



**Directeurs d'établissements sanitaires
et sociaux publics**

Promotion : **2007-2008**

Date du Jury : **décembre 2008**

**Les jeux de pouvoir dans la préparation et la
négociation de la convention tripartite :
Un lien entre l'intérieur et l'extérieur de
l'établissement**

*L'exemple des EHPAD de la fonction publique
hospitalière en Haute-Savoie*

Aurélia AEBISCHER

Remerciements

Merci à la direction du Centre Hospitalier Intercommunal Annemasse Bonneville, et plus particulièrement au directeur des EHPAD, Jean-Paul Vial.

Merci aux personnes qui ont bien voulu me consacrer du temps lors des entretiens : Raymond Bordin, de la DDASS ; Hervé Compagne et le docteur Nicole VIDAL, du Conseil Général ; et tous les directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de Haute-Savoie rencontrés.

Merci à l'équipe du Master Villes, Territoires, Solidarités de l'Institut d'Etudes Politiques de Grenoble, et plus particulièrement à Philippe Zittoun, mon directeur de mémoire.

Merci à l'équipe du « module mémoire » de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, et à Claudine Hemery, pour ses conseils avisés.

Merci aux agents des EHPAD du Centre Hospitalier Intercommunal Annemasse Bonneville, à Loïc Taillefumier, et au personnel de l'EHPAD « Vivre Ensemble » à Saint-Pierre en Faucigny, qui m'ont réservé un accueil de qualité et se sont engagés avec énergie dans les démarches de renouvellement des conventions tripartites. Merci aussi aux membres des Conseils d'Administrations de ces deux structures, qui m'ont ouvert leurs portes.

Merci enfin à Catherine, Marc et Christian, pour leur relecture attentive et critique.

Sommaire

Introduction	1
Chapitre Un : la réforme de la tarification des EHPAD à la source des conventions tripartites : le point sur les acteurs haut-savoyards	13
1 De la réforme aux conventions tripartites	13
1.1 La mise en place de mécanismes complexes.....	13
1.1.1 Les bases de la réformes de la tarification	13
1.1.2 Une complexité critiquée par les acteurs de terrain.....	15
1.2 La place de la convention tripartite dans ce dispositif	16
1.2.1 La convention, un élément nécessaire de la réforme de la tarification ?	17
1.2.2 L'outil aux multiples vertus.....	18
1.2.3 Le cahier des charges de l'arrêté du 26 avril 1999	19
2 Le poids des instruments : GMP, PMP et autres ANGELIQUES	20
2.1 Le GIR, le GMP et la DOMINIC+35	20
2.2 L'introduction du Pathos : le signe d'un changement important	22
2.2.1 La difficulté du changement.....	22
2.2.2 Pathos : reflet ou occasion d'un profond changement ?	23
2.3 ANGELIQUE, l'instrument clé des conventions tripartites	23
2.3.1 Un instrument omniprésent.....	24
2.3.2 Un guide qui couvre un large champ	24
2.3.3 Un instrument qui ne peut pas être neutre.....	25
3 Le paysage haut-savoyard des conventions tripartites	25
3.1 Les acteurs et la scène.....	26
3.1.1 La Haute-Savoie, département jeune qui vieillit rapidement.....	26
3.1.2 Les spécificités du marché de l'emploi	26
3.1.3 Les trois parties à la convention	27
3.2 Les choix stratégiques locaux.....	27
3.2.1 La mise en place d'outils propres	27
3.2.2 Des conventions pour tous les établissements, avant le 31 décembre 2007	28
3.2.3 La renégociation annuelle de l'annexe financière.....	29

Chapitre Deux : La construction de la convention tripartite déterminée par le statut de l'établissement ?	33
1 Le parcours de la convention tripartite est influencé par le statut de l'EHPAD.....	33
1.1 La préparation des conventions tripartites : les EHPAD hospitaliers, mieux armés que les structures autonomes	33
1.2 La négociation : la fin de l'avantage pour les établissements hospitaliers ?	36
1.3 Le suivi de la convention tripartite, plus difficile dans les établissements autonomes	38
2 D'autres variables internes à l'établissement affectent le parcours de la convention	38
2.1 La nécessité de la participation des équipes tout au long de l'histoire de la convention	39
2.2 Le directeur, une « variable » essentielle aux yeux des autorités de tarification	41
Chapitre Trois : la négociation de la convention, un échange entre partenaires inégaux ?	43
1 Des débats dans un même « monde »	43
1.1 Trois acteurs dans le « monde civique »	43
1.2 Un objectif commun : le bien-être des personnes âgées	44
1.3 Les rapports entre les parties à la convention tripartite : des relations apaisées	47
1.3.1 Une « bonne entente » relevée par tous	47
1.3.2 Des stratégies de négociation fondées sur ces rapports cordiaux	48
2 La DDASS, acteur dominant des négociations.....	49
2.1 La DDASS reste maître du jeu, malgré un contexte difficile	50
2.1.1 La perspective de la dilution dans les agences régionales de santé (ARS) et la multiplicité des rôles des DDASS.....	50
2.1.2 La maîtrise de deux incertitudes majeures donne du pouvoir à la DDASS dans la négociation	51
2.2 Le Conseil Général a fait le choix de ne pas se rendre indispensable	53

2.2.1	Le contexte est favorable à la collectivité départementale	53
2.2.2	Une position « en retrait » qui s'explique par différents facteurs	54
2.3	Les directeurs d'établissements sur la défensive	55
2.3.1	Autonomie et capacité d'initiative de l'établissement.....	56
2.3.2	Les directeurs dans une posture de « réponse à des remarques ».....	57
2.3.3	Des stratégies pour prendre sa place dans la négociation	58
Chapitre Quatre : La « légitimité réciproque » de la convention, instrument du directeur d'établissement		61
1	Les appuis dans l'établissement donnent du pouvoir au directeur dans la négociation de la convention tripartite	61
1.1	Un diagnostic approfondi, préalable à l'amélioration de la qualité grâce à la convention tripartite	61
1.2	La bonne connaissance par le directeur de son établissement, principale attente des financeurs.....	63
1.3	Des stratégies de négociation utilisent cette bonne connaissance de l'établissement.....	65
2	L'importance de la convention, un outil au sein l'établissement	67
2.1	La convention, un possible paravent.....	67
2.2	La convention tripartite, un moyen de donner du poids aux projets de l'établissement.....	68
2.3	Un outil pour le management des équipes.....	69
Chapitre Cinq : De quelques implications professionnelles de ce mémoire		71
1	Des pistes pour l'élaboration d'une convention tripartite.....	71
1.1	L'importance d'un diagnostic partagé de qualité	71
1.2	Préparer la discussion avec les financeurs : savoir développer, mobiliser et organiser les compétences	73
2	Quelques stratégies du directeur dans la négociation.....	75
2.1	Les stratégies appuyées sur des arguments financiers	75
2.2	Mettre en avant une communauté de vues	76
2.2.1	Les valeurs partagées.....	77
2.2.2	Faire siennes les préoccupations essentielles des partenaires.....	77
2.2.3	Valoriser les actions qui répondent aux intérêts « du moment » des financeurs.	77

2.3	Afficher et mobiliser une bonne connaissance de son établissement	78
3	Quelques usages de la convention tripartite.....	78
3.1	La convention tripartite comme élément-clé de la démarche qualité	79
3.2	Manager à l'aide de la convention tripartite.....	80
3.2.1	Les enjeux du management pour la qualité.....	80
3.2.2	Quelques apports de la convention tripartite	80
3.3	La convention tripartite, un mouvement du métronome qui rythme la vie d'un établissement.....	81
	Conclusion.....	83
	Sources et Bibliographie	85
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANESMS : Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale
ANGELIQUE : Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
CANTOU : Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CHIAB : Centre Hospitalier Intercommunal Annemasse Bonneville
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DOMINIC : Dotation MINImale de Convergence
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETP : Equivalent temps plein
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : Gir Moyen Pondéré
GMPS : Gir Moyen Pondéré Soins
GVT : Glissement Vieillesse Technicité
HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
PMP : Pathos Moyen Pondéré
PSD : Prestation Spécifique Dépendance
SNGC : Syndicat National de Gérontologie Clinique

Introduction

Le vieillissement de la population française (en 2050, un habitant sur trois aura plus de 60 ans¹) interroge la société sur ses capacités de prise en charge de personnes de plus en plus dépendantes.

Le mouvement de décentralisation, accentué avec la loi libertés et responsabilités locales du 13 août 2004, modifie la répartition des tâches entre les différents niveaux de gouvernement.

La concomitance de ces deux phénomènes souligne l'importance et la complexité des enjeux qui se nouent dans l'organisation locale de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Une comparaison européenne montre d'ailleurs que les mouvements de décentralisation/recentralisation de cette organisation sont nombreux. La question du niveau de gouvernement adapté dans ce champ ne semble pas résolue².

En France, c'est à l'échelon départemental que se joue la plus grande part de la structuration du secteur personnes âgées. En effet, malgré les récents débats sur les futures agences régionales de santé³, ce sont encore les services déconcentrés de l'Etat dans le département qui portent les thématiques sociales et médico-sociales, et donc la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Les Conseils Généraux, eux, ont la responsabilité de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), des soins à domicile, et de la coordination gérontologique.

En ce qui concerne les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)⁴, l'autorisation d'ouverture est délivrée conjointement par le préfet de département et le président du Conseil Général⁵. Cette autorisation est valable pour 15 ans. L'ouverture est aussi soumise à une visite de conformité de ces deux autorités, à laquelle elles associent les représentants de la caisse régionale d'assurance maladie⁶. DDASS et Conseil Général sont également habilités à réaliser des fermetures

¹ Chiffres issus d'une étude de l'INSEE publiée le 29 mai, reprise par le monde.fr le 29 mai 2008, non encore disponible dans son intégralité sur Internet.

² AEBISCHER A. Rapport de stage international. Unité politiques de santé et équité, bureau européen de l'Organisation Mondiale de la Santé. Rennes : EHESP, 2007, 11p.

³ Cf. par exemple : LESPEZ, V. « Le médico-social est-il soluble dans les ARS ? ». Le Mensuel des maisons de retraite, mars 2008, n°109, pp 6-7.

⁴ Ceux-ci entrent dans le champ de l'alinéa 7 de l'article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

⁵ LHUILLIER, J-M. *Le droit des établissements et des services sociaux et médico-sociaux*. Document de travail. Rennes : ENSP, 2007, 240 p, p 104.

⁶ Idem, p 106.

administratives pour les établissements ouverts sans autorisation, ou des fermetures au titre de l'ordre public⁷.

Les relations entre les établissements, la DDASS et le Conseil Général sont formalisées tous les cinq ans dans un document préparé par ces trois parties et signé par le directeur de l'établissement, le préfet et le président du Conseil Général : la convention tripartite. Cette convention semble constituer le point d'orgue des rapports entre ces trois entités. Instaurée par la loi du 24 janvier 1997, précisée par les décrets du 26 avril 1999 et l'arrêté du 26 avril 1999, la convention tripartite participait d'une réforme plus profonde des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes⁸. Le texte initial, la loi de 1997, prévoyait que l'ensemble des établissements devait avoir signé une convention avant le 31 décembre 1998. Après trois reports, c'est finalement la date du 31 décembre 2007 qui a été retenue.

Pourtant en mars 2007, près de 30% des places dans les établissements français n'étaient pas encore conventionnées⁹. En Haute-Savoie, tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sauf un avaient signé une convention tripartite à la fin de l'année 2007. Cela leur a permis d'éviter des sanctions tarifaires.

Un stage de directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social dans ce département a permis de s'interroger sur ces conventions, et sur leur place dans les relations entre établissements, DDASS et Conseil Général.

La confrontation avec le terrain d'enquête avait en effet fait émerger un étonnement, lié au décalage entre deux discours a priori incompatibles tenus par les mêmes directeurs d'établissements. D'une part, ceux-ci affirment que les conventions ne sont qu'une « formalité », que les moyens accordés ne sont que le résultat de calculs purement mathématiques, et que de toute façon les conventions ne garantissent pas les financements, puisque ceux-ci sont revus chaque année¹⁰. D'autre part, les directeurs semblent accorder une importance forte à ces conventions, se disent « frustrés » s'ils n'ont pas pu mener une démarche de conventionnement de bout en bout, et consacrent du temps et de l'argent à la préparation des conventions tripartites¹¹.

⁷ Idem, p 161-162.

⁸ Réforme examinée dans le chapitre Un.

⁹ LAMPERT, S. « Tarification des EHPAD : La réforme à marche forcée ». *La Gazette Santé-Social*, janvier 2008, n°37, pp 16-17.

¹⁰ Notamment, entretiens n°2 et 4 ; carnet de bord.

¹¹ Notamment, entretiens n°1,2, 4 ; carnet de bord.

Une étude plus approfondie a permis de percevoir qu'un travail sur les conventions impliquait non seulement une réflexion sur les relations entre le directeur et les autorités de tarification, mais aussi une étude à l'intérieur de l'établissement. En effet, la préparation des conventions entraîne une mobilisation des agents dans la structure, voire même des résidents et des familles. En aval, la convention a des conséquences directes sur les usagers et les membres du personnel.

Se pencher sur un outil comme celui constitué par les conventions tripartites, ce n'est donc pas « oublier » les usagers. Si ceux-ci n'apparaissent pas directement dans les premiers chapitres du travail présenté ici, c'est bien la qualité du service rendu qui est en jeu. La partie de ce mémoire consacrée aux préconisations professionnelles montrera que, loin de la relégation à l'arrière-plan, c'est au contraire un recentrage sur l'utilisateur qui peut résulter de cette démarche de conventionnement.

Dans le même temps, à travers la posture de « chercheuse » adoptée ici, le regard est bien porté sur un élément qui concerne directement le directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social. La convention est en effet préparée, négociée, et signée par le directeur lui-même. Elle engage ses compétences dans de nombreux domaines : gestion d'équipe et management, représentation, négociation, mais aussi prévision et anticipation, gestion de projets, etc.

En Haute-Savoie, les conventions tripartites sont des documents qui comptent en général 5 à 10 pages et des annexes¹². Un plan type avait été distribué pour la signature des premières conventions par les autorités de tarification (DDASS et Conseil Général)¹³. Il n'a pas été modifié depuis :

I. Contenu Général

Dont : forces et faiblesses de l'établissement

II. Objectifs généraux et opérationnels de l'établissement pour les 5 ans à venir

Référence aux fiches actions

III. Modalités financières (renvoie aux arrêtés annuels)

IV. Evaluation

V. Durée de la convention

VI. Modalité de résiliation

VII. Renouvellement

Annexes : Modalités de calcul des tarifs

Arrêté de tarification pour l'année en cours

Fiches-actions

¹² Etude des conventions signées fin 2007 et début 2008 en Haute-Savoie, et de conventions signées en 2004 dans trois EHPAD.

¹³ Cette appellation d' « autorités de tarification », communément admise pour désigner le statut de la DDASS et du Conseil Général vis-à-vis des établissements, résulte de la réforme de la tarification menée à la fin des années 1990. Celle-ci est expliquée dans le chapitre 1.

Les conventions sont signées par des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes¹⁴, qui peuvent être de statuts variés. Certains sont gérés directement par les centres communaux d'action sociale (CCAS) des municipalités. La gestion du personnel de ces établissements respecte alors les règles de la fonction publique territoriale. D'autres établissements sont privés, à but non lucratif (souvent gérés par des associations), ou à but lucratif : ceux-ci sont soumis au code du travail. Ensuite, certains établissements sont des établissements publics autonomes rattachés à une commune ou une intercommunalité. D'autres structures enfin sont publiques, mais dépendent d'un centre hospitalier, elles n'ont donc pas de personnalité juridique propre. Ces deux dernières catégories d'établissements sont celles où exercent des personnels relevant de la fonction publique hospitalière. C'est donc là où seront amenés à travailler les directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Le travail de recherche présenté ici a en conséquence limité sa portée à ces deux types d'institutions : établissements publics autonomes et établissements publics rattachés à un centre hospitalier. Ils sont 21 en Haute-Savoie (8 publics autonomes et 13 publics hospitaliers).

Les services de la direction de la gérontologie et du handicap du Conseil Général comptent 120 personnes, dont une majorité sont situées sur dans cinq pôles répartis sur le territoire du département et une minorité au siège, à Annecy. Au niveau central, c'est le service des établissements et des organisations qui s'occupe des conventions tripartites, en lien avec le service du contrôle médical des établissements¹⁵.

A la DDASS de la Haute-Savoie, qui compte 80 agents environ, un inspecteur des affaires sanitaires et sociales est plus particulièrement en charge du suivi des conventions tripartites. Il est aidé dans cette tâche de deux agents administratifs. Le médecin inspecteur de la DDASS est aussi sollicité dans la démarche de conventionnement des établissements.

La présente étude s'est limitée au territoire haut-savoyard, qui correspond au terrain de stage et qui compte un nombre relativement important de structures publiques (70% des EHPAD du département sont des établissements publics). De plus, comme la quasi-totalité des structures a signé une convention tripartite, des éléments de comparaison entre établissements étaient disponibles.

¹⁴ Depuis peu, les unités de soins de longue durée et les foyers logements doivent eux aussi signer des conventions tripartites, mais très peu d'entre elles sont déjà signées, et le processus est loin d'être stabilisé.

¹⁵ Entretien n°5.

En revanche, il semblait trop ambitieux de lancer une étude comparative entre différents départements pour un travail de cette ampleur. Cette démarche présenterait pourtant un intérêt certain, et les résultats exposés dans ce mémoire gagneraient à être analysés au regard d'éléments sur la situation dans d'autres territoires.

Pour autant, l'étude menée a permis d'examiner de près les conventions tripartites, et de préciser les liens entre ces outils et les rapports de pouvoir qui existent autour de l'établissement. Il semble que la réponse à l'interrogation présentée plus haut sur le décalage entre deux discours –a priori- opposés des directeurs d'établissement, se trouve dans la notion de pouvoir.

En effet, les directeurs, évoquant les conventions tripartites, utilisent des expressions comme « on tient bon »¹⁶, « [la convention tripartite] c'est un moyen de contrôle »¹⁷, « ça peut servir de prétexte »¹⁸, « on a eu des réunions de calage avec la DDASS et le Conseil Général, pour fixer un petit peu ce qui était attendu de nous »¹⁹, « Enfin, on est tombés d'accord assez rapidement sur (...) »²⁰, « Et j'ai dit : « Mais quand est-ce qu'on discute ? » »²¹.

Dans le même temps, les financeurs indiquent : « On invite l'établissement à utiliser (...) »²², « On leur demande instamment de (...) »²³, « en principe on s'est mis d'accord, entre nos services et ceux de la DDASS sur les observations qu'on ferait »²⁴.

Ainsi, la question du pouvoir, ou de l'influence des acteurs les uns sur les autres, apparaît dès le début de la préparation des conventions tripartites. On observe que les trois parties s'installent dans des positions différentes : les uns « demande[nt] aux directeurs de (...) »²⁵, alors que les autres ont « préparé [leurs] arguments »²⁶ pour « tenir bon »²⁷.

De plus, les termes « négociation », « discussions », « arguments », « stratégies », reviennent régulièrement dans les discours sur les conventions. Plus généralement, le champ lexical du combat est récurrent dans les entretiens.

Par ailleurs, il semble que des relations de hiérarchie et d'autorité au sein de l'établissement soient impliquées dans la préparation et l'utilisation de la convention tripartite : « on demande en général instamment qu'il y ait le directeur ou la directrice, le

¹⁶ Entretien n°2.

¹⁷ Idem.

¹⁸ Idem.

¹⁹ Entretien n°4.

²⁰ Idem.

²¹ Idem.

²² Entretien n°5.

²³ Idem.

²⁴ Idem.

²⁵ Entretien n°5.

²⁶ Entretien n°7.

²⁷ Entretien n°2.

cadre infirmier, le médecin coordonnateur, et éventuellement, le psychologue, ou... »²⁸,
« Quand on a affaire à des gens qui manifestement sont coupés de leurs équipes, du
quotidien, on a l'impression de tourner à vide »²⁹.

Ainsi, les entretiens laissent entrevoir des stratégies d'acteurs, et l'utilisation d'un champ
lexical du pouvoir. Le pouvoir est défini ainsi par Robert Dahl, repris par Michel Crozier :
« le pouvoir de A sur B correspond à la capacité de A d'obtenir que, dans sa négociation
avec B, les termes de l'échange lui soient favorables »³⁰.

En fait, on peut identifier deux façons de concevoir le pouvoir³¹. La conception
substantialiste estime que le pouvoir est un attribut (« je suis directeur, donc j'ai du
pouvoir »). La conception relationnelle estime que le pouvoir est une relation, que la
position ne suffit pas, et donc qu'il nécessite une réciprocité, un échange. La sociologie
des organisations s'inscrit dans cette dernière conception. Il semble que cela fasse sens
dans le cadre du terrain étudié, puisque, on l'a vu, les conventions signées varient dans
leur forme et leur contenu, même si les attributs des signataires sont identiques. Ainsi,
Michel Crozier estime que le but de l'analyse, c'est de « mesurer les forces en présence,
et de prévoir comment elles composent et négocient »³².

Dès lors, le travail présenté ici s'attache à répondre à la problématique suivante :

**Dans quelle mesure les jeux de pouvoirs à l'intérieur et à l'extérieur de
l'établissement interviennent-ils dans l'élaboration de la convention tripartite ?**

Il semble en effet que les relations dans l'établissement, par exemple entre l'équipe
administrative et l'équipe soignante, ou avec le médecin coordonnateur, soient
déterminantes dans la phase de préparation de la convention. De la même manière, les
rapports entre l'établissement et ses financeurs ont des conséquences sur les
négociations entre les parties à la convention tripartite. Les jeux de pouvoir tant internes
qu'externes sont donc à prendre en compte.

Par ailleurs, si le document issu des négociations constitue certainement le *résultat* de
jeux de pouvoirs, il sera intéressant de constater que la préparation de la convention
tripartite est aussi un *moyen*, un outil utilisé par les acteurs dans leurs relations.

²⁸ Idem.

²⁹ Idem.

³⁰ Idem, p 117.

³¹ D'après les explications de P. Zittoun, enseignant-chercheur, lundi 14 avril 2008.

³² CROZIER M., « Pouvoir et Organisation » in CROZIER M. *op.cit.* p 117.

Avant d'entamer l'analyse des éléments recueillis sur le terrain d'enquête, trois hypothèses avaient émergé. Le présent mémoire teste successivement ces trois pistes, pour tenter de les valider ou de les invalider.

La première d'entre elles, qui est apparue avant même les premiers entretiens, est celle de l'importance du statut de l'établissement. Il semblerait, en effet, que la situation juridique des structures étudiées –établissement public autonome ou établissement rattaché à un centre hospitalier- soit déterminante dans la préparation et la négociation des conventions tripartites. Il s'agit ici, à première vue, d'accorder de l'importance au pouvoir comme « attribut ». Les moyens, notamment en terme de compétences spécifiques, sont a priori beaucoup plus importants dans les EHPAD rattachés à un centre hospitalier : présence par exemple de plusieurs agents référents pour la démarche qualité et l'évaluation, qui peuvent apporter une aide importante dans la préparation de la convention. Mais l'étude de cette hypothèse laissera une place à l'examen du pouvoir comme « relation », en cherchant à savoir si le statut de l'établissement influence les rapports entre les acteurs au moment de la convention tripartite.

La seconde question posée est celle de l'équilibre entre les signataires des conventions. Il ne s'agit pas ici de nier que chacun est affecté par ses propres contraintes. Pourtant, si l'on se réfère une fois encore aux travaux de Michel Crozier³³, il semble que la « maîtrise des incertitudes » soit un élément déterminant du pouvoir d'un individu sur un autre. Dans la négociation, la DDASS et le Conseil Général, qui disposent de la maîtrise des financements, semblent dès lors avoir en main un atout préalable essentiel. De plus l'utilisation du terme « tutelles », encore très fréquent pour désigner ces administrations, indique a priori une domination des autres signataires vis-à-vis de l'établissement. Et justement, l'hypothèse définie est celle d'un déséquilibre entre les trois parties à la convention tripartite.

Enfin, la troisième hypothèse établie est celle de la position de la convention tripartite à l'intersection des rapports de pouvoirs externes et internes à l'établissement. L'avancée dans la recherche tend à mettre en avant l'utilisation par les directeurs de la convention tripartite à l'intérieur de l'établissement, dans leurs relations avec les résidents, les familles et les agents. A l'inverse, le directeur semble en mesure d'utiliser comme argument la bonne connaissance du fonctionnement quotidien de l'établissement dans la négociation de la convention.

³³ Notamment, CROZIER M., « Pouvoir et Organisation » in CROZIER M. *op.cit.*

Pour mettre à l'épreuve ces trois hypothèses, le terrain du stage de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social (d'une durée de deux semaines en juin 2007 et huit mois de novembre 2007 à juin 2008), s'est avéré particulièrement adéquat. Le stage s'est déroulé auprès du directeur adjoint du Centre Hospitalier Intercommunal Annemasse-Bonneville (CHIAB) chargé des EHPAD. Ce directeur est responsable de trois EHPAD hospitaliers : la résidence Les Corbattes à Marnaz, la résidence Peterschmitt à Bonneville et la résidence les Edelweiss à Ambilly.

L'établissement d'Ambilly compte 85 lits, répartis en 61 chambres à un lit et 12 chambres à deux lits, dont un d'accueil temporaire (résidents pour des périodes inférieures à 3 mois). L'équipe dispose de 36 équivalent temps pleins (ETP). L'établissement est situé à proximité immédiate du site hospitalier d'Annemasse, et dépend de l'hôpital, notamment pour la fourniture en eau, chauffage... Dans l'optique du déménagement de l'hôpital vers un nouveau site, une étude est menée sur l'EHPAD pour : une mise à niveau, avec la volonté de remplacer la quasi-totalité des chambres à deux lits par des chambres à un lit ; une autonomisation des approvisionnements (eau, chauffage) ; la réalisation d'un nouvel ascenseur. Le GIR moyen pondéré³⁴ (GMP) est de 665 et le taux d'occupation de 97,5%. La résidence « Peterschmitt », à Bonneville, très vétuste et peu adaptée aux personnes dépendantes (le GMP en août 2007 était de 673), va faire l'objet d'une déconstruction. Un nouveau bâtiment sera érigé sur le même site. L'opération, qui se fera sans réduction des capacités (86 lits), fait l'objet d'un partenariat public privé sous forme d'un bail emphytéotique hospitalier (BEH). Le taux d'occupation en 2007 est de 97.05%, avec 47,19 ETP.

L'établissement « Les Corbattes », à Marnaz, dispose d'un bâtiment peu fonctionnel, qui pose des problèmes en terme d'accessibilité, avec un GMP de 692. Les 80 lits autorisés sont répartis en 36 chambres à un lit et 22 chambres à deux lits. A long terme, une reconstruction devra être envisagée, d'autant plus que la structure existante ne permet pas d'aménagements importants. Le taux d'occupation est de 95% avec 42,86 ETP autorisés³⁵.

³⁴ Outil de mesure de la dépendance globale des personnes résidant dans l'établissement. L'analyse de cet instrument et des conséquences de son utilisation sera faite dans le chapitre Un du mémoire.

³⁵ L'une des explications des différences en terme de personnel présent sur les trois EHPAD réside dans le fait qu'à l'EHPAD d'Ambilly l'entretien (ménage) des locaux est sous-traité, alors qu'il ne l'est pas dans les deux autres structures.

