ont pu naître au fil du temps.

Cette dynamique nouvelle devra être portée dans le cadre d'un travail multipartenarial, par l'élaboration d'un diagnostic initial, puis par l'analyse des dysfonctionnement constatés, enfin par l'élaboration d'un plan d'action et de suivi des mesures retenues.

Cependant, il faut noter que l'entrée dans une démarche qualité, de même que la pratique d'un tel processus nécessite des efforts tant sur le plan psychologique que sur le plan de la formation requise. Ainsi, on peut dès aujourd'hui pressentir que la qualification des responsables d'établissement dans ce domaine constituera un facteur déterminant de la réussite du plan précité, et se poser la question de la compétences ou de l'absence des compétences des directeurs dans le cadre de cette technique managériale.

¹⁵ « *guide méthodologique de la démarche d'amélioration de la qualité en établissement de santé* », ENSP oct. 1999

Une fois la formalisation de la démarche qualité réalisée et les objectifs de progrès fixés, il est prévu d'en évaluer les résultats.

2.2.2. Les conventions pluriannuelles tripartites prévoient la mise en place d'une évaluation de la qualité

Pour garantir le respect d'un certain niveau de qualité au sein des structures visées par la réforme, la démarche contractuelle impulsée par les conventions a été conçue comme indissociable de la mise en place d'une *évaluation des pratiques et des modes de fonctionnement*.

- L'évaluation de la qualité prévue par les conventions pluriannuelles tripartites

La réforme prévoit que les EHPAD doivent s'engager dans une « *démarche d'évaluation qui porte sur l'ensemble des fonctions de l'institution* » et surtout sur le niveau de qualité des prestations qu'ils offrent.

La périodicité de l'évaluation « *peut être annuelle ou à tout le moins liée à la date de renouvellement de la convention pluriannuelle* ». Mais il paraît souhaitable que celle-ci soit annuelle, car le caractère pluriannuel des conventions a notamment pour but d'assurer une mise en place progressive des évolutions requises, progressivité qu'il semble raisonnable de suivre régulièrement pour éviter les dérapages ou les lenteurs.

L'évaluation donne lieu à un rapport formalisé qui sert de base de travail pour l'appréciation du renouvellement de la convention.

Ainsi grâce à la réforme, le regard porté par les autorités de tarification sur les structures qu'elles financent se trouve considérablement étendu. Limité auparavant à un contrôle budgétaire il concernera désormais l'ensemble des activités des établissements.

Cependant, il ne peut y avoir d'amélioration de la qualité sans évaluation, autrement dit sans mesure de l'existant, puis des résultats obtenus.

- Les difficultés de mise en œuvre de l'évaluation de la qualité

- *Les difficultés d'une évaluation de la qualité dans le secteur médico-social*

L'évaluation de la qualité n'est pas une démarche familière du secteur médico-social et sa mise en place dans le cadre de la nouvelle réforme, même si elle paraît admise par la majorité, risque de rencontrer certaines difficultés.

En effet, si la qualité se définit comme « *l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites* »¹⁶ elle ne peut se concevoir, ici, uniquement en terme de normes mais doit intégrer des motivations humanistes qui doivent tenir compte des besoins des personnes concernées.

D'autre part, l'action qualitative sociale s'apprécie mal en chiffre et dans la durée.

Par ailleurs, dans le secteur des EHPAD, la qualité se situe au carrefour des attentes de l'utilisateur, du personnel et de l'environnement social et se doit donc de répondre à cette triple appréhension ce qui rend son évaluation complexe.

Enfin, malgré les similitudes frappantes entre la démarche de contractualisation introduite par les ordonnances de 1996 dans le secteur sanitaire et le dispositif de conventionnement instauré par la loi PSD de 1997 dans le secteur des EHPAD, aucune procédure d'accréditation n'est aujourd'hui prévue pour les établissements qui seront conventionnés. Pourtant l'évaluation des pratiques ici mise en oeuvre constitue sans conteste le premier pas vers une telle validation des services proposés. Se pose ainsi la question de savoir pourquoi les EHPAD ne peuvent bénéficier d'une procédure d'évaluation externe, effectuée par des professionnels indépendants de l'établissement et des autorités de tarification ?

- La détermination d'outils de mesure adaptés

L'évaluation des pratiques suppose des indicateurs et des outils de mesure permettant

- d'une part à l'établissement de procéder à un diagnostic initial de sa situation, puis d'engager ensuite les actions d'améliorations jugées nécessaires,
- et d'autre part aux autorités de tarification d'apprécier en fonction de critères objectifs la nature des progrès réalisés et le niveau de la qualité des prestations d'un établissement.

Deux outils ont à ce jour été élaborés par le ministère :

- *le cahier des charges* (déjà cité) qui évoque à titre d'exemple un certain nombre d'indicateurs permettant l'évaluation mais en laissant à chaque établissement, en accord avec les signataires de la convention bien sûr, la possibilité d'en utiliser d'autres si ceux-ci paraissent plus pertinents (« *les modalités de l'évaluation doivent être proposées par chaque institution...* »).

¹⁶ source : norme ISO 8402, gérer et assurer la qualité , « *recueil des normes françaises* », 1996

Ainsi le législateur a-t-il, ici encore (cf. recommandations « qualité »), opté pour une approche souple de l'accompagnement des mutations des EHPAD, qui traduit sa volonté de privilégier l'adaptation la meilleure possible aux réalités du terrain.

Cependant, même si les indicateurs indiqués balayaient largement le champ des différents éléments constitutifs d'une prise en charge, il n'en reste pas moins vrai que ces indicateurs ne donnent aucune indication précise quant au degré de satisfaction à exiger.

Par exemple en ce qui concerne le personnel, il est préconisé de s'attacher au pourcentage de personnel qualifié mais sans indiquer le seuil minimum à respecter.

De même, la durée moyenne de séjour constitue-t-il un indicateur, mais aucune précision n'est donnée quant à une durée moyenne de référence.

- *l'outil d'auto évaluation* élaboré par l'un des groupes de travail de la mission MARTHE sous la direction de Madame le Dr DUBUISSON. Ce document d'une quinzaine de pages, actuellement en période de test avant sa parution définitive pour la fin de l'année, a pour objectif de donner aux établissements qui ne disposent d'aucun outil équivalent, un soutien méthodologique afin de leur permettre de réaliser un premier diagnostic du fonctionnement de leur structure avant de s'engager dans la démarche du conventionnement.

Reste donc posée, la question du choix des critères qui doivent être retenus par les DDASS et les conseils généraux pour apprécier le niveau exigible de qualité des prestations dans les EHPAD, sachant que ces indicateurs doivent également viser la réalisation d'une *évaluation interne* (pour permettre d'évaluer la progression de l'établissement par rapport à sa situation initiale lors de la signature de la convention) aussi bien que d'une *évaluation externe* (pour permettre des comparaisons avec les autres établissements du département ou de la région).

DEUXIEME PARTIE
MODALITES DE MISE EN PLACE DANS LE
DEPARTEMENT DE L'ESSONNE
DU VOLET « QUALITE » DES CONVENTIONS
PLURIANNUELLES TRIPARTITES

Avant toute chose, il nous paraît indispensable de rappeler que l'étude réalisé sur le département de l'Essonne dans le cadre du stage professionnel, s'est effectuée quatre mois à peine après la parution des décrets d'application de la loi du 26 avril 1997 et notamment de l'arrêté fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle.

Il en résulte que les observations effectuées sur le terrain s'apparentent plus à la saisie d'un processus qu'à un constat de réalisations concrètes et abouties.

A l'heure où ce mémoire est rédigé, et malgré la situation en pointe de ce département par rapport aux autres départements de la région Ile de France, la politique contractuelle dans le secteur des EHPAD n'en est encore qu'à ses balbutiements et il n'existe que peu d'éléments factuels dont on puisse faire état. Les observations retranscrites ici porteront donc essentiellement sur la réflexion qui s'est engagée dès la parution des textes précités.

Il sera procédé dans un premier temps, à une description de la méthodologie adoptée pour prendre connaissance des réalités du terrain au regard de la réforme en cours (1) puis à une présentation de la situation du département de l'Essonne en matière d'hébergement des personnes âgées (2). Enfin, nous aborderons le contenu de la réflexion engagée par les différents acteurs de ce secteur notamment au sein du groupe de travail sur les conventions tripartites (3).

1. PRESENTATION METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE

Pour étudier la situation sur le terrain, une double démarche a été adoptée : une démarche participative au travail engagé sur le département et une démarche prospective auprès des acteurs concernés par la réforme.

1.1. UNE DEMARCHE PARTICIPATIVE

celle-ci s'est orienté sur deux axes, la participation à des réunions et à des déplacements d'une part, et l'animation d'un groupe de travail, d'autre part.

- La participation à des réunions et à des déplacements

En effet dans un premier temps, il m'a été donné d'assister à différentes réunions ou de participer à des déplacements relatifs à la prise en charge des personnes âgées

- *participation aux réunions du groupe de travail pluridisciplinaire* constitué sur le département pour étudier les conditions de mise en œuvre des conventions pluriannuelles tripartites.
- *Participation aux réunions de la « cellule signalement »* mise en place pour coordonner l'action des différentes autorités compétentes en matière de traitement des plaintes formulées sur le fonctionnement des établissements accueillant des personnes âgées.
- *Participation à des visites de conformité* réalisées par le service tutelle de la DDASS dans le cadre de ses compétences en matière d'attribution de places de Section de Cure Médicale (SCM).

- L'animation d'un groupe de travail

Puis dans un deuxième temps, il m'a été demandé d'animer un sous-groupe avec pour objectif de démarrer l'élaboration d'un projet de référentiel qualité qui fixe les grandes lignes de ce qui, pour le département de l'Essonne, serait considéré comme le niveau des exigences de qualité requises.

2.1.2. UNE DEMARCHE PROSPECTIVE

Outre des recherches documentaires (lecture de textes, de revues, d'articles...), plusieurs institutions ont été sollicitées pour compléter nos connaissances, notamment celles relatives aux préoccupations de chacun (enjeux, difficultés, incertitudes...).

Ces entretiens, assortis d'une visite des structures pour les directeurs d'établissement, avaient pour objet la personnalisation de ma réflexion, grâce à un regard posé de façon plus précise sur la position institutionnelle mais aussi personnelle des personnes concernées par la mise en œuvre des conventions.

- **La mission MARTHE (mission d'appui de la réforme de la tarification de l'hébergement en établissement pour personnes âgées)**

Deux responsables de cette mission ont été rencontrés :

- Monsieur Jean René BRUNETIERE nommé à la tête de cette mission depuis avril 1999, à l'occasion d'une session de formation régionale destinée à accompagner les cadres des services déconcentrés dans leur travail de mise en œuvre de la réforme

- Madame le docteur DUBUISSON, responsable de l'élaboration du guide d'auto évaluation de la qualité dans les établissements dont la diffusion est prévue d'ici la fin de l'année.

- **Le Conseil Général**

Des contacts ont été pris avec le responsable de la sous direction des établissements et avec son attaché chargé des dossiers transversaux ainsi qu'avec le médecin chargé du secteur personnes âgées.

- **La Caisse Régionale d'Assurance maladie d'Ile de France**

La conseillère en gestion du risque et le médecin conseil chargés du département de l'Essonne ont toutes les deux accepté de faire part de leurs réflexions sur les mutations engendrées par les nouveaux textes.

- **La Direction des Affaires Sanitaires et Sociales d'Evry**

Le médecin inspecteur de Santé Publique ainsi que les inspecteurs et secrétaires administratifs responsables du secteur personnes âgées pour la tarification et le conventionnement ont donné des informations sur le rôle primordial de la DASS dans la gestion des conventions pluriannuelles tripartites et dans le contrôle de la qualité de vie dans les EHPAD.

