



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement
sanitaire et social public
Promotion 2002 - 2003**

**LA CONVENTION TRIPARTITE : UN LEVIER POUR LA MISE EN
PLACE PÉRENNE D'UNE DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DE LA
QUALITÉ ?**

L'EXEMPLE DE LA RÉSIDENCE « LA MÉRIDIENNE »

MICHENEAU Sylvie

Remerciements

Je remercie Dominique Russo, ancien directeur de la Résidence « La Méridienne », pour avoir accepté de diriger mon travail durant une période particulièrement agitée de la vie de l'établissement.

Je remercie également Jean-Marc Leroux et André Lucas, enseignants à l'École Nationale de la Santé Publique (ENSP) qui, par leurs conseils avisés, m'ont permis d'avancer sur les dossiers délicats.

Je suis particulièrement reconnaissante envers Joël Clément et Bernard Lucas, également enseignants - chercheurs à l'ENSP, pour leur lecture critique de ce document.

Je n'aurais pas pu mener à bien la préparation de la convention tripartite et l'élaboration du projet d'établissement sans la confiance du Conseil d'Administration de la Résidence dans son ensemble, et de son Président en particulier, Monsieur Alain - Bernard BOULANGER, Maire de Villeneuve La Garenne et Vice-Président du Conseil Général des Hauts de Seine.

Je dois beaucoup au personnel de la Résidence « La Méridienne » qui s'est considérablement impliqué dans l'élaboration du projet d'établissement. Je souhaite à cette équipe de faire preuve à l'avenir du même enthousiasme dans la mise en œuvre patiente de l'amélioration des prestations au service des résidents.

Sommaire

INTRODUCTION	1
---------------------------	----------

PARTIE 1 - LA CONVENTION TRIPARTITE : UN OUTIL AU SERVICE DE LA QUALITE	7
--	----------

1.1 Mise en place d'une démarche contractuelle dans les EHPAD	7
1.1.1 Les ambitions de la réforme de la tarification.....	7
1.1.2 Les premiers textes	8
1.1.3 La loi du 2 janvier 2002.....	9
1.2 Amélioration de la qualité dans les EHPAD : réforme ambitieuse ou parallélisme des formes?	11
1.2.1 Une réforme ambitieuse.....	11
1.2.2 Le médico-social sur les traces du sanitaire	12
1.3 A la recherche d'une définition de la qualité dans le secteur des personnes âgées dépendantes	14
1.3.1 Ce que disent les textes	14
1.3.2 Quelques définitions.....	16

PARTIE 2 - L'AMORCE D'UNE DEMARCHE QUALITE A LA RESIDENCE "LA MERIDIENNE" : LE POIDS DU CONTEXTE	21
---	-----------

2.1 Une question de temps	21
2.1.1 La multiplication des tâches quotidiennes.....	21
2.1.2 Des délais courts pour signer la convention tripartite	22
2.1.3 Laisser aux mentalités le temps d'évoluer.....	23
2.2 Un contexte incertain pour avancer	23
2.2.1 Contexte général	23
2.2.2 Contexte local.....	35
2.3 Une question de management	40
2.3.1 L'investissement humain	40
2.3.2 Le choix de la méthode.....	41

PARTIE 3 - POINT N'EST BESOIN D'AVOIR SIGNE LA CONVENTION POUR COMMENCER A AMELIORER	44
3.1 Une approche pragmatique de l'amélioration de la qualité	44
3.1.1 La participation au service de la qualité.....	44
3.1.2 Le partage des valeurs	51
3.2 La communication au service de la pérennisation de la démarche	58
3.2.1 Faire partager les valeurs aux résidents et à leur entourage	58
3.2.2 Valoriser les premières réalisations.....	61
3.2.3 La communication entre services	65
3.3 Les conditions du succès :	66
3.3.1 La professionnalisation des agents.....	66
3.3.2 L'attribution rapide des crédits nécessaires à l'extension de l'établissement	70
CONCLUSION	75
Glossaire.....	77
Bibliographie	80
Liste des annexes	87

Liste des sigles utilisés

ACQ :	Amélioration Continue de la Qualité
AGGIR :	Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources
ANAES :	Agence Nationale d'Evaluation et d'Accréditation en Santé
ANGELIQUE :	Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements
APA :	Allocation Personnalisée d'Autonomie
AQ :	Assurance Qualité
ARTT :	Aménagement et Réduction du Temps de Travail
DREES :	Direction de la Recherche, de l'Evaluation, des Etudes et des Statistiques
EHPAD :	Établissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
ENSP :	Ecole Nationale de la Santé Publique
ETP :	Equivalent Temps Plein
FHF :	Fédération Hospitalière de France
FNG :	Fondation Nationale de Gérontologie
GIR :	Groupe Iso-Ressources
GMP :	Groupe ISO-Ressources Moyen Pondéré
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
ISO :	International Organisation for Standardisation
MARTHE :	Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement des personnes âgées
ONDAM :	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PMSI :	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PSD :	Prestation Spécifique Dépendance
SCM :	Section de Cure Médicale
USLD :	Unité de Soins de longue Durée

INTRODUCTION

La société française vieillit. “Le vieillissement de la population n’est pas un phénomène nouveau, ni spécifiquement français. Il correspond à la double caractéristique d’une baisse du taux de fécondité [...] et du recul de la mortalité au-delà de 60 ans.”¹

Au recensement de mars 1999, les personnes âgées de plus de 60 ans représentaient 21,3% de la population française métropolitaine (près de 8 millions de personnes) : parmi elles 7,7%, soit environ 4,5 millions de personnes, avaient plus de 75 ans². Les projections démographiques ne laissent pas espérer un retournement de tendance puisque l’INSEE estime qu’à l’issue d’une croissance régulière du nombre des personnes âgées, les plus de 75 ans devraient représenter 11 millions de personnes à l’horizon 2050 et les plus de 85 ans de l’ordre de 4,7 millions.

L’augmentation de l’espérance de vie n’est pas en soi un problème : en effet, l’amélioration de l’état de santé au fil des décennies a largement profité aux personnes âgées³. La véritable question est celle de l’espérance de vie sans incapacité (EVSI, modérée ou sévère).

Les personnes qui arrivent à l’âge de la retraite sont souvent en meilleure santé et bénéficient d’un niveau de vie plus confortable que les générations qui les ont précédées. Les publicitaires depuis quelques années valorisent l’image de ces seniors actifs, parfois sportifs, qui font le bonheur des voyageurs et du marché de la forme.

Cette image, un peu idyllique, ne sert-elle pas d’écran à une autre réalité que d’aucuns ont appelée “la peste grise” et qui se cacherait derrière les murs des institutions ?

¹ VERCAUTEREN R. CHAPELEAU J., Évaluer la qualité de vie en maison de retraite, Toulouse, Pratiques du champ social, mars 1995, p 7

² Source www.recensement.insee.fr/RP99/rp99

³ GALLARD L. in Fondation de France – Projet de vie des démarches et des acteurs pour mieux vivre ensemble en établissement – une étude du réseau de consultants en gérontologie. – septembre 1995 – p 19

Un secteur largement ignoré

La majeure partie des personnes âgées souhaitent légitimement vivre le plus longtemps possible à domicile. Cette possibilité s'est largement développée depuis une quarantaine d'années. Cependant, au delà de 80 ans de nombreuses personnes perdent leur autonomie et doivent se résoudre à entrer en institution. Cette entrée souvent mal préparée, est de plus en plus tardive. L'âge moyen d'accueil dans les établissements hébergeant les personnes âgées se situe en effet autour de 83 ans.

La réalité de ces établissements est mal connue. Dans une enquête conduite en 1996, le SESI estimait que 9 254 établissements offraient à cette date une capacité totale d'accueil de 565 989 lits ou places au profit des personnes âgées : le secteur public avec 4 675 établissements, représentait 54 % des lits; le secteur privé non lucratif comptait 2 796 établissements (et 31% des lits); le secteur privé lucratif avec 1 613 établissements offrait 18 % des lits.

Des scandales

Le peu d'intérêt porté par la société en général et le monde politique en particulier, au fonctionnement de ces structures a autorisé le développement de pratiques répréhensibles.

Celles-ci ont été dénoncées à diverses reprises. Le docteur Denis LABAYLE, dans "La Vie devant nous"⁴, publie le constat accablant d'une enquête d'où il ressort que si de nombreuses institutions pour personnes âgées fonctionnent correctement, les maltraitements envers les personnes lourdement dépendantes sont multiples. Le secteur privé est particulièrement pointé du doigt, mais le secteur public est loin d'être épargné. Pour sa part, "en janvier 1998, la revue *60 millions de consommateurs* publie un dossier sur les maisons de retraite intitulé tout simplement : "Le scandale". Les enquêteurs de l'Institut National de la Consommation, qui n'ont guère l'habitude d'être aussi durs, dénoncent les conditions de vie des résidents⁵ et dressent le constat d'un "monde hermétique, parfois hors la loi, où trop souvent le seul objectif est l'appât du gain"⁶. Jean-François LACAN dans son ouvrage au titre provocateur, "Scandales dans les Maisons de Retraite"⁷, dénonce à son tour en 2000 certains excès du marché de l'or gris, témoins de la dérive d'un système sur lequel l'Etat et les collectivités locales peinent à assurer le contrôle.

⁴ LABAYLE D., La vie devant nous, Le Seuil, 1995

⁵ Cette orthographe du mot « résidant » est celle de l'auteur. Dans le reste du texte, je choisis une orthographe différente (« résident »).

⁶ in LACAN J.F., Scandales dans les maisons de retraite, Albin Michel, Paris 2002, p 15

⁷ Ibid.

Ces mises en accusation ont heurté de nombreux professionnels oeuvrant dans les établissements de personnes âgées, pourtant conscients de certaines insuffisances dans ce secteur. L'approche de Claudine Badey - Rodriguez a probablement été mieux perçue. Cet auteur porte un regard exigeant sur le fonctionnement interne des institutions pour personnes âgées : son témoignage lucide sur "La vie en Maison de retraite"⁸ qui propose un changement de regard sur les personnes âgées, n'est pas dénué d'un certain optimisme pour l'avenir. Après plusieurs rapports passés inaperçus du grand public sur le sort des personnes âgées en institution, des changements se dessinent en effet.

Une succession de rapports sans suite majeure

Il n'est pas question d'énumérer ici les nombreux rapports sur la situation générale des personnes âgées en France, dont le plus connu est le rapport Laroque, publié en 1962. Les enquêtes officielles sur l'hébergement des personnes âgées ont été conduites par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) : Le Rapport Henrard publié en 1982 ne s'intéressait qu'aux structures hospitalières publiques et pointait notamment "l'internement" abusif de nombreuses personnes âgées en hôpital psychiatrique. En 1989 Théo Braun confie à l'IGAS une enquête approfondie sur les petites institutions qui semblent prospérer de manière anarchique sur les "marché du vieux". Le détail de ce rapport restera confidentiel. Deux ans plus tard, les rapports Boulard et Schopflin renforceront le tableau noir de l'hébergement des personnes âgées, soulignant par là-même la nécessité d'améliorer la qualité dans ce domaine.

Une accélération des mesures

Depuis la loi du 30 Juin 1975⁹ relative aux institutions sociales et médico-sociales, le principe du maintien "d'un secteur intermédiaire relevant simultanément du sanitaire et du social"¹⁰ et de la nécessité d'une médicalisation des maisons de retraite est acté. Cependant, le programme de médicalisation des établissements et services pour personnes âgées ne fera l'objet d'un véritable

⁸ BADEY-RODRIGUEZ C., La vie en maison de retraite – comprendre les résidents, leurs proches et les soignants, Albin Michel, 2003.

Claudine BADEY-RODRIGUEZ est psychologue en Maison de Retraite. Elle cherche donc naturellement à faire découvrir la complexité des relations qui se tissent entre les protagonistes de cette institution. Elle aborde les difficultés et aspirations des différents partenaires , usagers et professionnels, dans un esprit constructif et non polémique.

⁹ Loi n° 75-535 du 15 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

¹⁰ BRAMI G., La médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées, Berger Levrault, octobre 1994

plan pluriannuel qu'à compter de 1991¹¹. Cette médicalisation, qui devait permettre d'adapter les structures recevant des personnes âgées à la dépendance croissante des résidents qu'ils accueillait, s'est rapidement avérée insuffisante. En effet, dans le souci de préserver "l'équilibre" des dépenses d'assurance maladie, le nombre de places de section de cure médicale (SCM) a été strictement encadré par les pouvoirs publics. Les responsables d'établissement ont donc trouvé des "arrangements" en contournant les textes pour continuer à recevoir les personnes qui s'adressaient à eux : à l'encontre de la philosophie présidant à la création des sections de cure médicale, les personnes les plus valides étaient accueillies dans ces sections alors que les frais des personnes nécessitant des soins onéreux étaient facturés à l'assurance maladie. Dans leur ouvrage, Jean Claude Delnatte et Jean-Pierre Hardy constatent que "toutes ces données médico-économiques relatives aux dépenses libérales de "soins de ville" remettent en cause la politique malthusienne des années passées en matière de création des SCM. En effet, la médicalisation par des SCM apparaît désormais et rétrospectivement moins onéreuse pour l'assurance maladie que la médicalisation anarchique, désordonnée et non rationnelle par l'intervention des personnels libéraux"¹².

La médicalisation des établissements engagée depuis 1991 n'a pas permis de réduire les disparités de prise en charge des personnes âgées : celles-ci dépendaient en effet plus de la catégorie juridique de l'établissement que de l'état des personnes accueillies.

La loi 24 janvier 1997¹³ instituant la prestation spécifique dépendance avait pour objectif de proportionner l'aide allouée aux personnes âgées à leur état de dépendance, tout en complétant la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 : elle introduisait en effet un article 5-1 relatif à la convention pluriannuelle à conclure entre les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, le Président du Conseil Général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie. La mise en place de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) n'a pas produit les résultats escomptés : il faudra attendre quatre ans pour que la mise en place de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA)¹⁴ solvabilise dans des proportions acceptables les personnes âgées dépendantes. Entre

¹¹ Circulaire DAS n° 91-01 du 22 janvier 1991 et circulaire DASD n° 92-36 du 21 décembre 1992 relative aux taux d'évolution des budgets des établissements sociaux et médico-sociaux sous compétence tarifaire de l'État pour 1993 et aux modalités de déroulement de la campagne budgétaire.

¹² DELNATTE J.C., HARDY J.P., La réforme financière des EHPAD depuis l'allocation personnalisée d'autonomie, Éditions ENSP, Gestion Santé Social – 2^{ème} édition - 2002

¹³ 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.

¹⁴ Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

temps, un arrêté du 26 avril 1999¹⁵ avait précisé le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle. Ce texte, donnant du contenu à la mise en place d'une démarche qualité dans les EHPAD, est paru au Journal Officiel de la République Française le même jour que deux décrets relatifs à réforme tarifaire de ces établissements. Cette concomitance n'est pas anecdotique. Dans la pratique quotidienne, les professionnels du secteur gériatrique évoquent la réforme de la tarification des EHPAD et ne parlent pas de "réforme pour la qualité" de ces établissements.

Les questions d'un directeur en 2002

Les hommes politiques, quelle que soit leur appartenance partisane, affichent leur volonté d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées en général et des services dispensés en établissement d'hébergement en particulier. Mais l'inscription d'une démarche contractuelle concernant l'amélioration de la qualité, dans le sillon d'une réforme tarifaire, suscite quelques questions. La réforme de la tarification vise en effet un double objectif de convergence tarifaire des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes et d'amélioration des conditions de vie de ces dernières. Le risque qui m'était apparu, dès Juin 2002, était qu'au hasard d'un retournement de la conjoncture économique, la dimension "amélioration de la qualité" soit escamotée par les autorités de tarification au profit d'exigences de maîtrise des dépenses publiques.

La convention pluriannuelle, communément appelée convention tripartite, a été conçue comme un outil au service de la qualité des prestations offertes par les établissements aux personnes âgées. La procédure qui aboutit à sa signature n'est pas sans rappeler la procédure d'accréditation (nécessité dans les deux cas d'effectuer une auto-évaluation). Elle est également proche de l'élaboration des contrats d'objectifs et de moyens dans le secteur hospitalier. A ce jour, la procédure d'accréditation et la contractualisation sont bien distinctes dans le domaine sanitaire. L'articulation très forte des deux logiques dans le cadre de la réforme de la tarification initiée en 1999, est-elle un handicap ou peut-elle constituer une opportunité pour les établissements sanitaires et sociaux ?

Fin 2002, j'effectuais mon stage de professionnalisation dans une maison de retraite de 58 lits (dont 35 lits de section de cure médicale) située en région parisienne ; les travaux de rénovation et d'extension devaient porter la capacité à 92 lits en juillet 2003. Chargée d'élaborer le projet d'établissement et la préparation de la convention tripartite dans une structure qui avait frôlé la

¹⁵ 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.

fermeture quelques années plus tôt, je m'interrogeais sur la meilleure manière d'initier la mise en place d'une démarche qualité : je voulais à tout prix éviter de susciter des attentes qu'un retournement de conjoncture viendrait anéantir. Dans un contexte changeant, un directeur pouvait-il saisir l'opportunité de la convention tripartite pour mettre en place une démarche pérenne d'amélioration de la qualité ? À l'inverse, les contraintes économiques ne risquaient-elles pas de réduire une démarche qui se voulait dynamique, à une production de documents purement formels ?

Pour éviter cet écueil, j'ai jugé indispensable d'adopter une démarche pragmatique, en prise avec la préoccupation du personnel. De même, la participation des professionnels à la définition des actions à mettre en œuvre m'a paru incontournable.

L'obligation qui est faite aux structures hébergeant des personnes âgées dépendantes d'entrer dans une démarche qualité peut permettre aux établissements accusant un certain retard en la matière d'amorcer une transformation, malgré les obstacles et les incertitudes. La pérennité de la démarche qualité dépend autant de sa méthodologie de mise en place que du volontarisme de sa mise en œuvre, dont l'évaluation est un élément clé.

PARTIE 1 - LA CONVENTION TRIPARTITE : UN OUTIL AU SERVICE DE LA QUALITÉ

La démarche contractuelle n'est pas nouvelle dans le domaine sanitaire et social. Son application aux établissements recevant des personnes âgées dépendantes est cependant récente.

1.1 Mise en place d'une démarche contractuelle dans les EHPAD

La contractualisation voulue par les pouvoirs publics, pour améliorer progressivement l'hébergement des personnes âgées en institution, s'inscrit dans une réforme tarifaire qui dépasse le cadre de cette étude mais dont les objectifs méritent d'être rappelés. Parmi les nombreux textes relatifs à la mise en place de cette réforme, confortés sur certains points par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002¹⁶, seuls quelques uns seront commentés.

1.1.1 Les ambitions de la réforme de la tarification

Le secteur relatif à l'hébergement des personnes âgées connaissait des disparités de fonctionnement et de moyens fréquemment dénoncées et difficiles à justifier.

En effet, la tarification de ces établissements recevant des "personnes âgées de plus en plus dépendantes reposait sur des textes antérieurs à la décentralisation de 1982, marqués par l'inégalité des aides apportées aux personnes en fonction de la nature juridique des établissements où elles étaient hébergées"¹⁷. La tarification "binaire" (hébergement et soins), ne tenait pas compte de l'état des personnes, parfois aussi dépendantes dans les maisons de retraite que dans les unités hospitalières de soins de longue durée.

La réforme de la tarification des EHPAD, intervenue en 1999 à l'issue d'une longue gestation, entendait répondre à un double défi : "organiser des redéploiements du secteur sanitaire vers le secteur médico-social pour permettre à ce dernier de répondre mieux aux besoins; répondre à la montée du consumérisme et aux exigences de qualité, mesurer celle-ci par des méthodes d'évaluation et d'auto-évaluation adaptées et pleinement acceptées"¹⁸.

¹⁶ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Cette loi modifie substantiellement la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

¹⁷ DELNATTE J.C., HARDY J.P., Op. Cit.

¹⁸ DELNATTE J.C., HARDY J.P., Op. Cit.

Un des moyens pour opérer la convergence tarifaire consistait à ajuster l'allocation de ressources de chaque établissement en fonction du niveau de dépendance des personnes accueillies [en dehors des frais liés à l'hébergement]. L'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents devait être atteinte par la voie contractuelle.

1.1.2 Les premiers textes

La loi du 24 janvier 1997 instituant la prestation spécifique dépendance a, par son article 23-1, complété la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales : le nouvel article 51 porte obligation, pour les établissements désireux d'accueillir des personnes âgées dépendantes, de signer une convention pluriannuelle avec les autorités de tarification¹⁹.

Sa trame a été précisée par l'annexe 1 de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle.

Les recommandations visant à garantir la qualité des prises en charge prévoient que "les partenaires conventionnels [et non le seul directeur d'EHPAD] s'engagent dans une démarche "d'assurance qualité" garantissant à toute personne âgée dépendante accueillie en établissement les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins." Cette démarche, qui repose sur la transparence du fonctionnement de chaque institution, "sera appréciée au regard de la satisfaction des résidents et de leur famille [d'une part, et] des actions menées pour aider la personne âgée à conserver un degré d'autonomie sociale, physique et psychique, dans le respect de ses choix et de ses attentes" [d'autre part].

Des recommandations précises concernent respectivement la "qualité de vie des résidents", "les relations avec les familles et les amis des résidents", "la qualité des personnels exerçant en établissement" ainsi que "l'inscription de l'établissement dans un réseau gériatrique comportant des soins coordonnés".

L'annexe 1 de l'arrêté du 26 avril 1999 énumère également les principales données à prendre en compte pour caractériser la situation initiale des établissements entrant dans le dispositif conventionnel, ainsi que les éléments et documents qui permettront de caractériser les perspectives d'évolution de l'organisation de l'établissement au cours de la période de 5 ans couverte par la convention.

Enfin, l'annexe prévoit les modalités d'évaluation du dispositif conventionnel en définissant notamment un nombre important "d'indicateurs".

La force de cet arrêté repose sur son articulation avec la réforme tarifaire des EHPAD. En effet, le

¹⁹ Voir paragraphe 1.3.1 Infra

décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes prévoit, dans son article 18, des dispositions à prendre lorsque certains indicateurs de l'établissement s'écartent de la moyenne départementale : les critères de qualité de prise en charge résultant de l'application du cahier des charges de la convention pluriannuelle peuvent être invoqués par l'établissement pour justifier les écarts constatés. Par ailleurs, l'article 21 du même arrêté précise que chaque établissement établit un plan pluriannuel d'évolution du tableau des effectifs annexé à la convention tripartite.

Les dispositions de 1997 et 1999 ont été renforcées par la loi du 2 janvier 2002.

1.1.3 La loi du 2 janvier 2002

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, concerne l'ensemble des institutions sociales et médico-sociales, et non les seuls EHPAD. Il n'est pas question de faire ici l'exégèse intégrale de cette loi, mais de pointer les aspects qui mettent en évidence la volonté des pouvoirs publics d'améliorer la qualité des prestations délivrées par les institutions aux usagers. La loi du 2 janvier 2002 ne nécessite pas moins de 29 décrets en Conseil d'Etat, 12 décrets simples et 5 arrêtés : c'est dire si son application sera progressive. Cependant, certains des grands principes qui guident son contenu amplifient l'exigence de qualité développée dans les textes concernant la réforme de la tarification.

A) Promouvoir les droits des usagers

La promotion des droits des usagers et de leur entourage constitue le pivot de la réforme : en effet, malgré les 21 modifications de la loi du 30 juin 1975 intervenues entre 1978 et 2001, le texte restait muet sur ce point²⁰. Les droits fondamentaux désormais énoncés à l'article L. 313-3 du Code de la Famille et de l'Action Sociale comportent le libre choix entre les prestations à domicile et en établissement, le respect de la dignité de la personne âgée ainsi que celui de l'intégrité de sa vie privée et de son intimité. Ils comprennent également un droit à la sécurité, à un accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé. Ils garantissent par ailleurs un droit à la confidentialité des données concernant la personne âgée, et ses possibilités d'accès aux informations la concernant. Ils prévoient enfin une information de la personne âgée sur ses droits fondamentaux et les voies de recours disponibles, ainsi que sa participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement.

²⁰ Radiographie d'une réforme : la loi du 2 janvier 2002 - Revue Hospitalière de France - n° 488 - septembre - octobre 2002

Certains de ces principes, on le voit, peuvent difficilement être respectés à la lettre par les EHPAD lorsque ceux-ci accueillent des personnes très désorientées. Néanmoins, les moyens permettant de faciliter l'exercice de leurs droits par les usagers sont développés dans la loi.

Certaines des obligations énoncées étaient déjà applicables aux EHPAD : la loi en réaffirme donc la portée. Toute institution sociale et médico-sociale doit donc désormais délivrer un livret d'accueil et une charte des droits et libertés de la personne à tout candidat à l'admission dans un établissement. Par ailleurs, elle doit établir un contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge), dont les termes seront acceptés par le futur résident. Celui-ci devra en outre être informé de ses possibilités de recours à un conciliateur en cas de conflit avec l'établissement. Enfin les règles concernant le fonctionnement de l'établissement et les orientations que celui-ci se fixe pour son développement seront consignées respectivement dans le règlement de fonctionnement et le projet d'établissement. Un Conseil de la Vie Sociale permettra d'associer les résidents et leur famille au fonctionnement de l'établissement.

La promotion des droits des usagers est un aspect fondamental de la loi du 2 janvier 2002. La législateur a également souhaité renforcer le pilotage des institutions sociales et médico-sociales.

