



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement sanitaire
et social public**

Promotion 2001 - 2002

DE LA POLITIQUE DE REDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL

PAR L'AMELIORATION DE LA QUALITE

Doriane DEDOURGE

Sommaire

<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>I^{ÈRE} PARTIE :</u>	5
<u>DEUX POLITIQUES NÉCESSAIREMENT IMBRIQUÉES</u>	5
<u>CHAPITRE I : LA MISE EN PLACE DES 35 HEURES DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE</u>	6
<u><i>1. Évolution de la politique de réduction du temps de travail et réglementation dans la fonction publique hospitalière</i></u>	6
<u>a. La politique de réduction du temps de travail et son application aux différentes fonctions publiques</u>	6
<u>b. Le cadre normatif pour la mise en place des 35 heures dans un établissement sanitaire et social public</u>	9
<u><i>2. Signification de la mise en place des 35 heures dans un établissement sanitaire et social</i></u> ..	11
<u>a. Des incidences sur la gestion économique et sociale et sur les caractéristiques du travail dans un établissement sanitaire et social</u>	11
<u>b. Des incidences sur la gestion des ressources humaines d'un établissement sanitaire et social</u>	13
<u>CHAPITRE II : LA POLITIQUE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ</u>	15
<u><i>1. Évolution de la notion et cadre réglementaire</i></u>	15
<u>a. Principales indications nationales sur la politique d'amélioration de la qualité dans le secteur sanitaire</u>	15
<u>b. Les textes relatifs à la politique d'amélioration de la qualité dans un établissement sanitaire et social</u>	16
<u><i>2. Signification de la politique d'amélioration de la qualité dans un établissement sanitaire et social</i></u>	19
<u>a. Des incidences pour l'institution</u>	19
<u>b. Des incidences sur la satisfaction des usagers et des agents</u>	20

<u>CHAPITRE III : CES DEUX POLITIQUES MONTRENT DES SIMILITUDES QUANT AUX EXIGENCES DE LEUR MISE EN PLACE ET NÉCESSITENT UN SOCLE POUR LEUR RÉALISATION</u>	22
<u>1. Des exigences similaires</u>	22
a. <u>Même processus de raisonnement</u>	22
b. <u>Des objectifs proches</u>	24
<u>2. Le projet d'établissement comme moyen de pérenniser les actions entreprises et comme socle à la rédaction de la convention pluriannuelle</u>	25
a. <u>Objet de communication interne et externe</u>	25
b. <u>Résultat de l'organisation actuelle et des projets sur cinq ans</u>	27
<u>II^{ÈME} PARTIE :</u>	29
<u>DÉMARCHE QUALITÉ ET RÉDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL : L'EXEMPLE DE LA MAISON DE RETRAITE DE CARCÈS</u>	29
<u>CHAPITRE I : IDENTIFICATION DES CONTRAINTES</u>	30
<u>1. Situation de l'établissement</u>	30
a. <u>Cadre général</u>	30
b. <u>Indications spécifiques pour les politiques de réduction du temps de travail et d'amélioration de la qualité</u>	31
<u>2. Contraintes relatives aux politiques de mise en place des 35 heures et de la démarche qualité</u>	33
a. <u>Les principes de la démarche et la mise en place de questionnaires retournés par les résidents et leurs proches</u>	33
b. <u>Les attentes issues des questionnaires du personnel et de l'auto-évaluation de l'établissement</u>	35
<u>CHAPITRE II : LA DÉMARCHE POUR LA MISE EN ŒUVRE DES 35 HEURES ET LES GAINS ORGANISATIONNELS</u>	38
<u>1. La démarche de mise en place des 35 heures</u>	38
a. <u>Le déroulement pratique de la démarche pour la mise en place des 35 heures</u>	38
b. <u>L'application des nouvelles définitions et les réajustements nécessaires</u>	41
<u>2. La réorganisation et les gains organisationnels</u>	43
a. <u>L'aménagement du temps de travail et la mise en place de nouveaux horaires</u>	43
b. <u>La réorganisation des services et des fonctionnalités</u>	44

<u>CHAPITRE III : L'INCIDENCE SUR LA QUALITE</u>	46
<u>1. Impulsion de la part du personnel</u>	46
a. <u>Les difficultés d'une réorganisation</u>	46
b. <u>Vers une dynamique de changement</u>	48
<u>2. Sur la qualité de la prise en charge des personnes âgées</u>	49
a. <u>Différentes conceptions de la qualité</u>	49
b. <u>Quelques exemples d'amélioration de la qualité</u>	50
<u>III^{ÈME} PARTIE :</u>	53
<u>LES OPPORTUNITÉS DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT</u>	53
<u>CHAPITRE I : L'INTÉRÊT DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT</u>	54
<u>1. L'impact du projet d'établissement sur les différents acteurs</u>	54
a. <u>Pour les acteurs internes à l'établissement</u>	54
b. <u>Pour les acteurs externes</u>	57
<u>2. La nécessité de répondre aux contraintes et aux nouvelles réalités contextuelles</u>	59
a. <u>De nouvelles attentes et de nouvelles offres</u>	59
b. <u>Un contexte de coordination, voire de coopération</u>	61
<u>CHAPITRE II : UNE POLITIQUE DE CHANGEMENT</u>	63
<u>1. Les apports des projets</u>	63
a. <u>En terme de management</u>	63
b. <u>En terme de démarche qualité</u>	64
<u>2. L'évaluation des actions</u>	66
a. <u>La nécessaire définition de critères et d'indicateurs</u>	66
b. <u>Vers une évaluation réalisée par un organisme extérieur</u>	68
<u>CONCLUSION</u>	70

**Mes remerciements les plus sincères à Jean-Pierre Pavone et
à Joël Clément pour leur disponibilité, leurs conseils,
leur soutien et le partage de leurs connaissances.**

**Merci également au personnel et aux usagers
de la maison de retraite
pour tous les moments partagés,
et à la relectrice de talent...**

INTRODUCTION

Comme beaucoup d'autres pays, la France vieillit. La part des moins de vingt ans diminue, celle des plus de soixante-quinze ans augmente. En 1950, les plus de soixante-quinze ans représentaient 8 % de la population, la proportion s'élèverait à 25 % en 2020 puis à 30 % en 2050¹.

De plus, il est à craindre qu'avec l'éclatement de la famille et l'individualisme érigé en valeur qui caractérise notre société, les personnes âgées, en panne de solidarité familiale et de proximité, soient de plus en plus contraintes d'envisager l'institutionnalisation, malgré l'intensification de l'offre des services à domicile, qui souffrent d'un problème d'ajustement à la demande et de coordination. Actuellement, 87 % des personnes de plus de soixante-quinze ans et 73 % des quatre-vingts ans et plus vivent à domicile.

Depuis longtemps, ces réalités et ces perspectives sont connues. Elles ont contribué à initier différentes politiques publiques consacrées à la vieillesse. Les établissements sanitaires et sociaux publics ont été, ces derniers temps, soumis à d'importantes réformes. La mise en place de la prestation spécifique dépendance en 1997 et l'idée que chaque structure devra rédiger une convention, passée entre le représentant de l'établissement, le président du conseil général et l'autorité qualifiée pour représenter l'assurance maladie, amènent à réfléchir sur la prise en charge des personnes âgées dans les institutions.

En 1999, le gouvernement définit le cahier des charges que chaque convention devra respecter, et fixe comme fil conducteur la mise en place d'une démarche qualité et une évaluation globale des établissements. L'utilisateur est placé au centre du dispositif.

Avec l'allongement de l'espérance de vie apparaît dans la société française un autre modèle culturel de la vieillesse : la dépendance et son cortège de négation : être vieux serait ne plus pouvoir, ne plus savoir, ne plus vouloir, ne plus se souvenir, ne plus se retenir, ne plus être... De 670 000 en 1990, le nombre de personnes âgées dépendantes passerait à près d'un million en 2020, soit une progression de presque 50 % en trente ans. En 1998, 36 % des personnes âgées dépendantes sont accueillies en établissement.

Désormais, les établissements sanitaires et sociaux, signataires de la convention tripartite seront appelés établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

¹ DUCALET P. et LAFORCADE M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Paris, Seli Arslan, 2000.

Dans le même temps, le mouvement de réduction du temps de travail, décidé initialement par le gouvernement pour relancer l'emploi privé, s'applique à la fonction publique. Ainsi, les agents des établissements sanitaires et sociaux se voient appliquer la mise en place des 35 heures.

Le passage des 39 heures hebdomadaires aux 35 heures, prévu pour le 1^{er} janvier 2002, n'est pas seulement une réduction de 10,25 % du temps de travail, c'est une réflexion en profondeur sur le coût du travail, et donc sur son organisation et son aménagement, qui s'impose. Le nombre d'heures travaillées est passé de 3 000 heures annuelles en 1900 (60 heures par semaine), à 1 716 heures en 1982 (39 heures hebdomadaires), et 1 540 en 2002. On assiste, sur cent ans, à une baisse de près de la moitié du temps de travail. Cela justifie le renchérissement des dépenses de personnel, puisqu'en 1900 les salaires représentaient 20 % des budgets d'exploitation des établissements, pour atteindre près de 70 % en 2000.

Dans le dossier de réduction du temps de travail, le secteur sanitaire et social a été plutôt malmené puisque d'abord exclu du champ d'application de la loi dite loi de Robien², puis entré tardivement et de façon chaotique dans le dispositif Aubry³. Il reste aujourd'hui un secteur fragilisé par des mouvements importants : une restructuration de l'offre de soins, un cadrage très rigide, des évolutions technologiques fortes et un public d'utilisateurs de plus en plus complexe, diversifié et, à juste titre, exigeant quant à la qualité de la prestation qu'il attend.

La démarche proposée au niveau national pour mettre en place la politique de diminution de la durée du temps de travail hebdomadaire par agent est intitulée : aménagement et réduction du temps de travail (ARTT). Il s'agit non seulement de réduire le nombre d'heures travaillées mais surtout de réfléchir à une réorganisation de l'institution. Ainsi, les 35 heures sont une obligation pour les établissements et elles imposent des changements dans les conditions de travail. Les directeurs sont donc amenés à réaliser des choix stratégiques pour que ces modifications ne se fassent ni au détriment des agents, ni au détriment des utilisateurs. Le projet d'établissement pourra être envisagé comme le document permettant de retranscrire ces modifications. Il est, de plus, un élément essentiel lors de la rédaction de la convention tripartite.

² Loi n° 96-502 du 11 juin 1996 tendant à favoriser l'emploi par l'aménagement et la réduction conventionnelle du temps de travail.

³ Loi du 13 juin 1998 et loi du 19 janvier 2000.

Quant à la démarche qualité, elle représente l'organisation des moyens mis en œuvre dans le but de fournir des services conformes aux besoins et aux attentes des résidents. La démarche qualité favorise la maîtrise et l'analyse des informations relatives au fonctionnement de l'établissement. Ces informations doivent être claires, fiables et accessibles pour que les bonnes décisions soient prises et appliquées. Telle est la raison d'être des procédures et protocoles ainsi que des instructions documentées et identifiées. De plus, les moyens des institutions (le personnel, les équipements, les locaux, l'allocation budgétaire) ne sont efficaces que s'ils sont organisés, maîtrisés et adaptés.

Dans ce mémoire, le sens retenu pour l'expression « démarche qualité » renferme à la fois la qualité de prise en charge des usagers de l'institution publique, mais également la qualité de travail des agents de l'établissement.

Les dirigeants des établissements sanitaires et sociaux, selon l'avancée de la mise en œuvre de la démarche qualité, doivent donc choisir entre mettre en place une démarche qualité en même temps que la réduction du temps de travail ou ralentir le processus de la démarche qualité pour se concentrer sur la mise en place des 35 heures. La maison de retraite de Carcès, engagée dans une démarche de prise en charge de qualité, avec rédaction de procédures, évaluation des pratiques, recueil des satisfactions des résidents, depuis quelques années, a choisi de mettre en place les 35 heures avec comme fil conducteur, le maintien, voire l'amélioration de la prise en charge des personnes accueillies.

La mise en œuvre de l'aménagement et de la réduction du temps de travail ne doit en aucune façon faire reporter sur les résidents de l'établissement une quelconque dégradation de la qualité de la prise en charge qu'ils sont en droit d'attendre au cours de leur séjour. Au contraire, il faut saisir l'opportunité qu'impose la mise en place des 35 heures dans la fonction publique pour réviser l'organisation, pour l'optimiser qualitativement et quantitativement, en profitant de l'occasion pour y intégrer, peu à peu, l'ensemble des exigences définies par des référentiels dans l'immédiat, et surtout dans le moyen terme grâce au projet d'établissement.

Le lien réalisé entre la mise en place des 35 heures dans un établissement sanitaire et social et le maintien de la démarche qualité peut sembler utopique, surtout lorsque l'on s'en tient aux propos des agents, cependant, l'exemple de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail à la maison de retraite de Carcès va apporter une vision particulière à cette disposition. Il s'agira d'une approche qui, volontairement, a exclu la dimension financière de l'étude car l'analyse porte essentiellement sur la logique de projet. Mais ces

aspects financiers seront nécessairement pris en compte lors de la rédaction et de la négociation de la convention pluriannuelle.

Ainsi, il apparaît tout d'abord essentiel de définir les politiques de mise en place des 35 heures et d'amélioration de la qualité dans les établissements sanitaires et sociaux, pour voir en quoi elles sont liées et comment la réorganisation qu'elles ont engendrée pourra être pérennisée.

Ensuite, la réflexion concrète sera menée, sur une mise en place de la réduction du temps de travail, considérée comme un outil d'une démarche qualité renforcée ; en procédant à une identification des contraintes dans la structure puis à un résumé de la démarche des projets, suivi de quelques exemples d'amélioration de la qualité.

Enfin, une modalité est proposée pour pérenniser l'organisation résultant de la mise en place des 35 heures et du maintien de l'objectif de la qualité des prises en charge : il s'agit de saisir les opportunités de la rédaction d'un projet d'établissement. En effet, celui-ci va servir de socle à la nouvelle organisation, notamment dans l'objectif de la signature d'une convention tripartite, et contribuer à inscrire l'établissement dans une politique de changement et d'adaptation à son nouvel environnement.

I^{ERE} PARTIE :

DEUX POLITIQUES NECESSAIREMENT IMBRIQUEES

La volonté de réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière, après avoir progressivement émergé dans les esprits, s'est concrétisée par des déclarations de politiques ainsi que des textes réglementaires et législatifs.

Quant à la mise en place d'une politique d'amélioration de la qualité dans les établissements sanitaires et sociaux, celle-ci repose sur des idées, des directives générales, mais elle est également inscrite de manière plus précise dans des textes législatifs et réglementaires.

La mise en place de ces deux politiques présente des points communs notamment en ce qui concerne le cadre temporel : 2002 est l'année de la mise en place des 35 heures dans la fonction publique hospitalière et elle est l'avant-dernière année, pour les EHPAD, pour la signature des conventions tripartites, contrat entre les partenaires qui repose tout particulièrement sur des notions de qualité de prise en charge.

Le projet d'établissement, document « socle » de la convention, semble pouvoir être à la fois un moyen de pérenniser la réorganisation issue des 35 heures ainsi que les projets d'amélioration de la qualité et les moyens nécessaires pour y parvenir sur cinq ans.

CHAPITRE I : LA MISE EN PLACE DES 35 HEURES DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE

Longtemps le silence était de mise concernant la réduction du temps de travail (passage de 39 à 35 heures hebdomadaires) dans la fonction publique, mais lors de la parution de la seconde loi Aubry⁴, le gouvernement fixe comme date butoir le 1^{er} janvier 2002 pour que celle-ci s'applique aux fonctions et services publics.

Il existe ainsi des textes et déclarations concernant la mise en place des 35 heures dans la fonction publique hospitalière et plus particulièrement dans un établissement sanitaire et social, et cette politique a des nombreuses incidences sur le fonctionnement d'un tel établissement.

1. Évolution de la politique de réduction du temps de travail et réglementation dans la fonction publique hospitalière

L'idée de réduction du temps de travail (RTT) à 35 heures hebdomadaires a progressivement émergé pour finalement toucher les trois fonctions publiques⁵ et donc la fonction publique hospitalière.

a. La politique de réduction du temps de travail et son application aux différentes fonctions publiques

La notion de réduction du temps de travail à 35 heures par semaine n'est pas récente ; dès 1982, la loi instituant le passage à 39 heures hebdomadaires prévoyait la mise en place progressive des 35 heures sous cinq ans. Cependant, ce n'est qu'en 1996 que la loi de Robien, tendant à favoriser l'emploi par l'aménagement et la réduction conventionnelle du temps de travail, propose la baisse de la durée légale du travail. Estimant que la mise en place ne touchait pas suffisamment d'entreprises volontaires, le gouvernement de M. Jospin rend le processus obligatoire et l'inscrit dans son discours du 10 octobre 1997 à Matignon et dans la loi du 13 juin 1998 dite loi Aubry I⁶.

Il s'agit alors de demander aux entreprises ou établissements du secteur privé de réduire la durée du travail avant le 1^{er} janvier 2000, ou pour les entreprises de vingt salariés

⁴ Le 19 janvier 2000.

⁵ Fonction publique d'Etat, fonction publique territoriale et fonction publique hospitalière.

⁶ Loi n° 98-461 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail.

ou moins, avant le 1^{er} janvier 2002. Le gouvernement explique qu'ils pourront bénéficier d'aides financières sous certaines conditions. Ce dispositif sera complété par la loi du 19 janvier 2000 dite loi Aubry II⁷.

Les principaux objectifs du gouvernement concernant la réduction du temps de travail dans le secteur privé, objectifs relatés lors de la présentation du projet de loi Aubry II, sont les suivants :

- négocier des solutions diversifiées pour mettre en place la réduction de la durée du travail dans le cadre de nouvelles organisations qui prennent en compte à la fois les besoins des entreprises, les aspirations des salariés et débouchent sur la création et la préservation des emplois ;
- trouver un compromis entre les nouvelles modalités d'organisation du travail et l'amélioration des conditions de travail en cas d'accord collectif du temps de travail ;
- tenir compte de la spécificité de certaines catégories de personnel, notamment le personnel d'encadrement ;
- amplifier la dynamique de négociation en instituant des outils d'accompagnement.

Pour les agents de la fonction publique, dès la loi Aubry I⁸, est évoquée la nécessité de réaliser un état des lieux sur la situation de leur temps de travail. Ainsi, est créée la mission Roche chargée de présenter, au ministre de la fonction publique, un rapport sur le bilan et les perspectives de la réduction du temps de travail pour les fonctionnaires⁹. En janvier 1999, lors de la présentation de celui-ci, quelques conclusions peuvent être notées :

- l'environnement réglementaire n'est pas adapté car de nombreux textes se sont accumulés et il existe actuellement une extrême diversité de situations concernant la gestion et la durée du temps de travail ;
- dans ce domaine, la fonction publique d'Etat est principalement régie par le décret n° 94-725 du 24 août 1994, la fonction publique hospitalière (plus particulièrement les établissements sanitaires et sociaux) par l'ordonnance n° 82-272 du 26 mars 1982, tandis qu'il n'existe pas de texte réglementaire spécifique pour la fonction publique territoriale, l'assemblée délibérante ayant le pouvoir de déterminer la durée du travail dans le cadre de l'organisation et des besoins du service ;

⁷ Loi n° 2000-37 relative à la réduction négociée du temps de travail.

⁸ Article 14 de la loi.

⁹ *Le temps de travail dans les trois fonctions publiques*, Rapport au ministre de la fonction publique, de la réforme de l'État et de la décentralisation, Paris, La Documentation française, 1999.

- la durée légale de travail est de 39 heures pour les fonctions publiques d'Etat et hospitalière alors qu'en l'absence de texte dans la fonction publique territoriale, aucune durée légale ne s'impose ;
- le décompte du temps de travail réellement accompli est réalisé dans peu d'établissements ;
- enfin, la fonction publique hospitalière apparaît dans ce rapport comme ayant en moyenne une durée de travail proche des obligations légales, soit entre 35 heures 30 et 38 heures 29 ; de plus, elle connaît et respecte des normes précises concernant la durée quotidienne, l'amplitude journalière, le temps de repos entre deux jours de travail, etc.

Ainsi, la mise en place des 35 heures devrait permettre une clarification des indications concernant la durée et les définitions relatives au temps de travail.

La dernière réduction généralisée du temps de travail - qui s'est effectuée en 1981 (passage de 40 à 39 heures hebdomadaires) - n'avait cependant pas donné lieu à un aménagement ou à une réorganisation de grande ampleur. Des modifications ponctuelles ont été progressivement apportées pour s'adapter à la nouvelle norme légale (par exemple, une journée de récupération attribuée au bout de deux mois travaillés selon une quotité de 8 heures de travail par jour).

Le premier texte visant à encadrer la mise en place des 35 heures dans la fonction publique concerne uniquement la fonction publique d'Etat ; le décret du 25 août 2000 détermine les conditions du passage aux 35 heures hebdomadaires pour ses agents.

La durée du temps de travail est fixée à 35 heures par semaine soit un décompte annuel sur la base de 1 600 heures maximum. La définition du temps de travail est issue du Code du travail¹⁰ et des limites sont fixées, d'une part, concernant la durée hebdomadaire maximale de 48 heures sur une semaine et de 44 heures en moyenne sur 12 semaines, et d'autre part, concernant la durée quotidienne maximale de 10 heures par jour, une amplitude journalière maximale de 12 heures et un repos quotidien de 11 heures minimum.

Cependant, les objectifs qui encadrent ce texte ne sont pas les mêmes que pour la réduction du temps de travail dans le secteur privé. L'ambition est différente car lorsque les syndicats parlent de réduire le temps de travail pour créer des emplois, le gouvernement explique qu'il s'agit surtout d'aménagements pour améliorer le service.

¹⁰ La durée du travail effectif s'entend comme le temps pendant lequel les agents sont à la disposition de leur employeur et doivent se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles.

La mise en place des 35 heures dans le secteur public doit privilégier la réflexion sur l'organisation du travail et les compétences pour dégager des marges de manoeuvre.

b. Le cadre normatif pour la mise en place des 35 heures dans un établissement sanitaire et social public

Le rapport Roche, concernant la fonction publique hospitalière apporte les conclusions suivantes : avant la mise en place des 35 heures, il existe des décomptes différents selon les établissements car plusieurs textes régissent la durée du temps de travail et sont plus au moins contradictoires. Certaines dispositions spécifiques ne sont fixées que par voie de circulaires. La directive européenne du 23 novembre 1993, concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail, n'a pas encore été adaptée à la fonction publique hospitalière.