- **Les directeurs d'établissements accueillant des personnes âgées**

Enfin, trois directeurs d'établissement ont été rencontré individuellement.

Ces derniers ont été choisis

- en raison de leurs statuts respectif : un établissement commercial (privé lucratif), un établissement associatif à but non lucratif et un établissement public rattaché à une structure hospitalière
- mais aussi en raison de l'implication de leur direction dans la réflexion menée sur l'évolution des EHPAD quant à la qualité des prestations offertes à leurs résidents.

Il s'agit :

- du directeur de la Maison d'Accueil Galagnani
établissement public rattachée au centre hospitalier de Corbeil
(40 lits de SSLD et 110 lits de maison de retraite dont 105 lits de SCM)
- du directeur de la Maison du Cèdre Bleu
établissement privé à but non lucratif (associatif)
(88 lits dont 40 lits de SCM)
- de la directrice de la Maison de Retraite « La Chalouette »
établissement commercial (privé lucratif)
(95 lits dont 10 lits de SCM)

N'ont donc été sollicités que des directeurs d'établissement membres du groupe de travail. En effet, compte tenu de la complexité de la réforme et des limites temporelles de l'étude menée ici, il nous a semblé nécessaire de privilégier des rencontres avec des directeurs « actifs », plutôt que de tenter une étude auprès d'établissement moins investis sur le plan de leur participation à la réflexion départementale.

Il en résulte que l'image rendue par ce mémoire ne peut être considérée comme représentative de la situation et de l'engagement de l'ensemble des établissements de l'Essonne (dynamisme, investissement, intérêt, connaissance des textes...)

2.2. SPECIFICITE DU DEPARTEMENT DE L'ESSONNE EN MATIERE D'HEBERGEMENT DES PERSONNES AGEES

L'Essonne est un département qui présente en matière d'hébergement des personnes âgées trois caractéristiques principales : c'est tout d'abord un département insuffisamment médicalisé, c'est

également un département où la gestion des maisons de retraites par le secteur privé est prépondérante, c'est enfin un département qui s'est engagé récemment dans une politique active de lutte contre la maltraitance.

2.2.1. Un département encore jeune, mais insuffisamment médicalisé

Véritable audit de la condition des personnes âgées sur le département, le schéma départemental adopté par l'assemblée départementale le 3 juin 1999 indique que les personnes de plus de 60 ans représentent aujourd'hui 14,23% des essonniens. On peut donc admettre, comme l'a fait l'INSEE suite au recensement de 1990, sa classification dans la catégorie des départements jeunes¹⁷.

Cependant ce constat statistique doit être nuancé. En effet, le schéma gérontologique départemental complète sa description démographique en indiquant « *que l'Essonne apparaît comme le département qui va connaître en valeur relative la plus forte croissance du nombre des personnes âgées de 75 ans et plus, entre 2000 et 2010* » (plus de 25,8% alors que ce pourcentage n'est que de 24,7% pour l'Ile de France et de 22,9% pour la France entière).

Au regard de l'accueil en structure d'hébergement de cette population âgée, le schéma prend en compte cet état de fait. Il constate en effet, que la capacité d'accueil est jugée aujourd'hui « *encore satisfaisante* » mais prévoit une augmentation du nombre de places en EHPAD à hauteur de 800, d'ici 2004.

Actuellement, l'Essonne compte 144 établissements proposant 9665 places d'hébergement collectif pour les personnes âgées (situation au 3 novembre 1999), qui se répartissent comme suit :

- 83 maisons de retraite pour une capacité totale de 5549 places,
- 54 logements foyers pour une capacité totale de 3360 places,
- 7 services de soins de longue durée pour une capacité totale de 756 places.

En revanche, Le taux de médicalisation des maisons de retraite est très faible (de l'ordre de 25% par rapport à une moyenne réglementaire de 37,7% et des pointes à 48 et 53% dans d'autres départements), ce qui posera inévitablement problème dans un futur proche.

¹⁷ A cette date, les personnes âgées de 75 ans et plus représentaient, en Essonne, 4,4% de la population totale alors que ce chiffre atteignait 5,7% en Ile de France et 6,8% pour la France entière.

Ainsi en décembre 1998, la DRASS indique pour l'Essonne :

- 110 places médicalisées en logement foyer (soit 3,3% de la capacité),
- 1454 places médicalisées en maison de retraite (soit 25,6% de la capacité),
- 831 places médicalisées en section de long séjour.

Ainsi, l'on dénombre sur les 9665 places en structure d'hébergement, seulement 2530 places autorisées en section de cure médicale dont 2183 sont financées.

Il apparaît donc que malgré le constat récurrent d'une augmentation de la dépendance des personnes âgées, seulement 22,58% des places d'accueil existantes bénéficient d'un financement d'un forfait soins de SCM.

Or, d'après l'enquête réalisée par l'ORS en 1995, près de 53,2% des personnes alors hébergées en établissement étaient classées dépendantes ou semi dépendantes. L'adaptation à la dépendance de ces structures est donc aujourd'hui un problème d'importance. Il est lié au respect de la qualité des conditions d'accueil et au confort des personnes âgées ainsi qu'à des exigences de sécurité.

Ce sous équipement en lits médicalisés montre qu'aujourd'hui le problème de l'Essonne est moins une croissance de la capacité totale d'accueil, que l'adaptation de la prise en charge médicale aux besoins liés à l'état de santé de sa population âgée.

C'est pourquoi le schéma dont les orientations en matière d'établissement se fondent sur la volonté qui a présidé à la rédaction du décret du 26 avril 1999, d'adapter l'accueil des personnes âgées en établissement à leur niveau de dépendance de plus en plus élevé, prévoit que les aides à l'investissement accordées par le conseil général dans les prochaines années seront versées prioritairement sur des opérations d'adaptation à la dépendance des structures.

2.2.2. Un département où la gestion des maisons de retraite par le secteur privé est prépondérante

Le service des statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI) du ministère de l'Emploi et de la Solidarité indiquait en 1996 que le secteur des établissements hébergeant des personnes âgées relevait pour 63% de ses places du secteur public et pour 37% d'entre elles du secteur

privé (ce secteur se répartissant lui-même entre secteur associatif non lucratif (26%) et secteur commercial (11%)).

Mais dans l'Essonne, l'on constate que la situation est inversée. De fait, le secteur privé composé de :

- 38 établissements commerciaux (privés lucratif) pour 2507 places,
- 28 établissements associatifs habilités à l'Aide Sociale pour 1829 places,
- 49 établissements associatifs non habilités à l'Aide Sociale pour 1811 places,

représente 64,1% des places pour personnes âgées, tandis que le secteur public ne se trouve représenté qu'à hauteur de 35,9%.

Par ailleurs, dans le cas des maisons de retraite *« le secteur privé lucratif représente , la moitié des places, tandis que le secteur public et le secteur privé non lucratif en représentent chacun le quart »*¹⁸.

Cette situation est très différente de la moyenne en Ile de France où le secteur privé lucratif est moins représenté (28%), et les autres secteurs davantage (38% pour le secteur public et 34% pour le privé non lucratif).

Comme l'a montré une étude récente de l'ORS¹⁹, les maisons de retraites privées lucratives ont doublé en Ile de France depuis 1980. L'Essonne a également connu cette évolution, passant de 1300 places à 2600 places aujourd'hui. En outre, cette hausse s'est accompagnée d'une baisse de la présence du secteur public, renforçant ainsi le poids du secteur privé lucratif dans l'ensemble de la capacité d'accueil en maisons de retraite.

La situation est telle aujourd'hui que le schéma départemental qui établit les actions à mener prioritairement sur la période 1999-2004, a estimé *« nécessaire et indispensable de procéder à un rééquilibrage des lits entre secteur public et secteur privé »*.

¹⁸ *« Les personnes âgées accueillies dans le département de l'Essonne en 1995 » étude réalisée par S. SARBINOWSKI et D. FONTAINE, chargées d'études à l'Observatoire Régional de la Santé d'Ile de France (ORS)*

¹⁹ Observatoire Régional de la Santé d'Ile de France *« les établissements d'hébergement pour personnes âgées en Ile de France – situation passée et évolution future »*, septembre 1995.

Compte tenu de cette situation, la réforme en cours aura deux conséquences particulièrement importantes sur ce département :

- grâce à la mise en place des conventions tripartites qui remodelent l'interrogation des autorités de tarification sur les conditions d'accueil, celles-ci auront désormais ***un droit de regard sur le fonctionnement et la qualité de vie de pratiquement l'ensemble des établissements accueillant des personnes âgées***. Il s'agit ici d'un véritable retournement de politique vis à vis du secteur privé non habilité à l'Aide Sociale qui bénéficiait à ce jour d'une indépendance quasi totale en matière de gestion et d'organisation de ses services (dès lors que l'autorisation initiale de création et de fonctionnement leur a été donnée, les interventions du préfet se limitaient à l'exercice de son pouvoir de police dans le cadre de l'article 210 du code de la Famille et de l'Aide Sociale²⁰).
- ***le surcoût*** résultant du financement par l'Assurance Maladie d'une prise en charge sur la base des besoins réels en soins sera ***particulièrement important en Essonne***. En effet compte tenu de la politique de maîtrise des dépenses de santé, le financement des places de SCM s'est effectué prioritairement vers les structures publiques et associatives à but non lucratif. Le secteur commercial (qui représente une proportion importante, nous l'avons vu, des établissements du secteur) ne bénéficie actuellement que d'une médicalisation très faiblement financée par les pouvoirs publics (en Essonne, de l'ordre de 15% des places en maison de retraite)

2.2.3. Un département engagé dans une politique active de lutte contre la maltraitance

Un programme d'action départemental a été lancé sur l'Essonne dans le cadre de l'année internationale des personnes âgées.

S'appuyant sur le milieu associatif ainsi que sur des instances interinstitutionnelles il a donné lieu en 1999 à une série d'actions dont l'objectif est de prévenir les cas de maltraitance et de se donner les moyens d'agir dans l'hypothèse où des violences envers des personnes âgées sont avérées.

²⁰ Article 210 CFAS : si la santé, la sécurité ou le bien être moral ou physique des personnes hébergées sont menacé ou compromis par les conditions d'installation, d'organisation, ou de fonctionnement de l'établissement, le représentant de l'Etat enjoint aux responsables de celui-ci de remédier aux insuffisances, inconvénients ou abus dans le délai qu'il leur fixe à cet effet...s'il n'a pas été satisfait à l'injonction dans ce délai, le représentant de l'Etat ordonne, après avoir pris l'avis du conseil départemental d'hygiène, la fermeture totale ou partielle, définitive ou provisoire, de l'établissement.

2.2.3.1. La mise en place d'une cellule de signalement spécialisée

Dès 1998, une cellule spécialisée visant à détecter d'éventuels dysfonctionnements des maisons de retraites a été mise en place.

En effet, compte tenu de l'accroissement du nombre des personnes âgées, il est apparu important de vérifier leurs conditions d'accueil en établissement, ce qui a amené les services de la DDASS et du Conseil Général à se rapprocher pour mettre en commun les informations dont chacun disposait à travers des échanges interinstitutionnels au sein d'un groupe de travail qui a pris le nom de « cellule personnes âgées ».

Cette cellule associe en formation restreinte la DDASS, la Direction de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DDCCRF) et la direction de la Solidarité et de la Famille (DGSF) qui dépend du Conseil Général.

En formation élargie, s'y greffent ponctuellement et selon la nature des plaintes formulées, le Service départemental d'incendie et de secours, la Direction départementale du Travail et de l'Emploi, la Caisse primaire d'assurance maladie et bientôt le procureur de la République.

Au terme de un an de fonctionnement, ont été recensés 42 signalements ayant généré

- 66 inspections dans 26 établissements,
- 3 fermetures définitives et 3 fermetures temporaires,
- 2 procédures de délit (avec transmission des plaintes au parquet),
- des lettres de recommandation à l'attention de 10 établissements.