Par ailleurs, le directeur auprès duquel le stage a été réalisé est directeur par intérim depuis 3 ans de l'EHPAD « Vivre Ensemble » à Saint-Pierre en Faucigny.

L'établissement, auparavant en gestion territoriale, a connu des difficultés. Le directeur adjoint chargé des EHPAD au centre hospitalier Annemasse-Bonneville assure, par intérim, la direction de cet établissement depuis le 1^{er} janvier 2006. Il a mené le changement de statut (transformation de l'établissement géré par le CCASS en établissement autonome). La capacité de l'établissement est de 43 places en tout. L'unité Alzheimer accueille 13 résidents, et l'établissement dispose de deux places d'accueil de jour et d'un accueil temporaire (3 places). Le bâtiment, récent et agréable, offre de bonnes conditions de travail pour l'équipe (24 ETP), l'officialisation du rôle d'infirmière référente et l'arrivée d'un nouveau médecin coordinateur s'inscrivent dans la dynamique nouvelle de l'établissement. Le GMP est de 756 et le taux d'occupation de 99%.

L'intérêt de ce terrain de stage est que tous les EHPAD précités sont engagés dans une démarche de renouvellement de leur convention tripartite.

L'EHPAD « Vivre Ensemble » de Saint-Pierre en Faucigny a vu sa première convention tripartite expirer à l'été 2007. Le projet de convention a finalement été discuté avec les autorités de tarification le 28 mai 2008. Les ajustements sont en cours avant signature.

Les trois EHPAD du centre hospitalier devront signer leurs nouvelles conventions (chacun des EHPAD signe une convention propre) au 1^{er} juillet 2009. La préparation du renouvellement de ces conventions constituait l'une des missions principales du stage d'élève directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social. Pour cela, une auto évaluation a été réalisée par des groupes de travail d'agents des établissements. Dans le même temps, une enquête de satisfaction a été menée auprès des familles et des résidents, ainsi qu'une analyse des plaintes et des fiches de signalement d'événements indésirables. Fin juin 2008, un rapport d'évaluation a été produit, ainsi que des propositions d'actions d'amélioration. Le comité de pilotage mis en place pour la démarche a validé ces documents, qui servent de base à la convention. Ce comité aura aussi en charge la rédaction de fiches actions, qui constitueront une annexe de la convention, de septembre à décembre 2008. Le projet de convention pourra donc être présenté aux autorités début janvier 2009.

De plus, le terrain choisi permet d'étudier à la fois un EHPAD autonome et des structures rattachées à un centre hospitalier, et donc de tester plus particulièrement la première des trois hypothèses.

Les sources utilisées dans ce mémoire pour répondre à la problématique des jeux de pouvoirs dans la construction de la convention tripartite sont diverses.

D'une part, la littérature scientifique a été particulièrement mobilisée. L'étude du pouvoir s'appuie donc sur des travaux de sociologie des organisations, qui ont été utilisés pour la constitution d'une grille d'analyse. Ces travaux ont permis de guider la recherche, de révéler des éléments du terrain qui constituent des arguments pour valider ou invalider les hypothèses. Par ailleurs, les travaux de Pierre Lascoumes et Philippe Le Galès³⁶ ont apporté des éléments de compréhension complémentaires, à travers une étude du sens des instruments de l'action publique. Enfin, les enjeux plus vastes soulevés par l'étude des conventions tripartites ont été approchés, notamment à travers les textes de Jean-Pierre Gaudin et Renault Epstein³⁷.

D'autre part, des sources de première main ont été analysées pour étudier la question posée. Entrent dans cette catégorie les textes législatifs et réglementaires et les rapports de diverses institutions (Cour des comptes, Parlement...). Les articles des revues professionnelles destinées aux directeurs d'établissement ont aussi été considérés. Enfin, les courriers échangés entre le directeur accompagné lors du stage et les autres parties à la convention ont constitué une base de travail, ainsi que les différentes versions du texte des conventions des établissements de stage et d'autres établissements du département. De plus, l'observation lors du stage, l'analyse des actions menées et la tenue d'un carnet de bord comprenant l'ensemble des éléments touchant de près ou de loin la convention tripartite ont permis de collecter de nombreuses informations. Le point d'orgue de ces observations a été la participation à une réunion de préparation de la convention à Saint-Pierre en Faucigny, c'est-à-dire la seule rencontre entre DDASS, Conseil Général et établissement avant la signature, lors de laquelle a été discuté le texte de la convention. Des entretiens ont été aussi une riche source d'analyse. Ils ont été menés de manière semi-directive avec les parties à la convention : sept directeurs d'EHPAD publics du département ayant signé une convention tripartite, l'inspecteur de la DDASS chargé des conventions, l'agent de la direction de la Gérontologie et du Handicap du Conseil Général de Haute-Savoie chargé des conventions et le médecin du Conseil Général compétent sur le secteur des établissements de stage.

Ces sources variées ont été analysées selon les méthodes préconisées notamment dans l'ouvrage de méthodologie de Stéphane Beaud et Laurence Weber³⁸ et dans celui de Laurence Bardin³⁹.

³⁶ LASCOUMES P, LE GALES P. (dir.) *Gouverner par les instruments*. Paris : Presses de Science-Po, 2004.

³⁷ GAUDIN J.-P. *Gouverner par contrat*. 2nde Edition. Paris : Presses de Sciences-Po, 2007.

³⁸ BEAUD S., WEBER L. *Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques*. Paris : La Découverte. 2003. 356 p.

³⁹ BARDIN L. *L'analyse de contenu*. Paris : PUF. 2007. 291 p.

L'analyse des éléments collectés a permis de répondre à la problématique citée plus haut, « dans quelle mesure les jeux de pouvoirs à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement interviennent-ils dans l'élaboration de la convention tripartite ? ». Pour retracer cette réflexion, une présentation successive des trois hypothèses, et un examen de leur validité seront proposés. Dès lors, après une présentation de la réforme à l'origine de la mise en place des conventions tripartites, qui permettra de comprendre les raisons de la présence de chaque partie à la convention, et les rôles de chacun des acteurs, l'importance du statut de l'établissement sera étudiée. Il s'agira ici de voir si le statut est un déterminant majeur dans la construction de la convention, et quels sont les autres facteurs essentiels. Après cette analyse du fonctionnement interne à l'établissement, ce sont les rapports avec l'extérieur qui seront considérés. La question de l'inégalité des parties dans la négociation sera traitée. Ensuite, le lien sera fait entre jeux de pouvoirs à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement. La notion de « légitimité réciproque », qui se rapporte à l'hypothèse sur la position de la convention tripartite à l'intersection des rapports de pouvoirs externes et internes à l'établissement, sera questionnée. Enfin, les implications professionnelles du mémoire seront explicitées, avec la proposition de pistes pour l'élaboration d'une convention, et le positionnement de la convention tripartite comme élément-clé de la démarche qualité.

Chapitre Un : la réforme de la tarification des EHPAD à la source des conventions tripartites : le point sur les acteurs haut-savoyards

La mise en place de conventions tripartites signées par l'établissement, le préfet et le président du Conseil Général est l'un des éléments d'une réforme de plus grande ampleur. Ces bouleversements ont structuré le cadre dans lequel se déroulent les négociations des conventions tripartites.

La réforme de la tarification a mis en avant certains outils utilisés par les parties à la convention, outils qui –semble-t-il- ont leurs propres effets structurants.

Ensuite, les hypothèses présentées plus haut seront testées sur un terrain local : le département de la Haute-Savoie : dès lors, l'examen des acteurs en présence et des règles qu'ils se sont fixées précisera le contexte de l'élaboration des conventions.

1 De la réforme aux conventions tripartites

Avant 1999, le budget des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) était alimenté d'une part par des financements assurance maladie pour les dépenses liées aux soins (dites de « soins courants » ou de « cure médicale »), d'autre part par le tarif hébergement, payé par les résidents, pour les dépenses d'hôtellerie au sens large. Le financement de l'assurance maladie pour les résidents en « soins courants » était très faible. La spécificité des charges découlant de la dépendance n'était pas considérée. C'est pour mettre fin à ces deux inconvénients que la réforme de la tarification a été entreprise⁴⁰.

Il s'agira ici d'examiner la réforme elle-même et quelques uns de ses effets, avant de se pencher sur la place de la convention tripartite dans ce dispositif.

1.1 La mise en place de mécanismes complexes

1.1.1 Les bases de la réformes de la tarification

La loi du 24 janvier 1997 (loi n°97-60), initie, dans son titre V, la réforme de la tarification. Elle fait entrer en jeu un nouvel élément : la prise en compte de la dépendance des résidents dans le financement des établissements.

⁴⁰ LOUIS, P. *Guide de la réforme des établissements pour personnes âgées. Conventions tripartites et démarche qualité*. Paris : Seli Arslan, 2002, 319 p. pp 18-28.

C'est pour cela que la réforme de la tarification est évoquée dans cette loi, qui consacre ses titres II, III et IV à la mise en place de la prestation spécifique dépendance (PSD), l'ancêtre de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Les modalités de la réforme du financement, dans le texte de 1997, restent cependant assez floues :

« La tarification des établissements qui peuvent accueillir des personnes âgées conformément à l'article 5-1 est arrêtée, pour les prestations remboursables aux assurés sociaux, par l'autorité compétente pour l'assurance maladie après avis du président du conseil général, et pour les prestations pouvant être prises en charge par la prestation spécifique dépendance, créée par l'article 2 de la loi no 97-60 du 24 janvier 1997 précitée, par le président du conseil général après avis de l'autorité compétente pour l'assurance maladie. »⁴¹

C'est le décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD qui définit effectivement la réforme. Les termes du titre I du décret méritent d'être repris intégralement :

TITRE Ier

Principes généraux de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

Art. 1er. - Les prestations fournies par les établissements ou les sections d'établissements mentionnés à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée et par les établissements mentionnés au 2o de l'article L. 711-2 du code de la santé publique comportent :

- 1o Un tarif journalier afférent à l'hébergement ;
- 2o Un tarif journalier afférent à la dépendance ;
- 3o Un tarif journalier afférent aux soins.

Art. 2. - Le tarif afférent à l'hébergement recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement qui ne sont pas liées à l'état de dépendance des personnes accueillies. Ce tarif est à la charge de la personne âgée accueillie.

Art. 3. - Le tarif afférent à la dépendance recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liées aux soins que la personne âgée est susceptible de recevoir. Ces prestations correspondent aux surcoûts hôteliers directement liés à l'état de dépendance des personnes hébergées, qu'il s'agisse des interventions relationnelles, d'animation et d'aide à la vie quotidienne et sociale ou des prestations de services hôtelières et fournitures diverses concourant directement à la prise en charge de cet état de dépendance.

Art. 4. - Le tarif afférent aux soins recouvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affectations somatiques et psychiques des personnes

⁴¹ Loi n°97-60 du 24 janvier 1997.

résidant dans l'établissement ainsi que les prestations paramédicales correspondant aux soins liées à l'état de dépendance des personnes accueillies.

Ainsi, les budgets des établissements sont construits autour de trois « sections tarifaires » : chaque section (dépendance, soins, hébergement) portant des charges et étant alimentée par des ressources.

Pour autant, la simplicité n'est qu'apparente. Certaines charges réelles de l'établissement sont en effet réparties entre deux sections tarifaires : par exemple, 70% du salaire et des charges découlant de l'embauche d'un aide-soignant sont prélevés sur la section soins ; alors que les 30% restants viennent alourdir les charges de la section dépendance.

Autre élément de complexité, les ressources de sections différentes peuvent provenir d'un même financeur, et une seule section peut être alimentée par des recettes provenant de deux sources distinctes. La section soins est financée par la seule dotation de l'assurance-maladie. En revanche, la section dépendance est alimentée essentiellement par le Conseil Général, mais aussi par les résidents, qui gardent à leur charge pour cette section un « ticket modérateur ». Enfin, la section hébergement trouve ses ressources dans un prix de journée payé par les résidents. Pour autant, le prix de journée hébergement peut être pris en charge par l'aide sociale (et donc par le Conseil Général) pour les résidents qui ont des ressources inférieures à un plafond.

Enfin, autre facteur de confusion, jusqu'à une période très récente, la dotation soin était attribuée à partir d'un calcul basé sur le degré de dépendance (et non sur le besoin en soins).

1.1.2 Une complexité critiquée par les acteurs de terrain

Un rapport d'information à l'assemblée nationale, présenté le 28 juillet 2004, note qu' « il faut reconnaître que le secteur [médico-social] a su répondre aux exigences de l'adaptation »⁴². Le terme « adaptation » évoque ici l'adhésion de la plupart des acteurs (notamment les autorités de tarification et les directeurs d'établissement) à l'ensemble des changements qui ont bouleversé le secteur médico-social à la fin des années 1990 et au début des années 2000 : affirmation de la place centrale de « l'utilisateur », prise en compte de la spécificité de la dépendance,... Pourtant, en ce qui concerne la réforme de la tarification, l'adaptation de ces acteurs n'a pas été sans heurts.

Ainsi, la date butoir pour l'entrée dans la nouvelle tarification a été reportée à trois reprises, passant de fin 1999 à fin 2007, montrant les difficultés que rencontraient tant les établissements que les autorités de tarification à respecter ces délais.

⁴² MORANGE P. *Les établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Rapport d'information à l'Assemblée Nationale n° 1776 : 28 juillet 2004. 115 p. p 79.

Par ailleurs, les directeurs interviewés énoncent la difficulté des usagers (résidents et familles) à comprendre le système de tarification. On perçoit aussi leur propre embarras quand il s'agit de traduire en terme simple les enjeux de la réforme :

« Mais même, pour les familles, c'est encore difficile à comprendre, ce tarif tripartite, là, trois budgets, enfin, trois cadres. Moi je fais une réunion de familles tous les ans, et à chaque fois j'ai mon couplet, parce qu'ils n'ont pas encore compris l'hébergement,... ce qu'ils payaient eux, ce que la dépendance paye et ce que l'Etat paye. Donc, c'est pas évident à comprendre. – Moi, je me souviens d'avoir expliqué la réforme, ce n'était pas très compréhensible pour la population. – C'est vrai qu'ils n'avaient pas fait simple non plus. »⁴³

D'autres directeurs estiment aussi que la réforme a « trahi » certains des espoirs des familles et des gestionnaires d'établissement, qui reposaient sur elle :

« Parce que quand les politiques présentaient la réforme, ils disaient 'c'est un gain pour les familles'. Mais ils se gardaient bien de dire qu'effectivement le tarif d'hébergement baissait mais... la dépendance, il y avait un ticket modérateur. Et donc c'était pas dit. »⁴⁴

« Mais c'est les conditions du partenariat qui ont été biaisées par rapport à l'effet d'annonce. »⁴⁵

Enfin, l'inspecteur des affaires sanitaires et sociales en charge du secteur médico-social, qui revient sur la récente mesure du besoin en soins dans le calcul de la dotation soins, affirme :

« C'était quand même un paradoxe de fixer une dotation de soins uniquement sur des critères de dépendance. »⁴⁶

Si la réforme de la tarification est critiquée par les acteurs de terrain, il n'en est pas forcément de même pour son corollaire, la convention tripartite.

1.2 La place de la convention tripartite dans ce dispositif

La convention tripartite est vue comme indissociable de la réforme de la tarification. Elle est même montrée, dans les différents rapports nationaux qui font le bilan de la réforme, comme la clef de la modernisation des EHPA⁴⁷. Il semble opportun de réinterroger ces affirmations, et d'étudier le cahier des charges des conventions tripartites, publié dans un arrêté du 26 avril 1999.

⁴³ Echange entre les interviewés 2 et 3, entretien n°2.

⁴⁴ Entretien n°2.

⁴⁵ Entretien n°3. On voit apparaître ici la question de l'inégalité entre les trois signataires de la convention, qui sera examinée dans le chapitre Trois.

⁴⁶ Entretien n°8.

⁴⁷ Notamment, MORANGE P. *Op. Cit.* et GUINCHARD P. *Le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées*. Rapport d'information à l'Assemblée Nationale n° 3091 : 17 mai 2006. 306 p.

1.2.1 La convention, un élément nécessaire de la réforme de la tarification ?

La loi 97-60 du 24 janvier 1997, dans le titre V intitulé « de la réforme de la tarification », évoque d'abord la mise en place de nouvelles conventions, pluriannuelles et tripartites, avant de détailler la réforme de la tarification. Cela tend à montrer que la convention tripartite est un corollaire du passage à la tarification ternaire. D'ailleurs, la qualification d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, le -D- de EHPAD, n'est acquise qu'après la signature de la convention, qui entraîne mécaniquement le passage en tarification ternaire. La loi du 24 janvier 1997 le précise :

« Art. 5-1. - Les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées mentionnés au 5o de l'article 3 et les établissements de santé visés au 2o de l'article L. 711-2 du code de la santé publique ne peuvent accueillir des personnes âgées remplissant les conditions de dépendance mentionnées au premier alinéa de l'article 2 de la loi no 97-60 du 24 janvier 1997 tendant à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance que s'ils ont passé une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie »

Puis : « La tarification des établissements qui peuvent accueillir des personnes âgées conformément à l'article 5-1 est arrêtée, pour les prestations remboursables aux assurés sociaux, par l'autorité compétente pour l'assurance maladie après avis du président du conseil général, et pour les prestations pouvant être prises en charge par la prestation spécifique dépendance, créée par l'article 2 de la loi no 97-60 du 24 janvier 1997 précitée, par le président du conseil général après avis de l'autorité compétente pour l'assurance maladie. »⁴⁸

La convention semble donc indissociable du passage au nouveau mode de tarification. Pourtant, l'arrêté qui fixe le contenu du cahier des charges de la convention tripartite apporte une précision intéressante :

« Afin de concilier au mieux le caractère pluriannuel de la convention :

- d'une part, avec le principe de l'annualité budgétaire en vigueur, tant pour les conseils généraux que pour l'autorité compétente pour l'assurance maladie (application de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires, prévu chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale),
- d'autre part, avec les aléas pouvant survenir au titre du fonctionnement de l'établissement, des avenants annuels à la convention pourront être conclus par les parties contractantes, à savoir le directeur de l'établissement, le préfet ou son représentant (ou le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation s'agissant des services de soins de longue durée), le président du conseil général ou son représentant, afin de prendre en compte les ajustements qui s'avèreraient nécessaires au titre des éléments précités. »

⁴⁸ Loi n°97-60 du 24 janvier 1997.

Ainsi, le financement peut être revu annuellement. Dès lors, on voit bien que la convention, si elle est exigée par les textes, n'est pas matériellement indispensable pour définir le budget des établissements. En effet, les financements accordés peuvent être dissociés de la signature de la convention pour être réévalués chaque année, même si cette réévaluation est formalisée ensuite par un avenant à la convention.

Pourtant, la convention tripartite apparaît comme un moyen d'articuler logiquement moyens financiers et réalisations, projets.

1.2.2 L'outil aux multiples vertus

Les rapports nationaux font la part belle aux conventions tripartites, même si les modalités d'application sont parfois critiquées. Ainsi, un rapport de la Cour des Comptes définit la convention tripartite comme « l'outil [d'une] amélioration globale »⁴⁹ ; un rapport d'information à l'Assemblée Nationale de 2006 note le meilleur taux d'encadrement dans les établissements avec une convention (0,57 contre 0,45 au 31 décembre 2003, toutes fonctions confondues)⁵⁰. Les acteurs locaux sont eux aussi imprégnés de ces discours : « (...) les conventions tripartites... je trouve que ... depuis quelques années il y a quand même eu, globalement une professionnalisation importante du secteur. Par le biais de la nécessité de formalisation (...) »⁵¹. Là aussi, la convention tripartite est présentée comme la source de fortes améliorations.

Pourtant, si l'on va plus loin, on s'aperçoit que le mouvement de conventionnement a été accompagné d'une augmentation forte des moyens alloués aux établissements. Il est donc difficile de définir précisément ce qui a permis de lancer le mouvement de modernisation des EHPA. En effet, le passage en tarification ternaire a marqué un renforcement important des financements de l'assurance maladie, qui aurait créé 30 000 emplois équivalents temps plein dans le secteur, et la clarification des financements accordés par le Conseil Général⁵².

En fait, c'est bien l'articulation entre une hausse des moyens et un contrôle de l'utilisation de ces moyens, axé sur la qualité de la prise en charge, qui suscite le discours positif entourant la convention. Les directeurs interrogés estiment qu'en effet, la convention tripartite s'articule avec la réforme de la tarification, qu'il est normal que l'argent utilisé soit « bien » dépensé :

⁴⁹ COUR DES COMPTES. *Les personnes âgées dépendantes*. Rapport au Président de la République : novembre 2005. 447 p. p 89.

⁵⁰ GUINCHARD P. *Op. Cit.* p 24.

⁵¹ Entretien n°8.

⁵² GUINCHARD P. *Op. Cit.* p 24.

« Pourquoi on signe des conventions tripartites ?

- Héhé (...) c'est un moyen de contr... je trouve que ce n'est pas mal. C'est un moyen de contrôle, on ne peut pas se permettre n'importe quoi non plus. (...) On ne fait pas n'importe quoi : 'on vous donne des sous, montrez-nous à quoi ça vous a servi'. Et puis : 'démontrez-moi que vous avez besoin de ça'. Faut pas non plus demander pour demander.»⁵³

Dès lors, c'est le choix d'associer financements et contrôle qui est valorisé. Ce contrôle de l'utilisation des deniers publics lors du conventionnement s'appuie sur un cahier des charges, qui définit des « bonnes pratiques ».

1.2.3 Le cahier des charges de l'arrêté du 26 avril 1999

La loi de 1997 évoque un cahier des charges qui doit être respecté par les conventions tripartites. Ce cahier des charges est diffusé deux ans plus tard, en 1999, en annexe d'un arrêté. Cet arrêté comporte quatre parties : des recommandations générales (I) ; des recommandations visant à garantir la qualité de la prise en charge (II) qui couvre la qualité de vie des résidents, la qualité des relations avec les familles et amis des résidents, la qualité des personnels exerçant dans l'établissement, l'inscription dans un réseau ; des recommandations relatives aux objectifs d'évolution et aux adaptations de moyens de l'établissement (III) ; l'évaluation du dispositif conventionnel (IV).

L'arrêté du 13 août 2004 a modifié le cahier des charges de 1999. Il réajuste le vocabulaire du cahier des charges en fonction des évolutions récentes (la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale a été publiée entre temps). L'arrêté de 2004 se montre aussi plus exigeant en matière de mise en place d'une politique qualité⁵⁴.

Le cadre national d'élaboration des conventions est donc posé. Pour autant, il existe des variations locales, et chaque acteur va œuvrer à modeler les conventions en fonction de ses intérêts et du contexte de son action. Le chercheur Pierre Favre exprime cette idée : « l'action publique est déposée dans le corps social qui la colonise puis l'assimile pour la faire entièrement sienne »⁵⁵. C'est ce que les chapitres suivants s'attacheront à montrer. Mais auparavant, d'autres éléments du cadre sont déterminants : certains « instruments » structurent véritablement l'action des parties à la négociation de la convention. La traduction locale des règles nationales, et l'appropriation particulière de ces instruments jouent aussi un rôle important.

⁵³ Entretien n°2 : réponse de l'interviewé 2 à l'enquêtriceuse.

⁵⁴ BRAMI G. « Le nouveau cahier des charges de la convention tripartite ». *Bulletin juridique de la santé publique*, Janvier 2005, n°79, pp 13-14.

⁵⁵ FAVRE P. « Qui gouverne quand personne ne gouverne ? » in FAVRE P., HAYWARD J., SCHEMEIL Y. (dir.) *Etre Gouverné*. Paris : Presses de Sciences-Po, 2003, pp 259-271. p 264.

2 Le poids des instruments : GMP, PMP et autres ANGELIQUES

Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès, dans leur ouvrage « Gouverner par les instruments », expliquent l'importance des outils utilisés dans la définition et la mise en œuvre de l'action publique.

« Les instruments d'action publique ne sont pas des outils axiologiquement neutres, et indifféremment disponibles. Ils sont au contraire porteurs de valeurs, nourris d'une interprétation du social et de conceptions précises du mode de régulation envisagée. »⁵⁶

En dirigeant la lumière sur tel ou tel aspect du réel, les instruments occultent dans le même temps d'autres éléments. Utilisés quotidiennement, certains ne sont plus remis en question. Le secteur médico-social compte un nombre important de ces instruments.

« Suivre le fil gris, apparemment austère des instruments, c'est aussi se donner les moyens de réfléchir à la question des automatismes. »⁵⁷

De plus, les instruments, les outils utilisés par les acteurs évoluent. Là encore, le remplacement d'un instrument par un autre, d'un sigle par un autre, n'est pas neutre. Pierre Lascoumes et Patrick Le Gales reprennent l'idée de Bruno Palier⁵⁸ selon laquelle l'étude par les instruments peut servir de base pour analyser le changement.

L'analyse de quelques instruments, présentée ci-dessous, sera malheureusement sommaire, puisque ce sujet ne constitue pas le cœur du mémoire. Elle est pourtant nécessaire, ne serait-ce que pour découvrir le sens des outils qui reviendront tout au long du texte. Elle tentera aussi de mettre en lumière certains des enjeux qui sous-tendent ces instruments.

2.1 Le GIR, le GMP et la DOMINIC+35

S'il est un instrument répandu dans les EHPAD, et dont l'usage n'est plus questionné, c'est bien le groupe iso-ressources, GIR, qui classe les personnes en fonction de leur degré de dépendance ou d'autonomie. Ce classement s'effectue sur une échelle de 6 à 1, les personnes relevant du GIR 1 étant les plus dépendantes.

Cet instrument est utilisé si souvent que les autorités de tarification identifient parfois, dans leur discours, les personnes à leur classement dans l'échelle des GIR :

« (...) limiter le nombre des GIR 5 et 6 dans les établissements »⁵⁹ ; « (...) permettre davantage aux GIR 1-2 d'entrer en établissements »⁶⁰ ; « On sait bien que le GMP fluctue : vous avez trois GIR 1 qui décèdent, vous prenez trois GIR 4... »⁶¹.

⁵⁶ LASCOUMES P, LE GALES P. (dir.) *Gouverner par les instruments*. Paris : Presses de Science-Po, 2004. p 13.

⁵⁷ Idem, p 365.

⁵⁸ Idem, p 25.

⁵⁹ Entretien n°5.

⁶⁰ Idem.

⁶¹ Entretien n°8.

La compilation des GIR de l'ensemble des résidents d'un établissement permet d'obtenir le GMP : GIR moyen pondéré. Un autre instrument que l'ensemble des acteurs de terrain s'est largement approprié.