B) Améliorer le pilotage des institutions

Une autre orientation de la loi du 2 janvier 2002, moins perceptible par le grand public, concerne l'amélioration des procédures techniques de pilotage des institutions sociales et médico-sociales : il s'agit concrètement pour les pouvoirs publics de se donner les moyens juridiques d'adapter l'offre de services aux besoins des populations.

Si la loi de 1975 n'ignorait pas totalement la planification, Pierre GAUTHIER, Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Midi Pyrénées préfère parler de "l'a-planification"²¹. La loi du 2 janvier 2002 redéfinit les schémas d'organisation sociale et médico-sociale en permettant aux schémas départementaux, désormais arrêtés conjointement par le préfet et le président du conseil général, de mieux s'adapter à l'évolution des besoins locaux.

Par ailleurs elle crée des schémas régionaux concernant les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la compétence exclusive de l'Etat. La modification du régime des autorisations oblige, de son côté, les promoteurs à se conformer aux objectifs du schéma dont relèvent les établissements ou services pour lesquels ils sollicitent une création, une transformation ou une extension. A l'instar de ce qui existe depuis plusieurs années dans le domaine sanitaire, la loi du 2 janvier 2002 fixe également des périodes pour le dépôt et l'examen des dossiers, et soumet l'octroi des autorisations (désormais limitées à 15 ans) à l'existence du

²¹ GAUTHIER P. - Orientations en matière de la planification : nouveautés et limites - Revue Hospitalière de France - n° 488 - septembre - octobre 2002

financement des projets.

Le pilotage des institutions sociales et médico-sociales ne se limite pas à fixer la capacité et une meilleure répartition géographique des différentes catégories d'établissements. Les pouvoirs publics ont souhaité renforcer la qualité des services offerts en obligeant les institutions à évaluer régulièrement la qualité de leurs prestations : elles doivent donc procéder à une auto-évaluation²² au minimum tous les cinq ans, et se soumettre tous les sept ans à une évaluation²³ externe effectuée par un organisme indépendant. Les résultats de cette évaluation externe doivent, dans le futur, conditionner le renouvellement de l'autorisation. La loi renforce également le contrôle des établissements en permettant aux autorités tarifaires d'agir plus efficacement que par le passé en cas de dysfonctionnement important compromettant gravement la qualité des prestations : la fermeture des structures mettant en danger la sécurité des résidents devrait notamment pouvoir intervenir plus facilement.

La loi du 2 janvier 2002 cherche enfin à instaurer une meilleure coordination entre les différents protagonistes. Pour ce faire, elle enrichit les modalités de coopération entre les établissements et services, et facilite les échanges avec le secteur sanitaire. La contractualisation déjà instaurée dans les structures accueillant des personnes âgées, est également généralisée à toutes les institutions sociales et médico-sociales qui ont désormais la possibilité (mais ce n'est pas une obligation) de conclure des contrats d'objectifs et de moyens avec les autorités de tarification.

Les textes récents posent les bases de l'amélioration de la qualité dans les EHPAD. S'agit-il d'une simple transposition des obligations qui existaient depuis quelques années dans le domaine sanitaire ou d'une volonté forte d'améliorer la qualité dans le secteur sanitaire et social ?

1.2 Amélioration de la qualité dans les EHPAD : réforme ambitieuse ou parallélisme des formes?

Les établissements accueillant les personnes âgées dépendantes ont longtemps souffert du relatif désintérêt de la population en général et des pouvoirs publics en particulier. L'inflation législative et réglementaire entre 1997 et 2002 traduisait-elle de nouvelles ambitions gouvernementales pour ce secteur, ou se contentait-elle de transposer les obligations introduites dans le domaine sanitaire, au secteur sanitaire et social ?

1.2.1 Une réforme ambitieuse

La réforme de la tarification des EHPAD et la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale étaient

²² Voir glossaire

²³ Voir glossaire

tout à la fois attendues et redoutées par les professionnels du secteur.

L'annonce par le gouvernement, fin 2000, d'un effort financier sans précédent a constitué un signe fort en direction de ceux-ci : en effet, c'est un programme de 930 millions d'euros qui devait être débloqué pour les années 2001 à 2005, soit 183 millions d'euros par an²⁴. Ces crédits, insuffisants selon certains, étaient principalement destinés à financer la médicalisation des établissements recevant des personnes âgées dépendantes, après signature d'une convention tripartite. En cinq ans, ce sont environ 6 000 établissements qui devaient entrer dans la réforme.

Au-delà de l'enveloppe promise, le gouvernement cherchait tout à la fois à améliorer le quotidien des personnes âgées, mais surtout à changer le regard que la société portait sur ses anciens. "Changer le regard sur la vieillesse" constituait la priorité de Paulette Guinchard-Kunstler alors députée du Doubs : elle plaçait ce thème au premier rang des 43 propositions pour une prise en charge plus juste et plus solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie, dans le rapport "Vieillir en France", remis au premier ministre en 1999²⁵.

Le changement escompté devait également bénéficier aux professionnels d'un secteur difficile et souvent oublié : pas moins de six propositions de ce rapport concernaient la professionnalisation de la prise en charge, permettant la revalorisation des métiers au contact des personnes en fin de vie.

La société ne se change pas par décret²⁶, et s'il est courageux de vouloir faire évoluer les mentalités, certains n'ont vu dans les récentes réformes qu'une copie des textes applicables au secteur sanitaire.

1.2.2 Le médico-social sur les traces du sanitaire

La réforme de la tarification des EHPAD est complexe²⁷, mais dans le principe, elle cherche à

²⁴ CAUSSE D. « Amélioration de la Qualité et Réforme de la Tarification ». - Intervention à l'occasion des rencontres parlementaires sur la longévité - Maison de la Chimie – 30 Octobre 2002 (Source site de la FHF : www.fhf.fr).

²⁵ GUINCHARD-KUNSTLER P., Vieillir en France – Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie . Rapport à Monsieur le Premier ministre – Juin 1999.

²⁶ En référence au titre d'un ouvrage de Michel CROZIER

²⁷ Les auteurs de cette réforme cherchaient pourtant à définir des tarifs et des clés de répartition des charges en trois sections tarifaires en conciliant les deux impératifs suivants : tenir compte de l'état de

ajuster l'allocation de moyens à l'état des personnes accueillies en institution. Cette recherche d'une allocation plus juste des ressources entre établissements a été initiée en 1983 dans le domaine sanitaire par l'introduction du PMSI²⁸ et doit voir son prolongement dans les années qui viennent avec l'introduction de la tarification à la pathologie, actuellement en cours d'expérimentation.

L'obligation qui est faite aux établissements de conclure une convention tripartite avec les autorités tarifaires pour entrer dans la réforme et être officiellement autorisés à accueillir des personnes âgées dépendantes n'est pas non plus sans rappeler les contrats d'objectifs et de moyens introduits dans le domaine sanitaire par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée²⁹. Certes, l'auto-évaluation qui précède la convention tripartite rappelle plus la procédure d'accréditation, obligatoire pour les établissements de santé depuis l'ordonnance du 24 avril 1996, que la procédure contractuelle en elle-même. Les débats qui ont accompagné la mise en place de l'accréditation dans le domaine sanitaire ont été épargnés aux institutions sociales et médico-sociales : l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé a longtemps voulu croire (ou faire croire) que les rapports d'accréditation ne seraient pas utilisés par les Agences Régionales de l'Hospitalisation. La réforme engagée de la procédure d'accréditation, cinq ans après le début des premières visites, montre que les choses n'étaient pas si simples. La procédure d'évaluation externe qui va être mise en place dans le secteur social et médico-social ne comporte, elle, aucune barrière entre l'évaluation de la qualité et le contrôle exercé par les autorités tarifaires : les conclusions de celles-ci seront même indispensables pour le renouvellement des autorisations de fonctionnement, tous les 15 ans.

De nombreux autres éléments de la loi du 2 janvier 2002 rappellent des dispositions introduites, pour certaines depuis plus de 10 ans, dans le domaine sanitaire. Il en va ainsi pour la promotion des droits des usagers, le renforcement de la planification des institutions pour mieux répondre aux besoins de la population, ou le développement de la coopération entre les structures.

Ces dispositions ne sont pas en soi critiquables, même si l'inflation législative et réglementaire qui touche les EHPAD depuis 1997, et surtout depuis 1999 désoriente plus d'un directeur. Ces textes contribueront à terme, il faut l'espérer, à une amélioration de la qualité des prestations. Comment y parvenir?

dépendance des personnes ; adopter un mécanisme simple et intelligible pour l'utilisateur comme pour l'établissement (DELNATTE J.C. - HARDY JP.- Op.Cit.).

²⁸ Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information.

²⁹ L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée a été précisée sur ce point par une circulaire du 13 janvier 1997.

1.3 A la recherche d'une définition de la qualité dans le secteur des personnes âgées dépendantes

Les textes parus entre 1997 et 2002 visent au renforcement de la qualité dans les EHPAD. Mais quel est le sens donné à ce terme dans les textes, et quels moyens définissent-ils pour l'atteindre ?

1.3.1 Ce que disent les textes

Le terme "qualité" est utilisé aussi bien pour définir le niveau attendu de prise en charge et des soins que pour préciser le type de démarche nécessaire pour atteindre un bon niveau d'organisation et de prestations.

La loi du 24 janvier 1997

La loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 instituant la prestation spécifique dépendance, dans son article 23-1 introduit un article 5-1 à la loi du 30 juin 1975, portant obligation, pour les futurs EHPAD, de conclure une convention pluriannuelle avec les autorités tarifaires : "cette convention tripartite [...] définit les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge [des personnes âgées] et des soins qui sont prodigués à ces dernières, en accordant une attention particulière au niveau de formation du personnel d'accueil. Elle précise les objectifs d'évolution de l'établissement et les modalités de son évaluation."

L'arrêté du 26 avril 1999

Le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle a été défini dans l'annexe I de l'arrêté du 26 avril 1999. Ce texte indique qu'il "est impératif que les partenaires conventionnels s'engagent dans une démarche "d'assurance qualité" garantissant à toute personne âgée dépendante accueillie en établissement les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins". Il développe également la notion de qualité de prise en charge qui "est tout à la fois fonction de la nature, du cadre de vie, du professionnalisme et de l'organisation des intervenants qui assurent la prise en charge dans le respect de la personne et de ses choix. Elle repose sur une transparence du fonctionnement de chaque institution, clairement définie dans le projet institutionnel, le règlement intérieur et le contrat de séjour".

L'annexe II du cahier des charges définit les missions, fonctions et la compétence professionnelle du médecin coordonnateur, désormais obligatoire dans chaque EHPAD. Celui-ci a un rôle à jouer en matière de qualité puisque le texte indique que "le principe d'un médecin coordonnateur compétent en gériatrie, répond à un objectif de santé publique par une meilleure qualité de

prise en charge gérontologique, dans un cadre nécessaire de maîtrise des dépenses de santé.”

La loi du 2 janvier 2002

La loi du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale précise un des outils de la démarche qualité : l'article 12 indique que “pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement.”

En résumé

A ce stade de l'étude des textes on peut dire que la qualité de la prise en charge et des soins prodigués aux personnes âgées est liée autant à l'existence d'un cadre de vie agréable qu'à celle d'une bonne organisation de chaque institution. Cette dernière s'obtient notamment par un renforcement de l'organisation soignante grâce à la mise en place d'un médecin coordonnateur. Elle s'obtient également par la professionnalisation des agents, toutes disciplines confondues. Les perspectives d'évolution de la structure doivent être consignées dans un projet d'établissement.

Une notion diversement comprise : la démarche qualité

La notion de démarche qualité n'a manifestement pas été comprise par tous les intervenants ( tablissements et autorités tarifaires) de la même manière. En effet, le Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées a été conduit à faire une mise au point dans une instruction du 13 janvier 2003³⁰ : “bien que la convention qui relate les engagements de l'établissement soit conclue pour une durée de 5 ans, il convient de rappeler que la qualité est un processus continu³¹. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de demander aux directeurs d'établissement de satisfaire à l'ensemble des dispositions prévues par le cahier des charges dès la signature de la première convention: les objectifs qualité doivent toujours être fonction de l'établissement concerné et de la population accueillie. Ainsi, à l'expiration de la première convention tripartite, et même si la qualité des prestations offertes a évolué, l'établissement se verra assigner de nouveaux objectifs qualitatifs, qui pourront parfois être essentiellement ciblés sur le maintien des acquis. La signature de la convention tripartite vise à engager un processus. Elle n'est pas l'aboutissement du processus d'amélioration de la qualité mais une première étape de ce processus.” Plus loin le

³⁰ Instruction DGAS/DHOS/DSS/MARTHE n  2003-20 du 13 janvier 2003 relative à la négociation des conventions tripartites au bénéfice des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

³¹ Souligné dans l'instruction.

Ministère précise que “la convention tripartite n’est pas un label de qualité qui atteste une prise en charge satisfaisante pour les résidents. Elle est la reconnaissance du fait que l’établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes est entré dans une démarche continue d’amélioration de la qualité des soins et aides dispensés aux résidents.”

Le terme de “démarche continue d’amélioration de la qualité” est repris dans la circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l’hôpital local³². Ce texte ne concerne plus spécifiquement le champ sanitaire, mais mentionne parmi les activités de l’hôpital local, les activités médico-sociales. En ce qui concerne l’hébergement et la qualité de vie, la circulaire précise en effet qu’un “des enjeux majeurs de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) est d’instituer, au sein de ces structures, une démarche d’amélioration continue de la qualité”.

Le type de démarche attendu des établissements pour améliorer la qualité de leurs prestations n’est donc pas très clair : d’un côté, il est question de démarche “d’assurance qualité” de l’autre de “démarche d’amélioration continue de la qualité”. La définition de quelques termes est à ce stade nécessaire.

1.3.2 Quelques définitions

Qu'est-ce que la qualité?

L’exigence de qualité est issue du monde industriel confronté à la concurrence (la non qualité coûte cher). Dans le domaine de la haute technologie ce sont les impératifs de fiabilité et de sécurité qui ont joué un rôle moteur (domaine aéronautique, aérospatial, nucléaire). Dans ces secteurs, il est évident que l’amélioration des processus internes vise à l’obtention des meilleurs résultats au meilleur coût. Les définitions en matière de qualité ont ensuite été établies au plan international ; la dernière version est contenue dans la norme ISO 9000. Celle-ci a fait l’objet d’une édition en version française, par l’AFNOR en décembre 2000.³³

Jusqu’à la fin 2000, la **Qualité** était définie comme “l’ensemble des caractéristiques d’une entité qui lui confèrent l’aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites”³⁴. Cette définition difficilement compréhensible pour un public non averti, a été remplacée en décembre 2000 par la

³² Circulaire DHOS/O3/DGAS/AVIE n° 2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l’hôpital local.

³³ AFNOR - NF EN ISO 9000 - Systèmes de management de la qualité - Principes essentiels et vocabulaire. Paris - AFNOR – Décembre 2000 (30 pages)

³⁴ Définition contenue dans l’ancienne norme ISO 8402- AFNOR – Gérer et assurer la qualité – Tomes 1 et 2 – Paris – AFNOR - 1994

norme NF ISO 9000 qui définit ainsi la qualité : "aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences". Cette définition d'une douzaine de mots, n'est guère plus explicite pour un néophyte. Il est presque regrettable, que la notion de "besoins exprimés ou implicites" ait disparu. En effet, l'adjectif "implicite" à lui seul permettait de prendre la mesure de l'étendue du champ de la qualité.

Les besoins exprimés sont à eux seuls innombrables, parfois incompatibles et difficiles à satisfaire. Les résidents et/ou leur famille souhaitent des heures de lever et de coucher raisonnables : être couché à 17 heures ou 18 heures, volets fermés en plein été, n'est guère acceptable quelles que soient les raisons d'organisation du personnel qui conduisent à cet état de fait.

Ne pas pouvoir manger des oeufs sur le plat que l'on aimait tant n'est guère satisfaisant pour les personnes âgées qui ont du mal à comprendre qu'on les prive de ce qu'elles aiment au nom des impératifs de prévention du risque de toxi-infection alimentaire collective (TIAC).

La satisfaction des besoins exprimés par les usagers, le respect des normes réglementaires, le respect du budget alloué par les autorités de tarification, la satisfaction des personnels font partie des nombreux critères au regard desquels la qualité des services offerts par une institution peut être appréhendée.

Mais la qualité ne se limite pas à cela : elle doit également satisfaire les besoins implicites. L'étendue de ce champ là est insondable. Les besoins implicites sont par définition inconnus et difficiles à appréhender : de plus ils évoluent avec l'état de la société. S'il y a une vingtaine d'années, il aurait été incongru de proposer aux résidents des prises informatiques et la possibilité de connexion à internet dans chaque chambre de maison de retraite, il n'est guère possible aujourd'hui pour un architecte d'évacuer la question de ce type de connexion d'un revers de manche.

La polémique déclanchée à la mi-août 2003, compte-tenu de la surmortalité au sein de la population âgée suite aux effets de la canicule, conduit à s'interroger à nouveau sur les contraintes architecturales des maisons de retraite.

La qualité ne s'appréhende pas uniquement au regard de la satisfaction des besoins (exprimés ou implicites) ou des exigences. Un fascicule de documentation de l'AFNOR³⁵ relève quatre dimensions de la qualité :

³⁵ AFNOR FD S 99-132 - Méthodologie d'identification des critères de qualité et de construction, mise en place et suivi d'indicateurs pour les établissements de santé - Paris - AFNOR - Avril 2000

La **qualité attendue** est définie comme le niveau de qualité répondant aux besoins et attentes exprimés.

La **qualité prévue** (promise, voulue) est le niveau de qualité que l'établissement souhaite atteindre compte-tenu des attentes de ses patients, en fonction de ses ressources internes et des contraintes de son environnement.

La **qualité fournie** (offerte, réalisés) concerne le niveau de qualité mise oeuvre par l'établissement de santé.

Enfin, la **qualité perçue** correspond au niveau de qualité ressentie par le client à partir de ses propres attentes.

La superposition de ces quatre dimensions de la qualité est quasiment impossible à réaliser

Ces quelques considérations montrent qu'il est difficile de donner une définition simple de la qualité. Il n'existe pas non plus de méthode universelle pour l'atteindre.

Quel type de démarche engager ?

Le directeur d'un établissement sanitaire et social n'a pas nécessairement une formation de qualitatif. Il n'est cependant pas inutile qu'il se familiarise avec les termes utilisés dans le domaine de la qualité. La norme NF EN ISO 9000 de décembre 2000 contient la définition de certaines notions : nous retiendrons celles qui suivent.

L'**Assurance de la qualité** est définie comme la "partie du management de la qualité visant à donner confiance, en ce que les exigences pour la qualité seront satisfaites"³⁶.

L'**Amélioration de la qualité** est pour sa part définie comme la "partie du management de la qualité, axée sur l'accroissement de la capacité à satisfaire aux exigences pour la qualité"³⁷. La norme précise que "les exigences peuvent être liées à tout aspect tel que l'efficacité, l'efficience, ou la traçabilité.

L'**Amélioration continue** recouvre une "activité régulière permettant d'accroître la capacité à satisfaire aux exigences". Une note précisant le terme indique que "le processus de définition des objectifs et de recherche d'opportunités d'amélioration est un processus permanent utilisant les

³⁶ Norme NF EN ISO 9000 – AFNOR – Décembre 2000 (Op. Cit.)

³⁷ Ibid.

constatations d'audit et les conclusions d'audit, l'analyse des données, les revues de direction ou d'autres moyens, et qui mène généralement à des actions correctives ou préventives"³⁸.

Le **Management de la qualité** correspond aux "activités coordonnées, permettant d'orienter et de contrôler un organisme en matière de qualité"³⁹. La norme précise que l'orientation et le contrôle d'un organisme en matière de qualité incluent généralement l'établissement d'une politique qualité, d'objectifs qualité, la planification de la qualité, la maîtrise de la qualité, l'assurance de la qualité et l'amélioration de la qualité.

L'application des les EHPAD

L'exigence de qualité a été introduite relativement tardivement dans le système sanitaire français : la nécessité persistante de maîtriser les dépenses de santé et les séquelles laissées par les affaires du sang contaminé et de l'hormone de croissance ont joué un rôle d'accélérateur. L'introduction récente dans le secteur des institutions sociales et médico-sociales en général et des EHPAD en particulier pose la question de la compréhension d'un vocabulaire jugé abscons.

Si les EHPAD ont incontestablement des efforts à accomplir pour améliorer leurs prestations, la plupart des structures disposent de moyens financiers et humains extrêmement limités. Il est donc nécessaire d'aborder l'amélioration de la qualité de manière pragmatique.

Les définitions de la norme ISO EN 9000 ci-dessus font apparaître différents paramètres nécessaires à la mise en oeuvre d'une démarche qualité. Tout d'abord, un pilote doit être désigné pour conduire et soutenir la démarche dans la durée : dans une petite structure, il ne peut s'agir que du Directeur. Par ailleurs, la structure doit se fixer des axes d'amélioration pour mieux répondre aux différents besoins ou exigences, qu'il s'agisse des besoins exprimés par les résidents ou leur famille, des besoins de la population non satisfaits (accueil de jour, unités spécifiques Alzheimer, hébergement temporaire) ou d'exigences légales ou réglementaires à remplir. Les objectifs d'amélioration doivent être déclinés en actions à mettre en oeuvre, précisant pour chacune d'elles, un responsable, la cible visée, les moyens à mobiliser, les délais impartis et la méthode d'évaluation (indicateurs, audits de pratiques...). En résumé, il semble possible, en s'appuyant sur une organisation rigoureuse, d'améliorer la qualité des prestations dans une petite structure, sans pour autant se doter de prime abord d'un système de management de la qualité sophistiqué. Il sera toujours temps, lorsque la "culture qualité" sera bien implantée dans

³⁸ Ibid.

³⁹ Ibid.

l'établissement, d'améliorer le système de management de la qualité.

La façon dont sera initié le lancement d'une démarche qualité dans un petit établissement ne peut pas faire abstraction du contexte dans lequel il évolue.

PARTIE 2 - L'AMORCE D'UNE DÉMARCHE QUALITÉ À LA RÉSIDENCE “LA MÉRIDIENTINE” : LE POIDS DU CONTEXTE

La Résidence “La Méridienne” à Villeneuve La Garenne (Hauts de Seine) est une Maison de retraite publique “médicalisée” dont l’opération d’humanisation - extension a modifié la vie quotidienne en 2001. Confrontée à des impératifs de temps, dans un contexte incertain à différents points de vue, la direction doit faire des choix pour impulser une démarche qui aboutisse à une véritable amélioration des prestations offertes.

2.1 Une question de temps

Quelle que soit la stratégie adoptée, la mise en place d’une démarche qualité demande du temps. C’est précisément ce dont le Directeur manquait le plus depuis sa prise de fonction à la Maison de Retraite.

2.1.1 La multiplication des tâches quotidiennes

A) La priorité du directeur : les travaux

Le directeur de la Maison de retraite est arrivé à Villeneuve la Garenne en août 1998. La structure avait été dirigée pendant plus de 18 mois par des directrices intérimaires. Le sort de l’établissement, construit au début des années soixante-dix et autorisé à fonctionner par un décret du 30 juin 1975 était alors incertain, car les locaux avaient prématurément vieillis et n’étaient plus conformes aux normes de sécurité incendie.

Un projet d’humanisation-extension, présenté en CROSS en 1993, avait reçu un avis défavorable qui n’avait pas été suivi par le Président du Conseil Général : celui-ci avait donné son accord à l’opération projetée, sous réserve que les observations du CROSS quant au nombre de chambres à un lit et à la surface minimale des sanitaires soient prises en considération.

La priorité du directeur était donc de “sauver” la Maison de retraite en faisant réaliser les travaux de mise en sécurité, puis en menant à bien l’opération d’humanisation-extension, jusqu’ici bloquée. L’élection d’un nouveau Maire, en 1999, facilitera l’acquisition d’un terrain indispensable à la réalisation de l’extension projetée : dès lors, le Directeur consacrera une partie importante de son temps à la préparation et au suivi des travaux, ainsi qu’à l’aménagement des locaux.

B) Des tâches qui se multiplient

Au budget prévisionnel 1999, en sus du directeur, le personnel administratif comptait un adjoint des cadres hospitaliers, un agent administratif ainsi que des mensualités de remplacement (0,05 ETP). Cet effectif restreint, qui n'a pas évolué depuis, a dû faire face en quelques années à de multiples "chantiers" : changement de logiciel informatique rendu nécessaire par le passage à l'An 2000 puis par la transformation du budget en euros, négociation de l'aménagement et de la réduction du temps de travail (ARTT) puis mise en place des accords signés, mise en place de l'APA et passage du budget binaire en budget ternaire⁴⁰, nouvelle adaptation du logiciel de facturation pour la mise en place de la réforme des marchés publics. Les travaux de mise en conformité aux normes de sécurité incendie, puis de l'opération de réhabilitation-extension (constitution des dossiers de demande de prêts, multiplication des factures ... et des litiges avec les fournisseurs d'immobilisation, difficultés temporaires de trésorerie) ont encore alourdi la charge de travail pesant sur l'équipe administrative.

2.1.2 Des délais courts pour signer la convention tripartite

La loi du 24 janvier 1997 relative à la mise en place de la prestation spécifique dépendance prévoyait dans son article 23-1 que la convention tripartite devait être conclue "au plus tard le 31 décembre 1998". Cette échéance irréaliste a été repoussée au 31 décembre 2003 par loi du 20 juillet 2001 instituant l'allocation personnalisée d'autonomie⁴¹. C'est cette échéance qui fixait le cap aux établissements accueillant des personnes âgées dépendantes lors de mon arrivée dans la Maison de retraite, en septembre 2003. Cependant la loi du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale précisait que l'autorisation de fonctionner des établissements recevant des personnes âgées dépendantes était conditionnée par la conclusion de la convention tripartite⁴². La capacité de la Maison de retraite devait être portée de 58 à 92 lits au second semestre 2003, soit une extension de près de 59% de sa capacité initiale. Pour recevoir l'autorisation d'ouvrir les 34 lits supplémentaires, le directeur devait donc conclure préalablement la convention tripartite avec les autorités tarifaires.