Par ailleurs, il apparaît clairement que la cellule, par son action, a contribué à développer la collaboration entre les différentes institutions et à améliorer l'efficacité des services dans l'intérêt des usagers.

2.2.3.2. Une campagne d'information musclée

Une campagne de sensibilisation à la maltraitance a été lancée le 19 octobre, par le Conseil Général de l'Essonne en collaboration avec l'Association de Lutte contre la Maltraitance des personnes âgées (ALMA) et l'association gérontologique de l'Essonne (AGE).

Les trois partenaires ont misé sur des images chocs en faisant placarder dans tout le département, jusqu'au 17 novembre, des affiches montrant deux gamelles sur le sol d'une cuisine :

l'une au nom de « Rex », l'autre au nom de « Mamie » sous entendant ainsi que les personnes âgées peuvent parfois être traitées « comme des chiens ».

Dans un souci de prévention, cette campagne vise tout d'abord une information sur les multiples formes de maltraitance et met en place un dispositif de signalisation grâce à l'instauration d'un numéro d'appel (01 64 99 81 73).

Son objectif est de « libérer la parole », aussi bien au sein de la famille (60% des cas estimés) que dans les institutions (40% des cas estimés) en sensibilisant familles et professionnels à ce phénomène car, pour le moment « *un silence de plomb pèse sur les esprits, qui semble même parfois s'apparenter à une véritable omerta* »²¹.

En effet, la maltraitance est trop souvent associée à des violences seulement physiques (coups et blessures, viols ou meurtre...), alors qu'elle peut également prendre la forme de mauvais traitements psychologiques (dévalorisation, abus d'autorité, chantages...), ou de mauvais traitements matériels (vols d'argent, escroqueries...) ou enfin de négligences (alimentation inadéquate, soins insuffisants, délaissement, isolement...).

Un colloque intitulé « *dépister, prendre en charge et prévenir la maltraitance envers les personnes âgées* » a été organisé le 17 novembre avec la participation de l'ensemble des structures départementales concernées.

2.3. UNE DEMARCHE ACTIVE DE CONCERTATION SOUCIEUSE DE L'AMELIORATION DE LA QUALITE DE VIE DES PERSONNES AGEES

Dès le 17 juin 1999, soit deux mois après la parution des décrets d'application relatifs aux modalités de tarification et de financement des EHPAD et à la mise en œuvre de son volet qualité à travers le cahier des charges des conventions tripartites, une première réunion d'information était organisée à la DDASS avec le Conseil Général de l'Essonne et la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France pour analyser la réforme.

²¹ *Le parisien du 20 octobre 1999 « une personne âgée sur cinq subit des mauvais traitements », V URMAN,*

2.3.1. La mise en place d'un groupe de travail multipartenarial

Dès le 18 juin, suite à la concertation des acteurs institutionnels évoquée plus haut, les représentants des établissements étaient invités à une réunion d'information.

2.3.1.1 Une volonté affichée de concertation

La démarche engagée sur le département traduit un réel souci d'associer l'ensemble des acteurs concernés à la rénovation du secteur et à la mise en place de la réforme.

Ainsi, lors de la réunion du 26 juin 1999, ont été conviés l'ensemble des institutions et des établissements potentiellement concernés par les nouvelles dispositions réglementaires (Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France CRAMIF, services tutelle et tarification de la DDASS et du Conseil Général, directeurs d'établissements (maisons de retraite, SSLD et foyers logement).

Très vite la constitution d'un groupe de travail sur les conventions pluriannuelles tripartites est apparue nécessaire, comme lieu privilégié de rencontre et d'échanges.

- La constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire

Composé de représentants de la DDASS, du Conseil Général, de la CRAMIF ainsi que de directeurs d'établissements dont les structures relèvent de statuts différents, ce groupe s'est ainsi vu confier comme objectif de « *confronter les recommandations énoncées dans les décrets du 24 avril 1999, à la réalité existante au sein des établissements hébergeant des personnes âgées afin d'élaborer un projet de convention tripartite qui puisse être validé et signé par l'ensemble des partenaires concernés* ».

Dans ce cadre, quatre axes essentiels ont été dégagés comme devant faire l'objet d'une étude particulière : le personnel, l'hygiène et la sécurité, le projet architectural et enfin le projet de vie et le projet de soins.

Cependant, compte tenu de la proximité de la période de vacances, il fut décidé de reporter à la rentrée le démarrage des réunions qui se sont donc échelonnées à un rythme presque hebdomadaire dès le début du mois d'octobre.

C'est dans ce contexte que s'est inscrite notre participation à la réflexion menée sur le département de l'Essonne.

- Importance du groupe comme lieu d'expression et d'échange

Dès la première réunion, le groupe de travail est apparu comme répondant à un véritable besoin d'échanges.

Il a constitué sans nul doute un lieu privilégié où les différents participants ont pu librement exprimer leurs incertitudes au regard des mutations prévues.

Il en est résulté une série de discussions très riches sur le plan des informations communiquées, du fait de la pluralité des appartenances institutionnelles et des compétences des personnes présentes.

Sans avoir la prétention de restituer ici la totalité des préoccupations exprimées alors, il me paraît néanmoins nécessaire de citer les plus récurrentes. En effet, il est apparu difficile, même si ce fut parfois le cas, d'aborder ex nihilo les questions de qualité sans voir émerger les inquiétudes réelles des membres du groupe.

2.3.1.2. Des interrogations importantes

Il apparaît clairement que même si ces inquiétudes concernent prioritairement les directeurs d'établissement, elles ne sont pas leur strict apanage et que les institutionnels eux aussi sont sujets à des questionnements importants.

- Inquiétudes liées à la mise en œuvre sur une même période de deux réformes de fond

De fait, il faut bien reconnaître que ce secteur doit actuellement absorber deux « réformes de fond » dont l'impact sur le fonctionnement des structures et sur leur gestion par les organismes de tutelle, est majeur : la réforme de la tarification et la mise en place de la réduction du temps de travail (RTT).

Gérées concomitamment tant par les établissements que par les services de tutelle, ces deux évolutions ne sont pas sans poser de problèmes notamment en terme de respect des calendriers ainsi qu'en terme de projection budgétaire.

- Inquiétudes importantes relatives à l'accompagnement financier du volet qualité de la réforme

Il est actuellement reconnu qu'il ne peut y avoir de réforme de la qualité sans coût. Le ministère lui-même, malgré une première prise de position défendant l'idée d'une réforme à coût constant,

reconnait aujourd'hui que l'adaptation des EHPAD aux besoins des usagers pour une meilleure qualité de vie de ceux-ci, nécessitera une mobilisation financière (3 à 4 millions de francs selon les estimations)²².

Pour éviter un dérapage des dépenses, les services déconcentrés ont donc reçu pour instruction de ne conventionner que si les crédits sont disponibles. La cadence annuelle des signatures des conventions dépendra donc des crédits nouveaux que le gouvernement sera capable de dégager chaque année.

Compte tenu des contraintes économiques actuelles, le conventionnement de tous les EHPAD risque de s'étaler sur plusieurs années. La question des critères de priorité d'entrée dans la réforme se pose donc de façon aiguë.

Enfin, le sentiment commun d'une réforme du secteur mise en œuvre de façon bousculée et sans accompagnement suffisamment efficace, contribue à l'inquiétude générale. Ainsi, la position du ministère paraît parfois floue, les textes sont incomplets alors même que certaines dispositions sont d'application immédiate.

Pour ne retenir qu'un exemple, les SSLD de plus de 85 lits doivent prévoir leur conventionnement avant le 30 avril 2001, alors même²³ que les textes sur la requalification²³ de ces services ne sont pas encore parus.

Les acteurs de terrain ont donc le sentiment de travailler sur la base d'un fonds législatif encore en formation, ce qui crée un climat d'incertitude préjudiciable à un engagement sans réserve.

Par ailleurs, les effets de cette « instabilité réglementaire » sont aggravés par le sentiment d'un ministère loin des réalités et des contraintes du terrain, dont les instructions et les éclaircissements sont souvent tardifs et qui semble parfois tenir un double langage.

2.3.2. Etat de la réflexion menée au sein du groupe de travail

Avant toute chose, il me paraît nécessaire de souligner le réel investissement des membres du groupe de travail et leur incontestable volonté de participer au processus d'amélioration de la qualité de vie des personnes accueillies en EHPAD.

²² Revue « le mensuel des maisons de retraite », numéro 14, octobre 1998, page 7.

²³ La loi PSD du 24 janvier 1997 stipule que les SSLD devront « être redéfinis » par une loi avant le 31 janvier 1998. Mais celle-ci n'a à ce jour toujours pas été soumise au parlement. En effet, il semble que les débats soient nombreux.(la bataille

La réflexion engagée par ce groupe a procédé d'une volonté de définir pour le département un canevas souple de convention fixant en termes de qualité, les exigences essentielles auxquelles les établissements se doivent de répondre.

Il faut noter que c'est la recherche d'un accord consensuel qui a en permanence dirigé les débats.

A ce jour, deux axes ont été particulièrement travaillés, les participants au groupe ayant estimé impérative, l'intégration dans les conventions pluriannuelles tripartites signées sur le département, de repères consensuels concernant les normes d'encadrement et les références qualité.

2.3.2.1. La mise en place de normes d'encadrement

La qualité de vie des personnes âgées est pour une grande part fonction du temps que le personnel des institutions peut leur consacrer individuellement.

Par ailleurs, « *l'état d'épuisement des personnels qui s'occupent des personnes âgées constitue l'un des principaux facteurs déclenchant des phénomènes de maltraitance volontaires ou involontaires* »²⁴. Le groupe a donc estimé qu'il était essentiel d'étudier avec soins, le niveau idéal du taux d'encadrement nécessaire à une prise en charge de qualité.

Or, de même que dans le domaine architectural²⁵, il n'existe aujourd'hui aucune norme minimale d'encadrement dans les directives ministérielles, seulement des ratios proposées dans certaines régions à titre purement indicatif.

Ainsi, CROSS d'Ile de France, a-t-il préconisé pour les personnes âgées, un taux d'encadrement au lit de 0,60 dont 0,30 de personnel soignant²⁶.

essentielle porte surtout sur la répartition entre les lits qui deviendront des services de soins au long cours (estimés à 40% par J.M. VETEL et à 10% par la DAS) et ceux qui basculeront dans le secteur médico-social).

²⁴ Robert HUGONOT, gérontologue, président national de L'Association de lutte contre la Maltraitance des Personnes âgées (ALMA) colloque du 17 novembre 1999 à Evry

²⁵ *La loi de 75 avait bien prévu dans son article 4 de fixer des normes minimales d'équipement et de fonctionnement par décret...mais les dits décrets ne sont jamais sortis. Quelques recommandations ont néanmoins été faites dans des circulaires, dont l'application reste très inégale car n'ayant aucune valeur obligatoire.*

²⁶ Séance du CROSS du 12 février 1998, section sociale : « *les établissements étant appelés à accueillir une majorité de personnes âgées dépendantes, le comité confirme ses positions concernant un taux d'encadrement global de 0,60 agents au lit, le personnel affecté aux soins devant atteindre un taux de 0,30 agents au lit* »

Même s'il répond incontestablement à un besoin, la fixation d'un tel ratio pose cependant question.

Les membres du groupe ont en effet souligné que ces taux ne constituent une référence que sur le plan régional (le Comité national ne s'étant jamais prononcé sur ce sujet).

Ils remarquent par ailleurs que ces taux s'établissent quel que soit l'état de la personne âgée hébergée, alors que l'on peut valablement penser que l'importance du soutien par la présence « au lit » doit être fonction du degré de dépendance de celle-ci.

Enfin, une étude rapide montre que les recommandations du CROSS se situent très nettement au delà des ratios financés par l'Assurance Maladie et actuellement pratiqués dans les établissements (ce qui tendrait à démontrer que le forfait SCM était largement sous estimé...).