La référence¹¹ qui fixe à 39 heures hebdomadaires la durée du travail ne correspond pas vraiment au mode de fonctionnement des établissements puisque près de deux tiers des agents travaillent en poste variable et ce en continu tout au long de l'année.

La difficulté de gestion des congés annuels liée aux références réglementaires multiples entre jours ouvrés et jours ouvrables¹² entraîne une situation très défavorable pour les agents à temps partiel dont le calcul des congés s'effectue en heures.

Le processus de réduction du temps de travail doit donc être l'occasion de recadrer et de clarifier les caractéristiques de la gestion du temps de travail dans la fonction publique hospitalière. Cependant, l'application de cette réforme aux agents publics apparaît comme subie plutôt que choisie. Ses objectifs de relancer l'emploi privé ne semblent pas concerner le secteur public, d'autant plus que le gouvernement ne parle pas vraiment, au début de la démarche, de créer des emplois supplémentaires en contrepartie de la réduction du temps travaillé par agent.

Ainsi, la réflexion sur la mise en place des 35 heures dans la fonction publique, au cours de l'année 2001, s'est basée sur le principe de démarches locales et sur l'idée d'une articulation entre la négociation nationale et la négociation locale. Les différentes phases de

¹¹ Ordonnance n° 82-272 du 26 mars 1982 modifiée relative à la durée hebdomadaire de travail dans les établissements sanitaires et sociaux mentionnés à l'article L. 792 du Code de la santé publique et décret n° 82-870 du 6 octobre 1982 relatif à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article L. 792 du Code de la santé publique.

¹² La circulaire du 5 mars 1982 parle de 30 jours ouvrés tandis que la circulaire du 8 février 1994 précise : 25 jours ouvrés, plus 2 jours dits « hors saison », 104 repos hebdomadaires et 11 jours fériés accordés et fixe une durée du travail annuelle de référence commune à tous les établissements de 1 716 h pour les équipes de jour et de 1 540 h pour les équipes de nuit.

la démarche locale étaient la réalisation d'un diagnostic de l'organisation avant la mise en place des 35 heures, puis la négociation d'accords locaux en concordance avec le cadrage national à venir.

Les établissements ont donc procédé à des développements de projets de réduction du temps de travail de manière individuelle avec comme objectifs : l'amélioration de la qualité du service pour les usagers et des conditions de travail pour les personnels, le progrès social et l'équité, l'enrichissement du dialogue social et le renforcement de la gestion prévisionnelle des compétences, et comme échéance le 1^{er} janvier 2002.

La parution du protocole national d'accord sur la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière, le 27 septembre 2001, est le résultat des négociations nationales ; mais ce texte n'a été signé que par quatre organisations syndicales¹³ sur huit. Le cadrage national comprend une réglementation actualisée, plus précise et plus homogène, la définition des modalités de répartition des moyens supplémentaires entre les régions et l'organisation de la mise en place de la réduction du temps de travail, de son suivi et de son évaluation au niveau national et local.

Ce n'est que le 4 janvier 2002 que sont parus deux décrets relatifs, l'un aux congés annuels des agents¹⁴, et l'autre au temps de travail et à l'organisation du travail¹⁵ de certains établissements de la fonction publique hospitalière. Parmi les principales caractéristiques se trouvent : la durée du travail (article 1^{er} du décret n° 2002-9 : le décompte du temps de travail est réalisé sur la base d'une durée annuelle de travail effectif de 1 600 heures maximum), la définition des agents soumis à des sujétions spécifiques (article 2 du décret n° 2002-9 : les agents en repos variable, les agents travaillant exclusivement de nuit et les agents en servitude d'internat), la définition du « temps de travail effectif » (article 5 du décret n° 2002-9¹⁶), des précisions sur les temps de pause (article 7 du décret n° 2002-9 : une pause d'une durée de 20 minutes est accordée lorsque le temps de travail quotidien est supérieur à 6 heures consécutives), la durée des congés annuels (article 1^{er} du décret n° 2002-8), etc.

¹³ La Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux (CFDT), la Fédération autonome des services de santé (UNSA), le Syndicat national des cadres hospitaliers (SNCH) et la Fédération française santé et action sociale (CFE/CGC).

¹⁴ Décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

¹⁵ Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

¹⁶ La durée du temps de travail effectif s'entend comme le temps pendant lequel les agents sont à la disposition de leur employeur et doivent se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à leurs occupations personnelles.

2. Signification de la mise en place des 35 heures dans un établissement sanitaire et social

L'entrée dans un projet de réduction du temps de travail représente un certain nombre de risques et d'opportunités pour un établissement sanitaire et social. Réduire le temps ne signifie pas seulement modifier des horaires ou des roulements, mais aussi changer profondément le fonctionnement de l'établissement, le déroulement de l'activité, les habitudes de travail, les modes de management, etc.

Ce type de projet permet d'organiser le dialogue, de préparer le changement et de construire différents scénarios possibles.

a. Des incidences sur la gestion économique et sociale et sur les caractéristiques du travail dans un établissement sanitaire et social

La logique du projet des 35 heures répond à deux dimensions :

- le projet répond à une contrainte externe, une obligation réglementaire, il répond à une stricte application de la notion de travail effectif et des autres définitions,
- le projet est empreint d'une volonté de faire évoluer l'établissement vers une réorganisation du temps pour soutenir une stratégie de mutation, de restructuration, une volonté de dynamiser le dialogue social.

La réforme est basée sur une baisse de la durée du temps de travail de plus de 10 %, sans que les traitements ne soient touchés. Ainsi, pour un établissement autonome, dont les dépenses et les recettes doivent être équilibrées et dont les dépenses de personnel représentent une large part du budget global, l'augmentation du coût de la masse salariale risque de se faire sentir sur le prix payé par une partie des usagers.

En effet, lors de la signature du protocole sur la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière, le gouvernement a décidé d'accompagner significativement le dispositif par la création de 45 000 emplois liés directement à la réduction du temps de travail. Cependant, rapporté au nombre total de fonctionnaires hospitaliers, cela représente bien moins de 10 %. Comment la répartition des personnels accordés dans les établissements va-t-elle s'effectuer en contrepartie à la réduction du temps de travail ?

C'est pour cela que le processus de négociation en vue de la rédaction d'un accord local s'inscrit dans une double perspective : en interne entre les partenaires sociaux de l'établissement et en externe avec les différentes autorités.

L'activité d'un établissement sanitaire et social se caractérise par des métiers diversifiés et une pluralité d'activités. Ainsi, il est à noter une complexité de la gestion et des logiques. Dans une démarche d'aménagement et de réduction du temps de travail, il s'agit d'améliorer les conditions de travail et de réfléchir aux modes de coopération à maintenir ou à développer. Les modes d'organisation doivent favoriser une prise en charge de qualité de tous les usagers.

Les organisations sanitaires et sociales exerçant une mission de service public ont des caractéristiques et des contraintes spécifiques et permanentes qui marquent l'organisation et structurent le temps de travail. La nature de l'environnement est complexe et instable, tant sur le plan politique qu'économique ; les représentations sociales et les connaissances évoluent en permanence. Ainsi, la projection à long terme est difficile car il est nécessaire de s'adapter constamment et de faire preuve de réactivité. Le levier sur lequel peut jouer l'organisation est l'adaptation des effectifs à la charge de travail et à la variabilité. Mais la réduction du temps de travail devient alors difficilement compatible avec la vie privée.

Les nouvelles données économiques, l'évolution des modalités de prise en charge des personnes, des comportements face à la maladie, etc. ont sensiblement modifié les caractéristiques du travail dans un établissement sanitaire et social. Il faut cependant souligner que sa mission de service public implique des exigences permanentes :

- la continuité des prises en charge, exigeant des horaires particuliers (travail en équipe, travail de nuit, de week-end), des temps de transmissions nécessaires entre équipes, l'élaboration complexe de plannings qui doit aussi assurer une équité entre les agents,
- un accueil du public sans discrimination,
- un traitement égalitaire et de qualité de tous les usagers.

Le travail en milieu sanitaire et social est par nature soumis aux aléas. Il y a une grande hétérogénéité des usagers. Travailler sur de l'humain entraîne toujours une réponse singulière et les aléas sont importants. Ainsi, l'adaptation des modes opératoires est nécessaire et les coopérations doivent être diverses et variées. Dans ce cadre-là le temps disponible est une donnée qui détermine la qualité de la réponse.

b. Des incidences sur la gestion des ressources humaines d'un établissement sanitaire et social

La contrainte de permanence des soins sur les 24 heures de la journée, et de non-interruption pour les week-ends ou les congés des personnels impose de mettre en place, dans un établissement sanitaire et social, une organisation du temps de travail qui permette de concilier le respect des réglementations et les nécessités du service.

Lors d'un projet de réorganisation tel que celui nécessaire à la mise en œuvre des 35 heures, l'important est de mettre en place une organisation qui permette de prendre en compte les contraintes de l'activité, et de satisfaire au maximum les souhaits personnels des agents liés, tant à leur perception du travail, qu'à leurs habitudes de vie.

Cependant, l'application des 35 heures à la fonction publique intervient après celle du secteur privé, ainsi, les différentes modalités possibles de prise de la réduction du temps de travail sont connues, et la plupart des agents souhaitent non seulement obtenir des jours entiers de récupération mais ont entendu parler de 20 jours de réduction du temps de travail. Et les seules contraintes organisationnelles ont un effet direct sur les conditions de travail, et sur la vie quotidienne des personnels. Ces derniers sont donc extrêmement sensibilisés à toute modification apportée au système des horaires, et il s'agit là d'un sujet particulièrement important. L'aménagement du temps de travail a des effets sans conteste très déterminants dans la perception du quotidien.

Cependant, l'appréciation de chaque salarié concernant l'organisation du temps de travail est individuelle. Elle dépend de sa situation privée, de sa position dans l'organisation, de l'adéquation entre ses valeurs et le service rendu, de la satisfaction au travail, produite par la nouvelle organisation.

Pour le directeur, les leviers qui peuvent exister sont la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, le dialogue social, la contractualisation, la participation des personnels, les plans de formation, etc.

De plus, l'enjeu de la santé et des conditions de travail des salariés doit être pris en compte dans les projets de réduction du temps de travail. Il ne faut pas sous-estimer l'impact des réorganisations sur la santé des personnes. Des retours positifs de la réduction du temps de travail peuvent concerner la sphère hors travail mais ceux concernant la sphère du travail peuvent être souvent négatifs : il faut rester vigilant face à une intensification du travail.

La démarche du projet de réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière passe par la recherche d'un accord local, en conformité avec le cadrage national et les décrets du 4 janvier 2002, mais il s'agit là d'une démarche totalement nouvelle, à la fois pour les dirigeants des établissements concernés et pour le personnel et leurs représentants syndicaux au sein des établissements sanitaires et sociaux.

Ce processus tendant à faire participer au maximum les acteurs du système se retrouve également dans la mise en place d'une démarche qualité dans les établissements.

CHAPITRE II : LA POLITIQUE D'AMELIORATION DE LA QUALITE

La notion de qualité ne devrait pas être édictée comme une politique à proprement parler car elle est inhérente à la gestion au quotidien d'un établissement sanitaire et social public ; seulement, les gouvernements successifs ont souhaité, dans le but de pouvoir garantir aux usagers une prise en charge de qualité, édicter des textes et donner des indications sur l'amélioration de la qualité dans les établissements sanitaires et sociaux.

Cette application a de nombreuses incidences sur le fonctionnement des établissements.

1. Évolution de la notion et cadre réglementaire

La notion de qualité regroupe de nombreuses définitions, mais concernant le secteur sanitaire et social, elle a été définie et caractérisée par des indications (lois, règlements ou simples circulaires) édictées au niveau national.

D'abord élaborés dans le secteur sanitaire, des textes relatifs à la politique d'amélioration de la qualité existent désormais pour les établissements sanitaires et sociaux.

a. Principales indications nationales sur la politique d'amélioration de la qualité dans le secteur sanitaire

La loi du 31 juillet 1991¹⁷, portant réforme hospitalière, marque une étape décisive dans la mise en place d'une action de qualité à l'hôpital en plaçant des concepts et des outils. L'article 1^{er} crée le principe fondamental de l'accueil du malade dans un établissement de santé et institue l'élaboration de projets de service qui prévoient notamment les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité. Il instaure un rapport d'activité, comportant une évaluation de la qualité des soins, à effectuer tous les deux ans.

La notion d'évaluation est désormais devenue une nécessité pour les établissements de santé. Les commentaires et écrits s'y référant permettent de distinguer l'évaluation des structures, celle des pratiques et celle des résultats.

Cette loi évoque également l'idée d'une « prise en charge globale du malade », invitant l'établissement de santé à remettre en cause les cloisonnements sur lesquels il

¹⁷ Loi n° 91-748 portant réforme hospitalière.

fonde trop souvent son action ; la séparation des dimensions sanitaires et sociales en est un exemple.

Mais le véritable point de départ de la réforme instaurant une recherche plus systématique de la qualité est constitué par les ordonnances du 24 avril 1996. L'ordonnance relative à l'hospitalisation institue une véritable recherche de la qualité des soins par le biais de deux outils : l'accréditation et les contrats pluriannuels. Ce texte évoque la nécessité « d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, sur les pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités » et incite les professionnels à participer à l'élaboration de ces référentiels, puis à se les approprier et à auto-évaluer les pratiques à partir de ces références.

Ainsi, tous les établissements de santé devront procéder à une accréditation, conduite par l'ANAES¹⁸, qui vise à apporter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement. Engagée à l'initiative de l'établissement de santé, notamment dans le cadre du contrat qui le lie à l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH), cette procédure est obligatoire dans un délai de cinq ans à compter de la publication de l'ordonnance, sa finalité étant d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

b. Les textes relatifs à la politique d'amélioration de la qualité dans un établissement sanitaire et social

Les principes fondateurs de la participation des usagers à la vie de l'établissement sanitaire et social sont posés dans la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 sur les institutions sanitaires et sociales, et complétés par le décret du 17 octobre 1985 qui crée les conseils d'établissements dans les institutions pour personnes âgées.

La loi du 24 janvier 1997¹⁹ instituant la prestation spécifique dépendance faisait également état de la nécessaire mise en place d'une action permettant de garantir la qualité des prises en charge dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Elle liait étroitement financement et processus d'amélioration de la qualité et disposait que les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes devaient passer une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et l'autorité compétente

¹⁸ L'ANAES est l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

¹⁹ 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.

pour l'assurance maladie. Cette convention a pour objet de définir les conditions de fonctionnement de l'établissement, tant au plan financier qu'au niveau de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui sont prodigués à ces dernières en déterminant les moyens à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs.

Le passage vers la nouvelle tarification devait s'opérer après la signature de cette convention.

En complément, le 26 avril 1999²⁰, l'arrêté fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle tripartite relative aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes définit les contenus de la démarche d'assurance qualité dans laquelle doivent s'engager les partenaires conventionnels (établissements, conseil général et assurance maladie). Cette démarche garantit à toute personne âgée dépendante accueillie dans ce type d'établissement les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins.

Le texte énonce des recommandations permettant de garantir la qualité des prises en charge des personnes âgées dépendantes, telles que :

- la qualité de vie des résidents dans un objectif de maintien de l'état de santé et d'autonomie sociale, physique et psychique ;
- la qualité des relations avec les familles et l'entourage des résidents dans un objectif d'information, de participation et de respect de la dignité de la personne ;
- la qualité des personnels exerçant dans l'établissement dans un objectif de développement des compétences et de la qualification, d'optimisation de l'organisation et d'implication des personnels ;
- la qualité de l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique comportant des soins coordonnés, dans un objectif de complémentarité et de meilleure coordination des acteurs du champ sanitaire et social.

Des principes et indicateurs d'évaluation sont également énoncés concernant la vie en institution ; et la nécessité de coordination et d'évaluation des actions de soins est complétée par l'instauration d'un médecin coordonnateur référent pour chaque établissement.

Enfin, ce texte sera suivi d'un outil d'auto-évaluation, le référentiel ANGELIQUE²¹, qui a pour objectif d'aider les établissements à établir leur bilan initial, afin de dégager les points

²⁰ Décrets n° 99-316 et n° 99-317 du 26 avril 1999 et arrêtés du 26 avril 1999.

²¹ Application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de qualité pour les usagers des établissements.

forts et les points faibles, et de préciser les améliorations, en matière de qualité, qu'ils considèrent comme prioritaires pour le projet de convention. L'outil contient les thèmes à évaluer en interne tels que :

- les attentes et la satisfaction des résidents et de leurs familles,
- les réponses apportées aux résidents en terme d'autonomie, d'accompagnement et de soins,
- l'établissement et son environnement,
- la démarche qualité.

L'outil d'auto-évaluation permet à l'établissement d'effectuer la synthèse des objectifs qualité qu'il propose de détailler dans le projet de convention ainsi que les évaluations périodiques annuelles, permettant de vérifier le niveau de réalisation des objectifs.

Avec le décret du 4 mai 2001²² ont été mises en place les modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, dans le cadre de la réforme de la tarification, et dans le contexte de mise en place de la démarche de qualité et de la réduction du temps de travail des agents.

De plus, le projet de réactualisation de la loi du 30 juin 1975 a abouti à la parution de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 qui souhaite « remettre l'usager au centre du dispositif » par une meilleure affirmation de ses droits à l'intérieur des établissements, promouvoir une évaluation régulière des équipements afin d'améliorer la qualité des prestations dispensées, impulser une meilleure coordination de l'action des décideurs publics et mettre à leur disposition des outils de pilotage renforcés. Il s'agit en fait de renouveler les relations entre, d'une part, les établissements et leurs usagers, et d'autre part, les établissements et leurs autorités de contrôle. La loi innove et rejoint en quelque sorte les dispositions relatives au secteur sanitaire en ajoutant à l'auto-évaluation des établissements une évaluation par un organisme externe. Il s'agit d'amener les institutions à s'interroger sur la qualité des prestations qu'elles dispensent en vue de les améliorer.

²² Décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 modifiant les décrets n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et n° 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ainsi que le décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics. Puis la circulaire DGS-5 B/DHOS-F2/MARTHE n° 2001-241 du 29 mai 2001 est relative à la mise en œuvre du précédent décret.

L'évaluation de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des prestations devient une obligation pour chaque établissement sanitaire et social, et les incidences sont nombreuses sur la gestion d'une structure.

2. Signification de la politique d'amélioration de la qualité dans un établissement sanitaire et social

La notion de qualité ne devrait pas être édictée par des textes, cependant les récentes et nombreuses réglementations dans ce domaine (notamment la construction de référentiel et l'idée d'évaluation externe) incitent vivement les établissements à fonctionner selon une certaine méthode.

Le directeur d'un établissement doit alors conduire une politique d'amélioration de la qualité comme un projet en lui-même, et cela à des incidences tant pour l'institution que pour les usagers et les personnels.

a. Des incidences pour l'institution

La mise en place d'une démarche qualité répond à un constat : la non-qualité coûte plus chère que la qualité. Il s'agit donc de s'attaquer à la non-qualité, c'est-à-dire aux dysfonctionnements dont on sait qu'ils représentent une part importante des budgets des établissements et services. « La non-qualité, c'est l'ensemble des écarts entre la qualité voulue et la qualité obtenue, constatés sur une production²³. »

Ainsi, améliorer la qualité suppose de détecter la non-qualité afin d'éliminer durablement les causes de son apparition. Dans cet objectif, l'un des moyens nécessaires est de mettre en place un système permanent d'évaluation de la qualité. Les coûts de prévention augmentent mais engendrent une baisse des coûts des défaillances internes.

De plus, une démarche qualité doit avoir comme finalité la qualité intégrale, c'est-à-dire qu'il faut veiller au mode de management, levier du changement qui permettra de toujours optimiser le fonctionnement et donc d'améliorer la qualité des prestations à partir d'une volonté de traitement des dysfonctionnements. Ainsi, seule une volonté managériale ferme permet de rompre avec le cycle de la répétition et de la « routine bureaucratique ».

²³ CRUCHANT L., *La qualité*, cité dans *Mettre en œuvre les projets*, Paris, L'Harmattan, 2000, page 57.

Retrouver la qualité consiste à traiter la question sanitaire et sociale en termes de problèmes à résoudre, de services à rendre à la population, et non plus de structure à financer. Le budget doit retrouver sa vraie place : un moyen au service d'une politique. Cependant, l'établissement, bien qu'autonome dans son mode de gestion, doit veiller au caractère raisonnable du prix demandé à ses usagers.

La mise en place d'une démarche qualité, tout comme celle des 35 heures, passe inévitablement par un diagnostic de la situation existante. Le référentiel d'auto-évaluation ANGELIQUE peut être utilisé pour la démarche qualité, tandis que le projet de réduction du temps de travail nécessite une analyse plus précise de l'organisation et du fonctionnement de l'établissement. La démarche et les principes inhérents doivent être connus par l'ensemble des acteurs (personnels et résidents), et pour une mise en place des 35 heures garantissant l'amélioration de la qualité des prises en charge, une démarche participative s'impose.

Ensuite, l'élaboration et l'utilisation de procédures et de protocoles pour effectuer les activités quotidiennes ainsi que leur évaluation doivent être les garants de la bonne mise en place de la démarche d'amélioration constante du fonctionnement de l'institution.

Ces outils doivent permettre de faire face, notamment, à une contrainte idéologique : l'ancrage délicat dans les mentalités de cette notion d'amélioration de la qualité et d'évaluation permanente des pratiques et des résultats.

La préservation ou le renforcement de la qualité de vie des personnes âgées doit constituer un fil conducteur pour toutes les politiques concernant cette catégorie de population.

b. Des incidences sur la satisfaction des usagers et des agents

L'analyse des besoins, tant des usagers que des personnels de l'établissement, doit être un préalable à toute démarche qualité, comme à toute réflexion concernant l'organisation de la structure.

Dès lors, le débat sur les besoins d'une population, notamment les personnes âgées, conduit à définir plusieurs conceptions qui se complètent ou parfois s'opposent²⁴ :

²⁴ DUCALET P. et LAFORCADE M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Paris, Seli Arslan, 2000, page 52.

- les besoins subjectifs (les souhaits) ressentis par la personne concernée, par son entourage, par les professionnels qui interviennent auprès d'elle ;
- les besoins « objectifs » repérés par l'analyse des difficultés sociales d'une personne, par l'analyse de son handicap, ou par le diagnostic clinique ;
- les besoins qui peuvent être créés par les institutions elles-mêmes, l'offre créant en partie le « besoin ».

Lors de l'analyse de la satisfaction et des besoins des usagers, il faudra être vigilant par rapport à ces différentes conceptions.