⁴⁰ Cf. glossaire – Le passage, début 2002 dans les EHPAD, d'un budget binaire à un budget ternaire permet de prendre en considération le niveau de dépendance des résidents accueillis dans chaque établissement.

⁴¹ Titre II, article 4 de la loi n° 2001 - 647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

⁴² Article 30 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale.

2.1.3 Laisser aux mentalités le temps d'évoluer

La Maison de retraite avait longtemps été dirigée par une directrice plutôt centrée sur un fonctionnement hiérarchique de l'établissement. L'organisation qu'elle avait mise en place avait progressivement été perdue de vue durant les intérim successifs. Depuis 1998, le directeur procédait aux ajustements nécessaires dans l'organisation. Ces modifications ponctuelles ne s'intégraient pas dans une démarche structurée d'amélioration de la qualité, démarche exigeant du temps dont précisément le directeur manquait.

Quelle que soit la méthode adoptée, une démarche visant une amélioration durable de la qualité des prestations exige la participation des agents qui doivent comprendre le sens de leur travail, connaître les principaux objectifs qui leur sont assignés, accepter de confronter leur pratique à ces objectifs pour ensuite corriger ce qui mérite de l'être. Cette participation passe non seulement par un travail en équipe au sein d'une même fonction (soins, restauration, lingerie...) mais par une réelle coopération interdisciplinaire, souvent difficile à mettre en œuvre dans les faits. La mise en place d'un management participatif ne va pas de soi pour grand nombre d'agents ayant longtemps travaillé dans une structure fonctionnant sur un mode hiérarchique : ils sont confrontés à un véritable changement culturel.

Pour Philippe Ducalet et Michel Laforcade⁴³ la qualité est un état d'esprit . "La construction quotidienne de cet état d'esprit est peut-être la première mission d'un directeur d'établissement" disent - ils, ajoutant immédiatement "qu'elle est d'autant plus indispensable qu'elle n'est jamais naturelle dans un univers non concurrentiel" et que "répondre à la quête de sens des professionnels est la première étape d'une démarche qualité". Une culture ne se décrète pas, elle s'élabore patiemment au fil du temps. La volonté du directeur sera un élément déterminant pour accompagner et faire aboutir la démarche : en effet, il n'est pas facile de garder le cap lorsque le contexte général est mouvant.

2.2 Un contexte incertain pour avancer

Toute institution a besoin de connaître l'environnement dans lequel elle évolue pour se fixer des objectifs. Sa tâche se complique singulièrement lorsque la visibilité de l'action gériatrique, tant départementale que nationale, est faible au moment où elle amorce un changement difficile.

2.2.1 Contexte général

Début 2003, l'ensemble des établissements recevant des personnes âgées s'interrogeaient sur

⁴³ DUCALET Ph. LAFORCADE M. - Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales, Sens, enjeux et méthodes - Paris Editions Seli Arslan - 2000

l'évolution de la politique nationale. La Résidence "La Méridienne" devait de surcroît définir sa mission alors que les besoins en matière de structures pour personnes âgées étaient mal définis à l'échelon départemental.

A) Une action gérontologique départementale peu lisible

a) Absence de véritable schéma gérontologique départemental

Le principe

La première qualité d'un établissement est de répondre aux besoins réels de la population, et non de créer le besoin pour remplir ses lits. Le recensement de ces besoins incombe essentiellement aux départements en ce qui concerne l'action sociale en faveur des personnes âgées. Une circulaire du 7 avril 1982 a institué le "plan gérontologique départemental [qui] devait rassembler les informations nécessaires afin de réaliser un plan descriptif, quantitatif et prospectif des différentes prises en charge des personnes âgées, tout en veillant à l'optimisation des moyens existants et au contrôle de l'évolution des dépenses d'assurance maladie."⁴⁴ La planification gérontologique n'a cependant pas été reprise dans la loi du 22 juillet 1983 relative à la répartition des compétences entre collectivités locales, ni dans celle du 2 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé : un schéma départemental des équipements et services pour personnes âgées lui a été substitué, instrument souple et adaptable à chaque contexte local. Les départements ne se sont-ils pas précipités sur cet instrument. Dominique Argoud voit dans ce faible enthousiasme des élus à programmer leur politique vieillesse la crainte d'édicter des règles qu'ils seraient susceptibles de devoir contourner ensuite⁴⁵. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale remet la planification au goût du jour puisqu'elle prévoit de nouveaux schémas d'organisation sociale et médico-sociale au contenu précis (article 18). Ces documents élaborés conjointement par le représentant de l'Etat dans le département et le Président du Conseil Général, pour une durée de cinq ans doivent en effet apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux. Par ailleurs ils dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante. Enfin ils déterminent les perspectives et les objectifs de l'offre sociale et médico-sociale, et notamment ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation, suppression d'établissements et services et, le cas échéant, d'accueils familiaux. La somme de travail pesant sur les services en charge des personnes âgées du fait de la réforme

⁴⁴ ARGOUD D. Politique de la vieillesse et décentralisation - Les enjeux d'une mutation - Editions Erès - Pratiques du champ social - 1998

⁴⁵ Ibid. p 177

de la tarification d'une part et de la mise en place de l'APA d'autre part, a souvent freiné la mise en place de ces schémas qui devraient voir le jour avant le 2 janvier 2004.

La planification gérontologique dans le département

Dans les Hauts de Seine, le document de référence départemental, début 2003, était ancien et n'avait fait l'objet d'aucune réactualisation. Le Schéma départemental de l'Action sociale et médico sociale des Hauts de Seine avait en effet été approuvé par l'Assemblée départementale le 14 juin 1991. Ce schéma indiquait que "la comparaison avec les taux de couverture nationaux et régionaux ainsi qu'avec l'état de santé des personnes accueillies [faisait] apparaître un important déficit de structures médicalisées (cure médicale et long séjour)". Il mentionnait par ailleurs "un état de dépendance et de santé [des personnes hébergées] souvent plus grave que celui correspondant à la vocation administrative du lit qu'elles [occupaient]". En revanche, il notait que "compte tenu de la charge foncière importante sur le Département, qui retentit sur les prix de journée des établissements, l'augmentation de l'offre d'hébergement en institution [serait] modérée". Le Département des Hauts de Seine comptait, selon le schéma, 10 720 lits en 1990 (unités de long séjour, maisons de retraite et foyers logements confondus), et 12 771 lits en 2002 selon le guide des services de soins et d'aide à domicile pour personnes âgées publié par l'Observatoire Régional de Santé d'Ile de France⁴⁶. De nombreuses maisons de retraite privées ont vu le jour, dans la décennie, mais la capacité des centres de soins de longue durée (souvent publics) a également augmenté. Enfin, le schéma départemental de l'Action Sociale et médico-sociale de 1991 relevait que "les unités d'accueil pour personnes désorientées ... [étaient] en trop faible nombre" et que "les relations entre établissements et services intervenant à domicile [étaient] trop peu développées".

Une situation difficile pour les personnes âgées fragiles

Début 2003, les difficultés récurrentes de la filière gériatrique en Ile de France pouvaient faire penser que la situation, particulièrement difficile à Paris, dans les Hauts de Seine et en Seine Saint-Denis n'avait guère évolué. Sciences et Avenir, dans son numéro d'Avril 2003, a édité un article "Spécial seniors" intitulé "Des urgences aux maisons de retraites : les meilleurs services" . Pour Paris, la situation se passait de commentaires. Le titre de l'article se suffisait à lui même : "Paris... Complet"⁴⁷. Quant aux hôpitaux les plus proches de Villeneuve La Garenne, c'est à dire

⁴⁶ Observatoire Régional de Santé d'Ile de France - Guide des services de soins et d'aide à domicile des personnes âgées - Ile de France 2002

⁴⁷ Les urgences hospitalière parisiennes sont fréquemment embolisées du fait du manque criant de lits d'aval (SSR-SLD notamment) dans Paris «intra-muros ». La crise estivale, consécutive aux effets de la

ceux de Clichy, de Colombes, de Nanterre et de Saint-Denis, la situation ne se présentait guère mieux. L'hôpital Beaujon, à Clichy et l'hôpital Max Fourestier à Nanterre figuraient parmi les "hôpitaux aux moyens très insuffisants. Ces "structures [...] nécessitent une remise à plat locale et régionale. Elles cumulent pour la plupart voire toutes les difficultés rencontrées dans ce dossier : manque chronique d'effectifs, urgences embouteillées, services de spécialités très embolisés, circuits d'aval interne et externes totalement saturés...."⁴⁸. L'hôpital Louis Mourier à Colombes était classé par le magazine parmi les hôpitaux aux moyen insuffisants, c'est à dire "qui rencontrent de très sérieux obstacles, surtout d'ordre structurel ; des dysfonctionnements qui pèsent sur la qualité de prise en charge médicale tout au long de la filière."⁴⁹ L'hôpital de Saint-Denis, non classé, n'avait pas répondu à l'enquête. Les professionnels concernés ne se sont pas offusqués du classement établi par Sciences et Avenir : réunis pour certains d'entre eux à Clichy durant le deuxième trimestre 2003 pour établir des propositions destinées à figurer en annexe du SROS relatif à la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital en Ile de France, ils n'ont fait que confirmer le manque criant de structures d'aval à l'hospitalisation pour les personnes âgées en perte d'autonomie ou dépendantes, dans le bassin de vie concerné. La surmortalité importante en Ile de France, durant l'épisode caniculaire de l'été 2003, a porté sur la place publique des faits connus de longue date par les professionnels du secteur.

Le SROS personnes âgées à l'hôpital

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire relatif à la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital en Ile-de-France, publié par arrêté n° 03-4 du Directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de l'Ile de France en date du 21 janvier 2003, constituait, début 2003, le meilleur instrument de référence pour cerner les besoins des personnes âgées dans la Région. "Ce volet du SROS s'inscrit dans un contexte de filière globale de prise en charge de la personne âgée faisant intervenir, en amont et en aval les soins de ville, les secteurs médico-sociaux et associatifs"⁵⁰. Le SROS relatif à la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital en Ile de France pointe les difficultés rencontrées dans l'accueil des personnes âgées en structure hospitalière, dont les plus importantes sont le manque de lits d'aval à l'hospitalisation et les difficultés pour organiser le retour à domicile. Pour améliorer la fluidité de la filière hospitalière au

canicule, a porté sur la place publique une insuffisance constatée de longue date par les professionnels du secteur.

⁴⁸ Sciences et Avenir - n° 674 - avril 2003 - Seniors, Des urgences aux maisons de retraite, les meilleurs services - p 38 à 63

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ République Française, AHRIF (Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile de France) - Schéma régional d'organisation sanitaire relatif à la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital en Ile de France - janvier 2003

profit de nos aînés, le SROS constate, dans ses objectifs et recommandations : "l'installation de l'ensemble des capacités autorisées en court séjour et en soins de suite est un élément qui participe à l'amélioration de la filière gériatrique. Il est nécessaire que les besoins en services de maintien à domicile et en EHPAD (tant services de longue durée qu'établissements médico-sociaux) avec hébergement temporaire ou définitif, soient satisfaits sur l'ensemble de la région : toute carence d'un élément du maillage entraîne un blocage de la filière." Le département des Hauts de Seine était, selon les indications mentionnées dans le SROS, le département qui après Paris, avait le plus fort pourcentage de personnes âgées de plus de 75 ans ; c'était également un département qui en 2001 avait un pourcentage de personnes âgées placées en institution inférieur à la moyenne nationale et régionale⁵¹. Les données relatives aux prises en charge dans le domaine médico-social faisaient également apparaître un taux d'équipement en places de SSIAD et en lits de soins de longue durée particulièrement bas. De même, les taux d'équipement en accueil de jour et en hébergement temporaire restaient inférieurs aux moyennes nationale et régionale.

Une situation évolutive

L'absence de schéma gérontologique oblige les établissements à rassembler les morceaux épars d'un puzzle dont ils connaissent cependant le contour final. Cette situation devrait changer dans l'avenir. Début juillet 2003, les établissements recevaient une lettre conjointe de la DDASS et du Conseil Général des Hauts de Seine annonçant la mise en chantier du futur plan gérontologique départemental : ce document qui doit être présenté à l'Assemblée départementale en juin 2004, est réalisé avec l'aide d'un grand cabinet de consultants. Selon les indications fournies par le Conseil Général, cette initiative répond à plusieurs nécessités, la plus évidente étant l'obligation de se mettre en conformité avec la loi. Mais si le Conseil Général des Hauts de Seine a depuis sa création privilégié le maintien à domicile, il a été confronté aux limites de celle-ci : l'institutionnalisation ne peut dans certains cas être évitée. Le département avait donc besoin de données fines concernant d'une part l'existant, d'autre part les projections à l'horizon 2020. Par ailleurs, l'absence de schéma départemental gérontologique crée d'ores et déjà des difficultés : la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse demande aux promoteurs d'établissements (essentiellement privés associatifs) de prouver que leur projet est bien conforme au schéma gérontologique (à ce jour inexistant) pour leur accorder des financements. Une attestation des services du Conseil Général a jusqu'à présent permis de débloquer la situation, mais cette

⁵¹ Les services du Conseil Général des Hauts de Seine notent que 25 % des lits pour personnes âgées installés dans le département sont occupés par des personnes provenant d'autres départements. Cette réalité contribue, du point de vue de ces services, à aggraver le sous équipement en lits constaté dans les Hauts de Seine.

pratique ne peut perdurer. Par ailleurs, le département des Hauts de Seine souhaite disposer d'arguments irréfutables pour faire passer ses dossiers en Commission Régionale de l'Organisation Sanitaire et Sociale (section sociale) : elle veut particulièrement mettre en évidence le nombre de lits occupés dans les Hauts de Seine par des personnes âgées originaires de Paris et dans une moindre mesure de Seine Saint-Denis.

La lisibilité de la politique gériatrique départementale devrait devenir meilleure au 2^{ème} semestre 2004. Les services départementaux précisent toutefois que compte tenu de la rareté des terrains en proche banlieue, de leurs coûts exorbitants et des procédures d'autorisation des projets de plus en plus draconiennes, il n'est pas sûr que les lits nécessaires puissent être créés. Les créations pourraient juste compenser la fermeture des quelques petits établissements qui n'avaient pas les moyens d'entrer dans la réforme⁵², et la suppression de lits d'USLD pour raison d'humanisation⁵³.

b) Une coopération DDASS - Conseil Général perfectible.

La préparation du conventionnement des EHPAD a donné lieu à de nombreuses séances de travail entre les services de la DDASS et ceux du Conseil Général : le projet de convention-type ainsi que des critères minimaux à remplir par les établissements avant de rentrer dans la réforme ont été élaborés conjointement. Une équipe technique de suivi de la réforme, composée d'administratifs et de médecins du Conseil Général, de la DDASS, et de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, se réunit tous les deux mois pour programmer et préparer les visites de pré-conventionnement. Elle définit également une stratégie pour obtenir de nouveaux candidats en 2004 et 2005. A la différence de départements comme l'Essonne⁵⁴ ou le Morbihan⁵⁵, aucune réflexion approfondie n'a été menée par l'équipe technique pour définir les priorités locales pour le conventionnement des EHPAD. Le pragmatisme a conduit à accepter les dossiers au fur et à mesure qu'ils se présentaient : en pratique, cela a conduit à privilégier le conventionnement des établissements qui n'étaient à ce jour pas médicalisés, c'est à dire les établissements privés

⁵² Il faut comprendre que ces établissements ne pouvaient pas faire face au coût lié à la mise en conformité avec les critères de qualité fixant le cahier des charges de la convention tripartite. Certains ont préféré fermer ; d'autres seront contraints à la faire.

⁵³ De nombreuses USLD comportent des chambres à plusieurs lits, parfois sans sanitaire ni douche, dont un grand nombre doit être transformé en chambres à un lit, conformes au référentiel ANGELIQUE.

⁵⁴ De GUENYVEAU G. Les conventions pluriannuelles tripartites : outil d'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées en établissement d'hébergement - Mémoire D'IASS - Promotion 1998-1999 - ENSP

⁵⁵ LENEN P.Y. - La commission de suivi de la réforme de la tarification dans le Morbihan : un outil de pilotage efficient - Mémoire d'IASS - Promotion 2000-2002 - ENSP

commerciaux. Certains directeurs, ont souhaité signer la convention tripartite pour marquer leur engagement dans l'amélioration de la qualité des services offerts par leur établissement. Dans les faits, la plupart des établissements qui n'attendaient rien de la réforme (établissements bénéficiant du clapet-anti retour⁵⁶ principalement), ne se sont guère précipités pour demander à signer leur convention : parmi ceux -ci se trouvaient des établissements sanitaires affiliés à l'Union Hospitalière d'Ile de France (UHRIF), qui boycottait la mise en place de la réforme.

En revanche, l'instauration d'une commission départementale de suivi de la réforme a été tardive dans le Département des Hauts de Seine : cette commission, préconisée par la circulaire du 26 janvier 2001 relative à la campagne budgétaire des établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées, a pour objectif essentiel de suivre l'état d'avancement de la réforme dans le département et de faire le point sur les difficultés rencontrées. Cette commission est ouverte aux représentants des professionnels du secteur des personnes âgées, tant public que privé. La première réunion de cette instance dans les Hauts de Seine a eu lieu en décembre 2002. Ce rendez-vous était devenu nécessaire, car les négociations des premières conventions avaient donné lieu à des divergences de vue entre les services de l'Etat et ceux du Conseil Général. Ces divergences de vue sont normales : dans un contexte où les financements ne sont pas à la hauteur des attentes, chacun défend les intérêts de l'institution qu'il représente. L'affichage en public de désaccords profonds ne pourrait qu'accroître la perplexité des directeurs d'établissements, dans un contexte compliqué et mouvant pour tous les professionnels du champ gériatrique. Les autorités de tarification ont donc cherché à les limiter, à défaut de les empêcher. Par ailleurs, il était nécessaire que les professionnels puissent exprimer les difficultés auxquelles ils étaient confrontés afin que les autorités départementales puissent les prendre en considération.

De manière générale, les relations entre les services sanitaires et sociaux de l'Etat et ceux du Département peuvent être considérées comme bonnes, certains responsables de ces services ayant travaillé ensemble avant la première décentralisation. Cependant la charge de travail qui pèse sur les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale rend parfois la communication difficile. Tout le monde peut comprendre qu'un inspecteur à temps partiel (80%) en charge de la mise en place de la politique vieillesse (labellisation des CLIC), qui doit déterminer les forfaits soins pour une cinquantaine d'établissements disposant d'une section de cure médicale et allouer le budget de tous les SSIAD du département branche son répondeur téléphonique pour travailler sereinement. Mais lorsque cela conduit à couper tout contact entre la DDASS et les établissements qu'elle contrôle, cela devient problématique, en premier lieu pour les établissements et, par répercussion, pour les services du Conseil Général.

⁵⁶ Voir glossaire

Par ailleurs, la réussite de la réforme au niveau national, mais également au niveau local, passe par la réalisation à terme de la convergence tarifaire. Cela suppose que tous les établissements ou services concernés, et notamment les mieux dotés qui sont fréquemment les unités hospitalières de soins de longue durée (USLD), s'engagent dans le processus de conventionnement. Or force est de constater que ces établissements ne se précipitent pas. Les USLD, dans les Hauts de Seine, sont rattachées à des centres gérontologiques de plusieurs centaines de lits ou à de grands hôpitaux (certains universitaires) qui n'ont jamais mis la gérontologie au centre de leurs préoccupations. Les directeurs de ces établissements, dont certains sont engagés dans des opérations de restructuration, connaissent parfois mal la réforme. Ils ne sont guère poussés par les inspecteurs en charge du secteur sanitaire, qui eux-mêmes maîtrisent mal les textes. La coopération DDASS-Conseil Général pour ce qui concerne les USLD est donc problématique.

c) *Les injonctions paradoxales*

Les Maisons de retraite, tout comme les foyers logements, ont été créés pour être des lieux d'hébergement, avant d'être des lieux de soins. Au fil des ans, sous l'effet conjugué de l'amélioration de l'état de santé des populations, de la qualité des logements des personnes âgées et du développement des politiques de maintien à domicile, l'âge moyen d'entrée en institution a augmenté. Le vieillissement des personnes arrivées relativement jeunes et bien portantes en maison de retraite ainsi que l'entrée de personnes de moins en moins autonomes a justifié la médicalisation progressive des établissements. Il n'est pas question ici de refaire l'histoire de cette évolution mais de relever l'ambiguïté à laquelle les EHPAD (ou futurs EHPAD) sont confrontés. Le Conseil Général privilégie naturellement la qualité des espaces, la chaleur du lieu de vie : ses représentants s'étonnent par exemple, au hasard d'une visite de conformité, du côté très (presque trop) "hospitalier" du chevet du lit des résidents. De son côté la DDASS est soucieuse de la qualité de la prise en charge des soins. Les préconisations à l'issue d'une visite de conformité et à l'occasion d'une inspection sur plainte d'une famille montrent à l'évidence que dans le domaine des soins, les exigences envers les EHPAD n'ont rien à envier au domaine sanitaire : le ratio de personnel soignant lui, n'est pas comparable. Le suivi de l'évolution de l'état de santé des résidents nécessite des supports (fiche retraçant les soins quotidiens, fiche de suivi des constantes cliniques en cas de problème médical) qui doivent être aisément disponibles. Le nécessaire affichage de certains d'entre eux, même s'il cherche à être discret, n'est pas sans rappeler le suivi hospitalier.

Tout se passe comme si chacune des deux autorités cherchait à pousser l'établissement vers ce qu'elle considère être une maison de retraite : lieu de vie pour le Conseil Général, lieu de soins pour le Médecin Inspecteur Départemental. Dans des structures de petite taille, telle la Résidence "La Méridienne", il est difficile de satisfaire aux exigences des deux autorités.

B) Les attermolements de l'action gouvernementale

La réforme de la tarification des établissements recevant des personnes âgées était attendue, même si sa mise en œuvre a été critiquée. Par ailleurs, la mise en place de l'A.P.A. a permis la solvabilisation de nombreuses personnes âgées dépendantes : elle a dans l'ensemble été bien accueillie. Le réexamen de ces deux dispositifs, alors même que les établissements n'avaient pas achevé leur mise en œuvre, a suscité beaucoup d'émoi chez les professionnels. L'annonce d'une deuxième vague de décentralisation n'a fait qu'accroître le scepticisme ambiant.

a) Une accélération : la réforme de l'APA

La loi du 20 juillet 2001 instituant l'Allocation Personnalisée d'Autonomie prévoyait, dans son article 15, une évaluation du dispositif au plus tard le 30 Juin 2003. Fin 2002, l'annonce par le gouvernement, de sa volonté de réviser le montant de l'APA a constitué une véritable surprise pour les professionnels. Cette annonce reposait sur une estimation de 800 000 bénéficiaires de l'APA en 2002, année de lancement du dispositif⁵⁷. Ce chiffre était nettement supérieur aux prévisions initiales. Ce succès se transformait en catastrophe puisque certains départements se trouvaient confrontés à des difficultés financières, sauf à augmenter considérablement les impôts locaux. Le parlement a donc été amené à se prononcer sur un projet de loi dont l'objectif était d'économiser à terme, quelques 400 millions d'euros. Les directeurs de maisons de retraite ont marqué leur désapprobation quant au projet de réforme de l'APA en établissement. Il avait en effet été envisagé de prendre la date de notification de l'APA comme date d'effet de l'aide ; or la plupart des personnes âgées constituaient leur dossier au moment de leur entrée en institution et attendaient parfois plusieurs mois la notification de l'allocation. Cette disposition, calquée sur l'attribution de l'APA à domicile n'avait aucune raison d'être, puisque les personnes en établissement étaient aidées dans les actes de la vie courante dès le jour de leur arrivée. La disposition a donc été retirée. Ces tergiversations ont laissé un goût d'autant plus amer chez les professionnels du secteur gérontologique, que les chiffres officiels, établis par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et de la Statistique (DREES)⁵⁸, étaient nettement en deçà des prévisions annoncées par le gouvernement : en effet, 605 000 personnes avaient bénéficié de l'allocation pour l'autonomie au 31 décembre 2002, soit seulement 15 000 de plus que les estimations faites par le précédent gouvernement lors du lancement de l'APA. Par ailleurs, selon les indications fournies par Paulette Guinchard-Kunstler le 25 mars 2003, au cours d'une conférence dans le cadre de GERONT'EXPO - HANDICAP'EXPO (Paris), sur le thème "L'APA en établissement, un an après..." il est indéniable que quelques départements se trouvaient en

⁵⁷ Information tirée d'un article intitulé « Réduction de l'APA, un scandale ? » publié en avril 2003 dans la lettre hebdomadaire adressée aux professionnels par Agevillage (www.agevillage.com)

difficulté suite à la mise en place de l'APA. Mais la plupart des Conseils Généraux ne faisaient que revenir au niveau des dépenses qu'ils finançaient avant la mise en place de la Prestation Spécifique Dépendance⁵⁹. Par ailleurs, un rapport sur l'évaluation de la mise en place de l'APA notait que parmi les départements en difficulté, comme la Creuse, certains s'étaient montrés généreux dans l'attribution de l'APA.⁶⁰

b) Un coup de frein : le financement de la médicalisation des EHPAD

La montée en charge de la réforme de la tarification, après un démarrage difficile, parvenait à un rythme de croisière, fin 2002. Si seulement 366 conventions avaient été signées en 2001⁶¹ (sur un total d'environ 6 000 structures éligibles) et 1113 en 2002, portant le nombre total de conventions signées à 1449 au 31 décembre 2002⁶². Le nombre de conventions signées durant le mois de décembre 2002 était de bon augure : en effet, 312 conventions tripartites avaient été signées entre le 1er et le 31 décembre 2002. Le ministère lui-même ne s'était-il pas engagé dès juin 2002 à accélérer le rythme des signatures ?