Compte tenu de ces observations il a donc été décidé dans un premier temps :

- de garder les ratios du CROSS comme éléments de référence afin de privilégier un niveau de qualité de soins élevé,
- de faire correspondre le ratio d'encadrement préconisé par le CROSS et le GIR Moyen Pondéré (GMP)²⁷ départemental.

Dans cette hypothèse, l'esprit de la loi de 1997 se trouve tout à fait respecté puisque les établissements se verraient attribuer des ratios d'encadrement directement fonction de l'état des personnes âgées accueillies : pour les établissements ayant un GMP inférieur au GMP départemental le ratio d'encadrement accordé serait inférieur au ratio départemental, tandis que pour les établissements se situant au dessus du GMP départemental le ratio d'encadrement accordé lui serait supérieur.

Cependant, il est rapidement apparu que cette position présentait l'inconvénient majeur de reposer sur une référence fluctuante : en effet, le GMP départemental de l'Essonne est fixé chaque année en fonction des GMP des établissements du département, eux mêmes fonction de l'état de santé de leurs résidents.

En conséquence la réflexion du groupe de travail s'est orientée vers la recherche d'une référence plus nuancée que les recommandations CROSS et plus stable que le GMP départemental.

²⁷le GIR Moyen Pondéré se calcule en divisant le nombre total de points GIR d'établissement par le nombre de ses résidents : mode de calcul du GMP indiqué en annexe 1

Dans un deuxième temps, Il a ainsi été décidé d'utiliser la grille « VETEL »²⁸ (élaborée en parallèle à la grille AGIRR) dont l'objectif est d'établir une correspondance directe entre le temps de travail nécessaire et la dépendance des personnes âgées.

Il est ainsi envisagé de demander aux établissements du département

- de calculer, à partir de leurs effectifs, le temps de travail journalier de la structure²⁹ (temps de travail directement utile au résident, et temps de travail induit par la collectivité mais lui profitant indirectement).
- puis, en couplant cette donnée avec le GMP de l'établissement, d'appliquer la grille VETEL pour connaître le temps de travail journalier estimé nécessaire pour répondre, compte tenu de leur état, aux besoins des personnes âgées³⁰.
- enfin, de procéder à une vérification de cohérence grâce à l'utilisation d'une grille élaborée par le groupe qui à partir de la capacité de l'établissement et son GMP détermine son temps de travail journalier nécessaire³¹.

Dans cette hypothèse, les ratios recommandés par le CROSS restent une référence permettant de ventiler les personnels et ainsi d'orienter l'encadrement vers plus de médicalisation.

La réflexion ici rapportée a exigé trois séances complètes de travail. L'importance du temps mobilisé sur ce point traduit à la fois l'aspect crucial de la notion d'effectif au regard de la qualité et les difficultés rencontrées pour trouver des critères de fixation de niveaux d'encadrement objectifs et adaptés, sachant que les discussions ont également abordé les problèmes financiers résultant d'une promotion systématique de la qualification au détriment parfois de la compétence.

²⁸ J. M. VETEL, médecin gériatologue, chef de service au centre hospitalier Le Mans, a travaillé sur une évaluation de la charge de travail en fonction de la dépendance des personnes âgées.
Grille VETEL reproduite en annexe 1

²⁹ tableau reproduit en annexe 2

³⁰ tableau reproduit en annexe 3

³¹ grille de cohérence reproduite en annexe 4

2.3.2.2. L'élaboration d'un référentiel qualité

Définir des exigences essentielles auxquelles les établissements se doivent de répondre ne pouvait se concevoir sans appropriation par le groupe de travail (au nom des acteurs du département) de cette démarche qualité. L'élaboration d'un référentiel propre à l'Essonne. traduit cette logique.

Considéré comme complémentaire à la grille d'auto-évaluation émanant du ministère, le référentiel est, en effet, la traduction stratégique et technique des intentions en terme de garantie à l'usager, en terme de priorité d'action et de démarche d'accueil, d'accompagnement et de soins.

Dans un premier temps, je présenterai ici les objectifs du référentiel, puis dans un deuxième temps, le contenu de celui-ci, sachant que la réflexion sur ce document ayant été engagée seulement trois semaines avant mon départ, est aujourd'hui inachevée.

- Les objectifs du référentiel

La réforme en cours place la personne âgée au cœur de nos préoccupations et impose notamment, que soient prises les mesures nécessaires à une amélioration de sa qualité de vie lorsque celle-ci est accueillie en établissement et ce quel que soit son degré d'autonomie.

A partir de cette idée fondamentale, le document élaboré par le sous-groupe vise ainsi :

- la fixation d'exigences minimales que les établissements devront remplir pour pouvoir accéder au conventionnement.
- la fixation d'objectifs d'amélioration de la qualité des prestations offertes aux personnes âgées, constituant le but à atteindre dans le cadre des conventions à venir.

Elaboré en partenariat, il se veut un guide de bonnes pratiques constituant une référence à la fois pour les directeurs d'établissement et les familles, mais aussi pour les autorités de tutelle (Etat et Département) chargées de suivre ce secteur.

Réalisé collectivement, ce référentiel doit, après validation par les financeurs et les gestionnaires, permettre de fonder une démarche d'évaluation acceptée car basée sur les critères partagés et connus de tous.

Il se veut également le trait d'union entre le référentiel général posé par le cahier des charges issu de l'arrêté du 26 avril 1999 et les conventions individuelles qui seront signées sur le département.

Il concerne l'ensemble du processus de fonctionnement de l'établissement depuis l'accueil des résidents jusqu'à leur prise en charge pendant leur séjour et éventuellement en fin de vie et traduit, la volonté de transparence que les acteurs impliqués dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes souhaitent instaurer pour une gestion optimale du secteur.

Enfin, le sous-groupe de travail a insisté sur la nécessité de produire un document à la fois simple et court, afin de permettre que son utilisation ultérieure soit facile.

- Le contenu du référentiel

Avant même de commencer à établir les premières propositions susceptibles de constituer des recommandations en terme de qualité, les membres du sous-groupe ont rappelé l'importance du projet d'établissement et des déclinaisons spécifiques que constituent les projets de vie et les projets de soins. Ils sont la formalisation écrite traduisant au sein de chaque structure les engagements pris au regard de la prise en charge hôtelière, sociale et médicale des résidents.

Ils ont également réaffirmé comme incontournables les éléments suivants :

- *la diversité des situations des établissements* sur le plan architectural ou budgétaire, de même qu'au regard de la culture de sa population ou de l'histoire de sa structure.
- *le nécessaire engagement des équipes* pour enclencher un processus d'amélioration de la qualité et son *impérative adhésion au projet* qui traduira les objectifs de qualité du référentiel.

En conséquence, les participants au groupe de travail souhaitent :

- que *le référentiel soit peu normatif*, car l'application systématique aux établissements de normes de qualité standard leur paraît créer une rigidité difficilement compatible avec la souplesse exigée par une prise en charge au cas par cas et la recherche permanente d'une adaptation de l'organisation des structures aux besoins et aux souhaits des résidents.
- que *le référentiel fixe des objectifs sans en préciser les modalités de mise en œuvre*. Selon eux, il appartient, à l'établissement de s'approprier des orientations fixées par le référentiel en étudiant avec l'ensemble de son personnel les moyens utilisés pour atteindre le niveau de qualité requis.

Pour traduire le souci permanent d'une interrogation centrée sur la qualité des prestations offertes au personnes âgées accueillies dans un EHPAD, il est proposé d'articuler le référentiel sur deux axes :

- la vie au quotidien de la personne âgée,
- l'environnement de la personne âgée.

La première partie du référentiel s'attache aux différents aspects de la vie en collectivité. Les membres du groupe se sont interrogés sur les formes d'individualisation possible et ont tenté de dégager des recommandations générales qui découlaient de leur réflexion sachant que la prise en compte des souhaits et désirs des résidents a toujours constitué la ligne directrice de leur réflexion.

A titre d'exemple, je citerai ici ce qui a été proposé pour les repas et dans le domaine des relations avec la famille et les amis.

- **« Pour les personnes âgées, le repas est un moment fort qui contribue au maintien du lien social.**

« Il est donc important que l'établissement veille à ce que le résident se sente à l'aise dans la salle à manger et « que tout doit être fait pour la mise en appétit (odeurs, présentation des plats...).

« L'organisation de la salle à manger doit être la plus familiale possible. Il en est de même pour celle des repas.

« Dans le respect des régimes particuliers et des indications données par un professionnel qualifié, la personne « âgée doit pouvoir exprimer un choix quand au contenu de son menu.

« Une aide adaptée doit être proposée aux personnes qui le nécessitent, mais dans le cadre d'une stimulation de « l'autonomie il est recommandé d'encourager les résidents à manger par eux-mêmes.

« Selon les besoins de l'intéressé, il doit lui être possible de bénéficier d'un complément alimentaire hors repas « (goûter, boissons dans la journée, tisane le soir...).

« Enfin, l'établissement doit prévoir une procédure d'évaluation du degré de satisfaction des résidents

- **« relations avec la famille et les amis (vie sociale des résidents)**

« Partant du principe que la personne âgée est chez elle dans la maison de retraite, elle doit pouvoir garder les « mêmes modes relationnels dans ses rapports avec son entourage.

« Les contraintes de service ne doivent en conséquence, s'exprimer qu'en terme de recommandations et ne « doivent être justifiées que par le respect de la personne âgée et de la vie en collectivité (temps de soins, « hygiène...).

« Familles et amis jouent un rôle essentiel en maintenant une ouverture sur l'extérieur qui permet d'éviter « l'isolement de la personne âgée.

« Ils doivent se sentir accueillis par l'établissement et doivent pouvoir disposer de toutes les informations « susceptibles de concerner leur proche.

« Une relation de confiance doit être établie notamment en les associant de façon transparente à ce qui « concerne leur parent.

« Il est souhaitable, qu'un parent référent serve de lien entre la famille et l'établissement. »

Dans la deuxième partie qui n'a pas encore été travaillée, il est prévu d'aborder les différents aspects relatifs à l'établissement en tant qu'institution : le fonctionnement, l'accessibilité et la sécurité, le personnel et enfin l'organisation des soins.

Le travail entrepris est loin d'être achevé mais toutes les personnes rencontrées sont, sans aucun doute, conscientes de participer d'une manière ou d'une autre au développement d'un processus irréversible.

Pour réussir la mutation qui s'engage aujourd'hui, la réflexion menée au niveau des instances départementales en partenariat avec des directeurs d'établissements doit impérativement s'accompagner, et c'est déjà le cas pour certains, de la mise en place formalisée au sein des structures d'une démarche de réflexion et de sa traduction dans le projet de vie et dans le projet de soins de l'institution.

TROISIEME PARTIE

REFLEXIONS SUR LES CONDITIONS NECESSAIRES AU DEVELOPPEMENT D'UNE POLITIQUE « QUALITE » DANS LES ETABLISSEMENTS HEBERGEANT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES

L'impulsion dynamique d'une politique d'amélioration de la qualité n'est pas une spécificité propre au travail de l'inspecteur chargé du secteur des établissements pour personnes âgées, mais doit être l'expression d'un souci permanent de travailler à l'émergence d'une exigence visant à répondre de façon toujours plus pertinente aux besoins des usagers avec une attention particulière aux populations dites « fragiles ».

La réforme en cours a souhaité que soit menée une action en profondeur en faveur des personnes âgées afin d'améliorer les conditions de leur prise en charge en établissement.

Cependant, hormis les développements précédents concernant la réflexion commune des acteurs du secteur, les avancées concrètes concernant la mise en place de cette réforme sont actuellement très limitées.

Seulement dix demandes de conventionnement viennent d'être reçues par les services de la DDASS et du Conseil Général, et aucune n'a encore fait l'objet d'un réel examen sur le fond et encore moins d'une discussion de son contenu.