Le projet de démarche qualité doit créer une cohérence dans le fonctionnement de l'établissement. De nombreux métiers sont représentés et globalement, deux catégories de personnels se distinguent : les personnels dits administratifs et ceux dits soignants. Leurs logiques de fonctionnement peuvent être différentes mais elles doivent toutes deux tendre vers une prise en charge de qualité des personnes âgées.

Le déroulement du projet doit ainsi promouvoir une articulation de toutes les activités entre elles et créer des interconnexions bénéfiques. De plus, la promotion de la cohérence de l'établissement doit se faire par l'intermédiaire de rencontres entre les différents acteurs tant sur le plan interne qu'en externe.

Ainsi le résumé Gilbert Racine : « Les freins à la qualité que sont traditionnellement les cloisonnements entre unités de travail, le flou dans les consignes, la routine peuvent aisément céder la place aux valeurs de la qualité que sont la communication interne et transversale, la convergence des efforts, la certitude que l'on peut toujours (ou très souvent) faire mieux, l'approche globale du résident et la volonté de satisfaire les clients²⁵ ».

Ou encore : « La qualité est une notion à deux faces. C'est, d'une part, le jugement du client sur la capacité de l'entreprise et de son personnel à satisfaire ses attentes. C'est la face coupe-rete. C'est, d'autre part, une source de satisfaction et un facteur de motivation pour le personnel. C'est la face motrice²⁶ ».

²⁵ RACINE G., *La démarche qualité dans les EHPAD*, Berger-Levrault, Paris, 2000, page 20.

²⁶ RACINE G., *La démarche qualité dans les EHPAD*, Berger-Levrault, Paris, 2000, page 20.

CHAPITRE III : CES DEUX POLITIQUES MONTRENT DES SIMILITUDES QUANT AUX EXIGENCES DE LEUR MISE EN PLACE ET NECESSITENT UN SOCLE POUR LEUR REALISATION

Le projet d'amélioration et de réduction du temps de travail présente de nombreuses ressemblances avec celui d'amélioration de la qualité du service rendu. Ils touchent tous deux les mêmes acteurs et s'orientent notamment vers un même objectif : appliquer les textes normatifs en cherchant à obtenir la meilleure prise en charge possible des personnes âgées en établissement.

Le projet d'établissement est un document qui va pouvoir à la fois retranscrire par écrit l'organisation actuelle de l'établissement et servir de socle lors de la rédaction de la convention tripartite pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, et ainsi contenir les projets et objectifs à réaliser sur cinq ans.

1. Des exigences similaires

Les projets d'application des 35 heures et d'amélioration de la qualité nécessitent des mises en œuvre semblables, dont un processus de raisonnement particulier et une évaluation constante de l'organisation de l'établissement.

Ces projets sont guidés par des objectifs proches, et toujours par celui de la recherche de la meilleure prise en charge possible des résidents.

a. Même processus de raisonnement

Les projets de réduction du temps de travail et de mise en place d'une démarche qualité sont dictés par des consignes nationales. Ils sont donc encadrés dans des délais précis, une exigence de temps très courte pour les 35 heures (application au 1^{er} janvier 2002) et une échéance retardée²⁷ pour la signature de la convention tripartite.

La réflexion sur l'adéquation de l'organisation avec les attentes des acteurs et les moyens alloués implique une démarche commune de participation active des usagers et des personnels. De plus, il s'agit de gérer les interfaces entre, premièrement, la direction et les

²⁷ Article 139 de la loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions : les conventions tripartites devront être signées dans un délai de deux ans après la publication du décret d'application (soit avant le 27 avril 2001) puis ce délai est repoussé au 31 décembre 2003.

représentations syndicales, deuxièmement, les représentations syndicales et les personnels et, troisièmement, la direction et les partenaires extérieurs à la structure. La communication doit être permanente et l'écoute du directeur doit l'être tout autant. Les conséquences de chaque décision doivent être analysées.

Le directeur doit être conscient que dans toute organisation, il y a des écarts entre le programmé et le réalisé, entre les procédures et les pratiques, entre les représentations que chacun se fait de son établissement. Ces écarts doivent être repérés.

De plus, les acteurs ont des comportements conformes aux intérêts et aux représentations qu'ils ont d'une situation, mais tous les acteurs sont différents. L'évaluation des perceptions des enjeux de chacun déterminera les comportements et les stratégies des acteurs qui prendront en compte leur appartenance, leurs caractéristiques, leurs capacités, leurs limites de compétence et leurs oppositions. Pour connaître les attentes et les sentiments de chacun, il est possible de réaliser des enquêtes par des questionnaires.

De manière identique, les deux projets, d'après les démarches proposées au niveau national, laissent une grande marge de manœuvre au directeur de l'établissement. Des indications générales ont été données (cahier des charges issu de l'arrêté du 26 avril 1999 pour la convention tripartite, protocole national et décrets du 4 janvier 2002 pour les 35 heures), mais toute la place est ensuite laissée à la négociation locale. Chaque établissement doit rédiger une convention tripartite et donc un projet d'établissement, et chaque établissement doit réaliser un protocole d'accord local sur la réduction du temps de travail. Ces marges de manœuvre, accordées au niveau local, doivent permettre d'obtenir des projets adaptés aux particularités de chaque établissement. Dans ce but, le directeur peut choisir de se faire aider par un intervenant extérieur.

Ces deux processus nécessitent également des ajustements permanents. Les caractéristiques de la structure, tant en ce qui concerne les moyens humains que les moyens financiers, et les états de dépendance des personnes accueillies, sont en pleine évolution.

Des moyens humains supplémentaires doivent normalement être apportés lors de l'application des 35 heures. Mais peu d'indications ont été données quant au nombre de personnes accordées en contrepartie de la diminution du temps de travail des agents de plus de 10 %. Ainsi, le déroulement du projet au cours de l'année 2001 s'est effectué sur la base d'un minimum de 6 % de l'effectif total de la structure pour pallier la baisse.

Dans les deux types de projets, l'établissement, en tant qu'organisation, va agir selon trois éléments essentiels :

- il adapte son fonctionnement interne en fonction des mutations de son environnement, de manière à atténuer ou à compenser l'effet de ses contraintes normatives. Dans cette adaptation, le facteur humain est primordial, il représente le plus grand atout et le plus grand potentiel de changement ;
- l'établissement est conçu comme un système, c'est-à-dire un ensemble de parties en interaction étroite les unes avec les autres, et qui concourent toutes à la réalisation d'une mission commune (une prise en charge de qualité). Toutes les parties sont également indispensables à la pérennité et à la réussite collective ;
- l'organisation se veut opérationnelle ; elle a des objectifs d'efficacité et cherche à optimiser la gestion de ses ressources et de ses moyens.

b. Des objectifs proches

Dans ce contexte de réformes, le directeur doit être le garant du bon fonctionnement de l'établissement. Les deux projets de réduction du temps de travail et de mise en place d'une démarche qualité représentent des éléments de mutation pour la structure. Tout changement est souvent vécu comme perturbateur pour les différents acteurs. Ainsi, le directeur doit savoir adapter les dispositifs afin de réaliser les transformations avec le plus de cohérence et d'acceptation possible.

Le directeur est chargé de faire appliquer les textes relatifs à la gestion d'un établissement sanitaire et social, de respecter la réglementation tout en garantissant la meilleure prise en charge possible des usagers, et des conditions de travail acceptables pour les agents.

Plus particulièrement pour le projet de réduction du temps de travail, un compromis est à trouver entre les enjeux du service public (qualité des prestations, qualité des soins, variation des temps en fonction des fluctuations d'activité, durée de fonctionnement des équipements et d'ouverture des services, réactivité de l'organisation) et les enjeux sociaux (prévisibilité des temps travaillés, préservation de la vie familiale et sociale, possibilité de temps choisi, cohésion, équité dans l'établissement, impact sur le contenu et les relations de travail, non-intensification du travail).

Concernant le projet de mise en place d'une démarche qualité, celui-ci passe par un objectif, à moyen terme, la rédaction et la signature de la convention tripartite. Mais cette

démarche sera en perpétuelle mutation : il faut savoir adapter son organisation, ses stratégies de fonctionnement au contexte qui évolue en permanence. Ainsi, dans ce projet, la contrainte du temps est moins présente que pour l'application des 35 heures.

2. Le projet d'établissement comme moyen de pérenniser les actions entreprises et comme socle à la rédaction de la convention pluriannuelle

Le projet d'établissement est un document indispensable pour tout établissement : il regroupe les projets de vie et de soins, c'est-à-dire qu'il montre l'organisation existante et projetée, sur cinq ans, les réalisations futures. Il est un objet de référence à la fois pour ceux qui travaillent dans l'établissement et pour ceux qui ont choisi d'y séjourner.

Depuis la parution de la loi demandant aux établissements de signer une convention pluriannuelle, le document regroupant les projets de vie et de soins représente un socle à celle-ci.

a. Objet de communication interne et externe

Dans le cadre de la réforme de la tarification, en signant une convention tripartite avec le président du conseil général et le représentant de l'assurance maladie, chaque établissement s'engage à respecter un cahier des charges dont les recommandations visent une démarche de qualité. Cette exigence de mesure de la qualité et d'évaluation permanente doit nécessairement s'accompagner d'un développement de la communication de l'établissement, tant en interne qu'en externe.

Le projet institutionnel doit être considéré comme le document dans lequel sont définies les caractéristiques générales du projet de vie, qui présente le cadre déontologique, et du projet de soins. Ce dernier, défini par l'équipe soignante et le médecin coordonnateur, doit préciser les modalités d'organisation des soins au sein de l'établissement en fonction de l'état de santé des résidents, ainsi que les modalités de coordination des divers intervenants.

Il est également demandé que les soins et les aides de qualité soient prodigués tout en assurant au personnel une meilleure satisfaction dans sa pratique quotidienne, notamment au moyen de l'organisation générale du travail, et de meilleures conditions de travail qui améliorent souvent la motivation du personnel.

De même, des éléments doivent clairement préciser les modalités permettant de recueillir les attentes des résidents (mise en place de procédures régulières de concertation) et de garantir la plus grande transparence des règles régissant la vie de l'établissement.

Dans un établissement sanitaire et social, tous les acteurs doivent donc être en permanence informés des orientations choisies et des évolutions prévues.

Le projet d'établissement devra tenir compte des états de santé et de dépendance des personnes qui souhaitent y être hébergées. En effet, la réforme de la tarification va conduire au fait que la typologie des personnes âgées va conditionner les enveloppes budgétaires attribuées. Et tous les établissements devront signer leur convention tripartite pour pouvoir recevoir des personnes dépendantes ou en perte d'autonomie, qui peuvent bénéficier d'aides financières, telles que l'allocation personnalisée d'autonomie²⁸.

Le document institutionnel doit permettre aux agents de comprendre que leur travail fait partie d'un tout, qu'il est conduit dans le sens d'un projet. Les personnels ne mesurent pas toujours l'ampleur des changements qui surviennent car ils sont souvent axés sur leurs activités quotidiennes. La communication et les réunions menées dans le cadre de l'élaboration du projet devraient favoriser une meilleure cohésion entre les services et les acteurs.

Enfin, les résidents ont également besoin d'une information continue sur le fonctionnement de leur lieu de vie. Il faut même aller au devant des demandes, les informer sur ce que peut leur offrir la structure et montrer que les agents sont à l'écoute de leurs souhaits. Les familles et les proches représentent aussi des partenaires de l'établissement et doivent à leur tour être informés du fonctionnement. Ils sont de plus en plus en attente d'une prise en charge de qualité de la personne âgée.

En définitive, le projet institutionnel doit permettre aux responsables des structures d'hébergement pour personnes âgées d'être les garants de l'information auprès des résidents et de leur entourage en assurant une transparence maximale, d'expliquer l'organisation des soins et des prises en charge globales des personnes accueillies et de garantir la mission d'évaluation dans le cadre de la démarche qualité et l'utilisation de cet outil.

²⁸ Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

b. Résultat de l'organisation actuelle et des projets sur cinq ans

Comme le résume J.-M. Miramon, le projet d'établissement est « la démarche globale d'un établissement visant à mobiliser ses ressources dans un sens partagé et connu de tous, adapté aux caractéristiques de son environnement, s'appuyant sur des choix stratégiques, des objectifs et des actions visant à orienter de manière déterminante, et pour le moyen terme, les activités et le fonctionnement de l'établissement ».

La loi du 2 janvier 2002 institue l'élaboration, pour chaque structure, d'un projet d'établissement. D'une durée maximale de cinq ans, ce dernier définit les objectifs de l'établissement ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement. Les usagers seront associés à son élaboration via la consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, la mise en œuvre d'une autre forme de participation²⁹.

Le projet ne peut ignorer l'histoire de la structure, du contexte, de l'environnement immédiat et des alentours. Par exemple, si la maison de retraite se situe dans un canton où coexistent plusieurs établissements sanitaires et sociaux, il sera peut-être intéressant de réfléchir aux orientations à prendre pour l'ensemble des structures. L'une pourrait se spécialiser dans l'accueil des personnes souffrant d'une pathologie de type Alzheimer, tandis qu'une autre axerait plutôt son projet sur les alternatives à l'hébergement complet (accueil de jour hébergement temporaire, service à domicile, etc).

Il s'agit d'un document précisant les choix faits ou à venir quant à l'organisation interne, aux prestations offertes, en conformité avec les lois en vigueur. Le projet doit ainsi tenir compte des grandes orientations qu'il souhaite prendre en ce qui concerne les types de personnes prises en charge, les types d'activité à mener et les différents projets.

« Construite un projet, c'est construire un avenir, à plus ou moins long terme, qui place l'individu dans un temps de vie qu'il partage avec l'ensemble de la société³⁰. »

²⁹ Article 12 de la loi du 2 janvier 2002.

³⁰ BRAMI G., *Le projet institutionnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées*, Paris, Berger-Levrault, 2000.

L'élaboration d'un tel document, basée à la fois sur une analyse exacte de la réalité et la mise en place d'une prospective, exige un regard particulier, un « certain recul de l'acteur professionnel » (J.-R. Loubat)³¹.

La rédaction d'un projet d'établissement doit correspondre à la réalité des pratiques de terrain, il est l'occasion de faire le point sur la mobilisation et l'adéquation des personnels vis-à-vis de leur fonction. Dans le contexte de réorganisation et d'aménagement du temps de travail, la mobilisation est déjà présente car ce projet touche directement les agents dans leur organisation du temps de travail et du temps de vie privée.

Le recentrage de l'action sanitaire et sociale plaçant l'utilisateur au cœur du système, doit être une des priorités des projets d'établissement élaborés après la loi du 4 mars 2002³². De même que l'essentiel des projets doit porter sur le travail en réseau, c'est-à-dire la coopération entre les différents établissements et une plus grande ouverture sur l'extérieur ; sur l'évaluation de l'efficacité des dispositifs ; sur la prise en compte d'un rapport qualité/coût ; sur le maximum de transparence dans le fonctionnement ; etc.

Lors de l'élaboration du projet d'établissement, il est essentiel pour le directeur de garder dans son contenu une dimension raisonnable et respectueuse des capacités financières et d'investissement de l'établissement. Même si, dans le cadre de la rédaction de la convention tripartite, il conviendra de chiffrer les moyens nécessaires pour permettre une prise en charge de qualité et mener à bien les projets annoncés, il faut rester vigilant sur le fait que les apports financiers ne sont pas toujours possibles et ne doivent surtout pas être directement à la charge des résidents.

Le projet d'établissement, une fois rédigé, sera alors proposé aux instances de l'établissement : conseil de la vie sociale (ou conseil d'établissement), comité technique paritaire (ou comité technique d'établissement), conseil d'administration. Après avoir reçu leur accord, le projet sera alors porté à la validation de l'autorité dite de tutelle.

³¹ BRAMI G., *Le projet institutionnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées*, Paris, Berger-Levrault, 2000, page 20.

³² Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

II^{EME} PARTIE :

DEMARCHE QUALITE ET REDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL : L'EXEMPLE DE LA MAISON DE RETRAITE DE CARCES

La démarche qualité a progressivement été mise en place à la maison de retraite Louis Pasteur à la suite des indications nationales édictées à la fin des années 1990. Le référentiel d'auto-évaluation ANGELIQUE a servi de point de départ à l'évaluation des pratiques et des orientations de l'établissement. Une version adaptée à la structure a été élaborée par le directeur et le cadre de santé, et une première évaluation a été menée en 2000. Des procédures ont été instaurées pour les activités quotidiennes participant à la prise en charge globale des résidents.

Dès le début de l'année 2001, le directeur de la maison de retraite a souhaité engager une réflexion par rapport à la mise en place des 35 heures au 1^{er} janvier 2002. Conscient de l'enjeu que pouvait apporter cette réorganisation des conditions de travail, il a posé comme préalable à toute diminution de la durée du temps de travail, au minimum le maintien, voire l'amélioration de la qualité existante.

Ainsi, le projet de réduction du temps de travail des agents de la maison de retraite s'est effectué après une identification des multiples contraintes existantes et son déroulement particulier a permis des gains organisationnels et a eu des conséquences positives sur la qualité de prise en charge.

CHAPITRE I : IDENTIFICATION DES CONTRAINTES

Il est tout d'abord nécessaire de situer cet établissement par rapport aux démarches de mise en œuvre des 35 heures et de l'amélioration de la qualité, pour pouvoir ensuite envisager quelles sont les contraintes relatives à ces différentes politiques dans cette structure.

1. Situation de l'établissement

Le cadre de la maison de retraite Louis Pasteur présente certaines spécificités qui doivent être prises en compte lors de l'élaboration de ces deux politiques particulières.

a. Cadre général

La maison de retraite Louis Pasteur de Carcès se compose de 64 lits d'hébergement complet, 1 lit d'hébergement temporaire, 2 places d'accueil de jour et 30 places de soins à domicile. Elle emploie 28.5 ETP³³, soit environ 40 agents. L'établissement comporte 30 lits de cure médicale et donc 34 lits d'hébergement. L'étude menée sur les projets de mise en place des 35 heures et de la démarche qualité ne concerneront que la partie hébergement complet de la maison de retraite.

L'établissement, à son emplacement actuel, date de juillet 1993. Il est situé à proximité du centre d'un village d'environ 2 500 habitants, relativement isolé dans le centre du département du Var. L'offre sanitaire et sociale est cependant relativement importante car il existe trois maisons de retraite dans le canton³⁴ : deux publiques et une privée à but non lucratif. Dans le contexte actuel de consumérisme grandissant, l'utilisateur devient client, il s'informe sur les prises en charge et recherche la meilleure offre au meilleur prix.

La maison de retraite de Carcès possède un GIR³⁵ moyen pondéré³⁶ oscillant entre 0.67 et 0.7, ce qui est relativement élevé. Les résidents sont essentiellement des habitants

³³ ETP signifie équivalent temps plein.

³⁴ Le canton regroupe six communes : Carcès, Cotignac, Entrecasteaux, Saint-Antonin, Montfort et Correns.

³⁵ Groupe Iso Ressource. Au nombre de 6, les GIR permettent d'évaluer, selon la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique GIR), l'expression de la perte d'autonomie de la personne âgée à partir de l'analyse de 10 variables (cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination,

du canton qui ne peuvent plus rester à leur domicile. Les entrées se font souvent après le décès du conjoint, ou des voisins, car l'isolement peut encore exister dans ce cadre géographique. L'hôpital le plus proche se situe à près de 20 kilomètres, ce sont donc rarement des sorties directes d'hospitalisation.

75 % des résidents se situent dans la tranche d'âge de 80 à 95 ans.

Et 80 % des personnes résident à la maison de retraite depuis une durée qui se situe entre deux et six ans.

La structure possède deux niveaux dans lesquels sont situées les chambres (à un ou deux lits), tandis qu'au rez-de-chaussée se trouvent l'accueil, les bureaux, la salle d'animation, la cuisine et la salle à manger. L'organisation de l'établissement n'est pas basée sur des regroupements en fonction des différentes pathologies.

En ce qui concerne les ressources humaines, la structure est dirigée par un directeur à temps plein et le tableau des effectifs qui se compose donc de 28.5 ETP (uniquement pour la maison de retraite) est constitué notamment de 8 aides-soignants et de 0.5 ETP de cadre de santé. Ce dernier poste n'a pas été pourvu de septembre 2001 à mai 2002, soit pendant la totalité de la période du stage long. L'établissement emploie également deux emplois jeunes et quatre contrats emploi solidarité (CES).

Le budget principal représente plus de 1 450 000 euros soit environ 9,5 millions de francs. Les charges de personnel représentent environ 66 % du budget total.

b. Indications spécifiques pour les politiques de réduction du temps de travail et d'amélioration de la qualité

Lors de la mise en place des projets de démarche qualité et de réduction du temps de travail, le rôle et l'action des cadres sont prépondérants. Ainsi, le cadre de santé, a très activement participé à la mise en place de la démarche qualité, cependant, son absence au cours du projet des 35 heures a amené le directeur de la structure à être situé en première place par rapport à l'ensemble du personnel. En effet, d'ordinaire, le personnel

transfert, déplacement intérieur, déplacement extérieur, communication) classées selon 3 modalités (A = fait seul totalement, habituellement, correctement ; B = fait partiellement ; C = ne fait pas).

³⁶ Le GMP est un indicateur de charge de soins. Chaque GIR est affecté d'un coefficient propre : GIR 1 = 1, GIR 2 = 0.84, GIR 3 = 0.66, GIR 4 = 0.42, GIR 5 = 0.25 et GIR 6 = 0.07. Il est calculé selon la formule suivante : « n » étant la population de chaque groupe :
$$((1 \times n_1) + (0.84 \times n_2) + (0.66 \times n_3) + (0.42 \times n_4) + (0.25 \times n_5) + (0.07 \times n_6)) / (n_1 + n_2 + n_3 + n_4 + n_5 + n_6) = \text{GMP}$$

d'encadrement assure des fonctions d'ordonnancement de l'activité, de régulation dans les réorganisations, d'animation et de management de l'équipe.

La large place laissée à la négociation locale incite à conduire les projets en tenant compte de la représentation du personnel. Il faut savoir quels sont le rôle et la place des syndicats et de leur(s) secrétaire(s). De plus, il est important d'opérer une distinction entre la consultation des partenaires sociaux et des personnels.

La négociation d'établissement existe peu formellement. Seuls les organismes tels que les comités techniques paritaires (CTP), les assemblées générales et autres réunions du personnel organisent le dialogue social.

Les enjeux de la réduction du temps de travail, du point de vue des organisations syndicales présentes dans l'établissement, ne peuvent se repérer que lors de consultations sur leurs attentes et sur leurs positions. Des rencontres doivent donc être planifiées avec chaque organisation syndicale et le comité technique paritaire apparaîtra également comme un organe permettant la connaissance et le partage des interrogations collectives.