« Par contre, là, on peut se comparer à peu près. On dit 'Tiens, ton GMP est à combien ? Ah oui, avec combien d'effectifs ? Tu as un ratio...' »⁶²

Pierre Lascoumes et Patrick Le Gales estiment que les instruments, en hiérarchisant les variables, induisent une problématisation particulière de l'enjeu⁶³. On observe ce phénomène avec le GMP, lors de la négociation des conventions tripartites. Les autorités de tarification poussent les établissements à accroître leur GMP (donc à accueillir des résidents de plus en plus dépendants), alors que certains établissements refusent cette politique :

« On est vraiment vigilant sur le GMP, on regarde attentivement le GMP, leurs conditions de recrutement s'ils en ont, justement en fonction du GIR, là on est vraiment très incitatifs... »⁶⁴ ; « On a tendance de plus en plus à inscrire dans les conventions tripartites un engagement de la part de l'établissement à accepter dans sa politique d'admission d'alourdir le GMP de l'établissement. »⁶⁵ ; « L'achoppement c'est quand même sur le GMP. (...) - Oui, ou alors on nous dit 'on vous comprend, mais notre conseil d'administration n'a pas cette vision des choses et souhaite conserver un caractère convivial dans l'établissement et ce caractère ne peut pas être maintenu si on ne prend que des personnes de GIR 1-2. »⁶⁶ ; « Ils ont eu l'imprudence de nous dire : 'ben oui, en dessous de GIR 3 on ne prend pas', donc bon, ils ont mis eux-mêmes le doigt dans l'engrenage »⁶⁷

De la même manière, la « toute-puissance » du GMP induisait des représentations particulières, puisque les acteurs en étaient venus à ne pas trouver problématique le fait que la dotation de soins soit calculée sur la base d'une mesure de la dépendance (le GMP était la principale base du calcul de la dotation de soins). Le GMP semblait s'être détaché de la mesure de la dépendance pour devenir un outil de mesure une charge de travail globale pour les agents :

« Le GMP, oui, ils peuvent nous dire 'c'est gentil de nous dire de prendre les GIR 1 et 2, donnez nous les moyens en face, on n'a pas assez de personnel, et là je peux vous dire qu'actuellement je ne peux pas'. Enfin, c'est vrai, c'est un point d'achoppement. »⁶⁸

Le GMP permet la construction d'un autre instrument : la DOMINIC + 35. La DOMINIC étant la dotation minimale de convergence. Cet outil a été utilisé lors de la mise en place

⁶² Entretien n°2.

⁶³ LASCOUMES P, LE GALES P. (dir.), op. cit.

⁶⁴ Entretien n°5, interviewé 5.

⁶⁵ Entretien n°5, interviewé 6.

⁶⁶ Entretien n°5, échange entre l'interviewé 5 et l'interviewé 6.

⁶⁷ Entretien n°5, interviewé 5.

⁶⁸ Entretien n°5, interviewé 5.

de la réforme de la tarification. Il avait pour but de déterminer la hausse du financement accordé par l'assurance maladie aux établissements. Expliqué dans la circulaire DGAS/MARTHE/DHOS/DSS n° 2000-475 du 15 septembre 2000, ce mécanisme est assez complexe :

A partir d'un GMP (GMP de l'établissement + 300), et d'un coefficient national revu chaque année, on détermine la DOMINIC, exprimée en Francs (puis en Euros) par an et par résident. La DOMINIC est alors considérée comme la dotation soins minimum accordée lors du passage en tarification ternaire. La DOMINIC + 35 (35% en plus de la DOMINIC), dans les textes, apparaît comme un maximum, une limite à ne pas dépasser.

2.2 L'introduction du Pathos : le signe d'un changement important

La réflexion sur un outil de mesure du besoin en soin des résidents n'est pas nouvelle, mais son introduction dans le calcul des dotations est récente : à la signature ou lors du renouvellement des conventions tripartites depuis 2006, ou quand le GMP dépasse 800. PATHOS est un outil élaboré en partenariat par le syndicat national de gérontologie clinique (SNGC) et le service médical de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour réaliser une analyse transversale des soins requis, résident par résident. Il s'agit d'un système d'information sur les niveaux de soins nécessaires pour assurer les traitements des états pathologiques des personnes âgées⁶⁹. Au côté du GMP, le PMP (Pathos moyen pondéré) est un instrument dans le calcul des dotations des établissements.

2.2.1 La difficulté du changement

L'outil Pathos est critiqué par les acteurs de terrain, même si la plupart reconnaissent sa nécessité :

« Alors après, l'outil Pathos est ce qu'il est... ce n'est pas... C'est un outil humain, donc qui est toujours critiquable, on l'a vu à Saint-Pierre, il n'y a pas longtemps. Mais en tous les cas, qui permet d'avoir une idée sur le niveau de prise en charge en soins. »⁷⁰

Les médecins coordonnateurs⁷¹, chargés dans les établissements d'évaluer le Pathos sont eux aussi assez critiques.

Au-delà des quelques faiblesses inhérentes à l'outil lui-même, ces critiques illustrent aussi la difficulté à intégrer un nouvel instrument, après la longue hégémonie du GMP.

⁶⁹ AGEVILLAGEPRO. *Modèle Pathos, un outil pour mesurer les niveaux de soins nécessaires*. [en ligne]. [visité le 4 août 2008]. Disponible sur Internet : < <http://www.agevillagepro.com/article-6978-1-Evaluation---Aggir--Pathos--Rai.html> >

⁷⁰ Entretien n°8.

⁷¹ Médecins salariés des établissements, intervenant en général quelques demi-journées par semaine, chargés de coordonner les activités médicales, le projet de soins... dans les EHPAD.

2.2.2 Pathos : reflet ou occasion d'un profond changement ?

L'introduction de l'outil Pathos est d'abord le moyen d'une nouvelle revalorisation importante des financements accordés par l'assurance maladie. Tous les acteurs interrogés s'accordent sur ce point :

« Les dotations en soins ont été substantiellement augmentées, quand même. Les nouveaux calculs permettent d'avoir des dotations théoriques supérieures »⁷² ; « Et puis il y avait le PMP qu'on apportait, donc une augmentation de moyens (...) »⁷³ ; « J'étais assez contente, sur Vacheresse. Mais je crois que Pathos a joué un gros rôle sur l'obtention de budgets »⁷⁴ ; « Et je suis contente que la maison de retraite ait bénéficié de ces 25 postes d'aides-soignants qui reconnaissent son travail, grâce à Pathos. Tant qu'on n'avait pas Pathos, on n'y arrivait pas. »⁷⁵

Ce nouvel instrument est donc une manière de structurer et de définir l'allocation de financements plus importants.

Il est aussi une fenêtre d'opportunité pour les acteurs locaux, et particulièrement les autorités de tarification, qui profitent de l'introduction d'un nouvel instrument pour redéfinir leurs règles de négociations budgétaires :

« Alors maintenant les règles changent parce qu'on introduit un nouvel outil, un outil d'évaluation de la prise en charge en soins »⁷⁶.

Le passage sur la description du contexte haut-savoyard reviendra sur ces éléments. En simplifiant, la DDASS, qui considérait auparavant la dotation issue du calcul à partir du GMP (la DOMINIC +35) comme un plancher, utilise désormais le calcul qui prend en compte le PMP comme un plafond.

Ainsi, la réforme de la tarification est accompagnée d'un cortège d'instruments, qui sont déterminants dans la négociation des conventions tripartites. Au-delà de l'aspect financier, un autre instrument surgit instantanément lorsqu'on évoque les conventions : la grille ANGELIQUE.

2.3 ANGELIQUE, l'instrument clé des conventions tripartites

L'acronyme ANGELIQUE signifie : application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de la qualité pour les usagers des établissements. C'est un outil destiné à l'autoévaluation de la qualité des prestations d'un EHPAD. Si le GIR et le Pathos, présentés ci-dessus, ont des conséquences financières directes pour les établissements, l'outil ANGELIQUE est utilisé plus en amont dans la démarche de conventionnement.

⁷² Entretien n°8.

⁷³ Entretien n°1.

⁷⁴ Entretien n°2.

⁷⁵ Entretien n°4.

⁷⁶ Entretien n°8.

C'est lui qui sert de base à la définition dans l'établissement du diagnostic initial contenu dans la convention.

2.3.1 Un instrument omniprésent

Les personnes rencontrées lors des entretiens montrent toutes leur attachement fort à cet outil, qui est le seul reconnu au niveau national. Pour autant, il existe d'autres référentiels d'évaluation pertinents, mais les financeurs, en Haute-Savoie, « encouragent » les établissements à utiliser ANGELIQUE, et les directeurs ne se réfèrent eux aussi qu'à cet outil-là.

Les autorités de tarification mettent en avant l'importance qu'elles accordent à ANGELIQUE :

« On invite l'établissement, pour l'aider dans la préparation de sa convention, à utiliser l'outil ANGELIQUE, pour faire une évaluation interne. »⁷⁷

« On regarde s'il y a tout ce qu'il faut pour nous. Par exemple, on regarde s'il y a l'évaluation. En général, c'est avec le référentiel ANGELIQUE. »⁷⁸

Les responsables d'établissements rencontrés font tous, sans exception référence à cette grille dans leur préparation de la convention tripartite. La méthodologie associée à l'outil ANGELIQUE est aussi largement appropriée par les acteurs : diagnostic, détermination des points forts et des points à améliorer, rédaction de fiches-actions⁷⁹.

2.3.2 Un guide qui couvre un large champ

La grille ANGELIQUE est constituée de quatre chapitres, subdivisés en thèmes, eux-mêmes composés de questions. Les quatre chapitres sont « attentes et satisfaction des résidents et des familles » ; « réponses apportées aux résidents en terme d'autonomie, d'accompagnement et de soins » ; « l'établissement et son environnement » ; « démarche qualité ».

Les questions doivent, selon la méthodologie de l'outil, être examinées en groupes de travail pluridisciplinaires, rassemblant les différentes professions de l'EHPAD.

Ces questions sont au nombre de 147. Les professionnels amenés à travailler avec la grille ANGELIQUE estiment qu'elle est quasiment exhaustive.

Cependant, le vocabulaire ayant évolué, et l'accent n'étant plus mis aujourd'hui sur les mêmes priorités, l'agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale (ANESMS) commence à travailler sur une nouvelle version du référentiel⁸⁰.

⁷⁷ Entretien n°5.

⁷⁸ Entretien n°1.

⁷⁹ Notamment entretiens n°2, 4 et 7.

⁸⁰ Appel téléphonique à l'Agence, novembre 2007.

2.3.3 Un instrument qui ne peut pas être neutre

Les travaux de Pierre Lascoumes et Patrick Le Gales⁸¹ montrent bien que les instruments portent en eux des valeurs, des références. C'est forcément le cas avec l'outil ANGELIQUE.

Tout d'abord, cet outil, aussi complet soit-il met nécessairement la lumière sur les thèmes qu'il répertorie, et laisse les autres dans l'ombre. Ainsi, par exemple, aucune question n'est posée sur l'image de l'établissement, et son environnement physique et urbain.

Ensuite, l'utilisation qui est faite de l'outil est elle aussi intéressante, puisque si le guide méthodologique précise que les résidents et leurs représentants doivent être associés à la démarche d'auto-évaluation⁸², dans la pratique, ce sont, dans tous les établissements visités, les membres du personnel qui remplissent la grille, alors que les familles et les résidents sont parfois associés à travers une enquête de satisfaction.

Il ne s'agit nullement ici de porter un jugement sur l'utilisation de cet instrument, mais de montrer quelques-uns des enjeux qui sous-tendent ces automatismes. Ainsi, utiliser ANGELIQUE, pour les établissements, c'est aller dans le sens des autorités de tarification qui encouragent le recours à cet instruments. C'est aussi établir un diagnostic qui pourra être présenté par le directeur comme un diagnostic partagé (même si les familles ne sont pas toujours associées).

Un certain nombre des instruments utilisés par les trois parties aux conventions ont été examinés, et quelques impacts de ces outils ont été mis en lumière. Les « règles du jeu » que se sont fixées les acteurs locaux vont maintenant être étudiées, afin de comprendre le cadre dans lequel se déroulent les négociations des conventions tripartites.

3 Le paysage haut-savoyard des conventions tripartites

Le département de la Haute-Savoie est dans un contexte géographique et sociodémographique particulier, qu'il conviendra d'analyser avant de présenter les signataires des conventions tripartites. L'« atmosphère » qui règne dans les relations habituelles entre ces parties à la convention sera ensuite examinée. Enfin, les choix stratégiques qui cadrent les négociations seront détaillés.

⁸¹ LASCOUMES P, LE GALES P. (dir.), op. cit.

⁸² MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, MARTHE, ENSP. *Améliorer la qualité en EHPAD. Guide d'accompagnement*. Juin 2000. 15 p. p 8.

3.1 Les acteurs et la scène

3.1.1 La Haute-Savoie, département jeune qui vieillit rapidement

En Haute-Savoie, le taux de chômage est moindre que dans le reste de la région et du pays : 5% au premier trimestre 2008, contre 6,2% en Rhône-Alpes et 8,3% en France. La population est jeune (26% des habitants ont moins de 20 ans)⁸³. Pourtant, le taux de vieillissement est le plus important de la région Rhône-Alpes⁸⁴.

L'inspecteur de la DDASS chargé du secteur médico-social explique ce vieillissement rapide par deux facteurs principaux :

« Ce n'est pas qu'on vieillit plus vite, mais la Haute-Savoie attire des personnes âgées qui viennent s'installer ici après leur retraite, soit, c'est le cas le plus fréquent, ce sont des personnes âgées qui viennent rejoindre leurs parents qui se sont installés dans le département il y a 20 ans, 30 ans. Donc on a un taux de vieillissement plus important, ce qui fait qu'on a été confronté à un problème d'équipement, puisque c'est un département qui était sous-équipé en structures d'accueil pour personnes âgées dépendantes, et l'un des grands objectifs qu'on avait ces dernières années, pendant la durée du premier schéma gérontologique, 2002-2007, ça a été de pouvoir créer des lits d'EHPAD. »⁸⁵

3.1.2 Les spécificités du marché de l'emploi

Si le taux de chômage en Haute-Savoie est inférieur à la moyenne nationale, cela est notamment dû à la proximité de la Suisse. Les travailleurs frontaliers sont nombreux dans le département, et notamment dans le domaine de la santé : les salaires suisses attirent, et la ville de Genève, voisine, compte des hôpitaux universitaires renommés. Les HUG (hôpitaux universitaires de Genève) emploient en effet près de 8500 agents (équivalents temps plein)⁸⁶.

Dès lors, la problématique du recrutement de personnel soignant (et encore plus de personnel soignant qualifié) qui se pose sur l'ensemble du territoire français, est encore plus aiguë en Haute-Savoie.

Ces éléments sont importants à prendre en compte quand on considère la négociation des conventions tripartites. En effet, l'inspecteur des affaires sanitaires et sociales lui-même commence l'entretien en soulignant :

« On a quand même un souci dans le département, qui n'est pas mince, ce n'est pas propre qu'au département mais il est quand même particulièrement important chez nous, c'est la

⁸³ Source : CONSEIL GENERAL DE HAUTE-SAVOIE. *Données statistiques départementales*. [en ligne]. [visité le 14 juillet 2008]. Disponible sur internet : <<http://www.cg74.fr/pages/fr/menu1/la-haute-savoie/donnees-statistiques-departementales-156.html>>

⁸⁴ Entretien avec l'inspecteur des affaires sanitaires et sociales en charge des EHPAD.

⁸⁵ Entretien n°8.

⁸⁶ HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE. *Chiffres-clés*. [en ligne]. Statistiques 2007. [visité le 1^{er} juillet 2008]. Disponible sur Internet : <http://www.hug-ge.ch/hug_enbref/chiffres-cles.html>

difficulté de... on va dire c'est la rareté et la volatilité du personnel soignant. Donc, il ne suffit pas d'avoir les crédits, il ne suffit pas d'avoir la dotation de soins, il ne suffit pas d'avoir une belle convention avec des objectifs ambitieux, il ne suffit pas d'avoir une démarche qualité, s'il n'y a pas le personnel pour le mettre en application... Et c'est souvent la pierre d'achoppement, c'est-à-dire qu'il n'y a pas le personnel en quantité et en qualité suffisante (pas de personnel formé), donc dans ces conditions-là, c'est difficile d'avoir la qualité au rendez-vous. »⁸⁷

3.1.3 Les trois parties à la convention

La convention tripartite est signée tous les cinq ans par le directeur de l'établissement, le préfet, et le président du Conseil Général. La direction des affaires sanitaires et sociales prépare la convention au nom du préfet, ce dernier signant la convention en tant que représentant de l'assurance maladie dans le département.

A la DDASS de Haute-Savoie, l'inspecteur des affaires sanitaires et sociales en charge du secteur personnes âgées décrit ainsi ses fonctions :

« (...) on a plusieurs missions, d'abord il y a une mission qui est la mission de tarification, budgétaire, avec la campagne budgétaire là c'est très protocolisé, on va dire, entre, donc en lien avec la CNSA, et la DRASS. Donc toute la fonction budgétaire ; la fonction négociation, suivi, évaluation, renouvellement des conventions tripartites ; et puis une troisième qui prend une importance de plus en plus grande, c'est tout ce qui touche à l'inspection, au contrôle, au programme de lutte contre la maltraitance, etc. Donc on a ces trois casquettes-là, notamment, enfin on en a d'autres, mais enfin ce sont quand même nos trois principales missions. »⁸⁸

Le Conseil Général s'attache actuellement à renouveler le schéma gérontologique départemental. Le précédent schéma, estimé les agents du Conseil Général, était peu utilisé dans la préparation des conventions tripartites⁸⁹.

Le département compte 6 EHPAD associatifs ; 6 établissements privés commerciaux ; 8 structures publiques autonomes ; 13 EHPAD hospitaliers et 16 structures en statut fonction publique territoriale.

3.2 Les choix stratégiques locaux

3.2.1 La mise en place d'outils propres

La réforme de la tarification et la négociation des conventions tripartites ont laissé une grande liberté aux acteurs locaux. En effet, au-delà des textes législatifs et réglementaires cités plus haut, aucune précision sur la méthode de conduite de la réforme n'a été

⁸⁷ Entretien n°8.

⁸⁸ Entretien n°8.

⁸⁹ Entretien n°5.

apportée aux autorités de tarification. Un rapport de la Cour des Comptes note ce qu'elle considère comme des incohérences dans l'application de la réforme : « En particulier, les DDASS n'ont disposé ni d'un guide de visite pour les établissements, ni d'une convention-type »⁹⁰. Depuis 2003, une instruction⁹¹ donne aux DDASS des recommandations pour la visite (notamment présence du plus grand nombre d'acteurs possibles). Les acteurs locaux ont ressenti une seconde fois, lors du renouvellement des conventions tripartites, cette absence d'outils nationaux :

« C'est vrai que les directives ministérielles précisaient quand même qu'un groupe de travail, normalement, je ne sais plus sous quelle forme... existait au niveau des administrations centrales pour justement élaborer un cadre-type pour les nouvelles conventions tripartites. A ma connaissance ce cadre n'est toujours pas sorti. Donc voilà. Du coup, je trouve que c'est un peu dommage (...). »⁹²

Dès lors, les acteurs locaux avaient pris le parti de produire leurs propres outils, et leurs propres méthodes dans la conduite de la réforme.

Ainsi, une convention-type a été élaborée, et distribuée à l'ensemble des établissements, pour qu'ils la prennent comme modèle pour structurer leur propre projet de convention.

Par ailleurs, un protocole d'évaluation des conventions de première génération a été lui aussi mis en place, pour préparer le renouvellement de celles-ci.

Enfin, la DDASS et le Conseil Général ont décidé de réaliser au moins un comité de suivi au cours de la convention : un déplacement dans l'établissement, avec un point sur l'état d'avancement des actions inscrites dans la convention, qui donne lieu à un compte-rendu.

3.2.2 Des conventions pour tous les établissements, avant le 31 décembre 2007

En Haute-Savoie, les premières conventions ont été signées relativement tôt par rapport aux autres départements. La bonne coordination entre les services du Conseil Général et ceux de la DDASS, et la volonté de prendre la place laissée par les réformes, sont les explications avancées par les acteurs.

En outre, tous les EHPA du département, sauf un, avaient signé une convention au 31 décembre 2007, devenant ainsi des EHPAD. Les retards étaient assez fréquents dans d'autres départements. Ce qui fait dire aux autorités de tarification :

« Donc la Haute-Savoie, là-dessus, est plutôt considérée comme un bon élève en haut lieu »⁹³.

⁹⁰ COUR DES COMPTES. Op. cit. p 98.

⁹¹ 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.

⁹² Entretien n°5.

⁹³ Entretien n°5.

En effet, le choix a été fait, dans le département, d'encourager la signature du maximum de conventions avant la date butoir. Même si les signatures des conventions avaient débuté rapidement lors de la mise en place de la réforme, une accélération du rythme des signatures à la fin de l'année 2007 a été perceptible. Une directrice d'établissement raconte que sa convention a été signée avant d'être négociée :

« Alors, on a signé une convention tripartite pour les 26 lits, mais sans avoir discuté cette convention. Elle a été signée au 31 décembre 2007 et... je pense que c'est pour nous éviter de... de ne plus être agréés. Mais par contre, on a demandé un certain nombre d'évolutions dans cette convention tripartite, et on n'est pas rentré en discussion. »⁹⁴

Pour autant, cette politique n'est pas remise en cause par les directeurs, qui préfèrent attendre une négociation que de subir les pénalités prévues en cas de non signature avant la date butoir :

« Enfin, c'était important que la convention soit signée avant le 31 décembre, parce qu'il fallait que... il y avait une date, et puis ça montrait aussi que l'établissement reprenait un cours normal de fonctionnement, par rapport à des années où ça a été un peu figé. »⁹⁵

3.2.3 La renégociation annuelle de l'annexe financière

En revanche, certains directeurs sont plus critiques quant à un autre choix des autorités de tarification : celui de réviser chaque année l'annexe financière à la convention, document qui fixe les tarifications soins, dépendance et hébergement.

Les autorités de tarifications présentent ce choix comme un moyen de favoriser les établissements :

« Alors, les conventions de première génération, on les avait négociées de la façon suivante, grosso modo, on disait : « on part d'un GMP de tant, parce qu'à l'époque on avait que les GMP, donc, qui vous permet d'avoir une dotation de tant, et chaque année si le GMP validé évolue, on réévalue la dotation. Donc ça c'est ce qu'on a fait pour les cinq années. Ce qui fait qu'un établissement ne pouvait pas prendre le prétexte d'une prise en charge trop lourde et que les moyens ne suivaient pas, dans la mesure où la dotation était systématiquement réévaluée. Alors, vous allez me dire : « mais quand le GMP baisse, est-ce qu'on diminue les moyens ? » (...) Non. (...) on sait bien que le GMP fluctue (...). Un autre élément, c'est que quand on a donné une dotation de soins, si on leur dit l'année suivante : « votre GMP a diminué de 20 points donc on vous retire 10 000€ ou 15 000€ », le personnel est en place... bon. »⁹⁶ ;

« Donc je dirai qu'en Haute-Savoie, pour les conventions de première génération, on n'a jamais pris le parti comme ça se faisait dans certains autres départements de dire la convention tripartite a entre autres pour but de fixer un montant précis de dotation de soin et

⁹⁴ Entretien n°4.

⁹⁵ Idem.

⁹⁶ Entretien n°8.

de tarif dépendance par exemple. Avec l'idée que ces dotations ne bougeront pas jusqu'à la fin de la convention tripartite. (...). »⁹⁷

En revanche, certains directeurs n'appréciaient pas de devoir s'engager pour cinq ans, alors que l'engagement des autres parties à la convention, celui du financement, ne valait que pour une année :

« Parce qu'on demande à l'établissement de se mettre en ordre de marche pour faire une prévision sur cinq ans, et que nos autorités de tutelles nous disent qu'elles ne peuvent pas signer un engagement ferme sur cinq ans, et que c'est reconsidéré d'année en année. (...). »⁹⁸

La conséquence de cette révision annuelle des financements, c'est que la négociation des conventions était souvent déconnectée de l'aspect financier et se concentrait sur l'étude des points forts, des points à améliorer et des projets de l'établissement. Ainsi, à Saint-Pierre en Faucigny, lors de la réunion de négociation du renouvellement de la convention tripartite, les financements n'ont pas été évoqués du tout. Le directeur a contacté par téléphone, une semaine après la réunion, les services du Conseil Général, et a négocié alors les aspects du financement qui relevait de cette autorité. Il n'a en revanche pas re-contacté la DDASS, la dimension « mécanique » du financement présentée plus haut (financement résultat d'un calcul à partir du GMP et du PMP) empêchant, selon lui, toute négociation sur cet aspect.

En fait, selon la période de l'année où se déroulait la négociation de la convention, l'aspect financier prenait plus ou moins de place dans les discussions : il était souvent un enjeu majeur en période de préparation budgétaire, et restait en retrait à la fin du printemps, quand la procédure budgétaire venait de se clore.

L'introduction récente de l'outil Pathos a conduit à une modification de la politique des autorités de tarification. La dotation résultant du calcul est désormais un plafond, qui peut parfois n'être atteint qu'en plusieurs années. Pour certains établissements, une pluri-annualité des financements, sur deux ans, a donc été envisagée :

« Alors, le PMP on a tous les cas de figure. [Parfois] on a appliqué le plafond parce que la majoration n'était pas très importante, donc on a tout donné la première année, (...). Il n'y aura pas de validation du PMP chaque année. C'est tous les deux ans à peu près (...). Donc tous les cas de figure, c'est soit on applique un plafond tout de suite, soit on a déjà prévu une augmentation sur deux ans... Il y en a même un où on a fait une convention pluriannuelle, sur cinq ans, un seul. »⁹⁹

⁹⁷ Entretien n°5.

⁹⁸ Entretien n°4.

⁹⁹ Entretien n°8.

Dès lors, l'aspect financier devrait prendre une place plus grande dans les négociations. Pourtant, le choix de lisser l'augmentation de la dotation soins liée au Pathos, est semblait-il davantage une décision de la DDASS que le résultat d'une négociation : ce point sera examiné dans le troisième chapitre, qui traite de la question de l'égalité ou de l'inégalité des trois « partenaires ».

Ainsi, la convention tripartite s'inscrit dans une réforme plus profonde des établissements d'hébergement pour personnes âgées : la réforme de la tarification. Ce document pluriannuel est donc lié fortement au financement des structures, même si la renégociation annuelle des aspects financiers est autorisée par les textes. La dotation de soins est aujourd'hui basée sur deux instruments, le GIR et le Pathos, qui structurent souvent le débat lors des négociations. L'outil d'autoévaluation ANGELIQUE est aussi très présent dans les représentations et les discours des trois parties à la convention. Ce cadre général est reproduit à l'échelle haut-savojarde, avec quelques spécificités cependant : une réalité socio-économique qui rend difficile le recrutement dans les établissements ; un conventionnement presque total au 31 décembre 2007 ; et l'utilisation par les tutelles de la possibilité offerte par les textes de renégocier annuellement le financement des établissements.

Il convient maintenant d'examiner si ces négociations financières, et les autres éléments essentiels de la convention, sont influencés par le statut de l'établissement.

Chapitre Deux : La construction de la convention tripartite déterminée par le statut de l'établissement ?

L'étude de la question du pouvoir dans les conventions tripartites renvoie à la question de la différence de statut entre les établissements : pour ne considérer ici que les établissements d'exercice des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, il semble que le pouvoir des directeurs dans des structures rattachées à des centres hospitaliers soit plus grand. En simplifiant, on pourrait croire qu'un directeur d'un établissement plus « gros » (structure hospitalière), soit plus « fort » que le représentant d'un établissement plus « petit » (structure autonome). On se rapprocherait ainsi de la conception du pouvoir comme attribut, et non comme relation entre des acteurs.