C'est pourquoi il me semble prématuré de procéder dès aujourd'hui à une appréciation de l'outil contractuel pour évaluer si celui-ci répond bien aux besoins du secteur et aux orientations de la politique ministérielle en la matière.

C'est à « l'épreuve du feu » que l'adéquation des conventions comme support des relations entre les établissements et les tutelles pourra être validée.

En effet, les conventions tripartites seront ce que les partenaires en présence voudront bien en faire.

Dès lors se trouve posée la question de savoir comment l'inspecteur, à la place qui est la sienne, peut contribuer le plus efficacement possible, à la mise en œuvre de la « démarche qualité

contractualisée » prévue par la réforme dont nous venons de voir les grandes lignes ainsi qu'une amorce de mise en place sur le terrain.

Il me semble à cet égard que l'action des institutions étatiques et par là même de l'inspecteur en service déconcentré, est essentielle à un triple point de vue :

- elle doit d'une part rechercher l'efficacité optimale de l'outil contractuel (1)
- elle doit assurer une évaluation objective et rigoureuse des engagements pris dans le cadre de la convention et œuvrer pour une prise de décision responsable fonction des conclusions de l'évaluation précitée
- et favoriser le développement d'une politique de qualité par la mise en place d'une coordination multi-institutionnelle sur le département (2).

3.1. LE SOUCI D'UNE UTILISATION OPTIMALE DE LA VOIE CONTRACTUELLE

Malgré le peu de recul dont nous disposons actuellement pour évaluer l'impact de la réforme, on peut pourtant dire aujourd'hui que l'introduction d'une démarche contractuelle est à priori ressentie comme une amélioration par rapport à un système antérieur uniquement fondé sur un pouvoir unilatéral des autorités de tutelle.

Cependant, pour permettre à la démarche contractuelle de prendre sa place comme mode de gestion efficace, les services de l'Etat (comme ceux du Conseil Général ou de l'Assurance Maladie) doivent privilégier le respect de certains principes fondamentaux propres au champ contractuel tout en sachant que leur marge de manœuvre restera limitée par l'existence de contraintes financières incontournables.

3.1.1. Le respect de principes fondamentaux propres au champ contractuel

Il s'agit ici, non pas de décrire une série d'obligations rigoureuses que les représentants de l'Etat seraient tenu de respecter sous peine de voir leur travail voué à l'échec, mais plutôt de souligner l'importance de certaines règles de fonctionnement permettant à la voie contractuelle de se développer dans les meilleures conditions.

Pour ne pas entrer dans des développements trop longs, ne seront retenus ici que les trois principes qui nous paraissent essentiels.

3.1.1.1. Le principe d'égalité des cocontractants

L'adoption par le législateur d'une démarche contractuelle comme mode relationnel privilégié dans le secteur des EHPAD, est l'expression d'une volonté forte qui vise l'instauration d'un vrai dialogue entre les acteurs du secteur afin de les associer davantage aux nouvelles orientations décidées par le gouvernement pour faire évoluer le secteur.

En ce sens, le respect du principe d'égalité des cocontractants contribue à l'aboutissement de ce projet pour trois raisons :

- il permet à chaque partenaire à la convention de participer activement à la négociation,
- il permet une meilleure adhésion des parties aux clauses de la convention,
- il participe à l'équilibre des droits et des obligations résultant du contrat.

Cependant, il faut bien admettre que, l'égalité réelle des contractants aux conventions pluriannuelles tripartites, compte tenu des partenaires en présence (Etat et Conseil Général), et de leurs pouvoirs financiers, reste utopique.

« L'établissement sera nécessairement dans une position moins forte que l'administration »³²

Déjà il existe un risque réel de déséquilibre entre les obligations demandées à chaque partenaire, car tandis que les établissements devront s'engager sur des objectifs qui les lieront sur une période de cinq années, il est prévu que des avenants peuvent être conclus pour ajuster les dispositions financières aux répercussions éventuelles du principe de l'annualité budgétaire auxquels sont astreints les Conseils Généraux et l'autorité compétente pour l'Assurance Maladie³³.

Pour tempérer ce déséquilibre « naturel » il convient d'être très attentif à la transparence des négociations.

³² M.J. LEVY, conseiller d'Etat, « revue de droit sanitaire et social », octobre-décembre 1998, page 726

³³ L'arrêté du 26 avril 1999 précise que des avenants annuels à la convention pourront être conclus notamment pour tenir compte des prévisions de dépenses dans le cadre de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) prévu par la loi de financement de la Sécurité Sociale.

3.1.1.2. Le principe de transparence dans la négociation

De la mise en œuvre de ce principe dépend la propre crédibilité de l'inspecteur et à travers lui, la crédibilité de l'administration elle-même.

Or même si les administrations ont aujourd'hui le souci d'une action lisible pour leurs interlocuteurs, le sentiment que tout n'est pas dit, subsiste parfois.

Ainsi, sans aller jusqu'au mensonge caractérisé, la simple rétention d'information, ou la délivrance de celle-ci par étapes successives avec éventuellement des éléments contradictoires contribue à donner une image opaque du fonctionnement des institutions et peut participer à l'émergence d'une confiance limitée de nos partenaires.

Ce souci de transparence (qui doit me semble-t-il, prévaloir quel que soit les domaines d'intervention concernés), doit être encore plus fort dans le secteur des EHPAD puisque l'objectif même de la réforme est de viser une remise en ordre du secteur grâce à une plus grande transparence et une meilleure cohérence notamment en matière de financement des soins.

A la décharge des services déconcentrés, on peut cependant relever que leur responsabilité en ce domaine est parfois limitée puisque ces services n'assurent bien souvent que le relais de l'administration centrale dont les transmissions sont parfois contradictoires ou incomplètes.

Ainsi par exemple, le ministère avait parlé aux associations concernées et aux agents des services déconcentrés de « *la prochaine sortie d'un décret excluant les logements foyers du champ d'application de la réforme* »³⁴. Il semble aujourd'hui que cette approche soit abandonnée, mais en l'absence d'information officielle, les questions sur l'avenir de ces établissements subsistent encore sur le terrain.

D'une façon différente, les informations concernant les données financières liées au financement des mesures d'accompagnement de la réforme restent encore aujourd'hui très vagues, ce qui contribue à donner l'impression d'une gestion « à vue » des nouveaux textes, et augmente les craintes relatives à une anticipation insuffisante (mais non avouée), des incidences budgétaires qu'implique la rénovation du secteur.

³⁴ Revue « *décideurs des maisons du 3^{ème} âge* », n° 23, avril-mai 1999.

3.1.1.3. Le principe de cohérence

Pour permettre aux établissements de se gérer correctement, il semble souhaitable que les partenaires institutionnels veillent non seulement à ce que les droits et obligations posés par les différentes conventions qui engagent les établissements soient compatibles, mais aussi rationalisent les cadres existant dans un but de simplification.

A titre d'exemple, la question se pose aujourd'hui de savoir si la coexistence des conventions d'habilitation à l'Aide Sociale et des conventions pluriannuelles tripartites est justifiée.

Signées entre le Conseil Général et certains établissements, ces conventions d'habilitation autorisent les structures qui en sont destinataires à accueillir des bénéficiaires de l'Aide Sociale dont les frais d'hébergement sont alors (sous réserve de l'obligation alimentaire) couverts par le département.

Les enjeux financiers sont ici très importants :

- pour les familles des résidents (puisque le barème appliqué par les services de l'Aide Sociale n'impose en cas d'habilitation qu'une participation limitée des descendants)
- et pour le département qui semble craindre une progression exponentielle de ses dépenses en cas de généralisation à l'ensemble des EHPAD des avantages liés au conventionnement Aide Sociale.

Par ailleurs, il semble que « *les critères requis pour obtenir un tel conventionnement ne soient pas réellement différents de ceux qui seront imposés dans le cadre des conventions pluriannuelles tripartites* » déclare un responsable du service de l'Aide Sociale du Conseil Général.

A ce jour aucune réponse n'a pu m'être apportée sur ce point, même si, selon un médecin de ce même Conseil Général, « *il semblerait logique d'envisager une fusion des deux conventions précitées, compte tenu de la validation par le Conseil Général, dans le cadre des conventions tripartites, de l'existence de prestations respectant a minima des critères de qualité et de la mise en œuvre d'une démarche de progrès* ».

En tout état de cause, l'on peut penser que les établissements qui n'avaient pas souhaité demander une habilitation dont la signature aurait entraîné la mise en place d'un contrôle par les services du conseil général (sur le budget, sur les prestations hébergement...) risquent fort du fait de la mise en œuvre d'un contrôle équivalent par les conventions tripartites de solliciter, une telle habilitation.

Aucune position n'est actuellement prise au niveau du conseil général de l'Essonne, la réflexion en la matière n'en étant qu'à ses débuts.

Si le respect des trois principes précités doit permettre à l'outil contractuel de se développer dans sa meilleure dimension, il faut, malgré tout, être conscient de l'existence de contraintes majeures dont l'impact sur « la vie » des conventions comme sur la marge de manoeuvre des cadres des services déconcentrés, ne peut être évacuée.

3.1.2. L'existence de contraintes financières majeures

La convention pluriannuelle tripartite est le lieu de convergence des objectifs de qualité voulus par la réforme et des contraintes budgétaires imposées par le contexte actuel de maîtrise des dépenses.

Les négociations menées lors de la signature de ces conventions porteront donc sur les engagements réciproques que les cocontractants accepteront de prendre notamment pour améliorer la qualité des prestations dans les EHPAD.

Or, la qualité a un coût, et les cadres des DDASS gestionnaires des crédits d'Assurance Maladie devront lors de la négociation des conventions, sans cesse rechercher l'équilibre entre la capacité de financement existante et les besoins générés par l'amélioration des prestations en institutions.

Compte tenu des compétences particulières de ces directions en matière de gestion de crédits de cette branche de la Sécurité Sociale, et sans nier les conséquences de la réforme sur les dépenses des autres institutions³⁵, nous nous limiterons ici, à l'étude de l'impact de la médicalisation des EHPAD sur les dépenses d'Assurance Maladie et aux contraintes majeures qu'une gestion d'enveloppes fermées génère pour les inspecteurs chargés de ce secteur.

3.1.2.1. Impact financier de la réforme sur les dépenses d'Assurance Maladie

La réforme prévoit une amélioration des prestations offertes aux personnes âgées en établissement. Elle va donc conduire notamment à une médicalisation des structures afin de leur permettre d'assurer une prise en charge qui tienne compte de l'état de santé et pour partie de l'état de dépendance des personnes accueillies.

« Cette médicalisation, de même que l'augmentation des personnes susceptibles d'entrer en institution, ne peut qu'entraîner une progression importante des dépenses actuellement mobilisées

³⁵ Notamment pour le Conseil Général le financement de la prestation spécifique dépendance et la participation au financement des investissements liée à la remise aux normes prévues par le cahier des charges notamment dans le domaine architectural
Mais aussi pour les établissements qui devront autofinancer une partie de l'adaptation de leurs installations

pour ce secteur » déclare Alain DELUC, conseiller du président de la caisse nationale d'Assurance Maladie.³⁶

Ainsi, la clef de répartition des dépenses mise en place pour les soins de base (70% AM, 30% dépendance) couplée avec un principe de non remise en cause des situations existantes (cliquet anti-retour) a pour conséquence une augmentation des financements Assurance Maladie, partout ou celle-ci intervient sur les soins de base en dessous de 70%, alors que dans les structures ou elle intervient à hauteur de 80% ou plus, les situations acquises demeureront pendant au moins 5 ans.

Par ailleurs, la politique menée depuis plusieurs années en matière de création de places de section de cure médicale étant restée très en deçà des besoins réels, la mise en place de la réforme va immanquablement procéder à un rattrapage brutal des ouvertures de lits et à une progression concomitante des dépenses de l'Assurance Maladie.