Dans le cadre de la maison de retraite de Carcès, un seul syndicat est majoritairement représenté au sein du personnel (syndicat qui n'a pas signé le protocole national sur la RTT), et une secrétaire a été élue. Le directeur possède donc un interlocuteur unique pour la représentation syndicale des agents.

Le choix d'une démarche participative dans la conduite des projets nécessite une politique de communication structurée, tant par écrit que par oral, et le plus souvent possible par le biais des assemblées générales du personnel afin que chacun reçoive la même information.

Les indications spécifiques à la démarche qualité dans l'établissement concerné sont telles qu'il existe quelques écrits par rapport aux projets de soins, de vie, et d'animation, mais qu'aucun projet d'établissement formalisé ne couvre la période actuelle. Des procédures et protocoles sont utilisés dans le fonctionnement quotidien du service de soins et la méthode HACCP³⁷ est formalisée et appliquée par les agents et services concernés.

Les contraintes d'organisation de l'activité devant être respectées tout au long des démarches sont notamment la sécurité, la continuité du service et l'ouverture 24 heures sur

³⁷ HACCP signifie Hazard Analysis Critical Control Point, il s'agit de la réglementation en matière d'hygiène alimentaire, dont les principes servent à analyser les dangers sanitaires liés à l'activité et obligent à les maîtriser.

24. Ainsi, les temps de transmission sont indispensables pour que chaque équipe se relaie correctement, de même que les coopérations entre les différents métiers sont à promouvoir afin d'offrir la prise en charge la plus globale possible.

Enfin, pour situer le système de gestion du temps dans l'établissement, il faut savoir qu'il n'existe aucun outil informatique. Les seuls outils de mesure et de contrôle sont les plannings réalisés. La gestion des horaires effectués, des congés pris, à prendre, etc. est effectuée, manuellement, par le personnel d'encadrement.

2. Contraintes relatives aux politiques de mise en place des 35 heures et de la démarche qualité

Ces deux politiques concernent à la fois les personnels et les usagers, résidents de l'établissement et leurs proches. Il est donc nécessaire, tout d'abord, de définir et d'exposer les principes des mises en œuvre des projets, et ensuite de pouvoir identifier et analyser les attentes des différents acteurs et les caractéristiques de l'organisation.

a. Les principes de la démarche et la mise en place de questionnaires retournés par les résidents et leurs proches

La mise en œuvre d'un projet de réduction du temps de travail mobilise beaucoup d'acteurs. Sa réussite dépend de la lisibilité que chacun pourra se faire sur le processus mis en place, les enjeux, ses possibilités de participation et les lieux de prises de décisions. Afin de répondre à ces objectifs, le directeur a posé un principe de transparence et organisé, dans la durée, une politique de communication importante et structurée³⁸.

La réflexion pour la mise en place d'une démarche qualité est menée depuis plusieurs années, l'outil d'auto-évaluation ANGELIQUE a été adapté à la structure afin de retrouver les rythmes de l'organisation de la journée des résidents (exemple : heure de lever, horaires et lieux des repas, etc.). Des fiches d'auto-évaluation ont été élaborées à partir d'ANGELIQUE et du référentiel de certification établi par l'UNEPPA³⁹ et la FNACPPA⁴⁰.

³⁸ Voir chapitre suivant : le déroulement du projet, la mise en place de groupes de travail, d'un comité de pilotage, les réunions du personnel et la diffusion des comptes-rendus.

³⁹ Union nationale des établissements privés pour personnes âgées.

⁴⁰ Fédération nationale des associations et organismes privés à but non lucratif.

La mise en place d'une bibliothèque professionnelle est en cours de réalisation car il est nécessaire de se tenir informé des nouvelles mesures, tant pour le directeur et le personnel d'encadrement que pour les agents. Les revues spécialisées permettent d'appréhender l'ampleur des transformations à venir, souvent avec des interprétations complémentaires, et ainsi de connaître un peu mieux le devenir des institutions. De même, le rôle des formations continues est primordial et il est souhaitable de donner à chacun les moyens d'information pour pouvoir en rendre compte à ses collègues.

La réalisation de questionnaires pour les résidents et leurs familles (deux questionnaires séparés⁴¹), en juin 2001, lors de la première période dans l'établissement lieu de stage a permis de mesurer la satisfaction des usagers par rapport aux prises en charge. Les questions étaient surtout relatives à la prise en charge globale de la personne dans l'établissement, peu de questions portaient sur le domaine médical. Il s'agissait surtout de connaître la satisfaction des individus sur l'accueil, le confort, les locaux, le sentiment de sécurité, la qualité des repas (horaire, composition du menu, lieu, ambiance, etc.).

L'analyse des questionnaires pour les résidents, dont 38 ont pu être remplis, de manière anonyme, fait ressortir que les attentes et les souhaits sont notamment :

- un plus grand respect des personnes ;
- des repas moins bruyants ;
- une meilleure décoration des chambres ;
- un plus grand nombre de distributeurs (eau, glaçons, boissons chaudes) ;
- la mise en place d'une bibliothèque sonore et d'une conteuse ;
- un plus grand nombre de sorties ;
- des lieux d'intimité pour les résidents et leurs familles.

Quant à l'analyse des questionnaires adressés aux familles ou aux proches des résidents. 30 ont été renvoyés, anonymement, à l'établissement, sur les 53 envoyés. Il en ressort que :

- concernant les renseignements préalables à l'admission, les familles sont globalement satisfaites aussi bien au niveau des documents que des renseignements oraux ;

⁴¹ Voir en annexe I le questionnaire pour les résidents et en annexe II le questionnaire pour les familles des résidents de la maison de retraite de Carcès.

- la visite préalable est perçue de manière agréable et certains la trouvent complète ;
- le jour de l'arrivée dans l'établissement, les documents (règlement intérieur, contrat de séjour, livret d'accueil) ont été remis (ou avaient été envoyés avant) et la présentation de l'établissement et celle du personnel ont été effectuées ;
- cependant, la Charte des droits et libertés de la personne âgée est peu connue, car seulement la moitié des familles sait qu'elle existe ;
- les familles pensent que l'intimité et l'identité de leur proche sont respectées ;
- le cadre de la maison de retraite leur semble agréable, la décoration est satisfaisante pour 100 % des réponses adressées ;
- les familles considèrent que le personnel qui accueille est aimable, cependant il a été précisé que le personnel n'est pas assez à l'écoute des personnes dépendantes ;
- les familles ont du mal à reconnaître la fonction des agents et souhaiteraient qu'ils portent un badge ;
- le besoin de plus d'espaces d'intimité pour les proches se fait ressentir pour un tiers des personnes ayant répondu ;
- les familles des résidents pensent que les horaires de sortie sont suffisamment libres, il en est de même pour les possibilités de sorties ;
- la Fête des familles est connue, les familles et les proches y sont favorables et plus de la moitié y a déjà participé ;
- 50 % des personnes ayant répondu au questionnaire sont des enfants des résidents tandis que 23,3 % n'ont pas forcément de lien de parenté mais restent des proches des personnes hébergées.

b. Les attentes issues des questionnaires du personnel et de l'auto-évaluation de l'établissement

Dans le même temps, entre mai et juin 2001, un questionnaire a été envoyé à chaque agent, et les réponses étaient rapportées de manière anonyme. Ce questionnaire⁴² portait sur l'organisation du temps de travail dans l'établissement, il tentait de répertorier les points faibles et les points forts, par service. Il a permis d'obtenir une vision subjective et individuelle du fonctionnement de l'établissement, avant toute réflexion sur la mise en place des 35 heures. Quelques questions portaient sur les attentes des agents pour la réduction du temps de travail.

⁴² Voir en annexe III le questionnaire pour les agents de la maison de retraite de Carcès en matière de situations de travail.

Le taux de réponse a été de 26 questionnaires retournés sur les 50 envoyés.

- La constitution des équipes apparaît comme équilibrée, dans l'ensemble des différents services (soins, économat, administration), et les relations avec les autres services de la maison de retraite sont majoritairement satisfaisantes.
- Quant aux moyens d'information existants dans chaque service (transmissions écrites, procédures et protocoles), ceux-ci sont jugés suffisants, bien que certains agents souhaiteraient pouvoir noter les consignes verbales.
- L'installation de matériel et de logiciels informatiques apparaît comme un véritable gain de temps pour 18 des 26 personnes ayant retourné le questionnaire.
- Concernant les horaires de travail, 21 personnes les trouvent contraignants mais peu expriment leurs attentes. La répartition des contraintes du planning semble équitable pour la moitié des réponses, tandis que l'autre moitié la trouve peu équitable. 15 personnes déclarent effectuer des heures supplémentaires, principalement le soir.
- Quant aux objectifs des services, les principales réponses obtenues sont : la qualité des soins, la qualité de vie des résidents, la délivrance de soins individualisés, l'écoute, l'évaluation et l'observation.
- La formation continue requiert un très grand intérêt et une majorité d'agents en a déjà suivi au moins une.
- Les réunions organisées pour la maison de retraite (conseil d'établissement, commission des menus, etc.) ne semblent adaptées aux attentes que pour la moitié des réponses données, cependant un tiers des personnes n'a pas répondu à cette question, vraisemblablement car elles n'y ont jamais participé.
- 20 personnes parmi celles ayant retourné les questionnaires considèrent effectuer un travail pénible, tant sur le plan physique que sur le plan psychique. Les facteurs de pénibilité sont surtout la manutention de personnes lourdes et la confrontation avec la maladie et la mort.
- Les deux tiers des personnes ayant répondu connaissent leur fiche de poste et cet outil les aide à se situer dans leur travail. Cependant, 11 réponses sont positives et 12 négatives à la question de l'existence de rôles bien définis dans l'organisation du travail ; les attentes se situant essentiellement au niveau d'une meilleure répartition entre les rôles des aides-soignants et des agents du service hospitalier qualifiés.
- Dans le cadre de la mise en place des 35 heures, travailler autrement représente pour 11 personnes la flexibilité, pour 4 personnes la polyvalence ou la mobilité. Le chiffre de 7 personnes n'ayant pas répondu à cette question, sur les 26 ayant transmis leurs réponses, semble montrer que les agents ne se sont pas encore interrogés au sujet de l'aménagement et de la réduction du temps de travail.

Ainsi, grâce à ces questionnaires, et malgré le faible taux de réponses, le directeur possède des éléments concernant la vision des agents sur l'organisation du travail existant avant la mise en place des 35 heures, du point de vue de la pénibilité du travail, de la qualité de vie au travail, de l'articulation entre vie professionnelle et vie privée, des interfaces entre les services, des attentes et des souhaits. L'analyse du bilan de l'organisation de travail sera complétée par un état des lieux, effectué de manière collective, réalisé dans le processus de mise en place des 35 heures.

Cependant, le directeur a également besoin d'éléments concernant le fonctionnement global de la structure.

Ainsi, une démarche d'auto-évaluation a été menée dans l'établissement au cours du quatrième trimestre 2000. Certains points forts et points faibles avaient été dégagés, ainsi que les pistes d'amélioration et les objectifs à atteindre dans un délai prévu.

Au cours de l'année 2002, une nouvelle procédure d'auto-évaluation a été conduite, avec l'aide d'un consultant extérieur, en raison notamment de l'absence du cadre de santé. Cette démarche a été mise en place en vue de la rédaction de la convention tripartite. Ainsi, l'organisation a été évaluée en interne, pour pouvoir ensuite en souligner les points forts, les points faibles et les possibilités d'amélioration. Cette analyse va également permettre l'élaboration du projet d'établissement.

En effet, la rédaction de la convention, et surtout du projet d'établissement, devrait permettre d'ancrer l'organisation issue des 35 heures et de définir les objectifs sur cinq ans, notamment les points à améliorer à partir des analyses effectuées.

CHAPITRE II : LA DEMARCHE POUR LA MISE EN ŒUVRE DES 35 HEURES ET LES GAINS ORGANISATIONNELS

Il s'agit désormais d'exposer, brièvement, la démarche mise en place à la maison de retraite de Carcès pour l'application des 35 heures au 1^{er} janvier 2002 et de voir quelques exemples de réorganisations et donc de maintien, voire d'amélioration de la qualité des prises en charge en fonction des attentes relevées précédemment.

1. La démarche de mise en place des 35 heures

Le projet d'aménagement et de réduction du temps de travail a été élaboré selon une démarche particulière qui a permis une participation active de tous les acteurs et a débouché sur l'application des nouveaux concepts réglementaires.

a. Le déroulement pratique de la démarche pour la mise en place des 35 heures

Dans le cadre d'un projet d'une telle ampleur, le directeur, une fois sa réflexion personnelle menée, doit s'attacher à la présentation de la politique de RTT qu'il souhaite conduire.

A la maison de retraite de Carcès, cette démarche a été effectuée au cours du premier semestre 2001. Les grandes orientations à respecter sont de travailler à partir de la journée du résident, de ne pas dégrader la qualité du service rendu, de respecter la Charte des droits et libertés de la personne âgée, de ne pas dégrader les conditions de travail des personnels voire de les améliorer (en supprimant, par exemple, au maximum les horaires coupés), et d'améliorer la sécurité tout au long de la journée (sans oublier le week-end).

Concernant le mode de fonctionnement du projet, le directeur a affiché sa volonté d'avancer dans une démarche participative. Ainsi, celle-ci passe par des phases de construction collective de propositions, de scénarios, afin de pouvoir rédiger un projet défendable devant la tutelle, tout en tendant à améliorer le service rendu et les conditions de travail et de vie des personnels.

L'accord sur la méthode a été obtenu lors de la première réunion du comité de pilotage (COPIL). Les personnes qui le composent sont représentatives des diverses entités organisationnelles de l'établissement et constituent les « électrons » autour du noyau référent. Ainsi, se trouve :

- d'une part, un « noyau référent » : le directeur, les cadres (soignant et administratif) lorsque les postes étaient pourvus, la secrétaire du syndicat (une aide-soignante) et le consultant, accompagnement extérieur (présent à certaines réunions du COPIL) ;
- d'autre part, un ensemble de représentants issus des principales entités de l'établissement : une infirmière, un agent des services hospitaliers qualifié de jour, un agent des services hospitaliers qualifié de nuit, un ouvrier professionnel spécialisé (entretien), un maître ouvrier ou ouvrier professionnel spécialisé (cuisine) et une aide-soignante du service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

La nomination de ces membres a été faite sur choix de la direction à partir du volontariat.

La première rencontre du COPIL a permis d'informer les membres sur les objectifs, la planification de la démarche, la nécessité de collecter toutes les procédures existantes et la prise en compte des antécédents institutionnels (travaux sur la démarche qualité, structure de l'organisation).

Le directeur a initié la démarche sans posséder de réelles informations nationales quant aux définitions réglementaires à paraître et à l'éventuelle contrepartie en matière de personnel. Il a donc bien précisé que le travail devait porter sur une réorganisation du fonctionnement des services à effectifs plus ou moins constants, et surtout veiller à ne pas dégrader la qualité offerte. Les marges possibles sont minimales, mais c'est autour de cette réflexion qu'il faut travailler afin d'envisager de nouveaux scénarios d'organisation du temps de travail dans les services.

Le projet s'élabore donc par le biais du COPIL, chargé de valider les orientations générales et stratégiques de la démarche, les méthodes de travail, le calendrier, etc. Ses réunions sont suivies d'assemblées générales (réunions d'information du personnel) et de comités techniques paritaires. Ces organes incluent systématiquement la présence du syndicat et sont conduits dans une volonté de transparence entre la direction et le syndicat, d'une part, et la direction et l'ensemble du personnel, d'autre part.

A la suite des décisions prises par le comité de pilotage, un état des lieux a été réalisé en groupes de travail, animés par les cadres. Puis la démarche s'est portée sur l'analyse des données d'organisation par la collecte d'informations préexistantes, et sur les données chiffrées concernant la durée du travail (grâce aux plannings des années 2000 et 2001), mais surtout, sur l'analyse des attentes des acteurs, dans le cadre collectif cette fois-

ci. Ainsi, cette sollicitation sur la réalité vécue par les acteurs a permis d'appréhender les contraintes de l'activité et les attentes des personnes⁴³.

La synthèse du diagnostic (de l'état des lieux) a permis de faire émerger les points faibles et les points forts de chacun des services. En prenant comme base la journée du résident (horaires de lever, des soins, des repas, etc.), chaque groupe de travail s'est interrogé sur les améliorations envisageables.

Le calcul du nombre d'heures effectuées par les agents a été réalisé par service. Cette analyse, faisant participer les agents et le personnel d'encadrement, a permis de vérifier quelles étaient les durées de travail dans l'établissement. Par rapport à la circulaire DH/FH1/94 n° 9 du 8 février 1994 qui fixe comme référence annuelle commune à tous les établissements une durée du travail de 1 716 h pour les équipes de jour et de 1 540 h pour les équipes de nuit, les agents de la maison de retraite de Carcès travaillent en moyenne 1 720 h pour ceux de jour et 1 540 h pour ceux de nuit.

La phase du diagnostic a préparé la recherche concertée de solutions et la négociation sur un projet global. Réaliser un état des lieux concernant les pratiques en matière de temps de travail, appréhender les attentes sociales, recueillir les informations générales et quantitatives ont par ailleurs permis au directeur de réaliser des simulations financières de réduction du temps de travail et de réfléchir aux moyens humains supplémentaires nécessaires.

En septembre 2001, la diffusion du protocole national permet un cadrage pour la mise en œuvre du projet, par les définitions précises du temps de travail effectif, du temps de pause, du temps de repas, du nombre de jours de congés annuels, des astreintes, etc.

La phase d'élaboration de solutions peut alors être envisagée. Des discussions sont menées sur les scénarios et les conditions de faisabilité. La proposition retenue est celle de distinguer le temps de présence du temps de travail effectif, car le temps de repas des agents ne peut pas, dans le cas de la maison de retraite de Carcès, être considéré comme du temps de travail effectif.

Il est ainsi proposé de mettre en place une période d'expérimentation, afin d'appliquer les 35 heures dès le 1^{er} janvier 2002 avec : 7 h 20 de temps de travail effectif pour 7 h 50 de présence et les agents bénéficieront de 10 jours de RTT par an (exemple donné pour

⁴³ Voir en annexe IV le déroulement et la structure du projet de mise en place des 35 heures.

l'équipe de soins - personnel en repos variable -, afin de simplifier l'explication de la démarche). Cette proposition semble être défendable devant la tutelle car elle est issue d'une réorganisation du temps de travail et respecte les nouvelles conditions réglementaires. Ce scénario semble répondre aux objectifs d'amélioration déterminés à l'issue du diagnostic et la phase d'expérimentation va permettre de le mesurer. Il semble constituer une alternative réalisable en fonction des contraintes spécifiques des services et des agents.

Ainsi, la mise en place des nouveaux horaires et de la nouvelle organisation a été évaluée par la direction qui, après discussion avec la tutelle et réflexion sur les potentialités de l'établissement, a pu faire une nouvelle proposition permettant d'octroyer 5 jours de RTT supplémentaires par agent et par an.

Le projet de protocole local proposé par la direction est celui d'un fonctionnement de l'établissement sur la base de 7 h 30 de temps de travail effectif pour 8 h de présence et 15 jours ouvrés de RTT par an.

Le projet prévoit également le suivi et l'évaluation de la mise en place des 35 heures. En effet, il s'agit de mettre en place un système de réajustement qui prendra en compte les observations après la mise en œuvre, à la suite de l'avancée des concertations avec les partenaires extérieurs et de réaliser un bilan. Il est indispensable de prendre la mesure des changements, de repérer les difficultés qui n'auront pu être identifiées dans l'analyse préalable, et de rechercher les aménagements nécessaires à la lumière de l'expérience concrète. Il faut prévoir un système permettant les moyens d'adaptation des aménagements de la réduction du temps de travail. Ceci suppose d'organiser un suivi, et mieux, une véritable évaluation de la réorganisation, avec des règles établies au préalable (comment est organisée la mise en œuvre, comment constituer un groupe de suivi, avec quel mode de travail, quelle forme prendra l'évaluation, qui la fera, comment et par qui seront analysés les résultats et comme seront négociées ou décidées les suites à donner ?). Le « retour d'expérience » permet d'éclairer les choix en fonction de l'évolution de l'environnement, des attentes des acteurs.

b. L'application des nouvelles définitions et les réajustements nécessaires

Au départ de la démarche, les agents souhaitaient un maximum de jours de RTT, soit 20 jours par an et le scénario proposé lors de la période d'expérimentation était bâti sur la base de 10 jours de RTT (soit 7 h 20 de temps de travail effectif par jour), après l'évaluation de ce fonctionnement, la direction présente un projet de protocole local avec 15 jours de RTT, soit 7 h 30 de travail effectif par jour. Ainsi, la réflexion en commun a permis un

réajustement en faveur des personnels. Tout ce qui concerne les gains organisationnels va être basé sur cette amplitude horaire.

L'application de la définition du temps de travail effectif aux temps de repas des agents à la maison de retraite est une des plus grandes réorganisations des conditions de travail issues de la mise en place des 35 heures et oblige désormais à distinguer entre temps de travail effectif et temps de présence. Ainsi, les agents n'effectuent plus que 7 h 30 de temps de travail effectif pour 8 h de présence. La demi-heure de repas se déroule de telle sorte que l'agent n'est pas à la disposition de son employeur.

Cette mesure a été prise afin de pouvoir proposer un projet d'accord local défendable devant l'autorité dite de tutelle. En effet, le directeur est le garant de la bonne application des textes réglementaires, il doit constamment veiller à l'adéquation entre la capacité organisationnelle de l'établissement et les moyens envisageables.

Or tout au long de la réflexion, les indications ont été très minimales concernant le financement de la démarche et la contrepartie éventuelle en terme de personnels, la direction ne connaît pas exactement quelles sont ses marges, c'est pourquoi, son fil conducteur est toujours le principe d'une prise en charge de qualité des personnes âgées.

De plus, comme le stipule l'article 9 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 : « le travail est organisé selon des périodes de référence dénommées cycles de travail définis par service ou par fonctions et arrêtés par le chef d'établissement après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique paritaire », les agents du service de soins fonctionnent suivant un cycle de travail, élaboré pour chaque agent et qui revient toutes les sept semaines selon les équipes (sauf périodes de congés annuels ou de maladie) et les jours de RTT sont intégrés au roulement et, la plupart du temps, accolés à un repos hebdomadaire. Ainsi, les rythmes des roulements et les plannings, qui ont une incidence notoire sur les conditions et la santé des personnes au travail (risque de fatigue), sont connus des agents et sont donc prévisibles.