Cet engagement, réitéré à l'occasion du vote de la loi de financement de la sécurité sociale réjouissait les professionnels. L'instruction du 13 janvier 2003 du Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, relative à la négociation des conventions tripartites rappelant "qu'il n'y a pas, légalement, de pré-requis à la signature de la convention tripartite, autre que la réalisation du diagnostic qualité", permettait d'accélérer substantiellement le rythme des signatures et donc l'engagement (contractuel) des établissements dans une démarche qualité. Les faits hélas devaient vite démentir l'optimisme des professionnels.

Dès le 21 janvier 2003, dans un courrier adressé au Ministre des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité, ainsi qu'au Secrétaire d'Etat aux Personnes Âgées la Fédération Hospitalière de

⁵⁸ La DREES (Direction de la Recherche, de l'Evaluation, des Etudes et des Statistiques) est une Direction de Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées.

⁵⁹ La Prestation Spécifique Dépendance, mise en place en 1997, avait remplacé, pour les personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie, l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP). Le bénéfice de la PSD, moins avantageuse que l'ACTP, était soumis à une récupération sur succession : seules quelques 270 000 personnes l'ont sollicité, faisant faire de substantielles économies à certains départements.

⁶⁰ Information tirée d'un article intitulé « APA 2002 - Les inégalités entre départements posent la question de l'évaluation ? » publié en juin 2003 dans la lettre hebdomadaire adressée aux professionnels par Agevillage (www.agevillage.com)

⁶¹ Lettre de la FHF - n° 3 - Mars 2002.

⁶² Cf. circulaire budgétaire du 30 mai 2003 - Annexe III

France faisait part de ses inquiétudes concernant la part de l'Ondam⁶³ affectée aux personnes âgées en 2003. Elle exprimait sa crainte, en cas de ralentissement du rythme de signature des conventions, de voir se “décourager l'ensemble des professionnels qui se sont engagés très fortement ces derniers mois dans les nombreuses évolutions que les pouvoirs publics leur ont demandé de mettre en œuvre, plus particulièrement la mise en œuvre d'une démarche qualité et une prévention de la maltraitance”⁶⁴. Cette lettre suivie d'un second courrier aux mêmes personnalités le 7 février 2003, n'a pas eu l'effet escompté, à savoir un accroissement significatif de la part de l'Ondam affectée aux établissements sociaux et médico-sociaux. L'incompréhension des professionnels s'est manifestée en plusieurs occasions (“Géront-expo, Handicap-expo”, journées de protestation du 18 mars et 18 juin 2003), fédérant, cas assez rares dans le secteur gérontologique, une quinzaine d'organisations, tant publiques que privées. La circulaire relative à la campagne budgétaire pour l'année 2003 rappelle que “l'objectif à moyen et long terme d'amélioration de la qualité ne doit pas être perdu de vue et amorcé dès 2003, dans la limite des moyens disponibles”. L'objectif de signature de 1800 conventions dont on pouvait logiquement penser qu'il constituait un objectif minimal, devient un objectif qui “ne doit en aucun cas être dépassé”⁶⁵ : de la logique financière et de la logique d'amélioration de la qualité à la croisée desquelles se trouvent les conventions tripartites, c'est incontestablement la première qui l'emporte.

c) Une interrogation supplémentaire : l'approfondissement de la décentralisation

Depuis 1982, ⁶⁶les Maisons de retraite publiques dotées d'une section de cure médicale, sont

⁶³ ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

⁶⁴ Courrier adressé par Monsieur Gérard LARCHER, Président de la Fédération Hospitalière de France, à Monsieur François FILLON, Ministre des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité, le 21 janvier 2003, parue sur le site de la FHF.

⁶⁵ Circulaire DHOS/F2/MARTHE/DGAS/DSS 1 A n° 2003-269 du 30 mai 2003 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2003 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées, parue au Bulletin Officiel Solidarité et Santé n° 2003-26

⁶⁶ 1982 est l'année des premiers textes relatifs à la décentralisation en France. « La loi fondamentale du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des collectivités territoriales, a été complétée par celle du 22 juillet 1982 qui en transposait les contours, puis par celles du 7 janvier 1983 et du 29 décembre 1983 qui en répartissaient les compétences entre les différentes collectivités territoriales [...] La décentralisation n'a donc été mise en œuvre que progressivement [...] Ce n'est qu'en janvier 1984 que les transferts financiers correspondants aux compétences transférées ont été réalisés. Mais il a fallu attendre le printemps 1985 pour que s'effectue la partition des services et des directions départementales, en application de la loi du 22 juillet 1982. » - ARGOUD D., Politique de la vieillesse et de la décentralisation – Les enjeux d'une mutation – Editions ERES – Pratiques du champ social – 1998.

soumises au double contrôle du Président du Conseil Général (autorisation, tarif hébergement) et du Préfet de département (DDASS - pour le budget "soins"). Cette double "tutelle", n'est pas sans soulever quelques difficultés. La multiplication des missions des DDASS laisse peu de temps aux inspecteurs de l'action sanitaire et sociale pour investir pleinement le champ des personnes âgées. Les services du Conseil Général, qui connaissent mieux ce domaine, souffrent de ne pouvoir prendre des décisions sans en référer aux services de l'Etat. Les directeurs d'établissements, pris entre les deux autorités de tarification, ont parfois du mal à obtenir des informations rapides et concordantes.

Dans ce contexte, l'annonce par le Premier ministre, le 28 février 2003, d'une accentuation de la décentralisation n'aurait dû susciter qu'une vague d'optimisme⁶⁷. Hélas, l'instabilité législative et réglementaire qui marque le secteur des personnes âgées depuis 1997, et plus sûrement depuis 1999, rend les professionnels prudents, voire frileux. Si les services du Conseil Général ne verraient que des avantages à assumer totalement la gestion de ce domaine, sous réserve que les financements suivent, les directeurs s'interrogent sur les modalités de mise en place de la réforme. Le Premier ministre a déclaré vouloir rapprocher la gestion de l'action sociale (notamment l'action sociale en faveur des personnes âgées) des populations qui en bénéficient, principalement pour des raisons de cohérence et d'efficacité. Cette intention est certainement louable. Cependant cette "deuxième décentralisation" impliquerait la gestion de crédits de l'assurance maladie par les Présidents de Conseils Généraux : les professionnels sont perplexes face à cette éventualité qui est culturellement aux antipodes de la situation actuelle. La réforme annoncée du système de sécurité sociale apportera peut-être un nouvel éclairage, avant que les contours de la décentralisation soient définitivement arrêtés. Quoi qu'il en soit, la stabilité législative et réglementaire souhaitée par les responsables de structures pour personnes âgées n'est semble-t-il pas pour demain⁶⁸. Le délai de mise en place de cette décentralisation est un facteur supplémentaire d'inquiétude.

Début 2003, le contexte dans lequel évoluaient les maisons de retraite était incertain. Le contexte propre à la "Résidence la Méridienne" n'était guère plus propice à la mise en place d'une démarche d'amélioration de la qualité.

⁶⁷ www.premier-ministre.gouv.fr - Discours [du Premier ministre] lors de la synthèse des Assises des libertés locales à Rouen - 28/02/2003).

⁶⁸ Le cas de l'inscription (ou non) du médicament dans le tarif « soins », pour les établissements ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur, illustre bien la difficulté à fixer la réglementation.

2.2.2 Contexte local

Le personnel avait longtemps espéré un cadre de travail agréable et fonctionnel. L'appropriation de nouveaux locaux a été pour lui plus difficile que prévu, d'autant plus qu'il est vite apparu que le budget pour 2003 ne serait pas à la hauteur des attentes, et que l'annonce du départ du Directeur a fait l'effet d'une bombe.

A) La perte de repères liée au déménagement

Un déménagement (trop ?) rapide

Un déménagement réussi est un déménagement bien préparé. Dans un établissement c'est toujours une opération délicate : de nombreux aléas sont susceptibles d'entraver cette préparation. La Résidence "La Méridienne" n'a pas échappé à la règle. Les retards de la première tranche de travaux (construction d'une aile d'extension) n'ont pas permis un passage de la commission de sécurité avant la fin août 2002, pour un déménagement programmé début septembre. Pendant la période de congés annuels, l'effectif déjà réduit a été "amputé", suite à un accident de l'adjoint des cadres, bras droit du directeur. La préparation du déménagement qui s'annonçait délicat a fait les frais de ce contexte.

En effet, si la grande majorité des résidents disposaient d'une chambre seule dans les anciens locaux, le nombre de chambres dans l'aile d'extension (41, dont seulement quatre à deux lits pour 58 résidents) obligeait à faire cohabiter deux résidents dans des chambres en principe à un lit⁶⁹. Cette promiscuité qui ne devait pas dépasser quelques mois avait été acceptée par les résidents eux-mêmes et par leurs familles⁷⁰. Le choix de maintenir la capacité de l'établissement durant la deuxième tranche de travaux avait été effectué pour ne pas éloigner de leur famille des résidents qui, compte tenu de l'insuffisance cruelle d'hébergement dans le bassin de vie, auraient dû être transférés assez loin en cas de réduction de capacité. Une réduction du nombre de lits aurait par ailleurs eu un impact négatif sur la situation financière de l'établissement.

⁶⁹ Les travaux de réhabilitation - extension ont commencé par la création d'une aile d'extension (1^{ère} tranche de travaux). Le déménagement des 58 résidents dans le nouveau bâtiment destiné en principe à accueillir une quarantaine de personnes âgées a permis de rénover entièrement le bâtiment qui datait du début des années soixante-dix (2^{ème} tranche de travaux). Cette opération-tiroir supposait l'utilisation provisoire de différents locaux (postes de soins, tisaneries, salle de kinésithérapie, local de culte...) à des fins autres que celles pour lesquelles ils avaient été conçus. Elle obligeait également, dans les chambres les plus spacieuses, à mettre deux résidents quand la chambre était initialement prévue pour un seul.

La préparation du déménagement a donc essentiellement été axée sur les aspects matériels, multiples, au détriment sans doute de la préparation psychologique.

L'opération de réhabilitation-extension de la maison de retraite ne peut probablement pas être totalement assimilée à une restructuration hospitalière⁷¹ : néanmoins, dans les faits, cette opération nécessitant un profond réexamen des méthodes de travail (mise en place d'une démarche qualité), un parallèle peut être tenté.

Retour sur une approche théorique de l'accompagnement du changement

Comme pour une restructuration, l'emménagement dans de nouveaux locaux est motivé par la volonté d'améliorer la qualité du service rendu aux résidents et à leur famille [c'est également, à terme, l'occasion d'améliorer les conditions de travail du personnel].

Ce transfert doit donc être l'occasion de repenser les méthodes de travail. Le changement est souvent facteur d'incertitude et de stress tant pour le personnel que pour les résidents...mais aussi facteur d'espoir. En effet, si l'on ne sait jamais bien ce que l'on gagnera au changement, on peut plus certainement dire ce que l'on perd. Françoise Kourilsky⁷² affirme que "conduire le changement ne s'improvise pas, car cela nécessite non seulement une transformation radicale de nos modes traditionnels de pensée, mais aussi de nos méthodes de concertation, de négociation et de mobilisation". Elle estime par ailleurs que la "performance du promoteur du changement repose sur sa capacité à créer, à construire le désir d'évoluer". Pour ce faire, elle conseille "d'éviter toute dévalorisation [du personnel], toute condamnation culpabilisatrice, mais aussi toute argumentation". Il s'agit moins de "convaincre de changer que de donner envie de changer".

Elle note en effet que dès qu'un système humain - personne, service, organisation, institution – se sent nié dans sa propre logique, il est en souffrance et se défend. Des réformes ou des changements engagés dans cet état d'esprit ne peuvent que générer des résistances, bloquer toute évolution, et parfois même engendrer de formidables régressions". Mais, optimiste, elle note que "toute organisation humaine possède en elle les ressources de son évolution". Le point de vue de Françoise Kourilsky montre bien l'importance du facteur psychologique dans la conduite du changement.

⁷⁰ Une réunion d'information des familles a été organisée par le directeur en juin 2002.

⁷¹ La littérature est plus fournie pour les restructurations de grande ampleur que pour les opérations de moindre envergure.

⁷² KOURILSKY F., " Comment ne pas bloquer le changement?" Gestions Hospitalières n° 385 - Avril 1999 (p. 266 et 267)

Ce point de vue est confirmé par le groupe Laënnec qui note pour sa part “qu’accompagner des restructurations appelle [pour le directeur] un investissement personnel lourd”⁷³. Pour ce groupe, le directeur doit “être en mesure de présenter au personnel concerné une vision claire et positive de l’organisation vers laquelle on tend, lui permettre d’entrevoir clairement les améliorations attendues”... Les auteurs rajoutent que ni “la contrainte économique ni l’équilibre budgétaire ne peuvent justifier l’action. Les valeurs indispensables à la préservation de l’honneur et à la cohérence personnelle doivent être mobilisées de façon encore plus forte dans ces moments difficiles : le professionnalisme, la compétence, la qualité du service rendu au patient, qui sont au cœur de la pratique hospitalière ; le respect de l’individu, la prise en compte du devenir de chacun, qui sont au cœur de la fonction GRH ..., la volonté de créer un rapport coût / avantage, un état d’esprit qui soit positif pour que le changement soit pour tous quelque chose de bénéfique”. Avec quelques nuances, cette affirmation s’applique au contexte d’un déménagement.

Pour limiter la crainte générée par le changement, le groupe Laënnec estime donc que “le plus nécessaire – et le plus difficile aussi - est de maintenir la lisibilité du processus”.

Pour ce faire, il conseille d’afficher une “vision claire et partagée de l’avenir, en s’appuyant sur un calendrier des étapes à franchir et de leur enchaînement”. Pour ma part, j’ajouterai qu’il est important d’exposer clairement au personnel les difficultés incontournables auxquelles il sera confronté, et la durée prévisionnelle de ces désagréments. Par ailleurs, pour l’accompagnement du personnel, le groupe Laënnec préconise de s’appuyer sur une équipe projet, qui conjugue la conduite globale de l’opération avec l’accompagnement individuel.

Il juge enfin nécessaire de créer des espaces pour le dialogue social [“les réorganisations doivent se penser avec le personnel, sous peine de renforcer les réflexes de défense et de cloisonnement “ dit-il], de “négocier des règles du jeu pour l’opération”.

Dans ce type d’opération, le groupe note que “le plus difficile à mener, le plus éprouvant, est la gestion du temps, les aléas, les décalages d’un calendrier, voire de priorités qu’on ne maîtrise pas et qui évoluent... la difficulté de maintenir un cap et de faire partager une vision dans la durée”.

⁷³ Groupe Laënnec- "Accompagner les restructurations ... Carnets de route". - Gestions Hospitalières n° 385 - Avril 1999 (p 6-261 à 265)

Le groupe Laënnec était composé, en 1999, de directeurs d’hôpitaux publics et d’un Syndicat Interhospitalier, d’un enseignant de l’ENSP, d’un consultant et de la rédactrice en chef de Gestions Hospitalières.

Le déménagement de septembre 2002 à Villeneuve La Garenne

Le déménagement de 58 résidents pour la plupart très âgés, dans une aile d'extension de la Maison de Retraite, ne peut être comparé à la restructuration qui a conduit à la fermeture des quatre hôpitaux qui ont permis l'ouverture de l'Hôpital Européen Georges Pompidou, à Paris⁷⁴. Néanmoins, l'opération de réhabilitation-extension, initiée depuis les années 1998-1999, générait, chez le personnel notamment, des attentes et des craintes que les aléas liés à la première tranche de travaux n'avaient fait qu'aiguïser. Le travail très lourd de préparation au changement et d'accompagnement de celui-ci n'a pu, pour les raisons exposées plus haut, être réalisé de façon optimale à la Résidence "La Méridienne".

Si la plupart des résidents ont pu visiter leur futur lieu d'habitation, les contraintes de temps n'ont pas permis de préparer autant qu'il aurait été souhaitable les professionnels des différents services : préparation relative à leur rôle durant le déménagement en lui-même, mais également à leurs conditions de travail dans les nouveaux locaux, durant la deuxième tranche de travaux. Or ces conditions étaient loin d'être idéales : à titre d'exemple, le service restauration, qui ne produisait plus de repas durant les travaux de la cuisine, devait travailler sur trois étages différents dans des locaux destinés à devenir à terme des tisaneries⁷⁵. Le service lingerie, dans une situation aussi peu enviable, occupait sur un étage trois locaux munis d'une VMC, mais sans possibilité d'ouvrir une fenêtre⁷⁶.

Dans ces conditions le déménagement attendu a soulevé des difficultés qui, pourtant prévisibles, n'avaient pas été totalement anticipées par le personnel. La cohabitation de certains résidents a soulevé des problèmes qui n'ont été résolus qu'après de multiples changements de chambres. Ces transferts, peu satisfaisants s'agissant de personnes le plus souvent désorientées qui précisément ont besoin de repères, ont occasionné une surcharge de travail non négligeable pour l'ensemble du personnel. Les familles, étaient plutôt satisfaites des nouveaux locaux : certaines d'entre elles cependant sont subitement devenues d'une exigence extrême envers le personnel. Cette manifestation de mauvaise humeur, avec le recul, peut être considérée comme la traduction

⁷⁴ L'Hôpital Européen Georges Pompidou est un hôpital de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, situé dans le quinzième arrondissement à Paris. Sa création a été conditionnée par la fermeture totale ou partielle de quatre hôpitaux : Hôpital Saint-Lazare, Hôpital Broussais (fermeture partielle), Hôpital Boucicaut, Hôpital Laennec. Cette restructuration lourde s'est déroulée sur plusieurs années.

⁷⁵ La remise en température des plats et la préparation du goûter s'effectuaient sur un niveau, la plonge sur un autre et le stockage sur un troisième.

⁷⁶ Je félicite les deux agents de ce service qui n'avait pas déménagé durant la canicule. Ils ont poursuivi leur travail au service des résidents dans des conditions à la limite du supportable.

d'une difficulté à supporter les conditions d'hébergement de leur parent.

Il n'est pas facile d'initier une démarche qualité dans un contexte où le personnel perd ses repères. Cette difficulté est aggravée lorsque les perspectives budgétaires s'assombrissent.

B) Un contexte budgétaire difficile

La Résidence la Méridienne fait partie des établissements qui bénéficient de l'effet mécanique⁷⁷. La Maison de retraite avait donc tout intérêt à conclure la convention tripartite dans les meilleurs délais. L'extension de capacité autorisée par le Président du Conseil Général (à hauteur de 34 lits), conjuguée aux effets de la convention pluriannuelle, laissait espérer une amélioration appréciable du financement de l'établissement.

Le budget concernant l'hébergement et la dépendance, notifié par le Conseil Général début janvier 2003 intégrait le montant des amortissements et des remboursements d'emprunts calculés par l'établissement (charges inéluctables) ; en revanche il limitait le taux d'encadrement, de 0,4 à 0,3 agent par lit⁷⁸ après extension au 1^{er} juillet 2003, et n'intégrait que dans des proportions dérisoires, l'évolution des charges variables. Les services du Conseil Général avaient laissé entendre que la négociation de la convention tripartite pourrait donner lieu à des réajustements, mais suggéraient également la réalisation d'économies liées à l'effet-taille.

Il est indéniable que les petites structures, du fait de leur faible capacité, nécessitent proportionnellement plus de personnel que les structures de taille moyenne, ne serait-ce que pour mettre en œuvre les différentes réformes impulsées par le gouvernement. Cependant la décision du Conseil Général des Hauts de Seine ne faisait référence à aucune étude précise. L'augmentation de capacité de 58 à 92 lits ne suffisait pas, au demeurant, à placer la Résidence "La Méridienne" au rang d'établissement de taille moyenne. La limitation, toutes proportions gardées, du taux d'encadrement par lit au Budget Prévisionnel 2003, pour les sections hébergement et dépendance, a donc été ressentie comme une injustice par les agents.

Cette incompréhension s'est mêlée à un sentiment d'abandon à l'annonce du départ du Directeur.

⁷⁷ Voir glossaire

⁷⁸ La notification du budget était ambiguë et reposait sur une capacité de 75 lits sur l'année. Les effectifs autorisés au tableau des emplois, rapportés à 92 lits en fin d'année 2003, ramenait de fait le ratio d'agent par lit à 0,3.

C) Le départ annoncé du directeur

Le directeur, dans les moments difficiles, c'est un peu le capitaine d'un navire subissant la tempête en haute mer : l'équipage compte sur lui pour traverser l'épreuve et conduire le bateau à bon port.

Le directeur, qui avait définitivement sauvé la Maison de retraite de la fermeture et engagé les travaux d'humanisation, ne faisait pas mystère de son souhait de relever un nouveau défi, ailleurs, à l'issue des travaux. L'occasion s'est présentée fin 2002, au départ de la directrice d'une maison de retraite voisine. Plus grande, cette structure rénovée comporte une unité Alzheimer de 20 lits, un accueil de jour et un service infirmier de soins à domicile : sur proposition de la DDASS des Hauts de Seine, le directeur a accepté d'assurer l'intérim de cet établissement. Certes, la direction simultanée de deux maisons de retraite, l'une en cours de rénovation, l'autre face à une situation budgétaire difficile, ne s'annonçait pas de tout repos. Aucune des deux structures n'avait signé de convention tripartite : le défi à relever était de taille. Mais à l'issue de la période d'intérim, le directeur avait bon espoir d'être nommé dans ce nouvel établissement. Il a donc accepté d'assurer l'intérim, sachant que je préparerais le dossier de demande de conventionnement et le projet d'établissement de la Résidence "La Méridienne".

2.3 Une question de management

La qualité ne se décrète pas. Elle se construit patiemment avec la participation de toutes les personnes concernées. Il revient au directeur de manager ses équipes, au sens donné par Louis Marie Pouliquen, c'est à dire "créer les conditions de l'action, du mouvement"⁷⁹. Cette participation constitue un véritable investissement pour l'avenir.

2.3.1 L'investissement humain

La mise en place d'une démarche qualité nécessite de dégager du temps, pour permettre aux professionnels d'apprécier le niveau de leurs pratiques au regard d'un référentiel donné. Il est également souhaitable que les agents des différents secteurs d'activité puissent discuter des améliorations à apporter et proposer collectivement des solutions adaptées à chaque problème rencontré.

⁷⁹ Louis Marie POULIQUEN, Ingénieur, Consultant - Définition donnée lors d'une formation organisée par l'ANDESI à Ivry sur Seine, du 13 au 15 novembre et du 16 au 17 décembre 2002 sur le thème : « Conduire le changement dans son établissement, son service, son équipe ».

Dans les grandes institutions, l'organisation de réunions pluridisciplinaires ne soulève pas trop de difficultés ; il faut cependant noter que la mise en place de l'ARTT s'est effectuée au détriment du temps disponible pour ces réunions. Dans les structures de petite taille en revanche, il faut être vigilant : la personne qui prévoit une séance de travail doit veiller à ce que la réunion ne désorganise pas les tâches quotidiennes au service des résidents. Dans certains cas, il est nécessaire de renforcer les équipes sur un créneau horaire déterminé. Cette organisation, indispensable pour mettre en œuvre une démarche participative, est lourde à gérer dès lors que l'établissement ne dispose pas de pointeuse ; les heures effectuées en dehors du temps de travail habituel des agents doivent être saisies manuellement sur le logiciel de calcul des paies.

La participation du médecin de l'établissement était également souhaitable. Ce médecin, bénéficiaire d'un contrat pour la section de cure médicale, acceptait en effet de participer à la mise en place du projet de soins. Mais son activité libérale ne lui laissait dans les faits que peu de temps disponible pour participer aux réunions internes. Dans la pratique, il a été associé à diverses reprises en donnant quelques orientations à l'occasion de ses passages dans l'établissement et en relisant les documents de synthèse produits (auto-évaluation, résultats de l'enquête de satisfaction, pré-projet d'établissement).

De la même manière, la mise en place d'une démarche qualité nécessite un renforcement des compétences dans de nombreux domaines. Le besoin en formation, dans les petites structures, excède vite le droit de tirage au titre du 1% formation. Par ailleurs, l'organisation d'une formation, surtout si celle-ci dure plusieurs jours et concerne une activité donnée, doit faire l'objet d'une attention particulière : la professionnalisation ne doit pas se faire au détriment de la continuité du service. Le coût du personnel de remplacement n'est pas pris en charge au titre de la formation, et n'est pas explicitement prévu par les autorités de tarification. C'est donc un choix que doit faire le directeur, choix qui constitue un investissement pour l'avenir et qu'il doit négocier avec les autorités de tarification.

Cependant il ne suffit pas de libérer du temps, que ce soit pour la formation ou des réunions, pour "faire de la qualité". Le directeur doit également mobiliser ses agents sur un objectif précis, dans le cadre d'une démarche cohérente.