Ainsi, en Essonne, si l'on analyse les huit dossiers de conventionnement recevables sur les dix dossiers déposés au 15 novembre 1999, il apparaît que :

- la totalité des dossiers constitués émanent d'établissements privés (cinq privés commerciaux et trois privés associatifs), qui n'avaient bénéficié à ce jour que d'un très faible financement de leur médicalisation : 95 lits de SCM sur 850 places pour les huit établissements.
- en application de la nouvelle réglementation et après conventionnement, le financement de ces structures doit donc passer de 5 517 717 francs à 33 669 150 francs, soit une progression 510% (le différentiel des sommes à verser atteignant 28 151 433 francs³⁷).

Même si les demandes de conventionnement reçues ne sont pas représentatives de la situation de tous les établissements du département au regard de leur niveau de médicalisation, il apparaît clairement que les conséquences financières de la réforme seront très importantes quant aux financements nécessaires et qu'il résultera de l'application des nouveaux textes une augmentation considérable des enveloppes à affecter aux EHPAD.

Le constat d'une incidence financière majeure de la réforme étant fait, il s'agit maintenant d'aborder la nature des contraintes qui résultent pour l'inspecteur de l'existence d'un cadre budgétaire

³⁶ Revue « *décideurs des maisons du 3^{ème} âge* », n°23, avril-mai 1999.

³⁷ A titre indicatif, l'enveloppe 1999 destinée au paiement des forfaits soins de section de cure médicale de l'ensemble des établissements de l'Essonne était de 126 979 291 francs, et l'enveloppe affectée aux mesures nouvelles 1999 sur ce même département était de 4 353 768 francs

rigide issu de la mise en oeuvre d'une politique globale de maîtrise des dépenses dans les domaines sanitaires et sociaux.

3.1.2.2. Impact des contraintes financières sur la négociation des conventions pluriannuelles tripartites

Il est prévu que le rythme de conclusion des conventions pluriannuelles tripartites devra être conforme aux capacités de financement des financeurs. Autrement dit, rien ne se fera en dehors de l'enveloppe que chaque financeur (Assurance Maladie et Conseil Général) voudra bien dégager.

Même si la position du ministère s'inscrit ici « *dans le cadre d'une maîtrise des dépenses de santé sans pourtant viser exclusivement celle-ci* »³⁸, il est clair que le contexte actuel impose une rigueur certaine dans la gestion des enveloppes affectées au secteur médico-social.

De fait, les services de l'Etat sont tenus de travailler en respectant le cadre d'enveloppes limitatives et les seules évolutions d'envergure sont habituellement liées à l'affectation de crédits exceptionnels.

C'est la raison pour laquelle l'existence de contraintes financières influe sur les modalités de mise en œuvre de la réforme ainsi que sur l'action en ce domaine des services déconcentrés.

- L'existence d'enveloppes limitatives impose l'étalement dans le temps des conventionnements

D'après la circulaire MARTHE³⁹, c'est au vu des disponibilités financières qui auront pu être dégagées que sera préparée la première vague de convention. Les DDASS ont donc pour instruction d'établir un classement par ordre de priorité des établissements ayant déposé un dossier et susceptibles d'être conventionnés⁴⁰.

Dans l'hypothèse probable d'un dégagement insuffisant ou très étalé dans le temps des crédits nécessaires à la mise en place de la réforme, la position des services déconcentrés sera donc à tout le moins difficile :

³⁸ Intervention de J.R. BRUNETIERE lors de la journée nationale sur la réforme de la tarification, le 24 septembre 1999.

³⁹ Circulaire MARTHE n° 99-578 du 14 octobre 1999 relative aux principales mesures à prendre au titre de la campagne budgétaire de l'exercice 2000 applicable aux EHPAD

⁴⁰ réglementairement, le seul ordre de priorité concerne les établissements de plus de 85 lits (article 33 du décret 99-316 du 26 avril 1999). Mais au plan stratégique, la circulaire MARTHE précitée, estime que les mesures nouvelles qui seront attribuées dans le cadre de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie(ONDAM) pour 2000 doivent bénéficier prioritairement aux établissements

- peu ou pas dotés en dotation forfaitaires de crédits d'Assurance Maladie
- présentant un GIR Moyen Pondéré au moins supérieur à 400
- répondant aux références de qualité détaillées dans l'arrêté du 26 avril 1999 relatif au contenu du cahier des charges

- il leur appartiendra, en effet, chaque année de fixer la liste des établissements retenus pour accéder au conventionnement.
- Mais surtout, il leur faudra procéder au classement par ordre de priorité de ces établissements, classement qui déterminera leur rang d'accès au conventionnement et aux nouveaux financements qui y sont rattachés.

Nul doute que ce choix sera l'objet de multiples interactions que seules une étude approfondie et une décision très argumentée permettra de justifier.

En l'absence de personnel qualifié ou suffisamment disponible, on peut craindre que la recherche d'un critère objectif et donc non contestable justifie le recours fréquent à un ordre chronologique fonction de la date de dépôt des dossiers.

- L'existence d'enveloppes fermées impose la recherche de solutions économiques

La limitation des crédits confrontées à l'augmentation des besoins du secteur (compte tenu de la valorisation des objectifs qualité impulsée par la réforme) va imposer aux autorités de tutelle engagées dans la négociation des conventions tripartites une gestion optimale des fonds affectés à ce secteur.

Ainsi leur sera-t-il nécessaire de rechercher, partout où cela sera possible, les voies d'une amélioration (fonctionnement et prestations) dont la mise en œuvre ne nécessite qu'un accompagnement financier limité.

En effet, la réflexion de fond pluriprofessionnelle que la réforme impose au sein de chaque EHPAD doit permettre une rationalisation des modes organisationnels existants dont l'impact financier devrait, en principe, se traduire en terme d'économie. L'adaptation des réponses institutionnelles aux besoins spécifiques des résidents sera donc pour partie assurée par redéploiement des budgets existants.

Il appartiendra donc aux services de tutelle de valoriser une telle recherche tout en restant conscients des limites de cette démarche.

Il ne serait, en effet pas souhaitable que celle-ci prenne le pas sur de nécessaires réformes de fond dont la mise en œuvre devrait s'accompagner d'une importante affectation de crédits.

En tout état de cause, il ne sera possible de faire face efficacement aux besoins d'accompagnement financier des établissements qu'en trouvant d'une façon ou d'une autre des financements complémentaires.

- L'action des services de tutelle dépend du montant des crédits supplémentaires qui seront affectés au financement de la réforme

Les crédits supplémentaires destinés à abonder la réforme des EHPAD peuvent être issus :

- de l'ONDAM par autorisation de mesures nouvelles.

Mais la DAS reconnaît que la réforme ne s'effectuera à un rythme acceptable que si chaque année le projet de loi sur la sécurité sociale prévoit des mesures nouvelles significatives⁴¹.

- mais aussi du transfert d'enveloppes actuellement affectées à d'autres secteurs

Il est ainsi envisagé de compléter les enveloppes régionales actuelles

- soit par transfert de crédits de l'enveloppe médecine de ville (du fait de la prise en charge au titre des nouveaux tarifs d'une partie de l'activité des professionnels de santé libéraux). Mais « le montant des transferts possibles issus de cette enveloppe est encore aujourd'hui difficile à évaluer »⁴².

- soit par fongibilité des diverses composantes des enveloppes sanitaires et médico-sociales. En ce sens un travail important sera à réaliser avec la commission exécutive de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) et les conférences administratives régionales (CAR) pour déterminer et fixer la nature et le montant des redéploiements de crédits envisagés.

Ainsi, la « redéfinition des SSLD » prévue par la loi PSD doit entraîner le basculement d'une grande partie des lits dits de « long séjour » vers le secteur médico-social⁴³. Ce basculement s'accompagne d'un transfert de l'enveloppe qui leur est actuellement affectée et se traduira donc inévitablement par une réduction de l'enveloppe du Sanitaire et un abondement du financement de la réforme du médico-social.

A cet égard, il ne faut pas négliger l'impact financier d'une telle mesure. En effet, « même si le nombre des lits de SSLD n'équivaut qu'à 15% des lits du secteur social et médico-social, ils mobilisent en revanche autant de crédits d'Assurance Maladie que le financement des sections de cure médicales⁴⁴ ».

⁴¹ Revue « décideurs des maisons du 3^{ème} âge », n° 23, avril- mai 1999, page 22.

⁴² Docteur DUBUISSON, responsable au sein de la mission MARTHE du groupe de travail chargé de l'élaboration d'un outil d'auto-évaluation de la qualité dans les établissements.

⁴³ Malgré leur rattachement au secteur sanitaire, ces lits bénéficient actuellement d'une tarification médico-sociale puisque la prise en charge des frais engagés en SSLD se répartit entre le forfait soins assuré par la sécurité sociale et les frais d'hébergement à la charge des intéressés et/ou des familles

⁴⁴ Revue « le mensuel des maisons de retraite », n°23 juillet 1999

Ces deux transferts sont, il faut en être conscient, essentiels pour la réforme, car les mesures nouvelles allouées dans le cadre de l'ONDAM s'inscrivant dans l'objectif de réduction des déficits de la sécurité sociale, ne pourront qu'être limitées.

3.2. LA MISE EN PLACE D'UNE EVALUATION ET D'UNE COORDINATION EFFICACES

Alors que l'outil contractuel constitue le premier pilier de la réforme, il paraît clair que l'évaluation et la coordination doivent constituer les fondements complémentaires de celle-ci.

En effet, l'évaluation doit permettre l'analyse des efforts de chacun des cocontractants en faveur des objectifs d'amélioration de la qualité négociés initialement et constituer la base sur laquelle devront s'appuyer les discussions relatives au renouvellement de la convention pluriannuelle.

De même la coordination doit permettre d'articuler les actions des différents acteurs et institutions afin d'assurer une continuité de la prise en charge tout en rationalisant les interventions et en mutualisant les moyens.

3.2.1. L'inspecteur doit contribuer à la mise en œuvre d'une évaluation performante

Pour remplir les objectifs qui lui sont assignés par les nouveaux textes, l'évaluation doit être rigoureuse et consensuelle.

Cependant, même en respectant ces caractéristiques, l'évaluation n'aura d'efficacité que si elle est suivie de décisions et de mesures appropriées et responsables.

Nous examinerons d'une part les raisons qui motivent le respect de ces exigences, et d'autre part les conditions qui président à leur mise en œuvre.

3.2.1.1. Une évaluation rigoureuse et consensuelle

Sur le secteur des EHPAD, les DDASS auront désormais pour mission de vérifier que les établissements conventionnés gèrent et délivrent des prestations efficaces et efficientes, au regard de leurs missions, de leurs moyens et de leurs objectifs.

« L'évaluation » qu'ils devront réaliser « s'apparentera donc à un contrôle d'efficacité »⁴⁵.

C'est une mission complexe notamment à deux points de vue :

- elle se fonde pour une grande part sur des références de bonnes pratiques plus ou moins explicites, voire sur du bon sens (contrairement au contrôle de légalité qui se réfère à des normes et des règles fixées par la loi),
- elle doit impérativement tenir compte de la variété des situations et des réponses des EHPAD au regard des exigences de qualité requises par les textes, et s'effectuer en adéquation avec les engagements pris lors de la signature de la convention.

L'inspecteur chargé de l'évaluation devra donc s'attacher à analyser le fonctionnement de chaque institution pour apprécier si au bout du compte les prestations dans leur ensemble contribuent à apporter une réelle qualité de vie aux personnes âgées accueillies.

Cette nécessaire adaptabilité du regard porté par les autorités de tutelle sur les EHPAD, pour être incontestable et incontestée, doit impérativement reposer sur une démarche d'analyse à la fois rigoureuse et consensuelle.