A l'inverse, si l'on reprend la définition de Michel Crozier déjà évoquée en introduction¹⁰⁰, les représentants d'un EHPAD hospitalier sont -à première vue- mieux armés pour peser dans les échanges relatifs à la convention tripartite. Que l'on porte le regard sur les rapports entre acteurs à l'intérieur de l'établissement, lors de la préparation de la convention, et lors de son suivi, ou à l'extérieur de l'établissement, à la négociation de la convention, l'hypothèse mérite d'être testée. Pour autant, d'autres éléments devront être pris en considération dans la mesure des pouvoirs.

1 Le parcours de la convention tripartite est influencé par le statut de l'EHPAD

Le statut de la structure a des conséquences directes sur les temps successifs de la vie d'une convention : sa préparation, sa négociation et son suivi.

1.1 La préparation des conventions tripartites : les EHPAD hospitaliers, mieux armés que les structures autonomes

La première hypothèse va ici être examinée essentiellement à la lumière des deux observations sur le terrain d'enquête : la préparation du renouvellement des conventions des EHPAD du centre hospitalier intercommunal Annemasse-Bonneville, et la même démarche dans l'EHPAD autonome de Saint-Pierre en Faucigny. Les deux structures ont le même directeur, qui accorde une importance assez grande au processus de conventionnement, tant dans la démarche à l'intérieur de l'établissement que dans les

¹⁰⁰ « Le pouvoir de A sur B correspond à la capacité de A d'obtenir que, dans sa négociation avec B, les termes de l'échange lui soient favorables ». CROZIER M., « Pouvoir et Organisation » in CROZIER M. *op.cit.* p 117.

relations avec les autorités de tarification. La généralisation est envisageable sur les structures comparables, comme l'ont montré les entretiens menés dans le département.

Ce sont essentiellement les moyens humains disponibles au centre hospitalier qui donnent un avantage aux établissements qui lui sont rattachés.

En effet, le CHIAB, pour la démarche de renouvellement de la convention, a détaché, suite à la demande de la direction des EHPAD, un chargé de mission qualité gestion des risques, qui y consacrait un temps important (de quatre à seize heures par semaine pendant six mois, puis quelques heures par semaine pendant quatre mois). L'EHPAD « Vivre Ensemble », à Saint-Pierre en Faucigny, s'est fait accompagner par un consultant. Celui-ci n'est resté que quelques jours dans l'établissement. Il a ensuite remis un projet de convention, dans une version encore non finalisée. Par souci d'économie, la seconde partie, facultative, de l'intervention du consultant, sur la finalisation du projet, n'a pas été sollicitée par le directeur de l'établissement, qui a fait lui-même les ajustements et corrections.

Les groupes de travail d'autoévaluation, qui ont rempli la grille ANGELIQUE, étaient aussi sensiblement différents d'un type d'établissement à l'autre. Dans l'EHPAD autonome, l'infirmière référente, la secrétaire et occasionnellement une soignante ont aidé le consultant à faire le diagnostic. Le médecin coordonnateur a aussi été très ponctuellement sollicité. Le consultant n'a pas demandé à solliciter plus d'agents. Dans les structures du CHIAB, de février à mai 2008, trois groupes de travail (un dans chaque EHPAD) de six à huit personnes se sont réunis tous les quinze jours pendant deux heures. Ils rassemblaient un noyau de professionnels : infirmier, aides-soignants de jour et de nuit, personnel d'entretien, cadre, responsable qualité ou directrice stagiaire ; auquel venaient s'ajouter les professionnels concernés par les questions de la grille étudiées dans la séance (médecin coordonnateur, secrétaire, animatrice, lingère). De plus, un comité de pilotage composé d'un médecin coordonnateur, d'un cadre, du directeur et du chargé qualité se réunissait tous les quinze jours pour suivre l'avancée des groupes de travail et se positionner sur les axes communs aux trois structures. L'équipe de l'établissement autonome est, elle, trop petite pour permettre à des personnes en poste de s'absenter pour des réunions longues, et les moyens réduits limitent le paiement d'heures supplémentaires. La présence de cadres de santé diplômés était aussi un atout dans le fonctionnement des groupes de travail des EHPAD hospitaliers, l'établissement autonome ne disposant que d'une infirmière qui assume la fonction de coordination quand il est possible de lui dégager du temps pour cela.

Les moyens matériels sont également un avantage dont dispose le centre hospitalier. Ainsi, toutes les réunions des groupes de travail des EHPAD hospitaliers étaient animées

à l'aide d'un ordinateur portable et d'un vidéo-projecteur, afin de valider en temps réel les propositions du groupe au comité de pilotage. Un questionnaire a été envoyé aux familles des résidents, avec une enveloppe « T » pré-affranchie pour la réponse, qui a été financée par la direction des services économiques, responsable de la qualité. Ceci n'a donc pas pesé sur le budget des EHPAD. Dans l'établissement autonome, les familles n'ont pas été associées à la démarche de renouvellement des conventions : une réunion d'information s'est tenue, mais les familles n'ont pas participé au diagnostic.

Les ressources de l'hôpital ont aussi permis une expérience, plus difficilement imaginable en EHPAD autonome, pour la participation des résidents au diagnostic. Des étudiants de l'institut de formation en soins infirmier (IFSI) ont réalisé des entretiens de trois-quarts d'heure environ avec les résidents des établissements qui pouvaient et souhaitaient répondre. Les réponses au questionnaire ont constitué, avec l'autoévaluation et les retours des familles, le diagnostic.

Au-delà des moyens disponibles, c'est l'utilisation de ces ressources au service de la démarche de renouvellement de la convention qui vient renforcer le pouvoir du directeur d'établissement.

Dans l'établissement autonome, le choix de l'utilisation ou non des moyens disponibles repose presque uniquement sur le directeur : il n'y a pas de cadre intermédiaire, et malgré la désignation d'une infirmière référente, les relations hiérarchiques sont directes entre les agents et le directeur.

Dans les établissements rattachés au centre hospitalier, la mobilisation des moyens dépend de davantage d'acteurs : le cadre de santé pour l'organisation de la présence des agents dans les groupes de travail, la direction des services économiques pour la mise à disposition du chargé qualité et des moyens matériels, etc. Certains de ces acteurs dépendent hiérarchiquement du directeur des EHPAD, d'autres non. Sur le terrain étudié, la mobilisation de l'ensemble de ces personnes autour de la démarche de renouvellement des conventions tripartites est sans doute liée au travail de la direction des EHPAD, qui a mené une démarche progressive d'association de tous les acteurs et de communication sur l'importance du renouvellement de la convention.

On voit donc ici que les moyens disponibles sont plus importants dans les établissements rattachés à un centre hospitalier, et que le directeur reste –grâce à des techniques de mobilisation adaptées- garant du choix de mobiliser ou non les ressources quelque soit le statut de l'établissement.

L'ensemble de ces éléments contribue à donner, dans la phase de préparation, davantage de poids aux établissements rattachés à un centre hospitalier. Ainsi, le directeur gagne du pouvoir dans ses relations avec les acteurs à l'intérieur de

l'établissement. En effet, la possibilité de mener une démarche telle qu'elle est décrite plus haut, appuyée sur un travail de communication, permet une appropriation du diagnostic par les agents, et même dans une certaine mesure par les résidents et les familles. Il sera donc plus facile au directeur d'utiliser les constats établis pour défendre les projets de la convention face à ces acteurs.

Par ailleurs, le directeur est aussi plus fort dans ses rapports avec l'extérieur, puisqu'un diagnostic partagé est considéré avec bienveillance par les autorités de tarification :

« On leur demande instamment de faire un travail véritablement d'équipe avec l'ensemble des catégories de personnel, pour éviter à tout prix qu'on ait un document qui soit fait un petit peu à la va vite par un directeur, dans son coin, pour respecter les obligations réglementaires mais sans implication de l'ensemble du personnel. »¹⁰¹

Enfin, un diagnostic partagé par davantage de personnes a des chances de donner naissance à des propositions d'actions d'amélioration plus constructives pour l'établissement. Elles seront considérées comme plus pertinentes.

1.2 La négociation : la fin de l'avantage pour les établissements hospitaliers ?

A première vue, les structures rattachées à un centre hospitalier ont encore des atouts supplémentaires lors de la négociation, notamment sur les aspects financiers. Pourtant, plusieurs facteurs viennent mettre en doute ces avantages.

Les directeurs et les autorités de tarifications s'accordent sur le fait que les EHPAD rattachés à un centre hospitalier reçoivent des financements plus importants :

« Il y a une grosse différence au niveau budgétaire, entre établissement hospitalier et établissement public autonome »¹⁰² ;

« D'abord il faut savoir que globalement il y a plus de moyens dans les structures, dans les maisons de retraite hospitalières que dans les autres maisons de retraite. Et que les conventions tripartites qui ont été signées en dernier, c'était plutôt avec des maisons de retraite hospitalières ; ce n'était pas un hasard, parce qu'elles avaient moins à gagner a priori. »¹⁰³

Les financements accordés sont plus importants, mais cela semble correspondre à la compensation de charges qui résultent du fonctionnement hospitalier de la structure. Le discours tenu par plusieurs directeurs, tant d'EHPAD hospitaliers que d'EHPAD autonomes, reprend cet argumentaire :

« Ah, vous ne pouvez pas comparer un EHPAD dans un centre hospitalier et un EHPAD autonome. Ce n'est pas comparable. »¹⁰⁴ ;

¹⁰¹ Entretien n°5.

¹⁰² Entretien n°5.

¹⁰³ Entretien n°8.

¹⁰⁴ Entretien n°2, interviewé 2.

« C'est-à-dire que... on a des contraintes plus lourdes quand on est un EHPAD qui est rattaché à un centre hospitalier, on n'a pas la même souplesse de gestion. »¹⁰⁵ ;

« Disons qu'à la limite, ils [les autorités de tarification] savent qu'un EHPAD hospitalier est plus cher qu'un EHPAD autonome. »¹⁰⁶

Par ailleurs, certains EHPAD autonomes peuvent se prévaloir d'une situation particulière, notamment en matière de gestion des ressources humaines, pour obtenir un financement plus important. Ainsi, l'établissement de Saint-Pierre en Faucigny a obtenu une hausse du financement du Conseil Général au titre du passage récent de la fonction publique territoriale à la fonction publique hospitalière, et du surcoût en charge de personnel que cela entraînait.

Le pouvoir plus grand du directeur d'établissement hospitalier sur les autorités de tarification dans la phase de négociation n'est donc pas avéré.

Un autre élément doit être pris en compte dans la recherche des atouts de l'un ou l'autre type d'établissement lors de la négociation. En effet, la position du représentant de l'établissement présent à la négociation est essentielle aux yeux des autres parties à la convention tripartite. Jusqu'à il y a peu, les centres hospitaliers ne comptaient pas de directeur dédié au secteur personnes âgées. Dès lors les autorités de tarification semblaient apprécier modérément ces représentants parfois peu au fait des réalités de terrain :

« Dans les établissements qui n'ont pas [créé un poste spécifique de directeur des EHPAD] (...) on a un interlocuteur qui est le directeur général de l'établissement hospitalier, mais qui n'est pas bien au fait du détail et du coup on a du mal à faire évoluer comme on le souhaite, ou comme c'est inscrit éventuellement dans la convention tripartite, la qualité de vie au sein de l'établissement. »¹⁰⁷ ;

« (...) on avait souvent des interlocuteurs administratifs qui connaissaient mal le sujet, qui connaissaient mal la spécificité du secteur médico-social, qui manquaient de professionnalisme entre guillemets, ce n'était pas leur métier, et ça se sentait. C'était des hospitaliers et... »¹⁰⁸.

Cet élément pesait donc plutôt en la défaveur des établissements hospitaliers. Pourtant, dans le suivi de la convention, ces derniers semblaient, une fois encore, mieux dotés.

¹⁰⁵ Entretien n°2, interviewé 3.

¹⁰⁶ Idem. Les charges supplémentaires dans les établissements hospitaliers se retrouvent notamment en matière de dépenses de personnels, puisque la gestion du personnel est centralisée, et que des agents avec une carrière parfois avancée (donc plus « coûteux ») peuvent être affectés aux EHPAD.

¹⁰⁷ Entretien n°5.

¹⁰⁸ Entretien n°8.

1.3 Le suivi de la convention tripartite, plus difficile dans les établissements autonomes

Enfin, lors de la phase de mise en œuvre des actions de la convention, les EHPAD hospitaliers ont, en raison de leurs moyens humains et matériels plus importants, plus de facilités à effectuer un suivi de qualité.

D'une part, la participation d'un membre de la cellule qualité gestion des risques assure une certaine continuité et une inscription dans une démarche de plus grande ampleur. D'autre part, le cadre de santé auprès des équipes peut être l'intermédiaire entre les objectifs institutionnels et leur mise en œuvre sur le terrain.

A l'inverse, l'infirmière désignée référente de l'établissement autonome de Saint-Pierre en Faucigny sera en difficulté pour assumer ce rôle, pour lequel elle n'a pas reçu de formation. Par ailleurs, dans le contexte particulier des petits établissements autonomes, la difficulté de recrutement d'infirmiers réduit de fait le temps de coordination de l'infirmière référente, qui doit se consacrer aux soins. Enfin, le consultant employé par l'établissement n'a pas de mission de suivi.

Le statut de l'établissement, qui semblait a priori l'un des déterminants du pouvoir du directeur dans l'élaboration de la convention tripartite, joue donc un rôle non négligeable. Les directeurs d'établissements hospitaliers sont plus forts dans leurs relations avec les acteurs internes à l'établissement lors de la préparation et du suivi de la convention. Ils disposent par ailleurs d'arguments importants dans la phase de négociation de la convention. Pourtant, le statut n'est pas forcément le seul élément propre à l'établissement qui pèse sur les relations de pouvoir autour des conventions tripartites.

2 D'autres variables internes à l'établissement affectent le parcours de la convention

La situation de l'établissement et de son équipe (situations conflictuelles, « turn-over » important des agents) influence aussi largement la convention tripartite. En théorie, et sur le terrain considéré, le directeur dispose de la maîtrise la mobilisation autour de la démarche qualité quelque soit le statut de l'établissement. Pourtant, les enjeux de pouvoir à l'intérieur de l'établissement sont déterminants dans la préparation, la négociation et la mise en œuvre de la convention tripartite. La personnalité et surtout la formation du directeur lui-même ont des conséquences sur ces relations de pouvoir.

2.1 La nécessité de la participation des équipes tout au long de l'histoire de la convention

Le premier élément à prendre en considération à l'intérieur de l'établissement est la configuration des équipes en place. L'existence de conflits, l'instabilité des équipes, créent des situations qui rendent plus difficiles la mise en place et le suivi de la convention.

Ainsi, la méthodologie des groupes de travail constitués dans les EHPAD hospitaliers du CHIAB¹⁰⁹ insistait sur le fait que réaliser une autoévaluation, ce n'était pas évaluer le travail de tel ou tel agent, mais bien décrire une situation réelle générale, « objective ». Faire ce travail est forcément plus difficile s'il existe des conflits importants au sein de l'équipe. Dans ce cas, il serait très malaisé pour l'animateur du groupe d'empêcher les tensions interpersonnelles de remonter, lors de l'examen de telle ou telle question sensible.

De la même manière, la première page de la méthodologie des groupes énonçait des principes fondamentaux :

¹⁰⁹ Les trois EHPAD étant rattachés à la même structure, et donc connaissant un certain nombre de problématiques communes, une méthodologie de travail similaire a été définie. Ceci afin d'obtenir un diagnostic qui fasse ressortir non seulement les éléments propres à chaque EHPAD qui demanderont des réponses particulières, mais aussi les facteurs communs aux trois structures, qui entraîneront une prise de position « institutionnelle » au niveau de la direction des EHPAD du centre hospitalier.

« FONCTIONNEMENT DES GROUPES

Planification

Les réunions sont toutes planifiées dans un délai suffisant permettant de ne pas perturber les plannings de services.

Une information des responsables de service est prévue.

Organisation des réunions

Un animateur de réunion et un secrétaire sont désignés.

Pour chaque réunion, l'ordre du jour ainsi qu'un compte rendu sont élaborés.

Une salle, un vidéoprojecteur ainsi qu'un ordinateur portable seront mis à disposition des professionnels.

Confidentialité

Chacun doit veiller au respect de la confidentialité concernant les débats.

Relation

L'écoute et l'expression de chacun sont favorisées.

Les niveaux de connaissance des participants sur un sujet peuvent être très différents, il est donc important de respecter toutes les idées, points de vue, questionnements.

Durant les séances de travail, les liens hiérarchiques sont effacés.

Traçabilité

Chaque réunion fait l'objet d'une feuille de présence et d'un compte rendu stipulant si nécessaire le travail à réaliser entre les séances. »¹¹⁰

Le respect des items « confidentialité » et « relation » est, lui aussi, rendu plus difficile en cas de conflit fort au sein d'une équipe.

La configuration de l'équipe est donc importante dans la phase de préparation de la convention tripartite. Elle peut aussi être déterminante lors de la négociation. En effet, les autorités de tarification apprécient de trouver à la table de discussion un trio -infirmier référent (ou cadre), médecin coordonnateur, directeur- qui reflète une bonne entente dans l'établissement. Ce point sera examiné plus avant dans le chapitre quatre.

Enfin, le suivi de la convention est lui aussi déterminé par des éléments autres que le statut de l'établissement, notamment par le degré de stabilité des équipes. Ainsi, dans les établissements du centre hospitalier, la première convention tripartite avait bien été précédée d'une démarche d'autoévaluation avec le personnel. Cependant, le « turn-over » important qui a caractérisé les établissements (la situation s'est un peu stabilisée depuis 2 ans environ) a empêché un véritable suivi : seuls deux ou trois agents étaient encore présents dans chaque établissement à l'issue des cinq ans de la convention.

¹¹⁰ CHIAB. *Autoévaluation. Méthodologie des groupes de travail et du comité de pilotage*. Version 2. Mars 2008. 5 p. p 1.

La situation en matière de ressources humaines au sein de l'établissement est donc un facteur important qui peut influencer les relations de pouvoirs à l'intérieur de l'établissement lors de l'élaboration de la convention tripartite, et venir remettre en cause les avantages issus du statut de la structure.

2.2 Le directeur, une « variable » essentielle aux yeux des autorités de tarification

En outre, la position, le statut et la formation du directeur ou de la directrice reviennent systématiquement dans le discours des financeurs. Ce sont, pour eux des facteurs importants dans la construction des échanges entre les parties à la convention.

« Moi j'apprécie assez les établissements [où] à la direction on a des gens qui sont formés, je trouve que l'école de Rennes forme plutôt pas mal, ils savent ce que c'est que négocier une convention... Dans l'ensemble, je trouve qu'on a quand même des gens qui tiennent quand même plutôt la route. Sur le secteur public territorial, là on a des problèmes de compétences. On a de très bons directeurs, et puis d'autres qui restent là un an, deux ans, qui ne sont pas formés, qui sont peut-être excellents financiers mais piètres relationnels, ou l'inverse... (...) On a le pire comme le meilleur. »¹¹¹

La personnalité et la formation du directeur influencent les différents moments de la convention. La négociation, mais aussi la préparation et le suivi, nécessitent de mobiliser des compétences particulières. Ainsi, les interviewés définissent les compétences nécessaires à un directeur impliqué dans une démarche de conventionnement :

« Etre le plus objectif possible, d'abord. Avoir des capacités rédactionnelles, d'analyse... de restitution. »¹¹²

« Une des compétences qui paraît vraiment nécessaire, c'est que le directeur connaisse le code de l'action sociale et des familles. Connaisse l'ensemble des règles du jeu qui régissent son secteur ». ¹¹³

« C'est à la fois un mélange de capacité à diriger un établissement, à prendre les bonnes décisions, et puis capacités de travailler en équipe. »¹¹⁴

L'ensemble de ces compétences font partie du programme d'enseignement de l'école des hautes études en santé publique (EHESP) : cours sur la définition du projet d'établissement et la négociation des conventions, sur la législation et les règlements en vigueur, sur le management d'un établissement¹¹⁵, etc. Les financeurs connaissent en partie ce programme. Dès lors, le poids du directeur face aux autorités de tarification

¹¹¹ Entretien n°8.

¹¹² Entretien n°2.

¹¹³ Entretien n°5.

¹¹⁴ Entretien n°8.

¹¹⁵ Cf. programme de formation des élèves directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, 2007-2008.

évolue en fonction de sa personnalité et de sa formation, et de la manière dont les financeurs perçoivent cette formation.

Au final, les éléments internes à l'établissement sont déterminants dans les rapports de pouvoir qui s'établissent autour de la convention tripartite. Certains ont été examinés ici, mais d'autres pourraient être évoqués, notamment l'histoire de la structure ou sa situation financière. La première hypothèse, sans être invalidée (l'autonomie ou non de l'établissement a tout de même une influence sur le destin de la convention), est à relativiser, puisque les facteurs à prendre en considération dépassent largement la question du statut.

Après un examen des caractéristiques essentielles propres à l'établissement, il semble légitime de considérer les déterminants des jeux de pouvoir qui se nouent à l'extérieur de celui-ci, avec les autres parties à la convention tripartite.

Chapitre Trois : la négociation de la convention, un échange entre partenaires inégaux ?

Les négociateurs de la convention tripartite entrent dans un jeu de pouvoir, dont les règles ont été décrites dans le chapitre premier. Les sources du pouvoir des uns sur les autres sont diverses. Il faut pourtant chercher les raisons de l'influence des différents acteurs dans le même « monde »¹¹⁶ : les trois parties en présence partagent en effet les mêmes valeurs et poursuivent le même objectif.

1 Des débats dans un même « monde »

Henri Amblard et les co-auteurs de l'ouvrage *Les nouvelles approches de la sociologie des organisations* évoquent trois types de relations : les controverses dans un même monde, des mondes différents qui coexistent sans susciter de discorde et les controverses entre mondes¹¹⁷. Se référant à la théorie de Luc Boltanski, ils expliquent que les acteurs sont dans le même monde quand ils partagent un système d'équivalence, qu'ils accordent la même signification aux choses, et ont les mêmes références.

Ainsi, la DDASS, le Conseil Général et les établissements évoluent dans le même « monde », au sens de Luc Boltanski et Laurent Thévenot¹¹⁸. Plus loin, leur but commun est celui du bien-être des personnes âgées. Cela a des conséquences directes dans la négociation de la convention, sur les stratégies des différents acteurs.

1.1 Trois acteurs dans le « monde civique »

Luc Boltanski et Laurent Thévenot développent le modèle de la cité : une communauté d'accord autour d'un principe commun, qui structure les relations entre les individus. L'une des cités qu'ils identifient est la « cité civique », et le « monde civique » qui la prolonge. Dans cette cité, le principe supérieur est la volonté générale, qui se traduit par la loi. Dans le monde civique, les objets qui servent de références communes sont les formes légales : le droit, les décrets, les ordonnances, les mesures, les instructions, les codes, les protocoles d'accord, etc¹¹⁹.

Les trois parties à la convention utilisent habituellement des « justifications » issues de ce monde civique. Leur comportement quotidien le montre. La DDASS transmet par courrier

¹¹⁶ BOLTANSKI, L., THEVENOT, L. De la justification : les économies de la grandeur. Paris : Gallimard. 1991. 483 p.

¹¹⁷ AMBLARD H., BERNOUX P., HERREROS, G., LIVIAN Y-F. *Les nouvelles approches de la sociologie des organisations*. Troisième édition. Paris : Seuil, 2005. 292p.

¹¹⁸ BOLTANSKI, L., THEVENOT, L. op. cit.

¹¹⁹ Idem, p 234.

électronique aux directeurs l'ensemble des textes législatifs et réglementaires les concernant. Par ailleurs, les directeurs ont recours très régulièrement au site Internet *Légifrance*¹²⁰ et au code de l'action sociale et des familles.

Les entretiens montrent aussi que tous les acteurs renvoient, dans leurs discours, au monde civique :

« On s'appuie sur les aspects réglementaires (...) »¹²¹

Outre les lois et les règlements, leurs déclinaisons sont des références communes aux trois acteurs : GMP, PMP, outils de la loi n°2002-2 visant à garantir les droits des usagers, schémas gérontologiques...

« Donc, tout ce qui est contenu des documents obligatoires, aussi. Bon, les aspects... livret d'accueil, règlement de fonctionnement, mise en place du Conseil de la Vie Sociale, liste des personnes agréées... enfin, vous connaissez tous ces outils de la loi de 2002. »¹²² ;

« Quand je suis arrivée, je m'en suis servie, du schéma. La première chose que j'ai regardée, c'est le schéma du département. »¹²³ ;

« Au niveau des soins, c'est souvent voir si les procédures de soins type 'lutte contre la maltraitance', 'contre la contention'... [existent] »¹²⁴

Les acteurs de la convention tripartite utilisent tous dans leurs discours et leurs argumentaires, des cadres et des valeurs issues du même monde. Si l'on se penche sur les entretiens, on remarque que la proximité va au-delà, puisque les trois parties affichent les mêmes objectifs.

1.2 Un objectif commun : le bien-être des personnes âgées

Il ne s'agit ici nullement de nier les enjeux bien particuliers qui traversent chacune des parties à la convention. Pour autant, les personnes interviewées mettent en avant leurs objectifs fondamentaux.

L'élément qui revient le plus souvent, c'est la recherche de la qualité de vie des personnes âgées.

Une directrice explique par exemple que la transformation de certains des lits de soins de longue durée en lits EHPAD a été prévue avec les autorités de tarification selon des modalités qui ne remettent pas en cause les habitudes des résidents (changement de chambre, etc.). Le passage d'un statut à un autre sera fait à l'entrée de nouveau résidents, et ne concernera pas les résidents déjà présents dans la structure.

La même personne expose ce qui est, selon elle, le positionnement du Conseil Général :

¹²⁰ www.legifrance.gouv.fr

¹²¹ Entretien n°5.

¹²² Entretien n°5, interviewé 6.

¹²³ Entretien n°2.

¹²⁴ Entretien n°5, interviewé 5.

« Une grande sensibilité à l'expression des familles et des résidents, et donc à être vigilant sur les aspects qualité du fonctionnement de l'établissement. »¹²⁵

L'inspecteur des affaires sanitaires et sociales, explique, lui, sa position quant à la mise en place de la politique de transformation des lits d'unités de soins de longue durée en EHPAD :

« C'est un découpage qui reste très administratif, très financier, mais qui correspond rarement aux réalités de terrain : configuration des locaux, besoin des personnes... (...) On a essayé de faire en sorte que cela ne porte pas préjudice à la personne âgée. Il n'y a pas de raison que puisqu'on fait un découpage administratif et financier, la personne soit obligée d'aller dans telle ou telle partie du bâtiment [si son état de santé évolue] (...). »¹²⁶

La qualité de vie recherchée est essentiellement celle des résidents, des personnes accueillies ; mais aussi celle des autres personnes âgées du territoire. Si cette seconde préoccupation revient essentiellement chez les autorités de tarification, elle n'est pas absente du discours des directeurs, notamment dans leurs références aux schémas, ou à la proposition de formes alternatives à l'hébergement continu (accueil de semaine, de week-end, accueil temporaire) :

« Donc il y avait une pertinence quand même, de mettre une structure sur cette vallée-là, et une petite structure sur l'autre vallée. Il y avait un réel besoin de prise en charge. Mais il n'y avait pas la nécessité de faire des grosses structures. Moi je trouve que deux petits établissements, ici, c'est suffisant. »¹²⁷

Les articles des directeurs d'établissements dans les revues professionnelles montrent aussi cette préoccupation d'un développement équilibré sur le territoire :

« L'adéquation de l'établissement avec les besoins exprimés dans le département, dans le cadre de son schéma gérontologique départemental, et son insertion dans un réseau constituent bel et bien l'expression d'une prise en charge de qualité de cet établissement par rapport aux besoins départementaux et aux besoins de la population hébergée. »¹²⁸

La qualité de vie des personnes âgées est donc, semble-t-il, la préoccupation essentielle des parties à la convention tripartite.