2.3.2 Le choix de la méthode

Début 2002, le Conseil d'Administration de l'établissement s'était prononcé sur l'élaboration du projet institutionnel, rebaptisé projet d'établissement dans la loi du 2 janvier 2002. Par ailleurs la Maison de Retraite, pour ouvrir 34 lits supplémentaires, devait signer rapidement une convention tripartite avec les autorités de tarification. Il convenait d'adopter une démarche qui soit progressive,

adaptée au contexte et logique.

Si l'élaboration du projet d'établissement constituait la demande la plus pressante, il me semblait difficile d'organiser des séances de travail sans une connaissance préalable du fonctionnement de la maison de retraite. La préparation de la convention tripartite nécessitait pour sa part la réalisation d'une auto-évaluation, qui dans le département des Hauts de Seine devait s'appuyer sur le référentiel Angélique⁸⁰. Ce référentiel a le mérite d'être immédiatement compréhensible par tous les agents, même s'ils n'ont aucune culture qualité. Cet état des lieux pouvait tout à la fois servir de point de départ à la préparation de la convention tripartite et à la rédaction du projet d'établissement : la participation des agents à ce constat était à mon sens indispensable pour que ceux-ci adhèrent aux actions d'amélioration qui devraient en découler.

En théorie, il aurait été souhaitable de confier le pilotage des groupes de travail et le secrétariat des réunions à différentes personnes. Cela n'a pu être fait pour deux raisons : en dehors du directeur, dans l'établissement seule une personne connaissait la méthode de conduite de projet. Par ailleurs, les difficultés en personnel fin 2002, du fait de congés maternité, de congés de longue durée et de congés maladie, ne permettaient pas de soustraire durablement du personnel des services. Ce contexte (et le budget de formation) ne permettait pas non plus d'organiser la formation des responsables de service que ce soit à la mise en place d'une démarche qualité ou à la conduite de projet. Le pilotage des groupes de travail et le secrétariat m'ont donc principalement été confiés : le directeur, qui pilotait un des groupes, était destinataire de tous les comptes-rendus ; un agent administratif a assuré le pilotage et le secrétariat d'un sous-groupe. L'inconvénient de cette manière de procéder réside dans le fait que les responsables de service, et a fortiori les agents, ne se sont pas totalement appropriés la méthode de travail. Cependant il l'ont vue à l'œuvre : avec le soutien d'une formation pour certains, ils sont en mesure de poursuivre le travail engagé.

Le déménagement a distrait un mois sur le temps de mon stage de mise en situation : à l'issue de ce mois, j'étais en mesure de proposer une méthodologie de travail au directeur, tant pour la réalisation de l'auto-évaluation que pour la préparation de la convention tripartite et celle du projet d'établissement. Il s'agissait en fait d'un phasage des opérations comprenant le détail des étapes, les objectifs de chacune d'elles, le calendrier prévisionnel de réalisation ainsi que quelques observations. La plus grande difficulté consistait à évaluer le temps nécessaire à chaque étape : compte tenu du contexte, il me semblait nécessaire de prévoir un calendrier réaliste, tenant compte des nombreux imprévus. Ceux ci n'ont pas manqué d'apparaître, mais la rédaction du

⁸⁰ Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements

projet d'établissement a finalement été plus rapide que prévu.

PARTIE 3 - POINT N'EST BESOIN D'AVOIR SIGNÉ LA CONVENTION POUR COMMENCER À AMÉLIORER

La convention pluriannuelle n'est pas un objectif en soi. C'est un outil qui balise le parcours de l'établissement dans sa quête d'une amélioration des prestations, et fixe les moyens pour y arriver. La signature de la convention doit être précédée par une prise de conscience par les professionnels qu'il est possible de travailler différemment, et que chacun peut gagner à ce changement. Pour limiter la crainte que celui-ci peut soulever, il est nécessaire d'adopter une démarche simple, compréhensible par tous.

3.1 Une approche pragmatique de l'amélioration de la qualité

Il existe plusieurs ouvrages traitant de l'amélioration de la qualité dans les établissements pour personnes âgées⁸¹. Certains abordent la qualité en général, d'autres se limitent à l'élaboration du projet de vie ou du projet d'établissement. Le plus petit dénominateur commun des différents auteurs, c'est la nécessaire participation d'un maximum d'agents à la définition des objectifs qu'ils se fixent pour améliorer le service rendu aux résidents.

3.1.1 La participation au service de la qualité

Pour Philippe Ducalet et Michel Laforcade, "la recherche de la qualité donne à l'institution une opportunité rare : celle de réinterroger les évidences...". Cette interrogation ne peut être celle du seul directeur, mais de toutes les équipes. Pour faciliter le questionnement, il est préférable de disposer d'un guide, qui peut être un référentiel.

A) Un état des lieux établi de manière participative

Un responsable d'établissement ne peut faire des choix pour l'avenir que s'il a une vision nette du niveau des services que l'institution offre, et des attentes des bénéficiaires de ces prestations.

a) Auto-évaluation selon le référentiel "Angélique"

S'interroger sur ses pratiques, c'est en quelque sorte faire un état des lieux. L'outil choisi pour effectuer celui-ci était, on l'a vu précédemment, guidé par le choix du référentiel Angélique opéré par les autorités de tarification des Hauts de Seine.

L'auto-évaluation, incontournable pour pouvoir signer la convention tripartite, était une méthode assez facile à mettre en œuvre. Encore fallait-il en donner une définition la plus simple possible

⁸¹ Cf. la bibliographie non exhaustive à la fin de ce document.

aux agents invités à y participer, ceux-ci n'ayant jamais entendu parler de cette manière de travailler. Les 22 pages des principes et méthodes de l'auto-évaluation insérés dans le guide d'accompagnement du référentiel Angélique⁸² ont donc été synthétisées en 2 pages, adressées aux membres du groupe de travail avec la convocation aux réunions. Le choix des membres, pour cette première étape, s'était porté sur les responsables des différents services, ainsi que sur des agents d'après midi et de nuit choisis par le directeur. Il était en effet nécessaire que tous les services soient représentés. Le principe du volontariat était, lui, retenu pour l'élaboration ultérieure du projet d'établissement.

Le groupe de travail, composé de 12 personnes, représentait presque le tiers des effectifs de l'établissement. Pour éviter une trop grande lassitude, deux réunions de trois heures chacune avaient été programmées pour répondre aux 147 critères du référentiel. Un rappel des principes de l'auto-évaluation avait été fait au début de la première réunion. Pour travailler dans un climat de confiance et obtenir les réponses les plus sincères possibles, il était indispensable de convaincre les agents de l'objectif de la démarche : celle-ci visait à évaluer le fonctionnement de l'établissement, et en aucun cas à juger des personnes.⁸³

Certains professionnels se sont étonnés, lors de la première réunion, d'être invités à donner leur opinion sur des sujets qui concernaient d'autres disciplines. Les discussions qui ont eu lieu sur certains thèmes ont cependant démontré qu'un regard externe peut amener à reconsidérer sa vision des choses. A l'issue de la deuxième réunion, les membres du groupe de travail étaient un peu abattus par l'ampleur de la tâche qui les attendait pour améliorer le fonctionnement de la Maison de Retraite ; la plupart d'entre eux jugeait malgré tout ce constat utile.

La synthèse des réponses à l'auto-évaluation a été adressée à chaque membre du groupe de travail, et mise à disposition du personnel dans la salle de repos. Chaque agent était invité à faire part de ses observations ou demandes de correction concernant la réponse à un critère. Dans les faits, des discussions ont eu lieu entre les agents, mais aucune demande de modification n'est parvenue, directement ou par la voix des responsables de service, à la direction.

Cette synthèse a par ailleurs été adressée au représentant du personnel et au médecin de l'établissement ainsi qu'à une représentante des résidents au Conseil d'Administration, et à une "représentante" des familles. Cette diffusion assez large était destinée à s'assurer de la sincérité

⁸² Améliorer la Qualité en E.H.P.A.D. Guide d'accompagnement ANGELIQUE, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, MARTHE - ENSP - juin 2000.

⁸³ L'auto-évaluation a été réalisée début novembre 2002, alors que les difficultés consécutives au déménagement étaient loin d'être toutes résolues. La participation réelle des agents dans ce contexte n'était pas acquise.

du constat ainsi établi. Mais elle devait être complétée par le point de vue des résidents.

b) *Enquête de satisfaction auprès de résidents et de leur entourage*

L'avis des bénéficiaires d'un service est primordial lorsqu'il s'agit de mettre en place une démarche qualité. Il était d'autant plus important de solliciter les usagers et leur entourage qu'une tentative de mise en place d'un Conseil d'Etablissement en octobre 2002, s'était soldée par un échec. Faute d'un nombre suffisant de candidats tant parmi les familles que parmi les résidents, l'élection envisagée n'avait pu être réalisée. Avec l'accord du Conseil d'Administration, il avait été décidé d'attendre la publication du décret d'application de la loi du 2 janvier 2002 relatif à la mise en place du Conseil de la Vie Sociale, décret annoncé comme imminent à l'automne 2002, mais qui n'est toujours pas paru fin Août 2003.

Les contraintes de temps énoncées plus haut ne permettaient pas d'élaborer un questionnaire de satisfaction, de le tester, avant de réaliser une enquête postale auprès de l'environnement des résidents, et une enquête au "domicile" des résidents. Ayant eu connaissance d'un questionnaire de satisfaction élaboré par l'Assistance Publique -Hôpitaux de Paris, selon une méthodologie rigoureuse, questionnaire adapté aux personnes âgées dépendantes en Unités de Soins de Longue Durée⁸⁴, j'ai sollicité l'autorisation des ses concepteurs pour l'utiliser dans le cadre de mon travail. Cette autorisation m'a été accordée sous réserve que j'en mentionne la source lors de la restitution des résultats. Ce questionnaire dans lequel le terme de patient avait été remplacé par le terme "résident" présentait l'avantage de ne comporter qu'un nombre relativement limité de questions (une trentaine) portant sur la chambre, les soins, l'information, les repas et les autres aspects de la vie de la résidence (animation, accès au téléphone, accès à d'autres prestations comme la coiffeuse). Les personnes interrogées pouvaient également faire un commentaire libre ou des suggestions sur les points qui leur semblaient importants.

Le protocole de réalisation de l'enquête a été adressé à tous les responsables de service, puis discuté en réunion inter-services. Comme lors de l'auto-évaluation, il s'agissait de faire comprendre l'importance de solliciter l'avis des résidents et de leur entourage. Il était également nécessaire de rassurer les agents sur le fait que les réponses (anonymes) seraient analysées en

⁸⁴ GASQUET I., DEHE S., Assistance Publique Hôpitaux de Paris - Direction de la Politique Médicale - Proposition d'un dispositif de la mesure de la satisfaction des usagers en Gériatrie - Analyse des résultats de deux enquêtes auprès des patients et de leurs visiteurs - février 2001 et Assistance Publique - Hôpitaux de Paris - Direction de la Politique Médicale - Mesure de la satisfaction des usagers des services de Gériatrie SSR et SLD de l'AP-HP - Procédure d'enquête de satisfaction des patients et de leurs visiteurs - novembre 2001

tenant compte du contexte, difficile pour tous. L'enquête de satisfaction s'est déroulée entre la mi-novembre et la fin décembre 2002.

La sélection des résidents en mesure d'être interrogés a été faite par les professionnels qui les connaissaient bien : l'infirmière responsable, une animatrice, la secrétaire et un adjoint des cadres hospitaliers. L'enquête auprès des résidents a été conduite par un adjoint des cadres hospitaliers et moi-même. J'ai effectué la synthèse des résultats des deux enquêtes à l'aide du tableur Excel. J'ai présenté l'analyse aux familles et aux quelques résidents présents, au cours d'une réunion, fin janvier 2003. Cette analyse a également fait l'objet d'une communication en réunion inter-services, devant l'équipe soins-hébergement et devant le Conseil d'Administration.

A la surprise des professionnels, les réponses tant des résidents que de leur entourage, étaient beaucoup moins critiques que ce qu'ils avaient craint. Seule exception : les questions relatives à la restauration obtenaient toutes un mauvais score. Le repas est un sujet sensible dans toutes les collectivités. Les mauvais résultats sur ce thème devaient cependant être imputés pour une grande part au fait que les repas étaient livrés depuis la fin septembre 2002 par une société extérieure. Durant la deuxième tranche de travaux, les résidents n'avaient plus trop la possibilité de changer de plat lorsque ce qu'on leur servait ne leur convenait pas. De surcroît, ils mangeaient dans des locaux exigus (dont un sans lumière extérieure). La présentation des entrées et desserts en barquette plastique n'avait rien de très enthousiasmant.

Les conclusions de l'enquête de satisfaction complétaient utilement l'auto-évaluation effectuée par les professionnels. Il était possible de tirer plusieurs enseignements de cette expérience. D'une part il est possible de donner la parole aux usagers, sans qu'ils utilisent la possibilité de s'exprimer pour "enfoncer" les professionnels. Certains pourraient objecter que la parole des résidents dans le cadre de l'enquête n'est pas libre, par crainte de représailles. Sans négliger totalement cette crainte, le choix des enquêteurs, extérieurs au service de proximité des résidents ainsi que le rappel du caractère anonyme de l'enquête étaient de nature à limiter le biais. Par ailleurs, les entretiens ont souvent montré que les résidents voyaient dans l'enquête de satisfaction une occasion d'avoir de la visite et de s'exprimer : et ils répondaient en fonction de leur caractère, parfois trempé, plus qu'en considération des répercussions (au demeurant inexistantes) de l'entrevue.

Le deuxième enseignement met en évidence le fait que dans des périodes difficiles, les professionnels ont tendance à se focaliser sur les critiques, parfois justifiées, parfois "exagérées", des familles. Or l'enquête de satisfaction démontre que si les critiques existent, et doivent être prises en considération, les usagers sont dans l'ensemble plutôt louangeurs à l'égard des professionnels et expriment spontanément leur admiration devant le dévouement des agents. Le troisième enseignement, directement tiré du précédent, consiste à dire que les professionnels ont avantage à solliciter régulièrement l'avis des résidents et de leur entourage, et à travailler en

bonne intelligence avec eux.

Les résultats de l'enquête de satisfaction ont été joints au rapport d'auto-évaluation adressé aux autorités de tarification.

c) *Le rapport d'auto-évaluation*

Une compilation fastidieuse de données

La rédaction du rapport d'auto-évaluation n'a pas précisément été effectuée de manière participative. Ce document, long et fastidieux à remplir, nécessite la compilation de données très éparses, voire le retraitement de certaines informations. Par exemple, les comptes administratifs des années antérieures à 2002 n'isolaient pas le budget hébergement, dont les charges étaient imputables au Conseil Général, et le budget soins, dont les charges étaient imputables à l'État. La présentation demandée nécessite donc de retravailler les données budgétaires. De la même manière, si des états étaient régulièrement adressés à l'Assurance Maladie concernant les résidents pris en charge par la section de cure médicale, le nombre de journées réalisées au titre de cette section n'était synthétisé dans aucun document. On peut voir dans cette difficulté à collecter les données une mauvaise adéquation des logiciels disponibles sur le marché au secteur sanitaire et social, et au sein de ce secteur, aux établissements publics. En effet, de nombreux logiciels utilisés dans les maisons de retraite sont des adaptations de logiciels utilisés dans le domaine sanitaire. Il ne sont guère adaptés aux structures de taille réduite. A cet égard, l'étude lancée par le Groupement pour la Modernisation des Systèmes d'Information [GMSIH], sur l'adaptation des logiciels devrait permettre d'apporter des améliorations dans l'avenir.

Une synthèse utile

Si la préparation du rapport d'auto-évaluation est fastidieuse, notamment celle concernant le profil de l'établissement, elle ne comporte pas que des inconvénients pour le directeur. En effet, la mise à plat des différents paramètres relatifs au fonctionnement de l'institution permet, même à une personne qui ne connaît pas ou mal la structure, de se poser des questions et d'envisager des améliorations. La recherche des données, auprès de différents services est source d'échanges, mais peut mettre en évidence des incohérences, voire des dysfonctionnements. A titre d'exemple, les horaires indiqués pour les différents repas ne sont pas nécessairement les mêmes lorsque l'on s'adresse au service restauration, au service soignant ou lorsque l'on regarde les mentions portées dans le contrat de séjour ou le règlement intérieur.

La rédaction des résultats de l'auto-évaluation et celle des objectifs et moyens à cinq ans, nécessite une priorisation des actions qui a première vue peut relever de la gageure, tant le nombre de critères du référentiel Angélique à améliorer est important. Dans les faits, en y

regardant de plus près, on constate qu'un grand nombre de ces dysfonctionnements peut être imputé à une organisation insuffisante. Une meilleure structuration, associée à une meilleure compréhension par les agents du sens de leur action, doit permettre, à moyen terme, de lever environ 80% des dysfonctionnements. Cette synthèse permet de comprendre que le travail à engager, même s'il est important, n'est pas irréalisable.

Le Conseil Général des Hauts de Seine considère pour sa part que la photographie effectuée par les établissements au moment de leur entrée dans le processus de conventionnement, est très riche d'enseignements. Elle permet aux autorités de tarification de changer leur méthode de travail et d'organiser le contrôle des établissements selon des modalités enrichies. Le critère budgétaire n'est plus le seul et le principal élément de discussion. Les différents paramètres relatifs à la qualité du fonctionnement de l'établissement sont également pris en compte.

L'état des lieux réalisé grâce à l'auto-évaluation doit servir aux professionnels à se fixer des priorités d'action pour les cinq ans à venir.

B) Un projet de convention élaboré d'après les constats de l'auto-évaluation

Les deux documents fixant le cap pour l'action des professionnels, à court et moyen terme, sont la convention tripartite et le projet d'établissement. Dans le cas d'un établissement où n'existait, avant l'auto-évaluation, aucune démarche qualité le travail est simplifié. En effet, la durée de la convention pluriannuelle et du projet d'établissement sont les mêmes. Les orientations contenues dans les deux documents seront donc proches, et sauf dénonciation de la convention, pourront être revues à la même échéance.

Les autorités tarifaires de Hauts de Seine ayant élaboré une convention - type, le directeur doit se concentrer non sur le texte même de la convention, mais sur les orientations qu'il juge prioritaires : celles-ci doivent tenir compte de l'environnement et des dysfonctionnements relevés lors de la réalisation de l'état des lieux. Les personnels, et notamment les responsables de service, peuvent être associés à la réflexion, mais le choix final des actions à inscrire dans le projet d'établissement revient au directeur.

Les agents ont en revanche toute leur place dans la préparation du projet d'établissement.

C) Une large participation du personnel à l'élaboration du projet d'établissement.

Un démarrage en douceur

Fin novembre 2002⁸⁵, le directeur de la maison de retraite a proposé quatre thèmes de travail. Une note diffusée à l'ensemble du personnel expliquait le contenu de chacun des thèmes et proposait aux professionnels de s'inscrire dans un ou deux groupes de travail. Un calendrier de réunion de chaque groupe était fixé pour les cinq premiers mois de l'année 2003, à raison d'une réunion de 1H30 toutes les trois semaines. Cette démarche, basée sur le volontariat, était à mon sens indispensable pour favoriser l'expression de personnes peu habituées à donner leur point de vue et à suggérer des propositions d'améliorations.

Différents échanges avec le personnel, durant et après l'auto-évaluation, m'avaient conduite à penser qu'il y aurait des candidats pour participer aux groupes de travail. Le tableau apposé dans la salle de repos du personnel est cependant longtemps resté vierge. Ce temps de réflexion était-il nécessaire aux agents, peu habitués à ces méthodes de travail? Le personnel était-il à ce point désabusé qu'il n'avait aucun espoir que les choses changent ? Les difficultés récurrentes de personnel et le récent rééquilibrage des effectifs entre l'équipe soignante du matin et celle de l'après midi avaient-ils quelque chose à voir dans le peu d'empressement à s'inscrire dans les groupes de travail? Il y avait certainement un peu de tous ces éléments. Cependant peu avant Noël 2002, des candidatures se sont manifestées, et les groupes de travail ont pu démarrer dans les temps.

Une bonne participation des agents

La participation aux groupes de travail a parfois été gênée par une situation tendue des effectifs, pour cause de maladie, du fait de grèves des transports, du personnel des crèches ou des enseignants. Dans l'ensemble la participation a été bonne : des agents absents lors du démarrage des groupes, du fait d'un accident de travail ou d'un congé maternité, ont demandé à être associés à la réflexion. La participation du personnel de nuit a malheureusement été plus intermittente : cependant ces personnes ont reçu tous les comptes-rendus des groupes de travail dans lesquels elles étaient inscrites, de manière à suivre l'évolution de la réflexion.

⁸⁵ Les résultats de l'auto-évaluation selon le référentiel ANGELIQUE venait d'être diffusé aux personnes qui avaient participé à sa réalisation ; Ils étaient disponibles en salle de repos où l'ensemble du personnel pouvait le consulter.

Participation ne signifie pas présence : quelques rares personnes ont assisté aux réunions de manière très passive. Mais la plupart des agents ont réellement contribué aux débats.

Du constat initial ...

La première réunion de chaque groupe a donné lieu à un rappel rapide de l'évolution de la réglementation dans le domaine des personnes âgées : l'énoncé des droits et libertés des résidents et la nécessité d'améliorer la qualité des établissements ont principalement été mises en valeur. En second lieu, un rappel des principaux dysfonctionnements relevés lors de l'auto-évaluation et de l'enquête de satisfaction, concernant le thème traité, a été effectué. Lorsque ces dysfonctionnements étaient déjà consignés dans un "projet de vie" (mort-né) élaboré par un consultant en juillet 2000, le fait était mentionné. Ce rappel intentionnel au projet de vie qui, peu opérationnel, n'avait jamais été mis en pratique, avait pour objectif de resituer la démarche dans une continuité. Il n'y a rien de plus désespérant pour les agents que d'avoir l'impression que chaque nouveau directeur refait le monde, a une nouvelle marotte. Quelques agents avaient assisté à des réunions, au moment de l'élaboration du projet de vie : il était nécessaire de mentionner que leur travail, même longtemps suspendu, n'avait pas été totalement perdu de vue.

... aux grands axes du projet d'établissement

Au bout de trois ou quatre réunions de chacun des groupes, la matière nécessaire à l'élaboration des grands axes du projet d'établissement était disponible. Les travaux de certains groupes se sont poursuivis plus longtemps dans le but d'élaborer des procédures.

Au delà des améliorations dans l'organisation de services, il était nécessaire de travailler sur les valeurs qui devaient guider l'accompagnement des résidents et de leur famille.

3.1.2 Le partage des valeurs

Le travail auprès des personnes âgées dépendantes est difficile, peu gratifiant. Une enquête conduite par la Direction des Hôpitaux en 1994 constatait la difficulté à motiver le personnel travaillant dans les institutions qui les accueillent⁸⁶. Cette circulaire pointait la nécessité de trouver un élément fédérateur, des valeurs qui donnent du sens à l'action des professionnels.

⁸⁶ Circulaire DH/FH3 n° 96-124 du 20 février 1996 relative à la définition d'interventions visant à renforcer la motivation du personnel des établissements publics de santé qui travaillent auprès des personnes âgées, à valoriser ce secteur et à le rendre plus attractif. Cette circulaire, qui en théorie s'adresse aux établissements publics de santé, est parfaitement transposable aux établissements sociaux et médico-sociaux.

A) Des valeurs affichées dès l'auto-évaluation

Philippe Ducalet et Michel Laforcade notent très justement que "le système sanitaire et social accorde une place disproportionnée à la dimension soignante au détriment des interventions sociales. Cette dictature du sanitaire imprègne les politiques publiques et sévit dans les établissements de santé." Ils ajoutent "qu'elle a aussi contaminé le secteur social qui privilégie bien souvent la logique de réparation au détriment de la logique de prévention." Les textes parus depuis 1999 concernant l'accompagnement des personnes âgées cherchent à renverser la tendance en privilégiant la prévention de la perte d'autonomie et le maintien des capacités existantes. Le changement de dénomination de la Prestation Spécifique Dépendance, devenue Allocation Personnalisée d'Autonomie est significative de cette évolution. Force est de constater cependant que cette logique de prévention a du mal à s'imposer. Elle suppose en effet un changement de regard sur les personnes âgées en perte d'autonomie qui doit se faire progressivement⁸⁷.

Une propension à oublier

Les agents de la Résidence "La Méridienne" qui étaient présents en 2000, lors de l'élaboration du projet de vie, avaient eu l'occasion d'aborder, même rapidement les droits des personnes âgées en institution, tels qu'ils avaient été énoncés en 1987 par la Commission "Droits et Libertés" de la Fondation Nationale de Gérontologie. Cette "charte" figurait même en annexe du Projet de vie. Cependant, ce document difficilement exploitable, n'avait pas eu la suite escomptée. Une formation concernant l'accompagnement de la fin de vie, également réalisée durant l'année 2000, reprenait les droits fondamentaux des personnes âgées. Cette formation n'avait touché que huit soignants, dont trois ne faisaient plus partie des effectifs. Les habitudes avaient repris le dessus : sonnettes débranchées pour éviter les dérangements, contention à l'aide d'un drap sans concertation aucune, utilisation par certains agents des vêtements des résidents ou de leur eau de toilette, tutoiement des personnes âgées sans accord formalisé... Les résidents les plus lourdement dépendants étaient communément appelés les "bébés" : rares étaient les personnes qui s'en offusquaient.