Par ailleurs, afin de respecter le décret, les temps d'habillage et de déshabillage sont considérés comme du temps de travail effectif.

Le coût de la mise en place des 35 heures et de la rédaction de la convention tripartite est variable selon les objectifs souhaités. Dans le cas de la maison de retraite de Carcès, l'établissement a choisi de faire appel à un consultant extérieur pour chacune des

démarches, personne chargée de mettre en place une dynamique de travail en rapport avec les projets.

La poursuite de la démarche qualité implique également des coûts de formation, à la fois pour les formations spécifiques à la qualité, mais également pour la formation de chacun au métier (amélioration des compétences, évolution des métiers, des prises en charge, etc.).

Enfin, la réflexion sur l'organisation, sur les pratiques professionnelles, la rédaction des procédures et des protocoles demande au personnel du temps, considéré comme du temps de travail, donc récupéré ou payé par l'établissement.

La démarche qualité coûte cher et n'est pas forcément budgétisée (elle le sera un peu mieux dans le cadre de la convention). Cependant, le coût de la non-qualité est souvent encore plus élevé.

2. La réorganisation et les gains organisationnels

La réflexion sur l'organisation du travail à la maison de retraite Louis Pasteur et l'application des textes réglementaires ont permis des réaménagements, notamment dans le fonctionnement des équipes, leurs heures d'arrivée et de départ de l'établissement, mais également elles ont engendré une optimisation de l'organisation.

a. L'aménagement du temps de travail et la mise en place de nouveaux horaires

Le recueil de données a eu comme utilité de s'accorder sur les points forts de la situation actuelle, concernant les horaires et conditions de travail ; de même que sur les points à modifier ou à améliorer compte tenu des objectifs de l'établissement et de ses capacités organisationnelles.

Une des attentes des personnels était la diminution des horaires discontinus pour les aides-soignants ainsi que pour les infirmières. En effet, les horaires morcelés (travail en plusieurs tranches dans la même journée) entraînent un décalage par rapport aux rythmes de la vie familiale et sociale (trajets supplémentaires entre le lieu de travail et le domicile). Ce point faible a pu être amélioré grâce à un engagement de la direction de respecter au

maximum les effectifs fixés par la nouvelle organisation et surtout grâce à 0,4 ETP d'aide-soignant supplémentaire⁴⁴.

Dans le même temps, cette disposition permet le respect de l'amplitude maximale de la journée de travail qui ne doit pas dépasser 10 h 30. Cependant, pour les infirmières, le respect des horaires continus ne pourra se faire qu'avec la présence, dans le tableau des effectifs de l'établissement, d'un poste supplémentaire à temps plein.

Le temps de présence des agents est toujours de 8 h, mais leur temps de travail effectif est de 7 h 30, ce qui réduit la durée quotidienne du travail.

Concernant le fonctionnement du service de soins, l'un des points faibles relevés lors de l'état des lieux du service était l'absence d'un réel temps de transmission orale entre l'équipe de nuit et celle de jour (aussi bien le matin que le soir). La réflexion autour de l'aménagement du temps de travail s'est attachée au maintien du temps de transmission de 30 minutes entre l'équipe du matin et celle de l'après-midi et à l'ajout d'une transmission orale de 10 minutes entre l'équipe de l'après-midi et celle de nuit de même qu'entre l'équipe de nuit et celle du matin. Conservant le maintien de l'organisation préexistante, chaque transmission orale est précédée de transmissions écrites permettant de noter les informations importantes sur les dossiers de soins infirmiers de chaque résident.

Ces temps de transmission sont des moments indispensables pour le bon fonctionnement du service, ils permettent de transmettre les informations nécessaires à la continuité des soins et des prises en charge. Certes, il faut s'efforcer de disposer d'outils permanents permettant d'assurer un suivi de l'information aussi exhaustif que possible, mais il est bon de prévoir une communication orale qui facilite la transmission et permette d'insister sur certains aspects.

b. La réorganisation des services et des fonctionnalités

Le diagnostic de la situation de l'organisation du travail dans le service de soins, avant la mise en place des 35 heures, relevait des périodes, au cours de la journée, où le personnel se trouvait être moins nombreux. Les résidents ont d'ailleurs signalé, lors des questionnaires, qu'à certains moments, ils se sentaient moins en sécurité qu'à d'autres.

Lors de la réorganisation il a donc été question d'améliorer ce point en effectuant une meilleure répartition du personnel sur toute la durée de la journée, soit de 6 heures à 21 heures.

⁴⁴ Deux agents à 80% travaillent, depuis le 1^{er} janvier 2002, à temps plein.

Ainsi, l'arrivée plus tardive de la personne chargée de l'animation (aide médico-psychologique ou aide-soignante) permet un départ et donc une présence plus tardive de cette personne.

De plus, les équipes du matin et de l'après-midi sont composées, dans la mesure du possible, au minimum de deux aides-soignants. La répartition des activités doit tendre à un meilleur équilibre au cours de la journée. De même que le rôle de l'équipe de l'après-midi est parfois renforcé, lorsqu'une sortie est prévue ou qu'une animation nécessite la présence d'aides et/ou d'accompagnateurs.

La réflexion s'est également portée sur le fonctionnement du service des repas. Travaillant sur le rythme de la journée des résidents, il a été souhaité que les prises de repas soient mieux réparties. Ainsi, les repas du midi et du soir ont été décalés d'une demi-heure chacun environ, afin de satisfaire une partie des demandes exprimées. Mais concernant l'organisation du service chargé de la confection des repas, les deux personnes y travaillant sont très attachées au fait de pouvoir se rendre compte en personne de la satisfaction ou pas des résidents en venant voir en salle si tout se passe bien. Le cuisinier, qui a pour fonction initiale de fabriquer un produit-repas, a donc également un rôle de garant et d'évaluateur de la qualité de la prestation offerte dans ce domaine.

Enfin, reprenant les modifications relatives au service de soins, les équipes ne sont pas fixes, sauf les week-end, afin de pouvoir maintenir un week-end de repos toutes les deux semaines pour chaque agent travaillant en repos variable (un samedi-dimanche travaillé et un samedi-dimanche de repos). Ce fait constitue une réelle amélioration pour les conditions de travail et de vie privée des agents et une avancée par rapport au décret qui n'oblige qu'à deux jours consécutifs dont un dimanche.

Les différentes réorganisations ont nécessité une projection de la gestion de l'emploi et des ressources humaines pour l'ensemble de l'établissement. Cependant, bien souvent, les acteurs ont des difficultés à avoir les mêmes données sur l'état des effectifs. La communication à ce sujet reste difficile tant que les emplois supplémentaires ne sont pas accordés à titre définitif et surtout pourvus. La réduction du temps de travail a eu et aura des effets sur l'emploi : tant en ce qui concerne le volume que la structure des emplois (les qualifications). En effet, l'état des lieux a permis d'en estimer les impacts, d'anticiper sur les types de compétences nouvelles à recruter, sur leur mode de répartition, sur la politique de gestion des ressources humaines. Il reste désormais à voir les incidences des projets sur la qualité des prises en charge.

CHAPITRE III : L'INCIDENCE SUR LA QUALITE

La qualité s'apprécie souvent de manière subjective, cependant, la mise en place de réflexions collectives, d'état des lieux par service et d'évaluation de l'établissement ont permis des améliorations de la qualité du service rendu par l'établissement aux usagers, mais également des conditions de travail et de participation des agents.

1. Impulsion de la part du personnel

La mise en place des projets de réduction du temps de travail et de démarche qualité a engendré de nombreuses interrogations. Le processus souhaité par le gouvernement, qui laissait une grande place à la négociation locale, n'a pas été sans susciter des tensions. Mais le mouvement de réflexion sur l'organisation a créé une véritable dynamique qui va permettre de se diriger vers la rédaction de la convention tripartite.

a. Les difficultés d'une réorganisation

Tout d'abord, une politique de démarche qualité doit prendre en compte les avantages qu'elle implique mais aussi les résistances que suscite presque naturellement tout type de changement. En effet, la démarche qualité s'est progressivement intégrée au fonctionnement de la maison de retraite de Carcès, mais la mise en place d'un projet d'aménagement et de réduction du temps de travail est un second changement qui crée des doutes et des craintes parmi le personnel. Ces projets touchent à la fois à la culture et aux rapports sociaux au sein de l'établissement. L'adhésion de tous et la participation des professionnels à ces changements apparaissent comme les conditions du succès même si celles-ci sont difficiles à obtenir.

Les craintes d'un tel projet peuvent être de voir l'introduction de lourdeurs réglementaires supplémentaires, de changements dans les métiers, dans le quotidien, etc. Il est donc nécessaire de savoir gérer les projets et les suivre dans le temps face au quotidien qui passe souvent en priorité. Le calendrier et les différentes interventions des consultants extérieurs ont permis de maintenir le cap malgré les nombreux autres travaux en cours.

L'évaluation, lors de la démarche qualité, peut être perçue comme un contrôle. Il est donc sans cesse nécessaire de rappeler que l'objet de la démarche qualité et de la mise en

place des 35 heures est de rendre meilleure la performance collective en améliorant l'organisation.

Un temps d'apprentissage est indéniablement nécessaire pour s'approprier une nouvelle organisation du temps. Le changement doit s'accompagner de l'apprentissage et de la maîtrise des techniques de règlement des difficultés d'application. La gestion des temps privé et professionnel qui s'interpellent, peut s'avérer contradictoire : en effet, il est souvent réclamé du temps libre donc de grouper les repos, de compacter le temps libre et la conséquence immédiate, ce sont de longues périodes travaillées.

Ainsi, un accord sur la réduction du temps de travail ne doit pas oublier de prévoir un dispositif qui entretienne une dynamique sur les questions de l'organisation du temps de travail. La négociation doit pouvoir se prolonger par le suivi de l'accord et prévoir des ajustements pour éviter certains écueils.

Le personnel dans les établissements sanitaires et sociaux n'a pas, pour la plupart, été formé aux concepts et aux méthodes de gestion de la qualité. Certains agents ont souhaité suivre des formations continues, mais l'essentiel de l'apprentissage aux méthodes et aux concepts a été réalisé par le personnel d'encadrement. Un engagement de la direction est également nécessaire, conduisant à la maîtrise de la qualité par la formation et la motivation des personnels et la mise en place d'un système qualité.

Mais la nouveauté reste surtout le fait que les personnels et les représentants des syndicats n'ont pas été formés à la procédure de négociation dans le cadre de la réduction du temps de travail. Ils doivent gérer les interfaces avec l'ensemble du personnel et avec la direction. Dans le cadre de la maison de retraite, la présence d'un interlocuteur unique pour la direction n'a pas empêché que parfois des voix différentes émergent dans le personnel.

De plus, dans le cadre de la mise en place des 35 heures, il est créé, par voie réglementaire⁴⁵, un droit nouveau à compter du 1^{er} janvier 2002, pour tous les personnels hospitaliers, à l'exception des agents non titulaires n'ayant pas accompli une année de service. En effet, le compte épargne temps (CET) permettra aux agents qui le souhaitent et qui en font la demande, d'accumuler des droits à congés rémunérés et de disposer d'un « capital-temps ». Ainsi, l'agent pourra utiliser son CET pour récupérer des congés d'une durée minimale de cinq jours ouvrés. Il pourra être alimenté à l'initiative de l'agent de

⁴⁵ Décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 relatif au compte épargne temps dans la fonction publique hospitalière.

plusieurs manières : par des jours de congés annuels, dans la limite de cinq jours par an ; par des jours de RTT ; et par des heures supplémentaires qui n'auront été ni récupérées ni indemnisées, dans la limite de la moitié de toutes les heures supplémentaires qui auront été effectuées dans l'année civile considérée.

Sans aller à l'encontre de la démarche de réorganisation des temps de travail dans l'établissement, cette disposition permet des aménagements qu'il faut prendre en compte. Ce CET est un droit, donc si les agents ne souhaitent pas bénéficier de la totalité de leurs congés ou jours de RTT, le personnel d'encadrement devra être à même de gérer ces possibilités.

b. Vers une dynamique de changement

Le changement demandé par les projets a créé une dynamique dans l'ensemble du personnel.

Par exemple, la rédaction de procédures et de protocoles de travail, conduit à la réflexion sur les pratiques quotidiennes, en les décomposant en actes visibles, ce qui permet de mieux comprendre et de mieux effectuer des activités devenues habituelles.

Le personnel doit travailler en consensus sur la rédaction dans l'intérêt de l'équipe, afin de standardiser les pratiques. Les procédures consistent à « écrire ce que l'on fait, faire ce que l'on a écrit, être capable de prouver ce que l'on a fait et, à tout moment, être capable de vérifier ce que l'on fait ».

Les nouvelles organisations des services ont permis d'améliorer le fonctionnement et de faire participer les personnels, de les faire s'exprimer sur leurs attentes et leurs idées pour offrir des prestations de qualité tout en garantissant de bonnes conditions de travail.

La possibilité de consulter des revues professionnelles permet aux agents d'être informés des nouvelles pratiques et des différentes évolutions sur les prises en charge.

De même que la formation permanente est un vecteur de progrès permanent, un gage d'évolution de la structure et surtout de mobilisation du personnel qui se forme et s'informe à l'extérieur de l'établissement.

Le mouvement de réorganisation va permettre de diriger l'établissement vers la rédaction de son projet d'établissement en vue de la signature de sa convention tripartite.

2. Sur la qualité de la prise en charge des personnes âgées

Malgré les différentes conceptions de la qualité, il semble possible de dire que les projets de mise en place de la démarche qualité et des 35 heures ont été menés en tenant compte de l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées.

a. Différentes conceptions de la qualité

La qualité de vie en institution repose sur une transparence du fonctionnement de chaque institution, clairement définie, notamment dans le projet institutionnel.

« Penser la qualité c'est d'abord concevoir que chaque acte est rempli de possibles entre lesquels il faudra choisir. »⁴⁶

Le directeur a une responsabilité particulière à cet égard. Après avoir exploré « tous les champs du possible », il lui reste à sa consacrer prioritairement aux choix stratégiques. Le directeur donne une impulsion forte, dans le sens d'une prise en charge de qualité.

La qualité peut être définie, dans le secteur de l'industrie, comme la satisfaction des besoins implicites et explicites des attentes des consommateurs.

Pour le secteur sanitaire et social, les attentes des usagers se font de plus en plus souvent explicites, en effet, les personnes savent désormais qu'elles doivent faire part de leurs souhaits et les personnels doivent se montrer à leur écoute.

L'organisation doit être centrée autour de l'intérêt pour le résident, le respect de la prise en charge globale, et la considération des problématiques transversales (les liens entre les différentes activités : soins, repas, etc.).

Différents textes relatifs aux droits et libertés des personnes âgées (en établissement ou non, dépendantes ou non) permettent de dicter les dispositions à respecter pour mener une action de qualité envers ces personnes, souvent fragiles.

⁴⁶ DUCALET P. et LAFORCADE M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Paris, Seli Arslan, 2000, page 58.

Un programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles a été rédigé par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité en mai 2002⁴⁷ défini trois axes principaux afin de répondre à l'objectif de lutte contre la dépendance :

- développer des actions de prévention répondant aux problématiques spécifiques liées à l'âge : risque de chute, de dénutrition, d'incontinence, risques liés à la polymédication ;
- adapter le dispositif de prise en charge aux besoins spécifiques des personnes âgées fragiles, notamment prévenir les risques de perte d'autonomie qui accompagnent trop souvent un séjour à l'hôpital ;
- renforcer l'exercice de la médecine gériatrique qui prend en compte la personne dans toute sa dimension, y compris psychologique et socioculturelle.

Dans un établissement sanitaire et social, la qualité de la prise en charge sera appréciée au regard de la satisfaction des résidents et de leur famille et du degré d'autonomie sociale, physique et psychique conservé par la personne lors de son séjour.

Cependant, la distinction qualité réelle et qualité perçue est essentielle. En effet, une prestation de service ne peut être appréciée intrinsèquement ; elle est aussi appréciée de manière totalement subjective au travers du système de valeurs propre au bénéficiaire de la prestation. Donc lorsque la réponse des professionnels est adaptée à la situation objective plutôt qu'à la demande, il peut s'en suivre une insatisfaction du résident et donc une perception subjective de non-qualité, sans toutefois que la qualité du service rendu ne soit mauvaise.

b. Quelques exemples d'amélioration de la qualité

L'objectif de l'enquête de satisfaction était d'améliorer la qualité de vie des résidents. Leurs réponses correspondent à leurs attentes et leurs besoins. Cependant, il faut tout de même préciser que les remarques formulées par les résidents ou par leurs proches sont en accord avec « leur réalité », même si cela ne reflète pas nécessairement « la réalité ».

Les résultats de cette enquête ont permis à la direction de l'établissement de prendre des dispositions concernant l'organisation du travail et les pratiques professionnelles dans la maison de retraite (restauration, animation, sécurité) dans le cadre de la réflexion menée pour les projets de réduction du temps de travail et de démarche qualité.

⁴⁷ *Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles, 2002-2005*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la Santé, Paris, 2002.

Au niveau de la restauration, les résidents, notamment par le biais des questionnaires, s'étaient déclarés moyennement satisfaits, des mesures ont été prises, dans le cadre de la réorganisation du temps de travail, afin de répondre au mieux aux attentes d'une majorité d'entre eux. Afin d'améliorer la qualité du service, une diététicienne est présente deux fois par mois dans l'établissement. Cette professionnelle participe à l'adaptation des repas aux habitudes alimentaires des personnes âgées et respecte et affine les régimes alimentaires.

Les repas ont pu être décalés de près d'une demi-heure le midi (servi à 12 heures 15) et le soir (servi à 19 heures). Cet aménagement du service permet aux résidents d'être pris en charge plus longtemps dans la matinée et de mieux profiter de l'après-midi. Mais également cela a permis de retarder l'heure des couchers (pour ceux nécessitant une aide) et de réduire la durée de jeun entre le dîner et le petit-déjeuner. Cette dernière indication est stipulée dans la Charte des droits et libertés de la personne âgée hébergée⁴⁸. En effet, il est essentiel que la période de jeun soit au maximum d'une durée de 12 heures. De plus, l'agent de nuit propose aux personnes qui le souhaitent, une collation au cours de la nuit.

Au niveau de l'animation, le recrutement d'un emploi jeune (animateur-accompagnateur au quotidien), a permis de répondre aux souhaits de certains résidents de bénéficier d'une présence au quotidien pour des moments d'aide et d'accompagner et de mettre en place, en partenariat avec la municipalité de Carcès, un atelier de lecture avec des livres empruntés à la bibliothèque municipale, et quelques cassettes audiophoniques permettant de constituer une bibliothèque sonore.

De plus, les horaires de la personne chargée de l'animation (l'aide médico-psychologique ou une aide-soignante) ont été décalés vers la fin de la journée, afin que les résidents puissent effectuer des animations adaptées à leurs attentes jusqu'à 18 heures. Enfin, l'aménagement du temps de travail a permis de prévoir des animations, voire même des sorties tous les samedis et un dimanche sur deux grâce à la présence d'une personne chargée de cette activité.

Quant à la question de la sécurité, il s'agit essentiellement d'une meilleure répartition de la présence des agents au cours de la journée et surtout les week-end. Le recrutement prochain d'une infirmière à temps plein va nettement améliorer la prise en charge des résidents tout au long de la journée. Cet agent va vraisemblablement permettre de bénéficier

⁴⁸ Charte des droits et libertés du patient hébergé.

de la présence d'une infirmière en continu, de 6 heures à 21 heures tous les jours de la semaine, y compris le dimanche.

La question de la prise en charge des soins des résidents dans un établissement désormais dénommé EHPAD est essentielle. Il ne sera plus question de parler de personnes en cure médicale ou pas, chaque personne hébergée pourra bénéficier de soins et d'un personnel para-médical dès qu'il le souhaite.

III^{EME} PARTIE :

LES OPPORTUNITES DU PROJET D'ETABLISSEMENT

Après avoir conduit les réflexions et mené les actions pour la mise en place de la démarche qualité et des 35 heures, l'établissement doit désormais pérenniser son organisation, son mode de fonctionnement et les principes qui guident les prises en charge. C'est ainsi qu'il apparaît opportun de rédiger le projet d'établissement. D'autant plus que, dans le cadre de la réforme de la tarification des EHPAD, tout établissement doit signer une convention pluriannuelle dans laquelle figure notamment le projet d'établissement.

L'établissement étant, grâce aux travaux menés pour les projets des 35 heures et de la démarche qualité, dans un mouvement dynamique de réorganisation, le directeur doit impulser la rédaction du projet d'établissement, document garant de l'organisation existante et prévoyant l'élaboration des projets de l'établissement sur cinq ans.

Ainsi, d'une part, il est essentiel de voir dans le projet d'établissement un véritable intérêt pour la structure, concrétisation des travaux réalisés dans le cadre des projets de mises en place des 35 heures et de la démarche qualité. Et d'autre part, cette proposition permet la poursuite d'une dynamique de changement, avec des implications tant au niveau du management du directeur qu'au niveau des différents acteurs (agents, résidents et familles) tout en s'inscrivant dans la perspective d'une éventuelle évaluation de la structure par un organisme extérieur.

CHAPITRE I : L'INTERET DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT

Le projet d'établissement est un document permettant de formaliser les différents projets de l'institution. Dans le cas d'une maison de retraite de faible capacité d'accueil, il s'agit essentiellement de regrouper dans un même document les projets de vie, de soins, d'accueil et d'animation. Le projet social ne constitue pas un document à part entière, mais les dispositions qui y sont relatives sont intégrées dans les différentes parties du projet d'établissement.

Dans le contexte actuel de réforme de la tarification, de mise en place des 35 heures et de mise en œuvre d'une démarche qualité, les établissements sanitaires et sociaux doivent s'adapter aux évolutions. C'est pourquoi le projet d'établissement, en plus de permettre aux différents acteurs de bénéficier d'un document décrivant l'organisation de la structure, permet de proposer des projets répondant aux nouvelles réalités contextuelles.

1. L'impact du projet d'établissement sur les différents acteurs

Le projet d'établissement doit être un document sur mesure, en accord avec l'institution qu'il représente. Il doit également être en mouvement.

A la suite des réflexions menées dans le cadre de la mise en place des 35 heures et de la mise en œuvre de la démarche qualité, le projet d'établissement apparaît comme un document permettant de finaliser les réorganisations opérées et d'envisager les solutions à élaborer au cours des cinq prochaines années. Il est d'un intérêt majeur pour tous les acteurs du système sanitaire et social, tant en interne que pour les partenaires externes à l'établissement.

a. Pour les acteurs internes à l'établissement

Le projet d'établissement définit la politique de prise en charge qui guide l'ensemble des gestes de la vie quotidienne, il est initié, géré, développé et partagé par l'ensemble des acteurs ; le projet doit donc être réellement celui de tous les acteurs et notamment des résidents. A cette condition, les objectifs de la démarche qualité et l'étroite corrélation entre projet de vie et qualité de vie tendront à se réaliser.