Il apparaît aussi que certaines préoccupations majeures des établissements sont bien connues par les autorités de tarification, et qu'à l'inverse, les structures ont intégré certains objectifs des financeurs.

Ainsi, chacun tente de proposer une qualité optimale à un coût moindre :

¹²⁵ Entretien n°4.

¹²⁶ Entretien n°8.

¹²⁷ Entretien n°2.

¹²⁸ BRAMI G. « Les objectifs de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées proposés dans le cadre de la réforme de la tarification ». *Bulletin juridique de la santé publique*, Mars 2001, n°42, pp 17-18, p 17.

« Faut pas non plus demander pour demander. Il faut un projet derrière, des nécessités, etc. (...) Moi je dis aux filles : 'c'est pas parce que vous aurez 10 postes de plus que vous travaillerez mieux, c'est pas vrai' »¹²⁹ ;

« Disons qu'on a eu ce double souci de faire évoluer de façon positive les qualifications professionnelles, mais sans que ça aboutisse à quelque chose que je pense de toute façon la DDASS et le Conseil Général nous auraient opposé, c'est-à-dire un changement trop brutal, qui aurait bouleversé les dotations soins, dépendance et fait augmenter le prix de journée hébergement. »¹³⁰ ;

« Je crois qu'il faut être pragmatique. On sait qu'il n'y a pas de moyens. Il n'y a pas d'argent. On le sait. Donc ça ne sert à rien d'aller mettre non plus la pression sur les tutelles en disant : « je veux trois infirmières en plus et sept aides-soignantes en plus ». Donc il faut être pragmatique, bien connaître son établissement pour voir son évolution, et puis savoir que de toute façon les moyens étant limités, il faut être raisonnable et surtout travailler sur notre organisation interne en demandant certes quelques moyens supplémentaires, mais c'est pas la peine de demander un ratio de un pour un, on sait qu'on ne l'a pas. »¹³¹

Par ailleurs, tous, y compris les autorités de tarification, sont préoccupés de la bonne marche des établissements au quotidien. On a vu plus haut leur conscience du problème concret que représentent les difficultés de recrutement de personnel soignant. Les entretiens montrent aussi leur préoccupation du fonctionnement des établissements. Enfin, les autorités de tarification apparaissent confiantes, estimant que les établissements –en tous cas les établissements considérés ici, ceux relevant de la fonction publique hospitalière- recherchent effectivement le bien-être des personnes âgées. Dès lors, le contrôle exercé sur les établissements n'est pas un suivi rapproché. Les directeurs le relèvent :

« Là, ici, c'est bien parce qu'ils ne sont pas contrôlé, contrôlé. »¹³² ;

« En comparaison [du département où je travaillais auparavant], j'ai été surprise, ici, on a une grande liberté. »¹³³ ;

« Là c'est vrai qu'on a la paix, il faut le reconnaître. Autant dans certains départements, peut-être, les tutelles sont très présentes dans les établissements, je sais que c'est très différent d'un département à l'autre. Moi je reconnais que parfois je me dis : « ben ils sont peut-être pas assez présents pour être conscients de nos difficultés », et puis d'autre part je me dis : « bon j'aimerais pas les avoir non plus tous les jours sur le dos dans la maison, hein ». Du moment qu'il n'y a pas de gros problème, non, je trouve que ça va bien. »¹³⁴

En effet, cela peut contribuer aux bonnes relations entre les acteurs de la convention tripartite.

¹²⁹ Entretien n°2.

¹³⁰ Entretien n°4.

¹³¹ Entretien n°7.

¹³² Entretien n°2.

¹³³ Entretien n°9.

1.3 Les rapports entre les parties à la convention tripartite : des relations apaisées

La communauté de vues qui se dégage dans le département participe à l'établissement de bonnes relations entre les autorités de tarification et entre celles-ci et les structures d'accueil des personnes âgées, même s'il ne faut pas nier l'importance de la personnalité des acteurs dans ce climat serein. Il semble par ailleurs que ces relations apaisées aient des conséquences directes sur les stratégies des parties à la négociation des conventions tripartites.

1.3.1 Une « bonne entente » relevée par tous

Les acteurs interviewés, directeurs d'établissement et autorités de tarification, notent d'eux-mêmes les liens forts qui unissent les deux financeurs :

« (...) toutes les visites de conformités sont faites conjointement avec le Conseil Général. Un signe qu'il y a beaucoup d'échanges c'est le fait qu'à chaque fois on y va dans une même voiture, on fait toujours du covoiturage. Après, c'est peut-être une histoire de personnes, mais en tout cas à Annecy ça se passe très très bien entre le secteur personnes âgées de la DDASS et le Conseil Général. »¹³⁵

« ... il y a de bonnes relations entre le Conseil Général et la DDASS. Et c'est pas pareil dans tous les départements. Parce que (...) quand ils se tirent dans les pattes, vous vous êtes au milieu, quoi. Et bon... voilà ce n'est pas facile. Donc là on a de la chance, dans le département. »¹³⁶

« Ecoutez, dans le département on a la chance d'avoir un fonctionnement totalement en confiance, transparent –même si c'est un terme un peu galvaudé- mais c'est vrai qu'on n'a pas du tout d'enjeux de... que ce soit sur le côté médical ou le côté administratif il n'y a pas du tout d'enjeux de territoire, de pouvoir. Il y a un partage total d'informations, sur le schéma on est largement associés, quand nous on a des choix à faire aussi en matière de médicalisation ou autre, on le fait avec le Conseil Général, régulièrement je vois... je travaille en très forte équipe avec le médecin inspecteur, mais aussi avec l'équipe, mais on se voit aussi très régulièrement avec le médecin du Conseil Général et le collègue [agent du Conseil Général en charge du secteur personnes âgées] pour discuter ensemble des plaintes, comment on fait, quel type de réponse, qui fait quoi, les inspections souvent on les mène de concert, même si c'est nous qui faisons en général les rapports, c'est la mission de l'inspecteur et du médecin inspecteur. Mais vous voyez on est vraiment sur un mode de compétences partagées. »¹³⁷

¹³⁴ Entretien n°7.

¹³⁵ Entretien n°1.

¹³⁶ Entretien n°2.

¹³⁷ Entretien n°8.

Ces bonnes relations s'expliquent aussi par le fait que le Conseil Général « suit » les décisions prises par la DDASS, pour les financements relevant conjointement de la section tarifaire soin et de la section dépendance (ex : les postes d'aides-soignants).

Ces rapports rejaillissent, semble-t-il, sur les relations entre les financeurs et les établissements :

« Le cabinet de consultants, qui nous assiste pour élaborer notre nouveau schéma gérontologique, l'une des premières choses qu'il nous a dit après avoir rencontré un nombre important de directeurs d'établissements, c'était qu'en fait contrairement à d'autres départements dans lesquels il a travaillé aussi, il ne sentait vraiment aucune, comment dire ? contestation, acrimonie, ou opposition à l'égard notamment du Conseil Général puisque c'est de ça qu'on parlait, mais je crois qu'on peut étendre ça aussi du côté de la DDASS (...). »¹³⁸

Le stage de directrice d'établissement dans ce département a permis de constater la réalité de ces discours. Les relations sont en effet sans heurts. Par contre, la récurrence de l'affirmation « nous nous entendons bien » dans le discours des autorités de tarification, même si elle reflète une réalité, n'est pas neutre. En effet, le climat apaisé des relations est à la source de certaines stratégies des acteurs dans les négociations.

1.3.2 Des stratégies de négociation fondées sur ces rapports cordiaux

Les autorités de tarification semblent en effet se servir de leurs bonnes relations comme d'un argument de négociation. D'ailleurs, elles les affichent à l'envi, et les directeurs remarquent ce comportement :

« Ils travaillent ensemble. Je veux dire, ils ont chacun leurs problématiques, mais souvent ils me disent : 'vous savez, on se rencontre très régulièrement'. Je pense qu'ils se rencontrent toutes les semaines ou au maximum tous les quinze jours, sur les dossiers en cours. »¹³⁹

En fait, cet affichage sert à montrer aux directeurs qu'ils « font bloc ». Il ne sert à rien, disent en substance les financeurs quand ils affirment leur union, de tenter d'obtenir de l'un ce que l'autre n'a pas voulu accorder, ou de chercher l'appui de l'un face à l'autre.

« En principe, on s'est mis d'accord entre nos services et ceux de la DDASS sur les observations qu'on ferait. »¹⁴⁰ ;

« Je pense que les responsables ont en face d'eux une équipe qui ne donne pas de signe de discorde. Ca fait un peu la force, quand même. On ne se contredit pas, quoi. Je pense qu'ils ont en face d'eux des gens qui sont d'accord. (...) Donc je pense que ça peut jouer, oui. Ils ne peuvent pas jouer sur un tableau ou un autre. »¹⁴¹

¹³⁸ Entretien n°5.

¹³⁹ Entretien n°4.

¹⁴⁰ Entretien n°5.

¹⁴¹ Idem, interviewé 5.

On voit bien ici le vocabulaire employé, qui rappelle la compétition sportive : les directeurs ont en face d'eux une « équipe » d'autres joueurs qui sont unis. Ils ne peuvent pas se servir des failles de cette équipe pour gagner du terrain. Plus loin, on voit se dessiner ici une négociation à deux têtes : les autorités de tutelle d'une part (même si chacun garde ses prérogatives), l'établissement d'autre part.

Par ailleurs, les directeurs utilisent souvent une stratégie qui découle de cette ambiance apaisée dans le département, mais qui contribue en retour à la renforcer. Ils ont en effet tendance à anticiper les demandes des autorités de tarification, à essayer de leur « faire plaisir » (dans la mesure où telle ou telle action correspond aussi à leurs propres valeurs). Ainsi, lors d'une réunion entre les représentants d'un établissement (cadre de santé, médecin coordonnateur, directeur) et la DDASS, à Annecy, l'inspecteur des affaires sanitaires et sociales a évoqué les bienfaits de l'ouverture des portes des cantous (unités protégées des EHPAD, destinées à accueillir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer). Après cette réunion, le directeur a regretté de ne pas avoir introduit l'idée de l'ouverture des portes de l'unité protégée dans le projet de convention tripartite d'un autre établissement qu'il dirige. Dans la semaine qui a suivi, il a lancé ce projet dans cet établissement, qui fera l'objet d'une annexe à la convention tripartite négociée en mai 2008¹⁴².

Il s'agit ici pour le directeur, semble-t-il, de tenter de plaire aux autorités de tarification, en développant un projet qui lui tient à cœur mais qu'il n'avait pas évoqué avant la rencontre avec la DDASS. On voit bien ici qu'un tel projet, qui nécessite des financements supplémentaires (besoin de davantage de personnel, car tâche de surveillance accrue), a des chances de recueillir l'appui des financeurs¹⁴³.

2 La DDASS, acteur dominant des négociations

La convention tripartite met aux prises trois acteurs. Même si ceux-ci s'entendent bien, chacun est plus ou moins contraint par son propre environnement et dans le cadre des négociations. En outre, comme le souligne Jean-Pierre Gaudin, ce n'est pas parce que les espaces de négociations sont formalisés, reconnus et affirmés que la discussion associe nécessairement des acteurs égaux : « Une négociation plus visible est-elle pour autant plus ouverte à toutes les parties prenantes et plus démocratique ? »¹⁴⁴.

¹⁴² Carnet de bord.

¹⁴³ Par ailleurs, ce choix d'ouverture représente aussi une stratégie quand au financement par l'outil Pathos. Le PMP accordé par le médecin inspecteur, dans cet établissement, avait été bas, du fait de l'existence d'une unité protégée. L'argument : ces personnes sont enfermées, le besoin de surveillance est donc minime devrait être invalidé avec l'ouverture des portes du Cantou. «

¹⁴⁴ GAUDIN J.-P. *Gouverner par contrat*. 2^{nde} Edition. Paris : Presses de Sciences-Po, 2007, p 35.

La mesure du pouvoir des trois acteurs en présence implique un regard sur leurs possibilités d'action, et sur les incertitudes qu'ils maîtrisent. En effet, Michel Crozier et Erhard Friedberg expliquent que le pouvoir est lié à la capacité à maîtriser des éléments qui restent des incertitudes pour les autres acteurs.¹⁴⁵

Ces deux auteurs donnent une grille d'analyse pour établir le pouvoir d'un individu sur un autre :

- Chercher les sources d'incertitudes que chacun d'eux contrôle au sein de l'organisation dont ils font partie ;
- Etablir l'importance respective de ces incertitudes au regard des objectifs de l'organisation ;
- Connaître les limitations imposées par les règles du jeu.¹⁴⁶

A l'aide de cette grille d'analyse, les possibilités d'action des trois acteurs seront étudiées successivement.

2.1 La DDASS reste maître du jeu, malgré un contexte difficile

2.1.1 La perspective de la dilution dans les agences régionales de santé (ARS) et la multiplicité des rôles des DDASS

Deux rapports successifs ont souligné la nécessité d'inclure les activités médico-sociales financées par l'assurance-maladie dans les futures agences régionales de santé : le rapport Ritter et le rapport Bur¹⁴⁷. Ces deux projets vont encore plus loin, en proposant la délégation de la gestion de la tarification des activités de soins des établissements aux Conseils Généraux. Dès lors, l'avenir des directions départementales est incertain, et cette incertitude-là n'est pas maîtrisée à leur niveau...

Par ailleurs, le rapport au Président de la République de la Cour des Comptes, en 2005, souligne que la faiblesse des moyens disponibles dans les DDASS et la multiplicité des fonctions ont pu mettre les inspecteurs en difficulté¹⁴⁸.

L'inspecteur des affaires sanitaires et sociales interviewé relève lui-même cette dernière difficulté :

¹⁴⁵ Par exemple dans CROZIER M., « Pouvoir et Organisation », in CROZIER M. *op.cit.* p 124.

¹⁴⁶ CROZIER M., « Pouvoir et Organisation » in CROZIER M. *op.cit.*

¹⁴⁷ BUR Y. *Conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé*. Rapport d'information à l'Assemblée Nationale n° 697 : 6 février 2008. 168 p. et RITTER, P. *Rapport sur la création des agences régionales de santé*. Janvier 2008, 60 p.

¹⁴⁸ COUR DES COMPTES. *Op. cit.* p 216.

« Mais en plus, le fait d'avoir une relation contractuelle ça change un peu les regards, on n'est pas seulement là comme censeur, on accompagne, on est là aussi pour veiller à la bonne utilisation des deniers publics, dans une volonté de partenariat. On a à la fois un rôle de contrôleur et de partenaire, ce qui n'est pas toujours évident, d'ailleurs. Ben oui, si on est contrôleur, on n'est plus partenaire. Il y a un moment où... On négocie, et puis deux jours après on y va pour un contrôle. Donc là c'est la même personne mais on n'a plus la même casquette. »¹⁴⁹

2.1.2 La maîtrise de deux incertitudes majeures donne du pouvoir à la DDASS dans la négociation

Si le contexte n'est pas facile pour les directions des affaires départementales, cela n'a pas forcément de conséquence sur l'organisation constituée par les trois signataires lors du conventionnement. Par ailleurs, la multiplicité des fonctions de la DDASS, et notamment son rôle de contrôle des établissements, peut contribuer à asseoir sa domination lors de la négociation. En fait, il semble que ce soit surtout l'animation de la réunion de conventionnement et la maîtrise de la plus grande part des financements qui assure à la DDASS son pouvoir sur les autres participants.

La direction de la réunion de négociation de la convention (qui réunit les trois parties à la convention) est –de fait- confiée à l'inspecteur des affaires sanitaires et sociales. Pourtant, rien de tel n'est formellement prévu, même entre les participants. C'est un état de fait, que tout le monde admet :

« Ailleurs, c'est peut-être autre chose. Mais j'ai l'impression que la convention tripartite, c'est surtout la DDASS qui... organise. »¹⁵⁰ ;

« Mais la DDASS a une présence plus forte... bon parce que... elle se rapproche peut-être plus du soin que le Conseil Général, mais, euh... surtout la DDASS. »¹⁵¹ ;

Cette place est aussi reconnue par les acteurs du Conseil Général :

« (...) je trouve que la DDASS a quand même une présence prédominante. – Ah, mais oui, c'est clair. Tout à fait d'accord avec vous. »¹⁵²

Dès lors, l'inspecteur des affaires sanitaires et sociales dispose d'un atout important : il choisit les sujets sur lesquels il insiste, met en valeur tel ou tel aspect... Bref, il cadre les discussions, et définit lui-même des espaces de négociation, même si les autres partenaires peuvent infléchir le cours de la discussion pour tenter d'ouvrir de nouvelles fenêtres de dialogue.

¹⁴⁹ Entretien n°8.

¹⁵⁰ Entretien n°1.

¹⁵¹ Entretien n°2.

¹⁵² Entretien n°5, interviewé 5 puis 6.

De plus, et c'est peut-être l'élément le plus important, la DDASS maîtrise la plus grande part de l'incertitude liée aux financements. Dès lors, si, comme le recommandent Michel Crozier et Erhard Friedberg, on s'intéresse non seulement aux incertitudes contrôlées, mais aussi à l'importance respective de ces incertitudes, on voit bien que les négociateurs ne sont pas égaux.

« A ces réunions, à chaque fois, l'inspecteur avait calculé, enfin, donnait le nouveau cadrage budgétaire, qui incluait le Pathos, donc le PMP, le Pathos Moyen Pondéré ; et ça, c'était aussi,... les établissements ne le savaient pas. Enfin, ils attendaient justement cette réunion pour ce cadrage là, donc en général c'était une bonne nouvelle, parce que ça leur réévaluait leur budget, et donc... Souvent ils avaient commencé à essayer de calculer de leur côté, et à voir comment ils allaient essayer d'employer le nouveau budget (...) »¹⁵³

Par ailleurs, la DDASS garde la maîtrise du financement résultant du Pathos, qui comme on l'a vu, est considéré comme un « plafond ». L'inspecteur peut alors décider d'accorder la hausse des crédits de soins en deux années et non une seule, ou de maintenir une dotation élevée (au lieu de la diminuer) à condition que l'établissement s'engage à accueillir des personnes très dépendantes.

L'inspecteur de la DDASS estime d'ailleurs qu'il est très libre dans ce domaine, qu'il peut décider presque seul de la manière dont les dotations de soins sont attribuées :

« Oui, oui, on a une large... On a un outil de remontée [de l'information sur les moyens accordés], mais on n'a pas vraiment de contrôle sur les dotations de soins »¹⁵⁴

On peut donc en déduire que la référence systématique au résultat de la formule impliquant le PMP (ou le GMPS auparavant) comme plafond est surtout une stratégie de cet acteur. Dans les exemples donnés lors de l'entretien, il est arrivé que des moyens supplémentaires soient accordés ou maintenus (quand la signature de la convention aurait dû, mathématiquement, se solder par une baisse de la dotation soins), en fonction d'accords qualifiés de « gagnants-gagnants ». Ainsi, si le directeur acceptait d'entrer ou de rester dans une dynamique bénéfique pour le territoire, sa dotation soins pouvait être déconnectée de ce calcul. Dès lors, la mise en avant de cette formule mathématique comme un plafond (et non comme un élément « négociable ») est une stratégie de la DDASS pour orienter les discussions financières sur un terrain particulier.

Ainsi, la DDASS, par le contrôle de deux incertitudes majeures, est l'acteur dominant dans les rapports de pouvoir entre les trois parties à la convention tripartite.

¹⁵³ Entretien n°1.

¹⁵⁴ Entretien n°8.

2.2 Le Conseil Général a fait le choix de ne pas se rendre indispensable

A l'inverse de la direction départementale des affaires sanitaires et sociale, le Conseil Général est a priori dans une position favorable, mais il ne se présente pourtant pas comme le partenaire-clé des négociations de conventions tripartites.

2.2.1 Le contexte est favorable à la collectivité départementale

La décentralisation de l'action sociale, la mise en place des conventions tripartites et la richesse du département de la Haute-Savoie constituent trois éléments oeuvrant en faveur du pouvoir du Conseil Général dans le processus de conventionnement.

En effet, les lois successives de décentralisation des dispositifs sociaux ont fait du département un acteur puissant dans le champ social, y compris dans la prise en charge des personnes âgées. L'article L312-3 du code de l'action sociale et des familles précise que le département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées.

Par ailleurs, les premières analyses de la réforme de la tarification et de la mise en place des conventions tripartites tendaient à montrer que les Conseils Généraux étendaient leur influence. Ainsi, Gérard Brami, directeur de maison de retraite et spécialiste de la réforme de la tarification, insère l'intertitre suivant dans un article sur la réforme :

« Le département, nouveau centre du pouvoir à l'égard des établissements d'hébergement »¹⁵⁵

Le Conseil Général pourra en effet, explique l'auteur de l'article, ne payer que les charges qu'il a effectivement acceptées, grâce au système de tarification ternaire. L'argument principal en faveur du département, repose, selon l'auteur, dans la convention tripartite :

« Cette situation sera renforcée et maîtrisée grâce au conventionnement que l'établissement signera avec les caisses d'assurance maladie, mais également et surtout avec le Conseil Général lui-même, qui disposera ainsi d'un pouvoir direct et naturellement contraignant parce qu'il aura les moyens de refuser aux établissements qu'il ne jugerait pas de manière positive le droit de continuer à bénéficier de son autorisation. »¹⁵⁶

On comprend ici que l'auteur craint que le Conseil Général ne fasse peser la menace du refus d'une autorisation pour accroître son pouvoir lors des négociations des conventions. En outre, un autre atout du département, en Haute-Savoie, est sa richesse. En effet, les décisions des agents chargés du conventionnement ne sont pas limitées par un manque de moyens financiers :

¹⁵⁵ BRAMI G. « La réforme de la tarification : pour qui ? pour quoi ? ». *Gestion hospitalière*, Mars 2001, n°404, pp 161-164. p 162.

¹⁵⁶ Idem, p 162.

« C'est vrai qu'on n'a pas de tension au niveau des budgets, des tarifs hébergement et des tarifs dépendance. On n'a pas de tension forte parce que le Conseil Général ne nous donne pas des enveloppes limitées qui nous obligeraient éventuellement à faire des choix drastiques. »¹⁵⁷

Pourtant, la quasi-totalité des interviewés soulignent d'eux-mêmes la domination de la DDASS lors des négociations. Les acteurs du Conseil Général eux-mêmes le disent : « on est plus en retrait »¹⁵⁸.

2.2.2 Une position « en retrait » qui s'explique par différents facteurs

Le département a choisi de ne pas se rendre indispensable en suivant la position de la DDASS pour le financement des postes alimentés à la fois par les deux financeurs. Il conviendra de rechercher les causes de ce positionnement. Auparavant, il semble essentiel de se pencher sur l'un des éléments essentiels dans le contexte du Conseil Général : le lien particulier avec les usagers et les familles.

Considérer l'environnement institutionnel des acteurs de la convention tripartite implique de se pencher sur l'une des contraintes du cadre des agents du Conseil Général : l'influence des familles des personnes âgées. En effet, le Conseil Général est une instance politique ancrée dans un territoire local. Dès lors, les Conseillers Généraux sont sensibles aux demandes et plaintes de la population vivant sur leur territoire. Certains directeurs rencontrés soulignent d'ailleurs cette pression sur le Conseil Général :

« (...) la DDASS, je pense qu'ils ont bien présent à l'esprit ce qu'ils peuvent financer par rapport aux projets déjà autorisés et à leur enveloppe. Le Conseil Général, je l'ai moins senti. Par contre, ils sont vigilants sur les outils, ils sont... politiquement, ils ont les familles qui leur écrivent quand ça ne va pas bien, c'est relayé par le politique, donc ils font très attention à ça. »¹⁵⁹

Les agents du Conseil Général expliquent en effet qu'ils sont vigilants, entre autres, sur le public accueilli, et l'origine géographique de ces personnes¹⁶⁰. La conséquence de ce cadre est que, malgré sa richesse, le département est limité dans les crédits qu'il accorde, puisque ses décisions en matière tarifaires ont des conséquences sur les tarifs payés par les usagers (qui versent le ticket modérateur du tarif dépendance et le tarif hébergement). Le Conseil Général ne peut donc pas augmenter de manière trop importante ses dotations, ni fixer le tarif hébergement trop haut.

Michel Crozier et Erhard Friedberg expliquent que lors des échanges entre acteurs au sein d'un espace organisé, chacun tente, pour gagner du pouvoir sur les autres, de se

¹⁵⁷ Entretien n°5.

¹⁵⁸ Idem.

¹⁵⁹ Entretien n°4.

¹⁶⁰ Entretien n°5.

rendre aussi indispensable que possible¹⁶¹. Le Conseil Général, en Haute-Savoie, a adopté la stratégie inverse :

« 6 : Surtout que nous... on décide que lorsque la DDASS accorde les crédits pour un poste d'aide-soignant, systématiquement nous on dit oui, pour notre part sur la dépendance. Donc à partir du moment où on est toujours d'accord...

AA : C'est les autres qu'il faut convaincre.

6 : Voilà. C'est vrai que si on voulait se donner de l'importance, ce serait une bonne méthode bien sûr de dire : « La DDASS est d'accord, mais nous... ».

5 : De défendre nos 30%.

6 : Mais ce n'est pas le cas, bien sûr. »¹⁶²

Les raisons de ce choix stratégique sont sans doute multiples. La première cause qui apparaît est que le financement accordé par la DDASS est déterminant. Les acteurs interviewés au Conseil Général le disent, soulignant « l'importance du budget soins en EHPAD »¹⁶³ et le fait que les directeurs « savent où est le nerf de la guerre »¹⁶⁴ [à la DDASS] :

« Sachant que quand même un des gros morceaux dans les conventions c'est le poids de la DDASS sur les dotations de soins. Et ça, on a beau dire, répéter que « nous sommes le chef de file » l'argent il est quand même d'abord entre les mains de l'Etat. »¹⁶⁵.

Ensuite, les bonnes relations entre les financeurs, et la culture commune qui s'est développée, expliquent aussi que le Conseil Général ait décidé de ne pas se rendre indispensable, en acceptant toujours de suivre la position de la DDASS. Pour autant, il est difficile d'envisager que le département prenne cette position sans y avoir aucun intérêt. Dès lors, on peut estimer que celui-ci « gagne » autant voire plus à être associé à des procédures menées par la DDASS (examen des plaintes, inspection, décisions de médicalisation, etc.) qu'à affirmer son importance dans les négociations des conventions tripartites. D'autant que les décisions prises par la DDASS sur le financement des EHPAD correspondent en général aux vues du Conseil Général. En outre, en adoptant cette position, le département fait équipe avec la DDASS, il reste donc du côté des « dominants » dans la négociation des conventions.