Un rappel des droits fondamentaux des personnes âgées en institution

Il est donc apparu nécessaire d'afficher le respect des droits des personnes âgées, et notamment des plus dépendantes, comme l'objectif primordial à atteindre. Le respect des droits pouvait

⁸⁷ Voir paragraphe 1-2-1 : le changement de regard sur la vieillesse constitue un point important du rapport de Paulette GUINCHARD - KUNSTLER : "Vieillir en France" (Op. cit.)

constituer l'élément fédérateur de l'action, qui jusqu'à présent faisait défaut. Un élément fédérateur, selon Louis Marie Pouliquen⁸⁸, implique une sorte de défi à relever, de "challenge". Certains défis se relèvent sur la durée. l'ampleur de la tâche à accomplir nécessitait que du temps et des moyens soient donnés aux agents pour accomplir leur "révolution culturelle".

Par manque de temps, il n'était pas possible de faire travailler l'ensemble des agents sur la rédaction d'une charte des droits et libertés des résidents adaptée à la Maison de retraite. En revanche, ces valeurs devaient guider la démarche d'amélioration de la qualité de l'organisation de la prise en charge des personnes âgées, au sein de la Résidence, et imprégner la réflexion de tous les groupes de travail. C'est la raison pour laquelle, le nécessaire respect des droits et des libertés des résidents a été énoncé avant le début de l'auto-évaluation, puis rappelé lors de la première séance de chaque groupe de travail chargé de l'élaboration du projet d'établissement. Les implications de ces droits dans chaque dimension de la prise en charge ont fait l'objet d'une réflexion avant d'être inscrits dans le projet d'établissement. Une trentaine de personnes ont participé à l'élaboration de celui-ci, et à ce titre, ont reçu pour relecture le pré-projet d'établissement, version quasi définitive du document qui a ensuite été soumis à l'avis du Comité Technique Paritaire et à l'approbation du Conseil d'Administration⁸⁹. Même si quelques agents ont quitté l'établissement pour des raisons diverses (entrée en formation d'aide-soignante, mutation, démission), le nombre d'agents sensibilisés au respect des droits et libertés des résidents est plus important que par le passé.

Si les agents ne sont pas opposés sur le principe au respect des droits et libertés des résidents, ils sont inquiets en raison de la difficulté à les mettre en œuvre.

B) La crainte du personnel transparent

Selon Louis Marie Pouliquen "les individus n'ont pas peur du changement, ils ont peur de ce qu'ils ne connaissent pas"⁹⁰. L'inconnue, pour les personnels de la Résidence, c'est la manière de respecter les droits et obligations des résidents tout en remplissant leurs tâches quotidiennes. Le fait n'est pas nouveau. Les soignants, pour ne citer qu'eux, se plaignent depuis des années du peu de temps qu'ils peuvent consacrer au soin relationnel: on leur a enseigné en école qu'il était

⁸⁸ Formation organisée par l'ANDESI sur le thème « Conduire le changement dans son établissement, son service, son équipe » voir supra.

⁸⁹ En l'absence de Conseil d'Etablissement et en attente du décret concernant la mise en place du Conseil de la Vie Sociale, une réunion d'information des familles a été programmée.

⁹⁰ Formation organisée par l'ANDESI sur le thème « Conduire le changement dans son établissement, son service, son équipe » voir supra.

primordial et il figure dans les textes définissant leurs compétences⁹¹. Ce constat s'est trouvé aggravé à l'occasion de la mise en place de la réduction du temps de travail, dans un contexte de pénurie de personnel qualifié particulièrement aiguë en Région Parisienne (infirmiers et aides-soignants). Cette crainte n'est pas propre au personnel de la Résidence "La Méridienne" : les mouvements de protestation des professionnels de l'action gériatrique, les 18 mars et 18 juin 2003, ont mis en évidence le caractère général de ce phénomène⁹². Elle ne doit pas être balayée d'un revers de main. Une écoute active des personnels est indispensable : il n'est pas nécessaire d'être d'accord sur toutes les peurs exprimées pour dire que ces sentiments sont légitimes. Seul un travail patient et concerté, peut réduire les craintes et limiter l'inconfort généré par l'application des droits et libertés des résidents.

L'exemple de la contention

En effet, les droits des personnes âgées sont parfois contradictoires. Le sujet de la contention est à cet égard éloquent. Les personnes âgées ont la liberté d'aller et venir, comme tout individu qui se respecte. La maison de retraite n'étant pas une prison, la personne âgée en institution n'est pas privée de ce droit. Le respect de celui-ci devient cependant problématique lorsqu'il fait courir un risque au résident. En effet, la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, éditée en 1999 par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité en collaboration avec la Fondation Nationale de Gériatrie, comporte le droit, pour la personne âgée à voir protégés non seulement ses biens mais sa personne. Le personnel, dans un réflexe sécuritaire, aurait facilement recours à la contention. Pourtant, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, dans son rapport sur la question indique qu'il y a autant de chutes avec des dispositifs de contention que sans, et que les conséquences celles-ci peuvent être plus graves.⁹³ L'ANAES recommande donc que le recours à la contention soit précédé d'une réunion d'équipe et que la famille puisse exprimer son point de vue. La contention doit faire l'objet d'une prescription

⁹¹ Décret 2002-194 du 11 février 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Arrêté du 22 juillet 1994 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant et au certificat d'aptitude aux fonctions d'auxiliaire de puériculture ; Circulaire DGS/PS3/DH/FH1 n° 96-31 du 19 janvier 1996, relative au rôle et aux missions des aides soignants et des auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers (cette circulaire qui évoque l'accompagnement des personnes âgées et en fin de vie est transposable dans le secteur médico-social).

⁹² MATHIEU M., Colère dans les maisons de retraite contre le gel de la modernisation - et MA M. « Ne pas prendre cinq minutes pour parler c'est déjà de la maltraitance » - Le Monde, 19 mai 2003. LASTERADE J., Les maisons de retraite refusent de baisser les bras - Libération du 18 mars 2003

⁹³ Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée – ANAES – octobre 2000. Publication téléchargeable sur le site www.anaes.fr

médicale établie pour une durée limitée. En outre, l'intéressé doit être informé des raisons pour lesquelles on l'attache. La démarche doit également être retranscrite dans le dossier du résident.

Le personnel par crainte d'être pointé du doigt par la famille en cas de chute grave, peine à intégrer de nouvelles pratiques : certaines familles demandent elles mêmes un dispositif de contention. Les agents sont moins sensibilisés au risque, en limitant les déplacements des résidents, de se retrouver devant les tribunaux pour entrave à la liberté d'aller et venir, notamment en cas de chute grave avec un dispositif de contention. Il faut le leur rappeler, non pour les stigmatiser mais pour les inviter à abandonner un exercice, jusque là solitaire, de leur métier au bénéfice d'un travail plus collectif.

La contention n'est qu'un exemple parmi les nombreuses difficultés auxquelles expose le travail auprès des personnes âgées dépendantes. Il est nécessaire que ces difficultés puissent être entendues.

C) Un questionnaire repris dans les réunions d'équipe

Le service soignant est soumis, dans ses tâches quotidiennes, à des exigences importantes et parfois contradictoires. La tentation est grande, pour le personnel, de baisser les bras et de faire "à minima". Pourquoi faire plus et mieux si, au final, on ne peut avoir l'assurance d'avoir bien fait ? Les réunions d'équipe peuvent avoir cette fonction de mise en confiance.

A la veille du déménagement, en septembre 2002, il n'existait pas (ou plus) de transmission orale au sein de l'équipe soignante à la Résidence "La Méridienne". Des informations étaient bien retranscrites par les aides soignants dans un cahier, mais celui-ci n'était pas systématiquement lu lors de la prise de fonction (à l'exception peut-être du personnel de nuit). Les infirmiers disposaient d'un cahier à part. Dans ces conditions, la continuité des soins (qui passe par la continuité de l'information) n'était qu'imparfaitement assurée.

Les maisons de retraite de petite taille ne disposent pas de cadre de santé : une infirmière est fréquemment chargée d'assurer la coordination de l'équipe, sans avoir été formée à cette tâche. Une infirmière, fût-elle excellente dans son travail soignant, peut ne pas avoir le profil nécessaire au management d'une équipe. Au 4^{ème} trimestre 2002, l'infirmière coordinatrice désignée par le directeur de la Résidence "la Méridienne" était dans ce cas, et fuyait les réunions de service où elle avait le sentiment d'être en permanence mise en difficulté. Un travail d'équipe était cependant nécessaire pour mettre en place une organisation soignante digne de ce nom : équilibre de la charge de travail entre les différents agents, mise en place de protocoles soignants, dont certains à la demande du Médecin Inspecteur Départemental, définition des fiches de poste...

Cette organisation n'aurait sans doute pas vu le jour sans le départ de l'infirmière coordinatrice pour un autre établissement, et la nomination à sa place d'une infirmière plus jeune mais plus organisée et mieux écoutée par l'équipe. Celle-ci a compris la nécessité d'instaurer un temps de réunion quotidien, tant pour transmettre les informations relatives à la santé des résidents que pour définir collectivement de nouvelles modalités de travail. Ces réunions sont un peu longues (elles dépassent la demi-heure dans la phase de mise en place de la démarche qualité) : le temps de transmission devrait pouvoir être réduit avec la formation des agents à la transmission ciblée (formation inscrite dans le plan pluriannuel de formation).

La mise en place d'un temps de transmission quotidien dans le service soignant, a permis tout à la fois de réduire de nombreux dysfonctionnements et d'évoquer les difficultés que rencontrent les agents dans l'accompagnement de certains résidents, notamment ceux atteints de la Maladie d'Alzheimer. Ce temps d'échange a également permis de montrer qu'il était possible de travailler différemment, et mieux, sans que cela constitue une dégradation des conditions de travail.

Ce premier pas est important, mais l'effort doit être maintenu pour une amélioration durable de la qualité des soins au profit des personnes âgées dépendantes.

D) Un difficile abandon de la culture techniciste

Philippe Ducalet et Michel Laforcade⁹⁴ pointent le risque de balkanisation des pouvoirs et des compétences dans toutes les institutions françaises. "Chacun est souverain dans sa discipline et s'interdit d'empiéter sur celle des autres. Or toute connaissance partielle d'un individu est mutilante" écrivent-ils. Ils militent pour un retour à plus de cohérence, à une vision globale de l'usager, principalement la personne âgée dans les maisons de retraite. "La grande question du professionnel de l'action sanitaire et sociale tourne autour de son aptitude à globaliser, à contextualiser son intervention. Est-il capable de se représenter, sans le mutiler, le contexte de son action? [...] Comment considérer le patient, le client, l'usager à la fois comme sujet et comme objet de soins? Comment relier l'ensemble des disciplines qui détiennent une part de connaissances sur lui ?"

Ne plus penser exclusivement "gestes techniques" mais "service"

Il est souvent difficile de bien faire tous les actes techniques requis pour un accompagnement de qualité de la personne âgée : la tentation est grande pour les agents de se réfugier derrière des tâches à accomplir auprès du résident et de s'en remettre à d'autres professionnels pour ce qui va au-delà de ces tâches. Les personnes âgées, elles, ne se découpent pas en rondelles : ce sont des êtres humains qui ont besoin d'être saisis dans leur singularité, dans leur originalité, et ce par

⁹⁴ Op. Cit.

l'ensemble du personnel. Cela impose que les frontières professionnelles soient levées, au profit d'une prise en charge moins morcelée, plus globale. Celle-ci est difficile à réaliser : des pas en ce sens prouvent qu'il faut toujours persévérer.

L'exemple de l'animation

La circulaire du 19 janvier 1996 relative au rôle et aux missions des aides soignants dans les établissements hospitaliers compte, parmi les missions des aides soignants, une "collaboration dans l'aide apportée aux personnes ayant perdu leur autonomie de façon temporaire ou définitive [...] pour l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (aide à l'habillage, à la prise des repas, changement de position, aide à la marche et au déplacement [et] participation aux activités occupationnelles". Cette circulaire applicable aux USLD, doit pouvoir être transposée dans les établissements recevant des personnes âgées en perte d'autonomie ou dépendantes. Or les aides soignants considèrent fréquemment que la participation aux activités occupationnelles n'est pas de leur ressort, dès lors qu'il existe un ou plusieurs animateurs dans l'institution. La Résidence "La Méridienne" est dans ce cas puisque budgétairement il existe un animateur à mi-temps et un emploi jeune. Dans les faits, une ancienne bénévole a été recrutée en contrat emploi-solidarité, mais effectue de son plein gré un temps plein (voire plus). Par ailleurs un réseau de bénévoles s'est constitué : l'une d'elles consacre un temps important aux résidents de la maison de retraite. L'articulation du travail des soignants et de l'équipe d'animation n'est pas toujours facile. Une participation directe et régulière des soignants aux activités occupationnelles est sans doute freinée par les contraintes pesant sur les effectifs du service soins-hébergement. Mais trop souvent encore, les activités du service animation sont soumises aux contraintes de l'organisation soignante (et hôtelière), parfois au détriment de l'intérêt du résident et du respect de son rythme de vie⁹⁵. Cependant les mentalités évoluent doucement grâce à la réalisation d'expériences positives.

Viser le bien-être de la personne âgée

La mise en place par le service animation d'un "salon esthétique" fait partie de ces réalisations positives. Avec un équipement minimal, l'équipe d'animation a ouvert un atelier où les résidents les plus démunis peuvent se faire coiffer⁹⁶ et où tous les résidents qui le souhaitent peuvent bénéficier de soins d'esthétique. Cet atelier a immédiatement remporté un vif succès auprès des résidents, y

⁹⁵ Une personne en fauteuil roulant qui prend plaisir à participer à un atelier devra remonter dans sa chambre à 17 H, avec le soignant chargé de l'installer avant le repas du soir. Une autre personne ne sera pas habillée à temps pour pouvoir participer à la séance de gymnastique douce de 10H30.

⁹⁶ Lorsque cet atelier a été mis en place, j'ai veillé à ce qu'aucune concurrence déloyale ne soit faite à la coiffeuse qui intervenait deux demi journées par semaine dans l'établissement. Celle-ci a donc gardé sa clientèle habituelle.

compris auprès de personnes qui refusent habituellement de participer aux activités d'animation. Du personnel soignant a spontanément apporté sa contribution (même ponctuelle) au bon déroulement de cet atelier. Tout le personnel a pu constater que des personnes âgées, qui ne formulaient habituellement aucun besoin, demandaient à bénéficier de soins esthétiques (épilation pour les femmes, rasage pour les hommes, massages faciaux pour tous). Des résidents très renfermés se sont épanouis, l'espace d'un après midi. Le succès était tel qu'un dossier de demande de subvention a été établi et adressé à la Fondation "Hôpitaux de Paris - Hôpitaux de France" : l'objectif est de pouvoir développer l'activité avec la participation de l'équipe soignante.

L'accompagnement des personnes âgées au sein de la Résidence "La Méridienne" évolue doucement dans le sens d'une meilleure réponse aux besoins des usagers. Pour que les agents aient envie de poursuivre la démarche, il est nécessaire de valoriser les réussites.

3.2 La communication au service de la pérennisation de la démarche

La plupart des auteurs ayant travaillé sur l'amélioration de la qualité dans les établissements hébergeant des personnes âgées insistent, à des degrés divers, sur l'importance de la communication, interne et externe⁹⁷. Il ne s'agit pas ici de balayer tous les champs possibles de la communication, mais de montrer, au travers de quelques exemples, en quoi celle-ci est nécessaire à la réussite de la démarche qualité. Les résidents et leur famille doivent disposer de l'information nécessaire pour pouvoir participer à la vie de l'institution, comme le prévoient les textes. Les professionnels pour leur part, ont besoin que le Directeur note les progrès réalisés au service des résidents. Les responsables de service enfin ont besoin d'un temps d'échange pour organiser une prise en charge de la personne âgée dans sa globalité, et mettre fin aux cloisonnements entre disciplines.

3.2.1 Faire partager les valeurs aux résidents et à leur entourage

La loi du 2 janvier 2002 a énoncé les droits que toute personne en institution doit pouvoir exercer⁹⁸. Elle a également prévu d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service⁹⁹. L'énoncé de droits ne suffit pas à les inscrire dans la pratique quotidienne. Le directeur a donc pour rôle de mener une action volontariste en la matière.

⁹⁷ Parmi ceux-ci, et sans être exhaustif, on peut citer Gérard BRAMI, Philippe DUCALET et Michel LAFORCADE, Gilbert Racine, Richard VERCAUTEREN et Jocelyne CHAPELEAU

⁹⁸ Article 7 de la loi 2002 – 2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

⁹⁹ Article 10 de la loi 2002 – 2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

A) Reprise des valeurs dans les documents d'information

La loi du 2 janvier 2002 prévoit, dans son article 8, les moyens à mettre en œuvre pour garantir l'exercice effectif des droits de la personne âgée. A l'entrée du résident, un livret d'accueil, la charte des droits et libertés de la personne accueillie ainsi qu'un règlement de fonctionnement doivent lui être remis. Par ailleurs, un contrat de séjour est conclu avec la participation du résident ou de son représentant légal.

La Résidence "La Méridienne" possède la plupart des documents mentionnés, même si la dénomination est légèrement différente. Le contenu de ces documents, du seul fait de la réhabilitation de la maison de retraite et de l'extension de sa capacité, est obsolète. La réécriture des documents d'information qui est programmée pour le 2^{ème} semestre 2003 ou le 1^{er} semestre 2004, dans le projet d'établissement, constitue une priorité : il faut souhaiter que les décrets d'application de la loi du 2 janvier 2002 relatifs au contenu du livret d'accueil, au règlement de fonctionnement, et au contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge) seront rapidement publiés. Une structure de petite taille comme la Résidence "La Méridienne" ne peut en effet se permettre de rédiger des documents dont le contenu devrait être modifié quelques mois plus tard pour se mettre en conformité avec les textes. Ces supports d'information devront faire référence aux droits fondamentaux des résidents dont le respect a explicitement été inscrit dans le projet d'établissement 2004-2008.

Les personnes âgées dépendantes, quand bien même elles seraient en mesure de le faire, ne revendiquent pas naturellement leurs droits. Leur entourage, plus exigeant sur certains aspects, n'est pas toujours respectueux de l'intégralité des droits de leur proche. Quel professionnel de la gérontologie n'a pas été confronté à l'accueil d'un résident auquel la famille avait caché la nature de l'établissement où il entrait ? Quelle institution n'a pas été confrontée à la captation d'une partie des ressources par l'entourage ? Quel directeur n'a pas été sollicité par une famille insistant pour qu'on fasse entendre raison à son parent qui, en possession de ses facultés mentales, refusait la décision qu'on voulait lui faire prendre ? Ces faits montrent la nécessité non seulement d'inclure le respect des droits des résidents dans les différents documents d'information, mais de saisir toute occasion pour les faire appliquer. Seule une communication constructive avec l'entourage des personnes âgées peut faire progresser l'amélioration du respect des droits et libertés des résidents en institution (que ce soit par le personnel ou par les familles). Le Conseil de la Vie Sociale est un des lieux de cette communication.

B) Mise en place du Conseil de la Vie Sociale

Le Conseil de la Vie Sociale remplace dans la loi du 2 janvier 2002 (article 10), le Conseil

d'Etablissement créé en 1991¹⁰⁰. Celui-ci n'existait pas à la Résidence "La Méridienne" au moment de l'auto-évaluation. Comme il a été indiqué précédemment, une tentative de mise en place de cette instance s'est soldée par un échec. Les raisons doivent en être analysées pour permettre de constituer à l'avenir un Conseil de la Vie Sociale qui joue pleinement son rôle. En effet, l'existence de cette instance n'a de sens que si elle permet une véritable concertation entre les représentants des personnes accueillies, les représentants des familles, ceux du personnel et du Conseil d'Administration.

Le Conseil de la Vie Sociale (C.V.S.) doit permettre aux bénéficiaires des prestations de faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement¹⁰¹. Cependant, lorsque l'entourage des résidents et les personnes âgées elles-mêmes sont invités à se porter candidats à cette instance, ils ne se bousculent pas. Cela ne signifie pas que les résidents et leur famille n'ont rien à dire sur les sujets qui ont trait à la vie quotidienne de la Maison de retraite ou sur l'évolution des tarifs d'une année sur l'autre. Ces sujets sont régulièrement abordés par les résidents les plus lucides et par leur famille, que ce soit avec l'équipe soignante, celles d'animation ou de la lingerie, et bien sûr avec le Directeur, accessible dans une petite structure.

Les résidents suffisamment lucides pour apporter une contribution effective au C.V.S. sont très peu nombreux dans une institution de 58 lits : l'extension à 92 lits pourra sans doute accroître le nombre de personnes âgées susceptibles de participer à cette instance. Cependant, la Résidence "La Méridienne" affiche fin juillet 2003 un Gir Moyen Pondéré de 720 (après avoir atteint 800 courant 2002) : l'entrée toujours plus tardive en EHPAD nécessitera de plus en plus de volonté pour éviter que le C.V.S. se transforme en chambre d'enregistrement, et qu'il reste un véritable lieu de concertation.

Les familles, quand elles sont présentes (et certaines sont là quotidiennement voire plusieurs fois par jour) vivent toutes avec une douleur ou une culpabilité, que celle-ci soit ou non exprimée. Cela les incite plus à un repli sur elles-mêmes qu'à une volonté d'appartenir à une instance formelle. Certaines familles échangent pourtant entre elles sur le fonctionnement de l'établissement.

Le Directeur ne doit donc pas compter sur les seules candidatures spontanées pour organiser les élections du C.V.S. Même si cela heurte son sens de la neutralité, seul ou avec l'aide de son équipe, il doit faire un travail de repérage et d'incitation aussi bien parmi les résidents que parmi les familles. Faute d'avoir pris le temps d'expliquer, à l'automne 2002, l'intérêt qu'auraient les bénéficiaires des services de la Maison de retraite à participer à une instance de concertation, le nombre de candidats nécessaire pour organiser une élection n'a pas été atteint. Un constat de

¹⁰⁰ Décret N° 91-1415 du 31/12/1991 relatif au conseil d'établissement des institutions sociales et médico-sociales.

¹⁰¹ Projet de décret relatif au conseil de la vie sociale et aux formes de participation institués à l'article L 311-6 du code de l'action sociale et des familles, en date du 9 décembre 2002.

carence a été établi.

Cet échec ne doit pas empêcher, une fois passée la turbulence générée par les travaux, de mettre en place le C.V.S. prévu par les textes. Les résidents et leur famille ont sans doute une faible marge de manœuvre par rapport au budget et au prix des services rendus. En revanche, ils peuvent incontestablement être force de proposition concernant l'organisation intérieure de la Résidence et la vie quotidienne. Il peuvent également se prononcer sur la nature des services rendus, sur l'affectation des locaux collectifs, sur les relations de partenariat avec l'extérieur ou sur le règlement de fonctionnement.

Si l'échec relatif à la mise en place d'un Conseil d'Etablissement doit être médité, les réussites doivent être valorisées.

3.2.2 Valoriser les premières réalisations

Pris dans le tourbillon quotidien, le Directeur peut avoir tendance à se tourner exclusivement vers l'avenir. Un regard en arrière est cependant nécessaire : il permet de mesurer le chemin parcouru et de reconnaître le travail effectué par les équipes.

A) Aménagement des horaires de travail de l'équipe soignante

Le changement est parfois décidé sans que le personnel le demande et il ne va pas nécessairement dans le sens qu'il aurait souhaité. Les résistances au changement ne manquent pas d'apparaître, ce qui ne veut pas dire que celui-ci n'est pas souhaitable ni possible.

Le constat de départ

A l'occasion du départ de l'infirmière coordinatrice en titre, fin 2002, et de son remplacement par une infirmière écoutée par les soignants, il est apparu que l'organisation de l'équipe du matin du service "soins-hébergement" ne donnait pas satisfaction. En effet, les aides-soignantes titulaires qui travaillaient le matin avaient négocié, dans le cadre de l'ARTT¹⁰², un passage de la journée en 12 heures à un horaire en 7 heures. Leur journée commençait à 8 heures pour s'achever à 15 heures. Cet accord n'aurait pas posé problème si l'infirmière coordinatrice, nouvellement nommée, ne s'était pas aperçu que ce nouvel horaire conduisait l'équipe de nuit (une aide soignante et un agent hospitalier), à lever les résidents très tôt de manière à ce qu'ils aient pris leur petit déjeuner lors de l'arrivée des cinq aides soignantes du matin. Cette organisation qui convenait aux soignants de jour était pour le moins peu respectueuse du rythme de vie des résidents.

¹⁰² Accord local sur la réduction du temps de travail signé le 5 mars 2002.

La recherche de solutions

Le directeur a donc décidé de mettre en place un groupe de travail chargé de définir une nouvelle organisation des soins en matinée. Chargée de piloter ce groupe, en liaison avec l'infirmière coordinatrice, j'ai mis avec insistance l'accent sur les besoins de résidents, avant de chercher des solutions. Si la référence à l'organisation hospitalière est parfois un obstacle, en l'occurrence, elle a constitué une aide. Le personnel, même réticent, peut comprendre que les résidents ont un rythme de vie qu'il convient de respecter au mieux. Ils reconnaissent également que le service du client dicte certains horaires qu'ils sont libres d'accepter ou de refuser. Rares sont les établissements sanitaires ou médico-sociaux où une aide-soignante peut prendre son poste à 8 heures.

Le groupe de travail est donc parti des tâches à effectuer en matinée pour déterminer les horaires qui devraient en découler. Un premier scénario, communiqué à l'équipe soignante, avançait l'heure de la prise de poste de 8 H à 7H30 pour trois aides-soignantes. Après discussion en équipe, les soignants ont considéré que ce scénario présentait des faiblesses et qu'à moins de commencer à 7 heures, l'organisation proposée ne donnerait pas satisfaction. Une réunion complémentaire a permis d'acter la nouvelle organisation. Trois aides soignantes devaient arriver à 7 heures pour aider l'équipe de nuit à lever les personnes âgées les plus dépendantes. Ces agents devaient en outre faire manger les résidents qui nécessitaient une aide et stimuler certains autres pour qu'ils prennent leur petit déjeuner.