Le projet d'établissement est un support pour donner du sens aux actions menées, aux projets envisagés. La motivation du personnel doit se retrouver dans la présence de ce véritable projet de prise en charge et d'organisation du travail. Le chef d'établissement doit

être à l'initiative de ce mouvement dynamique, par une communication directe et précise sur les opportunités d'un tel projet.

Le travail de groupe est une occasion supplémentaire de souder la cohésion du collectif par une réflexion en commun, de reconnaître l'apport et l'intérêt de chaque catégorie professionnelle, et de modifier les représentations que chacun a de l'autre.

Le contexte des années 2001 et 2002 a permis de mener une véritable réflexion sur l'organisation des services et de prendre en compte les attentes des différents acteurs, c'est pourquoi, il est opportun, à présent, de poursuivre dans cette direction et de rédiger un document finalisé qui puisse être communiqué tant aux acteurs internes de l'institution qu'aux personnes extérieures souhaitant connaître le fonctionnement de l'établissement. La rédaction du projet d'établissement et son corollaire, la signature de la convention tripartite, va permettre à l'établissement d'entrer véritablement dans la réforme des établissements de personnes âgées et de montrer son attachement aux dispositions relatives à la mise en place d'une démarche qualité globale.

La réflexion menée dans le cadre de la mise en place des 35 heures a permis la consultation individuelle et anonyme des acteurs de l'établissement. Concernant les agents, les questionnaires retournés ont permis de connaître leurs attentes, notamment à l'égard des conditions de travail dans les services.

Ainsi, il s'agit d'en tenir compte lors de l'élaboration du projet d'établissement ; de même que pour la convention tripartite, il est demandé de réaliser un tableau prévisionnel des emplois. Le document devra être axé sur l'opportunité de limiter l'emploi précaire et de favoriser les emplois stables. De même, les questionnaires contenaient une question sur l'ancienneté de la personne dans l'établissement ainsi que sur son âge. Les éléments correspondant au projet social doivent intégrer, dans la mesure du possible, la volonté d'un rajeunissement de la pyramide des âges.

Afin de pouvoir anticiper tant sur les effectifs que sur les compétences requises, la connaissance de la stratégie et des différents projets de la structure est essentielle pour le directeur. En effet, le directeur d'établissement sanitaire et social doit disposer des compétences nécessaires, et en nombre suffisant, pour faire face aux missions de chacun des services de l'institution et répondre aux besoins des usagers. Ainsi, l'analyse des besoins et des ressources de l'établissement, en termes quantitatifs et qualitatifs, est primordiale, tant à la date de la rédaction du projet d'établissement qu'au terme de la période projetée.

De plus, toute période de changement est source de perturbations. La réduction du temps de travail, après s'être accompagnée d'une réorganisation ou d'une redistribution des tâches, doit être formalisée afin de ne pas induire une intensification du travail et avoir des conséquences tant physiques que psychologiques sur les personnels.

Ainsi, il est important d'inscrire dans le projet d'établissement le fait que l'institution doit permettre aux soignants d'assumer émotionnellement les situations délicates et embarrassantes avec les résidents et leurs familles et de trouver des solutions positives à des problèmes critiques. Pour cela, la formation continue peut constituer un moyen d'y répondre, pour les agents qui le souhaitent. Mais une autre solution peut être envisagée : l'idée de proposer des vacances de soutien. En effet, les différents personnels sont très sensibles aux problèmes spécifiques à la vie en établissement pour personnes âgées que constituent la souffrance et la mort. Comment prendre en compte cette dimension particulière ? Certes, les réunions de service et les transmissions doivent permettre de montrer aux différents agents qu'ils sont partie intégrante d'un ensemble, et qu'ils ne restent donc pas seuls à affronter de manière individuelle des situations pénibles. Il n'en demeure pas moins qu'un certain soutien psychologique est souvent nécessaire de surcroît, et que l'organisation de vacances de psychologues, qui permettent de prendre la parole et d'extérioriser les problèmes enfouis, est de nature à faciliter une meilleure acceptation de situations douloureuses, et donc à donner aux agents une base personnelle plus sûre et une plus grande disponibilité face aux résidents.

Il s'agit naturellement d'en définir les modalités (durée, fréquence, localisation dans le temps, localisation spatiale : dans ou en dehors du service, vacances catégorielles ou toutes catégories confondues, etc.), et de disposer de personnel de remplacement pour assurer le service pendant ces périodes, ou d'assurer une rotation des agents aux vacances. Il semble que le soin apporté à répondre à ces aspects soit ressenti de façon très positive par les personnels.

Ainsi, une vacation de 1 heure à 1 heure 30 deux fois par mois peut être envisagée, effectuée par un professionnel rémunéré par l'établissement et qui serait, éventuellement, responsable de cette fonction pour plusieurs établissements sanitaires et sociaux géographiquement proches. Les agents pourraient se réunir par petits groupes (trois personnes environ) ou individuellement si le besoin s'en fait sentir, dans une pièce éloignée du service mais à l'intérieur de l'établissement. L'horaire devra tenir compte de la nécessaire présence d'un nombre d'agents suffisant pour garantir la meilleure prise en charge des résidents tout au long de la journée.

Concernant les éléments qui, à l'issue de l'auto-évaluation, doivent être améliorés pour les résidents et leurs familles et pour reprendre Gilbert Racine dans *La démarche*

qualité dans les EHPAD : « Le traitement des mécontentements et des réclamations s'effectue souvent à chaud, dans la précipitation. Il est donc préférable de prévenir les sources d'erreurs afin de ne pas renouveler les dysfonctionnements⁴⁹ ». Ainsi, le projet d'établissement devra intégrer, dans le projet du service de l'accueil, les moyens permettant de gérer au mieux les réclamations. Il s'agit de permettre aux personnes de noter les remarques, mais surtout de mettre en place un système permettant d'apporter une réponse à ces écrits. Ainsi, la personne chargée de l'accueil (à mi-temps pour l'instant) pourrait être chargée de la gestion de ce document permettant de recevoir les commentaires et d'apporter une réponse à la personne concernée. Le recueil pourrait se présenter sous la forme d'un cahier, dont les pages seraient numérotées et dont les feuilles comporteraient plusieurs colonnes : une pour les remarques (date et commentaires) et une pour les réponses apportées (également datées).

Le projet d'établissement doit également reprendre les attentes des usagers, déterminer les conditions de réalisation des prestations et garantir le respect des textes nationaux, comme la Charte des droits et libertés de la personne âgée⁵⁰.

b. Pour les acteurs externes

La mise en place de la démarche qualité doit figurer comme axe principal du projet d'établissement de la maison de retraite et des évolutions envisageables sur cinq ans. Un tel document va servir de support à la discussion pour l'établissement lors de la signature de la convention tripartite avec, d'une part, le représentant de l'assurance maladie dans le département et, d'autre part, le président du conseil général. Cette démarche d'un respect de normes communes pour tous les EHPAD doit permettre aux usagers de bénéficier de l'assurance d'une prise en charge de qualité.

Le projet d'établissement doit reprendre la mission du service, c'est-à-dire à la fois les principes guidant tout service public (égalité, mutabilité, continuité⁵¹) et les mesures inhérentes au fonctionnement de l'établissement. Il est important de formaliser ces aspects afin que tous les agents puissent vérifier qu'ils les connaissent et qu'ils puissent mesurer les écarts éventuels entre les objectifs définis dans le projet et ceux poursuivis au cours de sa réalisation.

⁴⁹ RACINE G., *La démarche qualité dans les EHPAD*, Paris, Berger-Levrault, 2000.

⁵⁰ Voir chapitre suivant.

⁵¹ CHAPUS R., *Droit administratif général*, Paris, Montchrétien, 1999.

La validation du projet d'établissement par les instances dites de tutelle va s'effectuer dans le cadre de la signature de la convention tripartite. Ce document va constituer un des éléments sur lequel va s'appuyer la discussion relative aux moyens financiers prévisionnels de l'établissement.

Concernant la répartition des charges, la réforme de la tarification des EHPAD met :

- à la charge du résident la partie « hébergement » avec une possibilité de substitution grâce au recours à l'aide sociale pour les personnes qui ne peuvent pas payer et qui en font la demande ;
- à la charge du conseil général ou de la personne la partie « dépendance », suivant qu'il y a eu ou non convention entre l'établissement et le conseil général pour le paiement de l'APA; si ce n'est pas le cas, le conseil général intervient pour solvabiliser la personne qui a payé le forfait dépendance, à condition qu'elle puisse bénéficier de l'APA;
- à la charge de l'assurance maladie les frais de la partie « soins ». La dotation financière pour la section « soins » est calculée en fonction d'un paramètre national appelé « la DOMINIC » (dotation minimale de convergence). L'indicateur financier que constitue ce paramètre est susceptible (en fonction de la situation de l'établissement) d'être majoré dans une limite recommandée de 35 % maximum.

La notion de réputation de l'établissement est encore très prégnante dans le milieu rural; un document tel que le projet d'établissement va apparaître comme un outil supplémentaire de communication externe.

En effet, la communication externe, si elle vise à créer une image de l'institution, sert également à recruter des compétences et bien entendu à faire part des principaux axes stratégiques retenus pour l'évolution des prises en charge. Les moyens de faire connaître l'établissement sont multiples et varient selon la taille de la structure, et les nouveaux outils de communication vont permettre de diffuser des informations sous la forme de nouveaux supports.

Dans le cadre d'un marché de l'emploi fermé pour certaines professions, il peut en résulter une certaine concurrence pour attirer les professionnels de certaines filières et des transferts d'un secteur à l'autre, d'autant plus qu'une augmentation des quotas d'entrée dans les écoles de formation du secteur aura un effet différé de trois ans (temps de formation pour un grand nombre de professions paramédicales et sociales). Les conditions de travail, d'emploi et de rémunération pourront alors être déterminantes.

Le projet d'établissement doit permettre de garantir la cohérence, au niveau externe, entre les différents établissements ou entre les différentes professions qui interviennent afin de favoriser la création de réseaux.

2. La nécessité de répondre aux contraintes et aux nouvelles réalités contextuelles

Le contexte du secteur sanitaire et social est celui d'une modification de l'offre et de la demande. En effet, les usagers sont de mieux en mieux informés et attendent donc des établissements qu'ils répondent à leurs besoins. Et de nouvelles offres sont envisagées par les responsables, qui s'orientent progressivement vers une mise en commun des réflexions ainsi que de certaines actions.

a. De nouvelles attentes et de nouvelles offres

Améliorer la qualité et la coordination des soins dans les établissements pour personnes âgées est l'une des attentes des personnes accueillies et l'un des objectifs affichés dans le cadre de la rédaction et de la signature d'une convention tripartite. Dans les établissements dotés d'une section de cure médicale, il existe déjà un médecin chargé de la coordination des soins mais son rôle et ses fonctions n'ont jamais été précisément définies. Cette fonction devra être systématisée par celle de médecin coordonnateur, pour les EHPAD ayant signé leur convention.

Le principe du médecin coordonnateur répond « à un objectif de santé publique par une meilleure prise en charge gériatrique, dans un cadre nécessaire de maîtrise de dépenses de santé »⁵². Il devra être « l'interlocuteur médical » du directeur de l'établissement avec lequel il formera une équipe responsable du projet de vie et du projet de soins de l'établissement.

Ces modalités s'avèrent difficilement applicables eu égard, notamment, au peu d'insistance que semblent mettre les médecins à exercer cette fonction. D'autant plus que le Conseil national de l'Ordre des médecins a désormais élaboré un contrat spécifique pour ce poste.

⁵² Annexe II de l'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.

Le médecin coordonnateur doit participer à la rédaction du projet de soins avec le concours de tous les intervenants paramédicaux. Cependant, tant que la convention n'est pas signée, il est délicat de doter ce poste d'un budget. Dès lors, il apparaît essentiel de travailler avec un médecin ayant des connaissances en gérontologie et dans le fonctionnement d'un établissement pour personnes âgées. Et il semble important de pouvoir proposer un projet de soins qui permette, par la suite, au médecin coordonnateur d'y apporter des réajustements.

Quelques principes essentiels du projet de soin peuvent déjà être envisagés, suite aux réunions qui se sont déroulées en juin 2002 :

- soigner, c'est « aider à vivre », c'est offrir, à une personne ou à un groupe, un service qui puisse compléter ou suppléer sa propre action ;
- le projet de soins devra rester dans la continuité de l'ensemble des actions menées au cours de la période précédente dans le seul but d'améliorer la qualité des soins, c'est-à-dire de s'adapter aux évolutions du système de santé et de mettre le personnel soignant dans les meilleures conditions possibles afin que celui-ci exerce son « art » : l'art de « prendre soin d'une personne âgée dépendante » ;
- que la personne soit malade ou en bonne santé, elle a 14 besoins fondamentaux à satisfaire, à savoir : respirer, boire et manger, éliminer, se mouvoir et maintenir une bonne posture, dormir et se reposer, se vêtir et se dévêtir, maintenir la température du corps dans les limites physiologiques, être propre et protéger ses téguments, éviter les dangers, communiquer, agir selon ses croyances et ses valeurs, s'occuper en vue de réaliser, se divertir, apprendre ;
- l'équipe soignante de l'établissement a fait le choix du modèle de soins de Virginia Henderson (théoricienne anglo-saxonne) pour qui le rôle essentiel de l'infirmière consiste à aider l'individu malade ou pas au maintien ou au recouvrement de la santé ou de l'assister dans ses derniers moments, par l'accomplissement des tâches dont il s'acquitterait lui-même s'il en avait la force, la volonté, les connaissances, de façon à reconquérir son indépendance le plus rapidement possible.

Le médecin devra élaborer un rapport d'activité médical annuel contenant des éléments concernant non seulement la dépendance, mais aussi les pathologies et l'évaluation des pratiques de soins, et permettant d'objectiver les motifs d'amélioration des états de santé.

Les nouvelles attentes des personnes accueillies en établissement ont permis la création et la mise en place de nouveaux métiers. En effet, les innovations telles que celles d'emplois jeunes ont offert la possibilité aux structures de répondre à certaines activités que

les agents de la fonction publique hospitalière (aide-soignant, agent des services hospitaliers, agent administratif, etc.) ne pouvaient pas toujours réaliser.

En février 2002, le gouvernement en exercice a dressé un bilan des emplois jeunes au service des personnes âgées⁵³. Les expériences rapportées permettent de mener une réflexion sur ces nouveaux emplois dans le cadre de la rédaction du projet d'établissement. En effet, à la maison de retraite de Carcès, deux emplois jeunes sont actuellement conventionnés et pourvus : celui d'aide hôtelière et celui d'animateur-accompagnateur au quotidien ; ces emplois sont devenus indispensables pour une meilleure prise en charge des résidents et la nécessité de prévoir le doublement de leur nombre se fait sentir. Ainsi, malgré le devenir incertain de ces emplois, il est essentiel de retranscrire dans le projet d'établissement les activités réalisées par ces personnes qui participent pleinement à une action de qualité et de négocier la question de leur pérennisation dans le cadre des conventions tripartites et de la réforme de la tarification.

b. Un contexte de coordination, voire de coopération

L'intérêt des services et l'intérêt collectif sont de favoriser l'interdépendance. Abolir les frontières entre l'établissement et les usagers est nécessaire, ceci devant être inscrit dans les objectifs de chaque dirigeant. En effet, la proximité d'échanges, la connaissance parfaite par chacun de ses droits, la connaissance par la structure de son image, de l'opinion des usagers, de leur insatisfaction mais aussi de leur consentement sont essentiels. Pour aider l'utilisateur, il est nécessaire de faciliter la proximité et d'éviter toute frontière entre usagers et offreurs. De même que rejeter à jamais les frontières entre les services, les fonctions, est primordial : la motivation des personnels n'en sera que plus grande.

La force du système sanitaire et social d'aujourd'hui réside dans sa capacité à briser toute frontière en modifiant les notions étroites de service ou d'établissement avec leur organisation séculairement hiérarchique et de les remplacer par des projets de coordination entre services ou entre établissements et des projets de créations maîtrisés.

Les établissements sanitaires et sociaux sont entrés dans la dynamique de la complexité.

⁵³ Depuis 1997, près de 6 000 postes d'emplois jeunes ont été créés dans le domaine gérontologique. Dans *Journée technique d'information et d'échanges sur « Les emplois jeunes en gérontologie »*, 7 février 2002, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'État aux personnes âgées, Paris, 2002.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale inscrit, dans ses articles 20 et 21, la coordination et la coopération parmi les missions obligatoires des établissements sanitaires et sociaux. Elle propose un certain nombre d'outils, proches de ceux proposés dans le secteur sanitaire, pour « garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement »⁵⁴, tels que la conclusion de conventions entre établissements sanitaires et sociaux ou avec des établissements de santé ; la création de groupements d'intérêt économique ou de groupements d'intérêt public ainsi que la création de syndicats inter établissements ou de groupements de coopération sociale et médico-sociale.

A terme, cette volonté de favoriser la coopération entre établissements apparaîtra comme une donnée essentielle de structuration du tissu sanitaire et social, c'est pourquoi, il est primordial d'utiliser, le plus tôt possible, les outils de coordination proposés.

De plus, la participation aux CLIC⁵⁵, lieux d'accueil et d'information pour les personnes âgées et leur entourage, doit permettre une organisation cohérente des prises en charge de la personne âgée⁵⁶. Il assure un accueil personnalisé et gratuit quelle que soit l'origine de la demande, qu'elle émane de la personne âgée, de sa famille, des services sociaux, du médecin traitant, d'une structure médico-sociale ou hospitalière. Un des points clés de la réussite et de la pérennisation du dispositif réside dans la volonté de décloisonner les pratiques professionnelles.

Dès lors, la participation des institutions va permettre de les placer dans une situation de devenir de véritables acteurs, voire même créateurs des politiques sanitaires et sociales locales.

⁵⁴ Article 21 de la loi du 2 janvier 2002.

⁵⁵ Centres locaux d'information et de coordination, dont l'expérimentation pour l'année 2000 est instituée par la circulaire DAS RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000.

⁵⁶ La circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001 précise que le CLIC est conçu comme un dispositif de proximité dédié en priorité aux usagers.

CHAPITRE II : UNE POLITIQUE DE CHANGEMENT

Le projet d'établissement va permettre le développement des projets de l'établissement pour les cinq années à venir. Ainsi, la dynamique de changement issue des réflexions pour la mise en place des 35 heures et celle de la démarche qualité méritent d'être analysées. A contrario, les projets élaborés au cours des années 2001 et 2002 sont essentiellement situés dans un cadre d'analyse qui nécessite une évaluation permanente de la structure.

1. Les apports des projets

La conduite de projets tels que la mise en place de la réduction du temps de travail et la mise en œuvre de la démarche qualité dans un établissement sanitaire et social ont eu des incidences, d'une part sur la vision du management, et d'autre part sur les normes de qualité qui peuvent s'appliquer.

a. En termes de management

La raison fondamentale de promouvoir aujourd'hui un véritable management dans les établissements sanitaires et sociaux est l'émergence et l'application d'un droit offert aux personnes accueillies : celui de disposer, au travers des services offerts, d'une norme constante garantissant la qualité de la prestation.

Le directeur est le garant du bon fonctionnement de l'institution : il doit donc à la fois offrir une prestation de qualité aux usagers, mais également garantir de bonnes conditions de travail pour les agents et un bon climat social. Dans le contexte de l'application de textes nationaux essentiellement par le biais de projets locaux (par établissement), le rôle de manager du directeur est renforcé. En effet, il doit offrir à tous les partenaires de l'institution la possibilité de s'exprimer et gérer les conditions de réalisation des actions.

Le projet de mise en place de la réduction du temps de travail s'est déroulé selon un cadrage précis : l'application devait être effective au 1^{er} janvier 2002. Cependant, les directives nationales ont été diffusées de manière tardive, et le directeur a dû faire preuve d'anticipation pour envisager les éventuelles contreparties financières ou en moyens humains.

L'exigence de projet institutionnel, bien qu'ancienne, est renouvelée par la publication des derniers textes législatifs. Ce rappel doit contribuer à relancer une dynamique institutionnelle de gestion qui tendait à s'essouffler. Les approches nouvelles, telles que les éléments à inclure dans le projet d'établissement, appuyées sur une évaluation et dont les termes sont débattus avec les principaux financeurs, peuvent être entendues comme un renforcement de la place du directeur d'établissement. Ces dispositions semblent sous-tendre l'ambition de faire des directeurs d'établissement de véritables chefs de projet.

Cependant, actuellement, un nombre croissant d'établissements est géré en double, à savoir qu'un seul directeur s'occupe parfois de deux ou plusieurs structures géographiquement distantes. Sera-t-il longtemps concevable que les gestions soient distinctes ? Dans le contexte actuel (après la loi du 2 janvier 2002) qui propose de créer des fusions, ne faudra-t-il pas établir des synergies et de nouvelles fonctionnalités pour s'y adapter ? De plus, la mise en commun des opportunités de plusieurs établissements peut permettre de dégager les forces et les faiblesses de chacun et d'équilibrer les potentiels dans l'intérêt des résidents.

L'apport de la mise en place et de la conduite des projets permet d'appréhender la gestion de nouvelles solidarités entre services et entre établissements. Il est essentiel de prendre conscience de la nécessité de trouver des alternatives et des solutions, sur le plan du management, pour modérer les craintes de ces nouvelles perspectives. Le directeur doit rechercher des actions qui relèvent du pragmatisme pour être facilement applicables. Il s'agit également de rester dans une dynamique de proximité, tant au niveau de la prise de connaissance des attentes des acteurs que des réponses qu'il semble possible de leur apporter. Enfin, il est indispensable de mettre en place des dispositifs d'information qui permettent de mener une communication structurée et donc d'exposer à tous les partenaires de l'institution les évolutions prévues.

b. En termes de démarche qualité

Plusieurs textes définissent, dans le secteur sanitaire et social, les droits et libertés des personnes âgées. Tout d'abord, en 1987, la Fondation nationale de gérontologie, en partenariat avec le ministère, a élaboré la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante. Rénové en 1999, ce texte stipule, que « même dépendantes, les personnes âgées doivent continuer à exercer leurs droits, leurs devoirs et leurs libertés de citoyen. Elles doivent aussi garder leur place dans la cité, au contact des autres générations dans le respect de leurs différences ». Ce document est entièrement repris dans le programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles, élaboré par le

ministère délégué à la Santé et qui couvre la période 2002-2005. De plus, il existe également une charte des droits et libertés du patient hospitalisé⁵⁷, qui s'applique également aux personnes âgées hébergées dans un établissement.