2.3 Les directeurs d'établissements sur la défensive

Si les acteurs de la négociation ne sont pas égaux, il semble bien que cela soit au détriment des directeurs d'établissement. Malgré une autonomie de gestion réaffirmée et

¹⁶¹ CROZIER M., FRIEDBERG E. « Organisation et action collective, notre contribution à l'analyse des organisations », in CROZIER M. *op.cit.*

¹⁶² Entretien n°5.

¹⁶³ Idem.

¹⁶⁴ Idem.

¹⁶⁵ Idem, interviewé 6.

leur capacité d'initiative, ceux-ci sont en effet davantage dans une position de réaction et de défense.

2.3.1 Autonomie et capacité d'initiative de l'établissement

Les directeurs, avec la réforme de la tarification et les conventions tripartites qui l'accompagnent se sont vus reconnaître une plus grande autonomie. C'est ainsi qu'ils l'ont d'abord interprété :

« Est ici [dans les textes sur la tarification et son évolution] clairement énoncée la notion de liberté de gestion qui donne un sens à la demande des responsables d'établissements qui doivent prendre en compte des réalités de coûts qu'un simple taux d'augmentation imposé au niveau national ne permet pas d'exprimer (...) »¹⁶⁶.

Le contrôle de tutelle cède aussi la place au contrôle de l'efficience¹⁶⁷. Dès lors, les directeurs ont vu leur autonomie se renforcer.

Dans le même temps, ils ont acquis deux capacités d'initiative essentielles : d'une part, ce sont eux qui proposent les tarifs d'hébergement au président du Conseil Général¹⁶⁸, d'autre part, ils rédigent la première version du projet de convention, qu'ils soumettent ensuite aux autorités de tarification.

Michel Crozier et Erhard Friedberg estiment en effet que l'autonomie et l'imprévisibilité d'un acteur peuvent être, pour lui, des sources de pouvoir¹⁶⁹. Dès lors, disposer de l'initiative est parfois un atout essentiel. Ce devrait être le cas dans la négociation de la convention tripartite : en proposant un projet de convention, le directeur décide du contenu de ce projet, et peut donc influencer l'ordre du jour de la réunion de négociation qui se tiendra par la suite. Cette réunion se déroule en effet à partir d'une lecture commune du projet de convention¹⁷⁰.

Pourtant, cette capacité d'initiative échappe parfois aux établissements. En effet, le modèle de base des conventions distribué par les autorités de tarification à toutes les structures avant le conventionnement peut être interprété comme une tentative des financeurs de récupérer l'initiative sur le projet. Dans le même temps, certains directeurs abandonnent d'eux-mêmes leur liberté sur la première partie de la négociation, puisqu'ils contactent les autorités de tarification pour leur demander un cadre dans lequel situer la convention :

166 BRAMI G. « Les récentes modifications relatives à la réforme de la tarification et à la reconnaissance d'une liberté de gestion des EHPAD ». Bulletin juridique de la santé publique, Mars 2001, n°53, pp 21-22. p 21.

¹⁶⁷ Circulaire DGAS/5B n°2002-55 du 29 janvier 2002.

¹⁶⁸ D'après les décrets du 26 avril 1999 et du 4 mai 2001.

¹⁶⁹ CROZIER M., FRIEDBERG E. *op. cit.*

¹⁷⁰ Entretiens et carnet de bord.

« Auparavant on a eu des réunions de calage avec la DDASS et le Conseil Général, donc pour fixer un petit peu ce qui était attendu de nous, et qu'on ne parte pas vers quelque chose qui soit remis en question par la suite »¹⁷¹.

2.3.2 Les directeurs dans une posture de « réponse à des remarques »

Comme cela a été évoqué, si la convention tripartite apporte une certaine autonomie au directeur, elle est aussi largement perçue par les acteurs de terrain comme un moyen de contrôle des autorités de tarification (« c'est un moyen de contrôle »¹⁷²).

Il est, par ailleurs, intéressant de constater que les directeurs étaient prêts à abandonner leurs capacités d'initiative en échange d'outils, de conseils, de bases :

« (...) les autorités restent fondamentalement à l'écart de toute proposition très concrète, alors que ce dont ont besoin nos établissements, c'est bel et bien d'avoir des « outils clés en main » qui nous permettent de pouvoir mieux définir les contours de la réglementation et de les mettre en valeurs dans le cadre de ces documents officiels »¹⁷³.

On voit ici qu'un autre élément déterminant dans le pouvoir des acteurs est leur capacité d'expertise. Les directeurs ont été dans un premier temps déboussolés par le nombre important d'exigences contenues dans le cahier des charges de la convention tripartite.

Dès lors, même si les discussions sont apaisées et se passent bien, on décèle dans le champ lexical employé par les interviewés pour décrire les négociations une compétition entre l'établissement et les autorités de tarification. Dans cette confrontation, le directeur est dans une position défensive :

« Ah non, l'établissement, il... ils vont se défendre, en fait, plutôt. C'est-à-dire que c'est vraiment la DDASS qui mène l'entretien, et eux, ils vont argumenter. »¹⁷⁴ ;

« C'est une négociation. (...) A vous d'argumenter, hein, aussi. Et puis, c'est vrai, on n'a pas peut-être pas la science infuse, on révisé, on dit « oui, c'est vrai on s'est peut-être plantés » ou « c'est vrai, on n'a pas vu cet axe là, on va peut-être le réintégrer », ou alors, vous tenez bon. »¹⁷⁵

Dès lors, le directeur d'établissement n'est pas en mesure de s'opposer à certaines exigences formulées par les autorités de tarification. Certains directeurs estiment d'ailleurs que leur pouvoir est si faible qu'il ne s'agit pas d'une véritable négociation :

¹⁷¹ Entretien n°4. Il faut noter cependant que cet établissement se trouvait dans une situation administrative compliquée, avec un changement de statut, et que le directeur était arrivé il y a peu dans le département. Ce qui peut expliquer largement cette recherche d'appui auprès des autorités de tarification.

¹⁷² Entretien n°2.

¹⁷³ BRAMI G. « La qualité dans et de la réforme de la tarification ». *Bulletin juridique de la santé publique*, Septembre 2001, n°43, pp 17-18, p 18.

¹⁷⁴ Entretien n°1.

¹⁷⁵ Entretien n°2.

« Bon [mettre dans le projet] l'inscription dans le réseau gérontologique c'était plutôt la DDASS, c'était... on m'a encouragé. »¹⁷⁶ ;

« Ils sont venus, ils ont visité l'établissement, après on s'est installé dans un bureau, c'est la DDASS qui a mené la réunion, ils m'ont lu mon papier, ils ont corrigé quelques petites choses, pas grand' chose, et puis voilà. C'est tout. Non, non, il n'y a pas eu de négociation. Moi je n'appelle pas ça une négociation. »¹⁷⁷

D'ailleurs, la position sur la défensive du directeur est reconnue par les autorités de tarification, puisqu'un interviewé estime que le directeur n'est pas forcé de tout accepter sans rien dire :

« ...Il se rebelle. Des fois, il se rebelle. »¹⁷⁸

Le directeur est donc ici dans une position d'infériorité puisqu'il ne « discute » pas, mais « se rebelle », comme un adolescent qui refuse la tutelle trop forte de ses parents.

2.3.3 Des stratégies pour prendre sa place dans la négociation

Pourtant, certains directeurs, sans espérer rétablir un équilibre complet entre les trois partenaires, mettent en œuvre des stratégies qui leur permettent d'appuyer leurs demandes et de résister aux pressions des financeurs.

Parmi ces stratégies, deux ont été identifiées : la préparation d'arguments en amont, avec un choix préalable des demandes révisables ou non, et le recours à la comparaison avec d'autres établissements, mieux dotés.

Tout d'abord, certains directeurs définissent avant la réunion quels sont les points sur lesquels ils peuvent céder du terrain, et quels sont ceux qui leur tiennent particulièrement à cœur :

« Sachant qu'on (...) avait aussi évoqué les points, les arguments... Enfin, on avait déjà préparé des argumentations pour dire : « non, là on peut lâcher », « oui, là on ne lâche pas ». D'ailleurs, il faudra que je retrouve toutes mes notes, parce que maintenant, ça ... C'est toujours des mois après et je ne sais plus. Mais on avait quand même passé en revue les points qui pouvaient être négociés dans la discussion elle-même. »¹⁷⁹

Ensuite, une autre stratégie consiste à comparer l'établissement et ses moyens aux autres établissements du département, ou même à des chiffres nationaux. Quand d'autres structures sont mieux dotées que l'établissement, le directeur peut s'y référer pour tenter d'appuyer ses demandes de moyens :

« Et moi je me suis rapprochée d'un consultant avec qui je travaille depuis plusieurs années et qui fait des schémas de gérontologie pour beaucoup de départements en France, sur la partie comment on se situait par rapport à des ratios nationaux. Pour dire : « là vous êtes

¹⁷⁶ Entretien n°7.

¹⁷⁷ Idem.

¹⁷⁸ Entretien n°5, interviewé 5.

¹⁷⁹ Entretien n°4.

dans les clous », « là c'est exagéré », « là ça passera pas », ou... Donc on a un peu fait valider nos schémas d'évolution vis-à-vis de la connaissance qu'il avait de ratios, des coûts nationaux. »¹⁸⁰

Les acteurs des conventions tripartites ne sont donc pas égaux. Si l'on considère les éléments importants dans un rapport de force lors d'une contractualisation entre acteurs publics locaux, énumérés par Jean-Pierre Gaudin, on remarque que ceux-ci sont majoritairement favorables aux autorités de tarification :

- la répartition officielle des compétences et des responsabilités,
- les capacités financières,
- les capacités d'expertise,
- les priorités stratégiques de chacun¹⁸¹.

Dans les revues professionnelles des directeurs d'établissement, l'égalité des trois acteurs dans la négociation était pourtant posée comme un préalable nécessaire à l'efficacité de la réforme et des conventions tripartites :

« Enfin, sous réserve que les négociations soient réellement ouvertes, les conventions tripartites entre les établissements, l'Etat et les départements constituent un très bon outil d'amélioration de la qualité, en évinçant les structures inefficaces et inadaptées et en permettant l'évaluation des pratiques des trois catégories d'acteurs »¹⁸².

La réserve évoquée dans cet article n'est pas levée, et le déséquilibre entre les pouvoirs des trois partenaires est réel, et explique le discours des directeurs sur les conventions tripartites comme « formalité » et les financements comme résultat d'une formule mathématique.

Pourtant, on observe que les directeurs consacrent du temps et des moyens à la convention tripartite. L'examen de la troisième hypothèse de recherche devrait permettre de comprendre ce décalage.

¹⁸⁰ Idem.

¹⁸¹ GAUDIN J.-P, *op. Cit.* p 41.

¹⁸² CHAMPVERT P. « Quelques réflexions sur la réforme de la tarification ». *Gérontologie et société*, Mars 1997, n°80, pp. 25-32, p 32.

Chapitre Quatre : La « légitimité réciproque » de la convention, instrument du directeur d'établissement

Les directeurs d'établissements envisagent le conventionnement ou le renouvellement de convention tripartite longtemps à l'avance, et consacrent du temps à la préparation de cette négociation. Le fait que le directeur s'appuie sur une véritable démarche à l'intérieur de l'établissement, et sur une connaissance profonde de sa structure constitue pour lui un atout lors de la négociation. A l'inverse, donner de l'importance au processus de conventionnement, se référer aux décisions prises à l'extérieur de l'établissement par les autorités de tarification confère du pouvoir au directeur à l'intérieur de sa structure. La rencontre de ces deux dynamiques suggère le terme de « légitimité réciproque » de la convention tripartite.

1 Les appuis dans l'établissement donnent du pouvoir au directeur dans la négociation de la convention tripartite

L'importance de la préparation du conventionnement en interne est réelle : cela permet de proposer un document porteur de projets vecteurs d'une amélioration de la qualité. Par ailleurs, cette connaissance de l'établissement est la première exigence des financeurs. Dès lors, les directeurs bâtissent des stratégies qui mettent en avant cette proximité avec le terrain.

1.1 Un diagnostic approfondi, préalable à l'amélioration de la qualité grâce à la convention tripartite

L'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention tripartite précise :

« Il est impératif que les partenaires 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. »¹⁸³

Les établissements sont en effet encouragés à s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Une telle démarche doit s'appuyer sur un diagnostic fiable et partagé, qui sera à la source de propositions d'amélioration appuyées par tous les acteurs¹⁸⁴.

¹⁸³ Arrêté du 26 avril 1999.

¹⁸⁴ RACINE G. *La démarche qualité dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. Paris : Berger-Levrault, 2000, 197 p, p 162.

La démarche qualité, telle qu'elle est enseignée dans les manuels et dans les formations dispensées à l'école des hautes études en santé publique (EHESP), compte en effet quatre étapes majeures : planification, exécution, vérification, ajustement. Cela correspond aux quatre quarts de la fameuse « roue de Deming »¹⁸⁵ :



Cette roue monte la pente de la qualité, et les quatre étapes se succèdent sans fin. La « cale » qui empêche la roue de retomber est un système qualité organisé. Celui-ci comprend, à l'origine du processus, l'élaboration d'un diagnostic pour servir de base à la planification.

Les théories de la qualité mettent donc l'accent sur l'importance d'une évaluation partagée de la situation, tant à l'origine de la démarche que pendant celle-ci (« check »).

Sur le terrain étudié, on peut considérer que les établissements de stage se situaient au début de cette démarche : si la recherche de la qualité des prestations était réelle, il n'existait auparavant aucun document formalisé. Les démarches de diagnostic qui ont été conduites ont, semble-t-il, réellement permis de percevoir l'état de la prise en charge dans les établissements. Ceci a constitué une base utile pour proposer les actions d'amélioration contenues dans la convention tripartite.

Dans les EHPAD du centre hospitalier, par exemple, l'organisation parallèle de plusieurs modalités d'évaluation a permis de juger de l'importance respective des items évoqués. Ainsi, si un point faible ressortait non seulement dans l'autoévaluation par les agents, mais aussi dans les enquêtes auprès des résidents et des familles, ainsi que dans le compte-rendu de la commission des relations avec les usagers et de la qualité (CRUQ) et dans l'analyse des fiches de signalement d'évènement indésirable, le comité de pilotage a jugé que les actions sur ce thème étaient prioritaires. A l'inverse, un élément qui n'apparaissait que dans l'autoévaluation était pris en considération, mais pouvait être regardé comme moins « urgent ».

¹⁸⁵ Image issue du site Internet : < <http://fr.wikipedia.org/wiki/PDCA> > [visité le 10 juillet 2008].

Par ailleurs, la recherche de l'exhaustivité dans le diagnostic a permis au comité de pilotage d'identifier des défauts de qualité que la seule autoévaluation n'avait pas mis en avant. Ainsi, l'ensemble des autres méthodes de diagnostic a fait apparaître un défaut d'information auprès des résidents et des familles.

La bonne connaissance de la situation à l'intérieur de l'établissement constitue donc un véritable atout pour préparer un projet de convention tripartite qui comprenne des objectifs cohérents. Elle est aussi la première des exigences des autorités de tarification dans la négociation.

1.2 La bonne connaissance par le directeur de son établissement, principale attente des financeurs

Le modèle de convention tripartite distribuée par les autorités de tarification lors de la première vague de conventionnement illustre bien cette attente : dans la première partie « contenu général de la convention » doivent figurer les « forces et faiblesses de l'établissement ». Ces éléments sont le résultat d'un diagnostic réalisé en amont, qui implique une bonne connaissance par le directeur de son établissement, en tous cas en apparence. Pour aller au-delà des apparences, les autorités de tarification, lors de la réunion de négociation, interrogent le directeur sur le déroulement du processus qui a conduit à l'identification des points forts et des points à améliorer¹⁸⁶. La réponse attendue est la suivante : le diagnostic doit avoir été réalisé en réunions pluri-disciplinaires, et l'équipe doit avoir été largement associée, notamment à travers l'utilisation de l'outil ANGELIQUE.

Les entretiens permettent de percevoir l'importance que les financeurs accordent à ce diagnostic partagé : c'est le premier élément qu'ils évoquent lorsqu'on leur demande de raconter l'élaboration et la négociation d'une convention tripartite.

« On invite l'établissement, pour l'aider dans la préparation de sa convention, à utiliser l'outil ANGELIQUE, pour faire une évaluation interne. On leur demande instamment de faire un travail véritablement d'équipe avec l'ensemble des catégories de personnel, pour éviter à tout prix qu'on ait un document qui soit fait un petit peu à la va vite par un directeur, dans son coin, pour respecter les obligations réglementaires, mais sans implication de l'ensemble du personnel. Donc ça c'est un point vraiment essentiel. »¹⁸⁷ ;

« Qu'est-ce qu'on attend d'eux [des directeurs]? D'abord, on a eu le cas de figure, d'éviter que ce soit eux qui écrivent la convention. Il y en a certains qui ont cette tentation là de dire

¹⁸⁶ Carnet de bord, réunion à Saint-Pierre en Faucigny.

¹⁸⁷ Entretien n°5, interviewé 6.

« ben voilà, c'est plus facile quand je l'écris moi, au moins je sais ce que j'écris, et je sais ce à quoi je peux m'engager ». Non, là ça ne marche pas. Le directeur doit à la fois être un animateur d'une équipe, il a son rôle de direction, c'est lui qui décide effectivement, mais il n'a pas une compétence générale, dans l'élaboration d'une convention tripartite, il faut que chacun puisse apporter sa pierre. Donc c'est à la fois un mélange de capacité à diriger un établissement, à prendre les bonnes décisions, et puis capacité de travailler en équipe. »¹⁸⁸

Pour les autorités de tarification, ce diagnostic doit vraiment constituer la base des projets et des objectifs présentés dans la convention tripartite :

« D'autres fois, quand on compare par exemple le compte-rendu de l'auto évaluation ANGELIQUE et les propositions d'amélioration de la qualité de l'établissement, on s'aperçoit au contraire qu'il y a un fort hiatus, qu'il n'y a pas grand-chose comme objectif. Alors que quand on regarde l'auto évaluation il y a énormément d'items pour lesquels on a un constat défavorable. Donc là, bien sûr, on discute avec l'établissement pour donner un peu plus de corps à la convention. »¹⁸⁹

La volonté des financeurs d'avoir face à eux, dans leurs négociations avec les structures hospitalières, des directeurs dédiés aux EHPAD souligne l'importance qu'ils accordent à la bonne connaissance par le directeur de son établissement, au lien avec le terrain.

Par ailleurs, les autorités de tarification, pour tenter de connaître les modes de fonctionnement internes des établissements, guettent tous les indices. Par exemple, tous les financeurs interviewés expliquent qu'ils sont très attentifs à la relation entre médecin coordonnateur, infirmier référent (ou cadre de santé) et directeur. Ils notent la présence ou non de ces trois personnes à la réunion de négociation, et tentent d'évaluer leurs rapports :

« Tout naturellement, mais ça c'est logique, c'est bien sûr le directeur ou la directrice du point de vue de l'établissement qui mène les discussions. Mais on voit très bien les différences entre établissements au cours de ces réunions, où des fois on a vraiment le sentiment d'une équipe de trois personnes, avec une très bonne entente, où la direction ne... comment dire ? ne fait pas preuve d'un autoritarisme exacerbé. Et puis d'autres au contraire où effectivement on sent très bien qu'il y a quelqu'un qui parle et les autres sont subordonnés, clairement. Là on voit bien les modes de management, les modes de direction. »¹⁹⁰ ;

« Quand on a fait les évaluations, quand on a fait les comités de suivi pendant la durée des conventions, on s'apercevait que là où il y avait des turn-over importants de directeurs, d'infirmières ou de médecins coordonnateurs, les conventions ont été souvent laissées en

¹⁸⁸ Idem.

¹⁸⁹ Entretien n°5, interviewé 6.

¹⁹⁰ Entretien n°5, interviewé 6.

jachère, en revanche quand il y avait un bon triptyque directeur, médecin coordonnateur et infirmier référent, il y a souvent une mise en œuvre de qualité. »¹⁹¹ ;

« On a aussi tous les cas de figure. On a des discussions où le directeur laisse largement parler... c'est toujours intéressant de voir... d'abord, quand dans une négociation on voit qu'il y a les trois qui sont là, c'est déjà un point positif. Après, quand ils sont là tous les trois, il y a un peu tous les cas. Il y a des cas de figure où chacun intervient dans son domaine, il y a des cas de figure où l'infirmière ne dit pratiquement rien et c'est le médecin qui accapare la parole, il y en a d'autres où le médecin est en retrait, c'est l'infirmière qui est très en avant, d'autres où c'est le directeur... »¹⁹²

Enfin, pour s'assurer que le directeur est bien en lien avec le terrain, et que les propos tenus dans la réunion et inscrits dans le projet de convention reflètent la réalité à l'intérieur de l'établissement, le Conseil Général a recours à une stratégie spécifique. Il met en avant la présence de ses propres agents sur le terrain. Cette tactique est largement visible dans les réunions de négociation¹⁹³, mais l'argumentaire est aussi perceptible dans les entretiens :

« 6 : (...) Le fait qu'on ait les médecins responsables des équipes médico-sociales dans les discussions sur les conventions tripartites, ça apporte un plus important, puisqu'on a vraiment le point de vue du terrain, donc un établissement ne peut pas se permettre de... voilà, nous raconter des choses...

5 : De dire des mensonges éhontés, quoi.

6 : C'est vrai que là c'est, je pense, une force importante pour nous. »¹⁹⁴

1.3 Des stratégies de négociation utilisent cette bonne connaissance de l'établissement

Si les financeurs développent des stratégies s'appuyant sur leur lien avec le terrain, les directeurs ne s'en privent pas non plus. C'est d'ailleurs souvent leur principal atout dans la discussion : ils connaissent bien mieux leur établissement que les autorités de tarification. Cette incertitude là, ce sont eux qui la maîtrisent.

En effet, certains interviewés estiment même que la bonne connaissance de la structure est la principale compétence nécessaire à un directeur dans la négociation de la convention tripartite, voire même la seule¹⁹⁵.

Par ailleurs, lors de la réunion de négociation, les directeurs ouvrent parfois les discussions (avant de céder la parole à l'inspecteur des affaires sanitaires et sociales) en évoquant la méthode utilisée pour préparer le diagnostic inscrit dans le projet. Si cela

¹⁹¹ Entretien n°8.

¹⁹² Entretien n°8.

¹⁹³ Carnet de bord, réunion à Saint-Pierre en Faucigny.

¹⁹⁴ Entretien n°5, échange entre les deux interviewés.

¹⁹⁵ Entretien n°2.

n'est pas fait au début de la réunion, les financeurs interrogent en général les directeurs sur cette préparation. C'est alors l'occasion de mettre en avant la bonne implication des agents, l'attention portée à associer tout le monde, l'utilisation de la grille ANGELIQUE, etc. Les directeurs connaissent les attentes fortes des financeurs sur ces points, et n'hésitent pas à insister sur leurs efforts dans ce domaine¹⁹⁶.

De la même manière, certains responsables d'établissement élaborent des rapports d'activité qu'ils diffusent aux autorités de tarification pour montrer qu'ils connaissent bien leur structure. Ceci leur permet d'être plus forts lors de la négociation, quand ils mettent en avant des éléments de la vie quotidienne dans la structure pour appuyer leurs demandes :

« Moi l'avantage que j'ai eu, c'est que (...) j'avais déjà fait un premier diagnostic, à chaud en fait. Parce que j'étais sur le terrain. Et puis, chaque année moi je fais un bilan d'activité. Systématiquement, au compte administratif, je présente un bilan complet. (...) Ca leur sert peut-être à rien, [aux autorités de tarification]. Je leur donne. Mais moi, ça me sert. Et puis, ça m'a servi d'argument, également. ... Quand on connaît bien sa structure, il n'y a rien à préparer. »¹⁹⁷

En outre, les financeurs et particulièrement le Conseil Général, on l'a vu, sont sensibles à l'expression des résidents et des familles. La présence des agents départementaux dans les comités locaux leur permet de s'ériger en porte-parole des populations du territoire. Dès lors, certains directeurs mettent en avant une bonne connaissance des demandes des familles et des résidents dans leurs établissements pour montrer qu'ils ont aussi leur propre expertise sur la demande des populations¹⁹⁸.

Ainsi, l'enquête qui a été menée, sur le terrain de stage, auprès des résidents et des familles des EHPAD du centre hospitalier sera aussi utilisée comme un appui à certains objectifs du projet de convention. La méthodologie précise et les bons taux de retour des enquêtes donneront au directeur et à ses demandes une recevabilité plus grande, puisqu'ils s'appuieront sur une connaissance objectivée des attentes et des insatisfactions des usagers.

La préparation et la négociation tripartite sont donc largement facilitées si le directeur connaît son établissement et s'appuie sur cette connaissance. L'implication du directeur au cœur de la vie de sa structure légitime ses positions lors du conventionnement. Il semble que l'inverse soit vrai aussi : l'importance de la convention tripartite légitime certaines positions du directeur à l'intérieur de l'établissement.

¹⁹⁶ Carnet de bord. Réunion à Saint-Pierre en Faucigny.

¹⁹⁷ Entretien n°2.

¹⁹⁸ Carnet de bord.

2 L'importance de la convention, un outil au sein l'établissement

Les observations sur le terrain de stage ont mis en avant l'ampleur donnée par les établissements au conventionnement ou au renouvellement de la convention tripartite. Pour insister sur l'aspect essentiel de ces négociations, plusieurs éléments étaient utilisés par le directeur des structures où le stage a été réalisé.

D'une part, dans l'établissement autonome, les familles ont été rassemblées pour une réunion spécifique sur la convention tripartite et le projet d'établissement qui en découlera. Une explication sur les enjeux majeurs de la convention a été faite¹⁹⁹. D'autre part, dans les EHPAD du centre hospitalier, l'ampleur même de la mobilisation pour l'autoévaluation préalable au projet de convention a contribué à attirer l'attention sur cet événement. Cette démarche a été mise en avant par deux articles parus dans le journal interne du centre hospitalier, qui eux aussi soulignaient les enjeux du conventionnement. En outre, lors de la première phase de communication sur la démarche auprès des agents, pour mobiliser des participants, la présentation mettait l'accent sur les implications financières fortes de la convention tripartite, et sur les opportunités de hausse des moyens qu'elle représentait. Enfin, dans l'établissement autonome, un point sur l'avancée du projet de convention et des négociations était fait à chaque réunion du conseil d'administration²⁰⁰.

Il est en effet intéressant pour le directeur de conférer de l'importance à la procédure de conventionnement. Cela lui peut lui permettre parfois de se défausser de certaines responsabilités, mais surtout de donner du poids à certains projets ou de soutenir sa politique de management.

2.1 La convention, un possible paravent

Certains directeurs peuvent utiliser la convention pour ne pas endosser l'entière responsabilité de décisions difficiles à défendre dans un contexte particulier, ou qui soulèvent de nombreuses questions.

Ainsi, un échange entre directeurs fait ressortir que :

« 2 : La convention, ça peut servir de prétexte, c'est pas mal.

3 : Et [vis-à-vis d]es familles...

2 : Et les familles. Oui, oui, ça nous permet de se cacher un peu derrière, ça c'est pas mal non plus. Oui, oui, c'est vrai, ça c'est vrai. »²⁰¹

Dans le même ordre d'idées, l'attente de la signature de la convention est parfois utilisée comme un argument pour expliquer les délais dans la mise en œuvre de telle ou telle

¹⁹⁹ Carnet de Bord.