La mise en place d'une nouvelle organisation

Cette organisation, avalisée par le Comité de suivi et d'évaluation de l'accord local et par le Comité Technique Paritaire, a été mise en place en mars 2003. Les difficultés de départ (refus de certains agents de faire l'horaire 7H - 14H) se sont rapidement estompées. Certains agents font préférentiellement l'horaire de 7H, mais plus aucun agent du matin ne refuse de remplacer sur cet horaire.

Les enseignements

Cet exemple démontre qu'il est plus facile de faire accepter un changement si l'objectif est explicable et expliqué. A l'épreuve de force, il est toujours préférable de choisir le dialogue. Le personnel a cependant besoin d'entendre, a-posteriori, que ce changement constitue une avancée pour les résidents, et qu'il est remercié pour y avoir participé. Cette valorisation des efforts consentis ne peut se limiter à un constat en réunion inter-services. Pris par des contraintes de calendrier, le Directeur ne prend pas toujours le temps de faire le point sur les avancées réalisées.

C'est pourtant une nécessité pour maintenir la motivation des équipes dans une démarche de progrès.

La motivation des soignants peut également être assurée par une amélioration de l'organisation de travail. L'instauration d'un temps de transmission à la Résidence "La Méridienne" constitue une illustration.

B) Mise en place de transmissions au sein de l'équipe soignante

Il n'est pas utile de revenir en détail sur la mise en place, début 2003, d'un temps de transmission entre soignants. Ce temps, désormais intégré dans l'organisation quotidienne du travail, est apprécié par les soignants. Il leur permet de mieux situer le cadre de leur intervention et de faire état de leurs difficultés dans l'accompagnement de certains résidents. Des litiges mineurs entre l'équipe soignante et l'équipe d'animation, ont conduit l'infirmière coordinatrice à proposer la participation hebdomadaire des animateurs à la réunion de l'équipe soignante. Les problèmes rencontrés avec d'autres services sont relayés par l'infirmière coordinatrice, en vue de trouver des solutions. En quelques mois, le mode de règlement des litiges s'est amélioré.

Cette organisation est certainement perfectible et constitue une réelle avancée ; son instigatrice a été encouragée à poursuivre dans cette voie. Son départ du service pour une durée de quelques mois peut faire craindre un retour en arrière¹⁰³. Elle a donc été invitée à inciter ses collègues à pérenniser l'organisation mise en place, en insistant sur le bénéfice que l'équipe pouvait en retirer. Le directeur, en veillant de loin au maintien des acquis, en l'absence de l'infirmière responsable, peut éviter que l'organisation ne s'effrite.

C) Le succès de l'animation

L'équipe d'animation est probablement celle qui a le mieux su mettre en pratique le respect des droits et libertés des résidents.

a) Donner une âme à la Résidence

Animer c'est "donner une âme". Pour les professionnels du service, il s'agit de mettre de la vie dans un lieu où les résidents ont conscience qu'ils approchent de la mort. L'animation ne doit pas se borner à proposer des activités ludiques. Elle participe au maintien de l'autonomie des personnes âgées en mobilisant, au travers d'activités physiques, intellectuelles ou manuelles, les

¹⁰³ Le service ne comporte à ce jour que trois infirmiers. L'absence d'une personne écoutée par l'équipe soignante n'est pas sans conséquence sur l'organisation des soins.

capacités des résidents.

L'animation, plus qu'une question de savoir (qui peut s'acquérir) est une question de savoir être. Un atelier qui fera le plein avec un animateur, n'aura plus que quelques participants avec un autre. L'animation est donc principalement question de communication, au sens où l'entend Louis Marie Pouliquen¹⁰⁴, à savoir "un message + une relation". Cette relation s'est instaurée au fil des mois entre les résidents et l'animatrice qui avait proposé ses services bénévolement, en 2001. Recrutée ensuite en contrat aidé, elle a définitivement été embauchée après le départ en province de son collègue.

A l'écoute des personnes âgées, l'animatrice s'est donné les moyens de réaliser des activités que celles-ci réclamaient. Répondre aux attentes, c'est permettre aux personnes âgées de sortir de leur chambre, de se retrouver autour d'intérêts communs, voire de dialoguer ensemble. Mais la réussite de l'animation ne se juge pas aux seuls scores de participation des résidents à un atelier. La présence régulière de certaines familles aux animations signe à mon sens le fait que dans leur difficulté ou leur détresse, les époux ou enfants de résidents y trouvent un réconfort, et une raison d'espérer.

b) *La parole donnée aux résidents*

Les personnes âgées en institution ont tendance à se replier sur elles-mêmes, à faire silence ; à moins qu'elles ne se réfugient dans le registre de la plainte. Echanger fait pourtant partie des besoins fondamentaux de l'être humain. Il est trop souvent refoulé chez les personnes âgées. Elles sont porteuses de tout un passé, aujourd'hui oublié. Elles ont des désirs, que bien souvent elles ne formulent pas, ou à voix basse. Faire surgir la parole des résidents suppose de gagner leur confiance. Cela suppose également de la diplomatie quand, au cours d'une discussion collective, un débat houleux s'engage sur le travail des femmes et leur rôle dans la société, exemple parmi d'autres de sujet qui fâche.

Cette parole des résidents doit être mise en valeur, au travers des comptes-rendus des groupes de parole (distribué aux participants), ou d'affichage des poèmes rédigés en commun par les personnes âgées. Redonner la parole aux résidents c'est accepter l'offre de "travail" d'un résident en mal d'occupation, en dehors des horaires des ateliers ; c'est accepter encore de remettre en question des activités dont certains se lassent et d'ouvrir le champ du possible.

¹⁰⁴ Formation organisée par l'ANDESI sur le thème « Conduire le changement dans son établissement, son service, son équipe » Voir supra.

Donner la parole aux résidents, c'est d'abord une grande faculté d'écoute de leurs désirs. Pour beaucoup d'entre eux, leur désir profond c'est de se replonger, l'espace d'une journée ou d'une après midi, au milieu de la vie de la cité.

c) *Sortir, faire des achats*

La réussite la plus visible du service animation, celle qui lui a valu les félicitations des élus, consiste à avoir fait "tomber les murs de la Résidence".

La responsable du réseau gérontologique de la ville avait sollicité, il y a plusieurs années, l'ancienne directrice pour permettre aux résidents de la maison de retraite de participer à plusieurs manifestations organisées par la municipalité. Celle-ci, estimant que cela n'était pas possible, n'avait pas donné suite. L'arrivée d'un directeur ouvert à ces sorties, fin 1998, et d'une équipe d'animation étoffée de bénévoles, permettait d'envisager quelques sorties.

L'acceptation des résidents de la Maison de retraite dans les manifestations organisées au profit des personnes âgées de la Ville ne s'est pas faite sans difficulté : la dépendance physique ou psychique dérange. Les personnes âgées encore valides, à domicile ou en foyer-logement, n'aiment pas l'image de la vieillesse que leur renvoient les personnes dépendantes, et elles s'arrangent pour le faire savoir. Seule la volonté d'une équipe assurée de faire plaisir non seulement aux résidents mais également à leur famille, a pu permettre de maintenir et même de multiplier les sorties. Sortie cinéma, banquet, thé dansant, journée guinguette, journée dans le parc départemental voisin... Les occasions se multiplient à la demande parfois des résidents qui, écoutant les discours du Maire, prennent connaissance d'une manifestation et demandent à y participer. Les animateurs sont là pour relayer les désirs ... et permettre leur concrétisation.

Le plaisir, pour certains, c'est aller au marché, pas nécessairement pour acheter quelque chose, mais pour profiter de l'animation du lieu ; c'est aussi se choisir soi-même ses vêtements, quand, sous protection judiciaire depuis de nombreuses années, la diligence du gérant de tutelle n'a pas permis à une personne âgée de fréquenter les magasins.

En l'espace de quelques mois, la Maison de retraite s'est animée, suscitant l'attente des résidents qu'il ne faut pas décevoir. La réalisation de ces attentes passe par une bonne communication entre les services.

3.2.3 La communication entre services

Les réunions sont parfois considérées comme une perte de temps. Cependant, l'absence de temps de concertation entre les différents services est source de dysfonctionnements et de frustrations, très chronophages. Il vaut mieux anticiper les difficultés que traiter les conséquences

d'un dysfonctionnement. De la même manière, une solution collective à un problème est toujours préférable à une solution prise unilatéralement par un responsable de service : cette dernière a en effet toutes les chances de ne pas prendre en compte les contraintes des autres services, et de ne pas résoudre définitivement la difficulté.

Au premier trimestre 2001, une réunion inter-services avait été instituée pour faciliter la circulation de l'information entre les services et traiter les dysfonctionnements. Sa fréquence n'était pas très régulière (une par trimestre en 2001). L'absence d'instance de concertation planifiée durant la période qui a suivi le déménagement n'a probablement pas arrangé le climat social, tendu à l'automne 2002. La reprise des réunions inter-services, fin novembre 2002, a permis d'aborder collectivement les nombreuses difficultés qui apparaissent presque inéluctablement lors d'un déménagement de cette ampleur. Les services les plus exposés aux revendications des familles (service soins-hébergement, service lingerie) ont noté l'intérêt de rassembler, autour d'une même table, les responsables des services susceptibles de les aider à réduire certaines difficultés. De la même manière, toute manifestation festive d'une certaine ampleur au profit des résidents nécessite une coordination de tous les services qui ne peut être atteinte que par ce biais.

La réunion inter-services a un rôle important à jouer dans la pérennisation de la démarche qualité amorcée au sein de la Résidence "La Méridienne". Il serait certainement souhaitable d'établir un calendrier connu à l'avance de tous les responsables de service, pour le trimestre par exemple. Pour faciliter les repères, il serait judicieux de choisir un jour et une heure fixes, en prévoyant une réunion hebdomadaire (courte) ou tous les 15 jours. Le relevé de conclusion, succinct, devrait être adressé rapidement aux intéressés.

La circulation de l'information et la qualité de la communication sont indispensables à l'amélioration continue des prestations au sein d'une maison de retraite. Elles ne constituent pas les seuls facteurs de réussite.

3.3 Les conditions du succès :

La mise en place d'une démarche qualité à la Résidence "La Méridienne" dans un contexte difficile et incertain, montre qu'il est possible de profiter de l'obligation qui est faite à un établissement de négocier rapidement sa convention tripartite, pour améliorer ses prestations. La pérennisation de la démarche est conditionnée par plusieurs facteurs.

3.3.1 La professionnalisation des agents

La Résidence "La Méridienne" compte, tant dans le service soignant que dans l'équipe centrale d'hygiène, de nombreux agents peu ou pas qualifiés. Par ailleurs, les professionnels chargés d'encadrer les équipes et d'améliorer la qualité dans leur domaine de compétence, n'étaient pas

formés à ces tâches en 2002. La professionnalisation des agents est donc une nécessité.

A) La mise en œuvre effective du plan de formation

Le principe

Le principe d'une formation professionnelle continue a été introduit en France en 1971 grâce à l'action de Jacques Delors, alors conseiller social du Premier ministre, Jacques Chaban Delmas¹⁰⁵. "Le dispositif en vigueur aujourd'hui [dans la fonction publique hospitalière] date de 1990¹⁰⁶[...] La formation professionnelle continue constitue une véritable politique de gestion des ressources humaines contribuant à l'évolution de celle-ci et donc à leur adaptation aux besoins.¹⁰⁷" Le décret du 5 avril 1990 s'applique à tous les agents, titulaires ou non titulaires. "Les finalités de la formation professionnelle continue sont de maintenir ou de parfaire la qualification professionnelle, d'assurer l'adaptation aux évolutions des techniques et des conditions de travail, et de favoriser la promotion sociale et la contribution aux évolutions culturelle et économique et sociale. Les actions de formation visent à l'acquisition de connaissances, d'aptitudes ou de compétences"¹⁰⁸.

Le personnel de la Résidence "La Méridienne" a bénéficié d'un nombre réduit de formations. En dehors des formations annuelles obligatoires à la sécurité incendie et de la formation du personnel administratif aux logiciels qu'il utilise, seule une formation sur l'hygiène avait été organisée en 1997 et une autre sur l'accompagnement de la fin de vie en 2000. Ces formations n'avaient pas touché tout le personnel.

Par ailleurs, le médecin de la section de cure médicale avait organisé quelques séances d'information sur les pathologies dont souffraient certains résidents.

Lors de l'auto-évaluation, il était vite apparu que les besoins en formation étaient importants, et que la cotisation à l'Agence Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) ne suffirait pas à couvrir tous les besoins. Une demande de doublement de la cotisation (de 1% à 2 % de la masse salariale) a été inscrite dans le projet de convention tripartite.

¹⁰⁵ Loi n° 71-575 du 16 juillet 1971 portant organisation de la Formation Professionnelle Continue.

¹⁰⁶ Décret 90-319 du 5 avril 1990 modifié relatif à la formation professionnelle continue des agents de la Fonction Publique Hospitalière.

¹⁰⁷ DERENNE O., LUCAS A., Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique Hospitalière - Tome 2: le Développement des Ressources Humaines – Editions ENSP

¹⁰⁸ DERENNE O., LUCAS A., Op. Cit.

Le recensement des besoins

Durant les travaux d'élaboration du projet d'établissement, les besoins en formation ont été recensés auprès des différents chefs de service. La difficulté, compte tenu de l'ampleur des besoins et du nombre de thèmes, consistait à hiérarchiser les demandes et à les inscrire dans un plan pluriannuel de formation pour 2004 à 2008. Ce plan était nécessaire pour la signature de la convention tripartite. Il était également souhaitable pour faire en sorte que les agents maîtrisent mieux le sens de leur action et soient plus motivés par leur travail, redisons-le, difficile. La circulaire du 20 février 1996 visant à renforcer la motivation du personnel travaillant auprès des personnes âgées préconisait déjà, entre autres mesures, de développer la formation.

Initier la dynamique de formation

Dès la fin 2002, le directeur m'avait demandé de mettre en place une formation des agents sur le girage. Six agents ont participé à cette formation d'une journée organisée avec le concours de la Fondation Nationale de Gérontologie.

En mai 2002, à la suite d'une demande exprimée par les membres du groupe de travail chargé de l'élaboration du projet de soins, j'ai fait venir la responsable départementale de l'Association "France-Alzheimer" : celle-ci, après un bref exposé sur l'Association, a principalement retracé l'évolution de la maladie d'Alzheimer et la manière d'approcher les personnes qui en sont atteintes. J'ai rédigé le compte rendu de cette information de 2 heures : il a été diffusé à l'ensemble du personnel.

En Juin 2002, toujours à la demande du directeur, j'ai mis en place une formation sur la gestion d'équipe, destinée prioritairement aux responsables de service (8 personnes).

Une autre formation sur l'accompagnement de la fin de vie, principalement destinée au personnel soignant (9 personnes), a été organisée durant le même mois. Enfin, les crédits ont été engagés pour inscrire l'infirmière coordinatrice à la préparation au concours d'entrée à l'école des Cadres de Santé, fin 2003.

L'élaboration du plan pluriannuel de formation

Courant Juin, après la finalisation du projet d'établissement, j'ai rédigé le plan pluriannuel de formation : préalablement, j'ai fait une estimation des crédits qui seraient annuellement disponibles si les autorités de tarification autorisaient le doublement de la cotisation formation versée à l'ANFH, dans le cadre de la convention tripartite. Le coût des formations a été estimé en fonction des catalogues dont je disposais, ou après contact avec les organismes susceptibles de les organiser : par exemple la Sécurité Civile pour l'Attestation de Formation aux Premiers Secours - AFPS. En dehors des sommes inscrites pour la formation du directeur et des formations régulières

(sécurtié incendie et formations aux nouveaux logiciels), toutes les actions s'inscrivaient dans l'axe du projet d'établissement et pouvaient être jugées comme prioritaires. Les choix effectués pour 2004, 2005, et 2006 ont donc été guidés par la nécessité de former les responsables d'équipe à l'application des normes d'hygiène dans leur secteur (HACCP, Hôtellerie), sans négliger la formation professionnalisation des agents qui travaillent au plus près des résidents (service soignant, service animation). Certaines formations sont transversales à tous les services (par exemple la lutte contre la maltraitance) ce qui permet potentiellement à tout agent de bénéficier, dans les trois ans qui viennent, d'une formation.

Par ailleurs, le futur médecin coordonnateur a accepté de reprendre les séances d'information pour approfondir la connaissance gérontologique des agents. De même, des contacts pris avec la responsable de la coordination gérontologique de Villeneuve La Garenne permettent de penser que dans un proche avenir, des actions d'information pourront être organisées au profit de tous les professionnels du secteur gérontologique de la ville (professionnels hospitaliers, du SSIAD, du Service d'Aide à domicile et professionnels de la maison de retraite).

Lorsqu'un nombre significatif d'agents pouvaient bénéficier d'une formation, j'ai proposé que celle-ci soit organisée dans l'établissement, afin que les agents discutent ultérieurement entre eux de l'application des connaissances nouvellement acquises. La formation à l'extérieur de l'établissement, qui permet de croiser d'autres professionnels mais qui est également plus onéreuse, a été retenue quand un nombre d'agents inférieur à cinq devait parfaire ses connaissances.

Le plan pluriannuel ainsi élaboré devrait être soumis au Comité Technique Paritaire. Par ailleurs, le projet d'établissement précise que le plan pluriannuel est un plan indicatif : la programmation annuelle des actions devra être réexaminée annuellement par un comité ad-hoc, pour tenir compte des priorités nouvelles qui pourraient apparaître dans les mois ou les années à venir.

La professionnalisation des agents de la maison de retraite devrait s'accroître pendant les prochaines années. Mais il est également nécessaire d'agir sur l'emploi précaire pour améliorer les conditions de travail et de vie des agents.

B) La résorption de l'emploi précaire

“Les agents qui composent la fonction publique hospitalière sont essentiellement des fonctionnaires qui disposent d'une protection statutaire et d'une forte garantie de l'emploi”, mais “la couverture statutaire dont bénéficient les fonctionnaires ne s'étend pas à l'ensemble des agents publics ou employés par un établissement public. La loi 83-364 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires et la loi 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires

relatives à la fonction publique hospitalière [...] autorisent le recours au recrutement d'agents non titulaires"¹⁰⁹. Mais le recours aux agents contractuels est encadré par la loi.

Les structures de petite taille, pour assurer la continuité du service et répondre au mieux aux besoins des résidents, sont souvent conduites à contourner les textes. De nombreux agents sont recrutés sur des contrats courts, renouvelés chaque mois, et pour un temps inférieur au temps plein. Pour certains, cette situation précaire dure depuis plusieurs années. La difficulté de l'organisme gestionnaire ne doit pas masquer l'insécurité ressentie par ces agents. Alors que la maison de retraite a besoin de leur service, ils interprètent la lenteur à leur offrir un temps plein sur une durée longue comme un manque de reconnaissance de l'employeur à leur égard. La motivation des agents peut donc passer par une réduction de l'emploi précaire.

L'extension de la maison de retraite de 58 à 92 lits, espérée pour le 2^{ème} semestre 2003, devrait constituer une réelle opportunité. Cette extension de capacité devrait être l'occasion de titulariser des contractuels, à commencer par les plus anciens.

Le travail réalisé au moment de la redéfinition de l'organisation soignante du matin, a par ailleurs fait émerger la nécessité de mettre en place des équipes stables qui travailleraient alternativement le matin et l'après midi. L'organisation de l'ensemble des équipes doit être remise à plat pour tout à la fois améliorer l'organisation interne de l'établissement, et améliorer le climat social, donc les prestations servies aux résidents.

3.3.2 L'attribution rapide des crédits nécessaires à l'extension de l'établissement

Un établissement qui dispose de réels atouts

La Résidence "La Méridienne" répond à une réelle demande. L'établissement, jusqu'à il y a quelques mois, était considéré comme une structure de relégation : sa rénovation et le succès de l'animation ont changé l'image de marque de la maison de retraite dans la commune, voire au-delà. De nombreuses demandes d'admission sont enregistrées. Un projet d'accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est en gestation, à l'initiative du Lyons'Club, soutenu par le réseau gérontologique. L'Association "France-Alzheimer", en réponse à des demandes de familles résidant sur la commune, cherche à s'implanter dans la ville et à coopérer avec la Résidence "La Méridienne". La municipalité donne toute facilité au service d'animation pour participer à différentes manifestations (dont le forum des associations) afin de valoriser le travail réalisé au sein de la maison de retraite. Revers de la médaille : des structures gérontologiques voisines, envieuses du dynamisme du service animation, font des offres directes de service aux animateurs.

¹⁰⁹ DERENNE O., LUCAS A., Op. Cit.

Des acquis menacés

Cette amélioration des services, tant en matière de soins que de qualité de vie dans l'établissement, est fragile et peut à tout moment être remise en question. Le Conseil Général des Hauts de Seine, qui a autorisé l'extension de la capacité de l'établissement, doit accorder les moyens qui sont actuellement en retrait (toutes proportions gardées) par rapport au budget 2002. La DDASS, compte tenu des indications contenues dans le SROS relatif à la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital en Ile de France, ne peut que reconnaître la réalité des besoins et accorder les moyens nécessaires au financement des 34 places supplémentaires. Il me semble personnellement possible de faire fonctionner l'établissement avec des crédits en personnel très légèrement inférieurs : la promotion des agents peut être étalée sur quelques années et la reconduction des emplois jeunes n'est pas vitale pour la maison de retraite. En dehors de cela, les prévisions budgétaires ont été calculées au plus juste. Les autorités de tarification ne peuvent amputer le budget sans explication sérieuse. Le décret du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des EHPAD¹¹⁰ permet à la DDASS de réduire le budget soins en se fondant sur le montant des dotations limitatives de crédits notamment. Cette logique n'est compréhensible ni par les familles qui sont en recherche d'une solution pour un membre de leur famille, ni par les membres du personnel qui ne comprennent pas que l'opération ait été autorisée sans que son financement soit assuré. La "baisse" des crédits est antagoniste à la recherche de qualité.

Fin juillet 2003, la mise en attente par la DDASS des Hauts de Seine, de trois conventions négociées en 2003 pour lequel le financement n'est pas assuré¹¹¹, ainsi que le contexte national, ne permettent pas d'espérer que les 34 lits supplémentaires seront intégralement financés fin 2003. La négociation de la convention tripartite, à la fin de l'été 2003, devrait permettre d'éclairer le personnel sur les étapes à venir. Un retard important dans l'ouverture des lits ne pourrait qu'être préjudiciable à la démarche d'amélioration du service entamée au sein de la Résidence "La Méridienne".

3.3.3 La poursuite de la démarche par le futur directeur

La mise en place d'une démarche d'amélioration de la qualité a permis une prise de conscience, par les agents, de la possibilité d'évoluer dans leurs pratiques professionnelles. Cette amélioration,

¹¹⁰ Article 21 du décret 99-317 du 27 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (modifié par le décret par le décret 2001-388 du 4 mai 2001).

¹¹¹ Informations communiquées par le Conseil Général des Hauts de Seine.

réalisée à moyen constants, doit être poursuivie.

Le personnel s'est ému du départ annoncé du directeur qui avait permis survie et la rénovation de l'établissement. Cette mutation a coïncidé avec le départ d'autres agents qui bénéficiaient de l'estime de la quasi totalité du personnel. L'absence pour quelques mois de l'infirmière coordinatrice qui a permis l'amélioration de l'organisation des soins n'a fait que rajouter au pessimisme ambiant. Néanmoins, des mesures ont été prises pour garantir la pérennité de la démarche.

Le projet d'établissement a été soumis à l'avis du Conseil d'Administration, le 3 juillet 2003. Cette présentation, en avance sur le calendrier initial, avait pour objectif de rassurer le personnel sur la poursuite de la démarche. Le recrutement du futur directeur ne pourra pas faire abstraction de la mise en œuvre du projet d'établissement. Naturellement, il sera possible à celui-ci de proposer des amendements au projet dès lors que le contexte local ou national l'exigeront. Le projet d'établissement reprend les actions prioritaires incluses dans le projet de convention tripartite : la négociation de la convention, à la fin de l'été 2003, devrait permettre de consigner les engagements réciproques de l'établissement et des autorités de tarification. La contractualisation, pour peu que les objectifs annuels soient évalués à l'occasion de l'examen du compte administratif, ce qui semble être le cas pour l'instant dans le département des Hauts de Seine, ne peut que garantir la poursuite de la démarche.

Le futur directeur n'est pas totalement lié par le projet d'établissement, mais il ne peut pas non plus l'ignorer.

3.3.4 La mise en place d'une évaluation régulière des actions

Toute démarche qualité comporte une phase de planification, de mise en œuvre, et d'évaluation des actions conduites : cette dernière étape est essentielle pour s'assurer que les actions mises en place apportent une réelle amélioration du service.

La culture d'évaluation n'est toujours pas totalement implantée dans le domaine hospitalier, plus de 10 ans après son introduction légale¹¹². Si l'ANAES a publié un guide méthodologique concernant l'audit clinique¹¹³, il n'existe pas de guide similaire dans le domaine médico-social : l'instance chargée par la loi du 2 janvier 2002¹¹⁴ de valider les référentiels de bonnes pratiques

¹¹² L'évaluation dans le domaine sanitaire a été rendue obligatoire par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

¹¹³ L'audit clinique : bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles ANAES – avril 1999 (ce document est téléchargeable sur le site de l'ANAES www.anaes.fr)

¹¹⁴ Article 22 de la loi du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale. Cet article mentionne la création d'un Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale –(CNESMES)

professionnelles, dans le secteur, n'a pas été mise en place, fin juillet 2003.