Les dispositions du programme de prévention et d'organisation des soins concernent essentiellement la prise en charge sanitaire des personnes âgées, car les « actions de prévention médicalisée, d'éducation à la santé et d'amélioration des soins sont le volet sanitaire indispensable dans une vision globale et cohérente des actions de prévention qui engagent d'autres champs d'action, qu'il s'agisse d'adaptation de l'habitat, de l'environnement, mais aussi de soutien des familles, et de lutte contre l'isolement et le repli⁵⁸ ».

Ainsi, la recherche d'une prise en charge de qualité de la personne âgée s'applique également au secteur sanitaire. L'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) a élaboré un guide d'évaluation de la qualité de la prise en charge des patients âgés, document rédigé en harmonisation avec l'outil d'auto-évaluation ANGELIQUE. La mise en œuvre de démarches qualité, à l'aide des référentiels, doit permettre à chaque patient, quel que soit son lieu d'accueil, de bénéficier d'une qualité de prise en charge optimale.

La formulation de recommandations de bonnes pratiques relatives à la qualité paraît cependant plus aisée dans le secteur sanitaire grâce à l'objectivité des indicateurs employés. Cette entreprise s'avère plus délicate dans les EHPAD en raison de la subjectivité de la notion de qualité, et encore plus de celle de qualité de vie. Une prestation de qualité doit être conforme aux exigences de la qualité au regard de la norme, mais doit également s'approcher des exigences du résident.

Cependant, les nouvelles réglementations du secteur sanitaire et social axent leurs dispositions sur la mise en place de textes et autres documents permettant d'apporter des éléments normatifs pour une prise en charge de qualité. La loi du 2 janvier précise notamment, dans son article 6, qu'« une charte nationale (portant) sur les principes éthiques et déontologiques afférents aux modes de fonctionnement et d'intervention, aux pratiques de l'action sociale et médico-sociale et aux garanties de bon fonctionnement statutaire » sera publiée par le ministère. De même, devra être annexée au livret d'accueil de tout établissement, « une charte des droits et libertés de la personne accueillie », soumise à

⁵⁷ Document annexé à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés.

⁵⁸ *Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles 2002-2005*, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ministère délégué à la Santé, Paris, 2002.

consultation, notamment de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale ».

2. L'évaluation des actions

La démarche qualité trouve sa finalité dans une pratique constante de la qualité et la recherche d'une qualité totale. Cette perspective se retrouve dans la définition de critères et d'indicateurs de qualité, tant au niveau des activités à réaliser par les agents qu'à celui de la satisfaction des personnes accueillies. De plus, la loi du 2 janvier 2002, rénovant celle de 1975, institue une véritable évaluation des établissements sanitaires et sociaux, qui pourra s'effectuer, d'ici à quelques années, par un organisme extérieur.

a. La nécessaire définition de critères et d'indicateurs

Dans le cadre de la démarche qualité, la mise en place des procédures et des protocoles dans les services constitue l'une des stratégies du projet institutionnel.

Le projet d'établissement doit reprendre la répartition des activités entre les personnes. Qui fait quoi ? Est-ce clair pour tout le monde ? Certaines activités sont-elles faites par plusieurs personnes (doublon), d'autres sont-elles « non couvertes », une autre répartition permettrait-elle de gagner du temps (spécialisation/polyvalence) ? Certaines activités peuvent-elles être supprimées, regroupées, différées ? Les activités de chacun correspondent-elles aux compétences ?

L'état des lieux, réalisé par service au cours des travaux pour la mise en place des 35 heures, ainsi que l'auto-évaluation, effectuée pour l'ensemble de l'établissement, ont permis de mener la réflexion sur ces questions et désormais, la répartition des activités entre les agents est établie par le biais de fiches de groupes dans le cadre de la sectorisation partielle (un groupe de 4 à 5 agents est plus particulièrement chargé du suivi de l'état général d'une quinzaine de résidents). Pour les autres services, et pour les tâches particulières, des fiches de poste sont établies et des procédures et/ou protocoles doivent être respectés.

Cette démarche permet d'anticiper les comportements des agents et de connaître le suivi et la réalisation des différents travaux de chacun.

De même, la démarche d'évaluation devra permettre de vérifier si les procédures de travail sont bien connues de tous, si elles sont appliquées de façon similaire, si elles sont

écrites, vérifiables. Quant aux transmissions des informations dans les services, il faudra s'interroger sur leur mode, leur contenu, le temps qui leur est consacré et leur efficacité.

Pour que chaque agent donne le meilleur de lui-même au service de l'institution, il doit être en mesure d'inscrire sa propre action dans l'action collective, de donner un sens au travail accompli, de s'inscrire dans une démarche de projet.

La notion de cohérence est recherchée au niveau interne, entre les différents personnels, afin d'assurer une continuité dans la prestation et agir dans un sens commun que chacun suivra dans sa pratique professionnelle. Cette notion est essentielle lorsque l'on parle de prise en charge globale et de démarche qualité totale.

De même, il est essentiel de permettre le repérage des acteurs concernés. En effet, la notion d'acteur renvoie à des individus particuliers ou des groupes qui « jouent » de la même manière, adoptent le même comportement. Ces groupes ne recouvrent pas forcément les appartenances catégorielles ou professionnelles. Plus que l'appartenance, c'est le projet personnel ou collectif qui définit l'acteur. Pour expliquer les comportements adoptés ou les stratégies mises en œuvre par les acteurs dans une situation donnée, il faut comprendre leur représentation des enjeux : les acteurs évaluent (plus ou moins consciemment) ce qu'ils ont à perdre ou à gagner dans un changement proposé.

Lorsque l'on connaît les acteurs et la perception qu'ils ont des enjeux, on peut en déduire les stratégies qu'ils mettent en place et donc rendre prévisibles les comportements des acteurs.

De plus, il est essentiel que l'institution puisse utiliser des indicateurs relatifs aux conditions de travail des personnels. Par exemple, elle doit être à même de quantifier l'absentéisme et le turn-over. Ces indicateurs, notamment utilisés pour analyser la motivation des personnels, doivent cependant être maniés avec précaution.

La recherche d'objectifs d'amélioration des qualifications des personnels et l'organisation des prises en charge doit permettre de prodiguer des soins et des aides de qualité ; tout en assurant au personnel une meilleure satisfaction dans sa pratique quotidienne, notamment au moyen de l'organisation générale du travail, de la formation permanente, des conditions de travail, de la présence d'un médecin coordonnateur, d'un soutien psychologique au personnel si besoin.

Les critères d'évaluation de la qualité telle qu'elle est perçue par les usagers se retrouvent dans le référentiel ANGELIQUE. Les objectifs de ce document peuvent être

considérés comme ceux à atteindre, notamment la meilleure connaissance possible de la personne accueillie, son bien-être sur le plan environnement social et psychologique, l'analyse de ses habitudes, de ses besoins, de ses souhaits, etc., pour toutes les personnes, en bonne ou en moins bonne santé.

En effet, « la connaissance globale de la personne âgée nécessite des bilans de santé classiquement réalisés dans les institutions, mais aussi un questionnement systématique pour recueillir des informations sur les aspects psychologiques et sociaux de sa personnalité⁵⁹ ».

b. Vers une évaluation réalisée par un organisme extérieur

Bien qu'elle ne soit pas tout à fait récente, l'attention portée à l'évaluation dans le secteur sanitaire et social emprunte toutefois, dans les derniers temps, un tour nouveau : à l'instar de la démarche-projet (dont elle constitue une étape obligée), la question de l'évaluation fait aujourd'hui partie des préoccupations méthodologiques des établissements et des exigences émergentes des administrations de contrôle. L'évaluation par un organisme extérieur est d'abord apparue pour le secteur sanitaire, dans le cadre de la procédure d'accréditation des établissements de santé.

L'évaluation peut constituer un outil de valorisation des services ou fournir des points de repères pour une amélioration de la qualité des services. Ainsi, l'évaluation vise à une meilleure maîtrise des actions et donc à une réduction des incertitudes (aussi bien d'ordre économique que d'ordre social).

C. Bachmann a élaboré une définition de l'évaluation : « Ce n'est pas une technique infallible de mesure du social, mais tout une gamme d'instruments qui vont des plus rigoureux et des plus quantifiés aux plus légers et aux plus simples, et qui concourent tous, en fait, à la production d'une attitude : le double souci d'objectiver au maximum sa propre intervention et de l'adapter étroitement aux réalités quotidiennement observées. »⁶⁰.

Dans son article 22⁶¹, la loi du 2 janvier 2002, stipule que « les établissements et services (...) procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard, notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles (...) », ils font également procéder à « l'évaluation de

⁵⁹ RACINE G., *La démarche qualité dans les EHPAD*, Paris, Berger-Levrault, 2000, page 30.

⁶⁰ BACHMANN C. *De la vertu à la nécessité*, in *Informations sociales*, n° 6, 1992, cité dans *Élaborer son projet d'établissement social et médico-social*, Paris, Dunod, 1997, page 185.

⁶¹ Dans la section 5 intitulée « *De l'évaluation et des systèmes d'information* ».

leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur (...) ».

La mise en place d'une évaluation, réalisée par un organisme externe à l'établissement, devrait permettre de porter une appréciation objective et globale sur la prise en charge des personnes âgées dans l'institution. Pour cela, plusieurs organismes, dont la Fédération hospitalière de France, ont conjointement élaboré un manuel méthodologique d'évaluation de la qualité des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EVA). Ce document est actuellement soumis à la relecture du comité technique.

La méthode PASS (programme d'analyse de système de service) a servi de trame pour l'élaboration d'EVA. De plus, ce manuel s'articule avec le guide d'auto-évaluation ANGELIQUE dont il reprend les principaux items. Il est ainsi toujours nécessaire que l'évaluation externe soit précédée d'une démarche d'auto-évaluation.

L'évaluation externe, effectuée à la demande de l'EHPAD, va donc permettre aux établissements de bénéficier d'un regard tiers distancé et d'élaborer une stratégie pour relever leurs défis tout en maintenant, voire en améliorant leurs forces. L'évaluation externe sera réalisée en tenant compte :

- de la satisfaction des résidents et de leurs familles, par rapport à l'habitat, à la restauration, à l'existence ou non d'un sentiment de sécurité, de solitude et à la qualité d'ensemble de la vie sociale ;
- des actions menées pour aider la personne âgée à conserver un degré maximal d'autonomie sociale, physique et psychique dans le respect de ses choix et de ses attentes ;
- du système de management de l'établissement, notamment celui de la qualité.

Le résultat de l'analyse peut éventuellement offrir aux EHPAD une position de négociation plus forte avec les autorités de tarification, notamment dans le cadre de la convention tripartite, si elle est rapidement réalisée, ou lors du renouvellement de l'autorisation de fonctionnement.

CONCLUSION

Politique d'amélioration de la qualité et politique de réduction du temps de travail sont les pièces indissociables des politiques de changement et rendent nécessaire, pour les directeurs d'établissements sanitaires et sociaux, la mise en place d'outils particuliers, notamment ceux du management.

De réelles modifications s'imposaient dans l'organisation et la gestion du temps de travail dans les établissements de ce secteur, dont le fonctionnement en continu nécessite une présence 24 heures sur 24 et dont le type de population accueillie (de plus en plus dépendante) réclame la présence d'un personnel soignant de qualité et en nombre suffisant. Le législateur a ainsi choisi d'appliquer la réduction du temps de travail à la fonction publique hospitalière, en laissant une large place à la négociation locale et à la recherche d'accord par établissement. Cependant, afin de conserver les apports de la politique naissante d'amélioration de la qualité, il était indispensable de penser conjointement les deux projets. Le maintien d'une prise en charge de qualité devait être le fil conducteur de la mise en place des 35 heures.

Le passage à 35 heures hebdomadaires et la mise en place d'une démarche qualité dans les établissements sanitaires et sociaux s'inscrivent dans un même processus et une même exigence : ceux du progrès et de l'adaptation aux évolutions contextuelles.

L'exemple de la maison de retraite Louis Pasteur, dans le Var, témoigne de l'ajustement permanent nécessaire qui est mis en œuvre lors de la mise en place de ces deux politiques. Le directeur doit constamment appliquer les dispositions réglementaires, tout en veillant à une gestion des ressources humaines et à une prise en charge de qualité des résidents.

L'établissement étudié peut apparaître comme relativement bien doté en terme d'effectifs, il reste que la mise en œuvre des projets et leur aboutissement a nécessité la mise en place d'outils particuliers tels que la concertation, la discussion, l'écoute, l'évaluation et l'ajustement permanents, etc.

La conduite de ces politiques de changement a montré que la gestion d'un établissement, quelle que soit sa taille, nécessite non seulement de l'inspiration et de la connaissance professionnelle, mais surtout une réelle implication de la part du directeur.

Bibliographie

Ouvrages

- BAUER M., *Le management. Une philosophie pour les entreprises sanitaires et sociales*, Paris : TSA, 1992, 103p.
- BRAMI G., *Le projet institutionnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées*, Paris : Berger-Levrault, 2000, 218p.
- CAZENAVE J.-C., *La maîtrise du temps à l'hôpital : un préalable aux 35 heures*, Bordeaux : Les Études Hospitalières, 1999, 151p.
- CAZENAVE J.-C., *Les outils pratiques pour réussir la RTT dans la fonction publique hospitalière*, Bordeaux : Les Études Hospitalières, 2001, 193p.
- CRESSON G., dir. SCHWEYER F.-X. et autres, *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, Rennes : ENSP, 2000, 222p.
- CRUCHANT L., *La qualité, « Que sais-je ? »*, Paris : PUF, 1998, 126p.
- DERENNE O., LUCAS A. et autres, *Le développement des ressources humaines*, Rennes : ENSP, 2002, 288p.
- DESHAIES J.-L. et SAVALL H., *Mettre en oeuvre les projets. L'approche socio-économique : une démarche proactive des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour répondre aux exigences de l'accréditation et de l'évaluation*, Paris : L'Harmattan, 2000, 297p.
- DUCALET P. et LAFORCADE M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales : sens, enjeux et méthodes*, Paris : Seli Arslan, 2000, 272p.
- JOING J.-L., *Maîtriser la démarche qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Paris : ESF, 1998, 139p.
- LAPAUW R., *La pratique du management des entreprises sanitaires et sociales*, Toulouse : Privat, 1993, 168p.
- LE FLOCH P., *Le temps de travail dans les trois fonctions publiques : organisation, aménagement, réduction*, Paris : Berger-Levrault, 2000, 170p.
- LOUBAT J.-R., *Élaborer son projet d'établissement social et médico-social*, Paris : Dunod, 1998, 264p.

- RACINE G., *La démarche qualité dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, Paris : Berger-Levrault, 2000, 197p.
- WOLMARK Y. et autres, *Guide de l'AP-HP, Évaluation de la qualité de la prise en charge des patients âgés*, Paris : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 2002, 182p.
- Ouvrage collectif, FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, *EVA Manuel d'évaluation de la qualité des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, Foulayronnes, Comité européen pour le développement de l'intégration sociale, 2002, 175p.

Rapport

- SEGRESTIN B. et TONNEAU D., *La réduction du temps de travail dans les établissements privés sanitaires, médico-sociaux et sociaux : les 35 heures à l'épreuve du passage*, Paris : DREES, nov. 2001, 76p.

Fascicule

- CAZENAVE J.-C., *L'aménagement du temps de travail au sein des établissements de santé*, Cahier Pratique Tissot, sept. 2000, 32p.

Articles

- Anonyme, Comment la mise en place des 35 heures peut-elle accompagner une démarche qualité, *L'infirmière magazine*, juin 1999, n° 139, pp. 39-41.
- Anonyme, Organisation hospitalière : Les 35 heures : un défi pour repenser l'activité ?, *Réforme de l'hospitalisation*, février 2000, supplément n° 30, pp. 3-4.
- Anonyme, Dossier : Les 35 heures chez les adhérents FEHAP : Résultats provisoires, *Perspectives sanitaire et sociales*, avril 2000, n° 149, pp. 11-15.
- Anonyme, Mise en œuvre des 35 heures : Questions/réponses de l'Acoss, *Liaisons sociales*, 14 sept. 2000, n° 8109, pp. 1-9.
- Anonyme, L'imagination au secours de la pénurie de professionnels, *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 12 oct. 2001, n° 2232, pp. 23-25.

- Anonyme, Les 35 heures dans la fonction publique hospitalière (Protocole de cadrage national du 27 septembre 2001), *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 19 oct. 2001, n° 2233, pp. 15-23.
- Anonyme, L'élaboration d'un projet social par les établissements de santé, *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 19 oct. 2001, n° 2233, p. 12.
- Anonyme, Inquiétudes multiples des établissements publics pour personnes âgées, *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 14 déc. 2001, n° 2241, pp. 33-34.
- Anonyme, Emplois-jeunes en gérontologie : un levier pour la structuration du secteur, *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 15 février 2002, n° 2250, p. 44.
- BEAU P., Les incertitudes liées aux 35 heures dans les hôpitaux, *Espace social européen*, 22-28 sept. 2000, n° 522, p. 10.
- BEAU P., Le déblocage des 35 heures à l'hôpital, *Espace social européen*, 15-21 déc. 2000, n° 534, pp. 6-7.
- BERGOGNE A., 35 heures dans le secteur privé : premier bilan, *Le concours médical*, 01 juin 2002, tome 124-21, pp. 1480-1481.
- CHICHE P., Le cadre de l'action sociale et médico-sociale rénové par la loi du 2 janvier 2002, *Bulletin juridique de la santé publique*, Tissot, avril 2002, n° 50, pp. 17-18.
- COLIN C., Le nombre de personnes âgées dépendantes, *DREES, Études et résultats*, déc. 2000, n° 94, pp. 1-8.
- DAYAN J.-L. et autres, Dossier : Premiers regards sur les 35 heures, *Travail et emploi*, avril 2000, n° 82, pp. 3-72.
- DESLEX S. et autres, Les enquêtes de satisfaction des patients. Un outil de gestion à maîtriser, *Gestions hospitalières*, avril 2000, pp. 251-256.
- FOGEL C., Le référentiel Angélique comme outil d'évaluation et de prévention de la maltraitance, *Bulletin juridique de la santé publique*, Tissot, avril 2002, n° 50, pp. 13-16.
- HURLIMANN C. et autres, La méthode de résolution de problème. Démarche qualité d'un service, *Gestions hospitalières*, avril 2002, pp. 246-251.
- MOREELS C. et autres, Aménagement et réduction du temps de travail, *Le directeur d'hôpital*, juin-juillet 1999, n° 65, pp. 13-21.
- NARDIAS H., Les 35 heures à l'Institut Paoli-Calmettes. Histoire et bilan d'une négociation, *Revue hospitalière de France*, mai-juin 2001, n° 480, pp. 39-53.
- RIBEIRO DIAS H., Enquête : Accord 35 heures le bilan, *Perspectives sanitaires et sociales*, août 2000, n° 151, pp. 24-25.

- SCHOENFELDER M., Aménagement et réduction du temps de travail. Mode de calcul et règlement intérieur, *Gestions hospitalières*, août-sept. 2001, n° 408, pp. 568-574.
- TRANTHIMY L., L'aménagement et la réduction du temps de travail, un instrument de modernisation de l'hôpital public, *Décision santé*, déc. 2001, n° 180, pp. 6-7.
- VINSONNEAU A., Les établissements et services sociaux et médico-sociaux après la loi du 2 janvier 2002, *La gazette des communes, des départements, des régions*, 18 mars 2002, n° 11/1637.

Document électronique

- Rapport de la Mission ROCHE
www.fonction-publique.gouv.fr/lesrapportsetlespublications/missionroche

Liste des annexes

- **Annexe I** : Questionnaire de satisfaction pour les résidents de la maison de retraite
- **Annexe II** : Questionnaire de satisfaction pour les familles des résidents de la maison de retraite
- **Annexe III** : Questionnaire de satisfaction du personnel de la maison de retraite en matière de situations de travail
- **Annexe IV** : Déroulement et structure du projet de mise en place des 35 heures (document issu du projet d'accord local pour la mise en œuvre de l'organisation, de l'aménagement et de la réduction du temps de travail à la maison de retraite Louis Pasteur)

Annexe I

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION POUR LES RESIDENTS DE LA MAISON DE RETRAITE

Textes de référence : Démarche qualité - Cahier des charges - Arrêté du 26 avril 1999

Enquête réalisée le :

NOM* :

LE CADRE DE VIE

Les espaces collectifs

1. L'agencement des lieux de vie de la Maison de Retraite (couleur, peinture, mobilier, espace, décoration) vous paraît :

- salle à manger : () très agréable - () agréable - () peu agréable
- salons : () très agréable - () agréable - () peu agréable
- hall d'accueil : () très agréable - () agréable - () peu agréable

2. Le matériel à votre disposition dans les lieux de vie (distributeur de boissons, machine à glaçons, frigidaire, fontaine réfrigérante, four à micro-ondes, télévision) vous satisfait :

() totalement - () peu - () pas du tout

3. Les zones de circulation vous semblent-elles suffisamment équipées en moyens de sécurité (rampes, barres d'appui, fauteuil/repos) ?

- couloirs : () oui - () non
- ascenseurs : () oui - () non
- halls : () oui - () non
- escaliers : () oui - () non

Si non, lesquels et pourquoi ?

.....

* Facultatif

4. La signalétique au sein de l'établissement vous permet-elle de vous repérer dans les différents espaces : () facilement - () difficilement - () pas du tout

5. La jardin vous semble : () très agréable - () agréable - () peu agréable
Le trouvez-vous : () très bien entretenu - () bien entretenu - () à améliorer

Les espaces privés

6. L'environnement matériel de votre chambre vous semble-t-il adapté à votre degré d'autonomie ?

- matelas : () oui - () non

- lit : () oui - () non

- table de nuit : () oui - () non

- potence : () oui - () non

- chaise garde robe : () oui - () non

7. L'horaire du lever vous semble : () trop tôt - () correct - () trop tard

Et l'horaire du coucher : () trop tôt - () correct - () trop tard

8. Votre choix de chambre (un ou deux lits) est-il respecté ? () oui - () non

9. L'entretien de votre chambre (sanitaire compris) vous paraît :

() très satisfaisant - () satisfaisant - () peu satisfaisant - () à améliorer

10. Le change de votre literie s'effectue de façon :

() régulière - () irrégulière - () rarement

11. Les produits d'hygiène (papier toilette, changes anatomiques) vous sont fournis en quantité : () suffisante - () insuffisante

12. Trouvez-vous que votre linge personnel est :

() bien entretenu - () peu entretenu - () à améliorer

13. Vous sentez-vous confortablement installé ?

- au niveau de l'éclairage : () oui - () non

- de la literie : () oui - () non

- de l'espace : () oui - () non
- de la sonorité : () oui - () non

Si non, pourquoi ?