- Les conditions d'une démarche rigoureuse

L'évaluation doit permettre de vérifier si les critères de qualité définis et retenus par la convention pluriannuelle tripartite sont prises en compte et appliqués dans l'établissement.

Dans le cadre d'une démarche rigoureuse, l'analyse de l'inspecteur devra s'attacher à vérifier la « pertinence » des prestations, leur « efficacité » au regard des besoins des résidents âgés, et enfin leur « coût économique ».⁴⁶

L'évaluation doit s'appuyer sur des critères objectifs lorsque ceux-ci existent (niveau et taux de qualification des personnels, surface des chambres, organisation des lieux collectifs, normes de sécurité...).

Pour les autres caractéristiques de l'établissement qui relèvent d'une appréciation plus subjective (respect de l'individualité de la personne âgée, adaptabilité de l'organisation de la structure aux souhaits des résidents...) l'évaluation doit reposer sur une approche dite « en faisceau d'indices ».

Cette évaluation devra porter sur l'ensemble des fonctions de l'institution et notamment sur les moyens en personnel et la qualification de ceux-ci, sur les exigences en matière de locaux et de

⁴⁵ Rapport VINCENT-DESTAIS sur le renforcement des fonctions d'inspection de premier degré dans le domaine sanitaire et social, page 4

⁴⁶ pertinence, efficacité, coût économique sont les trois critères d'appréciation répertoriés en matière d'évaluation. mémoire de Nathalie DELORT, DESS économie et gestion hospitalière privée, université de Montpellier, 1996-1997

mobilier, sur le respect de l'identité sociale et de l'individualité des personnes âgées, et enfin sur la coordination avec les autres acteurs du réseau gérontologique.

En outre, la démarche d'évaluation devra impérativement reposer sur une très bonne connaissance du terrain, grâce à des déplacements réguliers. Ce sont en effet les visites sur place qui permettent d'acquérir une connaissance concrète et fine des conditions de fonctionnement des établissements, de leurs atouts et difficultés ainsi que de leur marge de manœuvre.

Enfin, elle doit prendre en compte la satisfaction des résidents et des familles, en incitant l'établissement à mener des enquêtes à cet effet.

- Les conditions d'une démarche consensuelle

De même qu'en matière conventionnelle, tout repose ici sur la capacité des autorités de tutelle à associer leurs partenaires à toutes les étapes de l'évaluation, dans le respect d'une relation de transparence qui permette à la confiance de se développer.

Ainsi il convient que l'autorité qualifiée pour l'Assurance Maladie, le Conseil Général, et les établissements s'accordent sur :

- les éléments qui font l'objet de l'évaluation,
- les critères de cette évaluation,
- le choix de la méthode de mesure,
- les modalités de recueil des données et mesures,
- l'analyse des résultats,
- la mise en œuvre du plan d'action issu de l'analyse des résultats.

C'est l'association systématique des différents acteurs à toutes les étapes du processus qui permet de faire accepter l'évaluation en tant que telle, mais surtout ses conséquences en terme de mesures à prendre pour l'avenir.

Ainsi, il apparaît déterminant de mettre en place une réflexion commune sur la fixation des critères qui serviront de base à l'évaluation au niveau départemental d'abord, puis lors de la négociation de chaque convention.

Procéder à une évaluation rigoureuse et consensuelle constitue une étape nécessaire mais insuffisante, car elle n'a d'intérêt que si elle est suivie d'une prise de décision responsable

3.2.1.2. Le souci d'une prise de décision responsable

La prise de décision des autorités administratives se doit d'être en cohérence avec les conclusions de l'évaluation ainsi qu'avec les procédures de contrôle et de sanction en vigueur.

Bien que logique, il semble que cette cohérence soit parfois mise à mal lorsqu'il s'agit de prendre des mesures coercitives alors même que des irrégularités graves ont été constatées.

Il nous appartient, dès lors de nous interroger sur la nature des solutions à privilégier pour permettre une meilleure cohérence de notre action.

- De réelles difficultés d'application sur le terrain

L'analyse de certaines procédures menées dans le cadre de la « cellule signalement » illustre parfaitement les difficultés rencontrées en ce domaine.

En effet, c'est la crédibilité des institutions publiques responsables de la sécurité et du Ainsa, il est apparu dans plusieurs dossiers, que des irrégularités graves et répétées avaient été constatées depuis plusieurs années sans que le non respect des recommandations et injonctions émises suite à des inspections successives des différents services concernés n'aient jamais abouti à une décision de sanction.

En observant ces pratiques, on ne peut qu'être en accord avec ce directeur d'établissement qui déclarait lors du colloque sur la maltraitance des personnes âgées « *prévenir c'est bien , mais il faut aussi savoir punir* ».

Le bien être physique et moral des personnes âgées qui est en cause, la portée de leurs recommandations et injonctions étant directement fonction de leur détermination à mener jusqu'au bout les procédures de contrôle qu'elles diligentent. Ainsi, le constat de dysfonctionnements importants ne doit pas pouvoir perdurer sans entraîner la mise en œuvre de mesures ou de sanctions appropriées.

Cependant, la cohérence du suivi des EHPA se heurte à plusieurs difficultés :

- le morcellement des compétences

Le contrôle sur les établissements accueillant des personnes âgées se trouve notamment partagé entre les services de l'Etat, du Conseil Général, des Communes ou des caisses d'Assurance Maladie.⁴⁷

⁴⁷ Plusieurs services de l'Etat assurent un contrôle sur les EHPA :

- *la complexité des procédures de fermeture*

A titre d'exemple, l'autorité compétente pour fermer un établissement qui a ouvert sans autorisation est le président du Conseil Général, mais celui-ci ne dispose pas du pouvoir de police. Il doit donc pour faire exécuter sa décision saisir le Préfet ou porter plainte devant la justice.

Par ailleurs, le maire s'il donne un avis lors de l'ouverture d'un établissement sur sa commune, n'a pas la possibilité malgré son pouvoir de police d'en décider la fermeture bien qu'il soit juridiquement responsable de la sécurité des lieux.

Enfin, le passage du dossier en Commission Départementale d'Hygiène (CDH) pour avis, lors d'une fermeture d'établissement par le Préfet, alourdi la procédure même si elle contribue au respect d'une certaine objectivité.

- *une culture judiciaire insuffisante*

Les agents des DDASS ne disposent pas des connaissances leur permettant de savoir à partir de quand un acte est constitutif d'un délit (ce qui détermine la saisie du parquet).

- *le poids des influences économiques et politiques*

Les répercussions économiques importantes (notamment en terme d'emploi) ainsi que la médiatisation souvent « sauvage » des dysfonctionnements d'une maison de retraite lors de sa fermeture, sont à l'origine d'interventions fréquentes des élus en faveur du maintien de l'activité de l'établissement et ce, en dépit de la situation des résidents.

Au final, « *si la séparation entre la gestion des soins (Etat) et de l'hébergement (Conseil Général) multiplie les pouvoirs, elle divise autant les responsabilités* »⁴⁸. La confusion des rôles ou leur superposition aboutit souvent à un manque d'implication des autorités responsables.

En pratique, et de l'avis général des responsables concernés, il s'avère très difficile de fermer une maison de retraite pour motif de mauvais fonctionnement même si celui-ci porte atteinte à

l'inspection du travail vérifie l'application des textes relatifs au droit du travail, la direction des services vétérinaires contrôle la restauration collective, la direction départementale de la concurrence et de la répression des fraudes suit les conditions de tarification des prestations, la DDASS exerce des compétences en matière de contrôle des conditions sanitaires et de respect de l'ordre public

Les services du Conseil Général veillent à la conformité du fonctionnement par rapport à l'autorisation et par rapport à l'habilitation à l'Aide Sociale qu'ils ont donné

Les caisses d'Assurance maladie participent au contrôle de l'organisation et de l'adéquation des soins dans les établissements dotés de section de cure médicale.

Enfin, les maires sont responsables des établissements implantés sur leur commune. Les commissions communales de sécurité sont ainsi chargées de contrôler le respect des règles en matière de sécurité incendie

⁴⁸ Denis LABAYLE précité

l'intégrité physique et psychique des résidents. Seules les fermetures pour non respect des règles « sécurité incendie » ou pour défaut d'autorisation aboutissent.

En tout état de cause, fermer un établissement ne constitue jamais une solution idéale, car elle est traumatisante pour les résidents et pose des problèmes non négligeables de réorientation vers d'autres institutions.

- Quelles solutions pour une meilleure cohérence de l'action ?

Il faut tout d'abord effectuer un travail en profondeur sur les mentalités, puis organiser une véritable coopération entre les institutions et organismes concernées.

- Un travail sur les mentalités est indispensable.

Chacun doit assumer ses responsabilités tant au plan individuel que professionnel.

Or, les informations collectées récemment sur le département grâce notamment à l'action de certaines associations, ont montré que bien souvent c'est la loi du silence qui prévaut en matière de maltraitance.

Ainsi, on constate que les soignants (libéraux comme salariés) ou les personnels des établissements hésitent à procéder aux signalements nécessaires par crainte de perdre leur emploi. Or, ce sont bien souvent eux qui connaissent le mieux les résidents et sont donc à même de signaler les mauvais traitements ou les négligences dont ils sont victimes.

Bien que certains militent aujourd'hui en faveur d'une amélioration du cadre réglementaire existant (notamment par la mise en place d'un dispositif spécifique aux personnes âgées à l'image de ce qui a été instauré pour la protection des mineurs), il apparaît clairement que les dispositions réglementaires actuelles sont sous utilisées.

Individuellement, l'obligation d'assistance à personne en danger qui s'impose à tous devrait pourtant inciter chaque individu à tirer les conclusions de ses observations dès lors que celles-ci concernent la santé et le bien être de personnes fragilisées par l'âge ou la dépendance.

Professionnellement, l'article 40 du code de procédure pénale⁴⁹ qui impose aux autorités constituées, aux officiers publics et aux fonctionnaires de saisir le procureur de la République en cas de délit ou de crime constaté, reste encore, par méconnaissance ou crainte, insuffisamment utilisé.

⁴⁹ Article 40 du code de procédure pénale « toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit, est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la république et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès verbaux et actes qui y sont relatifs ».

- Le développement d'une véritable coopération des instances concernées

Lors de l'enquête précitée sur les maisons de retraite, Denis LABAYLE indique : « dans tous les départements ou s'est créée une coopération entre les responsables politiques et administratifs, les institutions inhumaines ont progressivement disparu ».

Mais cette collaboration ne bénéficie d'aucun support réglementaire, malgré la proposition formulée en ce sens par un rapport de l'Inspection Générale des affaires sociales réalisé en 1989 sur les conditions d'hébergement des personnes âgées dans les petites institutions.

Elle est pourtant essentielle à un triple point de vue car elle permet en effet :

- Un partage et un croisement des informations,
- Une mutualisation des moyens,
- Une rationalisation des actions grâce à la fixation d'objectifs communs.

Et l'impact de ces actions sera valorisé par la cohérence qui en résultera.

Même si son action mérite d'être développée, la « cellule personnes âgées » précitée qui a été mise en place en 1998 par le Conseil Général de l'Essonne et par la DDASS d'Evry est la traduction concrète de cette volonté de mise en commun des informations et des actions.

Ses résultats qui ont été exposés précédemment montrent le gain en termes d'efficacité que l'on peut attendre d'une coopération volontaire et dynamique.

Cependant, il serait bon que la coopération institutionnelle existant actuellement puisse faire l'objet

- d'un *élargissement des partenaires associés* en intégrant notamment des associations spécialisées telles AGE-ALMA (précitée) dont l'action actuellement soutenue par le Conseil Général s'inscrit dans le même domaine d'intervention,
- d'une *reconnaissance officielle avec signature de convention* fixant des objectifs et des moyens.

On pourrait ainsi, diversifier les modes d'intervention tout en réduisant les d'éventuelles velléités de concurrence.