Les indicateurs

Toute évaluation doit s'appuyer sur des indicateurs. La liste des "indicateurs", publiée dans l'annexe I de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle est impressionnante¹¹⁵. L'utilisation d'indicateurs, si elle n'est pas raisonnée, peut conduire au recueil d'un nombre important de données qui ne seront pas ou mal exploitées. Il s'agit donc de cibler les aspects les plus importants à mesurer en fonction des améliorations escomptées dans la démarche qualité, puis de préparer les équipes au choix, à l'élaboration et à l'utilisation des indicateurs. Cette démarche, à ce jour balbutiante dans le domaine sanitaire¹¹⁶, est encore loin de la culture de la majorité des établissements pour personnes âgées. Leurs responsables désireux d'aller plus loin dans la démarche peuvent néanmoins s'inspirer des documents de l'ANAES et de l'AFNOR sur les indicateurs¹¹⁷.

Cependant si on entend par "évaluation" la confrontation de ce que l'établissement s'était engagé à faire, et ce qu'il a fait réellement, sur un temps donné, alors cet examen est possible.

L'évaluation du niveau de réalisation de la convention et du projet d'établissement

La périodicité de l'évaluation n'est pas clairement précisée dans le cahier des charges de la convention pluriannuelle. L'arrêté du 26 avril 1999 (IV - L'Evaluation du dispositif conventionnel) précise qu'elle "peut être annuelle, ou à tout le moins liée à la date de renouvellement de la convention pluriannuelle. Elle donne lieu à un rapport formalisé.

La convention-type adressée aux établissements par les autorités de tarification du département des Hauts de Seine précise dans son article 7 : Suivi des objectifs que "l'établissement s'engage à fournir aux autorités signataires, un rapport annuel précisant l'état d'avancement des actions prévues dans les fiches d'objectif. Ce rapport [doit être] transmis avec le compte administratif, au plus tard le 30 avril de chaque année". Elle ajoute que " ces mêmes autorités pourront à tout

¹¹⁵ Certains de ces "indicateurs" sont à mon sens plus des critères de qualité que de réels indicateurs

¹¹⁶ La publication par l'ANAES d'un guide méthodologique concernant la construction et l'élaboration des indicateurs dans le domaine de la santé ne date que du mois de mai 2002 (document téléchargeable sur le site de l'ANAES – www.anaes.fr)

¹¹⁷ Guide méthodologique ANAES - Voir supra.

AFNOR - FD S 99-132 - Méthodologie d'identification des critères de qualité et de construction, mise en place et suivi d'indicateurs pour les établissements de santé - Paris - AFNOR - Avril 2000

AFNOR - FD X 50-171 - Système de management de la qualité - Indicateurs et tableaux de bord - Paris AFNOR - Juin 2000.

moment vérifier le degré de réalisation des objectifs définis ». Cet article, à première vue astreignant pour l'établissement, est probablement la meilleure garantie de la pérennisation de la démarche qualité. Les autorités tarifaires des Hauts de Seine ont semble-t-il modifié l'organisation du contrôle budgétaire opéré auprès des 14 premiers établissements ayant signé une convention tripartite. Selon les indications fournies par les services du Conseil Général, l'examen du compte administratif ne s'effectue plus compte à compte. Pour peu que l'établissement n'ait pas dépassé le montant des enveloppes budgétaires allouées au Budget Prévisionnel, le contrôle porte principalement sur l'état d'avancement de la démarche qualité.

Pour éviter que l'établissement n'examine le niveau de ses engagements qu'en fin d'année, j'ai inscrit dans le projet d'établissement un examen semestriel de l'état d'avancement de ce projet qui, pour la Résidence " La Méridienne ", est fortement corrélé aux actions prioritaires inscrites dans le projet de convention tripartite. Cet examen tous les six mois, peut (doit) être assorti d'un examen régulier, par chaque responsable de service, des engagements souscrits dans sa discipline.

CONCLUSION

Depuis 1999, les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes ont l'obligation, pour ceux qui ne l'avaient pas déjà fait, de s'engager dans une démarche d'amélioration de leurs prestations. Les principaux axes d'amélioration font l'objet d'un engagement contractuel entre l'établissement et les autorités de tarification.

Dans un contexte national et local incertain, la nécessité, pour un petit établissement, de signer rapidement une convention tripartite afin d'étendre sa capacité d'hébergement peut être vécue comme une contrainte lourde. En effet, les efforts consentis peuvent être brutalement compromis par la remise en cause, par le gouvernement, des financements alloués au secteur des personnes âgées dépendantes. S'il est certain que la procédure de conventionnement est très astreignante pour les petites structures, elle peut cependant constituer une véritable opportunité pour le lancement d'une démarche d'amélioration de la qualité.

Les dysfonctionnements, mis collectivement en évidence lors de l'autoévaluation préalable à la convention, peuvent faciliter une prise de conscience quant à la nécessité d'améliorer les services prodigués aux personnes âgées. Dans un établissement vierge de toute réflexion collective sur la qualité des prestations, l'amorce d'une démarche qualité doit à mon sens éviter les pièges d'une formalisation excessive. Au management par la qualité totale, le directeur privilégiera le changement de culture et orientera son équipe vers la satisfaction des besoins de l'usager. Si le personnel adhère aux valeurs qui doivent guider son intervention, s'il a clairement conscience des objectifs vers lesquels doit tendre l'organisation, le pari de la qualité est déjà à moitié gagné. La mise en place d'outils servant à planifier les actions à réaliser, à mesurer régulièrement leur degré de réalisation, et à déterminer les actions correctives nécessaires est indispensable pour la poursuite de la démarche. La valorisation régulière des résultats obtenus est de nature à encourager le personnel dans la voie du progrès.

La pérennisation de la démarche qualité ne dépend pas exclusivement du montant des financements octroyés dans le cadre de la convention tripartite. Les pouvoirs publics doivent certes montrer l'importance qu'ils accordent au secteur des personnes âgées en lui donnant les moyens de fonctionner. La polémique liée à la surmortalité durant l'été 2003 servira peut-être de levier pour moderniser le secteur, si des financements suffisants sont accordés aux moins bien lotis des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Mais l'argumentation financière ne doit pas servir à dédouaner le conseil d'administration et le directeur du rôle qu'ils ont à jouer, par leur engagement sans faille dans l'amélioration constante des services proposés aux personnes âgées.

Glossaire

Auto-évaluation : "Méthode permettant à une équipe de réaliser elle-même un diagnostic par rapport à un référentiel déterminé. Elle peut porter soit sur une activité d'un service, soit sur un thème transversal, soit sur un établissement dans sa globalité. L'auto-évaluation est une aide à l'élaboration de plans d'amélioration continue de la qualité"¹¹⁸.

Audit : "processus méthodique, indépendant et documenté permettant d'obtenir des preuves d'audit et de les évaluer de manière objective pour déterminer dans quelle mesure les critères d'audit sont satisfaits".¹¹⁹

La norme précise que "les audits internes, parfois appelés "audits première partie" sont réalisés par, ou au nom de, l'organisme lui-même pour des raisons internes et peuvent constituer la base d'une autodéclaration de conformité". Par ailleurs, elle indique que "les audits externes comprennent ce que l'on appelle généralement les "audits seconde ou tierce partie". Les audits seconde partie sont réalisés par des parties, telles que des clients, ayant un intérêt dans l'organisme, ou par d'autres personnes en leur nom. Les audits tierce partie sont réalisés par des organismes externes indépendants. De tels organismes fournissent l'enregistrement ou la certification de conformité à des exigences comme celles de l'ISO 9001 et de l'ISO 14001".

Clapet anti-retour : C'est un système qui conduit à maintenir la prise en charge par l'assurance maladie de financements qui, du fait de l'application de la réforme tarifaire, auraient dû être imputés à la section tarifaire dépendance. Ce transfert aurait généré une charge supplémentaire pour les résidents (partiellement compensée par l'APA).

[Le bénéfice du clapet anti-retour est actuellement remise en cause].

Effet mécanique : L'application de la réforme de la tarification conduit parfois à constater que les dépenses précédemment prises en charge par le Conseil Général sur le budget hébergement devraient être financées par l'assurance maladie : la section tarifaire "soins" est alors réévaluée lors de la signature de la convention tripartite.

¹¹⁸ De CHAMBERINE S., HUCHET A., LAMY A., Les Guides de l'AP-HP – « Comment élaborer un référentiel qualité : de la théorie à la pratique » - Paris - AP-HP - Editions LAMARRE - 2002

¹¹⁹ AFNOR - NF EN ISO 9000 - Systèmes de management de la qualité - Principes essentiels et vocabulaire". Paris - AFNOR – Décembre 2000

Efficacité : "niveau de réalisation des activités planifiées et d'obtention des résultats escomptés"¹²⁰.

Efficience : "rapport entre le résultat obtenu et les ressources utilisées".¹²¹

Evaluation : "Processus systématique consistant à mesurer l'écart entre les objectifs prédéterminés et leur niveau de réalisation.

L'évaluation concerne les moyens utilisés et les résultats constatés"¹²².

Indicateur : "Selon la norme ISO 8402, un indicateur est une "information choisie, associée à un phénomène, destinée à en observer périodiquement les évolutions au regard d'objectifs périodiquement définis". Suivant cette définition, l'existence d'informations numériques et répétées est donc nécessaire pour qu'une information quantitative soit qualifiée d' "indicateur".

Au total, un indicateur est une variable qui décrit un élément de situation ou une évolution d'un point de vue quantitatif.

C'est un outil d'aide à la décision, dont l'utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif et se situe dans un contexte donné.

L'indicateur n'a d'intérêt que par les choix qu'il aide à faire dans ce cadre." ¹²³

Maîtrise de la qualité : "partie du management de la qualité axée sur la satisfaction des exigences pour la qualité"¹²⁴.

Objectifs qualité : "ce qui est recherché ou visé relatif à la qualité."¹²⁵

La norme précise que "les objectifs qualité sont généralement fondés sur la politique qualité de l'organisme" et qu'ils sont "généralement spécifiés pour des fonctions et niveaux pertinents dans l'organisme".

Planification de la qualité : "partie du management de la qualité axée sur la définition des objectifs qualité, et la spécification des processus opérationnels et des ressources afférentes pour atteindre les objectifs qualité".

¹²⁰ Norme NF EN ISO 9000 – Op. Cit.

¹²¹ Norme NF EN ISO 9000 – Op. Cit.

¹²² De CHAMBINE S., HUCHET A., LAMY A., Op. Cit.

¹²³ ANAES - "Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé - Principes généraux" - ANAES - Mai 2002 (document téléchargeable sur le site de l'ANAES : www.anaes.fr)

¹²⁴ Norme NF EN ISO 9000 – Op. Cit.

¹²⁵ Norme NF EN ISO 9000 – Op. Cit.

Politique qualité : "orientations et intentions générales d'un organisme relatives à la qualité telles qu'elles sont officiellement formulées par la direction ." ¹²⁶

La norme précise que "la politique qualité est généralement cohérente avec la politique générale de l'organisme et fournit un cadre pour fixer des objectifs qualité".

Tarification : La réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes conduit au passage d'un budget binaire à un budget ternaire.

Budget binaire - le budget alloué à l'établissement comporte :

- *un tarif hébergement*, arrêté par le Président du Conseil Général, à la charge de l'utilisateur ou de l'aide sociale à l'hébergement.
- *une dotation pour les soins*, arrêtée par les services déconcentrés de l'Etat (DDASS concernant les maisons de retraite), à la charge de l'assurance maladie.

Budget ternaire – Il comporte pour sa part trois éléments de tarification :

- *un tarif hébergement*, arrêté par le Président du Conseil Général, à la charge de l'utilisateur ou de l'aide sociale à l'hébergement. Ce tarif recouvre les prestations suivantes : administration générale, accueil hôtelier, restauration, entretien, animation et vie sociale.
- *un tarif dépendance*, également arrêté par le Président du Conseil Général, à la charge de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie et de l'Usager. Ce tarif comprend l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accompagnement des actes essentiels de la vie qui ne sont pas liés aux soins. Ces prestations correspondent aux surcoûts hôteliers, directement liés à l'état de dépendance des personnes âgées : interventions relationnelles, animation et aide à la vie quotidienne et sociale, prestations de services hôteliers et fournitures diverses concourant directement à la prise en charge de l'état de dépendance.
- *une dotation pour les soins*, arrêtée par les services déconcentrés de l'Etat (DDASS concernant les maisons de retraite), à la charge de l'assurance maladie. Cette dotation comprend les soins de base, c'est à dire les activités de nursing telles que les soins d'entretien et de continuité de la vie, les soins d'hygiène et de confort. Elle comprend également les soins techniques qui recouvrent les prestations liées aux affections somatiques et psychiques (actes et prescriptions médicales, prestations paramédicales [hormis les soins de base], les médicaments, les examens de biologie et de radiologie. ¹²⁷

¹²⁶ Norme NF EN ISO 9000 – Op. Cit.

¹²⁷ Source : « La réforme de la tarification des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes » ENSP – Formation MARTHE – Avril 2002

Bibliographie

Ouvrages et rapports :

- AFNOR - ISO 8402 - Gérer et assurer la qualité - Tomes 1 et 2 - Paris - AFNOR - 1994
- AFNOR FD S 99-132 - Méthodologie d'identification des critères de qualité et de construction, mise en place et suivi d'indicateurs pour les établissements de santé - Paris - AFNOR - Avril 2000
- AFNOR FD X 50-171 Système de management de la qualité - Indicateurs et tableaux de bord - Paris - AFNOR - Juin 2000
- AFNOR - NF EN ISO 9000 - Systèmes de management de la qualité - Principes essentiels et vocabulaire - Paris - AFNOR - Décembre 2000 (30 p)
- AMYOT J.J. –VILLET A. – Fondation de France - Risques, responsabilité, éthique dans les pratiques en gérontologie – Editions DUNOD – Action Sociale – 2001 (204 p.)
- ANAES - Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée – ANAES - Octobre 2000
- ANAES - Guide méthodologique d'identification des critères de qualité concernant la construction, et l'élaboration des indicateurs dans le domaine de la santé - ANAES - Mai 2002 (39 p.)
- ARGOUD D. – Politique de la Vieillesse et décentralisation – Les enjeux d'une mutation – Pratiques du champ social – Editions ERES – 1998 (224 p.)
- BADEY-RODRIGUEZ C. - La vie en maison de retraite- Comprendre les résidents, leurs proches et les soignants, Albin Michel – 2003 (245 p.)
- BRAMI G. - La médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées – Berger Levrault – Documents Santé – octobre 1994 (204 p.)
- BRAMI G. – Droits et libertés des personnes âgées dépendantes – Berger Levrault -Questions sociales – septembre 1995 (205 p.)
- BRAMI G. – La qualité de vie dans les établissements pour personnes âgées - Berger Levrault - Repère Age – juillet 1997 (133 p.)
- BRAMI G. – Le projet institutionnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées - Berger Levrault - Repère Age août 2001 (218 p.)
- BRAMI G. – La nouvelle tarification dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées - Berger Levrault - Repère Age - octobre 2001 (398 p.)

- De CHAMBINE S., HUCHET A., LAMY A. , « Comment élaborer un référentiel qualité : de la théorie à la pratique » - Les guides de l'AP-HP – Paris – AP-HP – Editions LAMARRE - 2002
- De HENNEZEL Marie – La mort intime – Editions Robert LAFFONT – 1995 (231 p.)
- DELNATTE J.C., HARDY J.P. La réforme financière des EHPAD depuis l'allocation personnalisée d'autonomie, Editions ENSP, Gestion Santé Social, 2^{ème} édition – 2002 (205 p.)
- DERENNE O., LUCAS A., Manuel de gestion des ressources humaines dans la Fonction Publique Hospitalière - Tome 2: le Développement des Ressources humaines - Editions ENSP.
- DUCALET Ph. – LAFORCADE M. – Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales – Sens, Enjeux et méthodes - Paris - Editions Seli Arslan – Penser l'action sanitaire et sociale – Septembre 2000 (272 p.)
- DUPRE – LEVEQUE Delphine – Une ethnologue en maison de retraite – édition des archives contemporaine – 2001 (119 p.)
- FONDATION DE FRANCE – Projet de vie – Des démarches et des acteurs pour mieux vivre ensemble en établissement – Une étude du réseau de consultants en gérontologie – Septembre 1995 (95 p.)
- GASQUET I., DEHE S., Assistance Publique - Hôpitaux de Paris - Direction de la Politique Médicale - Proposition d'un dispositif de la mesure de la satisfaction des usagers en Gérontologie - Analyse des résultats de deux enquêtes auprès des patients et de leur visiteurs - février 2001 (33 p.) et
Assistance Publique - Hôpitaux de Paris - Direction de la Politique Médicale- Mesure de la satisfaction des usagers des services de Gérontologie SSR et SLD de l'AP-HP - Procédure d'enquête de satisfaction des patients et de leurs visiteurs - novembre 2001 (23 p.)
- GUINCHARD-KUNSTLER . Vieillir en France - Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie. - Rapport à Monsieur le Premier ministre - Juin 1999 (102 p. hors annexes)
- LABAYLE D. – La vie devant nous – Enquête sur les maisons de retraite – SEUIL – L'épreuve des faits - février 1995 (277 p.)
- LACAN J.F., Scandales dans les maisons de retraite – Albin Michel – Paris – 2002 (252 p.)
- RACINE G. – La démarche qualité dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (2^{ème} édition) - Berger Levraut - Repère Age - octobre 2001 (197 p.)
- VERCAUTEREN R. – CHAPELEAU J. – Evaluer la qualité de vie en maison de retraite - Toulouse - Pratiques du champ social - Editions ERES – 1995 (168 p.)
- VERCAUTEREN R. – VERCAUTEREN M. C. - CHAPELEAU J. – Construire le projet de vie en maison de retraite - Pratiques du champ social – Editions ERES - 1993 (217 p.)

Mémoires :

- CLOUIN Céline - Le personnel et le projet de vie en maison de retraite – Le cas de la maison de retraite du Teilleul – Mémoire de DESMS – Promotion 1998-1999 – ENSP
- De GUENYVEAU G. - Les conventions pluriannuelles tripartites : outils d'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées accueillies en établissement d'hébergement – Mémoire d'IASS - Promotion 1998-2000 – ENSP
- GILARDI Hugo - La réforme de la tarification des EHPAD - Mémoire d'IASS – ENSP- 2000
- LACARRIERE Sylvie - Le projet de vie pour une meilleure qualité de vie en institution – Mémoire de DESS – Promotion 1998-1999 - ENSP
- LENEN P.Y. - La commission de suivi de la réforme de la tarification dans le Morbihan : un outil de pilotage efficient - Mémoire d'IASS - Promotion 2000-2002 - ENSP
- MASSONNAT Géraldine - La mise en place du médecin coordinateur en EHPAD dans la Région Rhône Alpes – Mémoire d'IASS 2001-2003 – ENSP 2002
- MAUNIER Sophie – Faire respecter les droits et libertés des résidents en maison de retraite : enjeux et contraintes institutionnelles – Mémoire de DESS – Promotion 1998-1999 - ENSP
- PORTAIL Sandrine - Le projet au service du changement et de la qualité : de l'institutionnel à l'individuel - l'exemple de l'Institut Médico - Educatif départemental de Coutras – Mémoire de DESMS – Promotion 1998-1999 – ENSP
- REGENT Elie – La redéfinition de la prise en charge de la personne âgée désormais au centre des préoccupations en institution – Une lente application au centre gériatrique du RAIZET – Mémoire de DESS – Promotion 2000-2001 – ENSP
- SACRISTE Dominique - Développer le projet personnalisé, levier de resocialisation de la personne âgée en maison de retraite - Mémoire de CAFDES – 2000 – ENSP
- La démarche qualité dans les établissements de santé : objet de réponse formel à l'accréditation ou outil de réforme des pratiques professionnelles ? Module Interprofessionnel de Santé Publique - Animateur : Franck LEDUFF – 2002 – ENSP (57 p.)
- La qualité dans les établissements et services médico-sociaux : outils et management - Module Interprofessionnel de Santé Publique - Animateurs : Joël CLEMENT, René CLOUET – Bernard LUCAS – 2002 – ENSP (38 p.)

Articles :

- PERROT M., ANSQUER J., VALLEE J. C., TRILLY Y., RIOU M. Th. – Le projet de vie des services de personnes âgées du Centre Hospitalier de Douarnenez – Techniques Hospitalières n° 567 – Décembre 1992
- LOZEAU D., « L'effondrement tranquille de la qualité : résultats d'une étude réalisée dans douze hôpitaux publics du Québec. » - Ruptures, revue transdisciplinaire en Santé - Vol 3. N° 2 – Québec – 1996 – (p. 187 à 208)
- MOLLIER A. GUCHER C. - Les enjeux du projet de vie en établissement – Gestions Hospitalières- Mars 1999 – (p. 164 à 167)
- Groupe Laënnec - "Accompagner les restructurations ... Carnets de route". - Gestions Hospitalières n° 385 - Avril 1999 (p 6-261 à 265)
- KOURILSKY F., " Comment ne pas bloquer le changement?" Gestions Hospitalières n° 385 - Avril 1999 (p. 266 et 267)
- ARGOUD D. - Du projet de vie aux Projets d'animation – Gériologie et Société n° 96 Mars 2001
- BRAMI G. La réforme de la tarification : pour qui ? Pour quoi ? – Gestions Hospitalières – Mars 2001 (p. 161 à 164)
- Radiographie d'une réforme : la loi du 2 janvier 2002 - Revue Hospitalière de France - n° 488 - septembre - octobre 2002
- GAUHIER P. - Orientations en matière de la planification : nouveautés et limites - Revue Hospitalière de France - n° 488 - septembre - octobre 2002
- LASTERADE J., Les maisons de retraite refusent de baisser les bras - Libération du 18 mars 2003
- MATHIEU M., Colère dans les maisons de retraite contre le gel de la modernisation - et MA M. « Ne pas prendre cinq minutes pour parler c'est déjà de la maltraitance » - Le Monde, 19 mai 2003.
- Sciences et Avenir - n° 674 - avril 2003 - Seniors, Des urgences aux maisons de retraite, les meilleurs services - p 38 à 63

Textes législatifs et réglementaires :

- Loi n° 71-575 du 16 juillet 1971 portant organisation de la Formation Professionnelle Continue.
- Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- 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.
- Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Décret 90-319 du 5 avril 1990 modifié relatif à la formation professionnelle continue des agents de la Fonction Publique Hospitalière.
- Décret 99-317 du 27 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (modifié par le décret par le décret 2001-388 du 4 mai 2001).
- Décret 2002-194 du 11 février 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.
- Arrêté du 22 juillet 1994 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant et au certificat d'aptitude aux fonctions d'auxiliaire de puériculture ;
- 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.
- Circulaire DAS n° 91-01 du 22 janvier 1991 et circulaire DASD n° 92-36 du 21 décembre 1992 relative aux taux d'évolution des budgets des établissements sociaux et médico-sociaux sous compétence tarifaire de l'État pour 1993 et aux modalités de déroulement de la campagne budgétaire.
- Circulaire DGS/PS3/DH/FH1 n° 96-31 du 19 janvier 1996, relative au rôle et aux missions des aides soignants et des auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers
- Circulaire DH/FH3 n° 96-124 du 20 février 1996 relative à la définition d'interventions visant à renforcer la motivation du personnel des établissements publics de santé qui travaillent auprès des personnes âgées, à valoriser ce secteur et à le rendre plus attractif.
- Instruction DGAS/DHOS/DSS/MARTHE n° 2003-20 du 13 janvier 2003 relative à la négociation des conventions tripartites au bénéfice des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
- Circulaire DHOS/O3/DGAS/AVIE n° 2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local.
- Circulaire DHOS/F2/MARTHE/DGAS/DSS 1 A n° 2003-269 du 30 mai 2003 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2003 dans les établissements et services médico-sociaux

et sanitaires accueillant des personnes âgées, parue au Bulletin Officiel Solidarité et Santé n° 2003-26.

Autres ouvrages et documents :

- Améliorer la Qualité en E.H.P.A.D. Guide d'accompagnement ANGELIQUE, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, MARTHE - ENSP - juin 2000.
- Observatoire Régional de Santé d'Ile de France - Guide des services de soins et d'aide à domicile des personnes âgées - Ile de France 2002
- République Française, AHRIF (Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile de France) - Schéma régional d'organisation sanitaire relatif à la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital en Ile de France - janvier 2003
- Discours [du Premier ministre] lors de la synthèse des Assises des libertés locales à Rouen - 28/02/2003)- www.premier-ministre.gouv.fr

Sites Internet :

Site de Agevillage : www.agevillage.com

Site de l'ANAES : www.anaes.fr

Site de la FHF : www.fhf.fr

Site de l'INSEE concernant les données du recensement : www.recensement.insee.fr

Site du Premier ministre : www.premier-ministre.gouv.fr

Liste des annexes

Annexes non publiées

Annexe 1 : Sommaire et conclusion du Projet d'Etablissement de la Résidence “La Méridienne” pour 2004-2008

(les valeurs guidant la prise en charge des personnes âgées dépendantes apparaissent dans la politique d'accueil de la Résidence « La Méridienne », ainsi que dans le projet de vie et le projet de soins.)

Annexe 2 : Fiche-type remplie pour chaque action prioritaire du Projet d'Établissement

Annexe 3 : Transparents de présentation du Projet d'Etablissement 2004-2008 de la Résidence “La Méridienne” devant le Comité Technique Paritaire et le Présient du Conseil d'Administration