14. Lorsque vous êtes dans votre chambre, avez-vous un sentiment :

- de sécurité : () oui - () non
- d'intimité : () oui - () non

15. Les sonnettes d'appel sont :

- dans votre chambre : () facilement - () peu - () pas du tout accessibles
- dans les sanitaires : () facilement - () peu - () pas du tout accessibles

16. Le délai de réponse lors d'un appel vous paraît :

- () rapide - () plutôt long - () très long

17. Possédez-vous la clé de votre chambre ? () oui - () non

18. Auriez-vous souhaité avoir un animal de compagnie ? () oui - () non

19. Êtes-vous satisfait de l'organisation du culte dans la Maison de Retraite ?

- () oui - () non

20. Trouvez-vous que l'on répond suffisamment à vos attentes en matière de sorties ?

- () oui - () non

21. Êtes-vous satisfait que l'on vous propose des animations ? () oui - () non

Quelles sont celles que vous préférez (loto, ateliers, quilles, poterie, etc.) ?

22. Aimez-vous les goûters à thèmes, anniversaires et fêtes diverses ? () oui - () non

23. D'une façon générale, pensez-vous vivre à la Maison de Retraite dans un cadre de vie :

- () très agréable - () agréable - () peu agréable - () à améliorer

Commentaires, attentes, suggestions :

LA RESTAURATION

1. Considérez-vous que les horaires de repas sont à votre convenance ? () oui - () non

Si non, pourquoi :

2. Considérez-vous que la durée des repas est à votre convenance ? () oui - () non

Si non, pourquoi :

3. Trouvez-vous les menus :

- appétissants : () oui - () non

- à bonne température : () oui - () non

- bien présentés : () oui - () non

- variés : () oui - () non

- en quantité suffisante : () oui - () non

4. Trouvez-vous le personnel disponible ? () oui - () souvent - () non

5. Considérez-vous la propreté de :

- la salle à manger : () très satisfaisante - () satisfaisante - () peu satisfaisante

- la tenue vestimentaire : () très satisfaisante - () satisfaisante - () peu satisfaisante

6. Au niveau du service hôtelier, trouvez-vous :

- la vaisselle propre : () oui - () non

- les couverts pratiques : () oui - () non

- les serviettes de table propres : () oui - () non

- les serviettes de table absorbantes : () oui - () non

- les tables bien présentées : () oui - () non

7. Considérez-vous que les menus affichés sont respectés ? () oui - () non

8. Considérez-vous que vos habitudes alimentaires sont prises en compte ?

() oui - () souvent - () non

9. Considérez-vous prendre vos repas dans :

- un lieu de vie esthétique (clarté, espace, décoration) : () oui - () non

- une ambiance de convivialité : () oui - () non

10. La distribution de boissons, au cours de la journée, par le personnel hôtelier vous semble :

très appréciable - assez appréciable - peu appréciable

11. Lorsque le menu n'est pas adapté à vos goûts, un plat de remplacement vous est proposé :

toujours - parfois - jamais

12. Dans l'ensemble, considérez-vous la qualité du service Restauration :

très satisfaisante - satisfaisante - peu satisfaisante - à améliorer

Commentaires, attentes, suggestions :

.....

Annexe II

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION POUR LES FAMILLES DES RESIDENTS DE LA MAISON DE RETRAITE

Textes de référence : Démarche qualité - Cahier des charges - Arrêté du 26 avril 1999

Enquête réalisée le :

NOM* :

Comment avez-vous connu la Maison de Retraite « Pasteur » ?

1. Les renseignements préalables à l'admission

- Si vous en avez bénéficié, ces renseignements ont été :
 - si oraux : () très satisfaisants – () satisfaisants – () peu satisfaisants
 - si écrits : () très satisfaisants – () satisfaisants – () peu satisfaisants

- Vous a-t-on envoyé le règlement intérieur ? () oui – () non
le livret d'accueil ? () oui – () non
le contrat de séjour ? () oui – () non

- Ces documents répondaient-ils à vos attentes ? () oui – () non
Si non, lesquels et pourquoi ?

- Les documents vous semblent-ils bien présentés ? () oui – () non
Si non, pourquoi ?

- Avez-vous fait une visite préalable de l'établissement ? () oui – () non

* Facultatif

La visite était-elle ? () complète – () agréable – () détaillée

Si non, pourquoi ?

- Votre proche a-t-il bénéficié d'un séjour à l'essai ? () oui – () non

2. Le jour de l'arrivée

- Le résident, ou vous-même, avez-vous signé le règlement intérieur ? () oui – () non

Le contrat de séjour ? () oui – () non

Vous a-t-on remis le livret d'accueil ? () oui – () non

- Ces documents contiennent-ils suffisamment d'informations sur le fonctionnement interne de l'établissement ? () oui – () non

Si non, pourquoi ?

.....

- Les documents vous semblent-ils bien présentés ? () oui – () non

Si non, pourquoi ?

- Une présentation des lieux a-t-elle été faite ? () oui – () non

Et du personnel ? () oui – () non

- La chambre était-elle ? () propre – () bien préparée

Si non, quelles améliorations faut-il apporter ?

.....

- Avez-vous eu connaissance de la Charte des droits et des libertés de la personne âgée ? () oui – () non

Vous semble-t-elle nécessaire ? () oui – () non

respectée ? () oui – () non

Si non, quels points sont à améliorer ?

.....

- Pensez-vous que votre proche est bien respecté ? () oui – () non

- dans son intimité ? () oui – () non

- dans son identité ? () oui – () non

3. Mieux connaître le résident

- Quel est l'âge de votre proche à la Maison de Retraite « Pasteur » ?
- Depuis quand est-il à la Maison de Retraite ?
- Quel est le lien de parenté avec vous ?

4. Le cadre de la Maison de Retraite

- Pourriez-vous dire que le cadre, lors de vos visites, est plutôt :
() très agréable – () agréable – () quelconque – () à améliorer
- La décoration vous satisfait-elle ? () oui – () non
- Le personnel qui vous accueille est-il ? () aimable – () efficace – () attentif
- Quelles améliorations peuvent être apportées ?
.....
- Souhaiteriez-vous des espaces permettant plus d'intimité lors des visites ?
() oui – () non

Autres suggestions :

5. Les journées de fête

- Connaissez-vous la « Fête des familles » ? () oui – () non
Y êtes-vous favorable ? () oui – () non
Y avez-vous déjà participé ? () oui – () non
- Souhaiteriez-vous qu'il y ait d'autres journées de ce type ? () oui – () non
Sur quels thèmes ?

6. Les visites et sorties

- Estimez-vous que les horaires de visite sont assez libres ? () oui – () non
Si non, pourquoi ?
- Pensez-vous que les possibilités de sortie (à la journée ou pour plusieurs jours) sont assez grandes ? () oui – () non
Si non, pourquoi ?

7. Le logement

- Votre proche est-il bien logé (mobilier, rangement, espace) ? () oui – () non

Si non, pourquoi ?

- A-t-il eu le choix de meubler librement sa chambre ? () oui – () non

- Bénéficie-t-il d'un meuble fermé à clé ? () oui – () non

Si non, en souhaite-il un ? () oui – () non

8. L'accessibilité

- Si votre proche se déplace difficilement, s'est-il plaint d'endroits où il souhaiterait aller mais qui lui sont inaccessibles ? () oui – () non

- A-t-il un lit médicalisé ? () oui – () non

En souhaite-il un (dans la mesure du possible) ? () oui – () non

Aurait-il besoin d'autres matériels d'aide qui pourraient améliorer son confort de vie ?

() oui – () non

Lesquels ?

.....

9. Les repas

- Votre proche est-il satisfait des repas ? () oui – () non

- Si vous avez déjà mangé à la Maison de Retraite, avez-vous été satisfait ?

() oui – () non

Si non, quelles améliorations apporter ?

Vous a-t-on proposé un repas ou un goûter d'accueil* ? () oui – () non

- Savez-vous qu'il existe une commission des menus ? () oui – () non

Y avez-vous déjà participé ? () oui – () non

- Êtes-vous satisfait de votre contact avec le personnel hôtelier ? () oui – () non

Si non, pourquoi ?

* Pour les personnes admises depuis 1998.

10. L'animation

- Pensez-vous qu'il y a assez d'animations organisées par la Maison de Retraite ?
() oui – () non
Au sein de l'établissement ? () oui – () non
A l'extérieur de l'établissement ? () oui – () non

11. La Direction et le personnel

- Avez-vous déjà rencontré le Directeur de la Maison de Retraite ? () oui – () non
Le trouvez-vous suffisamment disponible ? () oui – () non
Souhaiteriez-vous le voir plus fréquemment ? () oui – () non
- Avez-vous déjà rencontré la Surveillante de la Maison de Retraite ? () oui – () non
La trouvez-vous suffisamment disponible ? () oui – () non
Souhaiteriez-vous la voir plus fréquemment ? () oui – () non
- Vous semble-t-il difficile de reconnaître la fonction d'un agent ? () oui – () non
Souhaiteriez-vous que chacun porte un badge nominatif ? () oui – () non
Autres suggestions ?

12. La prise en charge de votre proche

- Êtes-vous satisfait de la prise en charge de votre proche ? () oui – () non
Si non, pourquoi ?
- Pensez-vous que les informations sur le confort, le bien-être et l'état de santé de votre proche sont suffisantes ? () oui – () non
Si non, pourquoi ?
- Si vous prenez des nouvelles par téléphone, êtes-vous satisfait de l'accueil téléphonique ?
() oui – () non

13. Les réunions des familles

- Êtes-vous au courant qu'il existe des réunions des familles des résidents ?
() oui – () non
Celles-ci vous semblent-elles nécessaires ? () oui – () non
Faudrait-il augmenter leur fréquence ? () oui – () non

- Savez-vous qu'il existe des représentants des résidents et des familles au sein du Conseil d'Établissement ? () oui – () non

Vous semblent-ils nécessaires ? () oui – () non

14. La sécurité

- Pensez-vous que la sécurité au sein de la Maison de Retraite est bien assurée ?
() oui – () non

Si non, pourquoi ?

15. L'hygiène et la propreté

- Trouvez-vous que les locaux de la Maison de Retraite sont bien entretenus ?
() oui – () non

Si non, quelles observations ?

16. Lors d'une hospitalisation

- Si votre proche a connu une hospitalisation au cours de son séjour dans la Maison de Retraite, avez-vous été bien informé de son départ ? () oui – () non

Si non, pourquoi ?

Son retour a-t-il été bien organisé ? () oui – () non

Si non, pourquoi ?

17. La lingerie

- Estimez-vous que le linge de votre proche est bien entretenu ? () oui – () non

Si non, quels problèmes a-t-il rencontré ?

.....

18. Les aides financières

- Avez-vous reçu suffisamment d'informations à propos des différentes aides financières possibles ? () oui – () non

A propos de l'aide sociale ? () oui – () non

A propos de l'aide au logement (ALS, APL) ? () oui – () non

A propos de la prestation spécifique dépendance (PSD) ? () oui – () non

A propos de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA), qui entrera en application en janvier 2002 ? () oui – () non

Quelles améliorations souhaiteriez-vous ?

.....

19. Les associations

• Connaissez-vous l'association « L'Éveil des Anciens » ? () oui – () non

Pensez-vous qu'il faille d'autres associations pour les familles des résidents en Maison de Retraite ? () oui – () non

• Souhaiteriez-vous un atelier d'accompagnement psychologique au sein de la Maison de Retraite ? () oui – () non

20. Le prix de journée

• Pensez-vous que le prix de journée est
() trop élevé – () correct – () pas assez élevé

Pourquoi ?

Annexe III

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DU PERSONNEL DE LA MAISON DE RETRAITE EN MATIERE DE SITUATIONS DE TRAVAIL

Textes de référence : Démarche qualité - Cahier des charges - Arrêté du 26 avril 1999

Enquête réalisée le :

1. Votre équipe est constituée de plusieurs personnes exerçant des fonctions différentes.

Combien de personnes ?

Quelles fonctions exercent ces personnes ?

.....

La constitution de votre équipe vous paraît-elle :

() très satisfaisante – () satisfaisante – () peu satisfaisante

Pourquoi ?

.....

2. La répartition des charges de travail entre le jour et la nuit est :

() équilibrée – () assez équilibrée – () pas du tout équilibrée

Pourquoi ?

.....

3. A partir de la grille n° 9 (ci-jointe) sur les principes de bases de l'élaboration des plannings, faites-nous part de vos appréciations et de vos attentes en distinguant les points forts et les points faibles : au niveau des roulements, CA, RF, WE de repos, remplacements, RC, heures sup., etc.

POINTS FORTS :

.....

.....

POINTS FAIBLES :

.....

.....

4. Les réunions organisées à la Maison de Retraite (temps d'échange inter secteurs, commissions des menus, etc.) sont-elles adaptées à vos attentes ? () oui – () non

Si non, pourquoi ?

Quelles seraient vos attentes ?

5. Considérez-vous que les moyens d'information au niveau de chaque service (cahier de bord, tableaux d'affichage, informatique, etc.) sont suffisants. () oui – () non

Si non, que proposez-vous ?

6. Portez-vous un intérêt à la formation continue proposée dans l'établissement ?

() oui – () non

Si oui, combien de formations avez-vous suivi depuis votre arrivée dans l'établissement ?

7. Que pensez-vous de l'installation informatique au niveau de l'établissement ?

C'est () un gain de temps – () une perte de temps – () sans intérêt

8. Vos horaires de travail sont-ils contraignants ? () oui – () non

Quels horaires faites-vous ?

Quelles sont vos attentes ?

9. Les relations avec les autres services de l'établissement sont :

() satisfaisantes – () peu satisfaisantes – () pas du tout satisfaisantes

Quelles solutions proposez-vous pour les améliorer ?

10. La répartition des contraintes du planning est-elle :

() équitable – () peu équitable – () pas du tout équitable

Pourquoi ?

11. Considérez-vous que votre temps de transmission est :

() inexistant – () correct – () trop long – () trop court

12. Donnez la répartition des temps de transmissions

nuit/matin : deh à où ?

matin/soir : deh à où ?

soir/nuit : deh à où ?

Attentes :

.....

13. Vous arrive-t-il d'effectuer des heures supplémentaires ? () oui – () non

Si oui, à quel moment de la journée ? () matin – () soir – () nuit

Motifs principaux :

.....

14. Considérez-vous qu'il existe des « plages horaires à risques » en matière de sécurité des résidents (effectif mal réparti) ?

() en semaine, horaire :

() le week-end, horaire :

15. Votre travail est orienté autour d'objectifs de service. Quels sont-ils ?

.....

.....

16. Pensez-vous que les moyens d'expression du personnel au sein de l'établissement (réunions, commission des menus, CTP, etc.) sont :

() satisfaisants – () assez satisfaisants – () peu satisfaisants

Quelles seraient vos attentes ?

.....

17. Considérez-vous effectuer un travail pénible ? () oui – () non

() sur le plan physique – () sur le plan psychique

Quels sont les facteurs de pénibilité physique et psychique ?

.....

.....

18. Quelle est votre ancienneté dans l'établissement ?

Votre âge ?

Enfants à charge () oui – () non, nombre :

Mode de garde.....

Éloigné du domicile () oui – () non

19. Quel est le nombre de kms de votre domicile au travail ?

20. Avez-vous eu connaissance de votre fiche de poste ? () oui – () non

Si oui, considérez-vous que cette fiche vous aide à vous situer dans votre travail ?

() oui – () non

Si non, pourquoi ?

21. Considérez-vous que l'organisation du travail actuelle est :

- structurée : () oui – () non

- avec des rôles bien définis : () oui – () non

- activités planifiées : () oui – () non

Quelles sont vos attentes ?

22. Parmi les 10 verbes en lien avec la fonction d'encadrement, comment percevez-vous le rôle du cadre ? Classez ces verbes de 1 à 10.

Prévoir – Organiser – Planifier – Contrôler – Réguler – Coordonner – Négocier – Écouter – Évaluer – Dialoguer

1

6.

2

7.

3

8.

4

9.

5

10.

Avez-vous d'autres attentes :

23. Au sein de l'établissement, vous sentez-vous

() motivé – () impliqué – () participatif – () coopératif – () sans réponse

24. Dans le cadre des 35 heures, travailler autrement, c'est pour vous :

() la polyvalence – () la mobilité – () la flexibilité

autres : (à développer)

25. Avez-vous le sentiment de développer de nouvelles compétences professionnelles, d'évoluer dans votre fonction ? () oui – () non

Si non, quelles sont vos attentes ?

26. En considérant 3 aspects de l'organisation, quels sont ceux (ou celui) qui vous paraît le plus satisfaisant actuellement (entourez la réponse)

Horaires - Ambiance dans les services - Environnement du travail
- Aucun

Avez-vous des attentes particulières ?

27. Dans quels domaines souhaitez-vous élargir vos compétences professionnelles ?

.....

28. Considérez-vous que votre rôle au sein de votre service est clairement défini ?

() oui – () non

Si non, pourquoi ?

29. Dans quels domaines rencontrez-vous le plus de satisfaction au travail ?

.....

.....

30. Dans quels domaines rencontrez-vous le plus d'insatisfaction au travail ?

.....

.....

Avez-vous des solutions d'améliorations :

.....

.....

31. Considérez-vous avoir eu une amélioration de vos conditions de travail (diminution de votre charge de travail) par l'augmentation des effectifs dans les différents secteurs ?

() oui – () non

Pour mémoire :

Accueil : 1 agent à mi-temps tous les matins et 1 samedi matin sur 2

Aide-hôtelière : à temps plein, affectée sur les secteurs lingerie, restauration et soins

Aide médico-psychologique : affectée au secteur soins

Elle accomplit des tâches d'hygiène et de nursing en rapport avec ses compétences ainsi que les activités d'animation.

Assistante de convivialité : participe de 9h30 à 11h aux activités d'animation au 1^{er} étage.

1 ASH à temps plein, affecté au secteur soins, exclusivement pour des activités de nettoyage et d'entretien des locaux aux 1^{er} et 2^{ème} étages.

Par conséquent, cet agent a entraîné une diminution de la charge de travail sur le poste ménage s* qui, auparavant, effectuait le nettoyage des locaux communs du secteur soins.

GRILLE N°9

DEMARCHE QUALITE

ORGANISATION DU TRAVAIL PRINCIPES DE BASE DE L'ÉLABORATION DU PLANNING - AVANT RTT

INDICATEURS DE QUALITE	TOUJOURS	SOUVENT	PARFOIS	JAMAIS
Le planning est affiché le 21 de chaque mois				
La durée du travail est de 8 heures				
Le nombre de jours travaillés consécutifs maximum est de 5 jours ou 7 jours (par choix de l'agent)				
Les repos en semaine sont mobiles en fonction des besoins du service				
Les agents ont des repos fixes 1 week-end sur 2				
Les équipes sont fixes				
Les agents effectuent des horaires coupés de façon périodique				
L'amplitude des horaires coupés est de 12h30 (7h-12h/16h30-19h30)				
Les horaires Soir/Matin sont très limités (ou par choix de l'agent)				

Les congés annuels d'été sont autorisés jusqu'à un mois				
Les choix des agents au niveau des périodes de congés annuels sont respectés				
La 39 ^{ème} heure est récupérée sous forme : - 1 heure par semaine pour les contractuels et - 1 journée tous les 2 mois pour les titulaires				
Le nombre d'horaires « Soir » et « s* » est équilibré par agent				
Les changements de planning (permutations) sont autorisés dans les 2 sens : - par les agents en fonction de leurs besoins personnels - par l'encadrement en fonction des besoins du service				
Le travail des jours fériés est équilibré pour l'ensemble de l'équipe				
Chaque agent bénéficie ponctuellement d'une période de repos supplémentaire par le cumul de RH, RC et RF au cours de l'année				
La durée du travail de nuit est de 9 heures (21h – 6h)				
L'équipe de nuit cumule 3 jours de repos consécutifs tous les 15 jours				
L'IDE travaille 7 coupés consécutifs en période de congés annuels de sa collègue				
Les horaires coupés pour les IDE sont fréquents				
L'effectif journalier et les horaires varient selon les besoins du service (formations, sorties, fêtes, nettoyage spécifique, etc.)				
La planification des CA est arrêtée au 01 mars de chaque année				
Tout agent en maladie supérieur à 8 jours est remplacé rapidement de jour comme de nuit				
Le remplacement des CA est assuré				
Pour toute modification de planning, suite à un arrêt maladie d'un agent, une note est affichée notifiant tous les changements intervenus ainsi que les nouveaux horaires pour chaque agent				
Les CA sont pris sur 3 périodes maximum selon le choix des agents				

Annexe IV

PROJET D'ACCORD LOCAL POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'ORGANISATION DE L'AMENAGEMENT ET DE LA REDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL MAISON DE RETRAITE LOUIS PASTEUR

Déroulement et structure du projet

Étapes	Acteurs	Méthodes	Calendrier
Rencontre avec le consultant	Directeur	Entretien	Février 2001 Mars 2001
Mise en place de la démarche	CTP AG COFIL	Comité technique paritaire Assemblée générale Réunion	Avril 2001
Diagnostic interne sur les organisations du travail	Personnel soignant et cadre infirmier	Groupes de travail 3 réunions	Mai 2001
Interrogation sur les conditions de travail	Ensemble du personnel	Questionnaires anonymes	Mai 2001 Juin 2001
Synthèse du diagnostic	Cadre infirmier	Élaboration de la synthèse	Juin 2001
Présentation de la synthèse (points forts- points faibles-à améliorer)	COFIL	Réunion	Juin 2001
Présentation de l'avancée de la démarche	Ensemble du personnel CTP	Assemblée générale Comité technique paritaire	Juin 2001
Validation de la synthèse des attentes du personnel	COFIL	Réunion	Septembre 2001
Présentation du protocole national Décompte des horaires des services en 2000 Proposition de RTT et d'organisation de groupes de travail	COFIL	Réunion	Novembre 2001
Proposition de RTT issue du COFIL	Ensemble du personnel	Assemblée générale	Décembre 2001
Expérimentation	CTP AG	Comité technique paritaire Assemblée générale	Janvier 2002
Préparation du protocole	Direction	Négociation	Avril 2002