²⁰⁰ Idem.

²⁰¹ Entretien n°2, échange entre les interviewés.

amélioration. Ainsi, le renouvellement des postes téléphoniques et du système de relais télécom était en attente, puisqu'il devait être lié à une réflexion sur l'ouverture des portes de l'unité protégée, et que la réunion de négociation de la convention tripartite devait marquer le début de cette réflexion. Ainsi, dans le discours, la responsabilité du délai incombait non seulement au directeur, mais aussi aux autorités de tarification qui tardaient à fixer cette réunion²⁰².

Cependant, cette posture de partage de la responsabilité de décisions difficiles est rare, et limitée par le fait que le directeur est lui-même signataire de la convention tripartite.

2.2 La convention tripartite, un moyen de donner du poids aux projets de l'établissement

En revanche, il est plus fréquent que les directeurs utilisent la convention comme appui pour des projets qui leur tiennent à cœur :

« Et puis ça permet au directeur... de [dire] : « il y a une convention tripartite, il faut mettre ça en œuvre ». Parce que comme je vous ai dit, si c'est le directeur qui le dit, ce n'est pas forcément bien entendu, c'est : « il veut faire son petit truc à lui tout seul ». »²⁰³

Il est en effet plus difficile pour les éventuelles résistances à un projet de s'exprimer quand le directeur explique que ce projet a été validé par les tutelles, et que l'établissement a reçu des financements pour cela. Cette stratégie d'utilisation de la convention tripartite est mobilisable tant auprès des familles et des résidents, que vis-à-vis des agents et du conseil d'administration.

On observe d'ailleurs que les élèves directeurs, à leur retour de stage long, ont bien intégré ces potentialités d'utilisation de la convention tripartite. Lors d'un retour d'expérience en juillet 2008 sur le thème « piloter des négociations stratégiques », plusieurs participants ont relaté des expériences d'usage interne de la convention, pour soutenir des projets auprès d'agents ou de conseils d'administration réticents.

Cette stratégie, qui consiste à mettre en avant la pression qui viendrait « d'en haut », est particulièrement aisée dans le cadre du conventionnement. En effet, ce sont bien des projets validés qui sont intégrés dans un document signé. En outre, la demande par les financeurs d'une évaluation de l'avancée des projets (à travers la transmission annuelle du rapport basé sur la contribution du médecin coordonnateur), et l'organisation de visites d'un comité de suivi, viennent appuyer l'argumentation des directeurs.

²⁰² Carnet de bord.

²⁰³ Entretien n°2.

2.3 Un outil pour le management des équipes

Par ailleurs, accorder une grande importance à la convention, c'est se donner un moyen de développer l'intérêt des équipes pour les projets. Certains directeurs utilisent donc cette stratégie en interne, pour développer le management « par projet ».

En effet, dès la phase de préparation, les agents sont sollicités. Dans le processus mis en place au sein du centre hospitalier, le travail de mobilisation des agents délivrait le message suivant :

« Meilleur sera le diagnostic initial basé sur l'autoévaluation, plus les chances d'obtenir les moyens demandés seront grandes. »²⁰⁴

Pris à l'envers, ce message indique de manière implicite qu'en ne participant pas – ou en ne s'impliquant pas suffisamment - dans l'autoévaluation et la définition des projets, les agents se rendraient responsables de la non obtention des moyens supplémentaires demandés.

Cette logique peut être poursuivie pendant la mise en œuvre de la convention tripartite. En effet, les autorités de tarification sont censées accorder les financements en fonction des projets inscrits dans la convention. Dès lors, le directeur peut employer la même rhétorique : les moyens correspondent à des projets définis. Si les agents ne participent pas à leur mise en œuvre, les moyens risqueraient de ne pas être reconduits.

Ainsi, mettre en avant l'aspect déterminant de la convention tripartite constitue pour le directeur un moyen de susciter l'implication des agents dans des groupes de travail, ou plus généralement dans la vie de l'établissement.

On comprend donc que la convention tripartite est empreinte d'une « légitimité réciproque » : la connaissance du fonctionnement interne de l'établissement est un outil pour le directeur lors de la négociation ; à l'inverse, l'importance de la convention tripartite est un atout pour le management de l'établissement.

Le chapitre précédent avait permis de comprendre le discours des directeurs qui réduisait la convention à « un calcul mathématique » : la DDASS dominant les négociations, le directeur paraissait trop peu puissant pour trouver de l'intérêt à la convention. Ce chapitre a permis d'expliquer le fait que les directeurs accordent malgré tout de l'importance au processus de conventionnement : il leur donne un appui à l'intérieur de l'établissement.

²⁰⁴ Carnet de bord.

Chapitre Cinq : De quelques implications professionnelles de ce mémoire

La démarche de recherche qui a servi de base à ce mémoire professionnel a permis de mettre en évidence des éléments utiles au directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social. En effet, Michel Crozier et Erhard Friedberg expliquent que le but de la connaissance pragmatique et empirique est de permettre aux acteurs du champ étudié de voir leur propre action sous un autre jour et de les aider à induire des modifications dans cette pratique²⁰⁵. Erhard Friedberg précise :

« La production de connaissance et sa mise en œuvre dans l'action sont intimement liées. »²⁰⁶

Ce chapitre regroupe et met en évidence ces éléments. Les implications professionnelles reprises ici ne visent pas l'exhaustivité, elles sont un complément –issu d'une étude de terrain- à certains ouvrages ou revues professionnelles sur les conventions tripartites.

Les techniques utiles lors de la préparation des conventions tripartites, puis les stratégies mobilisables dans la négociation seront examinées. Enfin, les usages possibles de la convention, comme moteur de changement et comme entrée dans la démarche qualité seront détaillés.

1 Des pistes pour l'élaboration d'une convention tripartite

L'un des enseignements de ce travail de recherche est que la préparation de la négociation est essentielle pour le directeur, afin de tenter de faire pencher la balance en sa faveur. Dès lors, un diagnostic complet et pertinent est nécessaire, ainsi qu'un travail en amont de la réunion de négociation.

1.1 L'importance d'un diagnostic partagé de qualité

La mission de stage et les entretiens ont permis de montrer que la base de la convention tripartite est bien le diagnostic, réalisé en croisant le point de vue du plus grand nombre d'acteurs possible.

Ainsi, la multiplication des sources du diagnostic permet d'identifier des éléments à améliorer indécélables à l'aide d'une seule de ces sources²⁰⁷. Par ailleurs, cette pluralité de points de vue met en avant les problèmes à traiter d'urgence. Ainsi, dans les EHPAD

²⁰⁵ CROZIER M., FRIEDBERG E. *op. cit.*

²⁰⁶ FRIEDBERG E. *op. cit.*, p 394.

²⁰⁷ Comme cela a été souligné dans le second chapitre, la multiplication des sources du diagnostic est plus aisée dans les EHPAD hospitaliers, qui disposent de plus de moyens pour cela.

du centre hospitalier, le diagnostic a montré que la protection des biens des résidents était un point faible important.

De la même manière, l'association des familles et des résidents au diagnostic permet de connaître les besoins des usagers et leurs insatisfactions. Dès lors, le projet de convention présenté permettra de mieux répondre aux attentes réelles – et non supposées - des résidents, et donc de remplir la mission principale de l'établissement. Cela sera aussi un atout au moment des négociations, à mettre en valeur face aux autorités de tarification.

En outre, l'une des techniques utilisées pendant le stage mérite d'être diffusée : pour la réalisation des enquêtes de satisfaction auprès des résidents, ce sont des étudiants de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI), qui ont été mobilisés. Cela permet de dépasser les difficultés matérielles liées au remplissage d'un questionnaire par les personnes âgées. Souvent, ces difficultés sont contournées en demandant aux familles de remplir le questionnaire avec leur proche résident, mais cela pose la question de qui remplit réellement le questionnaire (la famille ou le résident ?). Parfois, c'est le personnel de l'EHPAD qui réalise des entretiens pour remplir le questionnaire. Là aussi, il est difficile de connaître le degré de « franchise » des résidents. Par exemple, critiquer le travail de l'agent qui aide à la toilette, quand c'est ce même agent qui pose la question, est malaisé. L'intervention des étudiants de l'IFSI permet de dépasser ces difficultés, et comporte d'autres avantages. Cela apporte un certain dynamisme à l'établissement : une quinzaine de jeunes personnes parmi les résidents, cela ne passe pas inaperçu, et a été apprécié par les habitants de l'EHPAD. Par ailleurs, ce type de démarches est très prisé par les équipes enseignantes de l'IFSI qui recherchent des occasions de confronter leurs étudiants à tous les publics et de les former à la démarche qualité. Enfin, cela permet de faire connaître les EHPAD aux futurs infirmiers, et peut-être de leur donner envie de travailler dans ce secteur qui peine à recruter des soignants.

Un autre élément important à prendre en compte pour le directeur est la composition des équipes : il faut bien choisir son moment pour préparer la convention tripartite. Ne pas risquer de faire échouer la démarche à cause de conflits en cours, réfléchir à la composition des groupes de travail... cela fait partie du rôle du directeur dans la préparation de la convention tripartite. L'organisation des équipes lors de cette préparation est aussi un facteur qui semble essentiel dans la réussite de la démarche. Lors de la mission de stage, l'attention avait été portée sur ce point : les réunions des groupes de travail étaient organisées sur le temps de travail des agents. Par ailleurs, des échanges entre élèves directeurs au retour du stage long, sur les pratiques de management, ont permis de confirmer que dans les établissements où cette précaution n'avait pas été prise, la mobilisation des agents avait été beaucoup plus difficile.

Enfin, il importe de vraiment utiliser le diagnostic comme base des plans d'actions. Si cela peut paraître évident, les entretiens ont souligné que ce n'était parfois pas le cas. Si les plans d'actions contenus dans la convention sont écrits par le seul directeur, l'ensemble des atouts liés à la qualité du diagnostic sont neutralisés. Plus loin, les autorités de tarification s'aperçoivent en général des décalages entre le diagnostic et les projets, et en tiennent rigueur au directeur.

1.2 Préparer la discussion avec les financeurs : savoir développer, mobiliser et organiser les compétences

La principale leçon que l'on peut tirer des analyses des rapports de pouvoir contenues dans ce mémoire est la suivante : le directeur doit exploiter les sources d'incertitudes et les capacités d'initiative qu'il maîtrise.

Ainsi, le projet de convention qu'il transmet aux autorités de tarification doit évoquer l'ensemble des sujets que le directeur a envie d'aborder, et ne doit pas être trop « timide ». Le document envoyé par le directeur, en Haute-Savoie, sert de base et d'ordre du jour à la discussion lors de la réunion de négociation. L'inspecteur des affaires sanitaires et sociales menant la réunion, l'occasion pour le directeur de soulever un sujet lui est donnée en amont, en fixant le contenu du projet de convention.

Ensuite, le pouvoir dans la phase de négociation est lié à la capacité d'expertise. Dès lors, il importe que le directeur veille, en amont, à développer les compétences qui manquent dans l'établissement. Cette recommandation couvre non seulement les compétences en terme de démarche qualité des agents, les savoir-faire en matière d'animation de réunion (par exemple) pour le cadre, mais aussi les qualités nécessaires au directeur. Ainsi, le directeur devrait –si nécessaire- se former aux techniques de négociation, et effectuer une veille juridique et réglementaire régulière et un examen approfondi des nouveaux textes le concernant²⁰⁸. La connaissance du code de l'action sociale et des familles est en effet un préalable important, du point de vue des autorités de tarification.

En outre, le directeur doit s'assurer que l'ensemble des documents qui sont affirmés comme des préalables à la négociation des conventions (notamment les documents obligatoires repris dans la loi du 2 janvier 2002) existent et sont mis à jour.

Ainsi, dans la structure de stage, les financeurs ont demandé à consulter le livret d'accueil. Même si la liste théorique des documents à avoir à disposition lors de la réunion

²⁰⁸ Jérôme Houdin et Franck Plazanet insistent sur ce rôle de veille et de connaissance de son environnement, notamment législatif, mais aussi politique : HOUDIN J. et PLAZANET F. Dossier « La stratégie. Le jeu du directeur ». *Management sanitaire et social*, mai 2001, n°4, pp 3-11.

de conventionnement est longue²⁰⁹, il faut veiller à ce que ces documents existent et soient effectivement disponibles pour la négociation. De manière plus générale, au-delà des documents obligatoires, tout élément attestant de progrès récents, d'une organisation novatrice ou d'un point que l'on veut mettre en avant, peut être montré aux autorités de tarification pour appuyer l'argumentation.

Par ailleurs, l'étude l'a montré, les financeurs sont très attentifs à la composition de la délégation de l'établissement présente aux négociations. Ainsi, le directeur, en fixant la date, doit s'assurer qu'elle convienne au médecin coordonnateur et à l'infirmière référente ou au cadre. Il ne s'agit pas ici de « faire plaisir » aux autorités de tarification, mais défendre un projet de soin, par exemple, est beaucoup plus aisé pour un médecin que pour le directeur. De la même manière, l'infirmière disposera de plus d'éléments que le directeur pour répondre à d'éventuelles propositions des financeurs en mettant en avant des éléments « du terrain », relatifs à la composition des équipes, par exemple, ou à l'organisation détaillée du travail. En outre, il convient de définir en amont un accord entre ces trois acteurs (cadre, médecin coordonnateur, directeur) sur l'organisation de la prise de parole. Sans formaliser à l'extrême, il peut être pertinent de décider avant la réunion qui s'exprimera principalement sur tel thème. L'objectif étant que les trois personnes participent réellement à la négociation, puisqu'on l'a vu, les autorités de tarification sont sensibles à ce point.

Enfin, la préparation de la négociation peut comprendre une tentative d'anticipation des points sur lesquels la pression des financeurs sera la plus forte, et des éléments qui sont vraiment essentiels dans le projet. Ainsi, le directeur peut définir préalablement (sans pour autant mettre en place une rigidité excessive) les sujets sur lesquels il accepte de réduire le niveau de ses exigences et ceux sur lesquels il sera plus intransigeant.

De la même manière, certains directeurs interviewés avaient recours à la préparation d'arguments en amont. Ainsi, certains se dotaient de ratios nationaux et locaux et d'éléments de comparaison pour pouvoir appuyer leurs demandes. Cette technique peut s'avérer efficace.

Si la préparation de la convention et de la négociation constitue un élément important, la réunion avec l'établissement, le Conseil Général et la DDASS est, elle aussi, essentielle. A cette occasion, les directeurs utilisent des stratégies variées.

²⁰⁹ Pierre Louis, dans son ouvrage sur les conventions tripartites et la démarche qualité, recense 26 documents. In LOUIS, P. Guide de la réforme des établissements pour personnes âgées. Conventions tripartites et démarche qualité. Paris : Seli Arslan, 2002, 319 p, pp 163-164.

2 Quelques stratégies du directeur dans la négociation

En 2001, Jean-Marie Miramon affirmait :

« A mon avis, autant ils [les directeurs] refusaient la gestion financière il y a 10 ou 15 ans, autant aujourd'hui c'est la dimension stratégique qu'ils refusent (...). »²¹⁰

C'est –entre autres- une tentative de rendre obsolète l'analyse de Jean-Marie Miramon (les directeurs « boudent » la fonction stratégique) qui a présidé à la réalisation de ce mémoire. En effet, l'action stratégique est, semble-t-il, un élément essentiel de notre métier, qu'il importe de mieux connaître.

Ainsi, Jérôme Houdin et Franck Plazanet estiment que :

« La fonction stratégique est, nous semble-t-il, la plus plaisante et la plus riche de la fonction de direction. »²¹¹

Ils vont même jusqu'à écrire que la stratégie « est non délégable et constitue le cœur de la fonction de directeur »²¹².

Si les ouvrages traditionnels font une place aux stratégies pouvant être développées par le directeur en matière d'obtention de financement, ce mémoire a permis de mettre en évidence d'autres types d'actions. L'affirmation d'une communauté de valeurs et de projets, puis l'utilisation de la bonne connaissance de l'établissement par le directeur, seront considérées successivement.

2.1 Les stratégies appuyées sur des arguments financiers

Dans son ouvrage, Pierre Louis estime tout d'abord que pour négocier, il faut connaître sa MESORE, meilleure solution de rechange. Ainsi, il faut connaître les conséquences d'un échec des négociations sur l'ensemble de la convention ou sur un point de celle-ci. Si les conséquences sont peu importantes pour l'établissement, celui-ci sera en position de force pour négocier²¹³.

Ensuite, Pierre Louis propose des stratégies pour la négociation, qui reposent sur l'utilisation d'argumentaires financiers. Ainsi, il précise que la DOMINIC + 35 n'est pas forcément un plafond indépassable. On l'a observé en Haute-Savoie. On peut aujourd'hui encore estimer que les calculs résultants du PATHOS ne sont pas « sacrés ». On a vu que les financeurs disposaient dans les faits d'une grande marge de manœuvre. Dès lors :

« Au moment de négocier, le directeur ne doit donc pas avoir un blocage psychologique par rapport à des niveaux apparemment normatifs si le montant de son projet de convention dépasse le montant des dotations couramment allouées. (...) c'est aux directeurs de

²¹⁰ MIRAMON J-M. Entretien. *Management sanitaire et social*, mai 2001, n°4, pp 12-14, p 12.

²¹¹ HOUDIN J. et PLAZANET F. Op. Cit., p 4.

²¹² Idem.

démontrer, preuves à l'appui, que leur projet, inspiré de contraintes réglementaires et porté par une volonté, ne rentre pas dans l'enveloppe, et d'essayer de crever le plafond actuellement octroyé. »²¹⁴

En outre, Pierre Louis propose que les établissements adoptent un « clapet anti-retour » sur leurs tarifs hébergement et dépendance, pour s'assurer que ceux-ci ne baisseront pas du fait de la réforme. Il suggère l'implication des instances par des votes avant la négociation²¹⁵.

Enfin, il souligne, comme cela a été fait dans ce mémoire, l'utilité de la comparaison avec d'autres établissements, notamment à l'aide de ratios de personnel. L'aspect intéressant de sa proposition est qu'elle met en place des comparaisons avec le secteur du handicap, beaucoup mieux doté que le secteur de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

On peut ajouter à la liste des stratégies utilisant l'argumentaire financier, la mise en valeur des surcoûts liés à des automatismes. Cela est largement utilisé par les EHPAD hospitaliers qui mettent en avant leur « glissement vieillesse technicité » (GVT, surcoût induit par l'évolution statutaire de la carrière des agents). Les EHPAD autonomes, on l'a vu, peuvent arguer de leur situation particulière, par exemple, les coûts liés à la titularisation dans la fonction publique hospitalière après un changement de statut de l'établissement.

2.2 Mettre en avant une communauté de vues

Au-delà des aspects financiers, d'autres stratégies ont été identifiées dans ce mémoire. Ce travail n'a aucune prétention à l'exhaustivité, et certains ouvrages consacrés à la négociation font la part belle à une liste détaillée de tous les comportements possibles lors d'un échange entre partenaires²¹⁶. Il s'agira ici plutôt de réétudier certains comportements apparemment efficaces pour accroître le pouvoir du directeur lors des négociations.

²¹³ LOUIS, P., *op. cit.*, p 181.

²¹⁴ LOUIS, P. *op. cit.*, p 188.

²¹⁵ On peut d'ailleurs noter que l'implication des instances, par l'intermédiaire de votes soutenant un projet, n'est pas ressortie directement du travail de terrain comme un argument vis-à-vis des financeurs. Pour autant, c'est aussi un argument essentiel, et ceci au-delà des aspects financiers.

²¹⁶ Cf., par exemple, AUDEBERT-LASROCHAS, P. Profession négociateur, Paris : les éditions d'organisation, 1995, 357 p, pp 242-265.

2.2.1 Les valeurs partagées

Les entretiens ont permis de montrer que les établissements, le Conseil Général et la DDASS poursuivaient le même objectif majeur : le bien-être des personnes âgées. Si les voies que chaque acteur favorise pour atteindre cet objectif divergent parfois, mieux vaut insister sur ce qui est commun. En effet, les débats « dans un même monde » facilitent en général une issue rapide. Ceci est en tous cas valable dans des départements où, comme en Haute-Savoie, l'ambiance entre les trois partenaires est apaisée, et où les financeurs jouent eux-mêmes la carte des objectifs communs.

2.2.2 Faire siennes les préoccupations essentielles des partenaires

Par ailleurs, l'étude de terrain a mis en avant une autre stratégie utilisée par l'ensemble des parties à la négociation : adopter les objectifs secondaires des autres acteurs.

Ainsi, les directeurs répètent à l'envi qu'il « faut être raisonnable » et « qu'il ne faut pas demander pour demander »²¹⁷.

Ils mettent ainsi en avant leur prise de conscience que les moyens sont limités, et que la qualité, si elle ne peut être atteinte à moyens constants, doit être une préoccupation quelle que soit l'ampleur de l'évolution des financements.

Les autorités de tarification apprécient ces directeurs qui « connaissent bien les règles du jeu »²¹⁸ et ne s'arrêtent pas à l'aspect financier.

Dès lors, afficher lors de la négociation cette conscience des objectifs des financeurs (améliorer la qualité malgré les moyens limités) constitue une stratégie intéressante pour les directeurs d'établissements.

2.2.3 Valoriser les actions qui répondent aux intérêts « du moment » des financeurs

De plus, l'exemple de l'ouverture des portes de l'unité protégée montre qu'au-delà des objectifs spécifiques, certains directeurs font le pari de suivre les évolutions en cours appréciées par les autorités de tarification. Ainsi, et là encore sans renier ni le travail réalisé par les groupes de travail, ni les valeurs propres à l'établissement, une autre stratégie peut en effet être l'inscription de l'établissement dans les préoccupations du moment des autorités de tarification. Si les projets de l'établissement correspondent aux orientations (nationales ou départementales) portées par les acteurs locaux, le directeur a tout à gagner à les mettre en avant. Il lui sera alors plus facile de défendre ces projets et les financements qui leurs sont associés.

²¹⁷ Par exemple, entretien n°2.

²¹⁸ Entretien n°5.

2.3 Afficher et mobiliser une bonne connaissance de son établissement

Enfin, le développement de stratégies explicites se base sur une identification des sources du pouvoir. Or, l'une de ces sources lors de la négociation de la convention tripartite est la maîtrise de l'incertitude que constitue l'établissement lui-même. En effet, chaque structure est particulière. Les usagers, comme les personnels ou l'histoire de l'établissement sont des sources d'incertitude pour les financeurs, qui –malgré une présence sur le terrain, notamment pour les agents du Conseil Général- sont plus loin des activités quotidiennes de la structure.

Ainsi, le directeur est celui des trois partenaires qui maîtrise le mieux cette incertitude. Et ceci d'autant plus qu'il a (on l'a dit) associé les résidents et les familles au diagnostic et prévu la présence du cadre de santé ou de l'infirmier référent à la réunion de négociation. En outre, les autorités de tarification recherchent véritablement une bonne connaissance de l'établissement chez leurs interlocuteurs. On pourrait, à la limite, estimer que le choix par le directeur général d'une structure hospitalière de créer un poste de direction spécifiquement dédié aux EHPAD entre dans un positionnement stratégique dans la manière d'aborder les négociations des conventions tripartites.

Dès lors, une stratégie intéressante pour le directeur d'EHPAD dans le processus de conventionnement est donc de mettre en avant cette bonne connaissance du fonctionnement quotidien de son établissement et de la mobiliser pour soutenir les projets inscrits dans la convention. Montrer une bonne analyse de la situation réelle de l'établissement dans son environnement est aussi vu comme un atout. Pour ces deux éléments, la réalisation régulière de bilans d'activité complets peut constituer une aide non négligeable.

Si ce travail de recherche a permis de souligner des techniques de préparation et des stratégies de négociation, il a aussi été l'occasion de dégager des pistes pour des usages pertinents de la démarche de conventionnement.

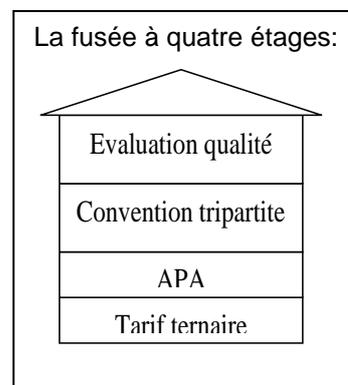
3 Quelques usages de la convention tripartite

La procédure de conventionnement peut être utile au directeur de l'établissement au-delà de ses objectifs initiaux. Ainsi, elle constitue une porte d'entrée facile dans la démarche qualité. Elle peut aussi servir d'appui à une politique de management. Enfin, elle devrait s'articuler avec les principales étapes de la vie d'un établissement.

3.1 La convention tripartite comme élément-clé de la démarche qualité

On a vu que les notions de démarche qualité et de préparation de la convention tripartite, si elles ne sont pas synonymes, peuvent être très liées. Les professionnels et les experts établissent en général un rapport fort entre ces deux notions²¹⁹.

Alain de Haro propose la représentation d'une fusée à quatre étages²²⁰ :



La convention tripartite et l'évaluation de la qualité constituent ici les deux derniers étages de la fusée. L'un ne va pas sans l'autre.

En outre, l'autoévaluation de la phase de diagnostic du conventionnement peut constituer le « check » (vérifier) de la roue de Deming.

Ainsi, la préparation de la convention tripartite est un moyen d'entrer dans la démarche qualité : elle est régulière (tous les cinq ans) et permet de donner une temporalité cohérente à l'amélioration de la qualité ; par ailleurs, elle constitue une obligation. Pour autant, comme le souligne Pierre Louis :

« Il s'agit donc d'entrer dans la démarche qualité non pour uniquement appliquer les textes, mais en lui donnant un sens. Il faut aller au-delà de l'obligation et faire comprendre pourquoi l'exigence de qualité est une nécessité. Il importe par conséquent que le directeur d'établissement, avant de s'engager dans une démarche qualité/convention tripartite, croie à son utilité, ait des arguments pour faire adhérer le personnel et sache utiliser les techniques qui sont à sa disposition afin de pouvoir la mettre en route dans des conditions optimales et avec le meilleur état d'esprit possible. »²²¹

En outre, souligner le lien fort entre convention tripartite et démarche qualité, c'est faire le lien avec la dimension éthique, et affirmer le sens du travail de chaque professionnel de la structure :

« La qualité, c'est avant tout la redécouverte des valeurs fondatrices d'une structure, sa raison d'être, et qui ne sauraient se réduire à une quelconque technique, fût-elle appliquée à la qualité. Cette réflexion est la première étape de la démarche qualité ; ne pas la faire serait inverser les priorités et privilégier les moyens au détriment des fins, la première question étant évidemment celle du sens de son action »²²².

²¹⁹ Par exemple, VIALE L. « Manager la qualité ou la qualité pour manager ? ». Entretien. *Le Mensuel des Maisons de Retraite*, mars 2008, n°109.

²²⁰ DE HARO A. La nouvelle tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Bordeaux : Les Etudes Hospitalières, 2002. 67 p, p 13.

²²¹ LOUIS, P., *op. cit.*, p 43.

²²² Idem, p 50.

Lors du stage, le travail sur la préparation des conventions tripartites s'est avéré approprié à cette recherche de sens. Même si cette nécessité n'avait pas été anticipée, la question des valeurs et celle du sens de l'action s'est posée d'elle-même dans les groupes de travail pluridisciplinaires. A la fin de la démarche d'autoévaluation, certains professionnels ont eux-mêmes souligné que cela leur avait non seulement permis de prendre du recul sur le travail quotidien, mais aussi de « re-dire à quoi [ils] servaient », de retrouver du sens²²³. L'usager a été re-situé au centre de l'attention des professionnels.