3.2.2 La mise en place d'une coordination efficace

Du fait de la réforme, les EHPAD constituent désormais pour les DDASS un domaine d'intervention privilégié ou pourront se développer les multiples facettes du métier d'inspecteur : inspection, contrôle, évaluation, mais aussi conseil et animation.

3.2.2.1. La valorisation du rôle d'accompagnement et de conseil des autorités de tutelle

Les mutations en cours, constituent une réelle opportunité pour les administrations de tutelle (autorité compétente pour l'Assurance Maladie et Conseil Général) de développer une action d'accompagnement.

Nombreux sont les établissements qui auront besoin d'être aidés dans leur appréhension des nouveaux textes d'abord, puis dans la mise en œuvre des mesures liées au respect du cahier des charges annexé aux conventions, enfin dans leur réflexion sur l'évolution de leur institution.

C'est une mission passionnante qui permet notamment à l'inspecteur d'entrer au coeur du fonctionnement des établissements et de participer activement à l'impulsion d'une dynamique d'amélioration des prestations au bénéfice des personnes âgées qui ainsi auront accès à des services dont le niveau de qualité correspondra à ce à quoi elles peuvent prétendre.

De façon certes un peu différente cette fonction peut se développer dans le cadre des relations entre les services déconcentrés et l'échelon central. Ainsi, les correspondants nommés par la mission MARTHE au sein de chaque DDASS jouent le rôle de courroie de transmission : ils participent directement au travail d'analyse des services centraux grâce aux remontées d'informations qu'ils assurent (écueils rencontrés dans l'application des textes ou démarches innovantes) et communiquent sur le terrain les éléments nécessaires à la compréhension et à la mise en place de la réforme.

Il apparaît cependant très clairement qu'une telle démarche exige des professionnels concernés, une implication forte en termes de temps ainsi qu'en termes d'acquisition de compétences. C'est en effet, sur la base de leur disponibilité et de leurs qualités techniques que pourra reposer leur reconnaissance en qualité de référent ayant la confiance des acteurs du secteur.

La démarche conventionnelle qui vise par la fixation d'objectifs négociés d'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées accueillies en établissement, doit ainsi permettre aux services de tutelle de passer d'une relation de contrôle des établissements à un véritable partenariat avec eux autour d'objectifs communs.

C'est donc aux directeurs des DDASS, conscients des enjeux en cause, qu'il appartiendra de reconnaître la nécessité d'un réel investissement de leurs cadres sur l'accompagnement de cette réforme en leur donnant la possibilité matérielle de se consacrer en tant que de besoin au suivi des EHPAD.

3.2.2.2. Une meilleure coordination pour une plus grande continuité des prises en charge

La continuité et la cohérence des interventions dont peuvent bénéficier les personnes âgées sont reconnues comme tout à fait essentielles car elles contribuent à la qualité de la prise en charge et à son efficacité.

La coordination imposée par ces exigences de continuité et de cohérence, constitue un enjeu d'autant plus fort, que les EHPAD devront prendre en charge des patients autrefois placés en long séjour voire en hôpitaux psychiatriques. En outre, on s'oriente de plus en plus vers une prise en charge allant jusqu'en fin de vie ce qui inclut pour certains des prestations particulières concernant notamment la prise en compte de la douleur et la mise en œuvre de soins palliatifs.

Cette coordination doit s'articuler autour de deux pôles : le médecin coordonnateur et les réseaux.

- L'instauration d'un axe privilégié avec le médecin coordonnateur de chaque EHPAD

L'arrêté du 26 avril 1999 (précité) prévoit dans son annexe II, la création d'un poste de médecin coordonnateur attaché à chaque EHPAD par un lien contractuel, pour « *répondre à un objectif de santé publique de qualité de prise en charge gériatrique, dans un cadre nécessaire de maîtrise des dépenses de santé* ».

Ce médecin, compétent en gériatrie, est donc le référent médical du directeur d'établissement et des différentes autorités compétentes dans le domaine des soins.

En matière de coordination, sa position est essentielle.

Cogérant avec le directeur de l'établissement des dépenses de santé, il est l'interlocuteur privilégié des autorités de tutelle pour tout ce qui concerne la rationalisation du dispositif d'offre de soins dans le secteur des EHPAD.

Par des actions de sensibilisation des soignants libéraux, de formation et d'information au sein des institutions, il contribue à assurer sur le terrain le relais des politiques de santé publique décidées à l'échelon national.

Enfin, il participe à la constitution du réseau dans lequel son établissement doit s'intégrer par la mise en place sur le plan médical mais aussi médico-social des complémentarités nécessaires à l'amélioration de l'état de santé des résidents (établissements sanitaires de court ou moyen séjour, équipes psychiatriques venant d'établissement spécialisés, structures de soutien à domicile.

- Le soutien au développement des réseaux

Le cahier des charges dicte également des recommandations relatives à l'inscription des EHPAD dans un réseau gérontologique, et pose l'existence d'un « *filet relationnel* » comme élément incontournable d'une démarche d'amélioration de la qualité des prestations en institution.

Dans le cadre de leur mission d'accompagnement de la réforme, les DDASS qui bénéficient d'une position centrale au sein du dispositif sanitaire et social régional et départemental, doivent donc impérativement contribuer à la mise en œuvre et au développement de ces réseaux gérontologiques, qui à ce jour, malgré quelques expériences ponctuelles remarquables, ont quelque peine à se généraliser.

Consciente de cette difficulté, la DRASS d'Ile de France mène actuellement une réflexion afin de déterminer les actions à mettre en place pour soutenir le développement de ces réseaux.

Trois objectifs semblent se dégager :

- *proposer un découpage du territoire* en secteurs gérontologiques,
- *organiser la coordination des acteurs* au sein de ces secteurs,
- *développer un échelon départemental* de coordination.

Cependant, le secteur n'a de sens que si il organise les relations de l'ensemble des acteurs concernés par les personnes âgées. Dans cette hypothèse, il appartiendra aux DDASS de vérifier que la collaboration instaurée concerne bien l'ensemble des institutions et services du secteur : institutions

sanitaires et médico-sociales, services sociaux des caisses d'assurance maladie, professionnels de santé libéraux, services délivrant des prestations à domicile, services sociaux du secteur...

Dans son rapport « vieillir en France » remis le 30 septembre 1999 au premier ministre Madame GUINHARD-KUNSTLER, député du Doubs, préconise en ce sens, la création d'une instance qui aurait des missions d'impulsion d'une politique gérontologique, de coordination financière et de planification.

Par ailleurs, le secteur pourrait constituer le lieu privilégié d'organisation d'une politique de prévention adaptée à la question du vieillissement tel que l'a recommandé la conférence nationale de santé 1999.⁵⁰ (dépistage du vieillissement pathologique, dépistage des pathologies qui augmentent avec l'âge, prévention de la désorientation).

Enfin, il appartiendra aux cadres des services déconcentrés de favoriser grâce à l'existence de ces secteurs, le renforcement d'une politique de diversification de l'offre avec notamment la mise en place de passerelles entre le domicile et les institutions.

⁵⁰ *conférence nationale de santé, rapport 1999, page 19*

CONCLUSION

En substance, il semble que « *les conventions pluriannuelles tripartites constituent un très bon outil d'amélioration de la qualité des prestations* » et services offerts aux personnes âgées accueillies en institution, « *sous réserve que des négociations soient réellement ouvertes* »⁵¹, mais également à condition que les acteurs concernés jouent le jeu d'une évaluation constructive et d'une coordination volontariste.

Avec le conventionnement et son cahier des charges, il appartient désormais à l'ensemble des établissements de répondre à de mêmes objectifs d'organisation et de fonctionnement dans un but d'amélioration de la qualité des prestations. Les distinctions entre personnes morales (droit public, droit privé) tendent à disparaître au profit d'une distinction entre celles qui auront une convention et celles qui n'en bénéficient pas.

La convention est un pacte tripartite d'objectif et de moyens, qui permettra de faire progresser autant les démarches des établissements que les politiques des Conseils Généraux ou des services de l'Etat.

En effet, l'évaluation que les conventions intègrent, permettront des comparaisons entre structures et mettrons en évidence les pratiques professionnelles les plus efficaces.

En parallèle, les comparaisons interdépartementales permettrons de juger de l'efficacité de chaque politique départementale en faveur des personnes âgées, en mesurant les résultats obtenus dans les établissements au regard du soutien apporté par l'Etat et le Conseil Général.

⁵¹ Pascal CHAMPVERT, Quelques réflexions sur la réforme de la tarification, revue « *Gérontologie et Société* » n°80 mars 1997

BIBLIOGRAPHIE

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-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

Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux **modalités de tarification et de financement** des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

Arrêté du 26 avril 1999 relatif à la **composition du tarif journalier** afférent aux soins, résultant du droit d'option tarifaire mentionné à l'article 9 du décret du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

Arrêté du 26 avril 1999 relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement de la **commission départementale de coordination médicale** mentionnée à l'article 12 du décret du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Code de la Famille et de l'Aide Sociale

Code de procédure Pénale

CIRCULAIRES

Circulaire DGS/ DH/ 95 n°22 du 6 mai 1995 relative aux **droits des patients hospitalisés**, comportant une charte du patient hospitalisé.

Circulaire MARTHE/ DAS/ DH/ DSS n° 99-578 du 14 octobre 1999 relative aux principales mesures à prendre au titre de la campagne budgétaire de l'exercice 2000, applicable aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et à diverses autres dispositions concernant ces établissements.

RAPPORTS ET DOCUMENTS OFFICIELS

Quelques rapports de l'Inspection Générale des Affaires Sociales portant sur l'hébergement des personnes âgées :

Rapport HENRARD, 1982

Rapport BRAUN, 1989

Rapport BOULARD, 1991

Rapport SCHOPFLIN, 1991

Rapport de l'inspection Générale des Affaires Sociales VINCENT-DESTAIS sur le renforcement des fonctions du premier degré dans le domaine sanitaire et social, 1997

« **Charte des Droits de la Personne Agée Dépendante** », Fondation Nationale de Gérontologie, 1987.

« **Déclaration des Droits de la Personne Agées en Institution** », 1989

« Les personnes âgées accueillies dans le département de l'Essonne », étude de l'Observatoire Régional de la Santé d'Ile de France (ORS), 1995.

Schéma départemental des personnes âgées de l'Essonne, 1999-2004

« La réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes » Direction de l'Action Sociale du ministère de l'emploi et de la solidarité Equipe projet tarification EHPAD document de présentation, juillet 1998

Recommandations du Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale, section sociale, séance du 12 février 1998.

Conférence nationale de santé, rapport 1999

Rapport « vieillir en France », Madame GUINHARD-KUNSTLER, septembre 1999

OUVRAGES

Boris STARCK, « Droit civil, obligations », Librairies techniques, 1972.

Denis LABAYLE « la vie devant nous, enquête sur les maisons de retraite » éditions du Seuil 1995.

Gérard BRAMI, « la qualité de vie dans les établissements pour personnes âgées », éditions Berger-Levrault 1997

« gérer et assurer la qualité », Recueil des normes françaises, 1996

mémoire de DESS « d'économie et de gestion hospitalière privée », Nathalie DELORT, université de Montpellier, 1996-1997

ARTICLES ET REVUES SPECIALISEES

Pascal CHAMVERT, Quelques réflexions sur la réforme de la tarification, revue Gérontologie et Société, n°80 mars 1997

J.M.LEVY, « vers de nouvelles régulations dans le secteur social et médico-social »
Revue de droit sanitaire et social, octobre-décembre 1998

Guide méthodologique de la démarche d'évaluation de la qualité en établissement de santé, ENSP, octobre 1999

Revue « **le mensuel des maisons de retraites** », n°14, octobre 1998 et n°23, juillet 1999.

Revue « **décideurs des maisons du 3^{ème} âge** », n°23, avril/mai 1999.