3.2 Manager à l'aide de la convention tripartite

L'amélioration de la qualité, but affiché de la convention tripartite²²⁴, ne peut être le seul fait du directeur. Le travail de recherche a permis de mettre en avant quelques usages internes de la convention dans cette quête de qualité.

3.2.1 Les enjeux du management pour la qualité

« (...) les organisations sociales reposant de plus en plus sur l'aptitude de leurs membres à coopérer entre eux et avec la direction, il n'est pas imaginable de vouloir améliorer la qualité sans la participation du personnel et encore moins contre leur volonté. Dans ces conditions l'amélioration de la qualité ne peut être obtenue qu'avec des acteurs convaincus. La capacité de faire adhérer puis participer les salariés relève du management, non pas du management de la qualité, mais de celui des hommes au service de la qualité. »²²⁵

Ainsi, le management dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, se doit d'être au service de la qualité, pour l'usager. Cela implique un management qui intègre la dimension participative. Marie-Agnès Roux fait le lien entre management participatif et amélioration de la qualité :

« Le management participatif, utilisé à bon escient, permet la démarche qualité, alors que le modèle hiérarchique traditionnel vise le contrôle »²²⁶

Réaffirmer le sens du travail de chaque professionnel contribue à ce management mais ne saurait suffire. La convention tripartite fournit quelques outils pour faire adhérer les agents à l'amélioration de la qualité.

3.2.2 Quelques apports de la convention tripartite

Les directeurs, malgré leurs doutes quant à la nature de la négociation autour de la convention tripartite, accordent, on l'a vu, une grande importance à ce document et à sa

²²³ Carnet de bord.

²²⁴ A propos de la réforme de la tarification, Gérard Brami écrit : « la qualité est donc bien au cœur de ce débat ». Dans : BRAMI G. « La qualité dans et de la réforme de la tarification ». *Bulletin juridique de la santé publique*, Septembre 2001, n°43, pp 17-18, p 18.

²²⁵ LOUIS, P., *op. cit.*, p 62.

préparation. C'est que plus la convention est considérée, plus il sera facile au directeur de s'en servir comme appui pour défendre des projets, et, plus généralement pour susciter l'implication du personnel dans la vie de l'établissement et dans la démarche qualité.

Le chapitre quatre a permis de percevoir l'intérêt que présentait une implication des agents dès la phase de diagnostic. Par ailleurs, le discours sur la nécessité de la participation de chacun vise une responsabilisation de tous.

De la même manière, Patrick Lefèvre évoque les conditions de management du changement (notamment, du changement vers la qualité) :

- « 1- Une éthique du progrès, de la transformation humaine et sociale.
- 2- Une démarche exploratoire qui intègre la complexité des influences.
- 3- Une anticipation sur les risques et une veille continue des environnements.
- 4- La nécessité de l'acceptation du risque.
- 5- Des objectifs permettant d'entrevoir les directions possibles.
- 6- Des étapes identifiées et la prise en compte du temps comme régulateur.
- 7- La valorisation des potentiels au-delà des résistances et des inerties.
- 8- Une action mobilisatrice fondée sur la participation de l'acteur.
- 9- Une action créatrice qui interroge des évidences ou des certitudes. »²²⁷

Les cinq dernières conditions citées ici peuvent être remplies grâce à la préparation de la convention tripartite dans l'établissement. On voit bien alors que la démarche de conventionnement, sans être une réponse à tous les problèmes, constitue un appui pour le directeur dans sa politique de management.

Si la convention est utilisée comme outil de management au service de la qualité, elle est aussi considérée comme un temps important de la vie de l'établissement. A ce titre, et en gardant à l'esprit un objectif d'amélioration continue de la qualité, la convention peut être articulée judicieusement avec d'autres moments-clés.

3.3 La convention tripartite, un mouvement du métronome qui rythme la vie d'un établissement

Depuis la loi n°2002-2, les établissements sanitaires, sociaux, et médico-sociaux sont soumis non seulement à une obligation d'évaluation interne, mais aussi à une évaluation externe. La périodicité de l'évaluation interne est de cinq ans, en miroir à la convention tripartite. Celle de l'évaluation externe est de sept ans.

²²⁶ ROUX M-A. « Enjeux et freins de la démarche qualité et de l'évaluation interne dans le secteur médico-social. Approches réflexives pour les dirigeants d'établissement ». *Les cahiers de l'actif*, juillet-octobre 2005, n°350-353, pp. 33-47, p 45.

²²⁷ LEFEVRE P. « Diriger : Le changement dans la stratégie de direction ». *Management sanitaire et social*, mai 2001, n°4, pp. 20-21, p 21.

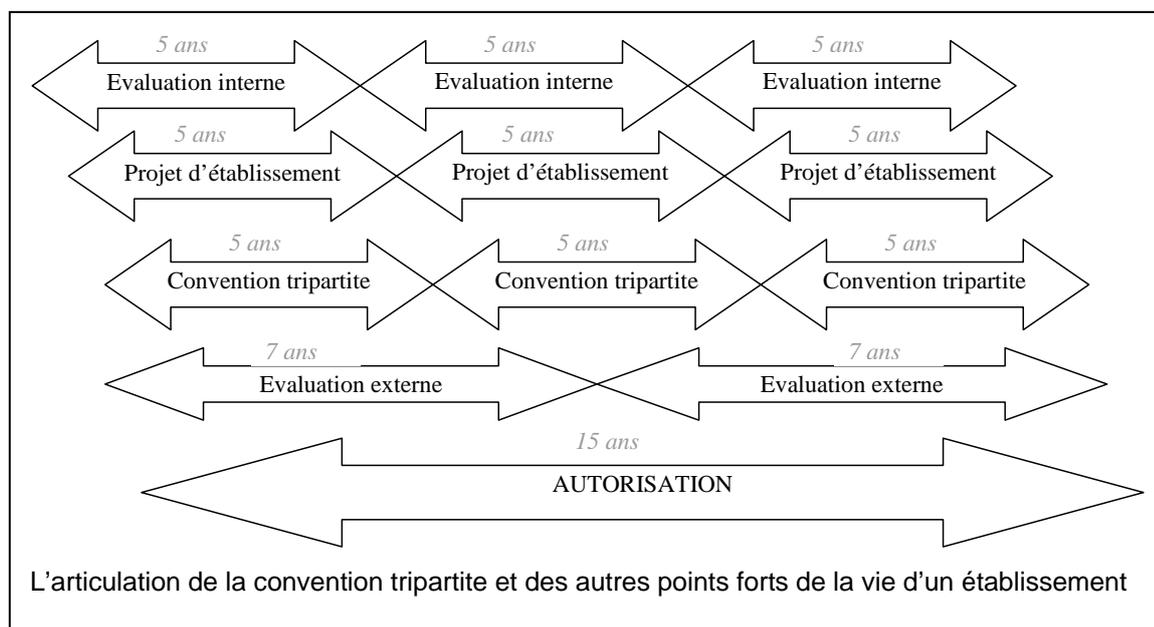
Par ailleurs, les établissements sont désormais soumis à une autorisation, qui doit être renouvelée tous les quinze ans.

Lors d'une intervention à l'EHESP, le cabinet PHK consultants rappelait par ailleurs que l'évaluation externe doit être réalisée au plus deux ans avant le renouvellement de l'autorisation. Dans la même logique, l'autoévaluation et le renouvellement de la convention ne doivent pas être trop éloignés dans le temps²²⁸.

En outre, la démarche de préparation de la convention tripartite peut servir de base à la réalisation du projet d'établissement. Ainsi, le programme d'amélioration de la qualité que cette préparation aura permis de dégager peut faire partie intégrante du projet d'établissement. La validation par les instances d'un projet d'établissement comportant des objectifs d'amélioration de la qualité qui reviennent dans le projet de convention tripartite, peu de temps avant la négociation de cette convention, donne du poids à la position du directeur d'établissement.

De manière générale, on peut estimer qu'une bonne articulation entre la convention tripartite et les autres moments forts de la vie institutionnelle d'un établissement contribuera à apporter un équilibre à la structure. Par ailleurs, cela permettra de donner une direction claire, de montrer le chemin dans lequel s'engage l'EHPAD.

Cette articulation peut s'envisager comme suit :



Pour autant, la désignation des organismes agréés pour l'évaluation externe ayant pris du retard, et la démarche de conventionnement ayant largement débuté, il faudra du temps à chaque établissement pour trouver ce rythme idéal.

²²⁸ PHK Consultants. *Stratégie et projet d'établissement*. Rennes : EHESP, juin 2007, 62 p.

Conclusion

La convention tripartite est le résultat de jeux de pouvoir : elle engage des rapports au sein de l'établissement et entre le directeur et les autorités de tarification. Elle représente même davantage : l'intersection des jeux de pouvoir à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement. C'est ce qui fonde la notion de légitimité réciproque de la convention : le directeur s'appuie, lors des négociations à l'extérieur, sur sa connaissance de l'intérieur de l'établissement ; il met en avant, dans ses relations à l'intérieur de la structure, les décisions prises avec lui à l'extérieur. La troisième hypothèse exposée au début du travail de recherche est donc vérifiée.

La négociation, certes apaisée dans le département de la Haute-Savoie, se déroule entre des partenaires inégaux, ces inégalités reflétant le pouvoir plus ou moins grand de chaque acteur sur les autres. La deuxième conjecture est donc elle aussi validée.

A l'intérieur de l'établissement, si le statut juridique de la structure (public autonome, ou rattachée à un centre hospitalier) a des conséquences sur la préparation et la négociation de la convention tripartite, il n'est pas le seul élément déterminant. La première hypothèse est donc à relativiser.

Par ailleurs, ce mémoire a permis d'apporter une réponse à l'étonnement né de la confrontation avec le terrain de stage : la cohabitation de deux discours différents chez les mêmes directeurs, parfois devant le même auditoire. D'une part, une affirmation que la convention n'est qu'une formalité qui sanctionne une formule mathématique des autorités de tarification, d'autre part une réelle volonté de préparer le conventionnement ou le renouvellement de convention, une affirmation de l'importance de cet événement. Ce décalage s'explique par le fait qu'il existe des marges de négociation, même si la position du directeur est plutôt en défense. De plus, les directeurs ont tout intérêt à souligner l'importance de la convention, qui peut constituer un appui important à l'intérieur de l'établissement.

Si l'analyse faite dans ce mémoire est basée sur un travail de terrain, et est donc nécessairement très liée au département de la Haute-Savoie, certains éléments, notamment les implications professionnelles, sont généralisables. En effet, le contexte est spécifique, les rapports entre les autorités de tarifications, et avec les établissements sont apaisés, il n'y a pas de conflit particulier... ce qui fait du cas étudié un cas particulier. Pour autant, les techniques de préparation de la convention tripartite, les stratégies de négociation, et les usages de la convention qui ont été mis en avant sont transposables dans l'ensemble des EHPAD publics.

Les enjeux des conventions tripartites, on l'a vu, sont multiples pour des directeurs d'EHPAD qui ressentent souvent une certaine solitude. Les conventions constituent peut-être une atténuation de cette solitude face aux lourdes responsabilités des directeurs :

« Il reste que, dans le cadre de la nouvelle convention tripartite, les engagements sont pris par l'ensemble des acteurs. Le constat est établi par les trois signataires des méthodes de fonctionnement de l'établissement et de son organisation interne. Les parties acceptent l'existence de prestation de qualité, dans un cadre juridique particulièrement bien maîtrisé. »²²⁹

La question soulevée ici est celle de l'apparition d'une responsabilité partagée, entre -bien sûr- le directeur de l'établissement, mais aussi les financeurs. Il faudrait pousser plus loin la réflexion, et exploiter la jurisprudence issue des contentieux liés au conventionnement. Si l'hypothèse de l'apparition d'une responsabilité partagée se vérifiait, cela constituerait un changement majeur dans le quotidien des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux, et médico-sociaux.

²²⁹ BRAMI G. « Une signification juridique de la notion de partenariat, dans le cadre de la convention pluriannuelle ». *Bulletin juridique de la santé publique*, Avril 2005, n°82, pp 13-14.

Sources et Bibliographie

❖ Documents sur les établissements sanitaires et sociaux :

- COMMISSARIAT GENERAL AU PLAN. *La prise en charge des personnes âgées dépendantes dans leur dernière période de vie. Enjeux et pistes de réflexion pour l'Etat*. Avril 2005. 46 p. Les Cahiers, n°1.
- COUR DES COMPTES. *Les personnes âgées dépendantes*. Rapport au Président de la République : novembre 2005. 447 p.
- ESLOUS L. *La dépendance des personnes âgées. Eléments de travail*. Rapport de l'inspection générale des affaires sociales n°RM 2007-130P : août 2007. 22 p.
- GUINCHARD P. *Le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées*. Rapport d'information à l'Assemblée Nationale n° 3091 : 17 mai 2006. 306 p.
- HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE. *Chiffres-clés*. [en ligne]. Statistiques 2007. [visité le 1^{er} juillet 2008]. Disponible sur Internet : < http://www.hug-ge.ch/hug_enbref/chiffres-cles.html>
- LAROQUE M. *Préfiguration d'une étude prospective sur l'investissement dans le secteur médico-social pour personnes âgées*. Rapport de l'inspection générale des affaires sociales n°2004-133 : septembre 2004. 29 p.
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, MARTHE, ENSP. *Améliorer la qualité en EHPAD. Guide d'accompagnement*. Juin 2000. 15 p.
- MORANGE P. *Les établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Rapport d'information à l'Assemblée Nationale n° 1776 : 28 juillet 2004. 115 p.

❖ Documents sur l'environnement institutionnel des établissements :

- BRAMI G. *La nouvelle tarification dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées*. s.l.: Berger Levrault, 2001. 198p.
- BRAMI G. « Contenu et nature des recommandations de qualité incluses dans la convention tripartite de la réforme de la tarification ». *Bulletin juridique de la santé publique*, Mars 2001, n°38, pp 17-18.
- BRAMI G. « Les objectifs de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées proposés dans le cadre de la réforme de la tarification ». *Bulletin juridique de la santé publique*, Mars 2001, n°42, pp 17-18.

- BRAMI G. « La qualité dans et de la réforme de la tarification ». *Bulletin juridique de la santé publique*, Septembre 2001, n°43, pp 17-18.
- BRAMI G. « Le nouveau cahier des charges de la convention tripartite ». *Bulletin juridique de la santé publique*, Janvier 2005, n°79, pp 13-14.
- BRAMI G. « Les récentes modifications relatives à la réforme de la tarification et à la reconnaissance d'une liberté de gestion des EHPAD ». *Bulletin juridique de la santé publique*, Mars 2001, n°53, pp 21-22.
- BRAMI G. « Une signification juridique de la notion de partenariat, dans le cadre de la convention pluriannuelle ». *Bulletin juridique de la santé publique*, Avril 2005, n°82, pp 13-14.
- BRAMI G. « La réforme de la tarification : pour qui ? pour quoi ? ». *Gestion hospitalière*, Mars 2001, n°404, pp 161-164.
- BUR Y. *Conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé*. Rapport d'information à l'Assemblée Nationale n° 697 : 6 février 2008. 168 p.
- CHAMPVERT P. « Quelques réflexions sur la réforme de la tarification ». *Gérontologie et société*, Mars 1997, n°80, pp. 25-32.
- DE HARO A. *La nouvelle tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. Bordeaux : Les Etudes Hospitalières, 2002. 67 p.
- ENDROIT A. « Les conseils d'administration des établissements sociaux et médico-sociaux. ». *Bulletin juridique de la santé publique*, novembre décembre 2005, n°88, pp. 13-14.
- GAUDILLIER M. *La mise en oeuvre de la réforme de la tarification des EHPAD au Centre Hospitalier William Morey de Chalon-sur-Saône*. Mémoire ENSP de directeur d'hôpital : ENSP, 2002. 89 p.
- LAFORE R. « L'irrésistible ascension du département providence ». *Revue française des affaires sociales*, octobre-décembre 2004, n°4, pp. 19-34.
- LAMPERT, S. « Tarification des EHPAD : La réforme à marche forcée ». *La Gazette Santé-Social*, janvier 2008, n°37, pp 16-17.
- LESPEZ, V. « Le médico-social est-il soluble dans les ARS ? ». *Le Mensuel des maisons de retraite*, mars 2008, n°109, pp 6-7.
- LOUIS, P. *Guide de la réforme des établissements pour personnes âgées. Conventions tripartites et démarche qualité*. Paris : Seli Arslan, 2002, 319 p.
- LHUILLIER J-M., *Le droit des établissements et services sanitaires et sociaux et médico-sociaux*. Document de travail. 2007-2008.
- RITTER, P. *Rapport sur la création des agences régionales de santé*. Janvier 2008, 60 p.

❖ Documents sur la notion de « pouvoir » :

- AMBLARD H., BERNOUX P., HERREROS, G., LIVIAN Y-F. *Les nouvelles approches de la sociologie des organisations*. Troisième édition. Paris : Seuil, 2005. 292p.
- BOLTANSKI, L., THEVENOT, L. *De la justification : les économies de la grandeur*. Paris : Gallimard. 1991. 483 p.
- CHABRY A et L. *Le pouvoir dans tous ses états. Pour une nouvelle science politique*. Paris : Imago, 2003. 198p.
- CHOMSKY N., FOUCAULT, M. *Sur la nature humaine. Comprendre le pouvoir. Interlude*. Paris : Aden, 2006. 196p.
- CROZIER M. *A quoi sert la sociologie des organisations*. Paris : Seli Arsan, 2000.
- CROZIER M. et FRIEDBERG E., « Organisation et action collective, notre contribution à l'analyse des organisations » in CROZIER M. *A quoi sert la sociologie des organisations*. Paris : Seli Arsan, 2000.
- CROZIER M., « Pouvoir et Organisation » in CROZIER M. *A quoi sert la sociologie des organisations*. Paris : Seli Arsan, 2000.
- DONZELOT J., ESTEBE P. *L'Etat animateur*. Paris : éditions Esprit, 1994. 288p.
- EPSTEIN R. « Gouverner à distance. Quand l'Etat se retire des territoires ». *Esprit*, novembre 2005, pp. 96-111.
- EPSTEIN R. « Politiques publiques de cohésion sociale : du modèle contractuel au gouvernement à distance ». Conférence à l'Institut d'Etudes Politiques de Grenoble. 6 octobre 2006.
- FAVRE P. « Qui gouverne quand personne ne gouverne ? » in FAVRE P., HAYWARD J., SCHEMEIL Y. (dir.) *Etre Gouverné*. Paris : Presses de Sciences-Po, 2003, pp 259-271.
- FOUCAULT M. « La 'Gouvernementalité' » (1978), dans *Dits et écrits*. Paris : Gallimard, 1994.
- FRIEDBERG E. *Le pouvoir et la règle. Dynamique de l'action organisée*. Paris : Points, 1997. 415p.
- GAUDIN J.-P. *Gouverner par contrat*. 2nde Edition. Paris : Presses de Sciences-Po, 2007.
- LASCOUMES P, LE GALES P. (dir.) *Gouverner par les instruments*. Paris : Presses de Science-Po, 2004.
- MISPELBOM BEYER F. *Language and Politics at work. Some French theories on the links and structures of power, values and identities in working life*. Evry: les cahiers d'Evry, novembre 2006.
- ROUBAN L. « Les Etats occidentaux d'une gouvernementalité à l'autre ». *Critique internationale*, n°1, 1998.

- TROSA S., PERRET B. « Vers une nouvelle gouvernance publique ? La nouvelle loi budgétaire, la culture administrative et les pratiques décisionnelles ». *Esprit*, Février 2005.
- ZARKA Y-C. *Figures du pouvoir. Etudes de la philosophie politique de Machiavel à Foucault*. Paris : PUF, 2001. 260p.

❖ Documents relatifs au métier de directeur d'établissement :

- AUDEBERT-LASROCHAS, P. *Profession négociateur*, Paris : les éditions d'organisation, 1995, 357 p.
- BERTAUX R., HIRLET P. *L'évolution du métier de directeur d'établissement social : entre distance et proximité*. Paris : Editions Seli Arslan, 2002, 190 p.
- FAY L., *La convention tripartite : contrainte réglementaire ou opportunité managériale ? L'USLD de TOGA à la croisée des chemins*. Rennes : ENSP, 2005, 102 p.
- HOUDIN J. et PLAZANET F. Dossier « La stratégie. Le jeu du directeur ». *Management sanitaire et social*, mai 2001, n°4, pp 3-11.
- LEFEVRE P. « Promouvoir la qualité et l'évaluation dans les organisation sociales et médico-sociales : enjeux, contexte et méthodes ». *Les cahiers de l'actif*, juillet-octobre 2005, n°350-353, pp. 11-22.
- LEFEVRE P. « Diriger : Le changement dans la stratégie de direction ». *Management sanitaire et social*, mai 2001, n°4, pp. 20-21.
- MIRAMON J-M. *Les évolutions du métier de directeur*. Intervention aux dix ans de la filière « directeur d'établissement sanitaire et social ». Rennes : ENSP, juin 2006.
- MIRAMON J-M. COUET D. PATURET J-B. *Le métier de directeur. Techniques et fictions*. Rennes : ENSP, 2005. 269p.
- MIRAMON J-M. Entretien. *Management sanitaire et social*, mai 2001, n°4, pp 12-14.
- PELLETIER C. *Démarche qualité et services aux personnes à domicile*. Paris : Dunod, 2005. 156p.
- PHK Consultants. *Stratégie et projet d'établissement*. Rennes : EHESP, juin 2007, 62 p.
- RACINE G. *La démarche qualité dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. Paris : Berger-Levrault, 2000, 197 p.
- ROUX M-A. « Enjeux et freins de la démarche qualité et de l'évaluation interne dans le secteur médico-social. Approches reflexives pour les dirigeants d'établissement ». *Les cahiers de l'actif*, juillet-octobre 2005, n°350-353, pp. 33-47.
- VIALE L. « Manager la qualité ou la qualité pour manager ? ». Entretien. *Le Mensuel des Maisons de Retraite*, mars 2008, n°109.

❖ Ouvrages de méthodologie :

- BARDIN L. *L'analyse de contenu*. Paris : PUF. 2007. 291 p.
- BEAUD S., WEBER L. *Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques*. Paris : La Découverte. 2003. 356 p.

❖ Lois et règlements :

- Code de l'action sociale et des familles (articles L. 311-1 et suivants)
- Code de la santé publique
- 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° 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Décret n° 97-427 du 28 avril 1997 portant application de certaines dispositions de la loi no 97-60 du 24 janvier 1997
- Décret 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes
- Décret 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes
- Décret 2001-388 du 4 mai 2001 modifiant les décrets 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ainsi que le décret 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics
- Décret 2001-1084 du 20 novembre 2001 relatif aux modalités d'attribution de la prestation et au fonds de financement prévus par la loi 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
- Décret 2001-1085 du 20 novembre 2001 portant application de la loi 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
- Décret 2001-1086 du 20 novembre 2001 portant application de la loi 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

- Décret 2001-1087 du 20 novembre 2001 portant application de l'article 17 de la loi 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
- 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 no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
- Arrêté du 26 avril 1999 relatif à la composition du tarif journalier afférent aux soins, résultant du droit d'option tarifaire mentionné à l'article 9 du décret no 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes
- CIRCULAIRE DGAS/MARTHE/DHOS/DSS n° 2000/475 du 15 septembre 2000 relative à la mise en oeuvre de la réforme de la tarification dans les EHPAD
- CIRCULAIRE DGAS/5B n° 2002/55 du 29 janvier 2002 relative aux évolutions concernant la tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux, compte tenu de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- CIRCULAIRE DGAS/DSS n° 2008/54 du 15 février 2008 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2008 dans les établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées.

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des entretiens menés.

Annexe 2 : Modèle de guide d'entretien utilisé pour l'enquête de terrain.

ANNEXE n°1 : Liste des entretiens menés

Entretien n°1 : Elève directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ayant réalisé un stage de deux mois à la DDASS de Haute-Savoie.

Entretien n°2 (interviewés 2 et 3) : Directeurs d'établissements.

Entretien n°4 : Directeur d'établissement.

Entretien n°5 (interviewés 5 et 6) : Conseil Général de Haute-Savoie.

Entretien n°7 : Directeur d'établissement.

Entretien n°8 : Inspecteur des affaires sanitaires et sociales, DDASS de Haute-Savoie.

Entretien n°9 : Directeur d'établissement.

ANNEXE n°2 : Modèle de grille d'entretien

- Présentation de l'établissement auquel vous appartenez.
- Depuis quand faites-vous cette profession ? travaillez-vous dans l'établissement ? dans le département ?
- De quand date le renouvellement de votre convention tripartite ?
- Quels sont les acteurs qui ont participé à l'élaboration de la convention ? Quels sont ceux qui l'ont écrite ? Quand, comment, **racontez-moi** ?
- Y'a-t-il eu des modifications sur la convention que vous avez proposé ?
- Qui a voulu ces modifications, comment cela s'est-il passé ?
- Où s'est finalement prise la décision (qui l'a prise ?) ? **Racontez-moi**.
- Comment avez-vous préparé la convention en amont ? Qu'est-ce qui est fait en amont de la visite de conventionnement dans votre institution ?
- Que pensez-vous que les autres acteurs font pour préparer la visite ?
- Quels sont les outils que vous préparez pour être « fort » pendant la négociation ?
- Comment cela s'est-il passé (bien/mal) ?
- Quelles sont vos marges de manœuvre pendant la négociation ? Qu'est-ce que vous pouvez faire ? Ne pouvez pas faire ?
- Quelles sont les marges de manœuvre dont disposent les autres acteurs ?
- Tentez-vous d'augmenter ces marges de manœuvre ? Et comment ?
- Dans la négociation, comment faites-vous pour parvenir obtenir ce que vous voulez ? pour obtenir le plus de choses possibles ?
- Avez-vous par ailleurs beaucoup de contacts avec la DDASS/ le Conseil Général ?
- Est-ce que les relations que vous avez par ailleurs avec la DDASS/ le Conseil Général ont influencé la convention ?
- Pourquoi signe-t-on des conventions tripartites ?
- Dans ce cas, est-ce la peine de signer la convention (est-ce nécessaire) ?
- Quels sont les avantages de la convention pour vous/ pour les autres signataires ?
- Cela se passe-t-il de la même manière dans tous les EHPAD (statut/privé-public) ?
- Avez-vous participé ou assisté à la signature de la première génération de convention ?
- Comment cela s'était-il passé ?
- Y'a-t-il eu des changements depuis ?
- Votre participation à la précédente génération de convention a-t-elle eu une influence sur votre démarche pour celle-ci ?
- Quelles sont les compétences nécessaires à un directeur pour cette négociation ? Quelles compétences avez-vous utilisé ?
- Est-ce que la planification sanitaire et sociale (schémas opposables) joue un rôle dans les négociations ?
- Les lois sur la décentralisation (loi LRL du 13 août 2004...) ont-elle eu une influence sur la négociation des conventions tripartites ?
- Selon vous, la convention est-elle un bon instrument ? Est-ce que vous pensez que la mise en place des conventions tripartites a induit des modifications dans les relations établissement/DDASS/CG ?